

TỰ HÀO QUÂN Y VIỆT NAM 75 NĂM XÂY DỰNG, TRƯỞNG THÀNH

Thiếu tướng PGS.TS. NGUYỄN XUÂN KIẾN
Cục trưởng Cục Quân y

75 năm qua, dưới sự lãnh đạo của Đảng và Chủ tịch Hồ Chí Minh muôn vàn kính yêu, trực tiếp là Quân ủy Trung ương, Bộ Quốc phòng, Bộ Tổng Tham mưu, Tổng cục Hậu cần và sự chỉ đạo về nghiệp vụ của Bộ Y tế; được nhân dân cả nước thương yêu đùm bọc, các cơ quan, đơn vị trong và ngoài quân đội tận tình giúp đỡ; ngành Quân y đã không ngừng trưởng thành, lớn mạnh về mọi mặt, hoàn thành tốt nhiệm vụ cứu chữa thương binh, bệnh binh, chăm sóc, bảo vệ sức khỏe bộ đội và nhân dân.

Ngày 25/3/1946, Chủ tịch Hồ Chí Minh ra Sắc lệnh số 34/SL quy định tổ chức của Bộ Quốc phòng, trong đó có Quân y Cục và Sắc lệnh số 35/SL cử người giữ các chức vụ trong Bộ Quốc phòng, Bác sĩ Vũ Văn Cẩn được cử làm Quân y Cục trưởng. Ngày 16/4/1946, Bộ Quốc phòng ra Nghị định số 12/NĐ quy định nhiệm vụ và tổ chức Quân y Cục. Từ đó, ngày 16/4 trở thành Ngày Truyền thống của ngành Quân y và Cục Quân y.

Ngày 22/5/1946, Chủ tịch Hồ Chí Minh ra Sắc lệnh số 71/SL về việc Quân đội của nước Việt Nam là một Quân đội quốc gia và đề ra quy tắc Quân đội quốc gia Việt Nam; trong đó, xác định tổ chức biên chế các đơn vị, các cơ quan và xác định ngành Quân y là một ngành độc lập từ trên xuống đơn vị cơ sở. Hệ thống tổ chức chỉ huy ngành từ Quân y Cục đến tuyến đơn vị bước đầu được xây dựng và củng cố. Hệ thống lý luận về tổ chức bảo đảm quân y được hình thành. Hệ thống điều trị được xây dựng, các trung đoàn có bệnh xá, các khu có quân y viện.

Ngay sau khi được thành lập, từ rất ít cán bộ, nhân viên chuyên môn, ngành Quân y đã nhanh chóng phát triển lực lượng, phương tiện, trang bị... tổ chức bảo đảm cho các chiến dịch có quy mô ngày càng lớn mà đỉnh cao là Chiến dịch Điện Biên Phủ. Cán bộ, chiến sĩ ngành Quân y đã vượt qua mọi khó khăn thách thức, vượt lên chính mình, từng bước trưởng thành, hoàn thành xuất sắc nhiệm vụ bảo đảm quân y, góp phần quan trọng vào thắng lợi vĩ đại của dân tộc. Chiến thắng Điện Biên Phủ đã trở thành bài học lịch sử vô giá cho ngành Quân y về tổ chức chỉ huy quân y, về cứu chữa, vận

chuyển thương binh, bệnh binh trong chiến dịch, chiến đấu. Bài học ấy mãi là hành trang trong quá trình xây dựng, chiến đấu và trưởng thành của ngành Quân y.

Sau thắng lợi của Chiến dịch Điện Biên Phủ, tháng 7/1954, Hiệp định Geneve được ký kết, đất nước ta tạm thời bị chia cắt làm hai miền Nam - Bắc. Miền Bắc được hòa bình, độc lập và đi lên chủ nghĩa xã hội; nhưng ở miền Nam, đế quốc Mỹ thay chân thực dân Pháp, thực hiện dã tâm xâm lược, biến miền Nam Việt Nam trở thành thuộc địa kiểu mới. Đế quốc Mỹ đưa vào miền Nam trên nửa triệu quân, với nhiều vũ khí tối tân, hiện đại, hòng đè bẹp ý chí quật cường, giành độc lập, tự do của nhân dân ta. Cùng với các lực lượng toàn quân, ngành Quân y đã chủ động tăng cường tiềm lực mọi mặt; bảo đảm quân y góp phần cho Quân đội xây dựng chính quy, tiến lên hiện đại, đồng thời tập trung chỉ đạo giữ gìn lực lượng, khôi phục các cơ sở quân y ở miền Nam.

Với tinh thần hướng ra tuyến trước, cán bộ, nhân viên, chiến sĩ ngành Quân y đã làm việc quên mình, dũng cảm hy sinh, bám sát bộ đội, bám sát chiến trường, quán triệt sâu sắc lời dạy của Chủ tịch Hồ Chí Minh: “Người thầy thuốc giỏi, đồng thời phải là như người mẹ hiền”, đồng cam cộng khổ với chiến sĩ, luôn có mặt ở những nơi nóng bỏng nhất của các chiến trường, để cấp cứu thương binh ngay tại trận địa, góp phần quan trọng hạ thấp tỉ lệ tử vong hỏa tuyến, nâng cao chất lượng cứu chữa, điều trị. Nhiều cán bộ, chiến sĩ quân y đã anh dũng hy sinh trong khi làm nhiệm vụ. Hệ thống điều trị trong toàn quân đã tổ chức tốt công tác thu dung điều trị, chăm sóc, cứu chữa kịp thời một số lượng lớn thương binh, bệnh binh, góp phần quan trọng trả nhanh quân số về đơn vị chiến đấu, giải quyết tốt hậu quả di chứng vết thương chiến tranh, giảm tỉ lệ tàn phế, phục hồi khả năng lao động cho cán bộ, chiến sĩ với chất lượng ngày càng cao.

Quán triệt tinh thần tự lực, tự cường, sáng tạo và cần kiệm, công tác bảo đảm thuốc và trang bị quân y đã bám sát các yêu cầu chiến đấu và phục vụ chiến đấu, cung cấp kịp thời và đầy đủ các

loại vật chất quân y phục vụ bộ đội và cứu chữa người bệnh. Ngay từ những ngày đầu của cuộc kháng chiến chống thực dân Pháp, trong hoàn cảnh thiếu thốn về mọi mặt, ở những thời điểm khó khăn, ác liệt nhất, ngành Dược Quân đội đã tự sản xuất một số lượng lớn thuốc và dụng cụ y tế thiết yếu từ nguyên liệu trong nước; xây dựng các cơ sở thuốc, trang bị đáp ứng kịp thời cho nhiệm vụ chăm sóc, bảo vệ sức khỏe bộ đội và cứu chữa thương binh, bệnh binh. Qua hai cuộc kháng chiến chống thực dân Pháp và đế quốc Mỹ, ngành Quân y đã cứu chữa kịp thời hơn 500 nghìn thương binh, hơn 1,5 triệu bệnh binh, trong đó gần 60% thương binh và hơn 80% bệnh binh đã được trở lại chiến trường tham gia chiến đấu. Điều đó có ý nghĩa đặc biệt quan trọng đối với việc khôi phục sức mạnh chiến đấu của Quân đội nhân dân Việt Nam trong sự nghiệp xây dựng và bảo vệ Tổ quốc. Ngành Quân y không chỉ là ngành phục vụ đơn thuần mà còn như là một binh chủng trên cả mặt trận chiến đấu và mặt trận chăm sóc, bảo vệ sức khỏe bộ đội, cứu chữa thương binh, bệnh binh. Các cuộc kháng chiến chống thực dân Pháp, đế quốc Mỹ thắng lợi, đất nước thống nhất, non sông thu về một mối. Trong niềm vui chung đó, có sự đóng góp to lớn của ngành Quân y Quân đội nhân dân Việt Nam.

Đất nước hòa bình, thống nhất chưa lâu, cùng với toàn quân, ngành Quân y lại bước vào bảo đảm cho cuộc chiến đấu bảo vệ Tổ quốc ở biên giới Tây Nam và biên giới phía Bắc; bảo đảm quân y cho các đơn vị làm nhiệm vụ quốc tế, giúp nhân dân Campuchia thoát khỏi họa diệt chủng và các lực lượng làm nhiệm vụ bảo vệ chủ quyền biển đảo. Đây là giai đoạn có nhiều khó khăn, phức tạp, song ngành Quân y đã hoàn thành xuất sắc nhiệm vụ được giao.

Bước vào thời kì đổi mới, được sự quan tâm của Quân ủy Trung ương, Bộ Quốc phòng, Tổng cục Hậu cần, cơ sở hạ tầng và trang thiết bị của toàn ngành được đầu tư nâng cấp; bộ mặt của các bệnh viện, nhà trường, cơ sở quân y được đổi mới, khang trang, chất lượng chuyên môn được củng cố và nâng cao. Các cơ sở lớn của ngành như: Học viện Quân y, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Bệnh viện Quân y 103, Bệnh viện Quân y 175, Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác, Viện Y học cổ truyền Quân đội và nhiều cơ sở quân y khác được xây dựng mới, trang bị các phương tiện hiện đại, có những thiết bị hàng đầu thế giới, tạo điều kiện nâng cao chất lượng đào tạo, cấp cứu, điều trị, cứu chữa thương binh, bệnh binh, bộ đội và nhân dân.

Nhiều kĩ thuật cao được thực hiện, phát triển, có những kĩ thuật mang tính tiên phong trong ngành Y tế, điển hình như chấn thương chỉnh hình, vi phẫu tạo hình, ghép tạng, truyền nhiễm, bỏng, y học thẩm họa, y học hạt nhân, pháp y... Kết hợp chặt chẽ y học cổ truyền với y học hiện đại, với phương châm “Phổ cập ở tuyến trước, chuyên sâu ở tuyến sau”; “Thầy tại chỗ, thuốc tại chỗ”, hầu hết các đơn vị trong toàn quân đã có vườn thuốc nam với 50 loại cây thuốc chữa 10 chứng bệnh thường gặp, góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe ban đầu ở tuyến đơn vị. Việc đầu tư trang thiết bị và phát triển kĩ thuật không chỉ ở các cơ sở quân y lớn mà còn được phát triển từ các đơn vị quân y tuyến trước, tạo sức mạnh tổng hợp, đồng bộ trong toàn ngành, khẳng định vị thế ngành Quân y trong hệ thống y tế nước nhà những năm qua.

Thực hiện phương châm “Phòng bệnh hơn chữa bệnh”, hệ thống y học dự phòng quân đội thường xuyên được củng cố, xây dựng vững mạnh và từng bước được nghiên cứu, điều chỉnh phù hợp với đặc điểm tình hình. Chú trọng công tác truyền thông, nâng cao nhận thức “tự phòng bệnh” của mỗi cán bộ, chiến sĩ; bám sát đặc điểm dịch tễ, đặc điểm đơn vị, địa bàn đóng quân để có giải pháp phòng, chống dịch bệnh thích hợp, góp phần tích cực bảo vệ sức khỏe bộ đội, giữ vững quân số chiến đấu, lao động, ở cả khu vực địa bàn rừng núi, xa xôi, hẻo lánh, các vùng, miền có thời tiết khí hậu khắc nghiệt hoặc ở nơi đảo xa. Nhiều năm qua, số vụ dịch, quy mô dịch giảm rõ rệt. 5 năm liền, toàn quân không có tử vong do dịch, tỉ lệ quân số khỏe luôn được giữ vững trên 98,5% một cách vững chắc.

Công tác tiếp tế quân y được quan tâm nghiên cứu, đổi mới thường xuyên, các trang thiết bị y tế dã chiến, các thuốc đặc thù được trang bị cho các quân - binh chủng. Đổi mới trang thiết bị của các phân đội quân y cơ động theo hướng cơ sở hóa, trang bị cá nhân được hoàn thiện bảo đảm gọn, nhẹ, cơ động và hiệu quả.

Để đáp ứng yêu cầu phục vụ ngày càng lớn, chất lượng phục vụ đòi hỏi ngày càng cao, ngành Quân y đã thường xuyên chăm lo đào tạo, xây dựng nguồn nhân lực, chú trọng đào tạo và nghiên cứu y học quân sự với đội ngũ chuyên viên, chuyên gia giỏi, có uy tín trong nước và quốc tế. Đến nay, toàn ngành có 86 giáo sư, 335 phó giáo sư, hàng nghìn tiến sĩ, bác sĩ, dược sĩ có trình độ sau đại học. Bên cạnh đó, đã chú trọng xây dựng và chuẩn bị đội ngũ kế tiếp chuyên sâu trong tất cả các chuyên ngành, đáp ứng yêu cầu xây dựng quân đội cách

mạng, chính quy, tinh nhuệ, từng bước hiện đại và một số lực lượng tiến thẳng lên hiện đại.

Nhiệm vụ huấn luyện, nghiên cứu khoa học, hợp tác quốc tế là một trọng tâm lớn của ngành. 75 năm qua, đã có gần 9.000 đề tài nghiên cứu khoa học được thực hiện, trong đó có nhiều đề tài cấp quốc gia, cấp Bộ. Các đề tài nghiên cứu khoa học được thực hiện sát với thực tiễn nhiệm vụ, vừa mang tính lý luận, hàn lâm, vừa có tính ứng dụng cao. Hoạt động hợp tác quốc tế về quân y ngày càng được mở rộng, thực chất hơn. Thông qua các chương trình hợp tác, hàng nghìn cán bộ quân y được đi học tập, tham quan ở nhiều nước, góp phần tích cực thúc đẩy sự phát triển của toàn ngành. Đã tổ chức nhiều hội nghị quân y quốc tế, ký kết nhiều biên bản hợp tác với quân y các nước ASEAN và quân y một số nước trên thế giới. Những hoạt động này đã khẳng định khả năng của quân y Việt Nam trong thời kỳ hội nhập quốc tế sâu rộng. Với những thành tích trên, toàn ngành đã được tặng 5 giải thưởng Hồ Chí Minh, 6 giải thưởng Nhà nước về khoa học và công nghệ cùng nhiều hình thức khen thưởng trong nước và quốc tế khác.

Bước vào thời kỳ đẩy mạnh công nghiệp hóa, hiện đại hóa đất nước, ngành Quân y đã chủ động nghiên cứu đổi mới phương thức bảo đảm quân y phù hợp. Gắn công tác bảo đảm quân y với hệ thống y tế nhân dân, với xây dựng các khu vực phòng thủ, huy động lực lượng động viên y tế phục vụ cho nhiệm vụ quốc phòng. Đặc biệt 5 năm qua (2016-2021), trong điều kiện tình hình thế giới, khu vực, nhất là tình hình Biển Đông diễn biến phức tạp, tình hình dịch bệnh, thời tiết khí hậu bất thường; nhiệm vụ quân sự, quốc phòng có bước phát triển mới, yêu cầu bảo đảm quân y ngày càng cao. Song dưới sự lãnh đạo của Quân ủy Trung ương, Thủ trưởng Bộ Quốc phòng, Thủ trưởng Tổng cục Hậu cần, Thủ trưởng quân chính và hậu cần các cấp; công tác quân y đã hoàn thành các chương trình, mục tiêu lớn của ngành, hoàn thiện các văn bản quy phạm pháp luật, nâng cao năng lực tham mưu cho Quân ủy Trung ương, Bộ Quốc phòng, Tổng cục Hậu cần thực hiện chức năng quản lý nhà nước về y tế trong Quân đội. Kien toàn tổ chức lực lượng, đổi mới trang bị toàn ngành từ tuyến chiến lược đến tuyến chiến thuật theo hướng đồng bộ, thống nhất, hiện đại, bảo đảm nâng cao chất lượng chuyên môn trong thời bình, đồng thời luôn bảo đảm quân y cho sẵn sàng chiến đấu và các tình huống đột xuất. Toàn ngành Quân y đã nỗ lực vượt qua khó khăn

thách thức, đạt được những bước tiến vượt bậc trong đào tạo, nghiên cứu khoa học, điều trị, bảo vệ, chăm sóc sức khỏe bộ đội và nhân dân. Chất lượng công tác chăm sóc, quản lý sức khỏe bộ đội không ngừng được nâng cao, giảm tỉ lệ đột tử, tử vong nhanh; có nhiều tiến bộ trong chăm sóc toàn diện người bệnh. Các bệnh viện quân y đã hoàn thành tốt nhiệm vụ khám, chữa bệnh, chăm sóc sức khỏe cho cán bộ, chiến sĩ và nhân dân, trở thành địa chỉ tin cậy, yêu mến. Quân y các tuyến đã vận hành, khai thác, sử dụng hiệu quả các trang thiết bị hiện có, triển khai nhiều kỹ thuật mới, kỹ thuật cao, chuyên sâu như: ghép mô, tạng, ghép đa tạng, ghép chi thể từ người cho sống... góp phần quan trọng đưa nền y học Việt Nam vươn tầm thế giới. Hoạt động kết hợp quân dân y, dân số, gia đình và trẻ em, nghiên cứu khoa học, hợp tác quốc tế cũng đạt được những thành tựu nổi bật. Năm 2017, Quân y Việt Nam trở thành thành viên chính thức của Ủy ban Quân y quốc tế. Năm 2020, Quân y Việt Nam hoàn thành tốt vai trò là Giám đốc Trung tâm Quân y ASEAN. Từ năm 2019, đã xây dựng và triển khai 3 Bệnh viện dã chiến cấp 2 tham gia Lực lượng Gìn giữ hòa bình Liên Hợp quốc tại Nam Sudan. Qua đó, hình ảnh người chiến sĩ quân y cách mạng đã góp phần làm sáng ngời thêm phẩm chất "Bộ đội Cụ Hồ" không chỉ ở trong nước mà còn trên bình diện quốc tế.

Đặc biệt, trên mặt trận phòng, chống dịch COVID-19, từ đầu năm 2020 đến nay, với vai trò là Cơ quan Thường trực của Ban Chỉ đạo phòng chống dịch các cấp, ngành Quân y đã tham mưu với Quân ủy Trung ương, Bộ Quốc phòng, Ban Chỉ đạo Bộ Quốc phòng và các cơ quan, đơn vị trong toàn quân các biện pháp phòng, chống dịch đầy đủ, đồng bộ, chặt chẽ, ngăn ngừa dịch lây lan vào quân đội. Thực hiện tốt bảo đảm quân y, trang thiết bị, hóa chất cho các lực lượng làm nhiệm vụ phòng, chống dịch toàn quân, góp phần ngăn chặn hiệu quả dịch bệnh xâm nhập từ các nước có dịch. Chỉ đạo kien toàn các phân đội phòng, chống dịch, sẵn sàng tăng cường cho các vùng dịch, cùng với y tế địa phương khoanh vùng, dập dịch, truy vết, xét nghiệm, điều trị..., góp phần quan trọng vào thành công trong phòng, chống dịch COVID-19 của cả nước thời gian qua. Trong đợt bão lũ lịch sử tại miền Trung tháng 10/2020, Cục Quân y đã chỉ đạo, tăng cường kịp thời lực lượng, phương tiện cho quân y Quân khu 4, Quân khu 5 phối hợp với lực lượng quân sự địa phương và hệ thống y tế nhân dân tham gia tích cực

vào các hoạt động tìm kiếm, cứu nạn, xử lý môi trường, khắc phục hậu quả thiên tai, bão lũ. Hình ảnh người chiến sĩ quân y trong phòng, chống dịch bệnh và khắc phục hậu quả thiên tai, bão lũ là một trong những hình ảnh đẹp nhất của Quân đội ta trong năm 2020, góp phần tỏa sáng hình ảnh “Bộ đội Cụ Hồ” trong thời kỳ mới.

Với những thành tích xuất sắc trong sự nghiệp giải phóng dân tộc, củng cố quốc phòng, xây dựng và bảo vệ Tổ quốc trong 75 năm qua, các đơn vị trong ngành Quân y đã được Nhà nước tặng thưởng 2 Huân chương Sao vàng, 4 Huân chương Hồ Chí Minh; 94 đơn vị và 60 cá nhân được tuyên dương danh hiệu Anh hùng Lực lượng vũ trang nhân dân và Anh hùng Lao động, 121 đồng chí được phong tặng danh hiệu Thầy thuốc Nhân dân, 1.604 đồng chí được phong tặng danh hiệu Thầy thuốc Ưu tú; nhiều tập thể, cá nhân được tặng thưởng huân, huy chương và các phần thưởng cao quý khác. Đặc biệt, năm 2020, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 được phong tặng danh hiệu Anh hùng Lao động, Bệnh viện Quân y 175 được phong tặng danh hiệu Anh hùng Lực lượng vũ trang nhân dân và Cục Quân y được tặng thưởng Huân chương Quân công hạng Nhì.

Thành tựu của ngành Quân y 75 năm qua có được, trước hết là nhờ sự lãnh đạo, chỉ đạo sâu sát của Đảng, mà trực tiếp là sự lãnh đạo, chỉ đạo của Quân ủy Trung ương, Bộ Quốc phòng, Thủ trưởng Tổng cục Hậu cần. Đồng thời, có sự tham gia nhiệt tình, trách nhiệm của cán bộ, chiến sĩ toàn quân; sự chỉ đạo của Bộ Y tế, sự phối hợp chặt chẽ của các ban, bộ, ngành Trung ương, các địa phương, nhân dân cả nước và sự giúp đỡ to lớn của bạn bè quốc tế. Đặc biệt, thành tựu đó là kết quả của sự nỗ lực phấn đấu không mệt mỏi của đội ngũ cán bộ, nhân viên, chiến sĩ ngành Quân y bằng sự hy sinh, lao động, cống hiến quên mình vì sự nghiệp chăm sóc, bảo vệ sức khỏe bộ đội và nhân dân. Thành tựu vẻ vang đó đã và đang được cán bộ, nhân viên, chiến sĩ ngành Quân y hôm nay tiếp tục xây dựng và phát triển lên một tầm cao mới.

Trước yêu cầu xây dựng và bảo vệ Tổ quốc trong tình hình mới, nhiệm vụ của Quân đội ngày càng nặng nề. Cùng với sẵn sàng chiến đấu, bảo vệ vững chắc độc lập chủ quyền, toàn vẹn lãnh thổ, Quân đội còn có nhiệm vụ tích cực tham gia phát triển kinh tế - xã hội, là lực lượng nòng cốt trong phòng, chống và khắc phục hậu quả thiên tai, dịch bệnh. Tình hình trên đặt ra nhiều vấn đề mới, yêu cầu mới với ngành Quân y trong thời

gian tới.

Một là, Toàn ngành Quân y tiếp tục quán triệt sâu sắc đường lối, quan điểm của Đảng về xây dựng nền quốc phòng toàn dân, chiến tranh nhân dân bảo vệ Tổ quốc. Trước hết là quán triệt, thực hiện nghiêm các nghị quyết, chỉ thị của Đảng, của Quân ủy Trung ương, Bộ Quốc phòng, Tổng cục Hậu cần về công tác quân y; tập trung nâng cao khả năng bảo đảm quân y cho sẵn sàng chiến đấu và các nhiệm vụ đột xuất. Ưu tiên bảo đảm cho các lực lượng làm nhiệm vụ đặc biệt, bảo vệ chủ quyền biển, đảo, biên giới, ở địa bàn trọng yếu và các đơn vị mới thành lập, các lực lượng tiến thẳng lên hiện đại.

Hai là, Bám sát tình hình nhiệm vụ, tham mưu với Quân ủy Trung ương, Bộ Quốc phòng, Tổng cục Hậu cần phát huy sức mạnh tổng hợp, thực hiện tốt công tác kết hợp quân dân y, xây dựng và củng cố các đơn vị quân y trong khu vực phòng thủ. Hoàn thành các đề án lớn của ngành, chú trọng đề án quy hoạch hệ thống bệnh xá, bệnh viện toàn quân; đề án nâng cao năng lực hệ thống y học dự phòng quân đội.

Ba là, Tiếp tục đẩy mạnh các hoạt động đối ngoại quân y. Tăng cường quan hệ hợp tác quốc tế, chủ động giao lưu, trao đổi kinh nghiệm, nghiên cứu khoa học, tham gia Lực lượng Gìn giữ hòa bình Liên Hợp quốc..., góp phần giữ vững môi trường hòa bình, ổn định để xây dựng và phát triển đất nước.

Bốn là, Nêu cao tinh thần đoàn kết, đổi mới sáng tạo, phát huy dân chủ, giữ vững kỷ cương, xây dựng ngành Quân y vững mạnh toàn diện, tạo sức mạnh tổng hợp để thực hiện thắng lợi nhiệm vụ bảo đảm quân y, nâng cao sức mạnh chiến đấu của Quân đội, góp phần bảo vệ vững chắc độc lập, chủ quyền, toàn vẹn lãnh thổ Tổ quốc Việt Nam xã hội chủ nghĩa.

Tự hào truyền thống anh hùng, tiếp nối trang sử vẻ vang 75 năm qua, cán bộ, nhân viên, chiến sĩ ngành Quân y ra sức phấn đấu rèn luyện, trau dồi phẩm chất đạo đức, tích cực học tập nâng cao trình độ chuyên môn; đổi mới phương pháp, tác phong công tác, quyết tâm xây dựng ngành Quân y “Mạnh về tổ chức và khả năng cơ động, giỏi về chuyên môn nghiệp vụ, vững về chính trị, tư tưởng và ý thức”, góp phần xây dựng Quân đội chính quy, tinh nhuệ, từng bước hiện đại, xây dựng và bảo vệ vững chắc Tổ quốc Việt Nam xã hội chủ nghĩa. □

ĐÁNH GIÁ SỰ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

ThS. ĐỖ THỊ HIẾN, TS. PHẠM TRƯỜNG SƠN
Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Phản biện khoa học: (1) TS. VŨ HÀ NGÀ SƠN
(2) TS. TRƯƠNG QUANG TRUNG

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, khảo sát kiến thức, mức độ tuân thủ điều trị và mối liên quan giữa kiến thức với mức độ tuân thủ điều trị của 400 bệnh nhân tăng huyết áp, quản lý điều trị ngoại trú tại Phòng khám Nội tim mạch, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Kết quả:** Tỷ lệ các mức độ tuân thủ điều trị tốt, trung bình, kém lần lượt là 31,75%, 33,0%, 35,25%. Kiến thức của bệnh nhân về bệnh và về thuốc điều trị tăng huyết áp liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ tuân thủ điều trị ($p < 0,05$). Phân tích đa biến cho thấy, nhóm tuổi, kiến thức đúng về bệnh và điều trị bệnh là các yếu tố liên quan có ý nghĩa đến tuân thủ điều trị tăng huyết áp.

Từ khóa: Tăng huyết áp, tuân thủ điều trị, kiến thức.

ABSTRACT: Cross-sectional descriptive study, investigating knowledge, compliance to treatment and relationship between knowledge and compliance to treatment of 400 hypertensive patients, managing outpatients care at the Clinic of cardiology, Military Central hospital 108. **Results:** The rate of compliance to treatment was good, medium and poor was 31.75%, 33.0%, 35.25% respectively. The knowledge of patients about the disease and related antihypertensive drugs was statistically significant with the degree of compliance to treatment ($p < 0.05$). Multivariate analysis showed that age group, correct knowledge about the disease and treatment were significantly related factors to hypertension treatment compliance.

Keywords: Hypertension, compliance to treatment, knowledge.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Đỗ Thị Hiến, SĐT: 0988286968

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Tăng huyết áp (THA) là một bệnh lý phổ biến trên toàn cầu, gây tử vong cho gần 8 triệu người mỗi năm. Các biến chứng của THA có thể xảy ra trên tim, não, thận, mắt, mạch máu... Nếu không được điều trị hiệu quả, THA có tỷ lệ biến chứng cao, ảnh hưởng lớn tới chất lượng cuộc sống bệnh nhân (BN), là gánh nặng kinh tế cho người bệnh và xã hội. Theo Tổ chức Y tế thế giới, kiến thức chưa tốt và tuân thủ điều trị kém là nguyên nhân quan trọng nhất dẫn đến huyết áp không được kiểm soát tốt trên BN THA [5]. Nhiều nghiên cứu về tình hình tuân thủ điều trị, các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ tuân thủ điều trị của BN THA đã cho thấy, mức độ tuân thủ thuốc còn khá thấp.

Hàng năm, Phòng khám Nội tim mạch, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 đã khám, quản lý điều trị ngoại trú nhiều BN THA, nhưng chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá tuân thủ điều trị của người bệnh. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kiến thức, mức độ tuân thủ điều trị ở BN THA; tìm hiểu mối liên quan giữa kiến thức và

mức độ tuân thủ điều trị THA của BN.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

400 BN THA nguyên phát, điều trị ngoại trú tại Phòng khám Nội tim mạch, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 01-6/2020.

Loại trừ BN mắc các bệnh lý cấp tính hoặc các bệnh nặng kèm theo; BN không có khả năng hiểu, trả lời câu hỏi phỏng vấn; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang.
- Chẩn đoán THA nguyên phát theo tiêu chuẩn của Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam (2015).
- Chỉ tiêu nghiên cứu: đặc điểm BN (tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh, biến chứng của bệnh); kiến thức cơ bản của BN về bệnh THA (về số đo huyết áp được coi là THA, về các yếu tố nguy cơ dẫn tới THA, về các biến chứng của bệnh THA, về nguyên tắc điều trị THA, về điều trị THA, về chế độ dinh dưỡng, luyện tập, kiến thức về đo huyết áp

định kì [3]); mức độ tuân thủ điều trị THA (đôi lúc quên uống thuốc, từng bỏ thuốc mà không báo bác sĩ, quên thuốc khi đi chơi/đi du lịch, đôi lúc ngừng thuốc khi cảm thấy kiểm soát được triệu chứng, thấy bất tiện khi phải tuân theo kế hoạch điều trị, thấy khó khăn khi phải nhớ uống các loại thuốc [4]).

- Đánh giá kiến thức của BN về bệnh THA thông qua bộ câu hỏi thiết kế sẵn.

- Đánh giá mức độ tuân thủ điều trị của BN bằng bộ câu hỏi Morisky 8 (MMAS-8).

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm Stata 12.0. Phân tích mức độ ảnh hưởng của một số yếu tố tới tuân thủ điều trị bằng phương pháp hồi quy logistic đa biến; khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm chung của BN (n = 400):

- Giới tính: 178 BN (44,5%) là nam giới và 222 BN (55,5%) là nữ giới.

- Tuổi trung bình của BN: $67,71 \pm 9,33$ tuổi.

- Thời gian mắc bệnh: 44,5% BN mắc bệnh từ 5-10 năm.

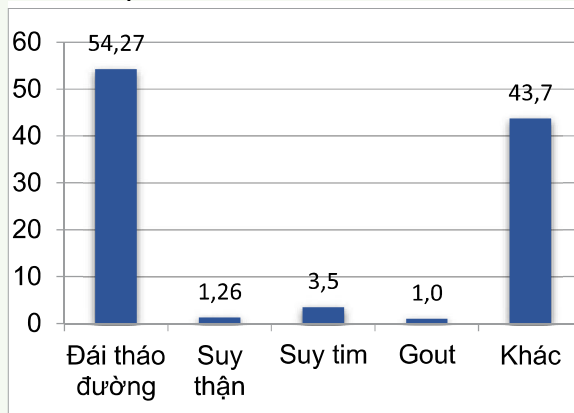
- Phân độ THA (tại thời điểm nghiên cứu):

+ Huyết áp tối ưu: 211 BN (52,75%).

+ THA độ 1: 172 BN (43,0%).

+ THA độ 2: 17 BN (4,25%).

- Các bệnh lý kèm theo:



Biểu đồ 1. Bệnh lý kèm theo.

BN THA mắc đái tháo đường hay gặp nhất (52,47%), tiếp đến là suy tim (3,5%), suy thận (1,26%), ít gặp Gout 1,0%.

3.2. Kiến thức cơ bản của BN về bệnh THA:

Bảng 1. Kiến thức chung của BN về bệnh THA (n = 400).

Câu hỏi (đáp án đúng)	Số BN trả lời đúng
Ông/bà có biết chỉ số huyết áp là bao nhiêu được coi là THA không? (BN nói đúng ngưỡng chẩn đoán tăng huyết áp)	330 BN (82,5%)
Các yếu tố nguy cơ dẫn tới bệnh THA?	89 BN (22,25%)
THA có thể gây ra các biến chứng nghiêm trọng về tim, não, thận...	108 BN (27,0%)

82,5% BN biết chỉ số được coi là THA, chỉ có 27,0% BN kể đúng và đủ các biến chứng nghiêm trọng của THA, 22,25% BN kể đúng và đủ các yếu tố nguy cơ dẫn tới THA.

Bảng 2. Kiến thức chung của BN về điều trị THA (n = 400).

Câu hỏi (đáp án đúng)	Số BN trả lời đúng
Chỉ dùng thuốc điều trị THA là có thể kiểm soát được huyết áp? (Sai)	296 BN (74,0%)
Thuốc điều trị THA cần phải dùng suốt đời? (Đúng)	287 BN (71,75%)
Hiểu đúng về chế độ ăn uống và tập luyện khi mắc THA.	183 BN (45,75%)

74,0% BN nhận biết được rằng chỉ dùng thuốc là không thể kiểm soát được huyết áp, 71,75% BN hiểu rằng phải sử dụng thuốc huyết áp suốt đời, 45,75% BN có kiến thức đúng và đủ về lối sống, sinh hoạt khi mắc THA.

3.3. Mức độ tuân thủ điều trị THA của BN:

Bảng 3. Đánh giá mức độ tuân thủ điều trị theo Morisky-8 (n = 400).

Mức độ tuân thủ điều trị theo Morisky-8	Số BN	
Mức độ tuân thủ	Tuân thủ tốt	127 BN (31,75%)
	Tuân thủ trung bình	132 BN (33,0%)
	Tuân thủ kém	141 BN (35,25%)
Đánh giá tuân thủ	Tuân thủ điều trị	259 BN (64,75%)
	Không tuân thủ điều trị	141 BN (35,25%)

Tỉ lệ BN tuân thủ điều trị ở 3 mức tốt, trung bình và kém lần lượt là 31,75%, 33%, 35,25%. Tuy nhiên, nếu phân thành 2 mức độ “Tuân thủ điều trị” và “Không tuân thủ điều trị” thì có 35,25% BN được xếp vào mức “Không tuân thủ điều trị”.

Bảng 4. Kết quả phân tích hồi quy logistic các yếu tố liên quan tới tuân thủ điều trị bệnh.

Thông số		Tuân thủ điều trị		OR (95%CI)	p
		Có	Không		
Tuổi đời	60 tuổi	64 BN (79,01%)	17 BN (20,99%)	2,39 (1,35-4,25)	0,003
	> 60 tuổi	195 BN (61,13%)	124 BN (38,87%)	1,00	
Ông/bà có biết chỉ số huyết áp là bao nhiêu được coi là THA không?	Trả lời đúng ngưỡng chẩn đoán THA	211 BN (63,94%)	119 BN (36,06%)	0,81 (0,47-1,41)	0,46
	Trả lời sai	48 BN (68,57%)	22 BN (31,43%)	1,00	
Các yếu tố nguy cơ dẫn tới bệnh THA là gì?	Chế độ ăn, vận động, di truyền	82 BN (92,13%)	7 BN (7,87%)	8,87 (4,04-19,43)	< 0,001
	Trả lời sai hoặc không đầy đủ	177 BN (56,91%)	134 BN (43,09%)	1,00	
THA có thể gây ra các biến chứng nghiêm trọng nào?	Biến chứng về tim, thận, não...	101 BN (93,52%)	7 BN (6,48%)	12,23 (5,60-26,72)	< 0,001
	Trả lời sai hoặc không đầy đủ	158 BN (54,11%)	134 BN (45,89%)	1,00	
Cách điều trị THA	Kết hợp dùng thuốc và thay đổi lối sống	252 BN (85,14%)	44 BN (14,86%)	79,4 (35,11-178,81)	< 0,001
	Chỉ cần dùng thuốc THA	7 BN (6,73%)	97 BN (93,27%)	1,00	
Thời gian dùng thuốc THA?	Dùng suốt đời	247 BN (86,06%)	40 BN (13,94%)	51,9 (26,34-102,3)	< 0,001
	Chỉ dùng đến khi huyết áp về bình thường	12 BN (10,62%)	101 BN (89,38%)	1,00	
Bị THA cần có lối sống (ăn uống và sinh hoạt) như thế nào?	Ăn nhạt, vận động vừa phải, không để thừa cân béo phì	171 BN (93,44%)	12 BN (6,56%)	20,89 (11,04-39,46)	< 0,001
	Trả lời sai hoặc không đầy đủ	88 BN (40,55%)	129 BN (59,45%)	1,00	

Kết quả phân tích hồi quy logistic cho thấy nhóm tuổi, kiến thức đúng về bệnh và điều trị bệnh là các yếu tố liên quan có ý nghĩa đến tuân thủ điều trị THA ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm chung BN nghiên cứu:

Tỉ lệ BN nam (44,5%) tương đương BN nữ (55,5%). Tuổi trung bình của BN là $67,71 \pm 9,33$ tuổi. Chủ yếu BN có thời gian mắc bệnh từ 5-10 năm (44,5%). Đa số BN tới khám duy trì huyết áp tối ưu (52,75%); tương tự kết quả nghiên cứu của Hyre A.D (49,5%) [4]. THA được coi là “sát thủ thầm lặng”, nguyên nhân dẫn đến rất nhiều biến chứng nguy hiểm, như suy tim, suy thận, đột quỵ não... Do vậy, việc kiểm soát mức độ THA sẽ giúp

phòng tránh các biến chứng, có biện pháp thích hợp cho từng giai đoạn bệnh. Nghiên cứu chỉ ra, đa số BN có bệnh lí kết hợp, trong đó hay gặp nhất là bệnh đái tháo đường (52,47%), tiếp đến là suy tim (3,5%), suy thận (1,26%), Gout (1,0%).

4.2. Kiến thức và mức độ tuân thủ điều trị THA của BN:

- Kiến thức về bệnh THA: 82,5% BN biết chỉ số THA; 27,0% BN kể đúng và đủ các biến chứng nghiêm trọng của THA; 22,25% BN kể đúng và đủ các yếu tố nguy cơ dẫn tới THA. Đa số BN chỉ kể được các biến chứng về tai biến mạch máu não (méo mồm, méo mặt, nói không rõ, tê liệt tay chân...). Tỉ lệ kể được về các biến chứng khác (suy tim, suy thận, biến chứng về mắt) khá thấp.

74,0% BN trả lời đúng rằng, chỉ dùng thuốc là không thể kiểm soát được huyết áp; 71,75% BN hiểu phải sử dụng thuốc huyết áp suốt đời; 45,75% BN có kiến thức đúng và đủ về lối sống, sinh hoạt khi bị THA. Kết quả này cho thấy kiến thức của BN về phòng biến chứng THA còn chưa tốt. Để nâng cao hơn nữa kiến thức của BN về bệnh, bệnh viện cần đẩy mạnh công tác truyền thông nâng cao nhận thức BN về bệnh THA.

- Mức độ tuân thủ điều trị THA: 31,75% BN tuân thủ điều trị tốt, 33,0% BN tuân thủ điều trị mức độ trung bình và 35,25% BN tuân thủ điều trị kém. Nếu phân thành 2 mức độ "Tuân thủ điều trị" và "Không tuân thủ điều trị" thì có 64,75% BN tuân thủ điều trị (chiếm tỉ lệ khá cao); tương tự kết quả nghiên cứu của Amanda D Hyre và cộng sự (71,6% BN tuân thủ điều trị [4]). Tuy nhiên, khá nhiều công bố trong và ngoài nước cho thấy, tỉ lệ tuân thủ điều trị của BN thấp hơn hẳn nghiên cứu của chúng tôi, như nghiên cứu của Nguyễn Thị Mỹ Hạnh trên BN THA điều trị ngoại trú tại Bệnh viện cấp cứu Trưng Vương (49,5% BN tuân thủ điều trị [1]); Kang C.D và cộng sự tiến hành trên 2.445 BN THA tại 4 cơ sở khám chữa bệnh ở Hong Kong (55,1% BN tuân thủ điều trị [5]). Theo Tổ chức Y tế thế giới, tỉ lệ tuân thủ điều trị trong điều trị bệnh mạn tính ở các nước phát triển cũng chỉ đạt khoảng 50%, ở các nước đang phát triển thì tỉ lệ này còn thấp hơn [6].

4.3. Mối liên quan giữa kiến thức và tuân thủ điều trị THA:

Có mối liên quan giữa kiến thức chung về bệnh và mức độ tuân thủ điều trị. Cụ thể, có khoảng 80% BN ở cả hai nhóm biết ngưỡng chẩn đoán THA. Trên thực tế, việc giúp BN nắm được chỉ số huyết áp tối ưu với tình trạng sức khỏe của họ có thể khiến BN hợp tác hơn trong điều trị. Ở một khía cạnh khác, chỉ 4,96% BN nhóm không tuân thủ trả lời đúng câu hỏi về yếu tố nguy cơ. Những BN không hiểu THA áp là bệnh tiến triển âm thầm và có thể không biểu hiện triệu chứng dẫn đến tâm lí chủ quan, làm giảm khả năng tuân thủ điều trị [2].

Kiến thức về thuốc điều trị có mối liên quan đến mức độ tuân thủ điều trị. Cụ thể, có sự khác biệt trong quan điểm của hai nhóm tuân thủ về vai trò của việc thay đổi lối sống và thuốc điều trị THA nên sử dụng trong bao lâu và có cần thiết phải dùng thuốc hằng ngày ($p < 0,001$). Điều này xảy ra khi nhân viên y tế không có đủ thời gian để giải thích cho BN về mục đích của phác đồ điều trị cũng như tác dụng không mong muốn có thể xảy ra, dẫn đến những quan niệm sai lầm về thuốc, từ đó có thể làm tăng tỉ lệ không tuân thủ điều trị trên BN.

Khi được chẩn đoán THA, bác sĩ sẽ đánh giá nguy cơ của BN tùy thuộc vào mức độ THA, các yếu tố nguy cơ tim mạch khác, có hay không tổn thương cơ quan đích, từ đó sẽ đưa ra quyết định phương pháp điều trị, một số BN sẽ cần đến thuốc,

một hay nhiều loại thuốc, kết hợp với việc thay đổi lối sống. Một số BN nguy cơ thấp sẽ bắt đầu bằng việc thay đổi lối sống và theo dõi. Trong mọi trường hợp việc thay đổi lối sống luôn mang lại hiệu quả. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm hiểu biết đúng về việc thay đổi lối sống có sự tuân thủ điều trị cao hơn 20,89 lần so với nhóm chưa hiểu biết đúng.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 400 BN THA nguyên phát, điều trị ngoại trú tại Phòng khám Nội tim mạch, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 01-6/2020, kết quả:

- BN nam (44,5%) tương đương BN nữ (55,5%). Tuổi trung bình của BN là $67,71 \pm 9,33$ tuổi. Chủ yếu BN có thời gian mắc bệnh từ 5-10 năm (44,5%). Đa số BN tới khám duy trì huyết áp tối ưu (52,75%) khi tới khám.

- 82,5% BN biết chỉ số THA, 27,0% BN kể đúng và đủ các biến chứng nghiêm trọng của THA, 22,25% BN kể đúng và đủ các yếu tố nguy cơ dẫn tới THA. 74,0% BN nhận biết được rằng chỉ dùng thuốc là không thể kiểm soát được huyết áp, 71,75% BN hiểu rằng phải sử dụng thuốc huyết áp suốt đời, 45,75% BN có kiến thức đúng và đủ về lối sống, sinh hoạt khi bị THA.

- Nhóm tuổi, kiến thức đúng về bệnh và điều trị bệnh là các yếu tố liên quan có ý nghĩa đến tuân thủ điều trị THA ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Thị Mỹ Hạnh (2011), "Kiến thức, thái độ và sự tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Cấp cứu Trưng Vương", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, số 15, tr. 154-158.
2. Akoko B.M, et al (2016), "Knowledge of hypertension and compliance with therapy among hypertensive patients in the bamenda health district of Cameroon: A Cross-sectional Study", *Cardiol Ther*, pp. 1-15.
3. Jankowska-Polanska B, Uchmanowicz I, et al (2016), "Relationship between patients' knowledge and medication adherence among patients with hypertension", *Patient Prefer Adherence*, 10, pp. 2437-2447.
4. Hyre A.D, Krousel-Wood M.A, et al (2007), "Prevalence and predictors of poor antihypertensive medication adherence in an urban health clinic setting", *J Clin Hypertens (Greenwich)*, 9 (3), pp. 179-186.
5. Kang C.D, Tsang P.P, et al (2015), "Determinants of medication adherence and blood pressure control among hypertensive patients in Hong Kong: a cross-sectional study", *Int J Cardiol*, 182, pp. 250-257.
6. World Health Organization (2003), *Adherence to long-term therapies*, pp. 107-115. □

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI HIẾN GAN TRONG GHÉP GAN TỪ NGƯỜI HIẾN SỐNG

CNDD. LÊ CẨM LINH

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Phản biện khoa học: (1) GS.TS. LÊ TRUNG HẢI

(2) ThS. PHẠM ĐỨC MỤC

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả cắt ngang đánh giá chất lượng cuộc sống (sức khỏe thể chất, tinh thần và hoạt động xã hội) của 30 người hiến gan phải trong ghép gan từ người hiến sống, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 10/2017 đến tháng 05/2020. **Kết quả:** Thời gian theo dõi trung bình: $10 \pm 7,53$ tháng. Tuổi trung bình của người hiến là $32,30 \pm 6,43$ tuổi. Tỷ lệ giới tính người hiến nam/nữ = 9/1. Có 3/30 người hiến gan (10%) gặp biến chứng sau mổ. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $12,87 \pm 2,99$ ngày. Có 1/8 tiêu chí đánh giá (theo bộ câu hỏi SF-36) trên 90 điểm. Điểm trung bình cao nhất được ghi nhận cho chức năng thể chất ($91,33 \pm 9,09$), thấp nhất hạn chế do sức khỏe thể chất ($80 \pm 40,68$). **Kết luận:** Tất cả người hiến gan đều phục hồi sau phẫu thuật cả về sức khỏe thể chất lẫn tinh thần và trở lại cuộc sống, công việc bình thường như trước khi hiến gan.

Từ khóa: Hiến gan từ người cho sống, người hiến gan, chất lượng cuộc sống.

ABSTRACT: Cross-sectional descriptive study of assessing the quality of life (the physical health, mental health, and social performance) of 30 right liver donors in liver transplantation from living donors at the Military Central hospital 108, from October 2017 to May 2020. **Results:** The average follow-up time was 10 ± 7.53 months. The average age of the donors was 32.30 ± 6.43 years. The sex ratio of donors male/female was 9/1. There were 3/30 liver donors (10%) observed complications after surgery. The average postoperative hospital stay was 12.87 ± 2.99 days. There were 1/8 evaluation criteria (according to the SF-36 questionnaire) over 90 points. The highest mean score was recorded for physical function (91.33 ± 9.09), and the lowest was limited to physical health (80 ± 40.68). **Conclusion:** All liver donors recovered after surgery in both physical and mental health and returned to normal life and work as before liver donation.

Keywords: Liver transplantation from living donors, liver donors, quality of life.

Chịu trách nhiệm nội dung: CNDD. Lê Cẩm Linh; SĐT: 037 525 4402.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Ghép gan là phẫu thuật loại bỏ gan bệnh, thay thế bằng gan (hoặc một phần gan) khỏe mạnh; là một phương pháp điều trị cho bệnh nhân mắc bệnh gan giai đoạn cuối và ung thư biểu mô tế bào gan không thể cắt bỏ. Những năm qua, do sự thiếu hụt nguồn hiến gan từ người cho chết não, nên việc ghép gan từ người hiến gan (NHG) sống ngày càng được phát triển rộng rãi trên khắp thế giới, đặc biệt, tại châu Á [1], [2]. Tại Hoa Kỳ, năm 1997, chỉ có 1 trung tâm thực hiện ghép gan từ người cho sống trưởng thành, nhưng đến năm 2000, con số này đã tăng lên 38 trung tâm. Từ năm 1990-2004, Bệnh viện Đại học Kyoto (Nhật Bản) đã thực hiện 1.000 trường hợp ghép gan từ NHG sống, đến năm 2008, con số này tăng lên 5.700 trường hợp. Bệnh viện Asan (Hàn Quốc) đã ghép gan cho trên 5.000 trường hợp từ NHG sống [3], [4]. Ghép gan từ NHG sống có nhiều ưu điểm, như giảm thời gian chờ trước phẫu thuật, sự tương đồng mảnh ghép và khả năng thành công sau phẫu thuật cao. Tuy nhiên, NHG có thể gặp biến chứng nguy hiểm,

thậm chí tử vong. Một số nghiên cứu đã chỉ ra, tỷ lệ biến chứng của những NHG từ 8,6-59%, tỷ lệ tử vong khoảng 0,2%. Trong đó, biến chứng đường mật (như rò mật, chít hẹp đường mật) thường gặp nhất (khoảng 9%) [1], [2]. Ngoài ra, một số NHG có thể bị các vấn đề về tâm thần (hầu hết các tác giả cho rằng đây là tác động của việc hiến gan). Vì vậy, sự an toàn của NHG, khả năng phục hồi và suy giảm tâm lý sau hiến gan cần được quan tâm.

Tại Việt Nam, ghép gan từ NHG sống đầu tiên được thực hiện vào tháng 01/2004. Do số lượng người ghép gan từ NHG sống còn ít, nên việc đánh giá chất lượng cuộc sống, tỷ lệ tử vong và mắc bệnh ở NHG chưa được quan tâm nhiều.

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu đánh giá chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật cắt gan phải của NHG sống.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

30 NHG sống, thực hiện phẫu thuật cắt gan phải, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ

tháng 10/2017 đến tháng 5/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Chọn mẫu thuận tiện.

- Phương pháp tiến hành: thu thập thông tin từ bệnh án và phỏng vấn trực tiếp NHG qua những lần tái khám hoặc liên hệ qua điện thoại. Phỏng vấn NHG theo bộ câu hỏi SF-36 bao gồm cả khía cạnh thể chất và tinh thần trên 8 tiêu chí: (1) Hoạt động thể chất; (2) Hạn chế hoạt động do thể chất; (3) Cơ đau; (4) Tình trạng sức khỏe; (5) Hoạt động xã hội; (6) Năng lượng; (7) Hạn chế do vấn đề cảm xúc; (8) Trạng thái tinh thần khỏe mạnh.

Mỗi câu hỏi có điểm dao động từ 0-100 (điểm càng cao thể hiện chức năng càng tốt). Nghiên cứu bảo đảm rằng những NHG không bị thúc ép về thời gian tại thời điểm phỏng vấn. Tất cả các cuộc phỏng vấn điện thoại được thực hiện sau cuộc gọi phỏng vấn trước, trong đó NHG được yêu cầu chỉ định thời gian thích hợp khi họ có thể dành khoảng 60 phút cho cuộc trò chuyện điện thoại và đưa ra các lựa chọn trong trạng thái tốt nhất của họ. Nếu họ không chắc chắn về vấn đề gì đó, họ sẽ được gọi lại sau vài ngày. Các trường hợp có số điểm rất cao (> 90) được khảo sát lại để bảo đảm phân hồi của họ là chính xác.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 22.0. Các giá trị được biểu thị dưới dạng trung bình, tỉ lệ %, khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm chung NHG:

Bảng 1. Đặc điểm chung NHG (n = 30).

Đặc điểm		Kết quả	
Tuổi đời	Thấp nhất - Cao nhất	19-46	
	Trung bình	32,30 ± 6,43	
BMI trung bình		22,21 ± 2,54	
Giới tính	Nam	27	90,0%
	Nữ	3	10,0%
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	3	10,0%
	Đã kết hôn	27	90,0%
Trình độ học vấn	Tiểu học, trung học phổ thông	23	76,7%
	Đại học, sau đại học	7	23,3%
Nghề nghiệp	Tự do	21	70,0%
	Nhân viên văn phòng	4	13,4%
	Công nhân	1	3,3%
	Thợ cơ khí	3	10,0%
	Sinh viên	1	3,3%

Tuổi NHG từ 19-46, trung bình là 32,30 ± 6,43 tuổi. BMI trung bình của NHG là 22,21 ± 2,54.

Đa số NHG là nam giới (90,0%); trình độ học vấn tiểu học, trung học phổ thông (76,7%), đã kết hôn (90,0%), có nghề nghiệp tự do (70,0%).

3.2. Kết quả sớm sau phẫu thuật cắt gan phải của NHG:

- Kết quả chung (n = 30):

+ Tốt: 27 NHG (90,0%).

+ Biến chứng: 3 NHG (10,0%).

- Biến chứng sau phẫu thuật cắt gan phải:

+ Hẹp đường mật: 1 NHG (3,3%).

+ Rò mật: 1 NHG (3,3%).

+ Chảy máu: 1 NHG (3,3%).

+ Tổng số: 3 NHG (10,0%).

Tỉ lệ gặp biến chứng là 10,0%. Tất cả trường hợp này đều được điều trị bảo tồn hoặc can thiệp tối thiểu thành công, không trường hợp nào phải phẫu thuật lại hoặc tử vong sau mổ.

- Thời gian nằm viện: từ 8-18 ngày, trung bình là 12,87 ± 2,99 ngày.

3.3. Chất lượng cuộc sống NHG sau hiến gan:

Nghiên cứu 30 NHG với thời gian theo dõi trung bình là 10 ± 7,53 tháng.

Bảng 2. Chỉ số chất lượng cuộc sống NHG sau hiến gan.

Thang điểm	Điểm trung bình	Giới hạn (nhỏ nhất - lớn nhất)
Thang điểm sức khỏe thể chất		
Chức năng thể chất	91,33 ± 9,09	70 - 100
Hạn chế hoạt động do thể chất	80 ± 40,68	0 - 100
Cơ đau	87,75 ± 19,39	33 - 100
Tình trạng sức khỏe	82 ± 13,36	45 - 100
Thang điểm sức khỏe tinh thần		
Hoạt động xã hội	87,5 ± 19,14	25 - 100
Năng lượng	84 ± 12,06	50 - 100
Hạn chế do vấn đề cảm xúc	83,33 ± 37,9	0 - 100
Trạng thái tinh thần khỏe mạnh	87,07 ± 7,47	72 - 100

Chỉ có 1/8 tiêu chí có điểm SF-36 trên 90 (điểm chức năng thể chất: 91,33 ± 9,09).

4. BÀN LUẬN.

- Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá lại chất lượng cuộc sống của 30 NHG dựa trên bảng điểm SF-36. Kết quả thấy, tỉ lệ NHG nam/nữ = 9/1, tuổi trung bình của NHG là 33,07 ± 6,43 tuổi. Đa số NHG có trình độ học vấn tiểu học, trung học

phổ thông (76,7%), đã kết hôn (90,0%), có nghề nghiệp tự do (70,0%). Kết quả này tương tự kết quả thống kê của Chan năm 2006 (tuổi trung bình là 35 tuổi [7]), nhưng thấp hơn kết quả nghiên cứu của Benzing (tuổi trung bình là $49,8 \pm 12,2$ tuổi [3]).

- Đánh giá kết quả chung sau phẫu thuật cắt gan phải của NHG: 90,0% NHG đạt kết quả tốt; 10,0% NHG gặp biến chứng, trong đó, rò mật (3,3%), hẹp đường mật (3,3%) và chảy máu (3,3%). Trong quá trình phẫu thuật, an toàn của NHG luôn được đặt lên hàng đầu, tuy nhiên, không thể loại trừ hết các biến chứng có thể xảy ra trong và sau mổ gan, vì nó ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống NHG sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu này, 1 trường hợp rò mật (3,3%), dịch mật ra qua dẫn lưu dưới gan 400 ml/ngày, NHG được đặt stent đường mật, sau 3 ngày dịch mật qua dẫn lưu hết, sau 3 tháng được rút dẫn lưu và lấy bỏ stent; 1 trường hợp chảy máu (3,3%), người bệnh được điều trị bảo tồn bằng bù máu (700 ml khối hồng cầu và 250 ml huyết tương tươi), giảm tiết, thuốc cầm máu, kháng sinh, sau 3 ngày ổn định và ra viện sau 8 ngày; 1 trường hợp hẹp đường mật (3,33%), phát hiện vào ngày thứ 5 sau mổ gan, được xử trí đặt stent đường mật và rút bỏ sau 3 tháng. Không có trường hợp nào phải mổ lại và tử vong sau phẫu thuật. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Bhatti năm 2015 (tỷ lệ NHG gặp biến chứng chiếm 11,67%, trong đó, rò mật (5%), viêm phổi (1,67%), thoát vị vết mổ (1,67%) hoặc ổ đọng dịch (3,33%) [5]); Nghiên cứu của Benzing trên 104 NHG (tỷ lệ gặp biến chứng về đường mật là 10,7%, thoát vị vết mổ là 1%, viêm tụy là 1%, tràn dịch màng phổi là 4,9% [3]); nhưng cao hơn kết quả phân tích trên 5.000 NHG từ 12 trung tâm trên thế giới của Rossler năm 2016 (biến chứng đường mật gặp 3% [4]). Các nghiên cứu đều chỉ ra rằng, người hiến dù trải qua phẫu thuật cắt gan lớn, có nguy cơ cao mắc các biến chứng, nhưng đều được điều trị bảo tồn hoặc can thiệp tối thiểu thành công và có thể trở về cuộc sống, công việc bình thường trong khoảng thời gian ngắn với sự hồi phục nhanh chóng [7], [8], [9].

- Bảng điểm đánh giá chất lượng cuộc sống SF-36 được sử dụng rộng rãi trên thế giới. Đây là bảng điểm đánh giá tương đối hoàn thiện các mặt từ sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần của NHG trong ghép gan từ người cho sống [6], [7], [8], [9]. đánh giá dựa vào bảng điểm SF-36 lý tưởng nhất là phỏng vấn trực tiếp NHG. Tuy nhiên, nghiên cứu này chỉ phỏng vấn trực tiếp 17/30 NHG, các trường hợp còn lại từ chối đến phỏng vấn mà chỉ đồng ý trả lời qua điện thoại. Lý do chính là chi phí khi đi lại và khó khăn do sắp xếp xin phép nghỉ làm việc.

Nghiên cứu cho thấy (bảng 2), chức năng hoạt

động thể chất có điểm cao nhất ($91,33 \pm 9,09$), tiếp đến chức năng khác là cơn đau ($87,75 \pm 19,39$), hoạt động xã hội ($87,5 \pm 19,14$), trạng thái tinh thần khỏe mạnh ($87,07 \pm 7,47$), năng lượng ($84 \pm 12,06$), hạn chế do vấn đề cảm xúc ($83,33 \pm 37,9$), tình trạng sức khỏe ($82 \pm 13,36$), hạn chế hoạt động do thể chất ($80 \pm 40,68$). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Chan (2006) về các chỉ số sức khỏe thể chất, chức năng thể chất ($95,4 \pm 6,7$), hạn chế do sức khỏe thể chất ($84,8 \pm 29,9$), cơn đau ($86,3 \pm 15,3$), tình trạng sức khỏe ($70,2 \pm 20,3$) [7], nhưng cao hơn so với các chỉ số về đánh giá sức khỏe tinh thần, hoạt động xã hội ($87,5 \pm 18$), năng lượng ($68,4 \pm 18,5$), hạn chế do vấn đề cảm xúc ($82,1 \pm 34,5$), trạng thái tinh thần khỏe mạnh ($76,4 \pm 15,6$) [7]; nhưng thấp hơn nghiên cứu của Udomsin (2019), hoạt động xã hội ($91,96 \pm 12,60$), hạn chế do vấn đề cảm xúc ($90,47 \pm 27,51$), trạng thái tinh thần khỏe mạnh ($86,78 \pm 49,52$) [8].

Nghiên cứu Kawagishi năm 2014 thấy 4/8 tiêu chí có điểm trên 90, đó là chỉ số chức năng hoạt động thể chất ($94,6 \pm 10,2$), hạn chế hoạt động do thể chất ($93,6 \pm 14,7$), cơn đau ($84,3 \pm 20,2$), tình trạng sức khỏe ($73,4 \pm 14,8$), hoạt động xã hội ($93,4 \pm 15,7$), năng lượng ($68,8 \pm 20,5$), hạn chế do vấn đề cảm xúc ($94,2 \pm 15,3$), trạng thái tinh thần khỏe mạnh ($77,9 \pm 16,8$) [9].

Các nghiên cứu cho thấy, tuổi của NHG và thời gian kể từ khi phẫu thuật ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống [1]. Những NHG lớn tuổi cho biết, chất lượng cuộc sống tốt hơn đáng kể trong các lĩnh vực như hoạt động xã hội và sức khỏe tinh thần. Ngoài ra, chất lượng cuộc sống của những NHG sau phẫu thuật hơn một năm cũng tốt hơn so với những người đã trải qua phẫu thuật trong thời gian dưới 1 năm [6]. Nghiên cứu của Chan (2006) thấy rằng, chất lượng cuộc sống của NHG, đặc biệt là thể chất bị ảnh hưởng đáng kể trong ba tháng đầu sau phẫu thuật, trong khi chất lượng về tinh thần trở lại mức trước khi phẫu thuật với khoảng thời gian từ 6-12 tháng [7].

Các hạn chế về hoạt động thể chất có diễn ra nhưng chỉ xảy ra với một số ít. Đa số NHG không còn thấy đau hoặc nếu có thì mức độ cơn đau chỉ nhẹ hoặc rất nhẹ. Nhìn chung, sức khỏe của NHG phục hồi về mức độ bình thường và trở lại cuộc sống sinh hoạt hằng ngày mà không gặp quá nhiều khó khăn. Ngoài phương pháp phẫu thuật, phương pháp giảm đau sau mổ được xem là hiệu quả khi giúp NHG có thể vận động sớm ngay sau mổ mà không trải qua những cơn đau nghiêm trọng. Thang điểm đánh giá sức khỏe tinh thần khá cao với mức độ ổn định. So sánh với nghiên cứu khác, thống kê cho thấy, hầu hết NHG không thấy quá căng thẳng

hay lo lắng, họ giữ được tinh thần ổn định trong suốt quá trình sau phẫu thuật đến khi xuất viện, trở về cuộc sống bình thường. Chất lượng sức khỏe tinh thần được bảo đảm cũng khiến chất lượng thể chất tăng lên và ngược lại. Ở những trường hợp gặp biến chứng sau phẫu thuật, chỉ số về thể chất và tinh thần thấp hơn so với các trường hợp không biến chứng.

Có rất ít nghiên cứu đánh giá chất lượng cuộc sống của NHG sau phẫu thuật ở Việt Nam. Vấn đề này thường bị bỏ qua và không được coi là quan trọng. Hiện nay, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 đang có số lượng bệnh nhân ghép gan từ NHG sống tương đối nhiều. Việc đánh giá và duy trì chất lượng cuộc sống NHG rất được quan tâm. NHG thường khỏe mạnh và mong đợi sau hiến gan trở lại cuộc sống như trước mổ. Sức khỏe thể chất, tinh thần và cảm xúc của họ phải được cân bằng để đối mặt với những thách thức của cuộc sống hàng ngày. Mặc dù các báo cáo trước đây không đưa ra mối quan hệ giữa kết quả của người nhận và chất lượng cuộc sống của NHG. Gần đây, một số nghiên cứu cho thấy, kết quả người nhận gan là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của NHG. NHG đa số đều có quan hệ huyết thống và tình cảm với người nhận. Trong suốt quá trình nằm viện hiến gan, họ đều rất quan tâm đến người nhận. Những ràng buộc tình cảm này dẫn đến việc tăng cường mối quan hệ giữa người hiến, người nhận và gia đình của họ. Mặt khác, việc cắt bỏ gan phải là một lựa chọn và mang lại kết quả tâm lý tốt cho hầu hết những người hiến, bất kể những rủi ro tiềm ẩn liên quan đến việc hiến gan. Đa số những NHG không lo lắng, không cảm thấy bị ép buộc và không coi việc hiến tặng là nguy hiểm trước khi tiến hành phẫu thuật. Một số người hiến còn cho biết, thậm chí họ rất phấn khích khi đối mặt với trải nghiệm mới và hầu hết những người khác chấp nhận hậu quả của cuộc phẫu thuật. Chỉ một số người hiến cho biết họ lo lắng, không chắc chắn về cuộc phẫu thuật và cảm thấy căng thẳng gia tăng trước khi phẫu thuật. Một số NHG đã thể hiện bằng lời nói cảm xúc biết ơn sau phẫu thuật. Hầu hết các khía cạnh của chất lượng cuộc sống tinh thần của NHG có liên quan đến các triệu chứng tâm lý. Điều này cho thấy sự cần thiết của việc hỗ trợ tâm lý cho những NHG [6].

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu đánh giá chất lượng cuộc sống của 30 NHG sống, thực hiện phẫu thuật cắt gan phải, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 10/2017 đến tháng 5/2020, kết quả:

- Tuổi NHG từ 19-46, trung bình là $32,30 \pm 6,43$ tuổi. BMI trung bình của NHG là $22,21 \pm 2,54$. Đa

số NHG là nam giới (90,0%); trình độ học vấn tiểu học, trung học phổ thông (76,7%), đã kết hôn (90,0%), có nghề nghiệp tự do (70,0%).

- 90,0% NHG đạt kết quả tốt sau phẫu thuật; 10,0% NHG gặp biến chứng, gồm rò mật (3,3%), hẹp đường mật (3,3%) và chảy máu (3,3%).

- Đánh giá chất lượng cuộc sống NHG dựa theo bộ câu hỏi SF-36 thấy: có 1/8 tiêu chí trên 90 điểm. Điểm trung bình cao nhất được ghi nhận là chức năng thể chất ($91,33 \pm 9,09$) và thấp nhất là hạn chế do sức khỏe thể chất ($80 \pm 40,68$).

Tất cả NHG đều phục hồi sau phẫu thuật cả về sức khỏe thể chất lẫn tinh thần và trở lại cuộc sống cũng như công việc bình thường như trước khi hiến gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Xu D.W, Xi-Dai Long X.D, Qiang Xia Q (2015), A review of life quality in living donors after liver transplantation, *Int J Clin Exp Med*, 8 (1): 20-26.
2. Parikh ND., Ladner D., Abecassis M., Butt Z. (2016). Quality of life for donors after living donor liver transplantation: a review of the literature. *Liver Transpl*; 16: 1352-1358.
3. Benzing C., Schmelzle M., Oellinger R., et al (2018). Living - donor liver transplant: An analysis of postoperative outcome and health - related quality of life in liver donors. *Experimental and Clinical Transplantation*; 5: 568-574.
4. Rossler F., Sapisochin G., Song G., et al (2016). Defining benchmarks for major liver surgery: a multicenter analysis of 5202 living liver donors. *Ann Surg*; 264 (3): 492-500.
5. Bhatti A., Zia H., Dar F., et al (2015). Quality of life after living donor hepatectomy for liver transplantation. *World J Surg*; Published online.
6. Jin SG, Xiang B, Yan LN et al (2012). Quality of life and psychological outcome of donors after living donor liver transplantation. *World J Gastroenterology*; 18: 182-187.
7. Chan SC, Liu CL, Lo CM, Lam BK, Lee EW, Fan ST (2006). Donor quality of life before and after adult-to-adult right liver live donor liver transplantation. *Liver Transpl*; 12: 1529-1536.
8. Udomsin K., Worakitti Lapisatepun W., et al (2019). Adult-to-Adult Living Donor Liver Transplantation: Postoperative Outcomes and Quality of Life in Liver Donors: First Report in Thailand. *Transplantation Proceedings*; XX,1-5.
9. Kawagishi N., Takeda I., Miyagi S., Sato K., Ohuchi N. (2014). Donors' quality of life evaluated by short form-36 analysis after living donor liver transplantation in a single-center experience. *Transplant Proc*; 46: 675-677. □

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ÁP DỤNG QUY TRÌNH KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN VẾT MỔ TRONG PHẪU THUẬT TUYẾN GIÁP KHÔNG SỬ DỤNG KHÁNG SINH

CNDD. NGUYỄN VIỆT THANH, CNDD. PHẠM MINH BẮC
CNDD. NGUYỄN THỦY CHUNG, CNDD. HOÀNG THỊ NGÀ
Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. KIỀU CHÍ THÀNH
(2) TS. NGUYỄN LAN ANH

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, theo dõi dọc, đánh giá kết quả áp dụng quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn vết mổ trong phẫu thuật tuyến giáp không sử dụng kháng sinh ở 191 bệnh nhân phẫu thuật tuyến giáp theo chương trình, áp dụng quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn chuẩn tại Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Kết quả: Bệnh nhân nữ (83,7%) nhiều hơn bệnh nhân nam (16,3%). Tuổi trung bình của bệnh nhân là $45,64 \pm 12,7$ tuổi, trong đó, độ tuổi từ 40-60 tuổi (50,26%) chiếm tỉ lệ cao nhất. Thứ tự mổ trong ngày giảm dần, trong đó, mổ lượt đầu chiếm tỉ lệ cao nhất (30,36%), tiếp đến là mổ ở lượt thứ 2 (26,17%), chiếm tỉ lệ thấp nhất là bệnh nhân mổ ở lượt 5 và 6 (lần lượt là 9,42% và 0,52%). Thời gian phẫu thuật trung bình $91,14 \pm 25,54$ phút, thời gian nằm viện sau mổ trung bình $3,59 \pm 0,79$ ngày. Không bệnh nhân nào bị sốt hay nhiễm khuẩn vết mổ. 99,89% liền vết mổ kì đầu. 96,34% bệnh nhân không dùng kháng sinh sau mổ, 3,66% bệnh nhân dùng kháng sinh điều trị dự phòng sau mổ do chảy máu vết mổ, có cơn tetani và rò dưỡng chấp. **Kết luận:** Với quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn chặt chẽ, có thể áp dụng mô hình không sử dụng kháng sinh cho các phẫu thuật bệnh lý tuyến giáp mà không có nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ.

Từ khóa: Phẫu thuật tuyến giáp, không sử dụng kháng sinh.

ABSTRACT: Prospective study, cross-sectional description, vertical follow-up, evaluation of the results of applying surgical procedure for site infection control in thyroid surgery without antibiotics prophylaxis in 191 patients with thyroid surgery according to program and application of standard infection control procedures at the Department of Anesthesia and Intensive care, Military Central Hospital 108.

Results: The female patients (83.7%) were more than male patients (16.3%). The average age of patients was 45.64 ± 12.7 years, of which, the age from 40-60 years (50.26%) accounted for the highest percentage. The order of surgery during the day decreased gradually, in which, the first turn of operation accounted for the highest percentage (30.36%), followed by the second turn of operation (26.17%), the patients who underwent surgery at turns 5 and 6 accounted for the lowest rate respectively (9.42% and 0.52%). The average time of surgery was 91.14 ± 25.54 minutes, the average postoperative hospital stay was 3.59 ± 0.79 days. There was no patient with fever or wound infection. 99.89% of patients healed the incision at the first turn. 96.34% of patients did not use antibiotics after surgery, 3.66% of patients used antibiotics for postoperative prophylaxis due to incision bleeding, tetanus attacks, and chyle fistula.

Conclusion: With a strict infection control process, it was possible to apply an antibiotic-free model for thyroid surgery without the risk of incision infection.

Keywords: Thyroidectomy, without antibiotics.

Chịu trách nhiệm nội dung: CNDD. Nguyễn Việt Thanh, SĐT: 0988775596.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Dùng thuốc kháng sinh trong và sau phẫu thuật là quy trình thường quy tại các bệnh viện trong cả nước hiện nay. Nhiều nghiên cứu trong nước và thế giới cho thấy, sự nguy hiểm của việc kháng kháng sinh trong điều trị là hậu quả của việc lạm dụng sử dụng kháng sinh, đang trở thành nguy cơ toàn cầu [1], [3], [5]. Đối với các phẫu thuật sạch và phẫu thuật cho bệnh lý tuyến giáp, nhiều trung tâm lớn trên thế giới đã áp dụng mô hình không sử dụng kháng sinh. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh việc sử dụng kháng sinh là không cần thiết, không

mang lại hiệu quả chống nhiễm khuẩn vết mổ cho các loại hình phẫu thuật này [5], [6], [7], [8].

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 là trung tâm ngoại khoa lớn, cơ sở vật chất đạt tiêu chuẩn, quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn chặt chẽ, tỉ lệ sử dụng kháng sinh dự phòng cho các phẫu thuật sạch và sạch nhiễm đạt trên 75%. Phẫu thuật bệnh lý tuyến giáp chiếm khoảng 10-15% và thường quy vẫn sử dụng kháng sinh dự phòng (1,5g cefuroxim trước rạch da 30 phút). Từ tháng 11/2019 đến nay, Bệnh viện đã bắt đầu áp dụng mô hình không sử dụng kháng sinh trong phẫu

thuật bệnh lí tuyến giáp, bước đầu thu được kết quả rất khả quan. Đây là bước tiền quan trọng mang lại rất nhiều lợi ích trong điều trị, đó là sự phối hợp đồng bộ của nhiều bộ phận, nhiều khoa trong toàn Bệnh viện. Từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả áp dụng quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn vết mổ trong phẫu thuật tuyến giáp không sử dụng kháng sinh, tại Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

191 bệnh nhân (BN) từ 17-83 tuổi, sức khỏe ASA I, II (theo phân loại của Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ) có bệnh lí tuyến giáp, chỉ định phẫu thuật cắt 1 thùy, cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch, hoặc cắt toàn bộ tuyến giáp kèm vét hạch có kế hoạch không sử dụng kháng sinh trong và sau phẫu thuật tại Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 3-7/2020.

Loại trừ BN đang có nhiễm trùng đi kèm, đang sử dụng kháng sinh; BN có suy giảm miễn dịch hoặc đang dùng thuốc ức chế miễn dịch; BN mắc bệnh đái tháo đường; BN có biến chứng về gây mê hay phẫu thuật sau mổ phải thở máy kéo dài; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiền cứu, mô tả cắt ngang, theo dõi dọc.

- Chuẩn bị: hồ sơ bệnh án, phiếu nghiên cứu; dụng cụ đã tiệt khuẩn; sàng, áo, gạc, vật tư y tế tiêu hao dùng 1 lần trong phẫu thuật; dung dịch đánh rửa vết mổ, sát khuẩn da chuyên dụng; các phương tiện máy móc và thuốc men phục vụ gây mê, hồi sức và phẫu thuật.

- Phương pháp tiến hành:

+ Bước 1 (chuẩn bị BN trước mổ): theo quy trình chung của Bệnh viện (tắm, gội tối hôm trước và sáng hôm mổ bằng xà phòng chuyên dụng, nhện ăn, nhện uống, cắt móng tay, tháo đồ trang sức, răng giả, thay quần áo mới...). Tại phòng tiền mê người bệnh được thăm khám, kiểm tra, đánh giá theo bảng kiểm và đưa BN vào phòng mổ bắt buộc theo quy tắc đi một chiều. Tại đây, BN được gây mê, phẫu thuật theo quy trình chung.

+ Bước 2 (chuẩn bị phòng mổ, dụng cụ liên quan đến phẫu thuật): nhiệt độ phòng mổ đặt từ 19-21°, ở chế độ phẫu thuật cấp gió tươi áp lực dương, sau mổ đặt chế độ như chờ mổ, chế độ hút khi làm vệ sinh. Phòng mổ vệ sinh đúng quy trình trước, trong và sau mỗi ca mổ; bảo đảm thay mới vô trùng và dùng một lần tất cả phương tiện phẫu thuật, vật tư gây mê (lọc khuẩn máy thở, mask thở, lưới đèn đặt nội khí quản, dây thở, canyl...); ga trải

bàn mổ, chăn đắp cho người bệnh được giặt sạch, hấp khô, khử khuẩn.

+ Bước 3 (chuẩn bị BN và các dụng cụ phẫu thuật sau gây mê): đặt BN tư thế phẫu thuật, điều dưỡng dùng dung dịch xà phòng Lifo-Scrud 4,0% đánh rửa vết mổ, lau khô; sát khuẩn vết mổ trước và sau mổ 2 lần bằng dung dịch 7,5% Povidone iodine; thay găng vô trùng sau mỗi tầng thì phẫu thuật; sau khi đóng vết mổ, băng vết mổ bằng miếng dán Ugor vô khuẩn.

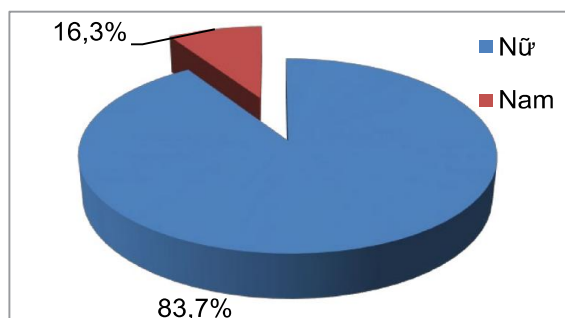
+ Bước 4 (theo dõi BN tại bệnh phòng): sau khi BN tỉnh táo hoàn toàn, đủ tiêu chuẩn được trả về bệnh phòng; theo dõi nhiệt độ cơ thể 3 giờ sau mổ, hằng ngày, tình trạng vết mổ; khi có nghi ngờ nhiễm khuẩn vết mổ hoặc toàn thân, sốt, vết mổ sưng nề, chảy máu rỉ rả vết mổ thấm nhiều băng gạc, báo bác sĩ xem xét sử dụng kháng sinh điều trị theo đúng phác đồ.

- Xử lí số liệu: bằng chương trình SPSS 20.0. Tính số trung bình, độ lệch chuẩn (SD) và tỉ lệ %.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

- Giới tính:



Biểu đồ 1. Phân bố BN theo giới tính.

160 BN (83,7%) là nữ giới, 31 BN (16,3%) là nam giới.

- Tuổi đời BN (n = 191):

+ Dưới 40 tuổi: 75 BN (39,26%).

+ Từ 40-60 tuổi: 96 BN (50,26%).

+ Trên 60 tuổi: 20 BN (10,47%).

+ Tuổi trung bình: 45,64 ± 12,7 tuổi.

Đa số BN có bệnh lí tuyến giáp từ 40-60 tuổi (50,26%).

- Chiều cao trung bình của BN: 1,61 ± 0,08 m.

- Cân nặng trung bình của BN: 60,5 ± 10,6 kg.

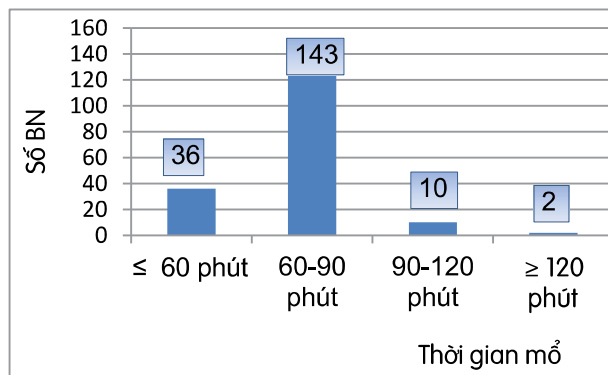
3.2. Đặc điểm thời gian và phẫu thuật:

- Thứ tự phẫu thuật trong bàn mổ (n = 191):

+ Lượt thứ 1: 58 BN (30,36%).

+ Lượt thứ 2: 50 BN (26,17%).

- + Lượt thứ 3: 38 BN (19,89%).
- + Lượt thứ 4: 26 BN (13,61%).
- + Lượt thứ 5: 18 BN (9,42%).
- + Lượt thứ 6: 01 BN (0,52%).
- Thời gian phẫu thuật (n = 191):



Biểu đồ 2. Thời gian phẫu thuật.

Thời gian phẫu thuật từ 50-270 phút, trung bình $91,14 \pm 25,54$ phút. Trong đó, đa số BN có thời gian phẫu thuật từ 60-90 phút (143 BN).

- Thân nhiệt BN sau phẫu thuật:

Bảng 1. Thân nhiệt BN sau phẫu thuật (n = 191).

Thời điểm	Nhỏ nhất - lớn nhất	$\pm$ SD
Sau mổ 3 giờ	36-37	$36,8 \pm 0,22$
Sau mổ ngày 1	36-37,3	$36,5 \pm 0,31$
Sau mổ ngày 2	36-37,1	$36,5 \pm 0,28$
Sau mổ ngày 3	36-37	$36,6 \pm 0,25$

- Thời gian nằm viện sau phẫu thuật:

- + 3 ngày: 105 BN (54,97%).
- + 4 ngày: 53 BN (27,74%).
- + 5 ngày: 21 BN (10,99%).
- + Trên 5 ngày: 12 BN (6,28%).
- + Trung bình: $3,59 \pm 0,796$ ngày.

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là $3,59 \pm 0,796$ ngày. Trong đó, đa số BN có thời gian nằm viện sau mổ là 3 ngày (54,97%), có 12 BN (6,28%) phải nằm viện sau mổ trên 5 ngày.

- Sử dụng kháng sinh:

Bảng 2. Đặc điểm sử dụng kháng sinh.

Sử dụng kháng sinh	Số BN	Tỉ lệ %
Không sử dụng kháng sinh	184	96,34
Có sử dụng kháng sinh	Chảy máu vết mổ	2
	Có cơn tetani sau mổ	3
	Rò đường chấp	2
Tổng	191	100

96,34% BN không dùng kháng sinh sau mổ, 7 BN (3,66%) phải dùng kháng sinh điều trị sau mổ, nguyên nhân do chảy máu vết mổ, cơn tetani và rò đường chấp.

- Tình trạng vết mổ (n = 191):

- + Liên vết mổ kì đầu: 189 BN (98,95%).
- + Vết mổ sưng nề (rò đường chấp): 2 BN (1,05%).

+ Không trường hợp nào nhiễm khuẩn vết mổ và không liên vết mổ.

Gần 99% BN liên sẹo vết mổ kì đầu.

4. BÀN LUẬN.

- Tuổi và giới tính: kết quả nghiên cứu cho thấy, tỉ lệ BN nữ mắc bệnh tuyến giáp cao gấp khoảng 5 lần so với nam giới. Độ tuổi trung bình của BN là $45,64 \pm 12,7$ tuổi, trong đó độ tuổi từ 40-60 tuổi (50,26%) chiếm tỉ lệ cao nhất; phù hợp kết quả nghiên cứu của Qian Qin, Hong Li và cộng sự khi tiến hành nghiên cứu trên 1.030 BN phẫu thuật bệnh lý tuyến giáp không dùng kháng sinh (BN nữ: 81,0%, BN nam: 19,0%); Qiang Lu, Shu-Quin Xie và cộng sự (nghiên cứu 1.166 BN thì có 954 BN là nữ giới và 212 BN nam giới, độ tuổi thường gặp nhất từ 30-50 tuổi); Nicola Avenia và cộng sự (tuổi trung bình của 500 BN cắt tuyến giáp là 47 tuổi [6]).

- Thứ tự phẫu thuật: thứ tự mổ trong ngày giảm dần, trong đó, mổ lượt đầu chiếm tỉ lệ cao nhất (30,36%), tiếp đến là BN mổ ở lượt thứ 2 (26,17%), chiếm tỉ lệ thấp nhất là BN mổ lượt 5 và 6 (lần lượt là 9,42% và 0,52%).

- Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $3,59 \pm 0,796$ ngày, trong đó, số BN ra viện sau mổ 3 ngày và 4 ngày chiếm 82,72%; tương tự kết quả nghiên cứu của Phạm Hải Yến, Trần Thị Thu Trang (số ngày nằm viện sau mổ ở BN có dùng kháng sinh dự phòng là $3,75 \pm 0,43$ ngày [3]).

- Tình trạng toàn thân sau mổ: không BN nào phải dùng kháng sinh điều trị do nhiễm khuẩn vết mổ, không có BN nào sốt do nhiễm khuẩn toàn thân hay tại chỗ. Điều này chứng tỏ, điều kiện môi trường, không khí, cũng như công tác bảo đảm vệ sinh phòng mổ là rất quan trọng, giúp hạn chế tình trạng nhiễm khuẩn. Mặt khác, nghiên cứu thấy rằng, thứ tự ca mổ đầu tiên hay cuối ngày không ảnh hưởng đến thời gian nằm viện sau mổ cũng như chất lượng điều trị.

- Nghiên cứu chỉ ra, 96,34% BN không cần sử dụng kháng sinh trong và sau phẫu thuật, 3,66%

BN phải dùng kháng sinh điều trị sau mổ, nguyên nhân do chảy máu vết mổ, có cơn tetani và rò dưỡng chấp (phẫu thuật viên đã chủ động dùng kháng sinh điều trị dự phòng nhiễm khuẩn). Năm 2017 Anna Fachinetti và cộng sự thống kê nghiên cứu trên 38 trung tâm phẫu thuật nội tiết, với 2.926 BN mổ tuyến giáp, kết quả, tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ chiếm khoảng 1% (28 BN); thấp hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả nghiên cứu đã khẳng định, việc sử dụng kháng sinh không có ý nghĩa trong việc phòng tránh nhiễm khuẩn vết mổ và dùng kháng sinh là không cần thiết trong phẫu thuật vùng tuyến giáp [5]. Một nghiên cứu đa trung tâm tại Italia trên 500 BN phẫu thuật tuyến giáp năm 2009 của Nicola Avenia và cộng sự trên 2 nhóm, mỗi nhóm 250 BN (dùng kháng sinh 3g sulbactam/ampicillin trước mổ và nhóm chứng không dùng kháng sinh), kết quả đã chứng minh, sử dụng kháng sinh dự phòng là không cần thiết và không mang lại lợi ích cho các BN nghiên cứu, đặc biệt là ở lứa tuổi < 80 [6].

- 98,95% BN liền vết mổ ngay kì đầu, chỉ có 2 BN (1,05%) liền sẹo kì 2 do gặp biến chứng rò dưỡng chấp sau mổ (các BN này được mở vết mổ, khâu đường rò, sau đó vết mổ liền tốt); không BN nào sốt do nhiễm khuẩn toàn thân hay tại chỗ. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Qiang Lu và cộng sự khi thực hiện nghiên cứu trên 1.166 BN không sử dụng kháng sinh (1 ca nhiễm khuẩn vết mổ sau 5 ngày [8]); Qian Qin và cộng sự nghiên cứu trên 1.030 BN (chỉ có 1 BN nhiễm khuẩn vết mổ, chiếm 0,09% [7]).

Sử dụng kháng sinh dự phòng trong ngoại khoa đã được đánh giá là một bước đột phá trong y học và đòi hỏi một loạt các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn đồng bộ. Việc không sử dụng kháng sinh trong phẫu thuật còn mang lại giá trị cao hơn rất nhiều, làm giảm công việc cho nhân viên y tế, giảm chi phí điều trị, thời gian điều trị ngắn, đặc biệt không làm ảnh hưởng đến các hệ vi khuẩn có lợi, tránh được các tai biến, biến chứng trong dùng kháng sinh.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu đánh giá kết quả áp dụng quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn vết mổ trong phẫu thuật tuyến giáp không sử dụng kháng sinh ở 191 BN phẫu thuật tuyến giáp theo chương trình, áp dụng quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn chuẩn tại Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Kết quả:

- BN trung bình $45,64 \pm 12,7$ tuổi; tỉ lệ nữ

(83,7%) nhiều hơn nam (16,3%). Thứ tự lượt mổ trong ngày ở BN nghiên cứu có tỉ lệ giảm dần: cao nhất là mổ ở lượt đầu (30,36%), tiếp đến là mổ ở lượt thứ 2 (26,17%), thấp nhất là mổ ở lượt 5 và 6 (lần lượt 9,42% và 0,52%). Thời gian phẫu thuật trung bình $91,14 \pm 25,54$ phút, thời gian nằm viện sau mổ trung bình $3,59 \pm 0,79$ ngày.

- Không BN nào bị sốt hay nhiễm khuẩn vết mổ. 99,89% BN liền vết mổ kì đầu. 96,34% BN không dùng kháng sinh sau mổ. 3,66% BN dùng kháng sinh điều trị dự phòng sau mổ do chảy máu vết mổ, có cơn tetani và rò dưỡng chấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Thị Hiền Lương (2012), *Nghiên cứu đánh giá sử dụng kháng sinh tại Bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2009-2011*, Khóa luận tốt nghiệp dược sĩ, Trường Đại học Dược Hà Nội.
2. Nguyễn Văn Mạnh (2018), *Phân tích sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Phố Nối*, Luận văn dược sĩ chuyên khoa cấp I, Trường Đại học Dược Hà Nội.
3. Phạm Hải Yến, Trần Thị Thu Trang (2015), "Công tác điều dưỡng trong sử dụng kháng sinh dự phòng trong điều trị một số bệnh sản phụ khoa tại Bệnh viện Quân y 103", *Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam*, số 11, Tr. 34-37.
4. Lê Thị Anh Thư, Nguyễn Văn Khôi (2010), "Đánh giá hiệu quả của việc sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật sạch và sạch nhiễm tại Bệnh viện Chợ Rẫy", *Tạp chí Y học thực hành*, số 723-6/2010, tr. 4-7.
5. Anna Fachinetti, Corrado Chiappa et al (2017), "Antibiotic prophylaxis in thyroid surgery", *Gland Surg*, Oct, 6 (5): 525-529.
6. Nicola Avenia, Alessandro Sanguinetti, Roberto Cirocchi et al (2009), "Antibiotic prophylaxis in thyroid surgery: a preliminary multicentric italian experience", *Ann Surg Innov Res*, 3: 10.
7. Qian Qin, Hong Li, Li-Bin Wang, Ai-Hui Li et al (2014), "Thyroid Surgery without Antibiotic Prophylaxis: Experiences with 1,030 Patients from a Teaching Hospital in China", *World Journal of Surgery*, volume 38, pp. 878-881.
8. Qiang Lu, Shu-Quin Xie, Si-Yuan Chen et al (2014), "Experience of 1.166 thyroidectomy without use of prophylactic Antibiotic", *BioMed Research International Clinical Study*, Volume 2014/Article, ID 758432/5 pages. □

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP THEO DÕI NHẬT KÍ NƯỚC TIỂU KẾT HỢP KHẢO SÁT NIỆU ĐỘNG HỌC TRÊN NGƯỜI BỆNH DI CHỨNG ĐỘT QUỴ NÃO CÓ MỞ BÀNG QUANG TRÊN XƯƠNG MU

CNDD. NGUYỄN THỊ BÍCH DUNG, ĐĐCKI. NGUYỄN VĂN NGHĨA

Bệnh viện Quân y 175

Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. LÊ ANH TUẤN

(2) TS. NGUYỄN LAN ANH

TÓM TẮT: Báo cáo một trường hợp tắc nghẽn đường niệu dưới, đặt dẫn lưu bàng quang trên xương mu tháng thứ 8, di chứng đột quỵ não. Người bệnh được theo dõi nhật kí nước tiểu bàng quang trên xương mu và nước tiểu niệu đạo kết hợp khảo sát niệu động học trước và sau điều trị nội khoa tối ưu 3 tháng. **Kết quả:** dung tích bàng quang từ 80 ml tăng lên 102 ml; nước tiểu tồn lưu qua niệu động học giảm từ 25 ml xuống còn 12 ml; dòng nước tiểu mạnh lên, Q max từ 3,8 tăng lên 6,9. Bệnh nhân có chỉ định rút thông dẫn lưu bàng quang trên xương mu, người bệnh có thể tự tiểu không kiểm soát qua đường niệu đạo. **Kết luận:** Công tác điều dưỡng rất quan trọng trong theo dõi, đánh giá nhật kí nước tiểu, chăm sóc các ống thông đường tiết niệu.

Từ khóa: Niệu động học, nhiễm khuẩn đường niệu, chăm sóc dẫn lưu bàng quang trên xương mu.

ABSTRACT: Reported a case of lower urinary obstruction, placed bladder drainage on the pubic bone at 8 months, the sequel of brain stroke. The patient was monitored in a bladder urine diary on the pubic bone and urethral urine combined with a urodynamic survey before and after optimal internal treatment for 3 months. **Results:** The bladder capacity increased from 80 ml to 102 ml; urine retention through urodynamics decreased from 25 ml to 12 ml; strong urine flow, Q max increased from 3.8 to 6.9. The patients indicated to withdraw bladder drainage on the pubic bone, patients could urinate uncontrollably through the urethra. **Conclusion:** Nursing was very important in monitoring and evaluating the urine diary, taking care of the urinary catheter.

Keywords: Urodynamics, urinary tract infections, bladder drainage care on the pubic bone.

Chịu trách nhiệm nội dung: CNDD. Nguyễn Thị Bích Dung, SĐT: 0984616168.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Khảo sát niệu động học (urodynamic studies) bao gồm các phép đo được sử dụng riêng lẻ hoặc kết hợp, như phép đo niệu dòng, phép đo áp lực - niệu dòng, phép đo điện cơ đáy chậu, niệu động học kết hợp hình ảnh học... nhằm đánh giá các bất thường chức năng đường tiết niệu dưới (tắc nghẽn, tiểu không kiểm soát và bàng quang hỗn loạn thần kinh...), cung cấp các thông tin hữu ích cho lâm sàng.

Đường tiết niệu dưới bao gồm bàng quang và niệu đạo. Tiểu tiện là một hoạt động phản xạ được ý thức kiểm soát qua chi phối của hệ thần kinh. Quá trình tiểu tiện gồm giai đoạn chứa đựng và tổng xuất nước tiểu. Hầu hết nam giới lớn tuổi đều có ít nhất một triệu chứng đường tiết niệu dưới (Lower urinary tract symptoms - LUTS), thường liên quan đến tắc nghẽn đường ra bàng quang, chủ yếu là do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt. Nhiều nghiên cứu cho thấy, LUTS không chỉ liên quan đến tuyến

tiền liệt, các bất thường chức năng đường tiết niệu dưới cũng có thể gây ra LUTS [3].

Người bệnh cần dẫn lưu nước tiểu trong một thời gian dài. Việc lựa chọn dẫn lưu bàng quang trên xương mu có tỉ lệ mắc biến chứng hẹp niệu đạo và viêm mào tinh hoàn ở nam giới thấp hơn so với ống thông niệu đạo [6]. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu liên quan đến ống thông (Catheter-associated urinary tract infection - CA-UTI) là nguyên nhân hàng đầu của nhiễm khuẩn huyết do chăm sóc y tế [3]. Khoảng 20% nhiễm khuẩn huyết mắc phải trong bệnh viện có nguồn gốc từ đường tiết niệu với tỉ lệ tử vong khoảng 10%. Thời gian lưu thông tiểu là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất của CA-UTI. Hơn 50% người bệnh đột quỵ não có biểu hiện bất thường chức năng đường tiết niệu dưới [4].

Chúng tôi giới thiệu ca lâm sàng theo dõi nhật kí nước tiểu kết hợp khảo sát niệu động học trên người bệnh di chứng đột quỵ não có mở bàng

quang trên xương mu tháng thứ 8 để quý đồng nghiệp tham khảo, đồng thời đánh giá tầm quan trọng công tác chăm sóc của điều dưỡng trong việc theo dõi, đánh giá nhật kí nước tiểu, chăm sóc các ống thông đường tiết niệu kết hợp phác đồ điều trị tối ưu, kết quả đo niệu động học.

2. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG.

Bệnh nhân: P.T.K, 73 tuổi, nam, chẩn đoán: u phì đại lành tính tuyến tiền liệt, dẫn lưu bàng quang trên xương mu tháng thứ 8/tăng huyết áp, liệt nửa người phải hoàn toàn, động kinh, rối loạn ngôn ngữ do di chứng đột quỵ não năm thứ 8.

2.1. Quá trình chăm sóc:

- Tình trạng bệnh nhân lúc vào viện: ý thức tỉnh, gọi biết, hồi không trả lời được, mất ngôn ngữ, tự ăn uống dưới sự hỗ trợ của người nhà. Có cơn động kinh tần suất 1 lần/tháng, thời gian cơn < 60 giây.

- Thể trạng trung bình, BMI = 24. Dấu hiệu sinh tồn (DHST): mạch 60-65 lần/phút, huyết áp 110/60-120/70 mmHg. BN đặt dẫn lưu bàng quang trên xương mu ra da tháng thứ 8, xung quanh chân dẫn lưu khô sạch.

- Lượng nước vào khoảng 1.600-1.800 ml/24 giờ. Lượng nước tiểu qua thông dẫn lưu bàng quang ra da khoảng 1.200-1.300 ml/24 giờ, màu vàng trong; lượng nước tiểu qua niệu đạo khoảng 350-400 ml/24 giờ (qua túi nylon), màu vàng trong.

- BN được thay băng chân dẫn lưu hằng ngày. Dẫn lưu bàng quang ra da và túi nước tiểu thay 1 tháng/1 lần. Người bệnh chưa tập cầu bàng quang.

- Điều trị: thuốc chống tăng huyết áp, thuốc chống động kinh, thuốc điều trị phì đại lành tính tuyến tiền liệt (Xatral 10 mg x 1 viên/ngày, uống tối).

- Chăm sóc điều dưỡng trước rút dẫn lưu bàng quang ra da: bệnh nhân thực hiện đo niệu động học lần 1 tại Bệnh viện Bình Dân, kết quả:

+ Giai đoạn chứa đựng: dung tích bàng quang: 80 ml; bàng quang dẫn nở: giảm Compliance khoảng 25 ml/cmH₂O; cơn co bóp bất thường cơ detrucsor: không; cảm giác buồn tiểu: đầu tiên: 74 ml, nhiều: 79 ml, gấp: 79 ml.

+ Giai đoạn tổng xuất: cơ detrucsor co bóp lúc: 74 ml; sức co bóp của cơ detrucsor: tốt. Pdet max # 50 cmH₂O; dòng tiểu: yếu, Qmax = 3,8; tổng xuất: giảm; bế tắc dòng ra theo toán đồ Schafer và ICS: có; nước tiểu tồn lưu: 25 ml.

- BN được lập kế hoạch chăm sóc theo quy chuẩn, thống nhất vấn đề cần chăm sóc và can thiệp điều dưỡng như sau:

+ Thiết lập mẫu theo dõi nhật kí nước tiểu hàng ngày cho người bệnh; ghi nhận nước tiểu theo giờ, số lượng nước tiểu mỗi lần.

+ Tập cầu bàng quang: kẹp xả thông đường dẫn nước tiểu từ bàng quang ra bằng khóa của túi nước tiểu; thời gian bắt đầu 3 giờ, tăng dần 4 giờ, 5 giờ, 8 giờ, 12 giờ, 22 giờ. Sau 3 tháng khóa hoàn toàn van túi chứa nước tiểu.

+ Lấy nước tiểu niệu đạo: sử dụng li thủy tinh có vạch ml, túi nylon, băng keo, bơm tiêm 50 ml. Vệ sinh tay khi thực hiện thủ thuật.

+ Thay băng chân dẫn lưu bàng quang dung dịch nước muối sinh lí và cồn 70° xung quanh da; tắm hằng ngày.

+ Thay thông dẫn lưu bàng quang ra da túi nước tiểu van 1 chiều 1 lần/1 tháng và khi bẩn.

+ Thực hiện y lệnh thuốc: kiểm soát huyết áp, chống động kinh, u tuyến tiền liệt (Dutasterid x 1 viên sáng; Tamsulosin HCL 0,4 mg x 1 viên uống 21 giờ; Pyridostigmin bromid x 2 viên, sáng 1 viên, chiều 1 viên).



Dụng cụ lấy nước tiểu niệu đạo



Túi nước tiểu van 1 chiều

2.2. Kết quả ghi nhận sau 3 tháng:

- Nước tiểu: qua dẫn lưu bàng quang ra da: 0 ml/24 giờ; qua ống thông niệu đạo: 1.700-1800 ml/24 giờ, nước tiểu màu vàng trong.

- Tình trạng toàn thân không ghi nhận nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

- Chăm sóc rút dẫn lưu bàng quang ra da và rút thông tiểu niệu đạo.

- Thực hiện chỉ định đo niệu động học lần 2 tại bệnh viện Bình Dân, kết quả:

+ Giai đoạn chứa đựng: dung tích bàng quang: 102 ml; bàng quang dẫn nở: giảm Compliance khoảng 20 ml/cmH₂O; cơn co bóp bất thường cơ detrucsor: không; cảm giác buồn tiểu: đầu tiên: 101 ml, nhiều: 101 ml, gấp: 101 ml.

+ Giai đoạn tổng xuất: cơ detrucsor co bóp lúc: 101 ml; sức co bóp của cơ detrucsor: tốt, Pdet max # 90 cmH₂O; dòng tiểu: yếu, Qmax = 6,9; tổng xuất: giảm; bế tắc dòng ra theo toán đồ Schafer và ICS: có; nước tiểu tồn lưu: 12 ml.

Sau 3 tháng bệnh nhân được chăm sóc theo quy chuẩn, thống nhất vấn đề cần chăm sóc và can thiệp điều dưỡng, kết quả: dung tích bàng quang từ 80 ml tăng lên 102 ml; nước tiểu tồn lưu qua niệu động học giảm từ 25 ml xuống còn 12 ml;

dòng nước tiểu mạnh lên, Q max từ 3,8 tăng lên 6,9. Bệnh nhân có chỉ định rút thông dẫn lưu bàng quang trên xương mu, đồng thời đặt thông tiểu lưu niệu đạo.

- Chăm sóc thông tiểu lưu niệu đạo bàng quang:

+ Thiết lập mẫu theo dõi nhật kí nước tiểu hàng ngày cho người bệnh. Ghi nhận nước tiểu theo giờ, số lượng nước tiểu mỗi lần. Vệ sinh tay khi thực hiện thủ thuật.

+ Không tập cầu bàng quang trong 7 ngày đầu. Từ ngày thứ 8 bắt đầu tiến hành tập cầu bàng quang 3 giờ/1 lần.

+ Chăm sóc chân dẫn lưu bàng quang trên xương mu, thay băng khi nước tiểu thấm băng, bảo đảm chân dẫn lưu khô, sạch. Xịt Cavilon xung quanh chân dẫn lưu sau mỗi lần thay băng. Tắm hằng ngày.

+ Theo dõi dấu hiệu sinh tồn sáng, chiều.

+ Thực hiện y lệnh thuốc và tác dụng phụ của thuốc (phác đồ như trên).

2.3. Kết quả đạt được:

Trong 3 ngày đầu, có tổn thương niệu đạo, nước tiểu màu hồng nhạt có lẫn máu, bệnh nhân chỉ định sử dụng thuốc cầm máu 3 ngày đến ngày thứ 4 nước tiểu vàng trong, dùng thuốc cầm máu. Ngày thứ 15, người bệnh rút thông tiểu lưu niệu đạo. Người bệnh đi tiểu không tự chủ hoàn toàn qua niệu đạo. Lượng nước vào khoảng 1.500 ml/24 giờ, nước ra khoảng 1.400 ml/24 giờ màu vàng trong. Không có tình trạng nhiễm khuẩn đường niệu sau 3 tháng đặt dẫn lưu bàng quang. Vết thương chân dẫn lưu bàng quang trên xương mu liền tốt.



Rút thông bàng quang trên xương mu.



Dẫn lưu niệu đạo ngày thứ 1

3. BÀN LUẬN.

Vai trò của điều dưỡng trong thiết lập, theo dõi nhật kí nước tiểu bàng quang trên xương mu và nước tiểu bàng quang niệu đạo kết hợp lập kế hoạch chăm sóc theo quy chuẩn các ống thông bàng quang để tránh biến chứng CA - UTI, kinh nghiệm rút các ống thông bàng quang theo chỉ định điều trị. Trong quá trình chăm sóc ca bệnh, chúng tôi tuân thủ theo những khuyến cáo của CDC về hướng dẫn phòng CA - UTI; quy trình kĩ thuật thay thông bàng quang và túi nước tiểu do chuyên khoa ngoại tiết niệu có kinh nghiệm thực hiện, tuân thủ vệ sinh tay khi tiến

hành thủ thuật, sử dụng ống thông chất liệu silicone, bảo đảm hệ thống kín với túi chứa van một chiều và kiểm tra định kì đảm bảo lưu thông tốt, thực hiện tắm hàng ngày cho người bệnh [2].

Kết quả sau 3 tháng, người bệnh không có biểu hiện nhiễm khuẩn đường tiết niệu: người bệnh đột quỵ não có biểu hiện bất thường chức năng đường tiết niệu dưới, những người bệnh này không thể tránh khỏi việc sử dụng các ống thông bàng quang. Nhiều nghiên cứu cho thấy, LUTS không chỉ liên quan đến tuyến tiền liệt, các bất thường chức năng đường tiết niệu dưới cũng có thể gây ra LUTS [3]. Chính vì thế, trên ca bệnh này, chúng tôi thực hiện phác đồ điều trị nội khoa tối ưu theo hướng dẫn điều trị bàng quang hỗn loạn thần kinh của Hội Nội khoa châu Âu (EAU) 2020. Theo hướng dẫn nhiễm khuẩn đường tiết niệu của CDC, thay thế ống thông bàng quang bằng dẫn lưu ống thông bao cao su có thể hữu ích cho người bệnh nam không tự nhiên mà không bị tắc nghẽn đầu ra và với một phản xạ vô hiệu còn nguyên vẹn [2].

Chúng tôi thiết lập nhật kí nước tiểu để so sánh số lượng nước tiểu bàng quang trên xương mu và nước tiểu niệu đạo hằng ngày, kết hợp khóa thông bàng quang trên xương mu. Mục đích cơ chớp bàng quang có thể co bóp theo phản xạ khi bàng quang đạt dung tích tối đa, lượng nước tiểu són qua niệu đạo được ghi nhận để đánh giá kết quả điều trị. Sau khi xác định được tính an toàn và hiệu quả khi người bệnh són tiểu không kiểm soát qua niệu đạo. Trước khi rút thông bàng quang trên xương mu, chúng tôi đặt lại thông bàng quang qua niệu đạo nhằm chuyển lưu nước tiểu, bảo đảm lỗ mở thông bàng quang trên xương mu liền tốt. Sau đó rút thông bàng quang qua niệu đạo để người bệnh tiểu không kiểm soát hoàn toàn đường niệu đạo.

Vai trò khảo sát niệu động học trong đánh giá các bất thường chức năng đường tiết niệu dưới trên người bệnh có tắc nghẽn dòng ra niệu đạo do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có di chứng đột quỵ não là cơ sở quyết định rút các ống thông bàng quang. Khảo sát niệu động học được xác định là phương pháp duy nhất có thể đánh giá khách quan bất thường chức năng đường tiết niệu dưới với mức chứng cứ 2a và khuyến cáo mạnh khảo sát niệu động học để xác định bất thường chức năng cụ thể của đường tiết niệu dưới, và sử dụng cùng các phép đo lặp lại để quyết định điều trị. Với mục tiêu điều trị theo thứ tự ưu tiên lần lượt là bảo vệ đường tiết niệu trên, đạt được hoặc duy trì tiểu tiện kiểm soát, phục hồi chức năng đường tiết niệu dưới và cải thiện chất lượng cuộc sống người bệnh. Ngoài ra cần xem xét chi phí điều trị hiệu

quả, độ phức tạp về kĩ thuật và các biến chứng có thể xảy ra trên từng người bệnh.

Trên ca bệnh này, kết quả phép đo áp lực - niệu dòng trước khi điều trị: trong giai đoạn chứa đựng, bàng quang có dung tích nhỏ với dung tích bàng quang tối đa khoảng 80 ml, độ giãn nở bàng quang giảm với compliance khoảng 25 ml/cmH₂O, người bệnh tiểu không kiểm soát trong giai đoạn tổng xuất với sức co bóp cơ chóp bàng quang tốt với áp lực cơ chóp bàng quang khoảng 50 cmH₂O, tuy nhiên tổng xuất giảm hiệu quả với nước tiểu tồn lưu là 25 ml. Căn cứ vào kết quả này, bất thường với tắc nghẽn đường ra bàng quang do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, đây là cơ sở để người bệnh được hội chẩn quyết định điều trị nội khoa tối ưu trước khi xem xét chỉ định can thiệp ngoại khoa để giải quyết tắc nghẽn đường tiết niệu dưới theo hướng dẫn điều trị của Hội Niệu khoa châu Âu.

Kết quả phép đo áp lực - niệu dòng sau 3 tháng điều trị nội khoa: trong giai đoạn chứa đựng, dung tích bàng quang tối đa có cải thiện lên khoảng 102 ml, độ giãn nở bàng quang chưa có cải thiện với complacance khoảng 20 cmH₂O, không có cơn co bóp bất thường cơ chóp bàng quang, người bệnh tiểu không kiểm soát; trong giai đoạn tổng xuất, sức co bóp cơ chóp bàng quang tốt với áp lực cơ chóp bàng quang tối đa khoảng 90 cmH₂O, dòng tiểu yếu và tổng xuất giảm hiệu quả với lượng nước tiểu tồn lưu khoảng 12 ml, ghi nhận theo dõi tắc nghẽn đường ra bàng quang theo toán đồ Schafer và ICS. Sau 3 tháng điều trị nội khoa, tuy độ giãn nở bàng quang không cải thiện, nhưng dung tích bàng quang có cải thiện, khả năng co bóp cơ chóp bàng quang tốt nhưng do tắc nghẽn đường ra bàng quang nên tổng xuất chưa cải thiện rõ rệt, người bệnh chủ yếu tiểu không kiểm soát để tổng xuất nước tiểu. Từ đó, có thể thấy, chức năng chứa đựng của bàng quang cải thiện ít, chức năng tổng xuất nước tiểu của người bệnh vẫn duy trì tốt để bù trừ cản trở của tắc nghẽn đường ra bàng quang do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, áp lực trong bàng quang được duy trì trong giới hạn an toàn và chưa có biểu hiện nguy cơ tổn thương đường tiết niệu. Như vậy, người bệnh có đáp ứng với điều trị nội khoa tối ưu kích thích u tuyến tiền liệt giảm bớt, do đó, người bệnh tiểu không kiểm soát qua đường niệu đạo, và rút các ống thông bàng quang. Tuy nhiên, cần lưu ý, khảo sát niệu động học phải được tiến hành định kì để theo dõi chức năng đường tiết niệu dưới, do độ giãn nở bàng quang còn kém, nguy cơ bàng quang tăng trương lực dần. Ngoài ra, do hiệu quả tổng xuất còn kém, nên nếu nước tiểu tồn lưu cao hoặc có biểu hiện bàng quang

tăng trương lực cần đặt lại thông bàng quang để tránh các nguy cơ nhiễm khuẩn đường tiết niệu và tổn thương đường tiết niệu trên.

4. KẾT LUẬN.

Vai trò của điều dưỡng rất quan trọng trong theo dõi nhật kí nước tiểu; đánh giá so sánh số lượng nước tiểu bàng quang trên xương mu và nước tiểu qua đường niệu đạo kết hợp chăm sóc các ống thông đường tiết niệu đến thành công bước đầu, người bệnh rút các thông tiểu bàng quang, đi tiểu không kiểm soát bằng đường niệu đạo. Khảo sát niệu động học là một chỉ định cần thiết đối với người bệnh rối loạn chức năng đường tiểu dưới, từ đó xác định các vấn đề cơ bản cần giải quyết nhằm giúp người bệnh tránh được các biến chứng lên đường tiết niệu trên, nguy cơ liên quan đến ống thông.

Qua ca bệnh này, khảo sát niệu động học trước và sau điều trị nội khoa đã giúp xác định loại bất thường chức năng đường tiết niệu, có thể cho phép người bệnh không cần lưu thông bàng quang, giảm được nguy cơ nhiễm khuẩn niệu liên quan ống thông, giảm chi phí chăm sóc và điều trị. Cần lưu ý bàng quang hỗn loạn thần kinh di chứng đột quỵ não là bệnh lí tiến triển mạn tính cần theo dõi định kì để có hướng điều trị phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Văn Ân (2014), đại cương về các phép đo niệu động học, 13/07/2020. <http://hahoan-gkiem.com/benh-than/dai-cuong-ve-cac-phep-do-nieu-dong-hoc-286.html>
2. Gould C.V, Umscheid C.A, Agarwal R.K, Kuntz G and Pegues D.A, (2017), Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009, <https://www.cdc.gov/infection-control/guidelines/cauti/background.html>
3. EAU Guidelines. Edn (2020), *Presented at the EAU annual congress amsterdam 2020*, ISBN, 978-94-92671-07-3.
4. Tom F Lue, MD, FACS, ScD (Hon), & Emil A Tanagho, MD (2013), *Neuropathic Bladder Disorders, Smith & Tanagho's General Urology 18th edition*, p. 442-457.
5. English S.F (2017), "Update on voiding dysfunction managed with suprapubic catheterization", *Transl Androl Urol* 2017; 6 (Suppl 2): S180-S185. doi: 10.21037/tau.2017.04.16.
6. English SF (2017), "Update on voiding dysfunction managed with suprapubic catheterization", *Transl Androl Urol* 2017; 6 (Suppl 2): S180-S185. doi: 10.21037/tau.2017.04.16. □

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN RỐI LOẠN NUỐT Ở NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY NÃO CẤP

ThS. HOÀNG THỊ NGỌC HẠNH - *Bệnh viện Quân y 175*
 Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. NGUYỄN HOÀNG NGỌC
 (2) TS. NGUYỄN VĂN GIANG

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả cắt ngang xác định tỉ lệ rối loạn nuốt theo thang điểm GUSS và một số yếu tố liên quan đến rối loạn nuốt ở 73 người bệnh đột quỵ não cấp, điều trị tại Khoa Nội thần kinh, Bệnh viện Quân y 175, từ tháng 02-5/2019. **Kết quả:** Người bệnh trung bình $62,63 \pm 12,9$ tuổi; tỉ lệ nam/nữ $\approx 2/1$. Đa số người bệnh nhập viện trong khoảng thời gian từ 6-24 giờ sau đột quỵ (34,2%), tình trạng ý thức tỉnh táo (71,2%). 63,0% người bệnh có rối loạn nuốt (mức độ nhẹ: 21,9%; mức độ trung bình: 13,7%; mức độ nặng: 27,4%). Có mối liên quan giữa tỉ lệ rối loạn nuốt sau đột quỵ não với tổn thương não 2 bên và rối loạn ý thức; người bệnh đột quỵ não có tiền sử tăng huyết áp thì nguy cơ rối loạn nuốt cao hơn người bệnh không có tiền sử tăng huyết áp. Người bệnh đột quỵ não có kèm theo từ 1 bệnh trở lên làm tăng nguy cơ rối loạn nuốt. Thang điểm GUSS cung cấp một phương pháp nhanh chóng và đáng tin cậy giúp điều dưỡng xác định người bệnh đột quỵ có rối loạn nuốt tại giường.

Từ khóa: Đột quỵ não, rối loạn nuốt, GUSS.

ABSTRACT: Cross-sectional descriptive study on the determination of the rate of swallowing disorder by the GUSS scale and some related factors to swallowing disorder in 73 patients with acute cerebral stroke, treated at the Department of Neurology Military hospital 175, from February to May 2019. **Results:** The average age of patients was 62.63 ± 12.9 years; the rate of male/female was 2/1. The majority of patients hospitalized during 6-24 hours after stroke (34.2%), state of consciousness (71.2%). There were 63.0% of patients with swallowing disorder (mild level: 21.9%; medium-level: 13.7%; severe level: 27.4%). There was a relationship between the rate of swallowing disorder after brain stroke with bilateral brain damage and consciousness disorder; Patients with brain stroke and with a history of hypertension had a higher risk of swallowing disorder than patients without a history of hypertension. The patients with brain stroke and with one or more diseases increased the risk of swallowing disorders. The GUSS scale provided a fast and reliable method for nursing to identify a stroke patient with swallowing disorder in bed.

Keywords: Brain stroke, swallowing disorder, GUSS.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Hoàng Thị Ngọc Hạnh, Email: hanhhoang175@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Theo đánh giá của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) năm 2015, đột quỵ não (ĐQN) là 1 trong 10 bệnh lí có tỉ lệ tử vong cao nhất [1]; là nguyên nhân chính gây tử vong do bệnh lí ở Việt Nam (tỉ lệ tử vong 21,7%; số tử vong hằng năm gần 150.000 người). Tỉ lệ mắc ĐQN hiện nay đang ở mức khá cao. Bệnh điều trị khó khăn, chi phí điều trị lớn, để lại nhiều di chứng nặng nề, ảnh hưởng đến sức khỏe và sinh hoạt của người bệnh (NB), tạo gánh nặng cho gia đình và xã hội.

Rối loạn nuốt là tình trạng lâm sàng rất phổ biến ở NB đột quỵ. Tỉ lệ mắc rối loạn nuốt khác nhau trong các nghiên cứu từ 28%-65% [11], do sự khác biệt về định nghĩa, phương pháp đánh giá chức năng nuốt, thời điểm đánh giá nuốt sau ĐQN và đặc điểm NB nghiên cứu. Hậu quả của rối loạn nuốt là viêm phổi, suy dinh dưỡng, mất nước, kéo dài thời gian nằm viện, ảnh hưởng đến tinh thần, giảm chất lượng cuộc sống của NB và tiên lượng xấu [7, 11].

Để ngăn ngừa và giảm thiểu những biến chứng này, chẩn đoán và quản lí rối loạn nuốt phải được thực hiện càng sớm càng tốt bởi nhân viên y tế. Sàng lọc rối loạn nuốt Gugging (The Gugging swallowing screen - GUSS) [12] là một phương pháp đánh giá đơn giản cho NB có rối loạn nuốt và nguy cơ sặc; có thể được sử dụng như một công cụ sàng lọc nhanh để phát hiện nguy cơ trong đột quỵ cấp.

Nhằm bước đầu đánh giá rối loạn nuốt ở NB ĐQN cấp tại Bệnh viện Quân y 175, chúng tôi triển khai nghiên cứu này nhằm xác định tỉ lệ rối loạn nuốt theo thang điểm GUSS và xác định một số yếu tố liên quan đến rối loạn nuốt ở NB ĐQN cấp, điều trị tại Bệnh viện Quân y 175.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

73 NB chẩn đoán xác định ĐQN cấp, điều trị tại Khoa Nội thần kinh, Bệnh viện Quân y 175, từ tháng 02-5/2019.

Loại trừ NB có đặt nội khí quản, mở khí quản, đặt ống thông dạ dày, hôn mê (Glasgow < 10 điểm); NB có tổn thương não khác kèm theo, như chấn thương sọ não, nhiễm khuẩn hệ thần kinh, u não...; NB có rối loạn nuốt do nguyên nhân khác; NB tử vong trong thời gian nghiên cứu; NB hoặc người nhà NB không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện.
- Công cụ thu thập số liệu: theo bảng dữ liệu thông tin, đánh giá theo thang điểm GUSS.
- Chỉ tiêu nghiên cứu: đặc điểm NB (tuổi, giới tính, thời gian nhập viện, ý thức - điểm Glasgow), tình trạng rối loạn nuốt ở NB (đánh giá bằng thang điểm GUSS); các yếu tố liên quan đến rối loạn nuốt (tình trạng ý thức, hình thái ĐQN, các yếu tố nguy cơ ĐQN).

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Thống kê mô tả (tần số, tỉ lệ %) và thống kê phân tích (phép kiểm chi bình phương, hồi quy đa biến) để phân tích số liệu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1. Đặc điểm NB nghiên cứu (n = 73).

Đặc điểm		Số NB	Tỉ lệ %
Nhóm tuổi	Dưới 40 tuổi	1	1,4
	Từ 40-49 tuổi	7	9,6
	Từ 50-59 tuổi	26	35,6
	Từ 60-69 tuổi	21	28,8
	Trên 69 tuổi	18	24,6
	Trung bình	62,6 ± 12,9	
Giới tính	Nam	49	67,1
	Nữ	24	32,9
Thời gian nhập viện từ khi khởi phát ĐQN	< 6 giờ	17	23,3
	6-24 giờ	25	34,2
	> 24-48 giờ	14	19,2
	> 48 giờ	17	23,3
Ý thức (Điểm Glasgow)	10-11 điểm	7	9,6
	12-13 điểm	14	19,2
	14-15 điểm	52	71,2

Tuổi NB từ 28-91 tuổi, trung bình là 62,63 ± 12,9 tuổi. NB nam (67,2%) nhiều hơn NB nữ (32,88%), tỉ lệ nam/nữ ≈ 2/1. Đa số NB nhập viện từ 6-24 giờ (34,2%), tình trạng ý thức tỉnh táo, với điểm Glasgow 14-15 điểm (71,2%).

- Đánh giá tình trạng rối loạn nuốt ở NB ĐQN bằng thang điểm GUSS:

Bảng 2. Tỉ lệ rối loạn nuốt theo GUSS (n = 73).

Các yếu tố		Số NB	Tỉ lệ %
Tình trạng rối loạn nuốt	Có	46	63,0
	Không	27	37,0
Mức độ rối loạn nuốt	Nặng (0-9 điểm)	20	27,4
	Trung bình (10-14 điểm)	10	13,7
	Nhẹ (15-19 điểm)	16	21,9
	Không khó nuốt	27	37,0

63,0% NB có rối loạn nuốt (trong đó, mức độ nhẹ: 21,9%; trung bình: 13,7%; nặng: 27,4%).

3.2. Các yếu tố liên quan đến rối loạn nuốt:

Bảng 3. Liên quan giữa tình trạng ý thức (điểm Glasgow) và rối loạn nuốt (n = 46).

Tình trạng ý thức	Rối loạn nuốt		p
	Có	Không	
10-11 điểm	7 (9,59%)	0	0,0001
12-13 điểm	14 (19,18%)	0	
14-15 điểm	25 (34,25%)	27 (36,98%)	

Có mối liên quan chặt chẽ giữa rối loạn nuốt và tình trạng ý thức của NB, rối loạn nuốt tăng ở NB có rối loạn ý thức (p = 0,0001).

Bảng 4. Liên quan giữa rối loạn nuốt và các hình thái ĐQN.

Các yếu tố		Rối loạn nuốt		p
		Có	Không	
Tiền sử ĐQN	Lần 1	33 (45,21%)	20 (27,40%)	0,829
	2 lần	13 (17,81%)	7 (9,59%)	
Bên tổn thương ĐQN	Bên trái	20 (27,40%)	20 (27,40%)	0,033
	Bên phải	24 (32,88%)	7 (9,59%)	
	Hai bên	2 (2,74%)	0	
Thể ĐQN	NMN	35 (47,95%)	26 (35,62%)	0,078
	CMN	10 (13,70%)	1 (1,37%)	
	HH	1 (1,37%)	0	
Vị trí ĐQN	Trên lều	35 (47,95%)	23 (31,51%)	0,457
	Dưới lều	9 (12,33%)	4 (5,48%)	
	Cả hai	2 (2,74%)	0	

(NMN: nhồi máu não; CMN: chảy máu não; HH: hỗn hợp).

Tỉ lệ rối loạn nuốt giữa nhóm NB tổn thương não ở bên phải và tổn thương não cả 2 bên khác biệt có

ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$. Các nhóm so sánh còn lại khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Liên quan giữa rối loạn nuốt và các yếu tố nguy cơ ĐQN.

Các yếu tố		Rối loạn nuốt		p
		Có (n = 46)	Không (n = 27)	
Tiền sử tăng huyết áp	Có	34 (46,58%)	13 (17,81%)	0,042
	Không	12 (16,43%)	14 (19,18%)	
Tiền sử đái tháo đường	Có	9 (12,33%)	4 (5,48%)	0,756
	Không	37 (50,69%)	23 (31,51%)	
Bệnh kèm theo	Không	7 (9,59%)	11 (15,07%)	0,047
	1 bệnh	27 (36,99%)	12 (16,44%)	
	≥ 2 bệnh	12 (16,44%)	4 (5,48%)	

NB ĐQN có tiền sử tăng huyết áp thì có nguy cơ rối loạn nuốt cao hơn những NB không có tiền sử tăng huyết áp, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. NB ĐQN mắc các bệnh lý kết hợp thì có nguy cơ rối loạn nuốt cao hơn NB ĐQN không mắc bệnh kèm theo, NB ĐQN mắc ≥ 2 bệnh lý kết hợp thì có nguy cơ rối loạn nuốt cao hơn NB ĐQN mắc 1 bệnh lý kết hợp, khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 6. Mô hình hồi quy đa biến giữa rối loạn nuốt và các yếu tố (n = 73).

Các yếu tố	Giá trị p*	Hệ số b
Tuổi	0,562	- 0,033
Giới tính	0,618	0,055
Thời gian khởi phát	0,380	- 0,04
Thể ĐQN	0,127	0,198
Vị trí tổn thương	0,118	0,160
Bên tổn thương	0,008	0,245
Tiền sử ĐQN	0,316	- 0,122
Tăng huyết áp	0,125	0,184
Đái tháo đường	0,883	0,019
Bệnh kèm theo	0,220	0,105
Rối loạn ý thức	0,004	- 0,254

Phân tích hồi quy đa biến mối liên quan giữa các biến số đến rối loạn nuốt của NB ĐQN thấy, tổn thương ở các bên và tình trạng rối loạn ý thức (điểm Glasgow) có liên quan đến tình trạng rối loạn nuốt của NB với giá trị p lần lượt là 0,008 và 0,004; điểm Glasgow càng tăng thì tình trạng rối loạn nuốt càng giảm, tổn thương hai bên có nguy cơ rối loạn nuốt cao hơn.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

- Tuổi: NB từ 28-91 tuổi, trung bình 62,63 ±

12,9 tuổi; phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Nga (66,8 ± 14,5 tuổi [3]), Samia (61,8 ± 7,8 tuổi [16]) và Arnold (65,1 ± 14,8 tuổi [6]); nhưng thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Đức Trung (75,07 ± 7,5 tuổi [2]).

- NB nam (67,2%) nhiều hơn nữ (32,88%), tỉ lệ nam/nữ ≈ 2/1. Đa số nghiên cứu đều thấy tỉ lệ NB nam nhiều hơn nữ, như Nguyễn Thị Phương Nga (tỉ lệ nam/nữ = 1,9/1 [3]), Nguyễn Đức Trung (tỉ lệ nam/nữ 3,18/1 [2]), Arnold (tỉ lệ nam/nữ 1,8/1 [6]), Leigh là (tỉ lệ nam/nữ 1,35/1). Có thể do nam giới có nhiều yếu tố nguy cơ ĐQN hơn nữ giới, như uống rượu, hút thuốc lá, sinh hoạt không điều độ, cũng như theo đánh giá về dịch tễ học ĐQN của Guzik và Bushnell (tỉ lệ đột quỵ ở nam thường gấp hơn ở nữ).

- Theo các tài liệu hướng dẫn khuyến nghị NB ĐQN hay nghi ngờ ĐQN cần được tiến hành sàng lọc rối loạn nuốt sớm nhất có thể, tốt nhất trong vòng 4 giờ [8] đến 24 giờ [9], để có chế độ nuôi dưỡng phù hợp, phòng ngừa hít sặc và viêm phổi, làm kéo dài thời gian nằm viện và tăng tỉ lệ tử vong. Trong nghiên cứu ở Đức của Al-Khaled, 87% NB ĐQN nhập viện trong vòng 6 giờ từ khi khởi phát triệu chứng [5]. Chúng tôi gặp đa số NB nhập viện sau ĐQN 6 giờ, có thể do Bệnh viện Quân y 175 là bệnh viện tuyến cuối quân đội ở phía Nam, nên có lượng NB là quân nhân đã qua các tuyến trước khi chuyển tới bệnh viện. Ngoài ra, việc không phát hiện sớm các trường hợp ĐQN kín đáo, thiếu các phương tiện vận chuyển, cơ sở hạ tầng giao thông yếu kém... cũng có thể là nguyên nhân. Điều này làm giảm cơ hội được điều trị kịp thời của NB, tăng nguy cơ tử vong và tàn tật, vì trong ĐQN “thời gian là não” [1].

- Tình trạng rối loạn ý thức ở NB ĐQN: 71,2% NB tỉnh táo (Glasgow 14-15 điểm); tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đức Trung (69,61% NB ĐQN không rối loạn ý thức [2]) và Mourão (67,1% NB không rối loạn ý thức [14]).

- Tỉ lệ NB có rối loạn nuốt: 63,0% NB (trong đó, mức độ nhẹ: 21,9%; trung bình: 13,7%; nặng: 27,4%); tương đương tỉ lệ NB có rối loạn nuốt trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Nga (60,7% [3]); cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Đức Trung (47,83% [2]), Samia (55% [16]), Mourão (52% [14]); thấp hơn kết quả nghiên cứu của Phan Nhứt Trí (81% [4]) và Bray (87,7% [10]). Sự chênh lệch này có thể do phương pháp, thời điểm, tiêu chuẩn chọn mẫu của các nghiên cứu khác nhau. Tuy nhiên, điều này phù hợp với nhiều tác giả trên thế giới khi cho rằng, tỉ lệ rối loạn nuốt trong khoảng 35-100% ở NB ĐQN [8]. Tỉ lệ rối loạn nuốt gián tiếp là

26,09% và rối loạn nuốt trực tiếp với các dạng thức ăn là 73,91%, trong đó thường gặp rối loạn nuốt với dạng thức ăn rắn (47,06%), nghĩa là những NB này có thể nuốt được các dạng thức ăn đặc và lỏng. Điều này cũng phù hợp với các khuyến cáo về dinh dưỡng của Teuschl năm 2018 [15].

3.2. Các yếu tố liên quan đến rối loạn nuốt:

Theo Mourão, 20% NB có tiền sử ĐQN và có ảnh hưởng đến rối loạn nuốt khi đánh giá nuốt ban đầu [14]. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi và các tác giả trong nước chưa thấy được mối liên hệ giữa tiền sử ĐQN với rối loạn nuốt ở NB [3]. Bên tổn thương có liên quan tới tình trạng rối loạn nuốt, tổn thương 2 bên có nguy cơ rối loạn nuốt cao hơn. Nghiên cứu này thấy có sự liên quan giữa tiền sử tăng huyết áp và rối loạn nuốt, NB có tiền sử tăng huyết áp thì có tỉ lệ rối loạn nuốt cao hơn; NB ĐQN có kèm theo từ 1 bệnh trở lên làm tăng nguy cơ rối loạn nuốt. Theo Arnold (2016), không có sự khác biệt giữa NB đại tháo đường và tình trạng rối loạn nuốt [6]; tương đồng [5] với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

4. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 73 NB ĐQN cấp, điều trị tại Khoa Nội thần kinh, Bệnh viện Quân y 175, kết quả:

- NB trung bình 62,63 ± 12,9 tuổi; tỉ lệ nam/nữ ≈ 2/1. Đa số NB nhập viện trong khoảng thời gian từ 6-24 giờ sau ĐQN (34,2%), tình trạng ý thức tỉnh táo, với điểm Glasgow 14-15 điểm (71,2%). 63,0% NB có rối loạn nuốt (trong đó, mức độ nhẹ: 21,9%; trung bình: 13,7%; nặng: 27,4%).

- Có mối liên quan chặt chẽ giữa rối loạn nuốt và tình trạng ý thức của NB, rối loạn nuốt tăng ở NB có rối loạn ý thức ($p = 0,0001$). Tỉ lệ rối loạn nuốt giữa các nhóm đối tượng tổn thương não ở bên phải và tổn thương cả 2 bên có sự khác nhau, với $p < 0,05$. NB ĐQN có tiền sử tăng huyết áp nguy cơ rối loạn nuốt cao hơn NB không tiền sử tăng huyết áp. NB ĐQN có kèm theo từ 1 bệnh trở lên làm tăng nguy cơ rối loạn nuốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2018), *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị phục hồi chức năng cho NB đột quỵ*, tr. 8.
2. Nguyễn Đức Trung, Nguyễn Văn Liệu (2016), "Nghiên cứu rối loạn nuốt ở NB NMN bằng thang điểm Mann và đánh giá các yếu tố liên quan", *Tạp chí Y Dược học Quân sự*, tr. 63-68.
3. Nguyễn Thị Phương Nga, Phan Xuân Nam, Trần Kim Phượng (2014), "Đánh giá rối loạn nuốt ở NB ĐQN cấp bằng thang điểm GUSS", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 18 (3), tr. 47-52.
4. Phan Nhật Chí, Nguyễn Thị Thu Hương (2011), "Nghiên cứu rối loạn nuốt theo GUSS ở NB ĐQN cấp tại Bệnh viện Cà Mau 2010-2011", *Tạp chí Y học thực hành*, 811+812, tr. 189-195.

5. Al-Khaled M, Matthis C, Binder A et al (2016), "Dysphagia in patients with acute ischemic stroke: early dysphagia screening may reduce stroke-related pneumonia and improve stroke outcomes", *Cerebrovasc Dis*, 42 (1-2), pp. 81-9.

6. Arnold M, Liesirova K, Broeg-Morvay A et al (2016), "Dysphagia in Acute Stroke: Incidence, Burden and Impact on Clinical Outcome", *PLOS ONE*, 11 (2), pp. 1-11.

7. Bakhtiyari J, Sarraf P, Nakhostin-Ansari N et al (2015), "Effects of early intervention of swallowing therapy on recovery from dysphagia following stroke", *Iranian Journal of Neurology*, 14 (3), pp. 119-124.

8. Boaden E, Doran D, Burnell J et al (2017), "Screening for aspiration risk associated with dysphagia in acute stroke (Protocol)", *Cochrane Database of Systematic Reviews* (6).

9. Boulanger J.M, Lindsay M.P, Gubitz G et al (2018), "Canadian stroke best practice recommendations for acute stroke management: prehospital, emergency department, and acute inpatient stroke care, 6th Edition, Update 2018", *Int J Stroke*, 13 (9), pp. 949-984.

10. Bray B.D, Smith C.J, Cloud G.C et al (2017), "The association between delays in screening for and assessing dysphagia after acute stroke, and the risk of stroke-associated pneumonia", *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 88 (1), pp. 25-30.

11. Cohen D.L, Roffe C, Beavan J et al (2016), "Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials", *Int J Stroke*, 11 (4), pp. 399-411.

12. Ferreira AMdS, Pierdevara L, Ventura IM et al (2018), "The Gugging Swallowing Screen: A contribution to the cultural and linguistic validation for the Portuguese context", *Revista de Enfermagem Referencia*, 4 (16), pp. 85-92.

13. Lopes M, Freitas E, Oliveira M et al (2019), "Impact of the systematic use of the Gugging Swallowing Screen in patients with acute ischaemic stroke", *Eur J Neurol*, 26 (5), pp. 722-726.

14. Mourão A.M, Almeida E.O, Lemos S.M.A et al (2016), "Evolution of swallowing in post-acute stroke: a descriptive study", *Revista cefac*, 18 (2), pp. 417-425.

15. Teuschl Y, Trapl M, Ratajczak P et al (2018), "Systematic dysphagia screening and dietary modifications to reduce stroke-associated pneumonia rates in a stroke-unit", *PLoS One*, 13 (2), pp. 1-16.

16. Samia E.S.B, Safinaz Nagib Azab2, Rasha H.S et al (2017), "Assessment of dysphagia in acute stroke patients by the Gugging Swallowing screen", *Glob J Otolaryngol*, 9 (4), pp. 1-8. □

KHẢO SÁT MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU TRÊN BỆNH NHÂN ĐẶT THÔNG TIỂU LƯU VỚI QUY TRÌNH CHĂM SÓC CỦA ĐIỀU DƯỠNG

CNDD. TRẦN THỊ PHƯƠNG THỦY

Viện Y học cổ truyền Quân đội

Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. LÊ TUẤN ANH

(2) TS. TRƯƠNG QUANG TRUNG

Tóm tắt: Nghiên cứu mô tả cắt ngang về tương quan giữa nhiễm khuẩn tiết niệu với quy trình chăm sóc của điều dưỡng trên 58 bệnh nhân nam có chỉ định đặt thông tiểu lưu và 16 điều dưỡng viên thực hiện kỹ thuật đặt thông tiểu, tại Khoa Nam học, Viện Y học cổ truyền Quân đội, từ tháng 11/2019 đến tháng 9/2020.

Kết quả: Tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu chung là 18,97%. Chủ yếu bệnh nhân nhiễm khuẩn tiết niệu từ 60-79 tuổi (15,52%), có thời gian lưu thông tiểu từ 3 ngày trở nên (17,24%) và có tiền sử mắc bệnh lý tiết niệu kết hợp (18,97%). Điều dưỡng viên chấp hành tốt quy trình kỹ thuật đặt thông tiểu và quy trình chăm sóc thông tiểu góp phần làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn tiết niệu, thông tiểu lưu, quy trình điều dưỡng.

ABSTRACT: Cross-sectional descriptive study on the correlation between urinary tract infections and nursing care procedures in 58 male patients with a urinary catheterization indication and 16 nurses performing a catheterization technique, at the Department of men's studies, Military Institute of Traditional medicine, from November 2019 to September 2020. **Results:** The general rate of urinary tract infections was 18.97%. Mainly, patients with urinary tract infections aged 60-79 years (15.52%), had a urinary circulation time of 3 days or more (17.24%) and had a history of the combined urinary disease (18.97%). The nurses performed well in the technical procedures for catheterization and care procedures for catheterization, which contributed to reducing the rate of urinary tract infections.

Keywords: Urinary tract infections, urinary catheterization, nursing procedures.

Chịu trách nhiệm nội dung: CNDD. Trần Thị Phương Thủy, SĐT: 0983241284.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN) liên quan đến đặt ống thông tiểu là nhiễm khuẩn xảy ra sau khi thực hành đặt ống thông tiểu cho người bệnh. 80% trường hợp nhiễm khuẩn đường tiết niệu bệnh viện liên quan đến đặt thông tiểu [1]. Để giảm tỷ lệ NKTN do đặt thông tiểu thì kỹ thuật đặt và dụng cụ vô trùng cần đặc biệt lưu ý. Việc thực hiện đúng các quy trình đặt thông tiểu theo đúng các nguyên tắc chống nhiễm khuẩn là một trong những bước đầu tiên quan trọng để làm giảm nhiễm khuẩn bệnh viện.

Với mong muốn cung cấp các dịch vụ chăm sóc bảo đảm an toàn cho người bệnh, câu hỏi đặt ra là tỷ lệ nhiễm khuẩn đường tiết niệu bệnh viện trên bệnh nhân (BN) nam sau đặt thông tiểu lưu là bao nhiêu? Các yếu tố nào liên quan đến NKTN? Sự tuân thủ quy trình kỹ thuật thông tiểu và quy trình chăm sóc thông tiểu của điều dưỡng liên quan đến NKTN như thế nào? Tất cả đều là những câu hỏi cần được giải đáp.

Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm khảo sát mối tương quan giữa NKTN trên BN đặt thông tiểu lưu với quy trình chăm sóc của điều dưỡng tại Khoa Nam học, Viện

Y học cổ truyền Quân đội.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

58 BN nam có chỉ định và được đặt thông tiểu trong điều trị và 16 điều dưỡng viên thực hiện kỹ thuật đặt thông , tại Khoa Nam học, Viện Y học cổ truyền Quân đội, từ tháng 11/2019-9/2020.

Loại trừ BN có chẩn đoán xác định NKTN từ trước; BN chuyển viện trong thời gian điều trị; BN đặt thông tiểu từ nơi khác chuyển đến; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán NKTN trên BN đặt thông tiểu lưu [1]: sau 48 giờ đặt thông tiểu, BN xuất hiện ít nhất 2 trong các dấu hiệu: (1) sốt trên 38°C; (2) đau tức vùng bàng quang, niệu đạo; (3) nước tiểu đục hoặc đỏ; (4) xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu có bạch cầu > 10 G/l; (4) xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu có bạch cầu (+) hoặc nitrit (+).

- Cách thức tiến hành: khi BN vào khoa và có chỉ định đặt thông tiểu lưu, điều dưỡng viên thực hiện đặt thông tiểu theo đúng quy trình của Bộ Y

tế. Nghiên cứu viên giám sát thực hiện quy trình kĩ thuật đặt thông tiểu và quy trình chăm sóc thông tiểu lưu hằng ngày; đánh giá theo bảng kiểm 1 lần ở mỗi BN (sẽ có 58 lần quan sát).

- Phương pháp thu thập số liệu: tất cả BN đều được đo thân nhiệt, xét nghiệm công thức máu và nước tiểu sau đặt thông tiểu, khi có biểu hiện NKTN và sau khi rút thông tiểu.

- Quy trình kĩ thuật đặt và chăm sóc thông tiểu theo hướng dẫn của Bộ Y tế [1]. Bảng kiểm quan sát quy trình kĩ thuật thông tiểu thiết kế theo tài liệu hướng dẫn quy trình kĩ thuật của Bộ Y tế [2]. Bảng giám sát thực hành chăm sóc thông tiểu lưu thiết kế theo hướng dẫn phòng ngừa NKTN của Bộ Y tế [1].

- Xử lí số liệu: bằng phần mềm thống kê Excel 2010 và SPSS for windows 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1. Tỷ lệ NKTN theo tuổi, bệnh lí kết hợp và thời gian lưu thông tiểu (χ^2 test).

Đặc điểm BN		BN có đặt thông tiểu		BN có biến chứng NKTN		
		Số BN	Tỉ lệ %	Số BN	% chung	% theo đặc điểm
Tuổi	Từ 20-39 tuổi	1	1,72	0	-	-
	Từ 40-59 tuổi	10	17,24	1	1,72	10,0
	Từ 60-79 tuổi	45	77,59	9	15,52	20,0
	≥ 80 tuổi	2	3,45	1	1,72	50,0
Bệnh lí kết hợp	Sỏi tiết niệu	26	44,83	3	5,17	11,54
	Tăng sản tiền liệt tuyến	41	70,69	5	8,62	12,2
	Túi thừa bàng quang	4	10,34	3	5,17	75,0
	Chấn thương cột sống	1	1,72	0	-	-
	Sau phẫu thuật tiền liệt tuyến	5	8,62	0	-	-
Thời gian lưu	Dưới 3 ngày	6	10,3	1	1,72	16,67
	Từ 3-5 ngày	34	58,6	5	8,62	14,71
	Trên 5 ngày	18	31,1	5	8,62	27,78
Tổng		58	100	11	18,97	

18,97% BN đặt thông tiểu lưu gặp biến chứng NKTN, chủ yếu ở nhóm từ 60-79 tuổi (15,52%); có kết hợp sỏi tiết niệu, tăng sản tiền liệt tuyến, túi thừa bàng quang và ở BN lưu thông tiểu từ 3 ngày trở lên.

3.2. Tuân thủ quy trình đặt thông tiểu của điều dưỡng viên:

Bảng 2. Mức độ chấp hành các bước theo quy trình kĩ thuật đặt thông tiểu của điều dưỡng viên.

STT	Bước tiến hành	Số lần có thực hiện	Tỉ lệ %
1	Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.	43	74,14
2	Chuẩn bị dụng cụ vô khuẩn.	58	100
3	Chuẩn bị dụng cụ khác.	46	79,31
4	Đổi chiếu, giải thích, trải nilon.	52	89,66
5	Đắp ga, cởi quần, cho BN chống chân.	58	100
6	Đặt khay dụng cụ vô khuẩn giữa 2 đùi BN, rót dung dịch sát khuẩn, bọc lọ.	58	100
7	Rửa tay, đi găng, bôi dầu nhờn lên sonde tiểu.	58	100
8	Trải khăn có lỗ, kẹp khăn.	48	82,27
9	Cầm dương vật, kéo lui bao qui đầu lộ lỗ tiểu, sát khuẩn bao qui đầu 3 lần.	58	100
10	Đặt khay hạt đậu giữa 2 đùi người bệnh, đưa ống thông nhẹ nhàng vào, có nước tiểu chảy ra.	58	100
11	Bơm bóng, nối với túi đựng.	58	100
12	Lau khô bộ phận sinh dục, bỏ nilon.	51	87,93
13	Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi phiếu.	58	100

Bảng 3. Tỷ lệ mắc NKTN theo mức độ chấp hành quy trình kỹ thuật.

Điểm đạt	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN NKTN	% theo điểm đạt
12-13/13 điểm	40	68,97	6	15,0
10-11/13 điểm	11	18,97	3	27,27
8-9/13 điểm	7	12,07	2	28,57

Sự khác biệt về tỷ lệ mắc NKTN theo mức độ chấp hành quy trình kỹ thuật giữa nhóm 8-9 điểm và nhóm 10-11 điểm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$); song, khác biệt giữa nhóm 12-13 điểm với 2 nhóm còn lại có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.3. Tuân thủ quy trình thực hành chăm sóc thông tiểu lưu của điều dưỡng viên:

Bảng 4. Mức độ chấp hành chăm sóc thông tiểu lưu.

STT	Các bước tiến hành	Số lần có thực hiện	Tỷ lệ %
1	Nhân viên y tế mặc trang phục đúng quy định.	58	100
2	Dụng cụ trên xe để chỗ sạch sẽ, gọn gàng.	58	100
3	Điều dưỡng rửa tay thường quy/sát khuẩn tay nhanh đúng thời điểm, đúng kỹ thuật	52	89,6
4	Xác định người bệnh, giải thích cho người bệnh biết việc sắp làm	58	100
5	Kiểm tra hệ thống dẫn lưu xem có bị gấp, tắc nghẽn.	49	84,5
6	Mang găng tay đúng kỹ thuật.	54	93,1
7	Kiểm tra chân dẫn lưu có thấm máu, dịch.	58	100
8	Tháo bỏ gạc che phủ chân dẫn lưu nếu có thấm máu, dịch.	58	100
9	Sát khuẩn chân dẫn lưu bằng dung dịch povidin .	58	100
10	Thay băng sạch bảo đảm vô khuẩn.	58	100
11	Kiểm tra các khớp nối của hệ thống dẫn lưu bảo đảm kín, một chiều, không rò rỉ nước tiểu.	52	89,7
12	Kiểm tra khoảng cách từ mặt giường bệnh đến túi nước tiểu cách tối thiểu 35-50 cm, cách mặt sàn 15 cm.	58	100
13	Kiểm tra lượng nước tiểu trong túi chứa. Nếu quá 3/4 túi thì bỏ nước tiểu hoặc thay thay túi mới.	58	100
14	Giúp BN trở lại tư thế thoải mái, dặn BN những điều cần thiết	58	100
15	Thu dọn dụng cụ, thu gom chất thải, rửa tay thường quy.	58	100
16	Ghi hồ sơ chăm sóc.	58	100

Về mức độ chấp hành quy trình chăm sóc thông tiểu lưu thấy, 75,0% (12/16) điều dưỡng viên thực hiện tuân thủ đầy đủ các bước và 25,0% (4/16) chưa tuân thủ đầy đủ các bước.

Bảng 5. Tỷ lệ mắc NKTN theo mức độ chấp hành quy trình kỹ thuật.

Điểm đạt	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN NKTN	Tỷ lệ % theo điểm đạt
15-16/16 điểm	48	82,76	7	14,58
13-14/16 điểm	8	13,79	3	37,5
11-12/16 điểm	2	3,45	1	50,0
Tổng	58	100	11	

Tỷ lệ mắc NKTN theo mức độ chấp hành quy trình chăm sóc thông tiểu lưu thấy, khác biệt giữa nhóm 15-16 điểm với nhóm 13-14 điểm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN.

Mặc dù là nghiên cứu tự đánh giá chấp hành quy trình kỹ thuật của chính nhân viên trong khoa, nhưng chúng tôi đã thực hiện một cách nghiêm túc, khách quan, nhằm mục đích phát hiện những yếu tố chính ảnh hưởng đến tỷ lệ NKTN do đặt thông tiểu lưu, qua đó có biện pháp khắc phục phù hợp.

Các BN phải đặt thông tiểu trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu do tăng sản lành tính tuyến tiền liệt, phần lớn từ 60-79 tuổi (tuổi trung bình của BN là $68,6 \pm 12,1$ tuổi). Đây là độ tuổi khá cao, thường kèm theo nhiều bệnh lý nền khác (như tăng huyết áp, đái tháo đường), sức đề kháng kém, do đó, thời gian hồi phục có thể bị kéo dài, thời gian lưu thông tiểu cũng phải dài hơn, dẫn đến tỉ lệ NKTN tăng lên. Kết quả nghiên cứu thấy, tỉ lệ NKTN ở nhóm 60-79 tuổi cao hơn so với nhóm 40-59 tuổi, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này cho thấy nguy cơ NKTN trên BN đặt thông tiểu tăng lên theo tuổi. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lê Thị Bình tại Bệnh viện Bạch Mai (tỉ lệ BN có đặt thông tiểu > 7 ngày sẽ bị nhiễm NKTN bệnh viện cao gấp 3 lần so với thời gian đặt thông tiểu < 7 ngày, khác biệt có ý nghĩa thống kê [5]).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng thấy, tỉ lệ NKTN chung trên BN đặt thông tiểu lưu là 18,97%. Tỉ lệ NKTN trên BN lưu thông tiểu trên 5 ngày cao hơn rõ rệt so với với nhóm lưu thông tiểu từ 5 ngày trở xuống ($p < 0,05$). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu tại Viện Bông Quốc gia năm 2018 (15,79% [3]) và Khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện Trường Đại học Y dược Huế năm 2018 (17,9% [4]). Có thể do thời gian lưu thông tiểu trong nghiên cứu của chúng tôi (trung bình $6,29 \pm 5,48$ ngày) dài hơn thời gian lưu thông tiểu trong các nghiên cứu đã nêu (trung bình là $4,36 \pm 3,2$ ngày).

Về mức độ chấp hành các bước trong quy trình đặt thông tiểu nam, chúng tôi áp dụng bảng kiểm theo hướng dẫn quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế [2]. Nội dung bảng kiểm đưa ra 14 bước, trong đó bước 12 là rút sonde tiểu, song trong nghiên cứu này không thực hiện (do chúng tôi tiến hành lưu thông tiểu) nên đã lược bỏ; bảng kiểm chỉ còn lại 13 bước. Kết quả nghiên cứu cho thấy, ở nhóm các điều dưỡng viên chấp hành quy trình tốt, đạt 12-13/13 điểm có tỉ lệ NKTN thấp nhất (15,0%), 2 nhóm còn lại có tỉ lệ NKTN tương đương nhau (27,27% và 28,57%). Tỉ lệ NKTN theo mức độ chấp hành quy trình kỹ thuật thông tiểu thấy sự khác biệt tỉ lệ NKTN giữa nhóm 8-9 điểm và nhóm 10-11 điểm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), có thể do số mẫu ở 2 nhóm này còn quá ít, chưa thấy sự khác biệt rõ rệt. Tỉ lệ NKTN giữa nhóm đạt 12-13 điểm với 2 nhóm còn lại đều khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Như vậy, có thể thấy, việc chấp hành tốt quy trình kỹ thuật thông tiểu làm giảm tỉ lệ NKTN trên BN đặt thông tiểu lưu.

Về mức độ thực hành chăm sóc thông tiểu lưu, 75,0% điều dưỡng viên tuân thủ đầy đủ các bước và 25% điều dưỡng viên chưa tuân thủ đầy đủ các

bước. Nhóm điều dưỡng viên chấp hành quy trình chăm sóc thông tiểu lưu đạt 15-16/16 điểm có tỉ lệ NKTN thấp nhất (14,58%), tiếp đến là nhóm đạt 13-14 điểm (37,5%), tỉ lệ NKTN cao nhất là nhóm 11-12 điểm (50,0%). Tuy nhiên, do số lượng mẫu nghiên cứu ở nhóm này ít, nên chưa thấy rõ sự khác biệt. So sánh tỉ lệ NKTN theo mức độ chấp hành quy trình chăm sóc thông tiểu lưu giữa nhóm đạt 15-16 điểm với 2 nhóm còn lại, thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Như vậy, có thể nói, điều dưỡng viên chấp hành tốt quy trình chăm sóc thông tiểu lưu làm giảm tỉ lệ NKTN trên BN đặt thông tiểu lưu.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 58 BN nam có chỉ định và được đặt thông tiểu lưu sau khi vào viện và 16 điều dưỡng viên thực hiện kỹ thuật đặt thông tiểu tại Khoa Nam học, Viện Y học cổ truyền Quân đội, từ tháng 11/2019 đến tháng 9/2020, kết luận:

- Tỉ lệ NKTN chung là 18,97%, trong đó, chủ yếu BN NKTN từ 60-79 tuổi (15,52%), có thời gian lưu thông tiểu từ 3 ngày trở nên (17,24%) và có tiền sử mắc bệnh lý tiết niệu kết hợp (sỏi tiết niệu, tăng sản tiền liệt tuyến, túi thừa bàng quang).

- Chấp hành tốt quy trình kỹ thuật đặt thông tiểu và quy trình chăm sóc thông tiểu lưu góp phần làm giảm tỉ lệ NKTN trên BN đặt thông tiểu lưu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2017), *Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến đặt ống thông tiểu trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*, Ban hành kèm theo Quyết định số 3916/QĐ-BYT, ngày 28/8/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
2. Bộ Y tế (2006), *Kỹ thuật điều dưỡng*, Sách đào tạo điều dưỡng đa khoa trung học, tr. 270.
3. Nguyễn Hải An, Lê Thị Thu Huyền, Phan Trường Tuệ và CS (2018), "Khảo sát tỉ lệ nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên bệnh nhân bỏng, điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Bông quốc gia năm 2018", *Tạp chí Y học thẩm họa và Bông*, số 5, tr. 57-67.
4. Lê Đình Khánh, Lê Đình Đạm, Nguyễn Khoa Hùng và CS (2018), "Tình hình nhiễm khuẩn đường tiết niệu tại Khoa Ngoại tiết niệu, Bệnh viện Trường Đại học Y dược Huế", *Tạp chí Y dược học Đại học Y dược Huế*, tập 8 (03), tr. 100.
5. Lê Thị Bình (2004), "Thực trạng nhiễm khuẩn tiết niệu mắc phải sau đặt thông tiểu lưu tại Bệnh viện Bạch Mai", *Tạp chí Y học thực hành*, 2 (905), tr. 12-16. □

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG DA Ở BỆNH NHÂN XẠ TRỊ TRÊN MÁY GIA TỐC TUYẾN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

CNDD. LÊ VĂN ĐỊNH, ThS. TRẦN VĂN TÔN

Bệnh viện Quân y 103

Phản biện khoa học: (1) GS.TS. LÊ TRUNG HẢI

(2) TS. TRƯƠNG QUANG TRUNG

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả nhằm đánh giá đặc điểm tổn thương da ở 38 bệnh nhân ung thư, điều trị xạ trị trên máy gia tốc tuyến tính Elekta price tại Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 01 đến tháng 5/2020. **Kết quả:** Với liều xạ trị 20 Gy, bệnh nhân đã xuất hiện tổn thương da. Với liều xạ trị ≤ 40 Gy, bệnh nhân chỉ gặp tổn thương da độ 1. Với liều xạ trị từ 50 Gy trở lên, 100% bệnh nhân có tổn thương da. Ở liều xạ 50 Gy, tổn thương da từ độ 2 trở lên chỉ xuất hiện ở nhóm bệnh nhân ung vùng đầu cổ (71,42%) và ung thư vú (50,0%). Ở liều xạ trị 60 Gy, tổn thương da chủ yếu là độ 2 và độ 2,5 (chiếm 58,33%), 16,67% bệnh nhân xuất hiện tổn thương da độ 3. Ở liều xạ trị 70 Gy, có 16,67% bệnh nhân tổn thương da độ 2; 33,33% bệnh nhân tổn thương da độ 2,5 và 50,0% bệnh nhân tổn thương da độ 3. **Kết luận:** Tỷ lệ tổn thương da tỉ lệ thuận với liều xạ trị, liều xạ trị càng cao, tỉ lệ tổn thương da càng tăng.

Từ khóa: Xạ trị, điều dưỡng viên xạ trị, tổn thương da, gia tốc tuyến tính.

ABSTRACT: Prospective and descriptive study on the evaluation of skin lesions in 38 cancer patients, treated by radiotherapy method on the Elekta price linear accelerator at the Military hospital 103, from January to May 2020. **Results:** With a radiation dose of 20 Gy, the patients developed skin lesions. With radiation dose ≤ 40 Gy, patients only had skin lesions degree 1. With a radiation dose of 50 Gy or more, 100% of patients had skin lesions. At radiation dose 50 Gy, skin lesions from degree 2 or more appeared only in patients with head and neck cancer (71.42%) and breast cancer (50.0%). At radiation dose 60 Gy, skin lesions were mainly at degree 2 and degree 2.5 (accounted for 58.33%), there were 16.67% of patients appeared skin lesions degree 3. At a radiation dose of 70 Gy, there were 16.67% of patients with degree 2 skin lesions; 33.33% of patients with degree 2.5 skin lesions, and 50.0% of degree 3 skin lesions. **Conclusion:** The rate of skin lesions was proportional to the radiation dose of therapy, the higher a dose of radiation, the higher the rate of skin lesions.

Keywords: Radiation therapy, radiotherapy nurses, skin lesions, linear acceleration.

Chịu trách nhiệm nội dung: CNDD. Lê Văn Định, Email: dinhle1217@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Xạ trị có vai trò to lớn trong điều trị ung thư và được chỉ định rộng rãi cho nhiều loại ung thư, nhiều giai đoạn bệnh, nhiều mục đích khác nhau. Khoa Vật lý - Xạ trị, Bệnh viện Quân y 103 được trang bị 2 hệ thống máy xạ trị gia tốc tuyến tính Elekta price, có thể thực hiện các kỹ thuật xạ trị hiện đại, như 3D CRT, IMRT. Hằng tháng, Khoa Vật lý - Xạ trị tiến hành điều trị tia xạ cho khoảng 40-50 bệnh nhân (BN) với khoảng 800-1.000 lượt chiếu xạ. Tổn thương da ở các mức độ khác nhau là một trong những tác dụng không mong muốn thường gặp. Theo dõi, ghi nhận và chăm sóc tổn thương da do xạ trị là một nhiệm vụ thường xuyên của điều dưỡng viên xạ trị. Một số nghiên cứu trong nước, như của Nguyễn Đức Lợi (2015) [3], Nguyễn Ngọc Bảo Hoàng (2017) [1], Vũ Hữu Khiêm (2017) [2]... mới chỉ dừng lại ở việc thống kê tỉ lệ tổn thương da do xạ trị. Chưa có nhiều báo cáo điều dưỡng về thực trạng tổn thương da ở những BN xạ trị trên máy gia tốc tuyến tính.

Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá đặc điểm tổn thương da ở BN xạ trị trên máy gia tốc tuyến tính tại Bệnh viện Quân y 103, từ đó giúp nâng cao hiệu quả công tác theo dõi, chăm sóc tổn thương da của điều dưỡng.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu :

38 BN ung thư, thực hiện xạ trị trên máy xạ trị gia tốc tuyến tính Elekta price tại Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 01-5/2020.

Loại trừ BN ung thư có chống chỉ định xạ trị; BN xạ trị từ lần thứ 2; BN bỏ trị; BN có thể trạng chung yếu (chỉ số toàn trạng từ 3-4 theo thang điểm ECOG, hay chỉ số Karnofsky $< 60\%$); BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả.
- Quy trình nghiên cứu: BN đủ tiêu chuẩn lựa

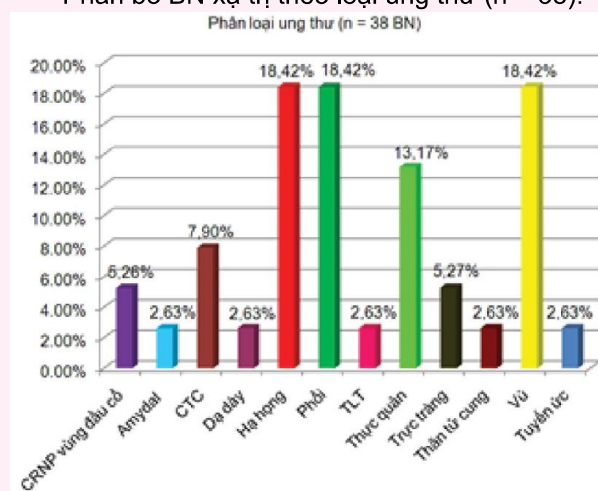
chọn sẽ được thu thập các thông tin trước điều trị theo bệnh án nghiên cứu. Tư vấn, giải thích cho BN về tổn thương da có thể gặp, phát phiếu tư vấn, hướng dẫn BN phối hợp theo dõi và chăm sóc tổn thương da trong quá trình xạ trị. Thực hành xạ trị theo kế hoạch.

- Đánh giá và ghi nhận tình trạng tổn thương da theo phân loại của Hiệp hội xạ trị Hoa Kỳ (RTOG) tại các thời điểm: sau xạ trị 20 Gy, 30 Gy, 40 Gy, 50 Gy, 60 Gy, 70 Gy.

- Xử lý số liệu: tổng hợp, phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm Microsoft Excel 2010 và phần mềm tin học SPSS 20.0

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

- Phân bố BN xạ trị theo loại ung thư (n = 38):



Biểu đồ 1. Phân bố BN xạ trị theo loại ung thư.

38 BN ung thư điều trị xạ trị mắc 12 bệnh ung thư khác nhau. Đa số đều là các ung thư thường gặp và đều có chỉ định xạ trị. Điều này cho phép đánh giá tình trạng tổn thương da nói chung ở tất cả BN xạ trị cũng như đặc điểm tổn thương riêng ở từng nhóm ung thư.

Trong nghiên cứu này, hay gặp nhất là BN ung thư vùng đầu cổ (ung thư amydal, ung thư hạ họng, ung thư chưa rõ nguyên phát vùng đầu cổ), chiếm 26,31%; tiếp đến là ung thư vú, chiếm 18,42%. Đây là 2 nhóm có tổn thương u và hạch nằm nông dưới bề mặt da, do đó, có những đặc điểm tổn thương da riêng biệt. Đối với BN ung thư vùng lồng ngực (gồm ung thư phổi: 18,42%, ung thư thực quản: 13,17% và ung thư tuyến ức: 2,63%) có tổn thương nằm sâu trong cơ thể, nên tính chất tổn thương da do xạ trị cũng rất khác. Số BN xạ trị vùng ổ bụng và tiểu khung chưa nhiều (ung thư dạ dày: 2,63%, ung thư cổ tử cung: 7,9%, ung thư thân tử cung: 2,63%), nên cũng chưa thể đánh giá hết đặc điểm tổn thương da khi xạ trị các vị trí này.

- Mức độ tổn thương da ở liều xạ ≤ 40 Gy:

Bảng 1. Mức độ tổn thương da ở liều xạ ≤ 40 Gy.

Liều xạ trị	Mức độ tổn thương da	
	Độ 0	Độ 1
20 Gy (n = 38)	25 (65,79%)	13 (34,21%)
30 Gy (n = 36)	13 (36,11%)	23 (63,89%)
40 Gy (n = 29)	01 (3,45%)	28 (96,55%)

Sau khi xạ trị liều 20 Gy, BN đã xuất hiện tổn thương da. Tất cả các tổn thương da ở liều này đều là tổn thương da độ 1 (34,21%). Đây là tổn thương dạng ban đỏ hoặc nề nhẹ, có thể kèm theo cảm giác ngứa và đau rát. Kết quả này rất có ý nghĩa, khuyến cáo các điều dưỡng viên xạ trị cần phải theo dõi và chăm sóc các tổn thương da cho BN kể cả khi xạ trị liều thấp (20 Gy).

Theo khuyến cáo của RTOG, với mức độ tổn thương này thì chỉ cần sử dụng các chế phẩm làm tăng cường độ ẩm cho da và duy trì sự toàn vẹn của da, tránh cọ sát. Các chế phẩm corticoid dạng kem có hiệu quả cao trong việc làm giảm bớt các triệu chứng [6]. 63,89% BN xuất hiện tổn thương da độ 1 sau xạ trị 30 Gy và 96,55% BN xuất hiện tổn thương da độ 1 sau xạ trị 40 Gy. Điều này chỉ ra, tỉ lệ tổn thương da tỉ lệ thuận với liều xạ trị, liều xạ trị càng cao, tỉ lệ tổn thương da càng tăng. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Deva Petrova năm 2013 khi tiến hành nghiên cứu trên 20 BN xạ trị với liều 40 Gy (85% BN tổn thương da độ 1 [4]).

- Mức độ tổn thương da ở các liều xạ trị lớn hơn 40 Gy:

Bảng 2. Mức độ tổn thương da ở các liều xạ lớn hơn 40 Gy.

Liều xạ trị	Mức độ tổn thương da			
	Độ 1	Độ 2	Độ 2,5	Độ 3
50 Gy (n = 27)	19 (70,36%)	4 (14,82%)	4 (14,82%)	0
60 Gy (n = 12)	3 (25,0%)	3 (25,0%)	4 (33,33%)	2 (16,67%)
70 Gy (n = 6)	0	1 (16,67%)	2 (33,33%)	3 (50,0%)

+ Ở liều xạ trị 50 Gy, 100% BN đều có tổn thương da, trong đó, 70,36% BN tổn thương da độ 1; 29,64% tổn thương da độ 2 và 2,5. Như vậy, tổn thương da độ 2 trở lên bắt đầu xuất hiện ở BN sau xạ trị liều 50 Gy. Tổn thương da ở các mức độ khác nhau cần có các phương pháp

chăm sóc khác nhau. Do đó, điều dưỡng viên xạ trị cần đánh giá chính xác tổn thương da của BN để lựa chọn biện pháp chăm sóc phù hợp. Tổn thương da độ 2 là dạng tổn thương đỏ da, tróc vảy khô, không có tổn thương chảy dịch đi kèm với tình trạng da căng tức, đau và ngứa. RTOG khuyến cáo các biện pháp chăm sóc tương tự như tổn thương da độ 1 [6]. Tổn thương da độ 2,5 là tình trạng đã xuất hiện các tổn thương xuất tiết dịch vàng hoặc xanh xen kẽ với các vùng tổn thương khô; tình trạng phù nề và đau tức tại chỗ tăng lên.

Theo RTOG, cần ngừng ngay các chế phẩm có corticoid; tại các vùng tổn thương khô tiếp tục tăng cường các thuốc làm tăng độ ẩm cho da; đối với các vùng tổn thương tiết dịch cần băng bó, sử dụng kháng sinh tại chỗ chống nhiễm khuẩn; sử dụng quần áo rộng, tránh cọ sát. Kiểm soát đau theo thang điều trị đau 3 bậc của WHO.

+ Ở liều xạ 60 Gy, tỉ lệ tổn thương da ở các BN chủ yếu là độ 2 và độ 2,5 (58,33%). Nghiên cứu chỉ ra, sau khi xạ trị 60 Gy, BN mới xuất hiện tổn thương da độ 3 (chiếm 16,67%), đây là tổn thương da xuất tiết toàn bộ đi kèm với tình trạng phù nề và đau. Tuy nhiên, với liều xạ trị này, chúng tôi chưa thấy BN tổn thương da độ 4. Với các tổn thương da độ 3, cần ngừng toàn bộ các chế phẩm tăng cường độ ẩm da và tiếp tục các biện pháp còn lại tương tự như đối với chăm sóc cho tổn thương da độ 2,5. Tuy nhiên, với liều xạ trị 60 Gy, vẫn ghi nhận trường hợp BN có tổn thương da độ 1 (25,0%). Như vậy, ở liều xạ trị này, ghi nhận tổn thương da ở 4 mức độ khác nhau, với 3 nhóm phương pháp điều trị khác nhau. Kết quả này một lần nữa khuyến cáo các bác sĩ xạ trị cần theo dõi sát, đánh giá chính xác mức độ tổn thương da để lựa chọn biện pháp điều trị, chăm sóc phù hợp.

+ Ở liều xạ 70 Gy, chúng tôi thấy BN tổn thương da đều từ độ 2 trở lên (không có tổn thương da độ 1). Trong đó, 16,67% BN tổn thương da độ 2; 33,33% BN tổn thương da độ 2,5 và 50,0% BN tổn thương da độ 3. Trong khuôn khổ nghiên cứu này, dù xạ trị tới liều 70 Gy, chúng tôi chưa phát hiện tổn thương da độ 4. Bonomo P và cộng sự năm 2017 tổng hợp 48 nghiên cứu khác nhau với 2.152 BN xạ trị vùng đầu cổ, kết quả có 32,5% BN tổn thương da độ 3; 4% BN tổn thương da độ 4 [7]. Sự khác biệt này có thể là do số lượng BN nghiên cứu chưa nhiều. Tuy nhiên, việc áp dụng các kĩ thuật xạ trị hiện đại như 3D CRT, IMRT cũng góp phần giúp hạn chế tổn thương trên da cũng như các tác dụng không mong muốn.

- Đặc điểm tổn thương da ở liều xạ 50 Gy với các loại bệnh ung thư:

Bảng 3. Đặc điểm tổn thương da ở liều xạ 50 Gy với các loại bệnh ung thư (n = 27).

Loại ung thư	Mức độ tổn thương da			Tổng
	Độ 1	Độ 2	Độ 2,5	
Vùng đầu cổ	2	3	2	7
Phổi	5			5
Vú	3	1	2	6
Thực quản	4			4
Cổ tử cung	2			2
Trực tràng	2			2
Tuyến ức	1			1
Tổng	19	4	4	27

Ở liều xạ 50 Gy, tổn thương da từ độ 2 trở lên chỉ xuất hiện ở nhóm BN ung thư đầu cổ và ung thư vú. Đây là những nhóm bệnh có thể tích xạ trị nằm ngay sát bề mặt da, do đó, da sẽ chịu liều lượng bức xạ lớn trong quá trình xạ trị, dẫn tới tổn thương da thường nặng nề hơn các nhóm bệnh khác. Trong nhóm BN ung thư vú xạ trị tới liều 50 Gy, thì có 3/6 BN (50,0%) tổn thương da độ 2 và 2,5; cao hơn kết quả nghiên cứu của Di Franco R và cộng sự năm 2012 (30,0% BN tổn thương da độ 2 và 3 [5]). Sự khác biệt này có thể do số lượng BN ung thư vú trong nghiên cứu của chúng tôi còn ít.

Trong các nhóm bệnh ung thư còn lại (ung thư phổi, thực quản, cổ tử cung, trực tràng, tuyến ức) có tổn thương ở sâu trong cơ thể nên chỉ gặp tổn thương da độ 1. Nghiên cứu không gặp BN nào tổn thương da độ 3, 4.

- Đặc điểm tổn thương da ở liều xạ 60 Gy với các loại bệnh ung thư:

Bảng 4. Đặc điểm tổn thương da ở liều xạ 60 Gy với các loại bệnh ung thư (n = 12).

Loại ung thư	Mức độ tổn thương da				Tổng
	Độ 1	Độ 2	Độ 2,5	Độ 3	
Vùng đầu cổ		1	3	2	6
Phổi	2	1			3
Thực quản			1		1
Cổ tử cung	1	1			2
Tổng	3	3	4	2	

Trong số 4 BN tổn thương da độ 2,5 thì có 3 BN

ung thư vùng đầu cổ, 1 BN ung thư thực quản 1/3 trên di căn hạch thượng đòn. Điều này phù hợp với đặc điểm tổn thương ung thư vùng đầu cổ, các khối u và hạch nằm ngay sát bề mặt da. Trong số 6 BN ung thư vùng đầu cổ xạ trị tới liều 60 Gy thì có 5/6 BN tổn thương da độ 2,5 (dạng có các tổn thương khô và ướt xen kẽ) và tổn thương da độ 3 (tổn thương da dạng ẩm ướt). Ở các nhóm bệnh ung thư còn lại (ung thư phổi, cổ tử cung), khi xạ trị tới liều 60 Gy chỉ gặp tổn thương da độ 1 và độ 2. Đây là các nhóm ung thư có các tổn thương u và hạch nằm sâu bên trong cơ thể, do đó, khi xạ trị liều lượng bức xạ tập trung tại bề mặt da không quá lớn.

- Đặc điểm tổn thương da ở liều xạ 70 Gy:

Bảng 5. Đặc điểm tổn thương da ở liều xạ 70 Gy.

Loại ung thư	Mức độ tổn thương da		
	Độ 2	Độ 2,5	Độ 3
Vùng đầu cổ	0	1	3
Tỉ lệ %	16,67	33,33	50,0

Chỉ nhóm ung thư vùng đầu cổ mới có chỉ định liều xạ lên tới 70 Gy. Tuy số lượng BN chưa nhiều, nhưng kết quả thấy, ở liều xạ 70 Gy thì BN chủ yếu gặp tổn thương da độ 3 (50,0%) và độ 2,5 (33,33%). Kết quả này cho thấy, tỉ lệ tổn thương da độ 2,5 và độ 3 tăng lên so với nhóm xạ trị liều 60 Gy (88,33% so với 50%). Như vậy, liều xạ càng cao thì mức độ tổn thương da càng lớn.

4. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu tổn thương da ở 38 BN ung thư xạ trị trên máy xạ trị gia tốc tuyến tính Elekta precise tại Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 01-5/2020, kết luận:

- Sau khi xạ trị liều 20 Gy, BN đã xuất hiện tổn thương da. Tỉ lệ tổn thương da tỉ lệ thuận với liều xạ trị, liều xạ trị càng cao, tỉ lệ tổn thương da càng tăng.

- Với liều xạ trị ≤ 40 Gy, chỉ gặp BN tổn thương da độ 1. Với liều xạ trị từ 50 Gy trở lên, thì 100% BN đều có tổn thương da. Ở liều xạ 50 Gy, tổn thương da từ độ 2 trở lên chỉ xuất hiện ở nhóm BN ung thư vùng đầu cổ (71,42%) và BN ung thư vú (50,0%). Ở liều xạ trị 60 Gy, tổn thương da chủ yếu ở BN là độ 2 và độ 2,5 (chiếm 58,33%), xuất hiện tổn thương da độ 3 (16,67%). Ở liều xạ trị 70 Gy, các tổn thương da ở BN đều từ độ 2 trở lên. Trong đó, 16,67% BN tổn thương da độ 2,

33,33% BN tổn thương da độ 2,5 và 50,0% BN tổn thương da độ 3, không có trường hợp nào tổn thương da độ 4.

Điều dưỡng viên xạ trị cần theo dõi, phát hiện và chăm sóc tổn thương da kịp thời, kể cả những BN xạ trị liều thấp 20 Gy. Khi xạ trị từ liều 50 Gy trở lên, điều dưỡng viên xạ trị cần đánh giá chính xác mức độ tổn thương da để áp dụng các biện pháp chăm sóc phù hợp. Với những BN ung thư vú và ung thư đầu cổ tổn thương da thường nặng nề hơn các nhóm bệnh khác, điều dưỡng viên cần lưu tâm theo dõi và chăm sóc kĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Ngọc Bảo Hoàng (2017), *Nghiên cứu kết quả hóa xạ trị đồng thời sau phẫu thuật u sao bào độ cao*, Luận văn tiến sĩ y học, chuyên ngành ung thư, Đại học Y Hà Nội, tr. 57.
2. Vũ Hữu Khiêm (2017), *Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng phác đồ hóa - xạ trị với kĩ thuật PET/CT mô phỏng*, Luận văn tiến sĩ y học, chuyên ngành ung thư, Đại học Y Hà Nội, tr. 68.
3. Nguyễn Đức Lợi (2015), *Đánh giá hiệu quả phác đồ hóa xạ trị đồng thời và một số yếu tố tiên lượng ung thư biểu mô thực quản giai đoạn III, IV tại Bệnh viện K*, Luận văn tiến sĩ y học, chuyên ngành ung thư, Đại học Y Hà Nội, tr. 83.
4. Deva Petrova, S.S, Emilija Lazareva, Valentina Krstevska, Igor Stojkovski (2013), "Skin toxicity during hypofractionated breast irradiation in patient with early breast cancer», *Lancet*, 371, pp. 50.
5. Di Franco R et al (2012), "Skin toxicity from external beam radiation therapy in breast cancer patients: Protective effects of Resveratrol, Lycopene, Vitamin C and anthocianin (Ixor(R))", *Radiat Oncol*, 7: pp. 12.
6. James D Cox, M.D, Joann Stetz, B.S and Thomas F Pajak, Ph.D (1995), "Toxicity Criteria of The Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) The European Organization For Research and Treatment of Cancer (EORTC)", *Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys*, Vol 31, No 3. pp. 1341-1346.
7. Pierluigi Bonomo et al (2017), "Incidence of skin toxicity in squamous cell carcinoma of the head and neck treated with radiotherapy and cetuximab: A systematic review", *Critical Reviews in Oncology/ Hematology*, Dec 120, pp. 98-110. □

NHẬN XÉT QUY TRÌNH VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHUẨN BỊ ĐẠI TRÀNG TRƯỚC MỔ CÓ KẾ HOẠCH, TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

CNDD. ĐỖ THỊ MINH THU - *Bệnh viện Quân y 103*

Phản biện khoa học: (1) GS.TS. LÊ TRUNG HẢI

(2) TS. NGUYỄN HOÀNG LONG

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, không đối chứng 55 bệnh nhân chẩn đoán xác định ung đại tràng, chuẩn bị đại tràng trước mổ theo kế hoạch, điều trị phẫu thuật triệt căn tại Khoa Phẫu thuật bụng, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 3/2017 đến tháng 10/2018.

Kết quả: 100% bệnh nhân chuẩn bị đại tràng trước mổ theo một quy trình thống nhất, 100% bệnh nhân chỉ phải làm sạch đại tràng bằng Fleet Phospho Soda 1 lần, 100% bệnh nhân lòng đại tràng sạch tại đầu trung tâm. Không có trường hợp nào diễn biến nặng trong quá trình làm sạch đại tràng. Đánh giá trong mổ: 5,45% bệnh nhân đánh giá trong mổ ruột giãn, 14,55% bệnh nhân tăng nhu động ruột (không ảnh hưởng đến phẫu thuật). **Kết luận:** Quy trình chuẩn bị đại tràng trước mổ tại Khoa Phẫu thuật bụng, Bệnh viện Quân y 103 bảo đảm an toàn, hiệu quả, ít tai biến, biến chứng.

Từ khóa: Chuẩn bị đại tràng trước mổ, phẫu thuật đại tràng.

ABSTRACT: Prospective, descriptive and uncontrolled study on the 55 patients with a definitive diagnosis of colon cancer, planned preoperative colon preparation, radical surgical treatment at the Department of Abdominal Surgery, Military hospital 103, from March 2017 to October 2018.

Results: There were 100% of patients prepared the colon before surgery according to a unified procedure, 100% of patients only need to clean the colon by Fleet Phospho Soda one time, 100% of patients with the colon lumen clean at the center. There were no cases of severe progression during colon cleansing. Evaluation in surgery: 5.45% of patients evaluated intestinal dilated in surgery, 14.55% of patients increased intestinal peristalsis (did not affect on surgery). **Conclusion:** The procedure to prepare the colon before surgery at the Department of Abdominal Surgery, Military hospital 103 ensured safety, efficiency, less accident and complications.

Keywords: Colon preparation before surgery, colon surgery.

Chịu trách nhiệm nội dung: CNDD. Đỗ Thị Minh Thu, Email: dominhthu12121982@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Trong phẫu thuật đại tràng, có nhiều yếu tố góp phần bảo đảm ca mổ thành công. Ngoài việc đưa ra chỉ định phẫu thuật đúng, kĩ thuật mổ, gây mê, hồi sức, chăm sóc sau mổ, việc chuẩn bị đại tràng trước mổ là một bước hết sức quan trọng, giúp việc đánh giá khối u trong mổ chính xác hơn, đại tràng xẹp dễ bóc lột và phẫu thuật hơn, miệng nối có thể thực hiện ngay ở kì đầu. Chuẩn bị đại tràng tốt cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa bác sĩ và điều dưỡng viên. Đối với bác sĩ, sau khi xác nhận bệnh nhân (BN) có chỉ định phẫu thuật cắt đại tràng, cần đưa ra kế hoạch chuẩn bị đại tràng bao gồm chế độ dinh dưỡng, thuốc trước mổ và phương pháp làm sạch đại tràng phù hợp. Đối với điều dưỡng viên, sau khi nhận kế hoạch cần thực hiện theo đúng y lệnh, đặc biệt là thực hiện làm sạch đại tràng. Do điều dưỡng viên là người thường xuyên tiếp xúc với BN, nên luôn theo dõi được kết quả làm sạch đại tràng đồng thời cũng theo dõi được những biến chứng do phương pháp làm sạch đại tràng có thể

gây nên để kịp thời xử trí. Việc chuẩn bị đại tràng không tốt sẽ gây hậu quả xấu, như: bộc lộ tìm tổn thương khó khăn, thời gian mổ kéo dài hơn. Thậm chí, nếu đại tràng không sạch, BN phải làm hậu môn nhân tạo và phải mổ đóng hậu môn nhân tạo, gây tổn kém về kinh tế, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, tâm lí của BN sau mổ cũng như việc điều trị hỗ trợ sau này bị gián đoạn.

Trước đây, tại Khoa Phẫu thuật bụng, Bệnh viện Quân y 103, việc chuẩn bị đại tràng thường kéo dài khoảng 7 ngày, bao gồm các công đoạn dùng kháng sinh đường uống, thụt tháo làm sạch đại tràng, chế độ dinh dưỡng... Những năm gần đây, quy trình chuẩn bị đại tràng có nhiều thay đổi, đặc biệt do hiệu quả của việc làm sạch đại tràng bằng thuốc, thời gian chuẩn bị ngắn, giảm bớt thời gian điều trị. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đánh giá về hiệu quả của quy trình này.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm nhận xét quy trình chuẩn bị đại tràng trước mổ có kết

hoạch; đánh giá kết quả bước đầu chuẩn bị đại tràng trước mổ có kế hoạch tại Khoa Phẫu thuật bụng, Bệnh viện Quân y 103.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

55 BN chẩn đoán xác định ung thư đại tràng, chuẩn bị đại tràng trước mổ theo kế hoạch, điều trị phẫu thuật triệt căn tại Khoa Phẫu thuật bụng, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 3/2017-10/2018.

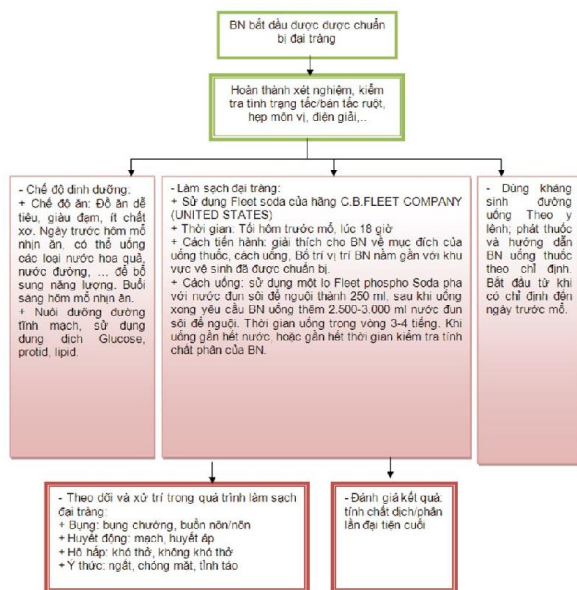
Loại trừ BN u đại tràng không được phẫu thuật cắt đại tràng hoặc có biến chứng, phẫu thuật cấp cứu; BN không được chuẩn bị đại tràng trước mổ theo quy trình; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc hồ sơ bệnh án không đủ dữ liệu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả, không đối chứng.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu: đặc điểm về tuổi, giới; các triệu chứng lâm sàng; đặc điểm khối u: vị trí (dựa vào kết quả soi đại tràng và đánh giá trong mổ), kích thước (dựa vào kết quả soi đại tràng), u chít hẹp hay không chít hẹp.

- Quy trình chuẩn bị đại tràng: áp dụng ngay khi BN chẩn đoán xác định ung thư đại tràng và có chỉ định phẫu thuật theo kế hoạch (theo sơ đồ dưới):



- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.2.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Một số đặc điểm BN:

- Giới tính: 36 BN (65,45%) là nam giới và 19 BN (34,55%) là nữ giới. Tỷ lệ BN nam/nữ: 1,89/1.

- Tuổi: từ 30-82 tuổi, trung bình $58,2 \pm 12,9$ tuổi.

- Triệu chứng lâm sàng thường gặp (n = 55):

+ Đau bụng: 37 BN (67,27%).

+ Đại tiện phân lẫn nhày/máu: 29 BN (52,73%).

+ Rối loạn tiêu hóa: 30 BN (54,55%).

+ Gầy sút cân: 25 BN (45,45%).

+ Sờ thấy khối u: 4 BN (7,27%).

Triệu chứng thường gặp là đau bụng (67,27%), rối loạn tiêu hóa (54,55%), đại tiện phân lẫn nhày/máu (52,73%).

- Vị trí u qua nội soi đại tràng (n = 55):

+ Manh tràng: 2 BN (3,64%).

+ Đại tràng phải: 4 BN (7,27%).

+ Đại tràng góc gan: 8 BN (14,55%).

+ Đại tràng ngang: 8 BN (14,55%).

+ Đại tràng góc lách: 2 BN (3,64%).

+ Đại tràng trái: 2 BN (3,64%).

+ Đại tràng sigma: 27 BN (49,09%).

+ Đa polyp đại tràng: 2 BN (3,64%).

Tất cả BN được nội soi đại tràng chẩn đoán xác định u đại tràng, đồng thời sinh thiết u làm giải phẫu bệnh. Trong đó, u đại tràng sigma là vị trí thường gặp nhất (49,09%).

- Kích thước u qua nội soi đại tràng (n = 55):

+ Không chít hẹp lòng đại tràng: 31 BN (56,36%).

+ Có hẹp một phần lòng đại tràng: 24 BN (43,64%). Các trường hợp này đưa ống soi qua chỗ hẹp dễ dàng.

3.2. Quy trình chuẩn bị đại tràng

- Thời gian chuẩn bị đại tràng trung bình: $5,4 \pm 3,8$ ngày.

- Chế độ dinh dưỡng (n = 55):

+ 100% BN được hướng dẫn chế độ ăn mềm, lỏng, ít chất xơ, ăn làm nhiều bữa trong ngày, đến ngày trước mổ nhịn ăn hoàn toàn.

+ 100% BN được nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch kết hợp.

- Sử dụng kháng sinh đường uống (n = 55):

+ 100% BN sử dụng kháng sinh kết hợp đường uống trước mổ: metronidazole 250 mg x 2 viên/ngày; ciprobay 500 mg x 2 viên/ngày.

+ Thời gian sử dụng kháng sinh đường uống trung bình: $5,4 \pm 3,8$ ngày.

- Phương pháp làm sạch đại tràng: 100% BN làm sạch đại tràng bằng uống Fleet Phospho Soda.

- Số lần uống Fleet Phospho Soda (n = 55):

+ 52 BN (94,54%) uống 1 lần.

+ 3 BN (5,45%) uống 2 lần.

- Diễn biến bất thường sau uống Fleet Soda (n = 55):

- + Nôn: 3 BN (5,45%).
- + Buồn nôn: 6 BN (10,90%).
- + Đầy bụng: 4 BN (7,27%).
- + Mạch nhanh: 4 BN (7,27%).
- + Không BN nào tụt huyết áp, khó thở, ngất, trướng bụng.

Buồn nôn (10,90%) là triệu chứng hay gặp nhất sau uống Fleet Phospho Soda. Không BN nào có diễn biến nặng sau uống Fleet Phospho Soda.

- Tính chất dịch/phân lần đi ngoài cuối cùng: 100% BN đi ngoài lần cuối của quá trình chuẩn bị đại tràng là dịch.

- Tình trạng ruột trong mổ (n = 55):
- + Ruột giãn: 3 BN (5,45%).
- + Ruột tăng nhu động: 8 BN (14,55%).
- + Không có trường hợp nào còn phân/bã thức ăn đầu đại tràng/tiểu tràng làm miệng nối:



Hình ảnh lòng đại tràng trong mổ.

3.3. Kết quả sau phẫu thuật:

- Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 10,8 ± 4,6 ngày, ngắn nhất 3 ngày, dài nhất 26 ngày. Có 1 trường hợp nằm viện 3 ngày, do người nhà xin chuyển về tuyến dưới.

- Biến chứng sau mổ (n = 55):
- + Chạm liền vết mổ: 5 BN (9,09%); các BN này được cắt chỉ thừa, làm sạch vết mổ, khâu da thì 2.
- + Rò đại tràng: 1 BN (1,82%); BN rò đại tràng muộn ngày thứ 6 sau mổ, sau khi cho ăn trở lại.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Một số đặc điểm BN:

- Tuổi và giới: đa số BN là nam giới (65,45%), tỉ lệ BN nam/nữ: 1,89/1. Tuổi trung bình của BN là 58,2 ± 12,9 tuổi. Tỉ lệ này tương đương với tỉ lệ chung của thế giới theo thống kê của GLOBOCAN 2012 [4].

- Triệu chứng lâm sàng: đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất (67,27%), tiếp đến là đi ngoài phân nhầy/máu (52,73%). Các triệu chứng khác như gầy sút cân, sờ thấy khối u khá ít gặp, một số ít BN tình cờ phát hiện khi đi khám sức khỏe định kì. Điều này cho thấy, vai trò của tầm soát ung thư đại trực tràng đối với những BN trên 40 tuổi có yếu

tổ nguy cơ cao và trên 50 tuổi đối với BN không có yếu tố nguy cơ.

- Vị trí u: dựa trên kết quả soi đại tràng và đánh giá trong mổ cho thấy, vị trí u thường gặp nhất là đại tràng sigma, tiếp đến là đại tràng góc gan, đại tràng ngang.

- Kích thước u: đánh giá bằng soi đại tràng, kết quả thấy 56,36% BN không có hẹp lòng đại tràng, 43,64% có bán hẹp lòng đại tràng. Việc đánh giá mức độ hẹp lòng đại trực tràng do khối u gây ra rất quan trọng, nó giúp chỉ định phương pháp làm sạch đại tràng trước mổ một cách hợp lí.

4.2. Quy trình chuẩn bị chuẩn bị đại tràng:

Quy trình chuẩn bị đại tràng được áp dụng ngay khi BN có chẩn đoán xác định ung thư đại tràng và có chỉ định phẫu thuật theo kế hoạch. Bao gồm các nội dung [8]:

- Chế độ dinh dưỡng: việc có chế độ ăn hợp lí ngoài bảo đảm cung cấp năng lượng còn giúp cho phân trong đại tràng mềm và dễ tẩy hơn, đặc biệt, khi đi qua phần hẹp do u gây nên được dễ dàng. Những ngày đầu trước mổ, 100% BN được yêu cầu ăn đồ ăn mềm, lỏng dễ tiêu, ít chất xơ, giàu dinh dưỡng, chia làm nhiều bữa nhỏ trong ngày. Ngày trước mổ, BN nhịn ăn hoàn toàn nhưng có thể uống nước đường, nước hoa quả (mía, dưa...); nuôi dưỡng đường tĩnh mạch bằng dung dịch huyết thanh ngọt đẳng trương, có thể kết hợp truyền các loại đạm trước mổ.

- Kháng sinh đường uống: 100% BN được dùng metronidazol kết hợp với ciprofloxacin, bắt đầu từ ngày chuẩn bị đại tràng đến ngày trước mổ. Kháng sinh đường uống được dùng nhằm giảm thiểu sự phát triển vi khuẩn trong lòng đại tràng [1, 2, 3, 5].

- Làm sạch đại tràng: áp dụng cho các BN không có triệu chứng tắc hoặc bán tắc ruột, trên nội soi thấy u chưa gây hẹp hoàn toàn lòng đại tràng. Trong nhóm BN nghiên cứu, 100% BN uống Fleet phospho Soda để làm sạch đại tràng.

- Theo dõi diễn biến bất thường trong quá trình làm sạch đại tràng:

+ Nôn: cảm giác buồn nôn và nôn khá hay gặp khi BN uống Fleet Phospho Soda. Nghiên cứu thấy 6 BN (10,90%) buồn nôn, 3 BN (5,45%) nôn ngay sau khi uống, nên cần phải uống thêm 1 lọ Fleet phospho Soda khác. Tuy nhiên, do uống ngay sau khi nôn, BN chưa uống nước và đi ngoài nên dù uống lại vẫn được tính là chuẩn bị một lần [6, 9].

+ Đầy bụng: 4 BN (7,27%) bị đầy bụng, có thể là do thuốc có tác dụng hút nước vào trong lòng ruột nhiều khi BN chưa đại tiện. Những trường hợp này chỉ cần theo dõi, thường không cần phải xử trí gì, chỉ yêu cầu BN vận động nhẹ nhàng, xoa bụng,

nếu BN sau đó đại tiện được thì sẽ đỡ chướng; BN tiếp tục thực hiện theo quy trình.

+ Không có trường hợp nào có biểu hiện tắc ruột hay bán tắc ruột sau uống.

- Đánh giá làm sạch đại tràng:

+ Trước mổ (điều dưỡng viên trực tiếp thăm hỏi, kiểm tra lâm sàng, đánh giá bằng cảm quan mắt nhìn): 100% BN đi ngoài lần cuối chỉ còn dịch trong (không lẫn cặn, phân...). 94,55% BN phẫu thuật thường quy, không có hiện tượng chướng bụng. Chỉ 3 trường hợp chướng bụng nhẹ, nhưng không kèm theo các triệu chứng của tắc ruột như nôn, đau bụng quặn cơn, bí trung tiện...

+ Trong mổ (đánh giá bằng ghi lại ý kiến của phẫu thuật viên): 5,45% BN ruột giãn, nhưng chỉ giãn nhẹ. Hiện tượng ruột giãn có thể được lý giải bởi 2 khả năng, một là BN có tắc ruột do khối u gây nên, hai là thời gian chuẩn bị đại tràng chưa đủ, làm cho dịch trong lòng ruột chưa kịp tống ra ngoài. 14,55% BN ruột non tăng nhu động trong quá trình phẫu thuật, điều này có thể gây ra một số khó khăn ban đầu trong quá trình vén ruột, bộc lộ trường mổ. Đánh giá đại tràng phía đầu trung tâm (dựa vào cảm quan của phẫu thuật viên): 100% BN có đầu đại tràng trung tâm sạch. Đây chính là yếu tố quan trọng nhất trong đánh giá kết quả của làm sạch đại tràng. Không BN nào phải làm hậu môn nhân tạo (không thể nổi ngay kì đầu) do đại tràng bẩn [7].

4.3. Kết quả sau phẫu thuật:

- Thời gian nằm viện sau phẫu thuật: từ 3-26 ngày, trung bình $10,8 \pm 4,6$ ngày. Trường hợp BN nằm viện 3 ngày do người nhà xin chuyển về tuyến dưới.

- Biến chứng sau mổ: 5/55 BN (9,09%) chậm liền vết mổ; các BN này được cắt chỉ thừa, làm sạch vết mổ, khâu da thì 2. 1/55 BN (1,82%) rò đại tràng; BN này rò đại tràng muộn ngày thứ 6 sau mổ, sau khi cho BN ăn trở lại.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 55 BN ung thư đại tràng, chuẩn bị đại tràng theo kế hoạch, điều trị phẫu thuật triệt căn tại Khoa Phẫu thuật bụng, Bệnh viện Quân y 103, kết luận:

- 100% BN chuẩn bị đại tràng trước mổ theo một quy trình thống nhất, gồm chế độ dinh dưỡng (chế độ ăn và nuôi dưỡng đường tĩnh mạch), kháng sinh đường uống và làm sạch đại tràng bằng Fleet Phospho Soda (100% BN chỉ phải làm sạch đại tràng bằng Fleet Phospho Soda 1 lần).

- Không có trường hợp nào diễn biến nặng trong quá trình làm sạch đại tràng.

- 100% BN lòng đại tràng tại đầu trung tâm sạch, có 3/55 BN đánh giá trong mổ ruột còn giãn, 8/55

BN tăng nhu động nhưng không ảnh hưởng đến phẫu thuật.

Quy trình chuẩn bị đại tràng trước mổ tại Khoa Phẫu thuật bụng, Bệnh viện Quân y 103 bảo đảm an toàn, hiệu quả, ít tai biến, biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bucher P, Gervaz P, Soravia C, Mermillod B, Erne M, Morel P (2005), "Randomized clinical trial of mechanical bowel preparation versus no preparation before elective left-sided colorectal surgery", *Br J Surg*, 92 (4): 409-414.

2. Cannon J.A, Altom L.K, Deierhoi R.J et al (2012), "Preoperative oral antibiotics reduce surgical site infection following elective colorectal resections", *Dis Colon Rectum*, 55 (11): 1160-1166.

3. Coppa G.F, Eng K, Gouge T.H, Ranson J.H, Localio S.A (1983), "Parenteral and oral antibiotics in elective colon and rectal surgery. A prospective, randomized trial", *Am J Surg*, 145 (1): 62-65.

4. GLOBOCAN 2012 1.0, *cancer and mortality worldwide: 11 international Agency for Research on Cancer*, Lyon.

5. Lewis R.T (2002), "Oral versus systemic antibiotic prophylaxis in elective colon surgery: a randomized study and meta-analysis send a message from the 1990s", *Can J Surg*, 45 (3): 173-18.

6. Markowitz G.S, Stokes M.B, Radhakrishnan J, D'Agati V.D (2005), "Acute phosphate nephropathy following oral sodium phosphate bowel purgative: an underrecognized cause of chronic renal failure", *J Am Soc Nephrol*, 16 (11): 3389-3396.

7. Oliveira L, Wexner S.D, Daniel N et al (1997), "Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery. A prospective, randomized, surgeon-blinded trial comparing sodium phosphate and polyethylene glycol-based oral lavage solutions", *Dis Colon Rectum*, 40: 585-91.

8. Zmora O, Wexner S.D, Hajjar L et al (2003), "Trends in preparation for colorectal surgery: survey of the members of the American Society of Colon and Rectal Surgeons", *Am Surg*, 69 (2): 150-154.

9. Wolters U, Keller H.W, Sorgatz S, Raab A, Pichlmaier H (2002), "Prospective randomized study of preoperative bowel cleansing for patients undergoing colorectal surgery", *Br J Surg*, 81: 598-600.

10. Tjandra J.J, Tagkalidis P (2002), "Oral Sodium phosphate solution is a superior colonoscopy preparation to sodium picosulphate", *Dis Colon Rectum*, 45: A53. □

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VỀ CHĂM SÓC DỰ PHÒNG VIÊM PHỔI THỞ MÁY CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRƯỚC VÀ SAU ĐÀO TẠO

CNDD. PHAN TRƯỜNG TUỆ, CNDD. HOÀNG THỊ UYÊN

Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. NGUYỄN HOÀNG NGỌC

(2) TS. NGUYỄN VĂN GIANG

TÓM TẮT: Nghiên cứu cắt ngang, mô tả, đánh giá kiến thức, thực hành về chăm sóc dự phòng viêm phổi thở máy của 25 điều dưỡng trước và sau đào tạo, trực tiếp chăm sóc người bệnh thở máy tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác, từ tháng 4-9/2020.

Kết quả: 100% điều dưỡng trong độ tuổi từ 20-40 tuổi; 56,5% có thời gian công tác 10 năm trở lên. Tất cả các điều dưỡng đều có trình độ cao đẳng trở lên, trong đó, 28,0% có trình độ đại học. Trước đào tạo, điều dưỡng có kiến thức đúng về sử dụng dây máy thở (72,0%) và sử dụng bẫy nước (72,0%), thực hành đúng trong chăm sóc răng miệng (68,0%) và hút nội khí quản (68,0%). Sau đào tạo, các tỉ lệ có kiến thức đúng về các nội dung này đều đạt trên 96,0%; khác biệt các chỉ số này trước và sau đào tạo có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,01$. **Kết luận:** Công tác đào tạo cho điều dưỡng viên về kiến thức, thực hành các biện pháp dự phòng viêm phổi thở máy là cần thiết và cần được thực hiện thường xuyên, liên tục, có kiểm tra và giám sát.

Từ khóa: Viêm phổi liên quan tới thở máy, điều dưỡng viên, đào tạo.

ABSTRACT: Cross-sectional study, descriptions, and assessments of knowledge and practice on preventive care for mechanical ventilation pneumonia of 25 pre-and post-training nurses who directly cared for patients with mechanical ventilation at the Department of Emergency and Intensive care at the Le Huu Trac National Burn hospital, from April to September 2020.

Results: There were 100% of nurses at the age of 20-40 years; 56.5% of nurses had working time for 10 years or more. All nurses had a college degree or higher, of which 28.0% had a university degree. Before training, nurses had correct knowledge of using breathing apparatus (72.0%) and using water traps (72.0%), correct practice in oral care (68.0%), and endotracheal suction (68.0%). After training, the percentages of correct knowledge about these contents reached over 96.0%; The difference of these indicators before and after training was statistically significant, with $p < 0.01$. **Conclusion:** The training for nurses on knowledge and practice of preventive measures for mechanical ventilation pneumonia was necessary and should be done regularly, continuously, with control and supervision.

Keywords: Pneumonia related to mechanical ventilation, nurses, training.

Chịu trách nhiệm nội dung: CNDD. Phan Trường Tuệ, SĐT: 0973101639.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Viêm phổi liên quan đến thở máy (hay viêm phổi thở máy (VPTM)) là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở các bệnh nhân nặng [1]. VPTM làm kéo dài thời gian điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu, tăng thời gian thở máy, tăng chi phí điều trị và tăng gánh nặng cho hệ thống y tế, cho gia đình người bệnh và xã hội [2]. Tỉ lệ tử vong do VPTM thay đổi từ 24-50%, có thể lên tới 76% [3]. Trên bệnh nhân bỏng, tỉ lệ mắc VPTM tăng thêm gần 20% [4], [5]. Do đó, thực hiện kĩ năng chăm sóc đúng người bệnh thở máy của người điều dưỡng (ĐD) là rất cần thiết trong việc phòng ngừa VPTM.

Hiện nay, tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác đang thực hiện gói các

biện pháp dự phòng VPTM, trong đó có các biện pháp dự phòng không dùng thuốc. Việc thực hiện các biện pháp này do ĐD đảm nhận. Qua công tác điều tra và báo cáo của phòng kiểm soát nhiễm khuẩn, việc thực hiện các biện pháp dự phòng VPTM của ĐD tại các khoa hồi sức còn nhiều vấn đề tồn tại, như hay làm tắt, cắt bỏ các bước thực hiện hoặc có làm nhưng không đúng hoặc không đầy đủ, các sai sót không được báo cáo thành văn bản...

Xuất phát từ lí do trên, chúng tôi triển khai nghiên cứu này nhằm đánh giá kiến thức, thực hành về chăm sóc dự phòng VPTM của ĐD tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác trước và sau đào tạo, năm 2020.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

25 ĐD trực tiếp chăm sóc người bệnh thở máy tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác, từ tháng 4-9/2020. Các ĐD đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Phương pháp tiến hành:
 - + Bước 1 (quan sát thực hành các biện pháp dự phòng VPTM của ĐD): sử dụng phương pháp quan sát không tham gia: điều tra viên đứng ở vị trí phù hợp, để quan sát và không gây ảnh hưởng đến việc thực hiện chuyên môn của ĐD. ĐD không biết trước mình sẽ được quan sát vào thời gian nào, ai sẽ quan sát.
 - + Bước 2 (khảo sát kiến thức dự phòng VPTM): nghiên cứu viên phát phiếu cho đối tượng nghiên cứu đọc “trang thông tin nghiên cứu”. ĐD sau khi đọc, nếu đồng ý tham gia nghiên cứu, tích vào ô “đồng ý” và tiếp tục trả lời vào phiếu tự điền. Nếu ĐD tích vào ô “không đồng ý”, nghiên cứu viên kết thúc phân phát phiếu phỏng vấn với ĐD đó.
 - + Bước 3 (đào tạo lại kiến thức và thực hành các biện pháp dự phòng VPTM cho tất cả ĐD): đào tạo lý thuyết 1 buổi/tuần; thực hành trực tiếp trên bệnh nhân dưới sự hướng dẫn của giáo viên.
 - + Bước 4 (đánh giá lại kiến thức và thực hành về chăm sóc dự phòng VPTM của ĐD): thực hiện theo bước 1 và 2.

- Xử lý số liệu: phân tích và xử lý số liệu theo thuật toán thống kê y học, sử dụng phần mềm Stata 14.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 25).

Nội dung		Số ĐD	Tỉ lệ %
Giới tính	Nam	12	48,0
	Nữ	13	52,0
Tuổi	< 20 tuổi	0	0
	20-40 tuổi	25	100
	> 40 tuổi	0	0
Bằng cấp chuyên môn khi tốt nghiệp	Trung cấp	0	0
	Cao đẳng	18	72,0
	Đại học trở lên	7	28,0
Thâm niên công tác	< 5 năm	2	8,0
	5-10 năm	9	36,0
	>10 năm	14	56,0
Loại hình lao động	Biên chế	10	40,0
	Hợp đồng	15	60,0

Trong số 25 ĐD viên tham gia nghiên cứu, thì 100% ĐD trong độ tuổi từ 20-40 tuổi, chủ yếu có thời gian công tác tại Khoa Hồi sức cấp cứu trên 10 năm (56,0%). 100% ĐD đều có trình độ cao đẳng trở lên, trong đó 28% ĐD có trình độ chuyên môn đại học.

Bảng 2. Thông tin chung về đào tạo liên tục (n = 25):

TT	Đặc điểm		Số ĐD	Tỉ lệ %
1	Tham gia vào khóa học về chăm sóc dự phòng VPTM	Ít hơn 1 tháng	7	28,0
		Từ 1-2 tháng	14	56,0
		Từ 2 tháng trở lên	4	16,0
		Chưa tham gia	0	0
2	Nội dung được trang bị/cung cấp qua các khóa đào tạo về dự phòng VPTM	Kiến thức	0	0
		Thực hành	0	0
		Kiến thức và thực hành	25	100
3	Nhận xét khóa học	Tốt	22	88,0
		Khá	3	12,0
		Chưa tốt	0	0
4	Ứng dụng kiến thức vào thực tế	Có	25	100
		Không	0	0

Tất cả ĐD đều được đào tạo liên tục, được cung cấp cả kiến thức và thực hành về chăm sóc dự phòng viêm phổi thở máy. Trong đó, ĐD được đào tạo kiến thức và thực hành về chăm sóc dự phòng viêm phổi thở máy từ 01-02 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất (56,0%).

Bảng 3. Kết quả về kiến thức dự phòng VPTM của điều dưỡng ĐD (n = 25).

TT	Nội dung	Trước đào tạo		Sau đào tạo		p
		Đúng	Sai	Đúng	Sai	
1	Kiến thức chung về sử dụng dây máy thở	18 (72,0%)	7 (28%)	25 (100%)	0	< 0,01
2	Kiến thức chung về sử dụng bể nước	18 (72,0%)	7 (28%)	24 (96,0%)	1 (04,0%)	< 0,01
3	Kiến thức chung về sử dụng bộ lọc vi khuẩn	20 (80,0%)	5 (20%)	25 (100%)	0	> 0,05
4	Kiến thức chung về sử dụng bộ trao đổi nhiệt	24 (96,0%)	1 (04%)	25 (100%)	0	> 0,05
5	Kiến thức chung về chăm sóc bệnh nhân thở máy	22 (88,0%)	3 (12%)	25 (100%)	0	> 0,05
6	Kiến thức chung về chăm sóc bệnh nhân bông hô hấp	23 (92,0%)	2 (08%)	25 (100%)	0	> 0,05
7	Kiến thức chung về chăm sóc lỗ đặt Sjoberg mở qua tổn thương bông	23 (92,0%)	2 (08%)	25 (100%)	0	> 0,05

Trước đào tạo, ĐD có kiến thức đúng về sử dụng dây máy thở và sử dụng bể nước là thấp nhất (72,0%). Sau đào tạo, tỉ lệ có kiến thức đúng về nội dung này tăng lên rõ rệt; khác biệt kiến thức chung về sử dụng dây máy thở và sử dụng bể nước trước và sau đào tạo có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Bảng 4. Thực hành về dự phòng VPTM của ĐD (n = 25).

TT	Nội dung	Trước đào tạo		Sau đào tạo		p
		Đúng	Sai	Đúng	Sai	
1	Thực hành về tư thế bệnh nhân	18 (72,0%)	7 (28,0%)	24 (96,0%)	1 (04,0%)	< 0,05
2	Thực hành về rửa tay/sát khuẩn tay nhanh	20 (80,0%)	5 (20,0%)	25 (100)	0	< 0,05
3	Thực hành về chăm sóc răng miệng	17 (68,0%)	8 (32,0%)	23 (96,0%)	2 (08,0%)	< 0,05
4	Thực hành về chăm sóc lỗ đặt Sjoberg mở qua tổn thương bông	22 (88,0%)	3 (12,0%)	25 (100%)	0	> 0,05
5	Thực hành về chăm sóc bệnh nhân bông hô hấp	20 (80,0%)	5 (20,0%)	25 (100%)	0	> 0,05
6	Thực hành về sử dụng máy thở	18 (72,0%)	7 (28,0%)	24 (96,0%)	1 (04,0%)	< 0,05
7	Thực hành về hút nội khí quản	17 (68,0%)	8 (32,0%)	24 (96,0%)	1 (04,0%)	< 0,05
8	Thực hành chung trong chăm sóc dự phòng viêm phổi thở máy	18 (72,0%)	7 (28,0%)	24 (96,0%)	1 (04,0%)	< 0,05

Trước đào tạo, tỉ lệ ĐD thực hành đúng trong chăm sóc răng miệng và hút nội khí quản là thấp nhất (68%). Sau đào tạo, tỉ lệ ĐD thực hành đúng của nội dung này cao hơn trước đào tạo. Khác biệt về tư thế bệnh nhân, rửa tay/sát khuẩn tay nhanh, chăm sóc răng miệng, sử dụng máy thở, hút nội khí quản trước và sau đào tạo có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN.

25 ĐD làm việc tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu trác tham gia nghiên cứu về các biện pháp dự phòng VPTM đều ở trong độ tuổi từ 20-40 tuổi; chủ yếu có thời gian công tác trên 10 năm (56,0%), chỉ 8,0% ĐD có thời gian công tác dưới 5 năm.

Sau khi đánh giá kiến thức và thực hành về dự phòng VPTM của ĐD, chúng tôi tiến hành đào tạo lại cho tất cả các ĐD và tiến hành kiểm tra hằng tháng. Nếu ĐD nào đạt sẽ kết hợp đào tạo theo

nhóm, đào tạo cho nhau. Kết quả nghiên cứu thấy, sau 1 tháng đào tạo, có 28,0% ĐD đạt về kiến thức và thực hành dự phòng VPTM, 56,0% ĐD sau 2 tháng đào tạo đạt về kiến thức và thực hành dự phòng VPTM.

Nghiên cứu đã chỉ ra, trước đào tạo, tỉ lệ kiến thức đúng của ĐD về sử dụng dây máy thở và sử dụng bể nước đạt 72,0%, kiến thức đúng về sử dụng bộ lọc vi khuẩn đạt 80,0%, kiến thức đúng về sử dụng bộ trao đổi ảm nhiệt đạt 96,0%, kiến thức đúng về kiến thức chung về chăm sóc bệnh nhân thở máy đạt 88,0%. Theo nghiên cứu của Blott và cộng sự tại Bỉ năm 2007, khi tiến hành đánh giá kiến thức về các hướng dẫn dựa trên bằng chứng để phòng ngừa viêm phổi thở máy của 638 ĐD Bệnh viện Đại học Ghent thấy, 49% ĐD có kiến thức đúng về sử dụng hệ thống dây máy thở, 55% ĐD có kiến thức đúng về bể nước, 60% ĐD trả lời đúng về sự cần thiết có hệ thống dây dẫn kín xuống bình làm ẩm và 49% ĐD có kiến thức đúng

về tư thế giường bệnh [6]. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Nguyên nhân có thể do đối tượng nghiên cứu của Blott là tất cả các ĐD trong bệnh viện với mức độ hiểu biết trung bình của ĐD các khoa hồi sức tích cực cao hơn tại các khoa điều trị thường. Trong nghiên cứu này, tất cả ĐD đều đang công tác tại khoa hồi sức tích cực, hằng ngày thực hiện chăm sóc bệnh nhân thở máy, nên có kiến thức và thực hành cao hơn. Nghiên cứu của Đỗ Thị Hạnh Trang (2017) trên 161 ĐD hồi sức cấp cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương thấy, tỉ lệ kiến thức đúng của điều dưỡng về dự phòng VPQTM đạt là 52,2%, 55% ĐD có kiến thức đúng về sử dụng hệ thống dây máy thở, 46,6% ĐD có kiến thức đúng về bẫy nước; thấp hơn kết quả nghiên cứu này. Điều này có thể do 100% ĐD trong nghiên cứu có trình độ cao đẳng trở lên và 56,0% ĐD có thâm niên công tác trên 10 năm.

Sau đào tạo, 100% ĐD có kiến thức đúng về sử dụng dây máy thở, 96,0% ĐD có kiến thức đúng về sử dụng bẫy nước, khác biệt có ý nghĩa thống kê so với trước đào tạo ($p < 0,01$). 100% ĐD có kiến thức đúng về sử dụng dây máy thở, sử dụng bộ trao đổi ẩm nhiệt và kiến thức chung về chăm sóc bệnh nhân thở máy ($p > 0,05$).

Tỉ lệ chung trong thực hành trọn gói dự phòng viêm phổi thở máy trước đào tạo đạt 72,0% và sau đào tạo đạt 96,0%; cao hơn kết quả nghiên cứu của Đặng Thị Vân Trang năm 2011 (24,8% [7]). Sở dĩ có sự khác biệt này là do chúng tôi quan sát một ĐD thực hành dự phòng VPTM trên một bệnh nhân thở máy của chính ĐD đó chăm sóc, mỗi ĐD quan sát một lần thực hành trọn gói các bước trong quy trình chăm sóc dự phòng VPTM, thời điểm quan sát là ngẫu nhiên, có thể là ca sáng, ca chiều hoặc ca đêm. Thông thường, tại thời điểm sau khi nhận ca, ĐD phải đi đánh giá bệnh nhân của mình chăm sóc và thực hiện tất cả các kĩ thuật trong bảng kiểm thực hành dự phòng VPTM. Còn trong nghiên cứu của Đặng Thị Vân Trang (2011), đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân được săn sóc đặc biệt cả ở khoa hồi sức cấp cứu và các khoa lâm sàng khác, nghiên cứu tính tỉ lệ thực hành đúng bằng số cơ hội thực hành đúng/tổng số cơ hội quan sát. Vì vậy, mỗi bệnh nhân có thể được quan sát nhiều lần, do đó, tỉ lệ áp dụng trọn gói của nghiên cứu rất thấp (24,8%).

Đặc trưng trên bệnh nhân bỏng khác các bệnh nhân khác là sự hiện diện của tất cả các nguy cơ VPTM, như bệnh nhân suy dinh dưỡng, suy giảm miễn dịch, bệnh đang cấp tính, thở máy dài ngày, điều trị kháng sinh dài ngày... Đặc biệt, ở bệnh nhân bỏng hô hấp, bỏng vùng mặt, cổ là môi trường

cho vi khuẩn phát triển theo ống nội khí quản, lồng đặt Sjöberg gây viêm phổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về kiến thức và thực hành chăm sóc lồng đặt Sjöberg mở qua tổn thương bỏng và chăm sóc bệnh nhân bỏng hô hấp thấy, trước đào tạo cơ bản tất cả các điều dưỡng viên đều có kiến thức đúng (88,0%) và sau đào tạo thì 100% ĐD có kiến thức và thực hành đúng về chăm sóc lồng đặt Sjöberg mở qua tổn thương bỏng và chăm sóc bệnh nhân bỏng hô hấp.

5. KẾT LUẬN.

Kết quả nghiên cứu đã chỉ ra, công tác đào tạo cho điều dưỡng về kiến thức, thực hành về các biện pháp dự phòng VPTM là cần thiết và cần được thực hiện thường xuyên, liên tục, có kiểm tra, giám sát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y Tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực*, Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế, Hà Nội.
2. Đặng Thị Vân Trang (2011), "Khảo sát mức độ tuân thủ thực hành phòng ngừa viêm phổi liên quan thở máy tại các đơn vị săn sóc đặc biệt bệnh viện Chợ Rẫy", *Tạp chí Y học dự phòng*, 7 (2).
3. Torres A, Niederman M.S, Chastre J et al (2017), "International ERS/ESICM/ESCMID/ALAT guidelines for the management of hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia: guidelines for the management of hospital-acquired pneumonia/ventilator-associated pneumonia of the European Respiratory Society, European Society of Intensive Care Medicine, European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases and Asociación Latinoamericana del Tórax", *European Respiratory Journal*, 50 (3).
4. Society A.T, America I.D.S.O (2005), "Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia", *American journal of respiratory and critical care medicine*, 171(4), 388.
5. Advisory S, Steering S, Committee I.P.G (2018), "ISBI Practice Guidelines for Burn Care, Part 2. Burns", *journal of the International Society for Burn Injuries*, 44 (7), 1617.
6. Palmieri T.L (2009), "Inhalation injury consensus conference: conclusions", *Journal of Burn Care & Research*, 30 (1), 209-210.
7. Blot S.I, Labeau S, Vandijck D et al (2007), "Evidence-based guidelines for the prevention of ventilator-associated pneumonia: results of a knowledge test among intensive care nurses", *Intensive care medicine*, 33 (8), 1463-1467. □

KHẢO SÁT KIẾN THỨC VỀ SỰ CỐ Y KHOA CỦA ĐIỀU DƯỠNG, KỸ THUẬT VIÊN BỆNH VIỆN BỎNG QUỐC GIA LÊ HỮU TRÁC, NĂM 2020

CNDD. NGUYỄN THỊ LƯƠNG, CNDD. LÊ THỊ DUNG

Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

Phản biện khoa học: (1) GS.TS. LÊ TRUNG HẢI

(2) ThS. PHẠM ĐỨC MỤC

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích kiến thức của 145 điều dưỡng, kỹ thuật viên đang công tác tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác và các yếu tố liên quan sự cố y khoa, tháng 8/2020. **Kết quả:** Đa số đối tượng nghiên cứu là nữ giới (73,8%), có trình độ cao đẳng và trung cấp (75,9%), thâm niên công tác từ 10-19 năm (51,7%), công tác tại các khoa lâm sàng (84,1%). 98,6% điều dưỡng, kỹ thuật viên có kiến thức về sự cố y khoa đạt; trong đó, có 4,8% giỏi, 46,2% khá, 47,6% trung bình. Kiến thức về sự cố y khoa của điều dưỡng, kỹ thuật viên còn nhiều hạn chế, biểu hiện bằng việc trả lời sai một số nội dung khảo sát với tỉ lệ cao, như các biện pháp cải tiến môi trường để giảm té ngã (86,21%), giảm nguy cơ cháy nổ trong khi thực hiện phẫu thuật (79,31%), nguyên nhân của các sự cố y khoa (68,67%), phòng ngừa sự cố y khoa (75,86%), định nghĩa về sự cố y khoa (50,34%). Chưa thấy mối liên quan giữa kiến thức về sự cố y khoa của điều dưỡng, kỹ thuật viên với giới tính, trình độ chuyên môn, thâm niên công tác và đơn vị công tác ($p > 0,05$).

Từ khóa: An toàn người bệnh, sự cố y khoa.

ABSTRACT: Cross-sectional descriptive study with analysis of knowledge of 145 nurses and technicians, who were working at the Le Huu Trac National Burn hospital and related factors of medical incidents, August 2020. **Results:** The majority of study subjects were women (73.8%), had college and intermediate degrees (75.9%), working time from 10-19 years (51.7%), working at the clinical departments (84.1%). 98.6% of nurses and technicians knew of medical incidents; of which, 4.8% were excellent, 46.2% were fair, 47.6% were average. The knowledge about medical incidents of nurses and technicians was still limited, manifested by incorrect answers some survey contents at a high rate, such as measures to improve the environment to reduce falls (86.21%), reduced risk of fire and explosion during surgery (79.31%), causes of medical incidents (68.67%), prevention of medical incidents (75.86%), the definition of medical incidents (50.34%). The relationship between the knowledge of medical incidents of the nurses and technicians and gender, professional qualifications, seniority, and the working unit had not been found ($p > 0.05$).

Keywords: Safety of patients, medical incidents.

Chịu trách nhiệm nội dung: CNDD. Nguyễn Thị Lương, SĐT: 0983702073.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Một trong số những nguy cơ người bệnh có thể gặp trong quá trình điều trị đó là sự cố y khoa (SCYK). Theo Tổ chức Y tế thế giới, SCYK là các tình huống không mong muốn xảy ra trong quá trình chẩn đoán, chăm sóc và điều trị, do các yếu tố khách quan, chủ quan (không phải do diễn biến bệnh lý hoặc cơ địa người bệnh) tác động đến sức khỏe, tính mạng của người bệnh.

Những năm gần đây, SCYK là một trong những vấn đề liên quan đến chất lượng điều trị và chăm sóc người bệnh ngày càng được thế giới quan tâm nhiều hơn. Các SCYK có thể xảy ra ở bất cứ công đoạn nào của mọi quy trình từ chẩn đoán, chăm sóc đến điều trị. Đặc biệt, bệnh viện là nơi các thầy thuốc thường xuyên bị áp lực công việc do

tình trạng quá tải và áp lực về tâm lý, vì vậy, SCYK không mong muốn là điều khó tránh khỏi và trong nhiều trường hợp ngoài tầm kiểm soát. Khi SCYK xảy ra, cả người bệnh và thầy thuốc đều là nạn nhân [1].

Để giảm thiểu SCYK, một trong những vấn đề trọng tâm là phải nâng cao nhận thức, thái độ của nhân viên y tế với vấn đề an toàn người bệnh, giảm thiểu các nguy cơ gây hại cho người bệnh; hạn chế các sự cố lặp lại.

Xác định được công tác của người điều dưỡng (ĐD), kỹ thuật viên (KTV) liên quan trực tiếp đến SCYK, chúng tôi triển khai nghiên cứu này nhằm khảo sát kiến thức về SCYK; các yếu tố liên quan đến SCYK của ĐD, KTV đang công tác tại Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác, năm 2020.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

145 ĐD, KTV có mặt tại thời điểm khảo sát và đang công tác tại Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác (tháng 8/2020). Các ĐD, KTV đều đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang có phân tích.

- Công cụ thu thập thông tin: điều tra kiến thức của ĐD, KTV bằng phiếu khảo sát, gồm 20 câu hỏi kiến thức về SCYK được thiết kế dưới dạng câu hỏi nhiều lựa chọn (dựa trên "Tài liệu đào tạo an toàn người bệnh" của Bộ Y tế năm 2014 [2]).

- Phương pháp thu thập thông tin: phỏng vấn trực tiếp ĐD, KTV theo bộ câu hỏi soạn sẵn trong phiếu khảo sát, sau khi đã giải thích rõ ràng mục đích, nội dung của việc khảo sát, điều tra. ĐD, KTV trả lời phiếu khảo sát được phép dấu tên và trả lời bằng cách đánh dấu (x) vào ô đã lựa chọn. Mỗi câu trả lời đúng được 1 điểm, trả lời sai được 0 điểm.

- Đánh giá kiến thức của ĐD, KTV: căn cứ tiêu chuẩn tiêu chí đo lường kết quả học tập (theo MsDonald), phân loại kiến thức thành 5 mức: xuất sắc (19-20 điểm); giỏi (17-18 điểm); khá (15-16 điểm); trung bình (10-14 điểm); không đạt (≤ 9 điểm).

- Xử lý số liệu: lượng hóa các số liệu theo đáp án cho mỗi câu hỏi điều tra: chia làm hai nhóm có kết quả trả lời phù hợp hoặc không phù hợp. Tính tỉ lệ % cho từng nội dung trả lời. Các số liệu thu thập sẽ được lập

bảng, xử lý theo các thuật toán thống kê bằng phần mềm SPSS-Window 20.0, kiểm định bằng t-Student, $p < 0,05$ được coi có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n = 145).

Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ %
Giới tính	Nữ	107	73,8
	Nam	38	26,2
Trình độ chuyên môn	Sau đại học	2	1,4
	Đại học	33	22,7
	Cao đẳng	59	40,7
	Trung cấp	51	35,2
Đơn vị công tác	Khối lâm sàng	122	84,1
	Khối cận lâm sàng	18	12,4
	Khác (*)	05	3,5
Thâm niên công tác	Dưới 5 năm	03	2,1
	Từ 5-9 năm	35	24,1
	Từ 10-19 năm	75	51,7
	≥ 20 năm	32	22,1

*: ĐD khối cơ quan có tham gia chăm sóc người bệnh.

Đa số đối ĐD, KTV tham gia nghiên cứu là nữ giới (73,8%), có trình độ cao đẳng và trung cấp (75,9%), có thâm niên công tác từ 10-19 năm (51,7%) và đang công tác tại các khoa lâm sàng của Bệnh viện (84,1%).

3.2. Kiến thức về SCYK của ĐD, KTV:

Bảng 2. Kiến thức về SCYK của ĐD, KTV (n = 145).

Nội dung khảo sát	Trả lời đúng		Trả lời sai	
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
Định nghĩa về SCYK	72	49,66	73	50,34
Các tác hại SCYK	144	99,31	1	0,69
Những yêu cầu của phẫu thuật/thủ thuật chính xác người bệnh	144	99,31	1	0,69
Sự cố do phẫu thuật, thủ thuật	141	97,24	4	2,76
Các nhóm nguyên nhân dẫn đến SCYK	124	85,52	21	14,48
Các yếu tố nguy cơ trong nhóm điều hành	62	42,76	83	57,24
Các nhóm triệu chứng của hội chứng hệ thống suy yếu	136	93,79	9	6,21
Quản lý tốt thông tin	138	95,17	7	4,83
Ra y lệnh miệng	111	76,55	34	23,45
Nhận y lệnh miệng	117	80,69	28	19,31
Những sai sót xảy ra trong sử dụng thuốc	144	99,31	1	0,69
Những sự cố nào được coi là SCYK	144	99,31	1	0,69
Phân loại SCYK theo mức độ nguy hại	99	68,28	46	31,72
Các biện pháp cải tiến môi trường để giảm té ngã	20	13,79	125	86,21

Nội dung khảo sát	Trả lời đúng		Trả lời sai	
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
Giảm nguy cơ cháy nổ trong khi thực hiện phẫu thuật	30	20,69	115	79,31
Nguyên nhân của các SCYK chủ yếu là do lỗi cá nhân	45	31,03	100	68,67
Tăng cường phạt trừ các cá nhân liên quan tới SCYK sẽ làm cho bệnh viện không còn SCYK	83	57,24	62	42,76
Tất cả các SCYK đều có thể phòng ngừa	35	24,14	110	75,86
Minh bạch thông tin về SCYK thể hiện sự tôn trọng đối với người bệnh	138	95,17	7	4,83
Người bệnh có quyền được thông tin đầy đủ và kịp thời về các SCYK đã xảy ra đối với họ	139	95,86	6	4,14

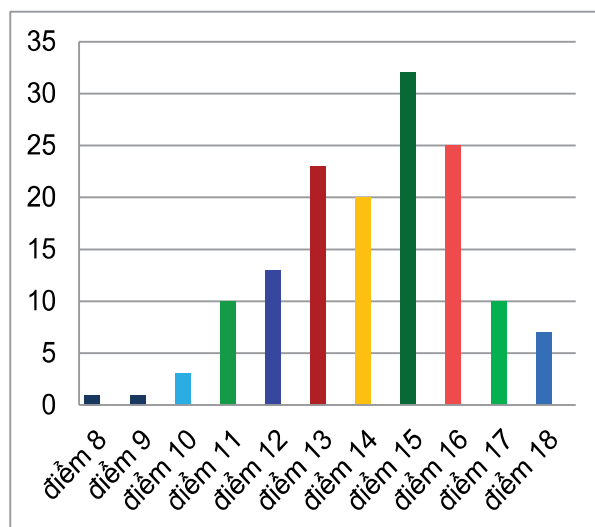
Các ĐD, KTV trả lời đúng hầu hết câu hỏi, tuy nhiên vẫn còn một số nội dung trả lời sai với tỉ lệ cao, như các biện pháp cải tiến môi trường để giảm té ngã (86,21%), giảm nguy cơ cháy nổ trong khi thực hiện phẫu thuật (79,31%), nguyên nhân của các SCYK (68,67%), phòng ngừa SCYK (75,86%) và định nghĩa về SCYK (50,34%).

Bảng 3. Đánh giá mức độ kiến thức về SCYK (n = 145).

Mức độ kiến thức	Số lượng	Tỉ lệ %
Không đạt (0-9 điểm)	2	1,4
Trung bình (10-14 điểm)	69	47,6
Khá (15-17 điểm)	67	46,2
Giỏi (17-18 điểm)	7	4,8
Cộng	145	100

Phần lớn ĐD, KTV có kiến thức đạt trở lên (98,6%), trong đó, kiến thức đạt trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất (47,6%), tiếp theo là khá (46,2%), giỏi (4,8%), chỉ có 2 đối tượng không đạt (1,4%).

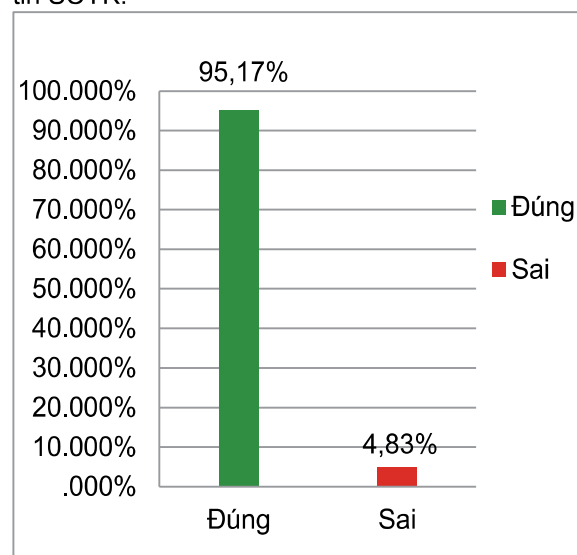
- Phân bố điểm đánh giá kiến thức về SCYK:



Biểu đồ 1. Điểm đánh giá kiến thức về SCYK.

Tổng điểm đánh giá kiến thức về SCYK của ĐD, KTV dao động từ 8 điểm (0,69%) đến 18 điểm (4,83%), trung bình là $14,26 \pm 2,038$ điểm.

- Thái độ của ĐD, KTV về tính minh bạch thông tin SCYK:



Biểu đồ 2. Thái độ của ĐD, KTV về tính minh bạch thông tin SCYK.

Hầu hết ĐD, KTV tham gia nghiên cứu nhất trí về việc cần minh bạch thông tin SCYK (95,17%), chỉ có 4,83% là không đồng tình.

Bảng 4. Nguồn kiến thức về SCYK (n = 145).

Nguồn kiến thức	Số lượng	Tỉ lệ %
Tự tìm hiểu, cập nhật	13	8,9
Khoa phổ biến, kết hợp	102	70,3
Bệnh viện tập huấn	30	20,8

Nguồn kiến thức về SCYK mà ĐD, KTV thu nhận được chủ yếu qua phổ biến kiến thức của đơn vị trong các buổi giao ban, sinh hoạt khoa học, tập huấn chung với các chuyên đề khác; chỉ 8,9% cập nhật kiến thức qua đài, báo, mạng...

Bảng 5. Mối liên quan kiến thức của ĐD, KTV về SCYK theo các đặc điểm nghiên cứu (n = 145).

Đặc điểm		Kết quả				p
		Không đạt	Trung bình	Khá	Giỏi	
Giới tính	Nữ (n = 107)	1 (0,9%)	53 (49,5%)	48 (44,9%)	5 (4,7%)	0,237
	Nam (n = 38)	1 (2,6%)	16 (42,2%)	19 (50,0%)	2 (5,2%)	
Trình độ chuyên môn	Đại học và sau đại học (n = 35)	0	13 (37,2%)	20 (57,1%)	2 (5,7%)	0,693
	Cao đẳng (n = 59)	0	27 (45,8%)	29 (49,1%)	3 (5,1%)	
	Trung cấp (n = 51)	2 (3,9%)	29 (56,9%)	18 (35,3%)	2 (3,9%)	
Thâm niên công tác	< 10 năm (n = 38)	1 (0,9%)	15 (39,5%)	19 (50,0%)	3 (7,9%)	0,573
	≥ 10 năm (n = 107)	1 (0,9%)	54 (50,5%)	48 (44,9%)	4 (3,7%)	
Đơn vị công tác	Lâm sàng (n = 122)	2 (1,6%)	59 (48,4%)	55 (45,1%)	6 (4,9%)	0,652
	cận lâm sàng + khác (n = 23)	0 (0)	10 (43,5%)	12 (52,2%)	01 (4,3%)	

Chưa thấy có mối liên hệ giữa điểm kiến thức về SCYK với các đặc điểm giới tính, trình độ chuyên môn, thâm niên công tác và đơn vị công tác của ĐD, KTV tham gia khảo sát ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu 145 ĐD, KTV đang công tác Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác, thấy đối tượng nữ giới (73,8%) nhiều hơn nam giới (26,8%); tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hương năm 2017 (89,2% ĐD là nữ giới [3]); Cao Thị Mỹ Châu năm 2017 (85,4% ĐD là nữ giới [4]). Điều này phù hợp với thực tế Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác nói riêng, các bệnh viện trong toàn quốc nói chung. Đây là một trong những đặc trưng của nghề ĐD, nghề đòi hỏi phải có tính chịu khó, kiên nhẫn, những kĩ năng nhẹ nhàng, nhanh nhẹn trong công việc (phù hợp hơn với giới nữ).

Trình độ chuyên môn của ĐD, KTV phân bố ở cả 3 cấp độ đào tạo là đại học, sau đại học (24,1%); cao đẳng (40,7%) và trung cấp (35,2%); nhóm ĐD, KTV có trình độ cao đẳng trở lên chiếm 64,83%. Điều này cho thấy, mặt bằng trình độ ĐD, KTV của Bệnh viện là khá cao, đây là yếu tố thuận lợi cho công tác đào tạo và cập nhật kiến thức mới.

51,7% ĐD, KTV có thâm niên công tác từ 10-19 năm, đây là con số đáng mừng vì Bệnh viện đang có một đội ngũ ĐD, KTV giàu kinh nghiệm trong chuyên môn, khả năng tiếp cận kiến thức mới tốt. Tuy nhiên, điều này cũng dễ phát sinh tư tưởng chủ quan, có thể dẫn đến việc bỏ sót các bước trong thực hiện quy trình kĩ thuật.

4.2. Kiến thức của ĐD, KTV về SCYK:

Kết quả bảng 3 thấy, hầu hết ĐD, KTV có kiến thức về SCYK đạt yêu cầu (98,6%), trong đó, 51,0% ĐD, KTV đạt điểm khá và giỏi, 47,6% ĐD, KTV đạt điểm trung bình, chỉ có 1,4% ĐD, KTV không đạt yêu cầu. Tổng điểm đánh giá kiến thức

về SCYK của ĐD, KTV dao động từ 8 điểm (0,69%) đến 18 điểm (4,83%), trung bình là $14,26 \pm 2,038$ điểm. Điều này chỉ ra, đội ngũ ĐD, KTV của Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác nắm được các kiến thức chủ yếu về SCYK. Kết quả này cao hơn so với kết quả một số nghiên cứu khác khảo sát về thái độ, kiến thức của ĐD tại một số bệnh viện, như Nguyễn Thị Thanh Hương (2017) nghiên cứu về kiến thức, thái độ của điều dưỡng lâm sàng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên năm 2016, kết quả, tỉ lệ ĐD có kiến thức SCYK không đạt khá cao (77,7%) [3]. Theo Cao Thị Mỹ Châu (2017), ĐD có kiến thức đúng về SCYK không mong muốn là 16%; có thái độ đúng với SCYK không mong muốn là 89,5% [4]. Tuy nhiên, chúng ta khó có thể so sánh giữa các kết quả này vì nội dung các phiếu khảo sát giữa các nghiên cứu là không đồng nhất.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, có nhiều nội dung mang tính cơ bản về SCYK nhưng các ĐD, KTV trả lời sai với tỉ lệ khá cao, như các biện pháp cải tiến môi trường để giảm té ngã (86,21%), giảm nguy cơ cháy nổ trong khi thực hiện phẫu thuật (79,31%), nguyên nhân của các SCYK (68,67%), phòng ngừa SCYK (75,86%) và định nghĩa về SCYK (50,34%). Điều này có thể giải thích các ĐD, KTV của Bệnh viện chưa được đào tạo cơ bản về SCYK, nên chỉ nhận diện được SCYK mà chưa có kiến thức về biện pháp khắc phục sự cố. Điều này phù hợp với thực trạng là đội ngũ nhân viên y tế tại Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác chưa được đào tạo một cách bài bản về SCYK (lớp tập huấn chuyên biệt về an toàn người bệnh, phòng ngừa SCYK được tổ chức từ nhiều năm trước). Phần lớn kiến thức mà nhân viên y tế tiếp nhận được là tại đơn vị công tác, thông qua phổ biến các SCYK trong các buổi giao ban, sinh hoạt khoa học, tập huấn chung với các chuyên đề khác không mang tính hệ thống. Trong

khi đó, có 8,9% ĐD, KTV tự chủ động cập nhật kiến thức qua đài, báo, mạng... Nhiều nghiên cứu cũng đã khẳng định, cần thường xuyên tổ chức các lớp tập huấn về an toàn người bệnh, phòng ngừa SCYK; các chương trình tập huấn giúp nâng cao kiến thức của ĐD, KTV về an toàn người bệnh trong công tác chăm sóc, điều dưỡng. Vì vậy, cần duy trì và cập nhật thường xuyên nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc, hướng tới sự an toàn, hài lòng của người bệnh và thân nhân [5], [6].

SCYK là những vấn đề khó tránh khỏi và nhiều khi nằm ngoài tầm kiểm soát, song điều quan trọng là xử lý những sự cố, tai biến ấy thế nào để tránh những hậu quả đáng tiếc. Các nghiên cứu cho thấy, khi xảy ra sự cố, cá nhân, đơn vị cần phải thẳng thắn nhìn nhận sự thật để sửa sai mới có thể cải thiện chất lượng khám chữa bệnh. Tuy nhiên, hiện nay, theo nhận định của nhiều chuyên gia, một rào cản rất lớn trong việc ghi nhận và báo cáo SCYK là vấn đề buộc tội và trừng phạt, dẫn đến tâm lý e ngại báo cáo, làm cho hiện tượng SCYK được báo cáo chỉ giống như “phần nổi của tảng băng chìm” [1]. Điều đáng mừng là hầu hết ĐD, KTV tham gia khảo sát (95,17%) đều nhất trí cho rằng, cần công khai minh bạch thông tin về SCYK. Theo Cao Thị Mỹ Châu (2017), dù kiến thức về SCYK còn mới, ĐD không nhớ hết, nhưng có thái độ đồng tình rất cao với việc phải báo cáo SCYK không mong muốn để rút kinh nghiệm chung cho toàn bệnh viện, rộng hơn trong cả lĩnh vực y tế [4].

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, chưa phát hiện thấy mối liên hệ giữa điểm kiến thức về SCYK với các đặc điểm giới tính, thâm niên công tác, trình độ và đơn vị công tác; tương đồng các kết quả nghiên cứu của các tác giả khác [3], [4]. Một cuộc khảo sát 186 bác sĩ và 587 ĐD ở Nam Úc cho thấy, hầu hết các bác sĩ và ĐD (98,3%) biết rằng bệnh viện của họ có một hệ thống báo cáo SCYK. 88,3% ĐD biết làm thế nào để truy cập báo cáo, trong khi bác sĩ là 43%; 89,2% ĐD đã từng hoàn thành một báo cáo SCYK và 64,4% bác sĩ đã từng hoàn thành một báo cáo SCYK; 81,9% ĐD biết phải làm gì với báo cáo hoàn thành, 49,7% bác sĩ biết phải làm gì với báo cáo hoàn thành [7].

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 145 ĐD, KTV đang công tác tại Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác, năm 2020, kết luận:

- Đa số đối ĐD, KTV tham gia nghiên cứu là nữ giới (73,8%), có trình độ cao đẳng và trung cấp (75,9%), có thâm niên công tác từ 10-19 năm (51,7%) và đơn vị công tác tại các khoa lâm sàng (84,1%).

- 98,6% ĐD, KTV có kiến thức về SCYK ở mức đạt, trong đó, 4,8% giỏi, 46,2% khá, 47,6% trung bình; chỉ 1,4% ĐD, KTV có kiến thức về SCYK không đạt yêu cầu.

- Kiến thức về SCYK của ĐD, KTV còn nhiều hạn chế, biểu hiện bằng việc trả lời sai một số nội dung với tỉ lệ cao, như các biện pháp cải tiến môi trường để giảm té ngã (86,21%), giảm nguy cơ cháy nổ trong khi thực hiện phẫu thuật (79,31%), nguyên nhân của các SCYK (68,67%), phòng ngừa SCYK (75,86%) và định nghĩa về SCYK (50,34%).

- Kiến thức về SCYK của ĐD, KTV không có mối liên quan mật thiết đến các đặc điểm giới tính, trình độ chuyên môn, thâm niên công tác và đơn vị công tác (với $p > 0,05$).

Qua nghiên cứu này, chúng tôi kiến nghị:

- Thường xuyên mở các lớp tập huấn, đào tạo liên tục về an toàn người bệnh, phòng tránh và xử lý SCYK cho nhân viên y tế tại Bệnh viện.

- Tăng cường kiểm tra, giám sát sự tuân thủ quy trình công tác của người hành nghề.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Phạm Đức Mục (2015), “Giảm thiểu sự cố y khoa trong các bệnh viện”, <http://kcb.vn/4163.html>
2. Bộ Y tế (2014), *Tài liệu đào tạo liên tục an toàn người bệnh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Nguyễn Thị Thanh Hương và CS (2017), “Khảo sát thái độ, kiến thức đối với sự cố y khoa không mong muốn của điều dưỡng, hộ sinh tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên”, *Tạp chí Y học Việt Nam*.
4. Cao Thị Mỹ Châu và CS (2017), “Khảo sát kiến thức, thái độ và một số yếu tố liên quan về sự cố y khoa của điều dưỡng tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương”, *Tạp chí Nghiên cứu Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Phụ bản tập 21, số 3, tr. 28-33.
5. Bệnh viện Trưng Vương (2017), “Đánh giá kiến thức về an toàn người bệnh của điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh”, <http://bvtrungvuong.vn/Default.aspx>
6. Bệnh viện Tiên Lãng, Hải Phòng (2019), “Đánh giá thực trạng phòng ngừa các sự cố, sai sót chuyên môn và biện pháp khắc phục tại Bệnh viện Đa Khoa (Trung tâm Y tế) huyện Tiên Lãng năm 2019”, <http://soytehaiphong.gov.vn/bvtienlang>
7. Nguyễn Thị Kim YẾN (2015), *Phân tích hành vi báo cáo sự cố y khoa tại Bệnh viện Từ Dũ*, Luận văn thạc sĩ kinh tế và quản trị sức khỏe, Trường Đại học Kinh tế Thành phố Hồ Chí Minh. □

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG THUỐC Y HỌC CỔ TRUYỀN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH KHÁM, ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354, NĂM 2019

ThS. LÊ THỊ HỒNG GẮM - Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: (1) TS. TRƯƠNG QUANG TRUNG
(2) BSCKII. TRẦN BẢO LONG

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích thực trạng sử dụng thuốc y học cổ truyền và một số yếu tố liên quan tới việc sử dụng thuốc ở 400 người bệnh từ 18 tuổi trở lên, khám tại Phòng Khám, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 4-8/2019. **Kết quả:** 82,5% người bệnh đã từng sử dụng thuốc y học cổ truyền, trong đó có 34,7% sử dụng thường xuyên và 50,5% ít sử dụng. Lí do chính sử dụng là không có tác dụng không mong muốn (51,9%). Dạng chế phẩm dễ sử dụng và tiện lợi nhất gồm dạng viên nén, hoàn (62,5%). Mục đích dùng thuốc y học cổ truyền để chữa bệnh là 68,9%, chữa bệnh mạn tính là 76,8%. Người bệnh sử dụng nhiều thuốc y học cổ truyền chủ yếu thuộc nhóm bệnh xương khớp (51,0%), tiêu hóa (36,4%), mất ngủ (31,7%)... Đa số đối tượng tín nhiệm, rất tín nhiệm dùng thuốc y học cổ truyền (62,9%). Có mối liên quan giữa người bệnh được bác sĩ/cán bộ y tế chỉ định dùng thuốc y học cổ truyền so với nhóm không có chỉ định; người bệnh sử dụng thuốc y học cổ truyền nhằm mục đích chữa bệnh, mục đích điều trị củng cố sau khi chữa bệnh bằng y học hiện đại so với mức độ sử dụng thuốc y học cổ truyền của người bệnh; người bệnh tín nhiệm, rất tín nhiệm so với nhóm còn lại; khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Từ khóa: Thuốc y học cổ truyền, sử dụng thuốc.

ABSTRACT: Cross-sectional descriptive study with analysis of the use of traditional medicines and some factors related to drug use in 400 patients aged 18 years and over, who examined at the outpatient department, Military hospital 354, from April to August 2019. **Results:** There were 82.5% of patients, who used traditional medicine, of which, 34.7% used it regularly and 50.5% used it rarely. The main reason for using it was no unwanted effects (51.9%). The easiest and most convenient forms of preparation were tablets and pills (62.5%). The purpose of using traditional medicine for the treatment of diseases was 68.9%, for treatment of chronic diseases was 76.8%. The patients used many traditional medicines, mainly in the group of osteoarthritis (51.0%), digestion (36.4%), insomnia (31.7%)... Most of the subjects were confident and very confident in the use of traditional medicine (62.9%). There was a relationship between patients who were prescribed traditional medicines by doctors/health workers compared with those who were not indicated; the patients used traditional medicines for treatment, the purpose of treatment was consolidated after treatment by modern medicine compared with the patient's use of traditional medicine; the patients were confident, very confident compared to the other group; The difference was statistically significant with $p < 0.05$.

Keywords: Traditional medicine, drug use

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Lê Thị Hồng Gắm, Email: legam1176@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Việt Nam có một nền y học cổ truyền (YHCT) lâu đời và phong phú. Cội nguồn của nền YHCT Việt Nam là những kinh nghiệm dân gian hình thành do kết quả đấu tranh sinh tồn giữa con người với những tác nhân gây bệnh, lưu truyền và liên tục được bổ sung kinh nghiệm của các thế hệ, ngày một hoàn thiện và khoa học hơn, góp phần đáng kể vào sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Từ xưa, cha ông ta đã có nhiều kinh nghiệm sử dụng thuốc YHCT để điều trị và phòng bệnh rất hiệu quả. Trong bối cảnh thuốc tân dược bị lạm dụng, dẫn đến tình trạng kháng thuốc và còn có nhiều tác dụng

không mong muốn, thuốc YHCT ngày được sử dụng nhiều hơn. Thuốc YHCT không chỉ được sử dụng rộng rãi ở các nước phương Đông mà còn ở nhiều nước phát triển, như Hoa Kỳ, Anh, Đức..., do thuốc không chỉ có tác dụng chữa bệnh hiệu quả mà còn có tác dụng điều hòa khí huyết, âm dương, làm cân bằng các hoạt động trong cơ thể, duy trì sức khỏe, nâng cao chất lượng cuộc sống, có độ an toàn cao [6].

Năm 2008, Đảng ta đã có Chỉ thị về việc phát triển nền Đông y Việt Nam và Hội Đông y Việt Nam trong tình hình mới. Một trong các quan điểm chỉ đạo của Chỉ thị này là phát triển nền Đông y Việt Nam vì mục tiêu bảo vệ, chăm sóc sức khỏe nhân

dân, bảo tồn bản sắc, phát huy và phát triển một bộ phận văn hóa của dân tộc Việt Nam. Chỉ thị nêu rõ, cần kế thừa, bảo tồn và phát triển nền y học, kết hợp Đông y với Tây y trong chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân [1], [3]. Đánh giá sau 10 năm thực hiện Chỉ thị trên, Bộ Y tế đã chỉ đạo: “Tới đây, nhu cầu về chăm sóc sức khỏe bằng YHCT sẽ là một lựa chọn ưu tiên của nhiều đối tượng người cao tuổi, người mắc bệnh mạn tính, bệnh mới nổi. Việt Nam đã có một số nghiên cứu về sử dụng thuốc YHCT của người bệnh (NB), nhưng chưa mô tả sâu đó là nguồn sử dụng từ đâu, dùng cho các bệnh cấp tính hay mạn tính, mức độ tín nhiệm ra sao?

Bệnh viện Quân y 354 là bệnh viện đa khoa, trong đó có Khoa YHCT, nhưng chưa có nghiên cứu nào về thực trạng sử dụng thuốc YHCT của NB đến khám, điều trị tại Bệnh viện. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả thực trạng sử dụng thuốc YHCT của NB đến khám, điều trị tại Phòng Khám, Bệnh viện Quân y 354 năm 2019; phân tích một số yếu tố liên quan tới việc sử dụng thuốc YHCT ở các đối tượng nghiên cứu.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

400 NB từ 18 tuổi trở lên, đến khám tại Phòng Khám, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 4-8/2019. NB đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, có phân tích.

- Tiêu chuẩn đánh giá mức độ sử dụng thuốc YHCT: chưa bao giờ; rất ít (chỉ sử dụng khi bác sĩ kê đơn hoặc dùng 1-2 lần từ trước đến khi nghiên cứu); thường xuyên (sử dụng cả khi có bệnh và phòng bệnh khi không có bệnh, 2-3 tháng sử dụng một lần hoặc nhiều hơn).

- Phương pháp thu thập thông tin:

+ Công cụ thu thập thông tin: thiết kế phiếu phỏng vấn NB theo bộ câu hỏi tự điền (gồm phần 1: thông tin chung về đối tượng phỏng vấn; phần 2: mô tả thực trạng sử dụng thuốc YHCT; phần 3: câu hỏi liên quan đến sử dụng thuốc YHCT).

+ Kỹ thuật thu thập thông tin: thu thập thông qua bảng câu hỏi tự điền.

+ Quy trình thu thập thông tin: điều tra viên lần lượt giới thiệu mục đích nghiên cứu và tính bảo mật cho người tham gia nghiên cứu. NB đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được điều tra viên hướng dẫn cách tự điền phiếu phỏng vấn sao cho chính

xác nhất, tránh sai sót. Phỏng vấn lần lượt cho đến khi đủ cỡ mẫu thì dừng.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm thống kê y học SPSS.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Thông tin chung về NB:

Bảng 1. Thông tin về NB (n = 400).

Thông tin		Số NB	Tỉ lệ %
Tuổi	Dưới 30 tuổi	30	7,5
	Từ 30-50 tuổi	147	36,8
	Từ 51-70 tuổi	185	46,2
	Trên 70 tuổi	38	9,5
Giới tính	Nam	153	38,2
	Nữ	247	61,8
Nghề nghiệp	Bộ đội	73	18,3
	Cán bộ văn phòng	39	9,8
	Công nhân	45	11,2
	Hưu trí	160	40,0
	Lao động tự do	49	12,2
	Nội trợ	34	8,5
Bảo hiểm y tế	Có	356	89,0
	Không	44	11,0

3.2. Thực trạng sử dụng thuốc YHCT của NB:

- Tỉ lệ sử dụng thuốc YHCT của NB (n = 400):

+ Chưa sử dụng bao giờ: 59 NB (14,8%).

+ Đã sử dụng: 341 NB (85,2%), trong đó có 202 NB (50,5%) rất ít sử dụng và 139 NB (34,7%) sử dụng thường xuyên.

- Lí do NB chưa bao giờ sử dụng thuốc YHCT (n = 59):

+ Bất tiện khi sử dụng: 6 NB (10,2%).

+ Lâu khỏi/tác dụng chậm: 9 NB (15,3%).

+ Không tin tưởng: 6 NB (10,2%).

+ Sợ thuốc giả: 6 NB (10,2%).

+ Do bệnh nặng: 4 NB (6,7%).

+ Dị ứng: 3 NB (5,1%).

+ Thuốc YHCT đắt hơn thuốc tây: 2 NB (3,4%).

+ Không có bệnh: 11 NB (18,6%).

+ Không có nhu cầu sử dụng: 12 NB (20,3%).

Một số lí do NB chưa sử dụng thuốc YHCT hay gặp là không có nhu cầu sử dụng (20,3%), không có bệnh (18,6%), lâu khỏi/tác dụng chậm (15,3%), không tin tưởng, sợ thuốc giả, bất tiện khi sử dụng (đều chiếm 10,2%).

- Lí do sử dụng thuốc YHCT của NB (n = 341):
- + Sẵn có, dễ kiếm: 63 NB (18,5%).
- + Điều trị hiệu quả: 110 NB (32,3%).
- + Rẻ tiền: 71 NB (20,8%).
- + Không có tác dụng không mong muốn: 177 NB (51,9%).
- + Bỏ: 41 NB (12,0%).
- + Dễ uống: 119 NB (34,9%).
- + Bệnh nhẹ: 39 NB (11,4%).
- + Bệnh mạn tính: 67 NB (19,7%).
- + Bệnh nặng: 7 NB (2,0%).

Đa số NB đưa ra lí do sử dụng thuốc YHCT là không có tác dụng không mong muốn (51,9%) và dễ uống (34,9%), điều trị hiệu quả (32,3%).

- Dạng chế phẩm NB thấy dễ sử dụng và tiện lợi nhất (n = 341):

- + Dạng lá tươi/khô: 50 NB (14,7%).
- + Dạng viên nén, hoàn, bột: 213 NB (62,5%).
- + Dạng siro: 92 NB (27,0%).
- + Dạng thuốc thang: 74 NB (21,7%).
- + Dạng thuốc nước đóng túi: 82 NB (24,0%).

Dạng chế phẩm NB cho là dễ sử dụng và tiện lợi nhất là dạng nén, hoàn, bột (62,5%), dạng siro (27%) và thuốc nước đóng túi (23,8%).

- Chỉ định sử dụng thuốc YHCT (n = 341):

- + Bác sĩ/cán bộ y tế: 189 NB (55,4%).
- + Tự mua và sử dụng: 200 NB (58,6%).
- + Nhà trồng/có sẵn: 33 NB (9,7%).
- + Bạn bè người thân giới thiệu: 6 NB (1,8%).

Tự mua và sử dụng (58,6%), bác sĩ/cán bộ y tế chỉ định là lựa chọn nhiều nhất (55,4%) của NB.

- Phân bố nguồn thuốc YHCT (n = 341):

- + Bệnh viện/ trạm y tế cấp: 114 NB (33,4%).
- + Mua tại hiệu thuốc đông y: 187 NB (54,8%).
- + Mua tại bệnh viện: 113 NB (33,1%).
- + Nhà trồng, có sẵn: 33 NB (9,7%).
- + Mọc tự nhiên/trồng địa phương: 23 NB (6,7%).
- + Hiệu thuốc tây y, phòng khám tư: 10 NB (2,9%).

Đa số NB sử dụng thuốc YHCT có nguồn từ các hiệu thuốc đông y (54,8%), tiếp đến là bệnh viện/ trạm y tế cấp (33,4%).

- Mục đích sử dụng thuốc YHCT (n = 341):

- + Phòng bệnh: 81 NB (23,8%).
- + Chữa bệnh: 235 NB (68,9%).
- + Bồi bổ nâng cao sức khỏe: 65 NB (19,1%).
- + Kết hợp chữa bệnh và bồi bổ nâng cao sức khỏe: 97 NB (28,4%).

+ Điều trị củng cố sau khi chữa bệnh bằng y học hiện đại: 39 NB (8,5%).

Đa số NB dùng thuốc YHCT để chữa bệnh (68,9%) hoặc vừa để chữa bệnh, vừa bồi bổ sức khỏe (28,4%).

- Sử dụng thuốc YHCT theo tính chất bệnh (n = 341):

- + Cấp tính: 90 NB (26,4%).
- + Mạn tính: 262 NB (76,8%).
- + Dự phòng: 88 NB (26,0%).

Đa số NB sử dụng thuốc YHCT trong điều trị các bệnh mạn tính (76,8%), sau đó đến sử dụng cho bệnh cấp tính (26,4 %).

- Nhóm bệnh thường được điều trị bằng thuốc YHCT (n = 341):

- + Hô hấp: 84 NB (24,6%).
- + Tim mạch: 28 NB (8,2%).
- + Tiêu hóa: 124 NB (36,4%).
- + Tiết niệu sinh dục: 35 NB (10,3%).
- + Xương khớp: 174 NB (51,0%).
- + Cảm cúm: 55 NB (16,0%).
- + Suy nhược: 73 NB (21,4%).
- + Mất ngủ: 108 NB (31,7%).

Nhóm bệnh xương khớp, tiêu hóa và mất ngủ được điều trị bằng thuốc YHCT nhiều nhất, với tỉ lệ lần lượt là 51,0%; 36,4% và 31,7%.

- Mức độ tin nhiệm thuốc YHCT (n = 341):

- + Tin nhiệm, rất tin nhiệm: 211 NB (61,1%).
- + Bình thường: 115 NB (33,7%).
- + Ít tin nhiệm: 14 NB (4,1%).
- + Không tin nhiệm: 1 NB (0,3%).

Đa số các NB tin nhiệm, rất tin nhiệm thuốc YHCT (61,1%). Chỉ có một số ít không tin nhiệm hoặc tin nhiệm ít (4,4%).

3.3. Một số yếu tố liên quan đến việc sử dụng thuốc YHCT của NB:

Bảng 2. Mối liên quan giữa bảo hiểm y tế với việc sử dụng thuốc YHCT (n = 400):

Bảo hiểm y tế	Sử dụng thuốc YHCT		OR 95%CI	p
	Có	Không		
Có	302 (84,8%)	54 (15,2%)	0,716 0,27-1,90	0,504
Không	39 (88,6%)	5 (11,4%)		

Không có mối liên quan giữa NB có BHYT và việc sử dụng thuốc YHCT của NB (p > 0,05).

Bảng 3 cho thấy nhóm NB được bác sĩ/cán bộ y tế chỉ định dùng thuốc có khả năng sử dụng thuốc YHCT thường xuyên gấp 1,56 lần so với nhóm không có chỉ định, khác biệt với p < 0,05.

Bảng 3. Mối liên quan giữa loại chỉ định dùng thuốc với mức độ sử dụng thuốc YHCT (n = 341).

Loại chỉ định		Thường xuyên	Rất ít khi sử dụng	OR (CI 95%)	p
Bác sĩ/cán bộ y tế	Có	86 (45,5%)	103 (54,5%)	1,559 (1,00-2,42)	0,048
	Không	53 (34,9%)	99 (65,1%)		
Tự mua và sử dụng	Có	83 (41,5%)	117 (58,5%)	1,076 (0,69-1,67)	0,741
	Không	56 (39,7%)	85 (60,3%)		
Nhà trồng/có sẵn	Có	19 (52,8%)	17 (47,2%)	1,723 (0,86-3,45)	0,124
	Không	120 (39,3%)	185 (60,7%)		

Bảng 4. Mối liên quan giữa mục đích sử dụng với mức độ sử dụng thuốc YHCT (n = 341).

Mục đích sử dụng		Thường xuyên	Rất ít khi sử dụng	OR (CI 95%)	p
Phòng bệnh	Có	40 (49,4%)	41 (50,6%)	1,586 (0,96-2,62)	0,072
	Không	99 (38,1%)	161 (61,9%)		
Chữa bệnh	Có	109 (46,4%)	126 (53,6%)	2,19 (1,33-3,59)	0,002
	Không	30 (28,3%)	76 (71,7%)		
Bồi bổ nâng cao sức khỏe	Có	24 (36,9%)	41 (63,1%)	0,81 (0,47-1,43)	0,484
	Không	115 (41,7%)	161 (58,3%)		
Kết hợp chữa bệnh và bồi bổ nâng cao sức khỏe	Có	45 (46,4%)	52 (53,6%)	1,38 (0,86-2,22)	0,183
	Không	94 (38,5%)	150 (61,5%)		
Điều trị củng cố sau khi chữa bệnh bằng y học hiện đại	Có	21 (72,4%)	8 (27,6%)	4,31 (1,85-10,05)	0,001
	Không	118 (37,8%)	194 (62,2%)		

Có mối liên quan giữa mục đích chữa bệnh (OR = 2,19; 95%CI: 1,34-3,59; p < 0,05); mục đích điều trị củng cố sau khi chữa bệnh bằng thuốc YHHĐ (OR = 4,31; 95%CI: 1,85-10,6; p < 0,05) với mức độ sử dụng thuốc YHCT của NB.

Bảng 5. Mối liên quan giữa tín nhiệm với mức độ SD YHCT (n = 341).

Mức độ tín nhiệm	Thường xuyên	Rất ít khi sử dụng	OR (95%CI)	p
Tín nhiệm, rất tin nhiệm	111 (52,6%)	100 (47,4%)	4,04 (2,46-6,65)	0,000
Bình thường, không/ít	28 (21,5%)	102 (78,5%)		

Nhóm NB tín nhiệm và rất tin nhiệm có khả năng thường xuyên sử dụng thuốc YHCT gấp 4,04 lần so với nhóm còn lại, mối liên quan có ý nghĩa với OR = 4,04; 95%CI: 2,46-6,65; p < 0,05.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Thông tin chung về NB:

Đa số NB từ 51-70 tuổi (46,2%); nữ (61,8%) nhiều hơn nam (38,2%), NB hưu trí (40,0%) và bộ đội (18,3%), NB thuộc diện BHYT (89,0%).

4.2. Thực trạng sử dụng thuốc YHCT của NB:

85,2% NB có sử dụng thuốc YHCT. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của một số tác giả, như Trần Văn Khanh tại Hà Tây (72,9%) [5], Hoàng Thị Hoa Lí tại Bắc Ninh (70,9%) [4], Trần Thủy Sóng tại Hà Nội (58,6%) [10]. Karl Peltzer và cộng sự năm 2017 thực hiện nghiên cứu đánh giá về sử dụng thuốc YHCT trong điều trị các bệnh mạn tính ở NB tại 20 cơ sở y tế, 13 vùng thành thị, 7 vùng nông thôn của 11 quận/huyện thuộc 3 tỉnh phía Bắc Việt Nam, kết quả 43,6% NB có sử dụng thuốc YHCT [12]; thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả

sử dụng thuốc YHCT trong các nghiên cứu trên khác nhau, có thể do đại đa số các đối tượng trong nghiên cứu sống ở Hà Nội và các vùng lân cận, có điều kiện giao thông thuận lợi, dễ dàng tiếp cận với các dịch vụ y tế. Đặc biệt, loại thuốc thang đóng túi và dạng viên hoàn đòi hỏi phải có công nghệ cao. Đây là một điều kiện khó có thể tiến hành ở các vùng miền núi. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu này cao hơn một số nghiên cứu trước đây cũng phản ánh kết quả của chủ trương khuyến khích NB sử dụng thuốc YHCT trong điều trị từ nhiều năm nay.

Khi được hỏi về lí do không sử dụng hoặc ít sử dụng thuốc YHCT, lí do được nhiều NB đưa ra là không có nhu cầu sử dụng (20,3%), không có bệnh (18,6%), lâu khỏi/tác dụng chậm (15,3%), không tin tưởng, sợ thuốc giả, bất tiện khi sử dụng (đều chiếm 10,2%). Nguồn thông tin trên là do người thân/bạn bè đã sử dụng cho biết. Điều này hoàn toàn hợp lí, do thói quen sử dụng thuốc y học hiện đại của NB. Thuốc y học hiện đại sẵn có, dễ mua và thường tác dụng nhanh hơn thuốc YHCT, ngoài ra, tình trạng thuốc YHCT giả hiện nay cũng có

thể là một trong các lí do ảnh hưởng đến việc sử dụng thuốc YHCT. Bên cạnh đó, các thầy thuốc, người bán thuốc ít khuyến dùng thuốc YHCT khiến NB không lựa chọn. Hiện nay, đội ngũ thầy thuốc YHCT còn thiếu, yếu, chưa đủ khả năng đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe cho NB cũng là vấn đề cần bàn trong định hướng phát triển YHCT tại cộng đồng.

Lí do sử dụng thuốc YHCT hay gặp là thuốc không có tác dụng không mong muốn (51,9%) dễ uống (34,9%), điều trị hiệu quả (32,3%). Điều này hoàn toàn phù hợp với ưu điểm trong sử dụng thuốc YHCT. Theo Tổ chức Y tế thế giới, chi phí cho các biện pháp điều trị bằng YHCT ở các quốc gia rất khác nhau. Ở các nước phát triển, chi phí điều trị bằng các phương pháp YHCT thường cao hơn so với y học hiện đại, do đó, những người có thu nhập thấp ít có cơ hội tiếp cận với YHCT. Tuy nhiên, ở các nước đang phát triển, việc sử dụng YHCT được phổ cập nhiều hơn và tầng lớp thu nhập thấp ở các nước này được tiếp cận nhiều hơn. Việt Nam là một trong các quốc gia có nền YHCT phát triển, có nguồn dược liệu phong phú, vì thế NB dễ tiếp cận với YHCT hơn [7].

55,4% NB được bác sĩ chỉ định sử dụng thuốc YHCT. Kết quả này cho thấy vai trò quan trọng của đội ngũ y bác sĩ, lương y trong việc khám chữa bệnh bằng YHCT. Vì vậy, việc mở các lớp đào tạo thường xuyên về YHCT là cần thiết, nhằm phát huy một cách hiệu quả nhất hoạt động chăm sóc sức khỏe tại cộng đồng.

Nghiên cứu cho thấy, mục đích chính khi sử dụng thuốc YHCT NB đưa ra là để chữa bệnh (68,9%); cao hơn so với nghiên cứu của Trần Văn Khanh (61,3%) [5]. Song, khác với nghiên cứu của Mehta khi tiến hành ở nhóm người Mỹ gốc Á (kết luận có nhiều khả năng NB sử dụng để duy trì sức khỏe và ít có khả năng sử dụng để điều trị một bệnh cụ thể [11]). Kết quả nghiên cứu này có thể xem là dấu hiệu cho thấy NB đã dần tin tưởng vào hiệu quả điều trị bằng YHCT. Qua đây, có thể khẳng định chính sách phát triển YHCT về y tế cơ sở của Đảng, Nhà nước ta là hết sức đúng đắn.

76,8% NB lựa chọn thuốc YHCT để điều trị các bệnh mạn tính; phù hợp với nghiên cứu của Karl Peltzer [12]. Một nghiên cứu khác tại Hoa Kỳ cho thấy, trẻ em bị các bệnh mạn tính sử dụng thuốc YHCT cao hơn gấp 3 lần so với trẻ em khỏe mạnh [10]. Như vậy, thuốc YHCT góp phần giảm nguy cơ bệnh và thời gian điều trị, hạn chế tái phát bệnh mạn tính, giúp bồi dưỡng nội lực (chính khí), làm tăng sức chống đỡ với bệnh tật, đánh đuổi bệnh tật (tà khí) và có một vai trò quan trọng đối với việc điều trị các bệnh mạn tính [6].

Có sự khác biệt về tỉ lệ sử dụng thuốc YHCT trong điều trị các bệnh. NB có xu hướng sử dụng thuốc YHCT điều trị các bệnh xương khớp là chính (51,0%). Kết quả nghiên cứu này cũng chỉ ra một hướng nghiên cứu là tìm hiểu các bệnh có tỉ lệ sử dụng thuốc YHCT cao và lí do sử dụng để từ đó có định hướng phát triển, chú trọng đầu tư các kĩ thuật và thuốc phù hợp với nhu cầu điều trị.

Nghiên cứu đã chỉ ra, 61,9% NB tín nhiệm, rất tin nhiệm, chỉ 4,4% NB ít tin nhiệm hoặc không tín nhiệm. Điều này cho thấy tầm quan trọng của thuốc YHCT trong chăm sóc sức khỏe không kém gì thuốc y học hiện đại. Phần lớn NB thấy yên tâm khi sử dụng vì nó có tính an toàn cao, phù hợp với điều kiện kinh tế và truyền thống sử dụng cây thuốc của nhân dân. Mặt khác, thuốc YHCT còn dễ uống, dễ sử dụng và đặc biệt dễ tìm kiếm. Trên thực tế, một số NB đã sử dụng kết hợp cả phương pháp điều trị y học hiện đại và YHCT. Điều này hoàn toàn phù hợp với định hướng của Nhà nước về phát triển YHCT trong chăm sóc sức khỏe nhân dân. Những năm qua, Việt Nam đã từng bước lồng ghép YHCT vào hệ thống y tế quốc gia, phát huy vai trò to lớn của YHCT. Đường lối phát triển YHCT đã được khẳng định nhất quán và được thể chế hóa bằng nhiều văn bản của các cơ quan chức năng. Thực hiện tốt kết hợp y học hiện đại với YHCT sẽ góp phần đưa sự nghiệp chăm sóc sức khỏe nhân dân lên tầm cao mới. Việc tìm ra những phương hướng thích hợp để hiện đại hóa YHCT và kết hợp YHCT với y học hiện đại là vấn đề mang tính chiến lược không chỉ của ngành Y tế.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến việc sử dụng thuốc YHCT của NB:

Kết quả nghiên cứu thấy, không có mối liên quan giữa tình trạng NB thuộc diện bảo hiểm y tế với việc sử dụng thuốc YHCT ($p > 0,05$). Mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chỉ định của bác sĩ với tình trạng sử dụng thuốc YHCT của NB. Nhóm đối tượng được bác sĩ/cán bộ y tế chỉ định dùng thuốc có khả năng sử dụng thuốc YHCT gấp 1,56 lần so với nhóm không có chỉ định ($OR = 1,56$; 95%CI: 1,00-2,42; $p < 0,05$). Điều này cho thấy tầm quan trọng của cán bộ y tế khi xác định phương pháp điều trị cho NB. Một số NB rất sợ thuốc giả, thuốc kém chất lượng, nếu được bác sĩ kê đơn thì sẽ yên tâm điều trị và sử dụng thuốc YHCT nhiều hơn.

Mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mục đích chữa bệnh ($OR = 2,19$; 95%CI: 1,34-3,59; $p < 0,05$), mục đích điều trị củng cố sau khi chữa bệnh bằng y học hiện đại ($OR = 4,31$; 95%CI: 1,85-10,0; $p < 0,05$) với tình trạng sử dụng thuốc YHCT của NB. Từ xưa đến nay, thuốc YHCT cũng đã dần tự khẳng định trong công tác chăm sóc sức khỏe

người dân. Thuốc điều trị một số bệnh mạn tính rất hiệu quả, ngoài tác dụng chữa bệnh còn có tác dụng điều hòa khí huyết, âm dương, làm cân bằng các hoạt động trong cơ thể, vì thế có tác dụng bồi bổ cơ thể rất hiệu quả.

Kết quả nghiên cứu chỉ ra, NB tin nhiệm bình thường hoặc không/ít tin nhiệm có khả năng ít sử dụng thuốc YHCT gấp 4,04 lần so với nhóm tin nhiệm và rất tin nhiệm, khác biệt với $OR = 4,04$; $95\%CI: 2,46-6,65$; $p < 0,05$. Một số NB không tin tưởng nhiều vào thuốc YHCT do thực trạng thuốc giả, thuốc kém chất lượng có xu hướng tràn lan, nên kém tin tưởng vào thuốc YHCT. Tuy nhiên, nhóm NB tin nhiệm vẫn yên tâm sử dụng thuốc YHCT vì lựa chọn được nguồn thuốc ở các cơ sở y tế đáng tin cậy.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 400 NB từ 18 tuổi trở lên, đến khám, điều trị tại Phòng Khám, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 4-8/2019, kết luận:

- 82,5% NB đã từng sử dụng thuốc YHCT, trong đó, 34,7% NB sử dụng thường xuyên và 50,5% thỉnh thoảng sử dụng. Lí do chính sử dụng thuốc YHCT là không có tác dụng không mong muốn (51,9%), dễ uống (34,9%), điều trị hiệu quả (32,3%), rẻ tiền (20,8%), có bệnh mạn tính (19,7%), sẵn có dễ kiếm (18,5%). Dạng chế phẩm đối tượng cho là dễ sử dụng và tiện lợi nhất gồm dạng viên nén, hoàn, bột (62,5%), dạng siro (27%) và dạng túi thuốc nước đóng túi (23,8%). Mục đích dùng thuốc YHCT để chữa bệnh là 68,9%, chữa bệnh mạn tính là 76,8%. Nhóm bệnh sử dụng nhiều thuốc YHCT điều trị chủ yếu là bệnh xương khớp (51,0%), tiêu hóa (36,4%), mất ngủ (31,7%), hô hấp (24,6%). 62,9% NB tin nhiệm, rất tin nhiệm khi dùng thuốc YHCT.

- Không có mối liên quan giữa NB có bảo hiểm y tế với việc sử dụng thuốc YHCT của NB ($p > 0,05$). NB được bác sĩ/cán bộ y tế chỉ định dùng thuốc YHCT có khả năng sử dụng thuốc cao gấp 1,56 lần so với nhóm không có chỉ định; NB sử dụng thuốc YHCT nhằm mục đích chữa bệnh, mục đích điều trị củng cố sau khi chữa bệnh bằng y học hiện đại với tình trạng sử dụng thuốc YHCT của NB; NB tin nhiệm, rất tin nhiệm có khả năng thường xuyên sử dụng thuốc YHCT gấp 4,04 lần so với nhóm còn lại. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Qua nghiên cứu, chúng tôi kiến nghị:

- Cán bộ y tế của bệnh viện khi khám chữa bệnh cho cần đẩy mạnh tuyên truyền về lợi thế của thuốc YHCT, để có nhiều hơn NB thuộc các lứa tuổi thường xuyên sử dụng các loại thuốc YHCT; bác sĩ nên kê đơn nhiều hơn dưới dạng chế phẩm viên

nén, bột, hoàn, thuốc sắc đóng thành túi để tiện lợi cho người sử dụng; bác sĩ, điều dưỡng trực tiếp chăm sóc và điều trị cho NB nên tư vấn để NB hiểu và tin tưởng cũng như lựa chọn thuốc hoặc các phương pháp YHCT ngày một nhiều hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Ban Bí thư Trung ương (2018), *Báo cáo Tổng kết 10 năm thực hiện Chỉ thị 24-CT/TW của Ban Bí thư Trung ương về phát triển nền Đông y Việt Nam và Hội Đông y Việt Nam trong tình hình mới*.
2. Bộ Y tế (2010), *Thông tư Hướng dẫn kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh*, số 50/2010/TT-BYT, ngày 31/12/2010.
3. Chỉ thị Số: 24-CT/TW (2008), *Phát triển nền Đông y và Hội Đông y Việt Nam*.
4. Phạm Vũ Khánh, Hoàng Thị Hoa Lí, Trần Đức Tuấn, Nguyễn Thành Trung (2013), “Nghiên cứu thực trạng sử dụng thuốc y học cổ truyền của người bệnh tỉnh Quảng Ninh năm 2011”, *Tạp chí Y học thực hành*, (865), số 4, tr. 14 -17.
5. Trần Văn Khanh (2006), *Thực trạng sử dụng y học cổ truyền của người bệnh tỉnh Hà Tây năm 2006*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. *Hải Thượng Lãn Ông và tác phẩm Lãn Ông Tâm Lĩnh* (2005), Nhà xuất bản Y Học.
7. Trần Thủy Sóng (2013), *Thực trạng nguồn nhân lực, sử dụng thuốc và nhận thức thực hành của người bệnh về y học cổ truyền ở tuyến cơ sở tại thành phố Hà Nội năm 2013*, Luận văn thạc sĩ y học cổ truyền, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
8. *Tuệ Tĩnh toàn tập* (2010), Nhà xuất bản Y học.
9. Thủ tướng Chính phủ (2010), *Quyết định về việc ban hành Kế hoạch hành động của Chính phủ về phát triển y, dược cổ truyền Việt Nam đến năm 2020*, số 2166/QĐ-TTg, ngày 30/11/2010.
10. Chun-Chuan Shih, et al (2012), “The association between socioeconomic status and traditional chinese medicine use among children in Taiwan”, *BMC Health Services Research*, 12:27.
11. Darshan H Mehta, et al (2007), “Use of Complementary and Alternative Therapies by Asian Americans. Results from the National Health Interview Survey”, *Society of General Internal Medicine*, 22, pp. 762-767.
12. Karl Peltzer, Thang Nguyen Huu, Nguyen Bach Ngoc, Supa Pengpid (2017), “The Use of Herbal Remedies and Supplementary Products among Chronic Disease Patients in Vietnam”, *Ethno Med*, 11 (2): 137-145, DOI: 10.1080/09735070.2017.1305230. □

THỰC TRẠNG CHĂM SÓC CẤP I CHO NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA CHẤN THƯƠNG CHÍNH HÌNH, BỆNH VIỆN QUÂN Y 354, NĂM 2020

ThS. LÃ THỊ THANH LÂM - Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: (1) TS. TRƯƠNG QUANG TRUNG
(2) BSCKII. TRẦN DUY HƯNG

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích hoạt động chăm sóc cấp I và tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động chăm sóc cấp I cho 135 người bệnh chăm sóc cấp I tại Khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Quân y 354. **Kết quả:** 58,5% người bệnh đánh giá công tác chăm sóc cấp I của điều dưỡng đạt yêu cầu, với điểm trung bình là 15,7/21 điểm. Trong đó, công tác giải thích hướng dẫn chế độ ăn và theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp cho người bệnh đạt cao nhất (97,8%), công tác hỗ trợ vệ sinh răng miệng và thân thể trong quá trình nằm bất động đạt thấp nhất (17,0%). 60,0% phiếu ghi chăm sóc cấp I của điều dưỡng đạt tốt, với điểm trung bình là 23,3/26 điểm. Trong đó, đạt tỉ lệ cao nhất là ghi đầy đủ các diễn biến bất thường người bệnh (81,5%). Người bệnh trên 50 tuổi, nằm viện dưới 9 ngày đánh giá hoạt động chăm sóc cấp I của điều dưỡng đạt kết quả tốt hơn so với nhóm người bệnh dưới 50 tuổi, nằm viện trên 9 ngày; người bệnh nằm viện dưới 9 ngày có tỉ lệ phiếu chăm sóc đạt tốt cao hơn so với người bệnh nằm viện trên 9 ngày. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Từ khóa: Chăm sóc cấp I, điều dưỡng.

ABSTRACT: Cross-sectional descriptive study with analysis of level I care performance and investigated some factors influencing on the level I care for 135 patients of level I care at the Department of Trauma and Orthopedics, Military hospital 354. **Results:** There were 58.5% of patients evaluated the work of level I care of nursing as satisfactory, with an average score of 15.7/21 points. In which, the work of explanation for diet instructions and monitoring of pulse, temperature, and blood pressure for patients reached the highest level (97.8%), the work of supporting for oral hygiene and body hygiene during lying motionless was the lowest level (17.0%). There were 60.0% of level I care records of nurses reached good, with an average score was 23.3/26 points. In which, achieving the highest rate was to fully record abnormal events of patients (81.5%). The patients over 50 years old, hospitalized less than 9 days, assessed the nursing's level I care performance better than patients under 50 years old, hospitalized more than 9 days; The patients with the hospital stay less than 9 days had the rate of good care votes higher than those with the hospital stay more than 9 days. The difference was statistically significant with $p < 0.05$.

Keywords: Level I care, nursing.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Lã Thị Thanh Lâm, Email: lamlt354@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Trong bệnh viện (BV), nhiệm vụ chăm sóc người bệnh (NB) nội trú của điều dưỡng (ĐD), hộ sinh viên là một trong những nhiệm vụ quan trọng. Kết quả chăm sóc tốt sẽ giúp cho hiệu quả điều trị tốt hơn. Đứng trước yêu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng cao của xã hội và sự diễn biến phức tạp của bệnh tật, nhu cầu chăm sóc NB ngày càng cần được quan tâm, đặc biệt là đối với NB nặng cần chăm sóc cấp I.

Thông tư số 07/2011/TT-BYT ngày 26/01/2011 về "Hướng dẫn công tác ĐD về chăm sóc NB trong các cơ sở y tế" của Bộ Y tế quy định, NB cần chăm sóc cấp I là NB nặng, nguy kịch, hôn mê, suy hô hấp, suy tuần hoàn, phải nằm bất động yêu cầu có sự theo dõi, chăm sóc toàn diện và liên tục của

ĐD [1]. Chính vì vậy, việc chăm sóc NB cấp I luôn cần được sự ưu tiên của BV về nhân lực và trình độ cán bộ y tế. Đối với NB cần chăm sóc cấp I, do có tích chất bệnh lý nặng nguy kịch nên hoạt động chăm sóc của ĐD là vô cùng cần thiết [1]. Nếu NB được theo dõi sát, chăm sóc tốt sẽ nhanh chóng hồi phục sức khỏe. Ngược lại, nếu việc theo dõi chăm sóc không liên tục, chăm sóc toàn diện không tốt thì sẽ xảy ra biến chứng, thậm chí nguy hiểm đến tính mạng. Trên thực tế, ở các BV tại Việt Nam hiện nay, nhân lực ĐD còn thiếu và yếu so với yêu cầu [4]. Hoạt động chăm sóc NB toàn diện còn chưa được thực hiện đầy đủ, phần lớn các công việc cơ bản như vệ sinh cá nhân, hỗ trợ ăn uống và vận động đi lại... là do người nhà NB đảm nhiệm [4].

Tại Bệnh viện Quân y 354, công tác chăm sóc NB cấp I đã được trú trọng. Năm 2012, “Chuẩn năng lực cơ bản của ĐD” được Bộ Y tế ban hành [2] đã khẳng định thêm vị thế người ĐD. Vì vậy, trình độ chuyên môn của ĐD Bệnh viện Quân y 354 cũng đòi hỏi phải nâng cao. Đến nay, trình độ chuyên môn của ĐD bệnh viện dần được chuẩn hóa và cải thiện đồng bộ rõ rệt (90% ĐD đạt trình độ từ cao đẳng trở lên) nhưng chưa có một nghiên cứu nào đánh giá công tác chăm sóc nhóm NB nặng. Tại Khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Quân y 354, những NB có tính chất bệnh lý nặng, cần theo dõi và chăm sóc toàn diện liên tục được đặc biệt quan tâm và mong muốn cần thiết cải thiện chất lượng chăm sóc đối với nhóm đối tượng này.

Xuất phát từ thực tế, chúng tôi triển khai nghiên cứu này nhằm đánh giá hoạt động chăm sóc cấp I cho NB; tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động chăm sóc cấp I của ĐD tại Khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Quân y 354, năm 2020.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

135 NB có chỉ định chăm sóc cấp I, từ 18 tuổi trở lên, đủ năng lực trả lời các câu hỏi phỏng vấn, điều trị tại Khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 3-8/2020. NB đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang có phân tích.

- Các bước tiến hành:

+ Công cụ thu thập số liệu: xây dựng bộ câu hỏi đánh giá hoạt động chăm sóc NB cấp I (theo Thông tư số 07/2011/TT-BYT [1]). Chọn 8/12 nhiệm vụ chuyên môn để đánh giá hoạt động chăm sóc cấp I của ĐD gồm: chế độ dinh dưỡng; vệ sinh cá nhân; chăm sóc về tinh thần; phục hồi chức năng; tư vấn hướng dẫn giáo dục sức khỏe; cho NB dùng thuốc và theo dõi dùng thuốc; theo dõi đánh giá NB; ghi chép hồ sơ ĐD (phiếu theo dõi và chăm sóc NB).

+ Xây dựng bảng kiểm đánh giá hoạt động ghi phiếu theo dõi NB cần chăm sóc cấp I của ĐD: bảng kiểm xây dựng dựa trên nội dung của phiếu theo dõi NB chăm sóc cấp I của Bệnh viện Quân y 354 (gồm 13 nội dung theo dõi chăm sóc).

- Thu thập số liệu: phát phiếu phỏng vấn NB trực tiếp bằng bộ câu hỏi đã được xây dựng ở trên, sau khi NB đã tham khảo nội dung Thông tư số 07/2011/ BYT. Thời điểm phỏng vấn trước khi NB chuẩn bị ra viện. Phiếu chăm sóc cấp I của NB được thu lại để đánh giá sau khi NB ra viện.

- Phương pháp đánh giá:

+ Đánh giá nội dung chăm sóc NB qua phỏng vấn, mỗi câu hỏi có 2 mức độ đánh giá: có thực hiện (1 điểm) và không thực hiện (0 điểm). Điểm cao nhất là 21 điểm. Phiếu phỏng vấn được đánh giá là đạt (từ 17 điểm trở lên) và không đạt (dưới 17 điểm).

+ Đánh giá phiếu chăm sóc cấp I của ĐD: phiếu chăm sóc cấp I gồm 13 nội dung, mỗi nội dung ghi đầy đủ trong tất cả các ngày: 2 điểm; nội dung ghi nhưng chưa đầy đủ trong tất cả các ngày: 1 điểm; nội dung không ghi hoặc ghi sai trong tất cả các ngày: 0 điểm. Điểm cao nhất là 26 điểm. Đánh giá chăm sóc: tốt: từ 23-26 điểm; trung bình: từ 18-22 điểm; yếu: dưới 18 điểm.

- Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm Epi Data 3.1; phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm NB tham gia nghiên cứu:

Bảng 1. Đặc điểm nhóm NB tham gia nghiên cứu (n = 135)

	Đặc điểm	Số NB	Tỉ lệ %
Tuổi	≤ 50 tuổi	55	40,7
	> 50 tuổi	80	59,3
Giới tính	Nam	80	59,3
	Nữ	55	40,7
Trình độ học vấn	Đại học, sau đại học	76	56,3
	Cao đẳng trở xuống	59	43,7
Nghề nghiệp	Trí thức	76	56,3
	Lao động chân tay (công/nông dân), khác	59	43,7
Nơi cư trú	Thành phố	96	71,1
	Nông thôn	39	28,9
Số ngày nằm viện	≤ 9 ngày	49	36,3
	> 9 ngày	86	63,7
Bệnh chính	Thần kinh sọ não	52	38,5
	Chấn thương chi	83	61,5

3.2. Hoạt động chăm sóc cấp I cho NB của ĐD:

Bảng 2 cho thấy, có tỉ lệ cao NB đánh giá được ĐD giải thích, hướng dẫn chế độ ăn bệnh lý và theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, kiểm tra tình trạng chung ngay khi tiếp nhận vào khoa (97,8%); được ĐD hỗ trợ thay ga trải giường và hỗ trợ đại/tiểu tiện hoặc thay túi dẫn lưu nước tiểu (91,1%); được quan tâm hỏi thăm sức khỏe (86,7%). Song, có tỉ lệ thấp NB đánh giá được ĐD hỗ trợ ăn uống (69,6%); được giúp đỡ vệ sinh răng miệng, thân thể (17%); được động viên an tâm, giải đáp thắc mắc (69,6%)...

Bảng 2. Đánh giá hoạt động chăm sóc cấp I qua phỏng vấn NB (n = 135).

TT	Nội dung chăm sóc	ĐD có thực hiện	
		Số NB	Tỉ lệ %
A. Chăm sóc dinh dưỡng, hỗ trợ NB ăn uống			
1	ĐD viên giải thích, hướng dẫn cho NB chế độ ăn theo bệnh tật	132	97,8
2	ĐD viên hỗ trợ NB ăn uống trong quá trình NB phải nằm bất động và khi cần thiết	94	69,6
B. Chăm sóc vệ sinh			
3	ĐD viên hỗ trợ thay ga trải giường hằng ngày và lúc cần thiết cho NB trong quá trình NB phải nằm bất động	123	91,1
4	ĐD viên giúp đỡ NB vệ sinh răng miệng, thân thể trong quá trình NB phải nằm bất động	23	17,0
5	ĐD viên hỗ trợ NB đại/tiểu tiện, hoặc thay đổi túi dẫn lưu nước tiểu (nếu có) trong quá trình NB nằm bất động	112	83,0
C. Chăm sóc hỗ trợ về tâm lí tinh thần cho NB			
6	ĐD viên luôn quan tâm, hỏi thăm sức khỏe NB trong khi chăm sóc, giao tiếp	117	86,7
7	ĐD viên động viên NB yên tâm điều trị và giải đáp kịp thời những băn khoăn thắc mắc.	94	69,6
8	ĐDV có thái độ kính trọng, hành vi, lời nói lễ phép trong giao tiếp, ứng xử với NB	95	70,4
D. Theo dõi, đánh giá NB của ĐD			
9	ĐD viên theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, kiểm tra tình trạng chung ngay khi tiếp nhận NB vào khoa điều trị	132	97,8
10	ĐD viên thường xuyên theo dõi hỏi thăm về tình hình bệnh tật của NB	94	69,6
11	ĐD viên đến ngay và xử lí kịp thời khi NB có các dấu hiệu bất thường	94	69,6
E. Hỗ trợ điều trị và phối hợp với các bác sĩ của ĐD			
12	ĐD viên chào hỏi, giới thiệu tên, giải thích, thông báo công việc sắp làm với NB	118	87,4
13	ĐD viên thông báo tên thuốc, số lượng, tác dụng của thuốc được sử dụng trong ngày cho ông/bà	113	83,7
14	ĐD viên có công khai thuốc và hướng dẫn NB kí tên vào phiếu công khai thuốc; có cảnh báo với NB về các tác dụng phụ của thuốc. NB có sử dụng thuốc trước sự chứng kiến của ĐD viên	104	77
15	Hướng dẫn NB những điều cần biết khi NB làm các xét nghiệm cận lâm sàng hay khám chuyên khoa	97	71,9
G. Công tác tư vấn hướng dẫn giáo dục sức khỏe cho NB			
16	ĐD viên hướng dẫn ông/ bà cách tự theo dõi, chăm sóc trong quá trình điều trị	106	78,5
17	ĐD viên hướng dẫn ông/bà chế độ ăn uống, sinh hoạt trong điều trị	96	71,1
18	ĐD viên hướng dẫn NB phương pháp luyện tập nâng cao sức khỏe, cách tự phòng bệnh	88	65,2
19	ĐD viên hướng dẫn NB biết các biến chứng có thể xảy ra để biết cách phòng và phát hiện sớm các biến chứng có thể xảy ra	89	65,9
H. Công tác tập phục hồi chức năng sớm cho NB			
20	ĐD viên giải thích hướng dẫn NB/người nhà chế độ phục hồi chức năng theo bệnh tật	107	79,3
21	ĐD viên hỗ trợ NB tập phục hồi chức năng sớm trong quá trình NB nằm bất động (xoay trở, xoa bóp vùng tỳ đè, vỗ rung lồng ngực....tùy theo từng bệnh).	92	68,1

Bảng 3. Đánh giá chung hoạt động chăm sóc cấp I qua phỏng vấn NB (n = 135).

Nội dung chăm sóc	Đạt		Không đạt	
	Số NB	Tỉ lệ %	Số NB	Tỉ lệ %
Phiếu phỏng vấn NB đánh giá hoạt động chăm sóc cấp I của ĐD	79	58,5	56	41,5
Điểm trung bình đánh giá hoạt động chăm sóc cấp I qua phỏng vấn NB	15,7/21 điểm			

Có 58,5% NB các nội dung chăm sóc cấp I của ĐD là đạt yêu cầu.

Bảng 4. Bảng đánh giá hoạt động chăm sóc cấp I qua phiếu chăm sóc NB (n = 135).

TT	Nội dung chuyên môn	Ghi đầy đủ	
		Số NB	Tỉ lệ %
Thủ tục hành chính, ngày giờ chăm sóc, kí tên ĐD			
1	Thông tin cá nhân: họ, tên, tuổi, giới tính	135	100
2	Tên khoa, số bệnh án, ngày vào viện, chẩn đoán....	135	100
Cột ngày, giờ, phút			
3	Mỗi lần ghi vào phiếu chăm sóc phải ghi ngày giờ phút tại thời điểm mà người ĐD theo dõi chăm sóc NB	90	66,7
4	ĐD theo dõi ghi rõ họ tên	106	78,5
Cột theo dõi diễn biến			
5	Hệ hô hấp: tần số thở; tím (môi, đầu chi); ho, đờm (số lượng, màu); oxy (lít/phút)	81	60,0
6	Hệ tiêu hóa: đau bụng (chướng), trung tiện	80	59,2
7	Hệ thần kinh: ý thức, điểm Glassgow; liệt, bại liệt, yếu	77	57,0
8	Toàn thân: phù, loét, da, niêm mạc; tại chỗ: đau (+++); vết mổ	74	54,8
9	Dinh dưỡng: đường miệng (súp, cháo, cơm, phở); đường truyền (đạm, đường, mỡ); Sonde dạ dày (súp, sữa)	89	65,9
10	Tổng dịch vào: dịch truyền và dinh dưỡng	101	74,8
11	Tổng dịch ra: chất nôn, dẫn lưu vết mổ, nước tiểu, phân)	98	72,6
12	Theo dõi và chăm sóc: vỗ rung, trấn trở, vệ sinh, thay băng, đặt sonde...	100	74,1
13	Diễn biến bất thường (thời gian)	110	81,5

Nội dung đạt tỉ lệ cao là ĐD viết phiếu chăm sóc rõ họ tên (78,5%); đầy đủ tổng dịch vào (74,8%); đầy đủ diễn biến bất thường của NB (74,1%). Tuy nhiên, chỉ có hơn 1/2 số phiếu chăm sóc ghi đầy đủ các diễn biến hô hấp (60,0%), tiêu hóa (59,2%), hệ thần kinh (57,0%) và dấu hiệu toàn thân (54,8%).

Bảng 5. Đánh giá chung hoạt động chăm sóc cấp I qua phiếu chăm sóc NB.

Nội dung đánh giá	Tốt		Trung bình		Yếu	
	Số NB	Tỉ lệ %	Số NB	Tỉ lệ %	Số NB	Tỉ lệ %
Phiếu theo dõi, chăm sóc NB	81	60,0	44	32,6	10	7,4
Điểm trung bình đánh giá	22,3/26 điểm					

60% phiếu chăm sóc đạt kết quả tốt, 32,6% phiếu chăm sóc đánh giá là trung bình và 7,4% phiếu chăm sóc đánh giá yếu.

3.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động chăm sóc cấp I của ĐD:

Bảng 6. Mối tương quan giữa đặc điểm NB với hoạt động chăm sóc cấp I của ĐD.

Yếu tố		Phiếu phỏng vấn đạt		p
		Số phiếu	Điểm trung bình	
Tuổi	≤ 50 tuổi	55	12,1	< 0,05
	> 50 tuổi	80	18,2	
Giới tính	Nam	80	15,9	> 0,05
	Nữ	55	15,4	
Nơi cư trú	Thành phố	96	15,6	> 0,05
	Nông thôn	39	16,0	
Trình độ học vấn	Đại học, sau đại học	76	15,4	> 0,05
	Cao đẳng trở xuống	59	16,0	

Yếu tố		Phiếu phỏng vấn đạt		p
		Số phiếu	Điểm trung bình	
Nghề nghiệp	Trí thức	76	15,4	> 0,05
	Lao động chân tay hoặc khác	59	16,0	
Số ngày nằm viện	≤ 9 ngày	49	19,7	< 0,05
	> 9 ngày	86	13,4	
Bệnh chính	Thần kinh sọ não	52	16,4	> 0,05
	Chấn thương chỉnh hình	83	15,3	

Nhóm NB trên 50 tuổi, nằm viện dưới 9 ngày đánh giá hoạt động chăm sóc cấp I đạt kết quả tốt hơn so với nhóm NB dưới 50 tuổi, nằm viện trên 9 ngày; khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 7. Mối tương quan giữa đặc điểm NB với hoạt động ghi phiếu chăm sóc cấp I của ĐD.

Yếu tố		Phiếu chăm sóc đạt tốt		p
		Số phiếu	Điểm trung bình	
Tuổi	≤ 50 tuổi	55	15,3	> 0,05
	> 50 tuổi	80	16,5	
Giới tính	Nam	80	16,4	> 0,05
	Nữ	55	15,5	
Nơi cư trú	Thành phố	96	16,4	> 0,05
	Nông thôn	39	15,1	
Trình độ học vấn	Đại học, sau đại học	76	16,7	> 0,05
	Cao đẳng trở xuống	59	15,0	
Nghề nghiệp	Trí thức	76	16,7	> 0,05
	Lao động chân tay hoặc khác	59	15,0	
Số ngày nằm viện	≤ 9 ngày	49	17,9	< 0,05
	> 9 ngày	86	14,9	
Bệnh chính	Thần kinh sọ não	52	15,2	> 0,05
	Chấn thương chỉnh hình	83	16,5	

Nhóm NB nằm viện dưới 9 ngày có tỉ lệ phiếu chăm sóc đạt tốt cao hơn so với nhóm NB nằm viện trên 9 ngày, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm NB nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành trên 135 NB nhằm đánh giá hoạt động chăm sóc cấp I của ĐD với NB. Kết quả thấy, số NB nam nhiều gấp 1,45 lần so với nữ. Ngày nằm điều trị trung bình của NB nghiên cứu là 12,3 ngày, trong đó, nhóm NB nằm trên 9 ngày chiếm 63,7%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 55,3 tuổi, nhóm tuổi trên 50 chiếm 59,3%. Đây là độ tuổi NB hay mắc các bệnh mạn tính kèm theo, như tăng huyết áp, tiểu đường..., đòi hỏi những ĐD chăm sóc và điều trị của các y bác sĩ phải rất sát sao và tỉ mỉ.

4.2. Thực trạng hoạt động chăm sóc cấp I cho NB của ĐD:

Chế độ dinh dưỡng có vai trò quan trọng trong

quá trình điều trị. NB được chăm sóc dinh dưỡng phù hợp theo bệnh lý sẽ giúp NB phục hồi nhanh. Kết quả cho thấy, hầu hết NB được tư vấn hướng dẫn chế độ ăn theo bệnh tật (97,8%); cao hơn rất nhiều so với kết quả nghiên cứu của Chu Văn An năm 2013 tại Bệnh viện Nhi Trung ương (60,3%) [6] và Bùi Anh Tú tại Bệnh viện Y học cổ truyền năm 2015 (48,5%) [5]. Điều này có thể giải thích, đối tượng NB của chúng tôi lựa chọn là NB chăm sóc cấp I, do tính chất bệnh lý nặng hơn, cần chế độ chăm sóc đặc biệt sát sao, còn hai tác giả trên chọn đối tượng là NB chăm sóc nội trú nói chung nên việc chăm sóc dinh dưỡng cho NB không đồng đều. Trong nội dung chăm sóc dinh dưỡng, chúng tôi còn đánh giá nội dung hỗ trợ ăn cho NB khi nằm bất động và khi cần thiết. Kết quả đạt chỉ chiếm 69,6%; cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Oanh tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lạng Sơn năm 2018 (65,4%) [8], nhưng thấp hơn kết quả nghiên cứu của Đào Đức Hạnh (2015) tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (85,1%) [7]. Điều này có thể do

nhân viên dinh dưỡng Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 mang suất ăn đến tận giường phục vụ NB và trực tiếp hỗ trợ NB ăn theo chế độ bệnh lý.

Chăm sóc vệ sinh hằng ngày là một trong 14 nhu cầu chăm sóc cơ bản của NB khi nằm điều trị. Kết quả cho thấy, 91,1% NB được DD thay ga hằng ngày; cao hơn hẳn so với nghiên cứu của Phùng Thị Phương tại đây năm 2013 (đạt 40,7%) [9]. Điều này chứng tỏ, công tác chăm sóc DD tại Bệnh viện đã tiến bộ vượt bậc. Tuy nhiên, công tác hỗ trợ NB vệ sinh răng miệng và thân thể lại rất thấp, chỉ chiếm 17,0%. Có thể do thời gian NB cần hỗ trợ các hoạt động trên chủ yếu là lúc sáng sớm hoặc buổi chiều muộn và buổi tối, khi đó chỉ còn kịp trực nên khó có thể hỗ trợ được một cách đầy đủ các hoạt động chăm sóc trên. Vì vậy, DD viên thường nhắc nhở và phối hợp cùng người nhà để vệ sinh cá nhân cho NB.

Việc hỗ trợ tâm lý tinh thần cho NB là rất quan trọng trong quá trình điều trị. Trong nghiên cứu này, 86,7% NB đánh giá DD luôn quan tâm hỏi thăm sức khỏe của NB, nhưng chỉ 69,6% NB được động viên yên tâm điều trị và giải đáp các thắc mắc và 70,4% NB đánh giá hành vi, thái độ, lời nói của DD là đạt. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Đào Đức Hạnh tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (93,3% NB hài lòng với thái độ giao tiếp ứng xử và giải đáp những thắc mắc kịp thời cho NB của DD [7]).

Theo dõi đánh giá và theo dõi diễn biến bệnh để phát hiện NB có dấu hiệu bất thường là nhiệm vụ quan trọng của DD. Kết quả thấy 97,8% NB được đo mạch, nhiệt độ, huyết áp đầy đủ. Nhưng chỉ 69,6% NB được DD thường xuyên hỏi thăm về tình hình bệnh tật và xử trí kịp thời khi NB có các dấu hiệu bất thường; thấp hơn nghiên cứu của Đào Đức Hạnh (2015) (99,3% NB được theo dõi và đánh giá, 97,8% NB được xử trí kịp thời khi xảy ra diễn biến bất thường). Có thể do thời điểm phỏng vấn của chúng tôi là sau khi NB chuẩn bị ra viện, họ sẽ không ngần ngại trả lời đầy đủ, trung thực những câu hỏi của nghiên cứu viên. Thời điểm phỏng vấn của tác giả Đào Đức Hạnh lúc NB chuyển từ chăm sóc cấp I sang chăm sóc cấp II, III (NB chưa ra viện), họ có thể e ngại nhân viên y tế vì còn đang tiếp tục nằm điều trị. Từ kết quả này, Bệnh viện Quân y 354 cần đẩy mạnh công tác kiểm tra giám sát để đội ngũ DD phải cố gắng hơn nữa trong theo dõi và đánh giá NB.

Chăm sóc phục hồi chức năng sớm đóng vai trò quan trọng trong quá trình điều trị, nhất là NB có tổn thương cơ quan vận động. 79,3% NB được DD giải thích hướng dẫn phục hồi chức năng theo bệnh tật; 68,1% NB được hỗ trợ tập phục hồi chức

năng sớm trong quá trình nằm bất động; cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Oanh năm 2018 (gần 70% NB được DD hướng dẫn phục hồi chức năng theo bệnh lý và 62,3% NB được DD hỗ trợ tập phục hồi chức năng sớm trong quá trình nằm bất động [8]); nhưng thấp hơn nghiên cứu của Đào Đức Hạnh năm 2015 (87% NB được hỗ trợ phục hồi chức năng trong quá trình nằm bất động). Có thể do Viện Chấn thương chỉnh hình là bệnh viện chuyên khoa về chấn thương nên nhu cầu phục hồi chức năng rất cao, bệnh viện có đầu tư bài bản về lĩnh vực này. Bên cạnh đó, Khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Quân y 354 cũng đang đào tạo cho đội ngũ DD có các kĩ năng tốt và chuyên khoa sâu về phục hồi chức năng nhưng cần nỗ lực hơn nữa thì mới đáp ứng được nhu cầu của NB.

Thông tư số 07 của Bộ Y tế nêu rõ: “NB nằm viện được DD tư vấn, giáo dục sức khỏe”. Kết quả nghiên cứu thấy, 78,5% NB được DD hướng dẫn cách tự chăm sóc trong quá trình điều trị và 71,1% NB được hướng dẫn chế độ ăn, uống, sinh hoạt trong điều trị. Tuy nhiên, chỉ có 65,2% NB được hướng dẫn phương pháp luyện tập nâng cao sức khỏe, cách tự phòng bệnh và 65,9% NB biết các biến chứng có thể xảy ra để biết cách phòng bệnh và phát hiện sớm. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Oanh (54,62% NB hài lòng với công tác tư vấn giáo dục sức khỏe [8]); nhưng thấp hơn nghiên cứu của Chu Văn An năm 2013 tại Bệnh viện Nhi Trung ương (85,9% NB được tư vấn giáo dục sức khỏe [6]). Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của tác giả Chu Văn An là trẻ em, vì vậy được trú trọng để phối hợp tốt với người nhà trong quá trình chăm sóc cho trẻ nhỏ.

87,4% NB được DD chào hỏi, thông báo công việc sắp làm; 83,7% NB được DD thông báo tên thuốc, số lượng, tác dụng của thuốc được sử dụng trong ngày; 77% DD có công khai thuốc và hướng dẫn NB kí vào phiếu công khai thuốc, NB sử dụng thuốc trước sự chứng kiến của DD; 71,9% NB được hướng dẫn những điều cần biết khi NB làm các xét nghiệm cận lâm sàng. Kết quả trên thấp hơn so với nghiên cứu của Đào Đức Hạnh (đạt 94% với tất cả các tiêu chí [7]). Tuy nhiên, khi đưa ra để phân tích từng tiêu chí, chúng tôi thấy kết quả của Đào Đức Hạnh đạt gần 100% tiêu chí DD công khai thuốc và cho NB uống trước sự chứng kiến của DD. Sự khác biệt này có thể do sự chênh lệch về số lượng DD làm việc trong và ngoài giờ hành chính.

Kết quả đánh giá chung về hoạt động chăm sóc cấp I của DD được NB đánh giá đạt 58,5%. Đây là một kết quả chưa cao, đòi hỏi Bệnh viện Quân y 354 cần phải trú trọng hơn đến công tác kiểm tra giám sát và tích cực đào tạo, bồi dưỡng kiến thức, kĩ năng giao tiếp, chuyên môn nghiệp vụ cho DD

nhằm nâng cao chất lượng ĐD để đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của NB.

- Đánh giá ĐD thực hành ghi phiếu chăm sóc cấp I:

Ghi chép phiếu chăm sóc là nhiệm vụ quan trọng mang tính pháp lí của ĐD. Trong 13 nội dung của phiếu chăm sóc thì nội dung đạt kết cao nhất là nội dung ghi đầy đủ các diễn biến bất thường của NB (81,5%); cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Oanh (47,69%) [8]. Điều này tương đối phù hợp, vì sau các diễn biến bất thường của NB các hồ sơ bệnh án thường bị kiểm tra lại. Các ĐD rất trú trọng và ghi chép đầy đủ các diễn biến khi NB có xảy ra tai biến, tai nạn hoặc các bất thường vì họ biết sẽ có công tác kiểm tra của các cơ quan. Nội dung ghi chép đạt tỉ lệ thấp là nhận định dấu hiệu toàn thân, nhận định về hệ hô hấp, hệ thần kinh, hệ tiêu hóa của NB (lần lượt là 54,8%, 60,0%, 57,0%, 59,2%). Chúng tôi cho rằng, ĐD có phần chủ quan khi không hay nhận định về dấu hiệu toàn thân, hệ hô hấp, hệ tiêu hóa, hệ thần kinh hoặc có thể do một số ĐD kiến thức có hạn, chưa nhận định được các dấu hiệu trên một cách đầy đủ mà chỉ quan tâm đến tình trạng tại chỗ (tại vết mổ, dẫn lưu), vì cho rằng các dấu hiệu đó quan trọng hơn. Vì vậy, Bệnh viện cần phải đào tạo thêm kiến thức về viết phiếu chăm sóc cho ĐD và giám sát chặt chẽ hoạt động này.

Nghiên cứu chỉ ra, 65,9% phiếu chăm sóc ghi theo dõi dinh dưỡng đầy đủ cho NB; cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Oanh (58,46%). Ở đây hầu như các phiếu chúng tôi đánh giá là ĐD có ghi rõ và phân loại thức ăn cho NB, nhưng lại chưa ghi rõ số lượng mà NB dùng trong bữa. ĐD kí tên vào phiếu chăm sóc sau khi viết đạt 78,5%; thấp hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Oanh (84,62%). Chúng tôi cho rằng, số ĐD bỏ sót kí tên là do ẩu, ý thức chưa cao, chưa trú trọng vào việc chấp hành đầy đủ thủ tục hành chính trong hồ sơ bệnh án. Cần phải có các chế tài thưởng phạt để các ĐD có ý thức hơn trong ghi chép hồ sơ bệnh án.

Đánh giá chung qua phiếu chăm sóc thấy, phần lớn ĐD được đánh giá là tốt (60,0%); cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Oanh (54,62%) [8]. Điều này cũng thể lí giải, tuy cùng một phương pháp đánh giá nhưng một phần là do phiếu chăm sóc cấp I của Bệnh viện Quân y 354 được thiết kế một cách rõ ràng, ngắn gọn và đầy đủ nội dung được viết dưới dạng tích, vì vậy ĐD vừa có thể cung cấp đầy đủ các thông tin từ nhận định NB đến công tác thực hiện chăm sóc NB một cách tỉ mỉ các chi tiết như dinh dưỡng, vệ sinh cá nhân và vỗ rung trấn trở có cả số liệu cụ thể và số lần thực

hiện trong ngày mà không mất quá nhiều thời gian với việc ghi chép.

4.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động chăm sóc cấp I của ĐD:

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá hoạt động chăm sóc cấp I của ĐD dựa trên thu thập thông tin từ phỏng vấn NB và đánh giá hoạt động ghi chép hồ sơ bệnh án của ĐD thông qua đánh giá các phiếu chăm sóc theo bảng kiểm. Sự kết hợp của NB để đánh giá hoạt động chăm sóc này là rất quan trọng giúp đánh giá được một cách toàn diện về công tác chăm sóc NB của ĐD. Kết quả nghiên cứu trên cho thấy, 58,5% NB hài lòng với hoạt động chăm sóc ĐD, 41,5% NB chưa hài lòng. Vì vậy chúng tôi tìm hiểu sự ảnh hưởng từ các yếu tố đặc điểm NB liên quan đến hoạt động chăm sóc cấp I của ĐD

- Mối tương quan giữa đặc điểm NB với hoạt động chăm sóc cấp I: chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa giới tính, nơi cư trú, trình độ học vấn, nghề nghiệp, nhóm bệnh của NB với hoạt động chăm sóc cấp I của ĐD ($p > 0,05$). Nhưng có sự khác biệt giữa tuổi của NB với hoạt động chăm sóc cấp I của ĐD ($p < 0,05$). NB thuộc nhóm tuổi trên 50 có tỉ lệ hài lòng cao hơn hẳn so với NB dưới 50 tuổi; có thể do Bệnh viện Quân y 354 là một bệnh viện quân y, đa phần y, bác sĩ là bộ đội với các đối tượng khám bệnh chủ yếu là BHYT, quân đã nghỉ hưu và bộ đội, vì vậy, họ tương đồng nhau về mặt tính cách, tác phong nề nếp và quy củ, rất phù hợp với NB lớn tuổi. Hơn thế nữa bệnh viện còn được đánh giá là phòng bệnh rộng rãi, thoáng mát, yên tĩnh, thái độ của y, bác sĩ hòa nhã khiêm tốn. Đối với NB trẻ tuổi, Bệnh viện đã cải thiện rất nhiều về trang thiết bị, cơ sở vật chất, nhưng đầu tư thêm về các dịch vụ tiện ích thì chưa có nhiều, nên mức độ hài lòng còn hạn chế. Hơn thế, phong cách NB trẻ tuổi hay đánh giá về thương hiệu bệnh viện hơn là tìm hiểu sâu về chất lượng. Tuy nhiên, với nhược điểm này, cần nỗ lực, cố gắng để đáp ứng được các nhu cầu của mọi nhóm đối tượng NB.

Có sự khác biệt giữa số ngày nằm điều trị của NB với hoạt động chăm sóc cấp I của ĐD. NB thuộc nhóm nằm viện dưới 9 ngày có tỉ lệ hài lòng cao hơn NB thuộc nhóm nằm viện trên 9 ngày ($p < 0,05$). Điều này tương đối phù hợp với thực tế, vì tâm lí NB nằm viện càng lâu thì họ càng cảm thấy lo lắng và khó chịu hơn những NB được xuất viện sớm. Hơn nữa, khi chăm sóc những NB trong thời gian quá dài khó tránh khỏi những sai sót và phát sinh một số các bệnh lí không mong muốn mà họ có thể mắc phải tại bệnh viện, như nhiễm khuẩn bệnh viện, mắc thêm một số bệnh truyền nhiễm do lây chéo...

- Mỗi tương quan giữa đặc điểm NB với hoạt động ghi phiếu chăm sóc cấp I của ĐD: khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa số ngày nằm điều trị của NB với hoạt động ghi phiếu chăm sóc ($p < 0,05$). NB nằm viện dưới 9 ngày có số phiếu chăm sóc đạt cao hơn NB nằm viện trên 9 ngày. Điều này cũng hoàn toàn phù hợp với kết quả phỏng vấn NB khi có tỉ lệ phiếu phỏng vấn đạt của NB nằm viện dưới 9 ngày cao hơn nhóm NB nằm viện trên 9 ngày ($p < 0,05$). Trên thực tế, đối với các phiếu chăm sóc NB nằm viện trên 9 ngày là những phiếu chăm sóc được ghi trong nhiều ngày thì sẽ khó tránh khỏi những thiếu sót do yếu tố lặp đi lặp lại trong công tác ghi chép, dễ bị bỏ sót các chi tiết. nghiên cứu không tìm thấy sự khác biệt giữa tuổi, giới tính, nơi cư trú, trình độ học vấn, nghề nghiệp, nhóm bệnh với hoạt động ghi phiếu chăm sóc cấp I ($p > 0,05$). Trong nghiên cứu này, chúng tôi vẫn chưa phân tích được mối liên quan giữa tỉ lệ đạt tốt của phiếu chăm sóc so với ĐD vì hoạt động ghi phiếu chăm sóc phụ thuộc rất nhiều vào trình độ chuyên môn, thâm niên công tác, ý thức... của ĐD. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi trên số ĐD rất ít (11 ĐD) nên chưa có đủ điều kiện để so sánh giữa các ĐD.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu đánh giá hoạt động chăm sóc cấp I cho 135 NB của ĐD viên tại Khoa Chấn thương chỉnh hình, BV Quân y 354, từ tháng 3-8/2020, kết luận:

- Đa số NB trên 50 tuổi (59,3%), là nam giới (59,3%), trình độ học vấn đại học, sau đại học (56,3%), lao động trí thức (56,3%), cư trú ở thành phố (71,1%), nằm viện dưới 9 ngày (63,7%) và mắc bệnh về chấn thương chi (61,5%).

- Thực trạng hoạt động chăm sóc cấp I qua phỏng vấn người bệnh: 58,5% NB đánh giá công tác chăm sóc cấp I của ĐD đạt yêu cầu, với điểm trung bình là 15,7/21 điểm. Trong đó, công tác giải thích, hướng dẫn chế độ ăn và theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp trong khi nằm viện cho NB của ĐD đạt cao nhất (đều đạt 97,8%).

- Hoạt động chăm sóc cấp I cho NB của ĐD qua phiếu chăm sóc: 60% phiếu chăm sóc đạt kết quả tốt, 32,6% phiếu chăm sóc đánh giá là trung bình và 7,4% phiếu chăm sóc đánh giá yếu. Điểm trung bình là 22,3/26 điểm. Trong đó, phiếu chăm sóc đạt tỉ lệ cao nhất là ghi đầy đủ các diễn biến bất thường của NB (81,5%) và nội dung có tỉ lệ đạt thấp nhất là nhận định dấu hiệu toàn thân (54,8%).

- Các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động chăm sóc cấp I của ĐD: NB trên 50 tuổi, nằm viện dưới 9 ngày đánh giá hoạt động chăm sóc cấp I của ĐD

đạt kết quả tốt hơn so với nhóm NB dưới 50 tuổi, nằm viện trên 9 ngày. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; NB nằm viện dưới 9 ngày có tỉ lệ phiếu chăm sóc đạt tốt cao hơn so với NB nằm viện trên 9 ngày, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Qua nghiên cứu, chúng tôi kiến nghị: bám sát vào Thông tư số 07 của Bộ Y tế để huấn luyện kiến thức chuyên môn về chăm sóc cấp I cho ĐD; cần tập trung vào các hoạt động thực tế, tỉ mỉ như hoạt động chăm sóc vệ sinh răng miệng, thân thể và hướng dẫn NB tập phục hồi chức năng sau phẫu thuật; trong công tác ghi phiếu chăm sóc NB cấp I, cần quan tâm hơn đến vấn đề nhận định NB về toàn thân và các cơ quan hệ thống; ghi đúng và đủ về cả số lượng lẫn chất lượng dinh dưỡng cho NB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2011), *Thông tư 07/2011/TT-BYT, ngày 26/01/2011 về Hướng dẫn công tác ĐD chăm sóc người bệnh trong các cơ sở y tế.*

2. Bộ y tế (2012), *Chuẩn năng lực cơ bản của ĐD Việt Nam năm 2012.*

3. Bộ y tế (2004), *Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh*, Nhà xuất bản Y học, tập 2, tr. 14-15.

4. Hội ĐD Việt Nam (2010), *Lĩnh vực 2: Chăm sóc người bệnh, hướng dẫn đánh giá chất lượng chăm sóc người bệnh trong bệnh viện*, Chủ biên, Hà Nội, tr. 23-33.

5. Chu Văn An và cộng sự (2013), "Mô tả kiến thức và thực hành chăm sóc dinh dưỡng của ĐD tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013", *Tạp chí Y tế Công Cộng*, số 30, tr. 20-21.

6. Đào Đức Hạnh (2015), *Thực trạng công tác chăm sóc ĐD người bệnh cần chăm sóc cấp I tại Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện trung ương Quân đội 108 năm 2015*, Luận văn thạc sĩ quản lí bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.

7. Nguyễn Thị Oanh (2017), "Thực trạng công tác chăm sóc người bệnh chăm sóc cấp I và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lạng Sơn năm 2018", Luận văn thạc sĩ quản lí bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.

8. Phùng Thị Phương (2013), "Thực trạng công tác chăm sóc NB tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Quân y 354", Luận văn thạc sĩ quản lí bệnh viện năm 2013, Trường Đại học Y tế công cộng.

9. Kelly Srott (2010), "Implications for Quality of patient care", *BSN Honers Rsearch summer*, pp. 60. □

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TẠI KHOA UNG BƯỚU, BỆNH VIỆN QUÂN Y 105

CNDD. TRẦN THU PHƯƠNG, ĐD. NGUYỄN THỊ HỒNG THU
CNDD. VƯƠNG QUỐC HOÀN DŨNG
Bệnh viện Quân y 105

Phản biện khoa học: (1) ThS. GS.TS. LÊ TRUNG HẢI
(2) TS. NGUYỄN HOÀNG LONG

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang kết quả chăm sóc 41 người bệnh sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 4-10/2019.

Kết quả: Tuổi trung bình của người bệnh là $56,21 \pm 19,15$ tuổi; người bệnh nữ (85,4%) nhiều hơn người bệnh nam (14,6%). Theo dõi người bệnh sau phẫu thuật: 73,2% người bệnh không sốt, 100% người bệnh tỉnh táo, tự thở, nhịp thở đều, 97,8% người bệnh có SpO_2 trên 95%, 97,8% người bệnh có lượng dịch dẫn lưu ít (từ 11-30 ml), 73,2% người bệnh không có biến chứng, 73,2% người bệnh không bị ứ dịch, không tắc dẫn lưu nên thời gian rút dẫn lưu sớm (24-48 giờ), 75,6% người bệnh có thời gian cắt chỉ 7 ngày. 97,6% người bệnh rất hài lòng và hài lòng với hoạt động giao tiếp, biết cảm thông, chăm sóc, động viên người bệnh trước và sau khi phẫu thuật của điều dưỡng viên.

Từ khóa: Chăm sóc người bệnh, phẫu thuật tuyến giáp.

ABSTRACT: Prospective study, cross-sectional description of the results of care for 41 patients after total thyroidectomy, at the Department of Oncology, Military hospital 105, from April to October 2019.

Results: The average age of the patients was 56.21 ± 19.15 years; female patients (85.4%) were more than male patients (14.6%). Monitoring of patients after surgery: 73.2% of patients had no fever, 100% of patients were awake, breathing by themselves, regular breathing, 97.8% of patients had SpO_2 over 95%, 97.8% of patients had small drainage (from 11-30 ml), 73.2% of patients had no complications, 73.2% of patients had no fluid retention, no drainage obstruction, so the time to withdraw drainage was early (24-48 hours), 75.6% of patients had a time of removing stitches was 7 days. 97.6% of patients were very satisfied and satisfied with nurses' communication, sympathy, care, and encouragement activities before and after surgery.

Keywords: Health care for patients, thyroid surgery.

Chịu trách nhiệm nội dung: CNDD. Trần Thu Phương, SĐT: 0977520621

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Bướu giáp là bệnh lý phổ biến và đa số là bướu giáp lành tính. Tỷ lệ mắc bệnh lý bướu giáp (có thể sờ thấy) của người dân trong cộng đồng từ 3-7% và có thể tăng tới 68% nếu dựa trên siêu âm [3]. Bướu giáp thường được phát hiện tình cờ vì phát triển âm thầm, ít triệu chứng gây ảnh hưởng toàn thân.

Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị bệnh bướu giáp, như điều trị nội khoa, ngoại khoa, hóa chất, xạ trị..., mỗi phương pháp có chỉ định cũng như ưu, nhược điểm khác nhau. Trong đó, phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp (TBTG) cần phải theo dõi người bệnh (NB) chu đáo sau phẫu thuật để phát hiện kịp thời các biến chứng, như chảy máu, cơn tetani, tắc dẫn lưu... xảy ra sau mổ.

Trong môi trường bệnh viện, điều dưỡng là đối tượng tiếp xúc nhiều nhất với NB [5]. Vì thế, việc chăm sóc và theo dõi NB sau phẫu thuật được

điều dưỡng theo dõi rất sát sao và đòi hỏi người điều dưỡng phải có kiến thức chuyên môn cao, có kinh nghiệm trong chăm sóc, theo dõi NB sau phẫu thuật cắt TBTG.

Góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc NB sau phẫu thuật của điều dưỡng, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả chăm sóc NB sau phẫu thuật cắt TBTG tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Quân y 105.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

41 NB chẩn đoán bướu giáp đa nhân, có chỉ định và được phẫu thuật cắt TBTG, điều trị tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 4-10/2019.

Loại trừ các NB có chẩn đoán sau mổ là ung thư tuyến giáp, bướu giáp đa nhân không có chỉ định phẫu thuật cắt TBTG; BN có lao phổi tiến triển, có kèm theo các bệnh lý mạn tính nặng, NB là phụ

nữ có thai...; NB và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin phục vụ nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu: sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.
- Công cụ điều tra: bộ câu hỏi về chăm sóc, theo dõi sau cắt TBTG của điều dưỡng viên.
- Phương pháp tiến hành: phỏng vấn trực tiếp NB bằng bộ phiếu điều tra chuẩn bị sẵn.
- Xử trí số liệu: thu thập số liệu nghiên cứu và xử lý bằng phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm Excel.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu.

Đặc điểm		Số NB	Tỉ lệ %
Tuổi	≤ 41 tuổi	6	14,6
	Từ 42-65 tuổi	29	70,8
	Trên 65 tuổi	6	14,6
	Tổng	41	100
	Trung bình	56,21 ± 19,15	
Giới tính	Nam	6	14,6
	Nữ	35	85,4
	Tổng	41	100

3.2. Kết quả chăm sóc, theo dõi sau mổ:

Bảng 2. Đánh giá kết quả theo dõi NB sau phẫu thuật.

Chỉ tiêu đánh giá			Số NB	Tỉ lệ %
Tri giác	Tỉnh		41	100
	Hôn mê		0	0
	Kích thích vật vã		0	0
	Tổng		41	100
Hô hấp	Tự thở	Tự thở	41	100
		Thở máy	0	0
	Tần số thở (lần/phút)	Dưới 16	0	0
		Từ 16-20	35	85,4
		Trên 20	6	14,6
	SpO ₂ (%)	Dưới 95	1	2,2
		≥ 95	40	97,8
	Tổng		41	100

Thân nhiệt	Dưới 36,5°C	0	0
	Từ 36,5-37°C	30	73,2
	Trên 37°C	11	26,8
	Tổng	41	100
Biến chứng	Chảy máu	0	0
	Cơn Tetani	11	26,8
	Tắc dẫn lưu	0	0
	Không có biến chứng	30	73,2
	Tổng	41	100
Số lượng dịch dẫn lưu	≤ 10 ml	1	2,2
	Từ 11-30 ml	40	97,8
	Trên 30 ml	0	0
	Tổng	41	100
Màu sắc dịch dẫn lưu	Hồng nhạt	41	100
	Đỏ tươi	0	0
	Tổng	41	100

Bảng 3. Đánh giá kết quả chăm sóc NB sau phẫu thuật.

Chỉ tiêu đánh giá		Số NB	Tỉ lệ %
Rút dẫn lưu	Từ 24-48 giờ	35	73,2
	Trên 48 giờ	6	26,8
	Tổng	41	100
Cắt chỉ	Từ 3-6 ngày	2	4,9
	7 ngày	31	75,6
	Trên 7 ngày	7	17,1
	Tổng	41	100

Bảng 4. Đánh giá sự hài lòng của NB với chăm sóc, tâm lý tiếp xúc của điều dưỡng.

Chỉ tiêu đánh giá		Số NB	Tỉ lệ %
NB đánh giá	Không hài lòng	1	2,4
	Hài lòng	2	4,8
	Rất hài lòng	38	92,8
	Tổng	41	100

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Độ tuổi trung bình của các đối tượng tham gia nghiên cứu là 56,21 ± 19,15 tuổi. Lứa tuổi gặp nhiều nhất từ 42-65 tuổi (70,7%). Kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Đào Thị

Thanh Hảo (45% NB từ 30-40 tuổi [6]). Tỷ lệ NB là nữ giới (85,4%) nhiều hơn nam giới (14,6%); khác với kết quả nghiên cứu của Đào Thị Thanh Hảo (95% NB là nữ giới [6]). Đặc điểm về tuổi và giới tính NB trong nghiên cứu phù hợp với cơ cấu NB nhập viện tại Khoa Ung Bướu, Bệnh viện Quân y 105.

4.2. Đánh giá kết quả chăm sóc, theo dõi sau mổ:

Kết quả bảng 4 cho thấy, 97,6% NB rất hài lòng và hài lòng với hoạt động giao tiếp, biết cảm thông, chăm sóc, động viên NB trước và sau khi phẫu thuật của điều dưỡng viên; cao hơn kết quả điều tra tại Bệnh viện năm 2014 (93,6%), năm 2015 (95,4%); cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Hoa tại Bệnh viện Quân y 110 (96,7%) [5]. Điều này cho thấy, hoạt động giao tiếp, biết cảm thông, chăm sóc, động viên NB khi NB đau đớn, lo sợ của điều dưỡng tại Bệnh viện Quân y 105 nói chung và Khoa Ung bướu nói riêng ngày càng cải thiện, hoàn thiện. Nhưng nghiên cứu cũng chỉ ra, 2,4% NB cho rằng có ít, rất ít điều dưỡng chưa thực sự thấu hiểu được sự sợ hãi, đau đớn của NB.

Đánh giá kết quả theo dõi NB sau phẫu thuật: 100% NB tỉnh, tự thở; 97,8% NB có SpO₂ trên 95%; 26,8% NB có thân nhiệt trên 37°C; 97,8% NB có lượng dịch dẫn lưu ít (từ 11-30 ml); 73,2% NB sau phẫu thuật không có biến chứng; 26,7% NB sau phẫu thuật cắt TBTG có cơn tetani. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của tác giả Đào Thị Thanh Hảo khi tiến hành nghiên cứu tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2015 (97,3% NB sau phẫu thuật tỉnh; 100% NB tự thở; 93,1% NB có SpO₂ trên hoặc bằng 95%; 46,2% NB có thân nhiệt trên 37°C do sau phẫu thuật vết mổ có dịch, nề, đỏ; 97,3% NB có lượng dịch dẫn lưu từ 11-30 ml; 37,5% NB sau phẫu thuật có cơn tetani; 59,9% NB không có biến chứng nào sau phẫu thuật [6]).

Đánh giá kết quả chăm sóc NB sau phẫu thuật: thời gian NB cắt chỉ cách quãng từ 3-6 ngày (4,9%) và trên 7 ngày (17,1%) chiếm tỷ lệ không cao; thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Đào Thị Thanh Hảo (11,3% NB cắt chỉ cách quãng trong thời gian từ 3-6 ngày; 33,5% NB cắt chỉ trên 7 ngày sau phẫu thuật; nguyên nhân do vết mổ NB còn nề [6]).

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 41 NB điều trị phẫu thuật cắt TBTG tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 4-10/2019 về chăm sóc NB sau phẫu thuật của điều dưỡng, kết luận:

- NB có tuổi trung bình là $56,2 \pm 19,15$ tuổi, trong đó hay gặp nhất là NB từ 42-65 tuổi (70,7%). Nữ giới (85,4%) nhiều hơn nam giới (14,6%).

- 73,2% NB sau phẫu thuật không sốt, 100% NB sau phẫu thuật tỉnh, tự thở, nhịp thở đều, 97,8% SpO₂ trên 95%. 97,8% NB sau phẫu thuật có lượng dịch dẫn lưu ít (từ 11-30 ml), 73,2% NB không có biến chứng sau phẫu thuật, 73,2% NB sau phẫu thuật không bị ứ dịch, không tắc dẫn lưu nên thời gian rút dẫn lưu sớm (24-48 giờ), 75,6% NB có thời gian cắt chỉ 7 ngày. 97,6% NB rất hài lòng và hài lòng với hoạt động giao tiếp, biết cảm thông, chăm sóc, động viên NB trước và sau khi phẫu thuật của điều dưỡng viên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Trịnh Xuân Đàn, Đinh Thị Hương, Nguyễn Huỳnh (2008), *Giải phẫu học*, Nhà xuất bản Y học.
2. Nguyễn Quang Quyền (2011), *Giải phẫu người (ATLAS)*. Nhà xuất bản Y học.
3. Nguyễn Trường Giang, Đặng Ngọc Hùng, Trần Minh Đức (2016), *Bệnh bướu giáp đơn thuần*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
4. Cấn Mạnh Hùng (2014), *Đánh giá sự hài lòng của NB và người nhà NB đến khám tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Quân y 105*, Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quân năm 2014.
5. Nguyễn Thị Phương Hoa, Nguyễn Thị Hồng Nhung, Vũ Quang Thanh (2014), *Đánh giá thực trạng khả năng giao tiếp với NB của đội ngũ điều dưỡng Bệnh viện Quân y 110*, Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quân năm 2014.
6. Đào Thị Thanh Hảo (2015), *“Đánh giá kết quả chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật tuyến giáp tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương”*.
7. Gharib H, Papini E, Valcavi R et al (2006), “American Association of Clinical Endocrinologists and Associazione Medici Endocrinologi medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules”, *Endocr Pract*, 12 (1), 63-102.
8. Steven K Dankle, Steven R Gambert, Don S Schalch et al (2007), “Thyroid Nodule”, <http://www.emedicine.com/med/topic3224.html>.
9. Norman J (2007), “Fine Needle Biopsy of Thyroid Nodules. Endocrine Web and the Norman Endocrine Surgery Clinic”, <http://www.endocrineweb.com/fna.html>. □

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHĂM SÓC GIẢM NHẸ VÀ SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ PHỔI VỚI NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI KHOA UNG BƯỚU, BỆNH VIỆN QUÂN Y 105

CNDD. HOÀNG VĂN QUANG, CNDD. NGUYỄN THỊ MINH NGUYỆT

Bệnh viện Quân y 105

Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. TẠ BÁ THẮNG

(2) ThS. PHẠM ĐỨC MỤC

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang kết quả chăm sóc giảm nhẹ và sự hài lòng đối với nhân viên y tế của 30 người bệnh ung thư phổi, điều trị tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 4-10/2019.

Kết quả: Ung thư phổi gặp nhiều ở người trên 60 tuổi (70,0%) và ở nam giới (80,0%). Các triệu chứng khiến người bệnh cảm thấy khó chịu, gây ảnh hưởng nhiều tới chất lượng sống là đau, khó thở, ho, buồn nôn/nôn, táo bón/tiêu chảy. Người bệnh khá hài lòng với sự hỗ trợ nhận được từ nhân viên y tế. Các triệu chứng đau, khó thở, mệt mỏi được cải thiện rõ rệt; dinh dưỡng cũng được thay đổi theo hướng tốt. Người bệnh thấy thoải mái tâm lý, sẵn sàng chia sẻ tâm tư nguyện vọng với nhân viên y tế, an tâm điều trị.

Từ khóa: Chăm sóc giảm nhẹ, người bệnh ung thư phổi.

ABSTRACT: Prospective study, cross-sectional description of the results of palliative care and satisfaction to the medical staff of 30 patients with lung cancer, treated at the Department of Oncology, Military hospital 105, from April to October 2019.

Results: Lung cancer was more common in people over 60 years old (70.0%) and in males (80.0%). The symptoms that made the patient feel uncomfortable that affect the quality of life were pain, dyspnea, cough, nausea/vomiting, constipation/diarrhea. The patients were quite satisfied with the support received from the medical staff. The symptoms of pain, dyspnea, fatigue were improved markedly; nutrition was also changed for good. The patients felt comfortable mentally, ready to share their thoughts and expectations with the medical staff, and felt assured in treatment.

Keywords: Palliative care, lung cancer patients.

Chịu trách nhiệm nội dung: CNDD. Hoàng Văn Quang, SĐT: 0966999105

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Trên thế giới, chăm sóc giảm nhẹ cho người bệnh (NB) ung thư được áp dụng từ lâu và có nhiều công trình nghiên cứu được tiến hành để đánh giá lợi ích của việc thực hành chăm sóc giảm nhẹ [7]. Ở Việt Nam, “Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ đối với NB ung thư và AIDS” được Bộ Y tế ban hành vào tháng 9/2006, cho đến nay, được áp dụng và triển khai tại nhiều bệnh viện và trung tâm chăm sóc, điều trị [3].

Khoa Ung bướu, Bệnh viện Quân y 105 đi vào hoạt động từ tháng 02/2018 với nhiệm vụ chăm sóc điều trị cho bệnh nhân ung bướu nói chung và ung thư nói riêng, trong đó bệnh nhân ung thư phổi cần được chăm sóc giảm nhẹ chiếm tỉ lệ rất cao. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá thực trạng kết quả chăm sóc giảm nhẹ và sự hài lòng của NB ung thư phổi với nhân viên y tế tại khoa Ung bướu, Bệnh viện Quân y 105; từ đó, đề xuất giải pháp giúp tăng cường chất lượng công tác chăm sóc

giảm nhẹ và nâng cao sự hài lòng của NB đối với nhân viên y tế.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

30 NB có chẩn đoán xác định ung thư phổi, điều trị nội trú tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 4-10/2019.

Loại trừ NB lú lẫn, không tỉnh táo, không nghe và nói được, không đủ năng lực giao tiếp, trả lời câu hỏi khảo sát; NB không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu: sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.
- Công cụ điều tra: bộ câu hỏi thiết kế sẵn.
- Phương pháp tiến hành: phỏng vấn trực tiếp NB bằng bộ câu hỏi chuẩn bị sẵn.

- Xử lý số liệu: bằng phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm Excel.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

- Tuổi đời:

+ Từ 16-60 tuổi: 9 BN (30,0%).

+ Trên 60 tuổi: 21 BN (70,0%).

Đa số NB ung thư phổi trên 60 tuổi (70,0%).

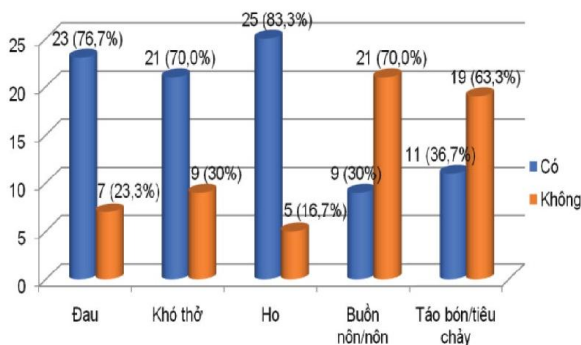
- Giới tính:

+ Nam giới: 24 BN (80,0%).

+ Nữ giới: 6 BN (20,0%).

Nam giới (80,0%) mắc bệnh nhiều hơn nữ giới (20,0%).

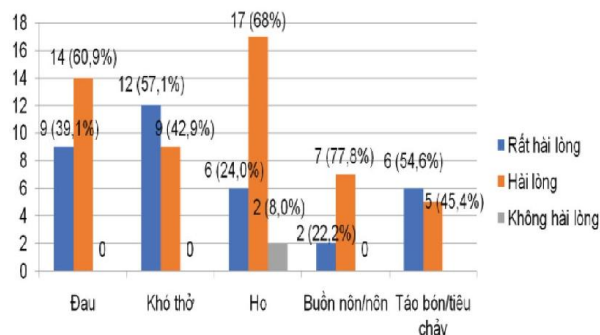
- Các triệu chứng khiến NB cảm thấy khó chịu nhất:



Biểu đồ 1. Các triệu chứng khiến NB cảm thấy khó chịu nhất.

Các triệu chứng đau, khó thở, ho là các triệu chứng chính khiến NB cảm thấy khó chịu, gây ảnh hưởng nhiều tới chất lượng sống của NB ung thư phổi.

3.2. Sự hài lòng của NB sau khi được hỗ trợ từ nhân viên y tế:

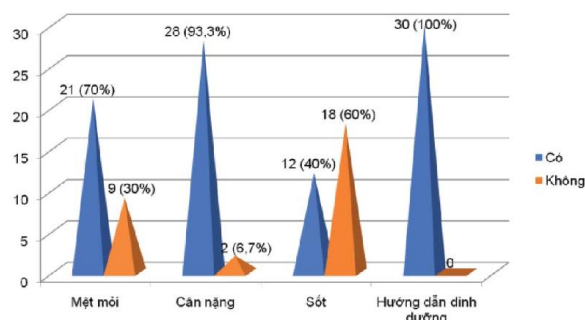


Biểu đồ 2. Sự hài lòng của NB sau khi được hỗ trợ từ nhân viên y tế.

Đa số NB cảm thấy hài lòng với sự trợ giúp nhận được từ nhân viên y tế. Các triệu chứng được cải thiện tốt sau khi được hỗ trợ.

3.3. Các triệu chứng khác:

- Triệu chứng thực thể khác:



Biểu đồ 3. Triệu chứng thực thể khác.

Mệt mỏi và sụt cân cũng là những triệu chứng thường gặp ở NB ung thư phổi. Tất cả NB tới điều trị đều nhận được sự hướng dẫn về chế độ dinh dưỡng dành cho NB ung thư.

- Triệu chứng tâm lý:

Bảng đặc điểm triệu chứng tâm lý.

Đặc điểm (n = 30)		Số NB	Tỉ lệ
Tìm đến địa điểm tâm linh	Có	7	23,3%
	Không	23	76,7%
Sự thoải mái sau khi tìm đến địa điểm tâm linh	Có	5	71,4%
	Không	2	28,6%
Mối quan hệ với người thân có bị ảnh hưởng	Có	3	10,0%
	Không	27	90,0%
Đối tượng mà NB chia sẻ, tâm sự	Người thân	4	13,3%
	Cả người thân; nhân viên y tế	26	86,7%
Mức độ thoải mái của NB sau khi chia sẻ, tâm sự	Rất thoải mái	6	20,0%
	Thoải mái	15	50,0%
	Không thoải mái	9	30,0%

Vấn đề tâm lý cũng ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của NB ung thư phổi. NB cần sự thoải mái trong tư tưởng cũng như sự chia sẻ từ người thân và nhân viên y tế.

4. BÀN LUẬN.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỉ lệ NB ung thư phổi trên 60 tuổi (70,0%) cao hơn rất nhiều so với người trẻ tuổi (20,0%). Nam giới (80,0%) mắc ung thư phổi nhiều hơn so với nữ giới (20,0%). Tuy nhiên, tỉ lệ ung thư phổi đang có xu hướng trẻ hóa dần bởi các yếu tố môi trường sống, thói quen hút thuốc lá nhiều năm... Kết quả nghiên cứu này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Hồ Thị Hoa

(57,9% NB ung thư phổi trên 60 tuổi và 35,1% NB dưới 60 tuổi) [1].

Trong số 30 NB tham gia nghiên cứu, có tới 76,7% NB có triệu chứng đau. Sau khi được hỗ trợ, có 91,3% NB cảm thấy triệu chứng đau được cải thiện. Điều đó cho thấy, công tác hỗ trợ giảm đau cho NB có hiệu quả tốt. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Hồ Thị Hoa (96,5%) [1].

70,0% NB ung thư phổi có triệu chứng khó thở. Do tình trạng khó thở ở NB ung thư phổi thường nặng nên kết quả sau hỗ trợ còn chưa cao (19,0% NB triệu chứng khó thở cải thiện chưa rõ rệt). Đa số NB khi có triệu chứng khó thở đều sinh hoạt, nghỉ ngơi tại giường kèm theo có người thân giúp đỡ nên ít bị ảnh hưởng so với các triệu chứng khác. Tỷ lệ NB cải thiện triệu chứng khó thở thấp hơn nghiên cứu của tác giả Hồ Thị Hoa (96,6%) [1].

83,3% NB ung thư phổi có triệu chứng ho, thường là ho khan, số ít NB ho có đờm. Ho xuất hiện nhiều vào buổi đêm khi NB ngủ, gây ảnh hưởng tới chất lượng giấc ngủ. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Trịnh Thị My (72,3%) [2].

30,0% NB có triệu chứng buồn nôn và nôn. Buồn nôn/nôn chủ yếu ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống NB qua việc không ăn uống được, ăn uống không ngon miệng, thấy sợ khi tiếp xúc với mùi bệnh viện... 77,8% NB hài lòng với kết quả hỗ trợ từ nhân viên y tế; tương đương với kết quả nghiên cứu của Hồ Thị Hoa (78,7%) [1].

36,7% NB có triệu chứng táo bón/tiêu chảy. Nguyên nhân chủ yếu thường do NB nằm lâu ngày, ít vận động, chế độ ăn uống chưa bảo đảm vệ sinh, dùng thuốc kháng sinh kéo dài gây rối loạn tiêu hóa...; thấp hơn kết quả nghiên cứu của Hồ Thị Hoa (61,8%) [1].

Các triệu chứng thực thể khác cũng gây ảnh hưởng tới chất lượng sống của NB, như mệt mỏi (70,0%), gầy sút cân (93,3%); khác với kết quả nghiên cứu của Hồ Thị Hoa (92,2% NB mệt mỏi, 58,6% NB gầy sút cân) [1]. 23,3% NB tìm tới các địa điểm tâm linh. Điều này cho thấy, yếu tố tín ngưỡng có vai trò quan trọng trong tâm lý NB.

Trong số NB tham gia nghiên cứu, có 10,0% NB cảm thấy có sự ảnh hưởng trong mối quan hệ với người thân. Họ cảm thấy người thân xa lánh hơn khi biết họ có bệnh. Điều đó cũng phù hợp với tâm lý người dân khi họ nghĩ ung thư có thể lây truyền, đặc biệt là ung thư phổi có thể lây truyền qua hơi thở khi ở gần.

Khi gặp các vấn đề tâm lý, 86,7% NB chia sẻ các vấn đề tâm lý này với người thân và nhân viên y tế;

70,0% NB cảm thấy rất thoải mái và thoải mái sau khi được chia sẻ những vấn đề tâm lý của bản thân. Điều đó cho thấy, nhân viên y tế đã có sự gần gũi, thân thiện với NB, lắng nghe tâm tư nguyện vọng của NB. Qua đó, cũng đánh giá được sự hài lòng của NB với nhân viên y tế.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 30 NB ung thư phổi, điều trị chăm sóc giảm nhẹ tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Quân y 105, kết luận:

- Đa số NB ung thư phổi trên 60 tuổi (70,0%), là nam giới (80,0%).

- Các triệu chứng đau, khó thở, ho, buồn nôn/nôn, táo bón/tiêu chảy là các triệu chứng chính khiến NB cảm thấy khó chịu, gây ảnh hưởng nhiều tới chất lượng sống.

- Tất cả NB khi gặp phải các vấn đề gây khó chịu đều có phản ánh tới nhân viên y tế để kịp thời được hỗ trợ. Người bệnh khá hài lòng với sự hỗ trợ nhận được từ nhân viên y tế. Các triệu chứng đau, khó thở, mệt mỏi được cải thiện rõ rệt, dinh dưỡng cũng được thay đổi theo hướng tốt. NB thấy thoải mái tâm lý, sẵn sàng chia sẻ tâm tư nguyện vọng với nhân viên y tế, an tâm điều trị.

Qua kết quả nghiên cứu này, chúng tôi kiến nghị: Bệnh viện cần quan tâm tổ chức các buổi tập huấn nâng cao kỹ năng chăm sóc giảm nhẹ đối với NB ung thư cho các nhân viên y tế nhằm phát huy hơn nữa vai trò, chức năng của người điều dưỡng, nhất là chức năng độc lập, lấy NB làm trung tâm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hồ Thị Hoa (2012), *Thực trạng chăm sóc giảm nhẹ trên bệnh nhân ung thư được điều trị hóa chất tại Khoa Chăm sóc triệu chứng và điều trị đau*, Bệnh viện K cơ sở 2.

2. Trịnh Thị My (2018), *Thực trạng chăm sóc giảm nhẹ và một số yếu tố liên quan của điều dưỡng Bệnh viện Kiến An - Hải phòng*.

3. Bộ Y tế (2006), *Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ*, Nhà xuất bản Y học.

4. Nhóm tác giả Bệnh viện Đa khoa Hà Tĩnh, *Đánh giá nhu cầu chăm sóc bệnh nhân ung thư phổi điều trị hóa chất tại Bệnh viện Đa khoa Hà Tĩnh*.

5. Chăm sóc tâm lý bệnh nhân ung thư, <http://ungthubachmai.com.vn/kin-thuc-y-khoa/item/1337-chamsoc tam ly benh nhan ung thu.html>

6. Eric L Krakauer (2017), *Tài liệu tập huấn nâng cao: chăm sóc giảm nhẹ cho bệnh nhân HIV/AIDS và Ung thư ở Việt Nam*.

7. World Health Organization (2007), *Cancer control, Knowledge into action, Palliative care: WHO press, World Health Organization*. □

KHẢO SÁT THỰC TRẠNG NGUỒN NHÂN LỰC ĐIỀU DƯỠNG, HỘ SINH, KỸ THUẬT VIÊN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 87, NĂM 2020

CNDD. LÊ BÁ VĨNH, CNDD. CAO THỊ XUÂN THANH
CNDD. NGUYỄN THỊ LINH - *Bệnh viện Quân y 87*
Phản biện khoa học: (1) TS. NGUYỄN LAN ANH
(2) TS. NGUYỄN VĂN GIANG

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực trạng nguồn nhân lực điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên trong toàn Bệnh viện Quân y 87, từ tháng 10-11/2020 và đề xuất giải pháp nhằm củng cố hệ thống và nâng cao năng lực cho đội ngũ này. **Kết quả:** Tỷ lệ điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên làm việc tại khối lâm sàng là 68,3%, khối cận lâm sàng là 23,1% và khối cơ quan là 8,6%. Điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên có trình độ trung cấp chiếm tỷ lệ cao (50,6%). 28,5% điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên trưởng có trình độ trung cấp. 17,8% điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên là y sĩ đa khoa. 16,1% điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên chưa có chứng chỉ hành nghề, trong đó có 29 người (15,6%) đang trực tiếp tham gia chăm sóc người bệnh. 32,8% điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên có chứng chỉ tin học văn phòng; 24,1% có chứng chỉ ngoại ngữ. Phân bố điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên/bác sĩ chung toàn Bệnh viện là 2,7/1; điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên/giường bệnh là 1/2.

Từ khóa: Nguồn nhân lực điều dưỡng, Bệnh viện Quân y 87.

ABSTRACT: Cross-sectional descriptive study on the real situation of human resources, nurses, midwives, technicians in the entire Military hospital 87, from October to November 2020 and proposing solutions to reinforce the system and enhance capacity for this team. **Results:** The rate of nurses, midwives and technicians working in the clinical block was 68.3%, the subclinical block was 23.1% and the administrative block was 8.6%. The nurses, midwives, and technicians with intermediate qualifications accounted for a high proportion (50.6%). 28.5% of chief nurses, midwives, and technicians had intermediate qualifications. 17.8% of nurses, midwives, and technicians were general assistant doctors. 16.1% of nurses, midwives, and technicians did not have practice certificates, of which 29 persons (15.6%) were directly involved in taking care of patients. 32.8% of nurses, midwives, technicians had office informatics certificates; 24.1% had foreign language certificates. The distribution of nurses, midwives, technicians/ medical doctors in the whole hospital was 2.7/1; Nurses, midwives, technicians/hospital beds were 1/2.

Keywords: Nursing human resources, Military hospital 87.

Chịu trách nhiệm nội dung: CNDD. Lê Bá Vĩnh, SĐT: 0965877714

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Ngày nay, công tác điều dưỡng đã khẳng định được vị trí, vai trò và tầm quan trọng trong lĩnh vực điều trị, chăm sóc sức khỏe của nền y tế ở nhiều quốc gia. Tổ chức Y tế thế giới cũng khẳng định rằng, điều dưỡng là xương sống của bất kỳ hệ thống dịch vụ y tế nào [7].

Tại Bệnh viện Quân y 87, các chuyên ngành điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên (ĐD-HS-KTV) những năm gần đây đã từng bước thay đổi, vươn lên, góp phần tích cực vào sự phát triển của Bệnh viện nói chung và vào công tác điều trị, chăm sóc, nâng cao sức khỏe người bệnh nói riêng. Tuy nhiên, bên cạnh đó, vẫn còn tồn tại nhiều vấn đề bất cập trong hoạt động điều dưỡng, như nguồn nhân lực này được đào tạo tại nhiều cơ sở đa dạng, cả trong và ngoài quân đội, nên trình độ

chuyên môn không đồng đều; việc sắp xếp nhân lực chưa hợp lý theo nghiệp vụ được đào tạo, tại một số bộ phận chưa phù hợp. Song, tình trạng này còn chưa được khảo sát thống kê, đánh giá cụ thể.

Góp phần đánh giá tình hình nhân lực của Bệnh viện Quân y 87 và đề xuất giải pháp củng cố hệ thống, nâng cao năng lực đội ngũ ĐD-HS-KTV trong toàn Bệnh viện, chúng tôi triển khai đề tài này nhằm khảo sát thực trạng nguồn nhân lực ĐD-HS-KTV tại Bệnh viện Quân y 87, năm 2020.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

186 ĐD-HS-KTV đang công tác tại Bệnh viện Quân y 87, từ tháng 10-11/2020. Tất cả ĐD-HS-KTV (sau đây gọi tắt là đối tượng nghiên cứu - ĐTNC) đều đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Phương pháp: chọn mẫu thuận tiện.
- Phương pháp thu thập số liệu: sử dụng phiếu khảo sát các ĐTNC theo mẫu định sẵn; so sánh số liệu quản lý của cơ quan quân lực và Ban ĐD Bệnh viện tại thời điểm nghiên cứu (tháng 10 và tháng 11/2020).

- Đạo đức: đề tài được thông qua hội đồng đạo đức Bệnh viện. Các ĐTNC đều được giải thích rõ mục đích, yêu cầu trước khi tham gia nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: bằng phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 16.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Phân bố nguồn nhân lực ĐD-HS-KTV tại Bệnh viện Quân y 87:

Bảng 1. Phân loại ĐTNC theo đặc điểm giới tính, nhóm tuổi, khối làm việc.

Đặc điểm		Khối lâm sàng		Khối cận lâm sàng		Khối cơ quan		Toàn Bệnh viện	
		Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
Giới tính	Nam	41	22,0	17,0	9,1	7	3,8	65	35,0
	Nữ	86	46,2	26	14	9	4,8	121	65,0
Nhóm tuổi	Dưới 25 tuổi	14	7,5	9	4,8	1	0,53	24	12,9
	Từ 25-45 tuổi	105	56,5	28	15,0	12	6,4	145	78,0
	Trên 45 tuổi	8	4,3	6	3,2	3	1,61	17	9,1
Tổng		127	68,3	43	23,1	16	8,6	186	100

Tỉ lệ ĐTNC là nam giới (35,0%) ít hơn so với nữ giới (65,0%); đa số từ 25-45 tuổi (78,0%).

Bảng 2. Trình độ chuyên môn của ĐTNC.

Trình độ học vấn	Khối lâm sàng		Khối cận lâm sàng		Khối cơ quan		Toàn viện	
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
Đại học	3	1,6	05	2,7	03	1,6	11	5,9
Cao đẳng	52	28,0	21	11,3	06	3,2	79	42,5
Trung cấp	71	38,2	16	8,6	07	3,8	94	50,6
Sơ cấp	1	0,5	1	0,5	0	0	2	1,0
Tổng	127	68,3	43	23,1	16	8,6	186	100

Đa số ĐD-HS-KTV làm việc tại khối lâm sàng (68,3%), có trình độ học vấn trung cấp (50,6%).

Bảng 3. Phân bố trình độ đào tạo của ĐTNC theo chuyên môn nghiệp vụ.

Trình độ đào tạo	Điều dưỡng		Hộ sinh		Kỹ thuật viên		Y sĩ đa khoa	
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
Đại học	6	6,2	1	11,1	3	6,4	0	0
Cao đẳng	57	58,7	5	55,6	17	36,2	0	0
Trung cấp	33	34,0	3	33,3	26	55,3	33	100
Sơ cấp	1	1,03	0	0	01	2,1	0	0
Tổng	97	52,1	9	4,8	47	25,3	33	17,8

Chuyên môn nghiệp vụ ĐD chiếm tỉ lệ cao nhất (52,1%), tiếp đến là KTV (25,3%) và y sĩ đa khoa (17,8%), tỉ lệ thấp nhất là hộ sinh (4,8%).

Trong 186 ĐD-HS-KTV nghiên cứu, 156 người (83,9%) đã có chứng chỉ hành nghề y-dược, 30 người (16,1%) chưa có chứng chỉ hành nghề y-dược (trong số chưa có chứng chỉ hành nghề y-dược, vẫn có 29 ĐD-HS-KTV trực tiếp tham gia nhiệm vụ chuyên môn). Cùng với nghiệp vụ chuyên môn, 61 người (32,8%) đã có chứng chỉ tin học văn phòng, 125 người (67,2%) chưa có chứng chỉ tin học văn phòng; 45 người (24,1%) đã có chứng chỉ ngoại ngữ, 141 người (75,9%) chưa có chứng chỉ ngoại ngữ.

Tỉ lệ phân bố ĐD-HS-KTV so với bác sĩ chung toàn Bệnh viện: đạt tỉ lệ 2,7/1.

Phân bố ĐD-HS-KTV/giường bệnh: đạt tỉ lệ 1/2.

2. Hệ thống tổ chức của Ban ĐD và ĐD trưởng khoa:

- Hệ thống tổ chức nhân lực Ban ĐD: biên chế 3 người, gồm trưởng ban và 01 trợ lý kĩ thuật ĐD, 01 trợ lý chế độ bệnh viện.

- ĐD trưởng khoa: 21 người.

Bảng 4. Trình độ chuyên môn của cán bộ, nhân viên Ban ĐD và ĐD trưởng khoa.

Trình độ chuyên môn	CB, NV Ban ĐD (n = 3)	ĐD trưởng khoa (n = 21)
Đại học	1 (33,3%)	1 (4,8%)
Cao đẳng	2 (66,7%)	14 (66,7%)
Trung học	0	6 (28,5%)
Tổng	3 (100%)	21 (100%)

Đa số CB, CS Ban ĐD và ĐD trưởng khoa có trình độ cao đẳng (đều chiếm 66,7%).

Bảng 5. Chứng chỉ quản lí ĐD của cán bộ, nhân viên Ban ĐD và ĐD trưởng khoa.

Chứng chỉ quản lí ĐD	Có	Không
CB, NV Ban ĐD (n = 3)	1 (33,3%)	2 (66,7%)
ĐD trưởng khoa (n = 21)	4 (19,0%)	17 (81,0%)

Tỉ lệ ĐTNC có chứng chỉ quản lí ĐD còn thấp, Ban ĐD là 33,3% và ĐD trưởng khoa là 19,0%.

Bảng 6. Chứng chỉ ngoại ngữ của CB, NV Ban ĐD và ĐD trưởng khoa.

Chứng chỉ ngoại ngữ	CB, NV Ban ĐD (n = 3)	ĐD trưởng khoa (n = 21)
Tiếng Anh A	0	5 (23,8%)
Tiếng Anh B	1 (33,3%)	2 (9,5%)
Tổng	1 (33,3%)	7 (33,3%)

Tỉ lệ cán bộ, nhân viên Ban ĐD, ĐD trưởng khoa có chứng chỉ ngoại ngữ đều 33,3%, nhưng đều là chứng chỉ tiếng Anh (A và B), không ĐTNC nào có trình độ ngoại ngữ C hay ngoại ngữ khác.

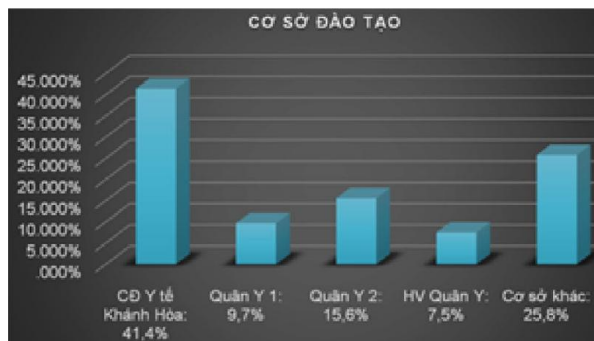
Bảng 7. Chứng chỉ tin học văn phòng của cán bộ, nhân viên Ban ĐD, ĐD trưởng khoa.

Tin học văn phòng	Có	Không
CB, NV Ban ĐD (n = 3)	2 (66,7%)	01 (33,3%)
ĐD trưởng khoa (n = 21)	09 (42,9%)	12 (57,1%)

Tỉ lệ cán bộ, nhân viên Ban ĐD, ĐD-HS-KTV trưởng khoa có chứng chỉ tin học văn phòng còn thấp, Ban ĐD là 66,7% và ĐD-HS-KTV trưởng khoa là 42,9%.

- Các cơ sở đã qua đào tạo của ĐD-HS-KTV:

Có tới 34 cơ sở trên cả nước đào tạo đội ngũ ĐD-HS-KTV của Bệnh viện.



Các cơ sở ĐTNC đã qua đào tạo.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Nguồn nhân lực ĐD-HS-KTV tại Bệnh viện:

- Nguồn nhân lực ĐD-HS-KTV tại Bệnh viện Quân y 87 hiện có 186 người, tỉ lệ nữ giới (65,0%) nhiều hơn nam giới (35,0%); tương tự kết quả nghiên cứu của Trần Thanh Thủy tại Bệnh viện Đa khoa huyện Gia Viễn, Ninh Bình năm 2015 (68,5% là nữ) [6]. Độ tuổi chủ yếu của ĐTNC từ 25-45 tuổi (78,0%); rất phù hợp với cơ cấu lao động của Bệnh viện, vừa duy trì được nguồn nhân lực có độ tuổi vững vàng về chuyên môn, vừa có đội ngũ kế cận hợp lí. Lứa tuổi này là lực lượng lao động năng động, nhiệt huyết, sáng tạo, có sức khỏe và khả năng học hỏi cao, có khả năng đóng góp lâu dài cho sự phát triển của Bệnh viện. Tuy nhiên, với tỉ lệ nữ cao, đa số trong độ tuổi trẻ (tuổi sinh đẻ) lại là thách thức lớn trong việc bố trí nhân lực để khắc phục sự thiếu hụt cục bộ do sẽ phải nghỉ thai sản theo chế độ.

- ĐTNC có 68,3% đang công tác tại các khoa lâm sàng; phù hợp với quy định tại Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV (tỉ lệ ĐD-HS-KTV khối lâm sàng chiếm 60-65%) [1].

- 50,6% ĐD-HS-KTV có trình độ trung cấp; cao hơn so với nghiên cứu của Đinh Thị Hồng Vân tại Bệnh viện Quân y 175 năm 2020 (17,8%) [4]. Điều này đòi hỏi Bệnh viện phải có kế hoạch và lộ trình đào tạo phù hợp, đáp ứng quy định theo Thông tư liên tịch 26/2015/TTLT-BYT-BNV [4]. 42,5% ĐTNC có trình độ cao đẳng và 5,9% có trình độ đại học; thấp hơn báo cáo của Phùng Thị Phương khảo sát trong toàn quân năm 2020 (nhóm đại học chiếm 10,13%) [5].

- 16,1% ĐD-HS-KTV chưa có chứng chỉ hành nghề, trong đó có 29 người vẫn trực tiếp làm chuyên môn (chiếm 15,6%). Tỉ lệ ĐD-HS-KTV có chứng chỉ ngoại ngữ và chứng chỉ tin học văn phòng toàn Bệnh viện thấp (24,2% và 32,8%). Do đó, Bệnh viện cần có kế hoạch đào tạo phù hợp, nhằm đáp ứng tốt nhiệm vụ trong tình hình mới (Bệnh viện đã áp dụng công nghệ thông tin vào công tác quản lí

bệnh viện, bước đầu quản lý hồ sơ bệnh án, khám bệnh, kê đơn...).

- Y sĩ đa khoa còn chiếm tỉ lệ cao (33 người, chiếm 17,8%). Đây là lực lượng đòi hỏi Bệnh viện phải sớm có kế hoạch đào tạo chuyển đổi để phù hợp với quy định nghiệp vụ của Bộ Y tế.

- Tỉ lệ ĐD-HS-KTV/bác sĩ là 2,7/1; cao hơn báo cáo của Đinh Thị Hồng Vân tại Bệnh viện Quân y 175 năm 2020 (tỉ lệ 1,72/1) [4]. Đây là một lợi thế lớn của Bệnh viện Quân y 87. Tỉ lệ chăm sóc ĐD-HS-KTV/1 giường bệnh là 1/2; cao hơn so với báo cáo năm 2017 của Cục Quản lý khám, chữa bệnh (tỉ lệ trung bình trên toàn quốc là 1/3) và báo cáo của Đinh Thị Hồng Vân tại Bệnh viện Quân y 175 năm 2020 (tỉ lệ 1/4) [3], [4]. Đây cũng là điều kiện thuận lợi để Bệnh viện Quân y 87 nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh.

4.2. Hệ thống tổ chức của Ban ĐD, ĐD trưởng khoa:

- Áp dụng mẫu biên chế cũ, Ban ĐD hiện biên chế 3 người, gồm 1 trưởng ban, 1 trợ lý kỹ thuật ĐD, 1 trợ lý chế độ bệnh viện; nhưng Bệnh viện chưa biên chế ĐD trưởng khối. Biểu biên chế này chưa phù hợp với điều kiện thực tế của bệnh viện hạng I hiện nay, cũng như biểu biên chế theo mẫu quy định chung của Bộ Y tế.

- Chỉ có 19,0% ĐD trưởng khoa được đào tạo về quản lý ĐD; thấp hơn so với báo cáo của Cục Quản lý khám, chữa bệnh năm 2017 ở các bệnh viện trực thuộc cấp Sở ở các tỉnh (78% ĐD trưởng có chứng chỉ quản lý ĐD) [3]; báo cáo của Phùng Thị Phương năm 2020 (38,45% ĐD trưởng các bệnh viện toàn quốc có chứng chỉ quản lý ĐD) [5]; thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Đinh Thị Hồng Vân tại Bệnh viện Quân y 175 năm 2020 (96% ĐD trưởng khoa được đào tạo về quản lý ĐD) [4]. Đây là một hạn chế lớn đối với lực lượng làm công tác quản lý và lãnh đạo ĐD của Bệnh viện Quân y 87.

- Tỉ lệ có chứng chỉ tin học văn phòng còn rất thấp (ở Ban ĐD là 66,7%; ĐD trưởng khoa là 42,9%). Đây là mặt hạn chế lớn trong quá trình làm việc của cán bộ, nhân viên Ban ĐD và các ĐD trưởng. Đội ngũ ĐD trưởng khoa có trình độ cao đẳng, đại học chiếm 71,5%; thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Đinh Thị Hồng Vân tại Bệnh viện Quân y 175 năm 2020 (100% ĐD trưởng có trình độ đại học và cao đẳng, trong đó, trình độ đại học 71,7%, chuyên khoa I là 6,5%, thạc sĩ chiếm tới 10,9%) [4].

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 186 ĐD-HS-KTV công tác tại Bệnh viện Quân y 87, từ tháng 10-11/2020, kết luận:

- ĐD-HS-KTV làm việc tại khối lâm sàng là 68,3%, khối cận lâm sàng là 23,1% và khối cơ quan

là 8,6%. ĐD-HS-KTV có trình độ trung cấp chiếm tỉ lệ cao (50,6%). 28,5% ĐD trưởng có trình độ trung cấp trên tổng số ĐD trưởng khoa toàn Bệnh viện. 17,8% ĐTNC là y sĩ đa khoa. 16,1% ĐTNC chưa có chứng chỉ hành nghề, trong đó có 29 người (15,6%) đang trực tiếp hoạt động chuyên môn. 32,8% ĐTNC có chứng chỉ tin học văn phòng (riêng nhóm ĐD trưởng khoa mới đạt 42,9%). 24,1% ĐTNC có chứng chỉ ngoại ngữ. Tỉ lệ phân bổ ĐD-HS-KTV/bác sĩ chung toàn Bệnh viện là 2,7/1; tỉ lệ ĐD-HS-KTV/giường bệnh là 1/2.

Từ kết quả trên, chúng tôi đề xuất một số giải pháp nhằm củng cố hệ thống và nâng cao năng lực đội ngũ ĐD-HS-KTV trong toàn Bệnh viện:

- Khuyến khích đào tạo nâng cao tỉ lệ có trình độ cao đẳng, đại học, sau đại học; tạo điều kiện cho lực lượng y sĩ đa khoa được học chuyển đổi sang nghiệp vụ ĐD.

- Quan tâm đào tạo nâng cao năng lực quản lý ĐD cho đội ngũ làm công tác quản lý ĐD và ĐD trưởng khoa; xem xét bổ nhiệm ĐD trưởng khối chuyên trách; cân đối sắp xếp lại tổng thể hệ thống lực lượng ĐD-HS-KTV trong toàn bệnh viện, khắc phục triệt để tình trạng thừa-thiếu cục bộ tại các khoa hiện nay.

- Bảo đảm 100% ĐD có chứng chỉ hành nghề; tăng cường kiểm tra, giám sát việc thực hiện theo quy trình về công tác ĐD trong toàn Bệnh viện.

- Củng cố, hoàn thiện thống nhất tổ chức biên chế theo quy định, bảo đảm yêu cầu chăm sóc người bệnh theo đúng hướng dẫn tại Thông tư 07/2011/TT-BYT; bố trí ĐD-HS-KTV làm việc theo đúng chứng chỉ hành nghề, văn bằng và chức danh nghề nghiệp.

TÀI LIỆU KHAM KHẢO:

1. Bộ Y tế - Bộ Nội vụ (2007), *Hướng dẫn định mức biên chế trong các cơ sở y tế*, Thông tư liên tịch số 08/2007/TT-BYT-BNV.

2. Bộ Y tế - Bộ Nội vụ (2015), *Quy định mã số, tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp ĐD-HS-KTV*, Thông tư liên tịch số 26/2015/TT-BYT-BNV.

3. Cục Quản lý khám chữa bệnh, Bộ Y tế (2017), *Thực trạng công tác điều dưỡng 2017 và nhiệm vụ trọng tâm 2018-2019*.

4. Đinh Thị Hồng Vân (2020), *Tổng quan định hướng phát triển công tác điều dưỡng Bệnh viện Quân y 175, 2021-2025*.

5. Phùng Thị Phương (2020), *Công tác điều dưỡng quân đội và định hướng phát triển giai đoạn 2020-2025*, Cục quân y.

6. Trần Thanh Thủy (2015), *Nâng cao chất lượng nguồn nhân lực y tế tại Bệnh viện Đa khoa huyện Gia Viễn, tỉnh Ninh Bình*.

7. WHO (2020), *The State of the World's Nursing*. □

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ NHIỄM KHUẨN VẾT MỔ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 110, NĂM 2019

ThS. NGUYỄN VĂN HOÀN, BS. BÙI VĂN HƯỜNG
CNDD. NGUYỄN VĂN CHUNG, CN. NGUYỄN NGỌC TIẾN
Bệnh viện Quân y 110

Phản biện khoa học: (1) TS. NGUYỄN CHÍNH PHONG
(2) TS. NGUYỄN LAN ANH

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang thực trạng và tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ trên 186 bệnh nhân phẫu thuật tại Bệnh viện Quân y 110, từ 15/01/2019 đến 30/12/2019. Kết quả: Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ chung là 12,9%. Các yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ là: bệnh nhân trên 60 tuổi (20,4%), phẫu thuật bẩn (37,5%), phẫu thuật mở (17,9%), phẫu thuật cấp cứu (24,0%) và không sử dụng kháng sinh dự phòng (26,3%). Trong phẫu thuật tiêu hóa, tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ do *E. coli* là 20,0%. Trong phẫu thuật tiết niệu, tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ do *E. coli* là 33,3%, do *K. pneumoniae* là 11,1%. Trong phẫu thuật chấn thương chi, tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ do *K. pneumoniae* là 20,0%. Sau phẫu thuật, phòng mổ tiết niệu bị ô nhiễm không khí cao nhất (400 cfu/m³ không khí), tiếp đến là phòng mổ chấn thương (300 cfu/m³ không khí). Chỉ có phòng mổ nội soi khớp có chỉ số vi khuẩn (100 cfu/m³ không khí) đạt tiêu chuẩn phòng mổ sạch.

Từ khóa: Phẫu thuật, nhiễm khuẩn vết mổ, yếu tố nguy cơ

ABSTRACT: Prospective study and cross-sectional description of the real situation and research some risk factors for wound infection in 186 surgical patients at the Military hospital 110, from January 15, 2019 to December 30, 2019. **Results:** The rate of wound infection, in general, was 12.9%. The risk factors for increasing the incidence of wound infections were: the age of patients over 60 years (20.4%), dirty surgery (37.5%), open surgery (17.9%), emergency surgery (24.0%) and not using prophylactic antibiotics (26.3%). In gastrointestinal surgery, the incidence of wound infections caused by *E.coli* was 20.0%. In urinary surgery, the incidence of wound infections caused by *E. coli* was 33.3%, and by *K.pneumoniae* was 11.1%. In limb trauma surgery, the incidence of wound infections caused by *K.pneumoniae* was 20.0%. After the surgery, the urinary operating room had the highest air pollution (400 cfu/m³ of air), followed by the trauma operating room (300 cfu/m³ of air). Only the joint endoscopic operating room had the bacteria index (100 cfu/m³ of air) met the clean operating room standards.

Keywords: Surgery, wound infection, risk factors

Chịu trách nhiệm nội dung: CNDD. Hoàng Văn Quang, SĐT: 0979474198.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là một biến chứng sau phẫu thuật, rất thường gặp trong các bệnh viện và chiếm tỷ lệ cao trong số các ca bị nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV). Tại Hoa Kỳ, hằng năm có khoảng 500.000 bệnh nhân (BN) bị NKVM, chiếm tỷ lệ 2-5% BN được phẫu thuật. NKVM làm tăng thời gian điều trị trung bình ở người bệnh được phẫu thuật là 8,2 ngày, tăng chi phí điều trị từ 3.000-29.000 USD tùy theo loại phẫu thuật và tác nhân gây bệnh [6]. Tại Việt Nam, NKVM chiếm 30% các NKBV, làm tăng gấp đôi thời gian nằm viện và chi phí điều trị [3]. Trong các bệnh viện quân y, một số nghiên cứu về NKVM cũng đã được công bố vào những năm gần đây. nghiên cứu của Đinh Vạn Trung năm 2015 Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trên 1.911 BN phẫu thuật sạch và sạch nhiễm sử dụng phác đồ kháng sinh dự phòng cho thấy, tỷ lệ NKVM là 0,94%. Các yếu tố nguy cơ có liên quan

chặt chẽ đến tỷ lệ NKVM là tuổi cao, bệnh mạn tính, thời gian phẫu thuật kéo dài, kháng sinh dự phòng, vệ sinh tay... [3], [5].

Bệnh viện Quân y 110 cho tới nay chưa có nghiên cứu đánh giá cụ thể nào về tình hình và căn nguyên gây NKVM cũng như các yếu tố nguy cơ. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu đánh giá thực trạng và một số yếu tố nguy cơ liên quan đến NKVM tại Bệnh viện Quân y 110.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

186 BN phẫu thuật tại Khoa Ngoại Chấn thương và Ngoại chung có thời gian điều trị hậu phẫu ≥ 48 giờ của Bệnh viện Quân y 110 từ 15/01/2019 đến 30/12/2019.

Loại trừ BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiền cứu, mô tả, cắt ngang.

- Phương pháp tiến hành, thu thập số liệu: quan sát vết mổ bị nhiễm khuẩn, ghi vào phiếu giám sát NKVM dựa trên mẫu phiếu điều tra của Bộ Y tế đã được triển khai áp dụng trong các nghiên cứu về NKVM. Đánh giá mức độ NKVM được bác sĩ tổ giám sát thực hiện kiểm tra đánh giá trực tiếp và điền vào bộ phiếu điều tra. Các dữ liệu trên được thu thập trong suốt thời gian nghiên cứu. Các thông tin liên quan đến người bệnh như tuổi, phương pháp PT, loại PT, vị trí phẫu thuật...

- Xét nghiệm vi sinh vật: dụng cụ lấy mẫu, đĩa thạch thường, thạch máu, bệnh phẩm là máu, dịch lấy trực tiếp tại vết mổ, cấy khuẩn không khí trong

phòng mổ. Nuôi cấy định danh vi khuẩn do Khoa Xét nghiệm - Giải phẫu bệnh lý của Bệnh viện thực hiện.

- Xác định NKVM theo tiêu chuẩn của CDC (Centers for Disease Control-American) kết hợp với chẩn đoán của bác sĩ điều trị [6].

- Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu được hội đồng đạo đức bệnh viện thông qua. Thông tin BN được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0. Các tham số chính được tính toán bao gồm tần suất, trung bình, độ lệch chuẩn, khoảng tin cậy 95% được áp dụng cho toàn bộ các test. Nhận định có sự khác biệt khi giá trị $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

Bảng 1. Liên quan giữa NKVM với tuổi và giới tính.

Yếu tố liên quan		Có NKVM	Không NKVM	Tổng	p
Tuổi	Dưới 30 tuổi	3 (7,5%)	37 (92,5%)	40 (21,5%)	< 0,05
	30-60 tuổi	10 (10,9%)	82 (89,1%)	92 (49,5%)	
	Trên 60 tuổi	11 (20,4%)	43 (79,6%)	54 (29,0%)	
Giới tính	Nam	13 (11,2%)	103 (88,8%)	116 (62,4%)	> 0,05
	Nữ	11 (15,7%)	59 (84,3%)	70 (37,6%)	

Nhóm BN trên 60 tuổi có nguy cơ NKVM cao hơn nhóm BN dưới 30 tuổi (20,4% so với 7,5%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nguy cơ NKVM không có sự khác nhau giữa nam giới và nữ giới ($p > 0,05$).

Bảng 2. Liên quan giữa NKVM với nhóm cơ quan được phẫu thuật.

Nhóm cơ quan	Có NKVM	Không NKVM	Tổng	p
Tiêu hóa	6 (10,0%)	54 (90,0%)	60 (32,2%)	> 0,05
Tiết niệu	7 (14,9%)	40 (85,1%)	47 (25,3%)	
Chấn thương	11 (13,9%)	68 (86,1%)	79 (42,5%)	
Tổng	24 (12,9%)	162 (87,1%)	186 (100%)	

Tỉ lệ NKVM cao nhất thuộc nhóm BN phẫu thuật tiết niệu (14,9%), tiếp đến là nhóm phẫu thuật chấn thương (13,9%), nhóm phẫu thuật tiêu hóa (10,0%). Có sự khác nhau giữa các nhóm nhưng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3. Liên quan giữa NKVM với loại phẫu thuật.

Loại phẫu thuật	Có NKVM	Không NKVM	Tổng	p
Sạch	1 (2,7%)	36 (97,3%)	37 (19,9%)	< 0,05
Sạch nhiễm	5 (5,8%)	81 (94,2%)	86 (46,2%)	
Nhiễm	3 (13,0%)	20 (87,0%)	23 (12,4%)	
Bẩn	15 (37,5%)	25 (62,5%)	40 (21,5%)	
Tổng	24 (12,9%)	162 (87,1%)	186 (100%)	

Tỉ lệ NKVM ở nhóm phẫu thuật bẩn là 37,5 %, cao hơn rõ rệt tất cả các nhóm khác, khác biệt với $p < 0,05$.

Bảng 4. Liên quan giữa NKVM với phương pháp phẫu thuật.

Phương pháp phẫu thuật	Có NKVM	Không NKVM	Tổng	p
Nội soi	9 (8,9%)	92 (91,1%)	101 (54,3%)	< 0,05
Mở	15 (17,6%)	70 (82,4%)	85 (45,7%)	
Tổng	24 (12,9%)	162 (87,1%)	186 (100%)	

Phẫu thuật nội soi có tỉ lệ NKVM là 8,9%, phẫu thuật mở là 17,6%. Khác biệt giữa hai phương pháp rất rõ rệt ($p < 0,05$).

Bảng 5. Liên quan giữa NKVM với kế hoạch và thời gian phẫu thuật.

Yếu tố liên quan		Có NKVM	Không NKVM	Tổng	p
Kế hoạch phẫu thuật	Có kế hoạch	13 (9,3%)	127 (90,7%)	140 (75,3%)	< 0,05
	Cấp cứu	11 (24,0%)	35 (76,0%)	46 (24,7%)	
Thời gian phẫu thuật	< 120 phút	21 (12,5%)	147 (87,5%)	168 (90,3%)	> 0,05
	≥ 120 phút	3 (16,7%)	15 (83,3%)	18 (9,7%)	

Tỉ lệ NKVM ở BN phẫu thuật cấp cứu là 24,0%, lớn hơn rất nhiều so với BN phẫu thuật theo kế hoạch ($p < 0,05$).

Bảng 6. Liên quan giữa NKVM với việc sử dụng kháng sinh dự phòng.

Sử dụng kháng sinh dự phòng	Có NKVM	Không NKVM	Tổng	p
Có	14 (9,5%)	134 (90,5%)	148 (79,6%)	< 0,05
Không	10 (26,3%)	28 (73,7%)	38 (20,4%)	
Tổng	24 (12,9%)	162 (87,1%)	186 (100%)	

Nhóm không sử dụng kháng sinh dự phòng có tỉ lệ NKVM (26,3%) lớn hơn rõ rệt so với nhóm có sử dụng kháng sinh dự phòng (9,5%), khác biệt với $p < 0,05$.

Bảng 7. Phân bố loại vi khuẩn gây NKVM theo nhóm cơ quan phẫu thuật.

Cơ quan phẫu thuật	<i>E. coli</i>	<i>K. pneumoniae</i>	Vi khuẩn khác	Tổng
Tiêu hóa	1 (20,0%)	0	4 (80,0%)	05 (20,8%)
Tiết niệu	3 (33,3%)	1 (11,1%)	5 (55,6%)	09 (37,5%)
Chấn thương	0	2 (20,0%)	8 (80,0%)	10 (41,7%)
Tổng	4 (16,7%)	3 (12,5%)	17 (70,8%)	24 (100%)

Trong phẫu thuật tiêu hóa, tỉ lệ NKVM do *E. coli* là 20,0%. Trong phẫu thuật tiết niệu, tỉ lệ NKVM do *E. coli* là 33,3%, do *K. pneumoniae* là 11,1%. Trong phẫu thuật chấn thương xương khớp, tỉ lệ NKVM do *K. pneumoniae* là 20,0%.

Bảng 8. Kết quả phân lập vi khuẩn trong không khí phòng mổ.

Phòng mổ	Phân lập vi khuẩn trong không khí		p
	Trước phẫu thuật (cfu/m ³)	Sau phẫu thuật (cfu/m ³)	
Phòng mổ 1 (Tiết niệu)	35	400	> 0,05
Phòng mổ 2 (Ngoại chung)	20	200	
Phòng mổ 5 (Chấn thương)	30	300	
Phòng mổ 6 (Nội soi khớp)	10	100	

Không khí phòng mổ tiết niệu bị ô nhiễm cao nhất (400 cfu/m³ không khí), tiếp đến là phòng mổ chấn thương (300 cfu/m³ không khí) và phòng mổ số 2 (200 cfu/m³ không khí). Chỉ có phòng mổ nội soi khớp có mật độ vi khuẩn trong không khí là đạt yêu cầu (100 cfu/m³ không khí).

4. BÀN LUẬN.

Nghiên cứu thực trạng NKVM trên 186 BN được phẫu thuật tại Khoa Ngoại chung và Ngoại chấn thương. Kết quả bảng 1 thấy, tỉ lệ NKVM tăng dần theo tuổi, tuổi càng cao nguy cơ NKVM càng tăng. Tỉ lệ NKVM nhóm BN trên 60 tuổi (20,4%) cao hơn so với nhóm BN dưới 30 tuổi (7,5%), khác biệt với $p < 0,05$. Chúng tôi cho rằng, BN cao tuổi thì sức đề kháng yếu, mắc nhiều bệnh mạn tính kèm theo, sự liền vết thương chậm. nghiên cứu chỉ ra, tỉ lệ

NKVM giữa BN nam và BN nữ không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$); phù hợp với kết quả nghiên cứu của Kiều Chí Thành năm 2016 tại 3 bệnh viện quân đội là Bệnh viện Quân y 87, Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 [5].

Kết quả bảng 2, nhóm BN phẫu thuật tiết niệu có tỉ lệ NKVM cao nhất (14,9%), tiếp đến là nhóm BN phẫu thuật chấn thương (13,9%), trong đó, đa số là bệnh nhân có gãy hở, phức tạp, vết thương dập nát nhiều và đến muộn. Tỉ lệ NKVM thấp nhất là nhóm BN phẫu thuật tiêu hóa (10,0%). Sự khác nhau giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Về phân loại phẫu thuật, kết quả bảng 3 thấy, tỉ lệ NKVM nhóm phẫu thuật bần rất cao (37,5%), thường là những chấn thương đến muộn (trên 6 giờ), thủng tạng rỗng, vết thương có hoại

tử tổ chức; tỉ lệ NKVM thấp nhất ở BN phẫu thuật sạch (2,7%). Khác biệt giữa hai nhóm rất rõ rệt ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Đinh Vạn Trung tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2015 thấy, phẫu thuật bẩn bị NKVM chiếm 22,7%.

Kết quả bảng 4 cho thấy, khác nhau về tỉ lệ NKVM giữa nhóm phẫu thuật mở và phẫu thuật nội soi (17,6% so với 8,9%) có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,05$). Điều này cho thấy, phẫu thuật nội soi sẽ hạn chế được nguy cơ NKVM. Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Đinh Vạn Trung tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2015 (tỉ lệ NKVM ở BN phẫu thuật nội soi chiếm 3,58% [3]).

Kết quả bảng 5 thấy, có sự khác biệt rõ rệt về tỉ lệ NKVM giữa mổ phôi và mổ cấp cứu (9,3% và 24,0%; $p < 0,05$); phù hợp với nhiều nghiên cứu của các bệnh viện quân đội khác (mổ cấp cứu có tỉ lệ NKVM là 12,5% [5]). Có thể do mổ cấp cứu cần tiến hành nhanh và không có thời gian chuẩn bị đầy đủ như mổ có kế hoạch, như nhiều ca không được dùng kháng sinh kịp thời, vệ sinh trước mổ, đến muộn khi vết thương bị phơi nhiễm quá 6 giờ... Nghiên cứu chỉ ra, thời gian phẫu thuật càng dài thì nguy cơ NKVM càng cao. BN có thời gian phẫu thuật ≥ 120 phút (16,7%) cao hơn nhóm BN có thời gian phẫu thuật < 120 phút (12,5%), khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả bảng 6 thấy, nhóm BN không sử dụng kháng sinh dự phòng có tỉ lệ NKVM (26,3%) cao hơn rõ rệt so với nhóm BN được sử dụng KSDP (9,5%), khác biệt với $p < 0,05$. Điều này chỉ ra, sử dụng kháng sinh dự phòng nhằm hạn chế tỉ lệ NKVM sau phẫu thuật [4].

Tìm hiểu yếu tố vi sinh vật gây NKVM, chúng tôi thấy (bảng 7), trong phẫu thuật tiêu hóa, tỉ lệ NKVM do *E. Coli* là 20,0%; trong phẫu thuật tiết niệu, tỉ lệ NKVM do *E. Coli* là 33,3%, do *K. Pneumoniae* là 11,1%; trong phẫu thuật chấn thương xương khớp, tỉ lệ NKVM do *K. Pneumoniae* là 20,0%. Nghiên cứu của Đinh Vạn Trung tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 thấy, căn nguyên gây NKVM do *E. Coli* chiếm tỉ lệ cao nhất (22,2%) trong các biến chứng NKVM sau phẫu thuật [4].

Kết quả nghiên cứu về ô nhiễm không khí phòng mổ (bảng 8) thấy, trước phẫu thuật, tất cả phòng mổ đều đạt tiêu chuẩn cho phép về không khí trong phòng mổ (chưa có bệnh nhân là < 35 cfu/m³). Tuy nhiên, sau phẫu thuật, tất cả các mẫu cấy môi trường đều phát hiện có vi khuẩn. Trong đó, không khí phòng mổ tiết niệu bị ô nhiễm cao nhất (400 cfu/m³ không khí), tiếp đến là phòng mổ chấn thương (300 cfu/m³ không khí). Sự khác biệt về số vi khuẩn/m³ không khí giữa các phòng mổ là chưa rõ rệt ($p > 0,05$). Trong số các phòng mổ nghiên cứu, chỉ có phòng mổ nội soi khớp có số vi khuẩn (100 cfu/m³ không khí) là đạt tiêu chuẩn

phòng mổ sạch (< 180 cfu/m³ không khí) [1]. Kết quả nghiên cứu của Phan Quốc Hoàn năm 2016 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 thấy, sau mỗi ngày mổ sự ô nhiễm vi sinh vật trong không khí của các phòng mổ luôn cao hơn mức cho phép, sau khi vệ sinh bề mặt và phun khử khuẩn không khí, mức độ ô nhiễm giảm dưới mức tiêu chuẩn [2].

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 186 BN phẫu thuật tại Khoa Ngoại Chấn thương và Khoa Ngoại chung, Bệnh viện Quân y 110, từ 15/3/2019 đến 30/12/2019, kết luận:

- Tỉ lệ NKVM chung là 12,9%. Các yếu tố nguy cơ làm tăng tỉ lệ NKVM: BN trên 60 tuổi (20,4%), phẫu thuật bẩn (37,5%), phẫu thuật mở (17,9%), phẫu thuật cấp cứu (24,0%) và không sử dụng kháng sinh dự phòng (26,3%).

- Trong phẫu thuật tiêu hóa: tỉ lệ NKVM do *E. coli* là 20,0%. Trong phẫu thuật tiết niệu: tỉ lệ NKVM do *E. coli* là 33,3%, do *K. pneumoniae* là 11,1%. Trong phẫu thuật chấn thương chi, tỉ lệ NKVM do *K. pneumoniae* là 20,0%.

- Sau phẫu thuật, phòng mổ tiết niệu bị ô nhiễm không khí cao nhất (400 cfu/m³ không khí), tiếp đến là phòng mổ chấn thương (300 cfu/m³ không khí). Chỉ có, mổ nội soi khớp có số vi khuẩn (100 cfu/m³ không khí) là đạt tiêu chuẩn phòng mổ sạch (< 180 cfu/m³ không khí).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2017), *Hướng dẫn thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*, Thông tư số 3916/QĐ-BYT ngày 28/8/2017.

2. Phan Quốc Hoàn (2016), “Thực trạng và các yếu tố liên quan đến ô nhiễm vi sinh vật trong không khí tại các phòng mổ của Bệnh viện Trung ương Quân đội 108”, *Tạp chí Y Dược học Quân sự*, Học Viện Quân y, Tập 41, Số 5, tr. 55-59.

3. Đinh Vạn Trung (2015), “Thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108”, *Tạp chí Y dược lâm sàng 108*, Tập 10, Số 6, tr. 136-139.

4. Đinh Vạn Trung (2017), “Một số yếu tố nguy cơ liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ ở bệnh nhân phẫu thuật tiêu hóa sạch và sạch nhiễm tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108”, *Tạp chí Y Dược học Quân sự*, Học Viện Quân y, Tập 42, Số 3, tr. 142-146.

5. Kiều Chí Thành (2017), “Nghiên cứu tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện tại Bệnh viện quân y 87, Bệnh viện quân y 103 và Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2016”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 457, Số 2, tr. 83-86.

6. CDC (Centers for Disease Control-American 2016), *Surgical Site Infection (SSI) Event*. □

KIẾN THỨC PHÒNG VÀ CẤP CỨU PHẢN VỆ CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ BỆNH VIỆN QUÂN Y 91, NĂM 2020

CNDD. NGUYỄN THỊ MINH HƯƠNG, BSKII. NGUYỄN VĂN TỰ
BSKII. NGUYỄN NHƯ BÌNH - Bệnh viện Quân y 91

Phản biện khoa học: (1) TS. NGUYỄN VĂN GIANG
(2) TS. NGUYỄN LAN ANH

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, mô tả kiến thức phòng và cấp cứu phản vệ của 101 nhân viên y tế đang công tác tại Bệnh viện Quân y 91, từ 1/6/2020 đến 30/6/2020. **Kết quả:** Kiến thức chung của nhân viên y tế về phòng và cấp cứu phản vệ: 12/20 nội dung trả lời đúng với kết quả từ 70,2-100%; 4/20 nội dung trả lời đúng từ 66,3-69,3%; một số nội dung tỉ lệ trả lời đúng còn thấp, như chưa trả lời đúng thời gian đọc kết quả test lấy da (49,5%), chưa trả lời đầy đủ nguyên tắc dự phòng phản vệ khi chỉ định đường dùng thuốc (45,6%), chưa biết khuyến cáo cho người có tiền sử dị ứng tự dự phòng phản vệ (44,6%), chưa biết ghi vào sổ khám bệnh, bệnh án, giấy ra viện, giấy chuyển viện, cấp thẻ theo dõi dị ứng... khi xác định được thuốc và dị nguyên gây phản vệ (42,6%). Trình độ đào tạo và không trực tiếp điều trị, chăm sóc người bệnh là yếu tố liên quan có ý nghĩa đến kiến thức về phòng và cấp cứu phản vệ của nhân viên y tế ($p < 0,05$).

Từ khóa: Phản vệ, nhân viên y tế, Bệnh viện Quân y 91.

ABSTRACT: Cross-sectional descriptive study, description of the knowledge of anaphylaxis prevention and emergency of 101 medical workers at the Military hospital 91, from June 1, 2020, to June 30, 2020.

Results: The general knowledge of medical staff about anaphylaxis prevention and emergency: 12/20 answers were correct, with the results from 70.2-100%; 4/20 answers were correct, with the results from 66.3-69.3%; The rate of some contents of the correct answers were still low, such as not correct answers the reading time of test results (49.5%), not fully answers the principle of anaphylaxis prevention when indicating the routes of medication administration (45.6%), did not recommend for the patients with a history of allergic self-prevention of anaphylaxis (44.6%), did not know how to record in medical examination books, medical records, hospital discharge papers, hospital referrals, and issue allergy tracking cards ... when identified drugs and allergens causing anaphylaxis (42.6%). The level of training and not directly treating and caring for the patient were significant related factors to the medical staff's knowledge of anaphylaxis prevention and emergency ($p < 0.05$).

Keywords: Anaphylaxis, medical staff, Military hospital 91.

Chịu trách nhiệm nội dung: CNDD. Nguyễn Thị Minh Hương, Email: Huongdd91@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Phản vệ (PV) là một phản ứng dị ứng, có thể xuất hiện ngay lập tức từ vài giây, vài phút đến vài giờ sau khi cơ thể tiếp xúc với dị nguyên, gây ra các bệnh cảnh lâm sàng khác nhau, trong đó, sốc phản vệ (SPV) là mức độ nặng nhất, biểu hiện trên lâm sàng là tình trạng tụt huyết áp (do đột ngột giãn toàn bộ hệ thống mạch và co thắt phế quản). SPV nếu không được chẩn đoán và cấp cứu kịp thời có thể gây tử vong trong vòng một vài phút [2]. Có nhiều nguyên nhân gây PV, nhưng hay gặp nhất ở Bệnh viện Quân y 91 là do thuốc, thức ăn và nọc côn trùng. Tại Việt Nam, theo Nguyễn Năng An, dị ứng thuốc chiếm tỉ lệ cao (khoảng hơn 8,5% dân số) ở nhiều địa phương, trong đó SPV chiếm khoảng 10% các ca dị ứng thuốc và có khoảng 10% tử vong do SPV. Nguyên nhân do nhân viên y tế (NVYT), nhất là điều dưỡng và kỹ thuật viên phát hiện muộn, xử lý chậm [1]. Chính vì vậy, việc NVYT nắm vững kiến thức để dự phòng và cấp cứu kịp thời SPV sẽ giảm

thiểu tỉ lệ tai biến và tử vong do PV.

Tại Bệnh viện Quân y 91, công tác dự phòng, chẩn đoán và xử trí PV luôn được chú trọng. Bệnh viện đã tổ chức tập huấn, hướng dẫn về dự phòng, chẩn đoán và xử trí PV cho NVYT (theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT của Bộ Y tế), triển khai đầy đủ các nội dung của Thông tư này (như xây dựng các quy trình kỹ thuật test da, phác đồ cấp cứu PV, mẫu thẻ theo dõi dị ứng, chuẩn bị sẵn sàng hộp thuốc và trang thiết bị cấp cứu PV...) tại các khoa lâm sàng, cận lâm sàng; đặc biệt, đã thiết lập hệ thống báo cáo sự cố y khoa. Những năm gần đây, tại Bệnh viện có xảy ra một số trường hợp SPV, nhưng đã được cấp cứu và điều trị kịp thời. Qua đó, cũng bộc lộ một số hạn chế của NVYT, như chưa khai thác kỹ tiền sử dị ứng của người bệnh (NB), còn lúng túng trong cấp cứu NB bị SPV...

Chúng tôi triển khai nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả kiến thức phòng và cấp cứu PV của NVYT tại Bệnh viện Quân y 91 năm 2020.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

101 NVYT (gồm các bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên) đang làm công tác chuyên môn, có thâm niên công tác từ 1 năm trở lên, tại Bệnh viện Quân y 91, từ ngày 1/6/2020-30/6/2020. NVYT đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu nghiên cứu: áp dụng công thức ước tính 1 tỉ lệ theo công thức:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \times p(1-p)/d^2$$

Trong đó, n là cỡ mẫu nghiên cứu; $Z_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy với ngưỡng xác suất $\alpha = 95\%$, $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$; p: tỉ lệ giả định mức độ nhận thức của đối tượng nghiên cứu 50%, $p = 0,5$ (do chưa có nghiên cứu nào trước đó); d: là sai số cho phép 10% = 0,1. Thay các giá trị vào tính được $n = 96$, thực tế nghiên cứu chọn cỡ mẫu $n = 101$.

- Phương pháp tiến hành: xây dựng bộ phiếu khảo sát kiến thức của NVYT về phòng và cấp cứu

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi và trình độ chuyên môn ($n = 101$).

Đối tượng	Dưới 30 tuổi	Từ 30-45 tuổi	Trên 45 tuổi	Tổng
Bác sĩ	2 (1,98%)	13 (12,87%)	8 (7,92%)	23 (22,77%)
Điều dưỡng cao đẳng, đại học	1 (0,99%)	7 (6,93%)	3 (2,97%)	11 (10,90%)
Điều dưỡng trung cấp, y sĩ	8 (7,92%)	30 (29,71%)	7 (6,93%)	45 (44,55%)
Dược sĩ, kỹ thuật viên trung cấp	2 (1,98%)	10 (9,9%)	2 (1,98%)	14 (13,86%)
Điều dưỡng sơ cấp	3 (2,97%)	2 (1,98%)	3 (2,97%)	8 (7,92%)
Tổng	161 (5,84%)	62 (61,39%)	23 (22,77%)	101 (100%)

NVYT từ 30-45 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (61,39%); điều dưỡng sơ cấp chiếm tỉ lệ thấp nhất (7,92%).

3.2. Kiến thức của NVYT về phòng và cấp cứu PV:

Bảng 2. Hiểu biết của NVYT về nguyên nhân hay gặp và triệu chứng PV ($n = 101$).

Nội dung	Trả lời đúng	
	Số lượng	Tỉ lệ %
Biết nguyên nhân hay gặp gây phản vệ	94	93,0
Biết được 1 trong những triệu chứng PV	90	89,1
Biết chỉ số huyết áp tối đa bị tụt (giảm) xuất hiện sau khi người bệnh tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ là dị nguyên	68	67,3
Biết xác định mức độ nhẹ (độ 1) của PV	70	69,3
Biết xác định mức độ nặng (độ 2) của PV	67	66,3
Biết xác định mức độ nguy kịch (độ 3) của PV	96	95,0

Hầu hết NVYT biết nguyên nhân hay gặp, triệu chứng gây PV và biết xác định mức độ nguy kịch của PV (89,1-95,0%). Tuy nhiên, vẫn còn trên 30% NVYT chưa biết chỉ số huyết áp tối đa xuất hiện sau khi NB tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ là dị nguyên và chưa xác định đúng mức độ nặng/nhẹ của PV.

Bảng 3. Hiểu biết của NVYT về cách xử trí cấp cứu phản vệ (n = 101).

Nội dung	Trả lời đúng	
	Số lượng	Tỉ lệ %
Biết trách nhiệm xử trí ban đầu cấp cứu PV	100	100
Biết thời gian đọc kết quả test lấy da	51	50,5
Biết xử trí ban đầu cấp cứu người lớn phản vệ mức độ nặng và nguy kịch	93	92,0
Biết thời gian theo dõi tối thiểu người bệnh bị PV	80	79,2
Biết mục tiêu xử trí cấp cứu PV	68	67,3
Biết theo dõi người bệnh bị PV giai đoạn cấp	89	88,1

100% NVYT biết trách nhiệm xử trí ban đầu cấp cứu PV; 50,5% NVYT trả lời đúng thời gian đọc kết quả test lấy da.

Bảng 4. Hiểu biết của NVYT về dự phòng PV (n = 101).

Nội dung	Trả lời đúng	
	Số lượng	Tỉ lệ %
Biết các nội dung dự phòng cấp cứu PV	86	85,1
Biết nguyên tắc dự phòng PV khi chỉ định đường dùng thuốc	55	54,4
Biết adrenalin là thuốc thiết yếu, quan trọng hàng đầu để cấp cứu PV	85	84,1
Biết cơ sở thuốc adrenalin (1mg/1ml) trong hộp thuốc cấp cứu PV	71	70,2
Biết trang thiết bị y tế tối thiểu cấp cứu PV tại cơ sở khám chữa bệnh	84	83,2
Biết khai thác kĩ tiền sử dị ứng thuốc, dị nguyên trước khi kê đơn thuốc hoặc chỉ định sử dụng thuốc	85	84,1
Biết ghi vào sổ khám bệnh, bệnh án, giấy ra viện, giấy chuyển viện, cấp thẻ theo dõi dị ứng... khi xác định được thuốc và dị nguyên gây phản vệ cho người bệnh	58	57,4
Biết khuyến cáo cho người có tiền sử dị ứng tự dự phòng PV	56	55,4

Trên 70-85,1% NVYT biết các nội dung dự phòng cấp cứu PV. Trên 44,6% NVYT chưa biết ghi vào sổ, bệnh án, cấp thẻ theo dõi dị ứng... khi xác định được dị nguyên gây PV cũng như khuyến cáo cho NB có tiền sử dị ứng tự dự phòng PV.

3.3. Kiến thức về phòng, cấp cứu PV của NVYT và yếu tố liên quan:

Bảng 5. Ảnh hưởng trình độ đào tạo của NVYT đến kiến thức về PV.

Trình độ chuyên môn	Số câu trả lời đúng		
	Từ 16-20 câu	Từ 10-15 câu	Dưới 10 câu
Bác sĩ (n = 23)	9 (39,1%)	14 (60,9%)	0
Điều dưỡng cao đẳng, đại học (n = 11)	4 (36,4%)	7 (63,6%)	0
Điều dưỡng trung cấp, y sĩ (n = 45)	15 (33,3%)	30 (66,7%)	0
Dược sĩ, kĩ thuật viên trung cấp (n = 14)	2 (14,3%)	12 (85,7%)	0
Điều dưỡng sơ cấp (n = 8)	0	8 (100%)	0
Cộng (n = 101)	30 (29,7%)	71 (70,3%)	0

Tỉ lệ trả lời đúng 16-20 câu của đối tượng là bác sĩ, điều dưỡng cao đẳng, đại học và điều dưỡng trung cấp, y sĩ là tương đương nhau, lần lượt là 39,1%, 36,4% và 33,3% ($p > 0,05$). Tuy nhiên, tỉ lệ trả lời đúng từ 16-20 câu của dược sĩ, kĩ thuật viên trung cấp và điều dưỡng sơ cấp thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm còn lại ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Kết quả nghiên cứu thấy, NVYT từ 30-45 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (61,39%). Đây là độ tuổi đã tích lũy được nhiều kiến thức, kinh nghiệm trong công tác khám, điều trị và chăm sóc NB. Điều dưỡng có trình độ sơ cấp chiếm tỉ lệ thấp nhất (7,92%), đòi hỏi Bệnh viện cần có kế hoạch nâng cao trình độ chuyên môn cho

các đối tượng này nhằm đáp ứng yêu cầu trong tình hình hiện nay.

4.2. Kiến thức của NVYT về phòng và cấp cứu PV:

Khảo sát hiểu biết của NVYT về nguyên nhân hay gặp và triệu chứng PV, kết quả: 89,1% NVYT phát hiện triệu chứng PV; cao hơn so với nghiên cứu của Tạ Thị Anh Thơ tại Bệnh viện K (< 40%) [3]. Có thể do NVYT đã được bệnh viện huấn luyện về nội dung này. Tuy vậy, có thể do mức độ PV nặng lên rất nhanh và không theo tuần tự nên có > 30% NVYT bị nhầm lẫn khi xác định mức độ nhẹ (độ 1) và mức độ nặng (độ 2). 32,7% NVYT chưa biết mục tiêu xử trí cấp cứu PV, có thể trong đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có cả dược sĩ, kỹ thuật viên (là những đối tượng không làm việc trực tiếp cũng như không biết nội dung này).

Kết quả khảo sát NVYT về xử trí cấp cứu PV: 92,0% NVYT trả lời đúng phác đồ xử trí cấp cứu ban đầu PV; cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Vân tại Bệnh viện Bắc Thăng Long năm 2013 (85,4%) [4]. Có thể do nghiên cứu của chúng tôi có đối tượng là bác sĩ. 100% người được hỏi đều xác định được trách nhiệm xử trí cấp cứu ban đầu PV là NVYT. Đây là một điểm mới trong nguyên tắc xử trí cấp cứu PV theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT của Bộ Y tế (trước đây là trách nhiệm của bác sĩ và điều dưỡng) nhằm cấp cứu kịp thời NB, giảm tối thiểu các tai biến, tử vong do PV. 50,5% NVYT trả lời đúng thời gian đọc kết quả test lấy da; cao hơn so với nghiên cứu của Hoàng Văn Sáng tại Bệnh viện Quân y 354 năm 2012 (32%) [5]. Có thể do Bệnh viện Quân y 91 đã tổ chức huấn luyện cho NVYT Thông tư số 51/2017/TT-BYT song song với việc kiểm tra, giám sát tuân thủ tại các khoa, phòng.

42,6% NVYT chưa biết ghi vào sổ khám bệnh, bệnh án, giấy ra viện, giấy chuyển viện, cấp thẻ theo dõi dị ứng... khi xác định được thuốc và dị nguyên gây PV cho NB; 45,6% NVYT trả lời phải thử test cho tất cả các thuốc đặc biệt thuốc kháng sinh, nội dung này gây tranh cãi bởi có trường hợp NB được chỉ định dùng kháng sinh đã tử vong khi không được thử test (ví dụ trường hợp bệnh nhi 3 tuổi tử vong tại Bệnh viện Nhi Trung ương, ngày 24/7/2009, hay bệnh nhân 57 tuổi, tiêm kháng sinh 2 ngày đầu an toàn, nhưng ngày thứ 3 sau tiêm kháng sinh bị SPV tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ngãi). Điều đó chứng tỏ, SPV là một rủi ro bất khả kháng, nếu NB có cơ địa mẫn cảm quá mức với thuốc được chọn. Vì vậy, theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT, bác sĩ và NVYT có trách nhiệm khai thác kỹ tiền sử dị ứng của NB trước khi kê đơn hoặc chỉ định sử dụng thuốc, không phải thử phản ứng cho tất cả thuốc trừ NB có tiền sử dị ứng. Kết quả trên cho thấy, Bệnh viện cần phải tăng cường

cập nhật kiến thức mới cho NVYT.

44,5% NVYT chưa biết khuyến cáo cho NB có tiền sử dị ứng tự dự phòng PV, có thể do áp lực công việc nhiều nên NVYT chỉ chú ý vào công tác khám, điều trị và chăm sóc NB, do đó, việc tư vấn giáo dục sức khỏe còn hạn chế.

4.3. Kiến thức về phòng, cấp cứu PV của NVYT và yếu tố liên quan:

Chúng tôi thấy kiến thức về phòng, cấp cứu PV của dược sĩ/kỹ thuật viên trung cấp và điều dưỡng sơ cấp hạn chế hơn các đối tượng khác, khác biệt với $p < 0,05$. Thực tế tại Bệnh viện vẫn còn số ít điều dưỡng có trình độ sơ cấp đang làm nhiệm vụ hộ lý tại các khoa lâm sàng cũng như dược sĩ/kỹ thuật viên không trực tiếp điều trị và chăm sóc NB, nên kiến thức về phòng và cấp cứu PV hạn chế hơn nhóm đối tượng còn lại.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 101 NVYT đang công tác tại Bệnh viện Quân y 91 về kiến thức phòng và cấp cứu PV theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT, kết quả:

- Có 12/20 nội dung được NVYT trả lời đúng từ 70,2-100%; 4/20 nội dung trả lời đúng từ 66,3-69,3%; một số nội dung tỉ lệ trả lời đúng còn thấp, như chưa trả lời đúng thời gian đọc kết quả test lấy da (49,5%), chưa trả lời đầy đủ nguyên tắc dự phòng PV khi chỉ định dùng dùng thuốc (45,6%), chưa biết khuyến cáo cho NB có tiền sử dị ứng tự dự phòng PV (44,6%), chưa biết ghi vào sổ khám bệnh, bệnh án, giấy ra viện, giấy chuyển viện, cấp thẻ theo dõi dị ứng... khi xác định được thuốc và dị nguyên gây PV (42,6%).

- Trình độ đào tạo và không trực tiếp điều trị, chăm sóc NB là yếu tố liên quan có ý nghĩa đến kiến thức về phòng và cấp cứu PV của NVYT ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Năng An (2013), *Báo cáo đánh giá công tác 6 tháng đầu năm và kế hoạch quý III năm 2013*, Bệnh viện Bắc Thăng Long, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2017), *Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ ngày 29/12/2017*, Thông tư số 51/2017/TT-BYT, Hà Nội.
3. Tạ Thị Anh Thơ (2010), "Đánh giá kiến thức của điều dưỡng trong việc xử lý và chăm sóc NB SPV tại các khoa lâm sàng Bệnh viện K", *Tạp chí Nghiên cứu y học*, tập 14, tr. 25-29.
4. Nguyễn Thanh Vân (2013), "Đánh giá kiến thức phòng và cấp cứu SPV của điều dưỡng Bệnh viện Bắc Thăng Long năm 2013", *Hội nghị khoa học Quốc tế điều dưỡng*, tr. 22-27.
5. Hoàng Văn Sáng (2012), "Mô tả kiến thức của điều dưỡng trong phòng và cấp cứu SPV tại Bệnh viện Quân y 354", *Hội nghị khoa học điều dưỡng Bệnh viện Quân y 354*, tr. 121-125. □

ĐÁNH GIÁ CỦA BỆNH NHÂN VỀ THỰC TRẠNG GIAO TIẾP CỦA ĐỘI NGŨ NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 6

ĐD. LÒ SƠN LÂM, BS. TRẦN NGỌC HIẾU
BSCKI. VŨ VĂN THƯỜNG - *Bệnh viện Quân y 6*
Phản biện khoa học: (1) BSCKII. PHẠM MINH ĐỨC
(2) ThS. PHẠM THU HÀ

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang thực trạng giao tiếp của nhân viên y tế đối với người bệnh ở 2.500 bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân y 6, từ 01-12/2016.

Kết quả: 74,52% bệnh nhân thuộc đối tượng bảo hiểm y tế, 16,96% bệnh nhân thuộc đối tượng dịch vụ và 8,52% bệnh nhân thuộc đối tượng quân. Đánh giá của bệnh nhân đối với nhân viên y tế: thái độ tốt (93,44%), có giải thích về bệnh tật, cách sinh hoạt và chế độ ăn uống (98,72%), giải thích cặn kẽ về các thắc mắc trong quá trình điều trị (97,68%), giải thích trước khi được tiến hành thủ thuật (100%), thông báo thuốc và hướng dẫn cách sử dụng thuốc (100%), thường xuyên được nhân viên y tế quan tâm tới tình hình bệnh tật (80,08%), biết tên nhân viên y tế chăm sóc mình (92,80%). 94,64% bệnh nhân đánh giá hài lòng về thái độ ứng xử của nhân viên y tế và chế độ bệnh viện.

Từ khóa: Nhân viên y tế, giao tiếp.

ABSTRACT: Prospective study, cross-sectional description of the communication status of health workers with patients in 2,500 inpatients at the Military hospital 6, from January to December 2016.

Results: 74.52% of patients were subjects of health insurance, 16.96% of patients were subjects of medical services, and 8.52% of patients were military officers and soldiers. The assessment of the patients to the health workers: good attitude (93.44%), explanation of the disease, daily activities, and diet (98.72%), detailed explanation of questions during treatment (97.68%), explanation before the surgical procedures (100%), explanation of medication and instructions on how to use them (100%), regularly received information about the disease from health workers (80.08%), know the name of the health workers taking medical care for patients (92.80%). 94.64% of patients satisfied with the behavior of medical staff and the hospital regime.

Keywords: Medical staff, communication.

Chịu trách nhiệm nội dung: CNDD. Nguyễn Thị Minh Hương, Email: Huongdd91@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Giao tiếp là một nghệ thuật, là kỹ năng, là sự tiếp xúc giữa những người nhất định trong xã hội, nhằm trao đổi thông tin, tình cảm, hiểu biết, lối sống... Từ đó, con người đánh giá, điều chỉnh và phối hợp với nhau trong công việc cũng như trong cuộc sống. Giao tiếp với bệnh nhân (BN) là hoạt động liên kết và hình thành các mối quan hệ giữa cán bộ, nhân viên y tế (sau đây gọi chung là nhân viên y tế - NVYT) với BN.

NVYT qua giao tiếp có thể nâng đỡ, động viên, an ủi, củng cố tinh thần BN. Từ đó, làm tăng hiệu quả của việc chăm sóc, điều trị BN và làm cho người bệnh thực sự tin tưởng, giao phó tính mạng của mình cho thầy thuốc. Đối với NVYT, giao tiếp là một khía cạnh thể hiện đạo đức nghề nghiệp của người thầy thuốc đối với người bệnh, đối với xã hội và đối với đồng nghiệp. Ngô Thị Ngoãn nhận

định: “Hiện nay, còn có những khía cạnh thiếu hụt về giao tiếp đang là nguyên nhân của sự trách cứ và có sức ép từ phía người bệnh, công luận xã hội đối với bệnh viện và NVYT nói chung, điều dưỡng viên nói riêng”.

Tại Bệnh viện Quân y 6, đã có các nghiên cứu về công tác giao tiếp giữa NVYT với BN, nhưng còn ở quy mô nhỏ, chưa phản ánh được hết về vấn đề giao tiếp của NVYT khi BN vào điều trị tại Bệnh viện. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá thực trạng giao tiếp của NVYT đối với BN điều trị tại Bệnh viện Quân y 6, năm 2016.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

2.500 BN điều trị nội trú tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Quân y 6, từ tháng 01-12/2016.

Loại trừ các BN tâm thần, rối loạn nhận thức

có ảnh hưởng tới giao tiếp; BN hôn mê, BN khiếm khuyết về các chức năng nghe, nói không đủ năng lực giao tiếp hoặc đánh giá; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang.
- Phương pháp tiến hành: phỏng vấn trực tiếp BN về khả năng giao tiếp của NVYT trên một số lĩnh vực bằng bảng câu hỏi thiết kế sẵn. Nội dung gồm:

+ BN thấy thái độ của NVYT chăm sóc có tốt không?

+ BN có được NVYT giải thích về bệnh của mình không?

+ BN có được NVYT giải thích khi mình có thắc mắc không?

+ Khi BN tiến hành các phẫu thuật, thủ thuật có được NVYT giải thích rõ ràng không? (bao gồm cả thủ thuật tiêm, truyền).

+ BN có được NVYT thông báo về thuốc và hướng dẫn sử dụng thuốc không?

+ BN có được NVYT quan tâm (hỏi bệnh thường xuyên) không?

+ BN có biết tên NVYT trực tiếp chăm sóc mình không?

+ BN có cảm thấy hài lòng với NVYT của bệnh viện không?

- Đạo đức nghiên cứu: đề cương nghiên cứu đã được hội đồng đạo đức Bệnh viện Quân y 6 thông qua. BN được giải thích rõ mục đích nghiên cứu. Thông tin của người bệnh chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: bằng phương pháp thống kê y học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1. Đặc điểm về đối tượng phục vụ.

Đối tượng phục vụ	Số lượng	Tỉ lệ %
Quân	213	8,52
Bảo hiểm y tế	1.863	74,52
Dịch vụ	424	16,96
Tổng	2.500	100

74,52% BN thuộc đối tượng bảo hiểm y tế, 16,96% BN thuộc đối tượng dịch vụ và 8,52% BN thuộc đối tượng quân.

3.2. Thái độ của NVYT đối với người bệnh điều trị nội trú:

Bảng 2. Đánh giá về thái độ NVYT của BN.

Thái độ của NVYT	Số lượng	Tỉ lệ %
Tốt	2.336	93,44
Bình thường	112	4,48
Kém	52	2,08
Tổng	2.500	100

93,44% BN đánh giá thái độ NVYT tốt, 4,48% BN đánh giá thái độ NVYT bình thường, 2,08% BN đánh giá thái độ NVYT kém.

- Sự giải thích của NVYT về bệnh tật, cách sinh hoạt và chế độ ăn uống cho BN trong thời gian nằm điều trị.

Bảng 3. Đánh giá về việc NVYT có/không giải thích cho BN về bệnh tật, cách sinh hoạt và chế độ ăn uống.

Đánh giá của BN	Số lượng	Tỉ lệ %
NVYT có giải thích	2.468	98,72
NVYT không giải thích	32	1,28
Tổng	2.500	100

98,72% BN đánh giá NVYT có giải thích về bệnh tật, cách sinh hoạt và chế độ ăn uống, 1,28% BN không được NVYT giải thích về bệnh tật, cách sinh hoạt và chế độ ăn uống.

- Đánh giá về mức độ trả lời của NVYT đối với thắc mắc của BN:

Bảng 4. Đánh giá về mức độ trả lời của NVYT đối với thắc mắc của BN.

Mức độ trả lời của NVYT	Số lượng	Tỉ lệ %
Thỏa đáng	2.442	97,68
Không thỏa đáng	58	2,32
Không trả lời người bệnh	0	0
Tổng	2.500	100

97,68% BN cảm thấy được NVYT giải thích cặn kẽ về các thắc mắc trong quá trình điều trị, 2,32% BN được NVYT giải thích nhưng vẫn có điều chưa hiểu. Không có BN nào không được giải thích khi có thắc mắc.

- Đánh giá về sự giải thích của NVYT trước khi người bệnh tiến hành các thủ thuật:

Bảng 5. Đánh giá về sự giải thích của NVYT trước khi người bệnh tiến hành các thủ thuật.

Sự giải thích của NVYT	Số lượng	Tỉ lệ %
Rõ ràng	2.452	98,08
Chưa rõ ràng	48	1,92
Không giải thích	0	0
Tổng	2.500	100

100% BN đều được NVYT giải thích trước khi tiến hành thủ thuật, tuy nhiên, vẫn còn 1,92% BN thấy chưa được NVYT giải thích rõ ràng.

- 100% BN đều được NVYT thông báo thuốc và hướng dẫn cách sử dụng thuốc. Không trường hợp nào không được công khai hay thông báo thuốc và hướng dẫn cách sử dụng thuốc.

- Đánh giá về sự quan tâm của NVYT đối với bệnh tật của BN:

Bảng 6. Đánh giá sự quan tâm của NVYT đối với bệnh tật của BN.

Sự quan tâm của NVYT	Số lượng	Tỉ lệ %
Thường xuyên	2.002	80,08
Thỉnh thoảng	498	19,92
Không quan tâm	0	0
Tổng	2.500	100

80,08% BN thường xuyên được NVYT quan tâm tới tình hình bệnh tật, 19,92% BN cho rằng thỉnh thoảng được NVYT quan tâm tới tình hình bệnh tật.

- Tỉ lệ BN biết tên NVYT trực tiếp chăm sóc mình trong quá trình nằm viện:

Bảng 7. Tỉ lệ BN biết tên NVYT trực tiếp chăm sóc mình.

Đánh giá của BN	Số lượng	Tỉ lệ %
Có biết tên	2.320	92,80
Không biết tên	180	7,20
Tổng	2.500	100

92,80% BN biết tên NVYT trực tiếp chăm sóc mình, 7,20% BN không biết tên NVYT trực tiếp chăm sóc mình.

- Mức độ hài lòng của BN về thái độ ứng xử của NVYT:

Bảng 8. Mức độ hài lòng của BN về thái độ ứng xử của NVYT trong bệnh viện.

Đánh giá của BN	Số lượng	Tỉ lệ %
Hài lòng	2.366	94,64
Bình thường	102	4,08
Không hài lòng	32	1,28
Tổng	2.500	100

Hầu hết BN (94,64%) đánh giá hài lòng về thái độ ứng xử của NVYT. Tuy nhiên, vẫn còn 4,08% BN cảm thấy bình thường và 1,28% BN không hài lòng về thái độ của NVYT.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Bệnh viện Quân y 6 là bệnh viện có vị trí chiến lược trên vùng Tây Bắc, điều trị cho cán bộ, chiến sĩ trên địa bàn và một phần nhân dân. Kết quả nghiên cứu cho thấy, 8,52% BN điều trị nội trú thuộc đối tượng quân; thấp hơn so với kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Quân y 110 (BN quân chiếm 16,83%). 91,48% BN điều trị nội trú thuộc đối tượng bảo hiểm y tế và dịch vụ. Điều này cho thấy sự tin tưởng của nhân dân địa phương và uy tín của Bệnh viện trên địa bàn đơn vị đóng quân.

4.2. Thái độ của NVYT đối với người bệnh điều trị nội trú:

- Thái độ của NVYT đối với BN: khả năng giao tiếp với người bệnh của NVYT trong quá trình điều trị tại bệnh viện phần lớn là tốt (93,44%). Tuy nhiên, vẫn còn một bộ phận nhỏ thiếu ân cần, chu đáo (4,48% BN đánh giá thái độ NVYT bình thường, 2,08% BN đánh giá thái độ NVYT kém). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Quân y 105 (93,3% BN đánh giá thái độ của NVYT là tốt) và Bệnh viện Quân y 110 (tỉ lệ BN đánh giá NVYT có thái độ tốt là 94,23%).

- Sự giải thích của NVYT về bệnh tật, cách sinh hoạt và chế độ ăn uống cho người bệnh trong thời gian nằm điều trị: đa số BN đánh giá NVYT có giải thích về bệnh tật, cách sinh hoạt và chế độ ăn uống (98,72%); tương đồng kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Quân y 105 (tỉ lệ 95,8%) và Bệnh viện Quân y 110 (tỉ lệ 99,04%). Điều này cho thấy mức độ ân cần, chăm sóc chu đáo của NVYT với người bệnh.

- Mức độ trả lời của NVYT với thắc mắc của BN: khi BN đến điều trị thì nhu cầu được nghe giải thích về tình trạng bệnh tật của bản thân là cần thiết. Do đó, họ sẽ hỏi người trực tiếp chăm sóc, điều trị cho mình trước. Kết quả nghiên cứu thấy, 97,68% BN đánh giá tốt mức độ trả lời của NVYT về thắc mắc của người bệnh; tương đương kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Quân y 105 (97,5%), nhưng thấp hơn kết quả Bệnh viện Quân y 110 (98,56%). Tuy nhiên, trong nghiên cứu chỉ ra, vẫn còn 2,32% BN được giải thích nhưng chưa thỏa đáng. Có thể do trong quá trình giao tiếp, NVYT chưa hiểu rõ câu hỏi của BN hoặc trình độ chuyên môn NVYT còn hạn chế, chưa thể giải thích hết được các thắc mắc của người bệnh.

- Sự giải thích của NVYT đối với người bệnh trước khi tiến hành các thủ thuật: việc giải thích trước khi thực hiện các thủ thuật trên cơ thể BN

là hết sức cần thiết, giúp cho BN yên tâm và tin tưởng vào thầy thuốc trong quá trình điều trị. Kết quả nghiên cứu chỉ ra, 100% BN đều được giải thích trước khi tiến hành thủ thuật; cao hơn so với kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Quân y 105 (là 84,42%); tương đương với kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Quân y 110 (là 99,52%).

- Công khai thông báo thuốc và hướng dẫn sử dụng thuốc của NVYT tới từng BN: qua điều tra ý kiến phản hồi, chúng tôi thấy, tất cả BN (100%) đều được NVYT thông báo thuốc và hướng dẫn cách sử dụng thuốc một cách công khai, tỉ mỉ, cẩn kẽ, bảo đảm tốt cho công tác chăm sóc và điều trị người bệnh. Kết quả này tương đương với nghiên cứu tại Bệnh viện Quân y 105 và tại Bệnh viện Quân y 110.

- Sự quan tâm của NVYT đối với bệnh tật của BN: hầu hết các NVYT có sự cảm thông với bệnh tật của người bệnh, qua đó đem lại sự tin tưởng cho người bệnh. Tuy nhiên, còn có tỉ lệ nhỏ BN thấy các NVYT có thái độ bình thường, ít quan tâm đến người bệnh.

- Tỉ lệ người bệnh biết tên NVYT trực tiếp chăm sóc mình: 92,80% BN biết tên NVYT trực tiếp chăm sóc mình, chỉ có số ít BN (7,20%) là không biết tên NVYT chăm sóc mình. Điều đó cho thấy, thời gian tiếp xúc của NVYT và NB ít nhiều còn khoảng trống.

- Đánh giá mức độ hài lòng của BN đối với NVYT: 94,64% BN hài lòng về thái độ ứng xử của bác sĩ, hộ lí và các nhân viên phục vụ khác. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của tác giả Hoàng Ngọc Hải khi nghiên cứu sự hài lòng của BN đến khám bệnh tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Quân y 6 trước đây.

Qua các kết quả này, có thể thấy, tâm lí tiếp xúc với người bệnh của NVYT Bệnh viện Quân y 6 là tốt. Điều này góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh trong quá trình điều trị tại Bệnh viện.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 2.500 BN điều trị nội trú tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Quân y 6, từ tháng 01-12/2016 nhằm đánh giá thực trạng giao tiếp của đội ngũ NVYT, kết luận:

- 74,52% BN thuộc đối tượng bảo hiểm y tế, 16,96% BN thuộc đối tượng dịch vụ và 8,52% BN thuộc đối tượng quân.

- Đánh giá của BN đối với NVYT: NVYT có thái độ tốt (93,44%); NVYT có giải thích về bệnh tật,

cách sinh hoạt và chế độ ăn uống cho BN (98,72%); NVYT có giải thích cặn kẽ về các thắc mắc trong quá trình điều trị của BN (97,68%); NVYT có giải thích cho BN trước khi được tiến hành các thủ thuật (100%); NVYT có thông báo thuốc và hướng dẫn cách sử dụng thuốc cho BN (100%); BN thường xuyên được NVYT quan tâm tới tình hình bệnh tật (80,08%); BN biết tên NVYT trực tiếp chăm sóc mình (92,80%).

- 94,64% BN đánh giá hài lòng về thái độ ứng xử của NVYT trong quá trình điều trị nội trú tại Bệnh viện.

Qua kết quả nghiên cứu này chúng tôi kiến nghị: Bệnh viện cần xây dựng bộ tiêu chí giao tiếp, văn hóa nghề nghiệp phù hợp với đơn vị và địa bàn; tổ chức đào tạo, tập huấn bằng nhiều hình thức, nhiều loại hình thông tin đến mọi đối tượng công tác trong Bệnh viện, đặc biệt là đội ngũ NVYT; có chế độ kiểm tra, giám sát, khen thưởng hoặc nhắc nhở, xử lí phù hợp trong việc thực hiện bộ tiêu chí này để đội ngũ NVYT phấn đấu thực hiện. Bên cạnh đó, Bệnh viện cần quan tâm nâng cao chất lượng mọi mặt, bảo đảm cơ sở vật chất, chuyên môn, nâng cao tỉ lệ hài lòng của BN khi đến khám chữa bệnh tại đây.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Thị Phương Hoa và cộng sự (2015), "Đánh giá thực trạng khả năng giao tiếp với người bệnh của đội ngũ điều dưỡng viên Bệnh viện Quân y 110", *Báo cáo hội nghị khoa học điều dưỡng viên Bệnh viện Quân y 103*.
2. Phạm Thị Hải Thương, Nguyễn Thị Kim Chung (2008), "Đánh giá khả năng giao tiếp với người bệnh của đội ngũ điều dưỡng viên Bệnh viện Quân y 105", *Hội nghị chuyên ngành Điều dưỡng viên lần thứ 2*, tr. 103-105.
3. Lê Khắc Sơn (2008), "Khảo sát sự hài lòng của người bệnh và người nhà khám tại Phòng Khám bệnh, Viện Y học cổ truyền Quân đội", *Hội nghị chuyên ngành Điều dưỡng viên lần thứ 2*, tr. 166-174.
4. Lê Thị Hải Yến, Trịnh Thị Thắm (2008), "Khảo sát và đánh giá tâm lí tiếp xúc bệnh nhân tại Bệnh viện Quân y 211, Quân đoàn 3", *Hội nghị chuyên ngành Điều dưỡng viên lần thứ 2*, tr. 125-128.
5. Hàng Văn Sáng, Bùi Minh Hậu (2008), "Khảo sát sự hài lòng của người bệnh và người nhà đến khám bệnh tại Phòng Khám bệnh, Bệnh viện Quân y 354", *Hội nghị chuyên ngành Điều dưỡng viên lần thứ 2*, tr. 259-266. □

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC, THỰC HÀNH PHÒNG, CHỐNG BIẾN CHỨNG TRÊN BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 109

CNDD. TẠ TRÚC QUỲNH, CNDD. PHẠM THỊ HỒNG NHUNG
CNDD. NGUYỄN VĂN THÔNG, CNDD. ĐẶNG THỊ HƯƠNG
Bệnh viện Quân y 109
Phản biện khoa học: (1) TS. VŨ HÀ NGÀ SƠN
(2) TS. TRƯƠNG QUANG TRUNG

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn đánh giá kiến thức, thực hành phòng, chống biến chứng bệnh tăng huyết áp trên 145 bệnh nhân tăng huyết áp, điều trị nội trú tại Khoa Nội 1, Bệnh viện Quân y 109.

Kết quả: 67,6% bệnh nhân nghiên cứu có kiến thức chung đạt về các biện pháp phòng, chống biến chứng tăng huyết áp, trong đó bệnh nhân có kiến thức tốt nhất về biến chứng não của bệnh tăng huyết áp (92,4%), nhưng chỉ có 32,4% bệnh nhân nhận thức đúng về biến chứng mạch vành của tăng huyết áp. 58,6% bệnh nhân thực hành chung đạt về các biện pháp phòng biến chứng tăng huyết áp, nhưng vẫn có 20,7% bệnh nhân không uống thuốc huyết áp thường xuyên.

Từ khóa: Kiến thức tăng huyết áp, tuân thủ điều trị và thay đổi lối sống.

ABSTRACT: Prospective study and cross-sectional description, using interview questionnaire to assess knowledge, practice on prevention and control of hypertension complications in 145 inpatients with hypertension, treated at the Department of internal medicine 1, Military Hospital 109.

Results: 67.6% of study patients had general knowledge about measures to prevent and control hypertensive complications, of which, patients had the best knowledge about brain complications of hypertension (92.4%), but only 32.4% of patients had correct knowledge about coronary complications of hypertension. 58.6% of patients with general practice had good knowledge about measures of prevention of hypertension complications, but still 20.7% of patients did not take blood pressure drugs regularly.

Keywords: Knowledge about hypertension, compliance to treatment and lifestyle changes.

Chịu trách nhiệm nội dung: ĐD. Tạ Trúc Quỳnh; SĐT: 0989072968.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Tăng huyết áp (THA) là bệnh phổ biến và đang có xu hướng gia tăng nhanh số lượng người mắc. Kết quả điều tra dịch tễ học của Viện Tim mạch Trung ương tại 8 tỉnh, thành phố cả nước năm 2008 cho thấy, tỉ lệ người trưởng thành từ 25 tuổi trở lên mắc THA là 25,1% [7]. Theo điều tra quốc gia năm 2015 của Cục Y tế dự phòng (Bộ Y tế) trên đối tượng từ 18-69 tuổi, tại 63 tỉnh/thành phố, thấy tỉ lệ THA là 18,9% [4]. THA là căn bệnh diễn tiến âm thầm, nhiều biến chứng nặng, như nhồi máu cơ tim, đột quỵ não, suy tim, suy thận mạn..., thậm chí có thể gây tử vong hoặc để lại di chứng ảnh hưởng đến sức khỏe, sức lao động của người bệnh; trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội.

Việc tuyên truyền nâng cao nhận thức cho toàn dân, đặc biệt là những người có nguy cơ về bệnh tim mạch nhận biết, điều trị và phòng, chống biến chứng bệnh THA là rất quan trọng. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá kiến thức, thực hành

phòng, chống biến chứng bệnh THA; thực trạng tuân thủ các biện pháp trong điều trị và phòng biến chứng THA ở người bệnh THA.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

145 bệnh nhân (BN) chẩn đoán xác định THA, điều trị nội trú tại Khoa A1, Bệnh viện Quân y 109, từ tháng 02-9/2020.

Loại trừ BN THA dưới 18 tuổi; BN THA thứ phát hoặc đang mắc các bệnh cấp tính nặng; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang.

- Các bước tiến hành: BN THA được khám, tầm soát các biến chứng tổn thương cơ quan đích. Sau đó phỏng vấn BN bằng bộ câu hỏi được xây dựng dựa trên khuyến cáo của Bộ Y tế về biện pháp phòng, chống THA [1]. Xây dựng bộ câu hỏi có 3 phần:

+ Phần 1: các chỉ số chung, như chiều cao, cân nặng, chỉ số huyết áp, chỉ số khối cơ thể (BMI).

+ Phần 2: các câu hỏi kiến thức về THA và cách phòng biến chứng THA.

+ Phần 3: các câu hỏi về thực hành, các biện pháp phòng biến chứng của THA.

Mỗi câu trả lời đúng được 1 điểm, trả lời sai hoặc không trả lời được 0 điểm. Tính tỉ lệ giữa tổng điểm đạt được của đối tượng về kiến thức, thực hành chia cho tổng điểm mong đợi (số điểm tối đa mà nhóm nghiên cứu mong muốn người bệnh có thể đạt được để phòng ngừa bệnh tật).

- Phân loại kiến thức, thực hành theo mức độ:

+ Đạt (tổng điểm về kiến thức/thực hành $\geq 70\%$ điểm mong đợi).

+ Không đạt (tổng điểm về kiến thức/thực hành dưới 70% điểm mong đợi).

- Đạo đức nghiên cứu: đề tài được hội đồng đạo đức bệnh viện thông qua. Thông tin về BN được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm chung của BN nghiên cứu:

Bảng 1. Đặc điểm chung của BN nghiên cứu (n = 145).

Đặc điểm		Số BN	Tỉ lệ %
Nhóm tuổi	≤ 40 tuổi	09	6,2
	41-59 tuổi	52	35,9
	≥ 60 tuổi	84	57,9
	Tuổi trung bình	63,8 $\pm$ 11,2	
Giới tính	Nam	106	73,1
	Nữ	39	26,9
BMI	Trung bình	23,6	
	Bình thường	83	57,2
	Thừa cân	57	39,3
	Béo phì	05	3,5
Huyết áp (mmHg)	Trung bình	154 $\pm$ 21,2/ 102 $\pm$ 15,6	
	THA độ 1	23	15,9
	THA độ 2	74	51,0
	THA độ 3	48	33,1

THA gặp chủ yếu ở BN ≥ 60 tuổi (57,9%), ở nam giới (73,1%) và BN THA độ 2 (51,0%).

3.2. Kiến thức về bệnh THA của BN:

Bảng 2. Kiến thức về khái niệm, dấu hiệu và hậu quả của THA (n = 145).

Kiến thức bệnh THA		Số BN	Tỉ lệ %
Thông số về kiến thức	Biết số đo huyết áp của bản thân	32	22,1
	Hiểu đúng khái niệm THA	124	85,6
Biết các dấu hiệu có thể có của THA	Đau đầu	135	93,1
	Hoa mắt, chóng mặt	120	82,8
	Đau ngực	82	56,6
	Nóng mặt, đỏ mặt	124	85,5
	Không có triệu chứng	36	24,8
Biết được hậu quả của THA	Đột quy não/tai biến mạch máu não	134	92,4
	Suy tim/bệnh tim mạch khác	96	66,2
	Biến chứng mắt	75	51,7
	Nhồi máu cơ tim cấp	39	26,9
	Suy thận/bệnh thận mạn tính	85	58,6
	Tử vong	126	86,9

85,6% BN hiểu đúng về THA, nhưng chỉ có 22,1% số người được hỏi biết về trị số huyết áp của mình. Đa số đối tượng nghiên cứu biết THA có biểu hiện ở não (93,1%), biến chứng đột quy não/tai biến mạch máu não (92,4%). Trong khi đó, vẫn còn một số BN không hiểu rằng, THA có thể âm thầm không có triệu chứng gì đến khi xảy ra tai biến (24,8%).

Bảng 3. Kiến thức về các yếu tố nguy cơ của THA (n = 145).

Kiến thức về các yếu tố nguy cơ THA	Số BN	Tỉ lệ %
Thói quen ăn mặn	105	72,4
Ăn nhiều đường	78	53,8
Ăn nhiều chất béo	125	86,2
Thừa cân/béo phì	121	83,4
Ít vận động	85	58,6
Hút thuốc lá	91	62,8
Uống nhiều rượu, bia	128	88,3
Tuổi cao	120	82,8
Căng thẳng tinh thần/stress	89	61,4
Tiền sử gia đình có người bị THA	96	66,2

53,8% BN được hỏi biết ăn nhiều đường có liên quan đến THA.

Bảng 4. Kiến thức về các biện pháp dự phòng biến chứng THA (n = 145).

Kiến thức dự phòng biến chứng THA	Số BN	Tỉ lệ %
Luyện tập thể thao	138	95,2
Bỏ thuốc lá	94	64,8
Hạn chế uống rượu, bia	132	91,0
Giảm cân nặng	118	81,4
Ăn nhiều rau, quả	129	89,0
Ăn ít chất béo	128	88,3
Ăn ít muối	102	70,3
Không thức khuya	56	38,6

Đa số BN đều biết các biện pháp không dùng thuốc trong phòng và điều trị THA, như luyện tập thể thao (95,2%), hạn chế rượu, bia (91,0%). Chỉ có 38,6% BN biết rằng thức khuya cũng ảnh hưởng đến huyết áp.

Bảng 5. Kiến thức chung về phòng, chống biến chứng của THA.

Kiến thức chung	Số BN (n = 145)	Tỉ lệ %
Đạt	98	67,6
Không đạt	47	32,4

67,6% BN nghiên cứu có kiến thức đạt về phòng các biến chứng của THA.

3.3. Thực hành phòng, chống biến chứng THA ở BN nghiên cứu:

Bảng 6. Thực hành về các biện pháp phòng biến chứng của THA (n = 145).

Thông số về thực hành	Số BN	Tỉ lệ %
Ăn giảm muối	91	62,7
Ăn giảm đường	75	51,7
Tăng cường ăn rau, quả	125	86,2
Hạn chế uống rượu, bia	96	66,2
Không hút thuốc lá	81	55,8
Giảm cân nặng	116	80,0
Không thức quá khuya	52	35,8
Tránh căng thẳng thần kinh	78	53,8
Uống thuốc huyết áp thường xuyên	115	79,3

Một số thói quen sinh hoạt của BN chưa được điều chỉnh tốt, như chỉ có 62,7% BN ăn giảm muối, 55,8% không hút thuốc và 20,7% BN không điều trị thuốc huyết áp thường xuyên.

Bảng 7. Đánh giá chung về thực hành phòng, chống biến chứng THA.

Đánh giá chung	Số lượng (n = 145)	Tỉ lệ %
Đạt	85	58,6
Không đạt	60	41,4

58,6% BN có thực hành chung đạt về thực hành phòng, chống biến chứng THA.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu trong phòng, chống biến chứng của THA:

Kết quả nghiên cứu thấy, 85,6% BN hiểu đúng về khái niệm THA, nhưng chỉ có 22,1% BN biết trị số huyết áp của mình. 93,1% BN biết triệu chứng của THA là đau đầu, 92,4% biết biến chứng của THA là đột quỵ não. Kết quả này khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Châu Văn Nga năm 2015 (với 92,8% biết biến chứng ở não [3]), Trịnh Thị Hương Giang (tỉ lệ này là 98,2% [8]). Với các biến chứng khác của THA thì hiểu biết của đối tượng nghiên cứu hạn chế hơn, cụ thể: 51,7% BN biết biến chứng ở mắt, 58,6% biết biến chứng ở thận, và chỉ có 26,9% cho rằng THA có thể gây bệnh mạch vành. Theo nghiên cứu của Trịnh Thị Thúy Hồng (2015), tỉ lệ biến chứng trên mắt, thận, bệnh mạch vành tương ứng là 37,7%, 56,9% và 48,5% [9]. Các nghiên cứu có kết quả khác nhau có thể do thời điểm nghiên cứu khác nhau, và nhận thức khác nhau giữa các vùng miền.

24,8% đối tượng nghiên cứu biết rằng THA có thể không có triệu chứng gì, nhiều bệnh nhân chỉ sau khi có biến chứng của THA mới biết bị bệnh THA, đây là lí do tại sao người ta gọi tăng huyết áp là “kẻ giết người thầm lặng”. Việc tuyên truyền để mọi người, nhất là đối tượng có nguy cơ bệnh lí tim mạch kiểm tra huyết áp thường xuyên là rất cần thiết.

Kết quả bảng 3 thấy, có tới 88,3% BN biết THA có liên quan đến uống rượu, bia; trong khi chỉ có 53,8% hiểu rằng thói quen ăn nhiều đường cũng có thể gây THA, những bệnh nhân này đều quan niệm ăn nhiều đường liên quan đến đái tháo đường chứ không phải THA. Nhận thức của đối tượng nghiên cứu về các nguy cơ khác của THA cũng khá thấp, như 58,6% người được hỏi cho rằng THA có liên quan đến thói quen ít vận động, 62,8% nghĩ THA liên quan đến thuốc lá. Đây là những đối tượng chúng ta cần tích cực tuyên truyền, tư vấn nâng cao nhận thức trong phòng, chống biến chứng THA.

Kết quả bảng 4 thấy, kiến thức của đối tượng nghiên cứu về các biện pháp dự phòng biến chứng THA khá tốt, như BN cho rằng cần luyện tập thể dục, thể thao để hạn chế biến chứng tăng huyết áp (95,2%), cần hạn chế rượu bia (91,0%). Điều này cũng hoàn toàn phù hợp với đời sống thực tế của người dân khi phong trào luyện tập thể thao ngày càng nhân rộng.

Kết quả bảng 5 cho thấy, 67,6% BN nghiên cứu có kiến thức chung đạt về các biện pháp phòng biến chứng THA, 32,4% BN có kiến thức chung không đạt yêu cầu về kiến thức phòng biến chứng THA (chiếm tỉ lệ khá cao). Kết quả này tương đương kết quả nghiên cứu của Châu Văn Nga (tỉ lệ đạt là 66,4% và không đạt là 33,6% [3]); nhưng thấp hơn kết quả nghiên cứu của Trịnh Thị Hương Giang tại Ninh Bình năm 2015 (tỉ lệ đạt là 82,2%, không đạt là 17,8% [8]); nhưng cao hơn kết quả nghiên cứu của Đinh Văn Sơn năm 2012 (tỉ lệ đạt là 38% [6]), Bùi Thị Thanh Hòa (tỉ lệ đạt là 51,7% [2]). Có thể lí giải sự khác nhau này do thời điểm nghiên cứu và bộ câu hỏi của các nghiên cứu có sự khác nhau nhất định.

4.2 Thực hành của BN trong phòng chống biến chứng của THA:

Một trong những nguyên tắc điều trị và phòng biến chứng THA là phải uống thuốc huyết áp thường xuyên. Kết quả bảng 6 thấy, có 79,3% BN uống thuốc huyết áp thường xuyên, còn 20,7% không uống thuốc huyết áp thường xuyên, chỉ uống khi huyết áp cao hoặc khi có triệu chứng, đây là việc làm rất nguy hiểm, là nguyên nhân dẫn đến các hậu quả không mong muốn của THA. Một số biện pháp dự phòng biến chứng THA được BN thực hiện khá tốt, như ăn nhiều rau xanh, hoa quả (86,2%); giảm cân nặng (80,0%); hạn chế rượu bia (66,2%), ăn giảm muối (62,7%). Kết quả này cũng khá tương đồng với nghiên cứu của Trịnh Thị Thúy Hồng năm 2015 (ăn nhiều rau xanh, hoa quả (76,5%); hạn chế rượu bia (61,3%) [9]).

Đánh giá chung về thực hành các biện pháp phòng biến chứng THA: có 58,6% có thực hành chung đạt và 41,4% không đạt; tương đương kết quả nghiên cứu của Châu Văn Nga năm 2015 (55,3% có thực hành chung đạt [3]), của Đinh Thị Thu (55,3% có thực hành chung đạt [5]). Những BN không đạt yêu cầu về thực hành các biện pháp phòng biến chứng THA cần được nhân viên y tế tiếp tục tuyên truyền, tư vấn để bệnh nhân hiểu và làm theo các nguyên tắc trong phòng, chống biến chứng và điều trị THA.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 145 BN có chẩn đoán xác định THA, điều trị nội trú tại Khoa A1, Bệnh viện Quân y 109, từ tháng 02-9/2020, kết quả:

- 67,6% BN nghiên cứu có kiến thức chung đạt về các biện pháp phòng biến chứng THA. Trong đó, BN có kiến thức tốt nhất là biết được biến chứng đột quỵ não/tai biến mạch máu não (92,4%), trong khi chỉ có 32,4% BN nhận thức đúng về biến chứng mạch vành của THA.

- 58,6% BN thực hành chung đạt về các biện pháp phòng biến chứng THA. 20,7% BN nghiên cứu không uống thuốc huyết áp thường xuyên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2010), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp*, Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31 tháng 08 năm 2010, Hà Nội.
2. Bùi Thị Thanh Hòa (2012), *Kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan đến phòng biến chứng tăng huyết áp của bệnh nhân điều trị ngoại trú tại bệnh viện E*.
3. Châu Văn Nga (2015), *Kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan đến phòng biến chứng ở người tăng huyết áp, tại Bệnh viện tỉnh Đồng Tháp*.
4. Cục Y tế Dự phòng - Bộ Y tế (2016), *Điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm Việt Nam 2015*, tr. 1, 43.
5. Đinh Thị Thu (2018), *Kiến thức, thực hành phòng biến chứng tăng huyết áp của người bệnh tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh*.
6. Đinh Văn Sơn (2012), *Kiến thức, thực hành phòng, chống biến chứng tăng huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp tại huyện Bình Xuyên, Vĩnh Phúc*.
7. Nguyễn Lâm Việt, Đỗ Doãn Lợi, Phạm Thái Sơn và CS (2008), *Áp dụng một số giải pháp can thiệp thích hợp để phòng, chữa bệnh tăng huyết áp ở cộng đồng*, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ, tr. 1-31.
8. Trịnh Thị Hương Giang (2015), *Kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan đến thực hành phòng, chống biến chứng ở bệnh nhân tăng huyết áp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình*.
9. Trịnh Thị Thúy Hồng (2015), *Kiến thức, thực hành phòng biến chứng tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện tỉnh Bắc Giang*. □

ĐÁNH GIÁ NĂNG LỰC QUẢN LÝ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRƯỞNG CÁC KHOA LÂM SÀNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 5, NĂM 2019

CNDD. ĐẶNG VĂN TUẤN - *Bệnh viện Quân y 5*
Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. LÊ ANH TUẤN
(2) ThS. PHẠM THU HÀ

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 18 điều dưỡng trưởng các khoa lâm sàng, Bệnh viện Quân y 5, từ tháng 01-6/2019 về thực trạng năng lực quản lý của điều dưỡng trưởng tại các khoa lâm sàng.

Kết quả: 100% điều dưỡng trưởng biết sử dụng tin học, có chứng chỉ ngoại ngữ và có kế hoạch kiểm tra về kiểm soát nhiễm khuẩn và dự trữ y dụng cụ, vật tư tiêu hao, bảo dưỡng, quản lý tài sản đạt; thực hiện tốt công tác quản lý nhân lực - ngày, giờ công, tài sản vật tư - trang thiết bị trong khoa và hải lòng, rất hài lòng với công tác quản lý của điều dưỡng trưởng (đều chiếm 94,4%); thực hiện nhiệm vụ chuyên môn khá tốt đạt từ 88,9-94,4%. Tỷ lệ điều dưỡng trưởng trình độ trung cấp còn cao (27,9%), nhu cầu học tập của điều dưỡng trưởng chưa cao (cao nhất mới chỉ đạt 44,4%), tham gia nghiên cứu khoa học còn hạn chế (22,2%); đôi khi chưa đáp ứng được nhu cầu quản lý.

Từ khóa: Năng lực quản lý, điều dưỡng.

ABSTRACT: Cross-sectional descriptive study of 18 chief nurses of clinical departments, Military hospital 5, from January to June 2019 about the real situation of the management capacity of chief nurses at the clinical departments.

Results: 100% of nurses knew information technology, had foreign language certificates, and had a plan to check for infection control and plan for medical tools, consumables, maintenance, and asset management; well performed the management of human resources - working days, working hours, assets, materials - equipment in the departments and satisfied, very satisfied with the management of the chief nurses (both accounted for 94.4%); performed well professional tasks (88.9-94.4%). The rate of chief nurses with middle-level education was still high (27.9%), the learning needs of chief nurses were not high (the highest rate was only 44.4%), participation in scientific research was limited (22.2%); sometimes not meeting the needs of management.

Keywords: Management capacity, nursing.

Chịu trách nhiệm nội dung: CNDD. Đặng Văn Tuấn, SĐT: 0982877630

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Hệ thống điều dưỡng trưởng (ĐDT) trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chịu trách nhiệm về quản lý, tổ chức, điều hành các hoạt động chăm sóc, bảo đảm chất lượng, an toàn người bệnh và duy trì công tác kiểm tra, giám sát, đánh giá, đào tạo liên tục cho điều dưỡng (ĐD), hộ sinh viên.

Trong hoạt động chung của bệnh viện, đội ngũ ĐD trưởng ngày càng đóng vai trò quan trọng trong công tác theo dõi và chăm sóc người bệnh cũng như quản lý khoa/phòng. Kết quả công tác theo dõi và chăm sóc người bệnh phụ thuộc rất nhiều vào năng lực tổ chức điều hành của các ĐD trưởng. ĐD trưởng các cấp được thừa nhận là cán bộ chủ chốt trong các cơ sở y tế, là một chức vụ quản lý có vai trò rất quan trọng trong việc chỉ đạo nâng cao chất lượng chăm sóc người

bệnh, phát triển năng lực nhân viên và bảo đảm các nguồn lực của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được sử dụng hiệu quả.

Để nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh, các cơ sở y tế rất cần đến hệ thống ĐD trưởng có trình độ chuyên môn và năng lực quản lý ĐD tốt. Bộ Y tế đã ban hành chuẩn năng lực cơ bản ĐD Việt Nam để các cơ sở đào tạo, sử dụng ĐD nghiên cứu áp dụng. Bộ tài liệu đưa ra những tiêu chuẩn thuộc 3 lĩnh vực: năng lực thực hành; năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp; năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp. Sự cần thiết của chuẩn năng lực cơ bản của ĐD Việt Nam giúp phân biệt giữa các bậc ĐD được đào tạo, hay ĐD viên hoặc ĐD trưởng tự đánh giá năng lực nghề nghiệp của bản thân để đạt chuẩn và hoàn thành chức năng nhiệm vụ khi thực hành công việc.

Tại Việt Nam, hệ thống y tế về quản lý ĐD trưởng các cấp thì các ĐD trưởng Bệnh viện - viện - trung tâm - các khoa/phòng là hệ thống quan trọng. Chất lượng chăm sóc, phục vụ người bệnh, hiệu quả sử dụng nguồn lực và bảo đảm hiệu quả chi phí của các khoa, các bệnh viện phụ thuộc đáng kể vào sự đóng góp của ĐD trưởng. Thực tế cho thấy, khoa nào người ĐD trưởng có kiến thức chuyên môn, thạo tay nghề, có đạo đức nghề nghiệp và năng lực về quản lý tốt thì khoa đó sẽ hoạt động tốt, mọi công việc đều trôi chảy và công tác chăm sóc người bệnh đạt kết quả cao.

Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá năng lực quản lý của ĐD trưởng các khoa lâm sàng tại Bệnh viện Quân y 5, năm 2019.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

18 ĐD trưởng các khoa lâm sàng có thời gian công tác ≥ 1 năm tại Bệnh viện Quân y 5, từ tháng 01-6/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Phương pháp tiến hành nghiên cứu: phỏng vấn đối tượng nghiên cứu, lãnh đạo và ĐD viên các khoa lâm sàng theo phiếu khảo sát được thiết kế sẵn gồm: phiếu số 1 (khảo sát thực trạng quản lý - điều hành của ĐD trưởng tại khoa lâm sàng) do ĐD trưởng tự đánh giá; và phiếu số 2 (khảo sát thực trạng quản lý, điều hành của ĐD trưởng tại khoa lâm sàng) do lãnh đạo và ĐD viên trong khoa đánh giá.

- Đạo đức nghiên cứu: đề cương nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức bệnh viện. Các ĐD trưởng đều hiểu mục đích, nội dung nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: bằng thuật toán thống kê y học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Khảo sát thực trạng quản lý, điều hành của ĐD trưởng:

- Thâm niên công tác (n = 18):

+ Từ 5-10 năm: 9 người (50,0%).

+ Trên 10 năm: 9 người (50,0%).

- Trình độ chuyên môn (n = 18):

+ Đại học: 3 người (16,6%).

+ Cao đẳng: 10 người (55,5%).

+ Trung cấp: 5 người (27,9%).

- Trình độ quản lý:

+ Đã được đào tạo: 17 người (94,4%).

+ Chưa được đào tạo: 1 người (5,6%).

- Trình độ ngoại ngữ (tiếng Anh):

+ Bằng A: 5 người (27,8%).

+ Bằng B: 13 người (72,2%).

- Trình độ tin học: 18 người (100%) đều có khả năng sử dụng thành thạo phần mềm tin học quản lý bệnh viện.

- Năng lực quản lý:

Bảng 1. Năng lực quản lý của ĐD trưởng (n = 18).

Nội dung năng lực	Tốt	Bình thường
Tổ chức chăm sóc theo nhóm	13 (72,2%)	5 (27,8%)
Quản lý nhân lực - ngày, giờ công	17 (94,4%)	1 (5,6%)
Quản lý tài sản vật tư - trang thiết bị trong khoa	17 (94,4%)	1 (5,6%)

- Tự đánh giá về công tác quản lý của bản thân ĐD trưởng (n = 18):

+ Rất hài lòng: 3 người (16,8%).

+ Hài lòng: 14 người (77,8%).

+ Không hài lòng: 1 người (5,6%).

- Nhu cầu được học tập, nâng cao:

Bảng 2. Nhu cầu học tập của ĐD trưởng (n = 18).

Nhu cầu được học	Số người	Tỉ lệ %
Đại học, sau đại học	4	22,2
Ngoại ngữ, tin học	6	33,3
Kĩ năng giao tiếp	8	44,4
Nghiên cứu khoa học	8	44,4

Bảng 3. Kế hoạch công tác chuyên môn và đào tạo của ĐD trưởng (n = 18).

Nội dung	Có	Không	Khi cần
Thực hiện kế hoạch kiểm tra công tác vệ sinh, kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện trong khoa	18 (100%)	0	0
Có kế hoạch dự trù y dụng cụ, vật tư tiêu hao, kiểm tra, bảo dưỡng và quản lý tài sản.	18 (100%)	0	0
Thực hiện kế hoạch đào tạo lại cho điều dưỡng, hộ lý và nhân viên mới trong khoa	16 (88,89%)	0	2 (11,11%)

Bảng 4. Thực hiện nhiệm vụ chuyên môn của ĐD trưởng (n = 18).

Nội dung nhiệm vụ	Có	Không	Không thường xuyên
Hàng tuần ĐD trưởng đi buồng cùng lãnh đạo khoa	16 (88,9%)	0	2 (11,1%)
Hàng ngày ĐD trưởng đi buồng cùng ĐD nhóm chăm sóc	16 (88,9%)	0	2 (11,1%)
Thực hiện kế hoạch bình phiếu chăm sóc theo quy định	17 (94,4%)	0	1 (5,6%)
Tham gia quản lí, hướng dẫn cho ĐD thực tập tại khoa	16 (88,9%)	2 (11,1%)	0
Tham gia nghiên cứu khoa học	4 (22,2%)	14 (77,8%)	0

3.2. Lãnh đạo và ĐD viên đánh giá thực trạng quản lí, điều hành của ĐD trưởng:

Bảng 5. Đánh giá của lãnh đạo các khoa đối với các ĐD trưởng (n = 18).

Nội dung đánh giá	Tốt	Chưa tốt	Chưa thực hiện
Khả năng sử dụng tin học quản lí viện phí bệnh viện	18 (100%)	0	0
Tổ chức chăm sóc người bệnh theo nhóm	17 (94,4%)	1 (5,6%)	0
Quản lí nhân lực - ngày, giờ công	17 (94,4%)	1 (5,6%)	0
Quản lí tài sản - vật tư, trang thiết bị trong khoa	18 (100%)	0	0
Thực hiện kế hoạch kiểm tra công tác vệ sinh, kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện trong khoa	14 (77,8%)	4 (22,2%)	0
Có kế hoạch dự trữ y dụng cụ, vật tư tiêu hao, kiểm tra, bảo dưỡng và quản lí tài sản.	17 (94,4%)	1 (5,6%)	0
Tham gia đi buồng cùng lãnh đạo khoa (hàng tuần)	15 (83,3%)	2 (11,1%)	1 (5,6%)
Tham gia đi cùng buồng với ĐD chăm sóc (hàng ngày)	14 (77,8%)	4 (22,2%)	0
Thực hiện kế hoạch bình phiếu chăm sóc người bệnh	16 (88,9%)	2 (11,1%)	0
Thực hiện kế hoạch đào tạo lại cho điều dưỡng, hộ lí và nhân viên mới trong khoa	14 (77,8%)	2 (11,1%)	2 (11,1%)
Tham gia quản lí, hướng dẫn cho ĐD thực tập tại khoa	17 (94,4%)	1 (5,6%)	0
Tham gia nghiên cứu khoa học	4 (22,2%)	6 (33,3%)	8 (44,4%)
Đánh giá chung về năng lực, hiệu quả quản lí của ĐD trưởng	17 (94,4%)	1 (5,6%)	0

Bảng 6. Đánh giá của điều dưỡng viên các khoa đối với các ĐD trưởng (n = 81).

Nội dung đánh giá	Tốt	Chưa tốt	Chưa thực hiện
Khả năng sử dụng tin học quản lí viện phí bệnh viện	76 (93,8%)	5 (6,2%)	0
Tổ chức chăm sóc người bệnh theo nhóm	78 (96,3%)	3 (3,7%)	0
Quản lí nhân lực - ngày, giờ công	78 (97,5%)	3 (3,7%)	0
Quản lí tài sản - vật tư, trang thiết bị trong khoa	80 (98,8%)	1 (1,2%)	0
Thực hiện kế hoạch kiểm tra công tác vệ sinh, kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện trong khoa	76 (93,8%)	5 (6,2%)	0
Có kế hoạch dự trữ y dụng cụ, vật tư tiêu hao, kiểm tra, bảo dưỡng và quản lí tài sản.	80 (98,8%)	1 (1,2%)	0
Tham gia đi buồng cùng lãnh đạo khoa (hàng tuần)	73 (90,1%)	3 (3,7%)	5 (6,2%)
Tham gia đi cùng buồng với ĐD chăm sóc (hàng ngày)	69 (85,2%)	8 (9,9%)	4 (4,9%)
Thực hiện kế hoạch bình phiếu chăm sóc người bệnh	70 (86,4%)	9 (11,1%)	2 (2,5%)
Thực hiện kế hoạch đào tạo lại cho điều dưỡng, hộ lí và nhân viên mới trong khoa	70 (86,4%)	8 (9,9%)	3 (3,7%)
Tham gia quản lí, hướng dẫn cho ĐD thực tập tại khoa	77 (95,1%)	3 (3,7%)	1 (1,2%)
Tham gia nghiên cứu khoa học	45 (55,6%)	5 (6,2%)	31 (38,3%)
Đánh giá chung về năng lực và hiệu quả quản lí của ĐDT	72 (88,9%)	9 (11,1%)	0

4. BÀN LUẬN.

Nghiên cứu cho thấy, đánh giá của lãnh đạo, điều dưỡng viên và ĐD trưởng tự đánh giá đều thu được kết quả tương đối giống nhau.

Số ĐD trưởng có kinh nghiệm trong công tác quản lý cao vì 100% ĐD trưởng có thâm niên công từ 5 năm trở nên. 100% ĐD trưởng sử dụng tin học thành thạo, đáp ứng nhu cầu ứng dụng tin học trong công tác quản lý về chuyên môn. Đặc biệt rất hiệu quả trong quản lý thuốc và viện phí tránh thất thoát, lãng phí trong bệnh viện.

94,4% ĐD trưởng có chứng chỉ quản lý và 100% ĐD trưởng có chứng chỉ ngoại ngữ (tiếng Anh) bằng A, B (chủ yếu là bằng B, chiếm 72,22%).

Về năng lực và hiệu quả quản lý chung của ĐD trưởng được lãnh đạo, ĐD viên các khoa đánh giá tốt, lần lượt chiếm tỉ lệ 94,4% và 88,9%. Trong đó, quản lý tài sản - vật tư, trang thiết bị trong khoa được đánh giá cao nhất (100% và 98,8%). Các quản lý khác về ngày công, vật tư tiêu hao cũng khá cao, đạt từ 94,7-98,8%.

ĐD trưởng tham gia đào tạo, đào tạo lại cho các ĐD trong khoa cũng được lãnh đạo khoa và ĐD viên đánh giá cao, đạt từ 77,8-86,4%. Bên cạnh đó, ĐD trưởng cũng đã tham gia hướng dẫn các ĐD, học sinh, sinh viên đến thực tập tại khoa đạt 94,4-95,1%.

100% ĐD trưởng tự đánh giá có kế hoạch kiểm tra về kiểm soát nhiễm khuẩn, dự trữ y dụng cụ, vật tư tiêu hao, bảo dưỡng và quản lý tài sản.

ĐD trưởng thực hiện nhiệm vụ chuyên môn khá, tốt đạt từ 88,9-94,4%. Kết quả này phù hợp với kết quả kiểm tra bệnh viện cuối năm tại các khoa lâm sàng về công tác chăm sóc người bệnh của điều dưỡng.

ĐD trưởng tự đánh giá công tác tham gia nghiên cứu khoa học thấp (22,2%). Do trình độ của ĐD trưởng còn nhiều hạn chế và chưa được đào tạo chuyên sâu về công tác này.

Đa số ĐD trưởng hài lòng với công tác quản lý của mình (77,8%), nhưng vẫn còn 5,6% ĐD trưởng không hài lòng. Nhu cầu học tập của ĐD trưởng ở mức độ trung bình, nhưng các ĐD trưởng đã chú trọng, muốn học về nghiên cứu khoa học và kỹ năng giao tiếp đạt 44,4%.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu đánh giá thực trạng năng lực quản lý của 18 ĐD trưởng các khoa lâm sàng, Bệnh viện Quân y 5, năm 2019, chúng tôi có một số kết luận sau:

- 27,9% ĐD trưởng có trình độ chuyên môn bậc trung cấp, đôi khi chưa đáp ứng được nhu cầu quản lý.

- 100% ĐD trưởng sử dụng thành thạo phần mềm tin học quản lý bệnh viện, có chứng chỉ ngoại ngữ và có kế hoạch kiểm tra về kiểm soát nhiễm khuẩn, dự trữ y dụng cụ, vật tư tiêu hao, bảo dưỡng, quản lý tài sản.

- Nội dung thực hiện tốt công tác quản lý nhân lực - ngày, giờ công, tài sản vật tư - trang thiết bị trong khoa và hài lòng, rất hài lòng với công tác quản lý của mình (đều đạt 94,4%).

- ĐD trưởng các khoa lâm sàng thực hiện nhiệm vụ chuyên môn khá tốt, đạt từ 88,9-94,4%. Tuy nhiên, nhu cầu học tập của ĐD trưởng chưa cao (cao nhất mới chỉ là 44,5%), tham gia nghiên cứu khoa học còn hạn chế (22,2%).

Từ kết quả nghiên cứu này và thực trạng công tác điều dưỡng, chăm sóc người bệnh tại Bệnh viện, nhóm nghiên cứu đề xuất:

- Cần động viên, khuyến khích, tạo điều kiện cho các ĐD trưởng tham gia nghiên cứu khoa học, góp phần nâng cao năng lực tự học tập, tự nghiên cứu.

- Lãnh đạo các cấp tạo điều kiện thuận lợi, đáp ứng nhu cầu học tập nâng cao trình độ của ĐD trưởng, nhất là nhu cầu học kỹ năng giao tiếp, phương pháp nghiên cứu khoa học, tham gia đào tạo đại học và sau đại học.

- Xây dựng và thực hiện bổ nhiệm ĐD trưởng theo đúng tiêu chí đối với bệnh viện hạng II.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2011), *Quy chế bệnh viện*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2004), *Tài liệu quản lý điều dưỡng*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
3. Bộ Y tế (2011), *Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện*, Thông tư 07/2011/TT-BYT.
4. Bộ Y tế (2012), *Chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam*, Hà Nội.
5. Hội điều dưỡng Việt Nam (2012), *Vai trò của Điều dưỡng trưởng trong bối cảnh đổi mới*, Hà Nội 2012, Quản lý và lãnh đạo Điều dưỡng.
6. Phạm Đức Mục (2004), *Vai trò của điều dưỡng trưởng khoa*, Hội điều dưỡng Việt Nam.
7. Lê Thanh Tùng (2014), "Đào tạo điều dưỡng tại Việt Nam: định hướng, thách thức và cơ hội", *Kỷ yếu đề tài nghiên cứu khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ V*.
8. *Tài liệu: chương trình phát triển sự lãnh đạo và quản lý điều dưỡng ICN*. □

ĐÁNH GIÁ SỰ HÀI LÒNG VỀ CHẤT LƯỢNG KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA KHÁM BỆNH, PHÂN VIỆN QUÂN Y 7, NĂM 2019

CNDD. NGUYỄN THỊ ĐIỀU, CNDD. NGUYỄN THỊ THU HƯƠNG

Phân viện Quân y 7

Phản biện khoa học: (1) BSCKII. NGUYỄN QUỐC THỊNH

(2) ThS. PHẠM THU HÀ

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 494 người bệnh và 36 người nhà đưa người bệnh đến khám bệnh tại Khoa Khám bệnh, Phân viện Quân y 7, từ tháng 6-12/2019.

Kết quả: 81,2% người bệnh và 91,6% người nhà người bệnh rất hài lòng với thái độ đón tiếp, phục vụ của nhân viên y tế Khoa Khám bệnh. 77,9% người bệnh hài lòng và 88,9% người nhà người bệnh hài lòng việc nhân viên y tế hướng dẫn, giải thích những thắc mắc. 63,7% người bệnh và 69,4% người nhà người bệnh rất hài lòng về quá trình giải thích tình trạng bệnh, hướng dẫn phương pháp điều trị. 55,9% người bệnh và 22,2% người nhà người bệnh hài lòng về đánh giá công tác tư vấn giáo dục sức khỏe. 14,2% người bệnh và 2,8% người nhà người bệnh không hài lòng về thời gian chờ đợi khám.

Từ khóa: Hài lòng người bệnh, chất lượng bệnh viện, bệnh nhân ngoại trú.

ABSTRACT: Cross-section descriptive study of 494 patients and 36 family members of patients at the Department of medical examination, Military medical sub-institute 7, from June to December 2019.

Results: There were 81.2% of patients and 91.6% of their family members very satisfied with the welcoming and service attitude of health workers at the Department of medical examination, 77.9% of the patients were satisfied and 88.9% of the patient's family members were satisfied with the guidance and explanation of questions by the health workers. 63.7% of the patients and 69.4% of the patient's family members were very satisfied with the process of explaining the disease status and guiding treatment methods. 55.9% of the patients and 22.2% of the patient's family members were satisfied with the assessment of health counseling and education. 14.2% of the patients and 2.8% of their family members were dissatisfied with the waiting time for examination.

Keywords: Satisfaction of patients, quality of the hospital, outpatients.

Chịu trách nhiệm nội dung: CNDD. Nguyễn Thị Điều, SĐT: 0936982932.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh là yêu cầu cấp thiết đặt ra cho các cơ sở y tế, đồng thời cũng là niềm mong đợi của người bệnh (NB) và người nhà NB. Sự hài lòng của NB về chất lượng phục vụ và chăm sóc sức khỏe của các cơ sở y tế là vấn đề rất quan trọng trong giai đoạn hiện nay. Có cái nhìn tổng thể, đánh giá đúng những mặt mạnh, những hạn chế, yếu kém trong công tác khám và điều trị, làm cơ sở cho các đơn vị điều chỉnh, khắc phục, đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng cao của bộ đội và nhân dân trong công tác khám, chữa bệnh.

Chất lượng khám và điều trị là yếu tố rất quan trọng, quyết định sự tồn tại của bệnh viện, thể hiện ở các khía cạnh, như có hiệu quả khoa học, việc chăm sóc phải thực hiện theo tiêu chuẩn đã quy định; thích hợp với NB; an toàn và không gây biến chứng; NB cảm nhận thấy hài lòng, ít tốn kém so với cách điều trị khác.

Những năm gần đây, Phân viện Quân y 7 (Bệnh viện Quân y 7) đã có những thay đổi toàn diện nhằm nâng cao chất lượng chuyên môn của đội ngũ y tế trong điều trị, chăm sóc NB. Việc tổ chức các quy trình khám bệnh ngoại trú hướng tới sự hài lòng của NB được Ban Giám đốc rất quan tâm, bước đầu nhận được những phản ảnh tích cực.

Chúng tôi triển khai nghiên cứu này nhằm đánh giá sự hài lòng của NB về chất lượng khám và điều trị tại Khoa Khám bệnh, Phân viện Quân y 7. Từ đó, đề xuất các giải pháp nhằm nâng cao mức độ hài lòng của NB trong khám chữa bệnh những năm tiếp theo.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

494 NB và 36 người nhà NB đến khám bệnh tại Khoa Khám bệnh, Phân viện Quân y 7 các ngày trong tuần (trừ thứ Bảy và Chủ nhật), từ tháng 6-12/2019.

Loại trừ NB không có khả năng hiểu và tự điền trả lời vào phiếu câu hỏi; NB bỏ về, chuyển viện,

trạng thái tâm lí không ổn định...; NB và người nhà NB không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Phương pháp tiến hành: xây dựng phiếu câu hỏi và đánh giá mức độ hài lòng dựa trên mẫu phiếu khảo sát ý kiến NB ngoại trú do Bộ Y tế ban hành [4], [5]. Phiếu câu hỏi thiết kế phù hợp với đặc điểm của Phân viện Quân y 7 và được Ban Giám đốc phê duyệt, áp dụng trong Phân viện.

- Nội dung khảo sát (gồm 5 vấn đề chính):
+ Thái độ đón tiếp của nhân viên Khoa Khám bệnh.
+ Hướng dẫn, hỗ trợ NB thực hiện quy trình khám bệnh.
+ Thời gian chờ khám bệnh và làm xét nghiệm.
+ Về trình độ chuyên môn của nhân viên y tế.
+ Tư vấn của nhân viên y tế về bảo vệ, chăm sóc sức khỏe cho NB.

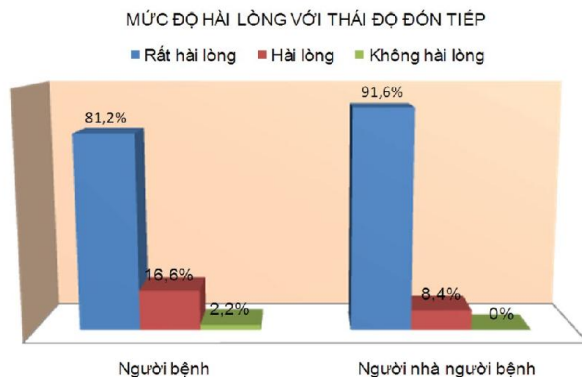
- NB trả lời các phiếu câu hỏi và đánh giá sự hài lòng ở ba mức độ: rất hài lòng, hài lòng và không hài lòng.

- Đạo đức nghiên cứu: được ban Giám đốc và hội đồng đạo đức Phân viện thông qua.

- Xử lí số liệu: bằng phần mềm SPSS 18.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

- Đánh giá thái độ đón tiếp, phục vụ NB của nhân viên y tế Khoa Khám bệnh.



Biểu đồ 1. Mức độ hài lòng về thái độ đón tiếp NB.

81,2% NB và 91,6% người nhà NB rất hài lòng với thái độ đón tiếp, phục vụ của nhân viên y tế Khoa Khám bệnh.

- Mức độ hài lòng của NB về việc nhân viên y tế hướng dẫn, giải thích những thắc mắc:

Bảng 1. Đánh giá về việc nhân viên y tế hướng dẫn, giải thích những thắc mắc.

Nội dung đánh giá	NB	Người nhà NB
Rất hài lòng	93 (18,8%)	4 (11,1%)
Hài lòng	385 (77,9%)	32 (88,9%)
Không hài lòng	16 (3,2%)	0
Tổng	494 (100%)	36 (100%)

Vẫn còn 3,2% NB không hài lòng về việc nhân viên y tế hướng dẫn, giải thích những thắc mắc.

- Đánh giá thời gian chờ đợi khám:

Bảng 2. Đánh giá thời gian chờ đợi khám.

Nội dung đánh giá	NB	Người nhà NB
Rất hài lòng	106 (21,4%)	9 (25,0%)
Hài lòng	318 (64,4%)	26 (72,2%)
Không hài lòng	70 (14,2%)	1 (2,8%)
Tổng	494 (100%)	36 (100%)

14,2% NB và 2,8% người nhà NB không hài lòng về thời gian chờ đợi khám.

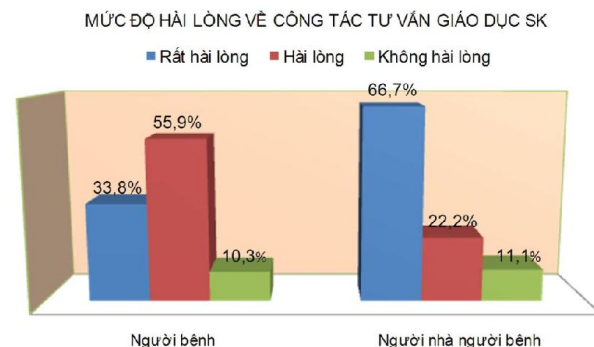
- Đánh giá về quá trình giải thích tình trạng bệnh và hướng dẫn điều trị của nhân viên y tế:

Bảng 3. Đánh giá về quá trình giải thích tình trạng bệnh và hướng dẫn điều trị.

Nội dung đánh giá	NB	Người nhà NB
Rất hài lòng	315 (63,7%)	25 (69,4%)
Hài lòng	158 (32,0%)	10 (27,8%)
Không hài lòng	21 (4,3%)	01 (2,8%)
Tổng	494 (100%)	36 (100%)

63,7% NB và 69,4% người nhà NB rất hài lòng về quá trình giải thích tình trạng bệnh cũng như hướng dẫn phương pháp điều trị.

- Đánh giá về công tác tư vấn giáo dục sức khỏe cho NB và người nhà NB:



Biểu đồ 2. Đánh giá về công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe của nhân viên y tế.

Tỉ lệ NB và người nhà NB hài lòng về công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe của nhân viên y tế không cao, lần lượt là 55,9% và 22,2%.

4. BÀN LUẬN.

- Khảo sát 494 NB và 36 người nhà NB thì có tới 81,2% NB và 91,6% người nhà NB đánh giá rất hài lòng về thái độ đón tiếp, phục vụ của nhân viên y tế phòng khám. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Ngô Thị Ngoãn năm 2012, thực hiện trên 1.250 NB và người nhà NB tại phòng khám bệnh của 5 bệnh viện khu vực phía Bắc; nghiên cứu đánh giá mức độ hài lòng của NB trên

nhiều khía cạnh, như tinh thần, thái độ phục vụ của thầy thuốc; tổ chức đón tiếp NB; giá cả dịch vụ; thời gian chờ đợi. Kết quả, tỉ lệ hài lòng chung về chất lượng điều trị đạt 90,6%.

- Công tác khám, giải thích về tình trạng bệnh và các chế độ chính sách luôn được nhân viên phòng khám chú trọng. Đặc biệt, việc hướng dẫn sử dụng thuốc cho NB luôn cẩn thận và chu đáo. Kết quả, có 77,9% NB và 88,9% người nhà NB thấy hài lòng với công tác hướng dẫn, giải thích đầy đủ, tận tình, chu đáo của nhân viên y tế. Tuy nhiên, còn tỉ lệ đánh giá không hài lòng về thời gian chờ đợi khám ở NB (14,2%) và người nhà NB (2,8%). Một trong những lí do của tình trạng này là thiếu nguồn nhân lực. Ngay cả bác sĩ chỉ huy cũng phải tham gia công tác khám và điều trị. Nên khi NB đông hoặc chỉ huy phân viện đi vắng thì NB vẫn phải chờ lâu, dẫn tới không hài lòng. Các nghiên cứu khác cho thấy, phần lớn NB chưa thật sự hài lòng về thời gian chờ đợi khám tại các bệnh viện. Tâm lí mọi người khi ốm đau cần được quan tâm kịp thời. Khi NB hay người nhà NB phải chờ đợi quá lâu, họ thường không hài lòng và sẽ đánh giá thấp về vấn đề chất lượng tại bệnh viện. Đây cũng là vấn đề các nhà quản lí cần có những giải pháp phù hợp để hạn chế đến mức thấp nhất sự không hài lòng của NB. Nghiên cứu của Phạm Nhật Yên về sự hài lòng của NB tại Bệnh viện Bạch Mai cho thấy, tỉ lệ hài lòng về thời gian chờ đợi khám chỉ đạt 30,1%, trong khi đó tỉ lệ hài lòng chung về chất lượng dịch vụ là 91,7%.

Tại các bệnh viện tuyến trung ương, có thể thấy NB chưa hài lòng với thời gian chờ đợi khám. Nguyên nhân được xác định là do tình trạng quá tải bệnh viện. Hiện nay, kinh tế ngày càng phát triển, nhu cầu về các dịch vụ y tế có chất lượng cao cũng tăng theo. NB có xu thế chuyển lên các bệnh viện tuyến trung ương để sử dụng các dịch vụ tốt nhất, gây nên tình trạng quá tải tại các bệnh viện. Vì thế, NB chưa thật sự hài lòng khi phải chờ đợi quá lâu. Còn tại Phân viện Quân y 7, vấn đề mấu chốt liên quan đến thời gian chờ đợi khám đó là nguồn nhân lực ít, cơ sở vật chất xuống cấp, trang thiết bị còn thiếu và chưa đồng bộ để đáp ứng yêu cầu nhiệm vụ, gây ảnh hưởng rất nhiều đến thời gian khám bệnh.

- Tỉ lệ NB hài lòng với công tác tư vấn giáo dục sức khỏe của nhân viên y tế chỉ chiếm 55,9%, người nhà NB là 22,2%. Điều này cho thấy, trình độ điều dưỡng chưa đồng đều, đây là một khó khăn trong công tác khám chữa bệnh. Đồng thời, nhân lực y tế được coi là một thành phần rất quan trọng trong hệ thống y tế, là yếu tố chính bảo đảm hiệu quả và chất lượng dịch vụ y tế. Thiếu nhân lực y tế chắc chắn sẽ làm giảm chất lượng trong quá trình

khám chữa bệnh, giảm chất lượng dịch vụ, dẫn đến giảm uy tín của bệnh viện và giảm thu dung NB là điều không thể tránh khỏi. So sánh kết quả với các nghiên cứu khác thực hiện tại Hòa Bình và một số bệnh viện ở Phú Thọ năm 2006-2007 của tác giả Hà Thị Soạn, thấy kết quả cũng tương đương với nghiên cứu này.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu sự hài lòng NB về chất lượng khám và điều trị tại Khoa Khám bệnh, Phân viện Quân y 7, kết quả:

81,2% NB và 91,6% người nhà NB rất hài lòng với thái độ đón tiếp, phục vụ của nhân viên y tế Khoa Khám bệnh. 77,9% NB hài lòng và 88,9% người nhà NB hài lòng việc nhân viên y tế hướng dẫn, giải thích những thắc mắc. 63,7% NB và 69,4% người nhà NB rất hài lòng về quá trình giải thích tình trạng bệnh, hướng dẫn phương pháp điều trị. 55,9% NB và 22,2% người nhà NB hài lòng về công tác tư vấn giáo dục sức khỏe. 14,2% NB và 2,8% người nhà NB không hài lòng về thời gian chờ đợi khám.

Qua nghiên cứu, chúng tôi kiến nghị:

- Cần tăng cường nhân lực, bổ sung các bác sĩ có trình độ chuyên môn tốt, mở rộng hợp tác, thu hút tiềm lực khám chữa bệnh phục vụ các đối tượng bộ đội và nhân dân tại Phân viện Quân y 7.

- Nhân viên y tế Phân viện Quân y 7 cần tăng cường công tác giáo dục sức khỏe cho NB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Ngô Thị Ngoãn và cộng sự (2002), "Kết quả nghiên cứu sự hài lòng của NB tại các khoa khám bệnh của 5 bệnh viện khu vực Hà Nội và các tỉnh", *Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu tại Hội nghị khoa học Điều dưỡng toàn quốc lần thứ I*, Nhà xuất bản Giao thông vận tải, tr. 20-22.

2. Hà Thị Soạn (2007), "Đánh giá sự hài lòng của NB và người nhà NB đối với công tác khám chữa bệnh tại một số bệnh viện tỉnh Phú Thọ năm 2006-2007", *Kỷ yếu đề tài nghiên cứu khoa học điều dưỡng*, Hội nghị khoa học Điều dưỡng toàn quốc lần thứ III, Nhà xuất bản Giao thông vận tải, tr. 17-23.

3. Phạm Nhật Yên (2008), *Đánh giá sự hài lòng của NB về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại Khoa Khám, chữa bệnh theo yêu cầu của Bệnh viện Bạch Mai năm 2008*, Luận văn thạc sĩ y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.

4. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn quy trình khám bệnh tại các cơ sở y tế*, Quyết định 1313/2013/QĐ-BYT, ban hành ngày 22/4/2013, Hà Nội.

5. Bộ Y tế (2016), *Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện*, Quyết định 6858/QĐ-BYT, ngày 18 tháng 11 năm 2016. □

ĐÁNH GIÁ SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐỐI VỚI CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG TẠI KHOA CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH, BỆNH VIỆN QUÂN Y 4, QUÂN KHU 4

CNDD. TRẦN CÔNG HUẤN, ThS. PHAN QUỐC KHÁNH
CNDD. TRẦN THỊ DUNG, CNDD. TRẦN THỊ HOÀI THƯƠNG
Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4
Phản biện khoa học: (1) BSCKII. NGUYỄN QUỐC THỊNH
(2) ThS. PHẠM THU HÀ

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang 90 người bệnh điều trị nội trú nhằm đánh giá sự hài lòng của người bệnh (theo thang điểm Lilker) đối với công tác điều dưỡng tại Khoa Chấn thương Chỉnh hình, Bệnh viện Quân y 4, từ tháng 2-6/2018. **Kết quả:** Mức độ hài lòng của người bệnh với công tác điều dưỡng trong nội dung hướng dẫn dùng thuốc: hài lòng và rất hài lòng là 76,7%, không hài lòng 1,1%; nội dung thay băng: hài lòng và rất hài lòng là 76,7%, không hài lòng 6,7%; nội dung tiêm truyền: hài lòng và rất hài lòng là 77,8%, không hài lòng 5,6%; nội dung tập phục hồi chức năng: hài lòng và rất hài lòng là 72,2%, không hài lòng 2,2%; nội dung động viên tinh thần: hài lòng và rất hài lòng là 81,1%, không hài lòng 1,1%; nội dung giải thích tư vấn chăm sóc sức khỏe: hài lòng và rất hài lòng là 81,1%, không hài lòng 4,4%. Mức độ hài lòng của người bệnh đối với công tác điều dưỡng khá cao: hài lòng và rất hài lòng là 71,1%, không hài lòng là 3,3%.

Từ khóa: Mức độ hài lòng, điều dưỡng viên.

ABSTRACT: Prospective study and cross-sectional description of 90 inpatients for assessment of patients satisfaction (according to the Lilker scale) to the nursing work at the Department of Trauma and Orthopedics, Military hospital 4, from February to June 2018. **Results:** The patient's satisfaction with the nursing work in the drug instructions: satisfied and very satisfied was 76.7%, dissatisfied was 1.1%; the content of bandage changes: satisfied and very satisfied was 76.7%, satisfied was 6.7%; the content of infusion: satisfied and very satisfied was 77.8%, dissatisfied was 5.6%; the content of rehabilitation exercise: satisfied and very satisfied was 72.2%, dissatisfied was 2.2%; the content of motivating spirit: satisfied and very satisfied was 81.1%, dissatisfied was 1.1%; the content of explaining and consulting of health care: satisfied and very satisfied was 81.1%, dissatisfied was 4.4%. The level of patient satisfaction with the nursing work was quite high: satisfied and very satisfied 71.1%, and dissatisfied 3.3%.

Keywords: Satisfaction level, nursing staff.

Chịu trách nhiệm nội dung: CNDD. Trần Công Huấn, SĐT: 0983601103.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Ngày nay, điều dưỡng (ĐD) được xem là một nghề độc lập trong hệ thống y tế. Đối mới, nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh là yếu tố sống còn của mỗi bệnh viện, trong đó vai trò ĐD viên trong quá trình điều trị và chăm sóc người bệnh (NB) hết sức quan trọng. Xuất phát từ tình hình thực tế và những định hướng nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, chăm sóc NB trong thời gian tới, các bệnh viện cần không ngừng đầu tư nâng cao trình độ chuyên môn, kỹ năng nghề nghiệp, cải thiện tâm lý tiếp xúc ĐD viên.

Để chăm sóc và điều trị NB ngày càng tốt hơn, tạo điều kiện cho các ĐD viên chủ động, linh hoạt và tham gia nhiều hơn vào quá trình chăm sóc điều trị NB, Khoa Chấn thương - Chỉnh hình, Bệnh viện

Quân y 4, Quân khu 4 đã có nhiều thay đổi trong công tác ĐD.

Nhằm đánh giá hiệu quả công tác ĐD trong thời gian qua, chúng tôi triển khai đề tài này với mục tiêu: khảo sát mức độ hài lòng của NB đối với công tác ĐD tại khoa Chấn thương - Chỉnh hình, Bệnh viện Quân y 4.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

- 90 NB điều trị nội trú tại khoa Chấn thương - Chỉnh hình, Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4, từ tháng 2-6/2018.

Lựa chọn NB điều trị nội trú tại khoa từ 6 ngày trở lên, đã được phẫu thuật, có đủ khả năng độc lập đọc và trả lời câu hỏi theo phiếu khảo sát. Loại trừ NB không đủ năng lực nhận thức hoặc từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang.
- Thu thập số liệu: thông qua phỏng vấn NB đang điều trị tại khoa bằng bộ câu hỏi về mức độ hài lòng đối với ĐD viên nói chung; mức độ hài lòng đối với từng công việc cụ thể của ĐD viên (hướng dẫn dùng thuốc, thay băng, tiêm truyền, hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ, động viên tinh thần, giải thích tình trạng bệnh tật và tư vấn một số kiến thức cơ bản chăm sóc sức khỏe).
- Đánh giá mức độ hài lòng của NB theo thang điểm Likert: 1 điểm: rất không hài lòng; 2 điểm: không hài lòng; 3 điểm: chấp nhận được; 4 điểm: hài lòng; 5 điểm: rất hài lòng.
- Đạo đức nghiên cứu: đề tài được hội đồng đạo đức bệnh viện thông qua. Các thông tin của NB được bảo mật và chỉ phục vụ nghiên cứu.
- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Đặc điểm chung của NB nghiên cứu:

Bảng 2. Mức độ hài lòng của NB đối với công tác ĐD (n = 90):

Công tác ĐD	Mức độ hài lòng				
	Rất hài lòng	Hài lòng	Chấp nhận được	Không hài lòng	Rất không hài lòng
Hướng dẫn dùng thuốc	25 (27,8%)	44 (48,9%)	20 (22,2%)	01 (1,1%)	0
Thay băng	27 (30,0%)	42 (46,7%)	15 (16,7%)	6 (6,7%)	0
Tiêm truyền	30 (33,3%)	40 (44,4%)	15 (16,7%)	04 (4,4%)	01 (1,11%)
Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ	34 (37,8%)	31 (34,4%)	23 (25,6%)	02 (2,2%)	0
Động viên tinh thần NB	38 (42,2%)	35 (38,9%)	16 (17,8%)	01 (1,1%)	0
Giải thích về bệnh và tư vấn một số kiến thức cơ bản chăm sóc sức khỏe cho NB	36 (40,0%)	37 (41,1%)	13 (14,4%)	04 (4,4%)	0
ĐD phụ trách chăm sóc trong thời gian nằm viện	25 (27,8%)	39 (43,3%)	2 (25,6%)	03 (3,3%)	0

- Hướng dẫn sử dụng thuốc: việc hướng dẫn sử dụng thuốc hằng ngày cho NB điều trị nội trú là công việc bắt buộc của ĐD viên. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, khi được hỏi ĐD có hướng dẫn dùng thuốc hằng ngày cho NB không thì chỉ có 89/90 NB (98,9%) trả lời có hướng dẫn; 1/90 NB (1,1%) trả lời không được hướng dẫn. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương (388/392 NB được ĐD viên hướng dẫn dùng thuốc trong quá trình nằm điều trị, 4/392 NB không được hướng dẫn dùng thuốc và 4/392 NB được hướng dẫn nhưng không đầy đủ [2]); hay nghiên cứu của Lê Bá Vinh và cộng sự (62,8% NB được hướng dẫn sử dụng thuốc đầy đủ, 35,2% có hướng dẫn nhưng không đầy đủ và 2% không được hướng dẫn sử dụng thuốc trong quá trình điều trị [3]).

- Về mức độ hài lòng, kết quả nghiên cứu thấy, có 69 NB (76,7%) hài lòng và rất hài lòng, 1 NB

Bảng 1. Tuổi và giới tính NB (n = 90).

Đặc điểm		Số NB	Tỉ lệ %
Tuổi	Dưới 40 tuổi	33	36,7
	Từ 40-60 tuổi	29	32,2
	Trên 60 tuổi	28	31,1
Giới tính	Nam	55	61,1
	Nữ	35	38,9

NB từ 18-83 tuổi, trung bình $46,51 \pm 7,81$ tuổi. Trong đó NB dưới 40 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (36,7%). Với độ tuổi này, các NB đều có suy nghĩ chín chắn, nhận thức đầy đủ, trách nhiệm khi ghi vào phiếu điều tra, nên kết quả nghiên cứu có độ tin cậy cao. Nam giới (61,1%) nhiều hơn nữ giới (38,9%). Kết quả này là ngẫu nhiên do phương thức chọn mẫu nghiên cứu của chúng tôi, đồng thời là đặc thù của khoa Chấn thương Chỉnh hình (NB nam thường nhiều hơn nữ); tương tự nghiên cứu của Phạm Thị Hải Thương [1].

3.2. Mức độ hài lòng của NB:

(1,1%) không hài lòng. Điều này cho thấy, hướng dẫn sử dụng thuốc đầy đủ, cẩn thận, đúng thời gian, thời điểm, công khai số lượng, chất lượng góp phần quan trọng vào sự hài lòng của NB.

- Thay băng, tiêm truyền: cử chỉ, động tác, tâm lý tiếp xúc, phong cách làm việc chuyên nghiệp của ĐD viên trong công tác tiêm truyền, thay băng góp phần quan trọng vào chất lượng điều trị, sự hài lòng của NB. Kết quả nghiên cứu thấy 100% NB đều được tiêm truyền, thay băng trong suốt quá trình điều trị nội trú. Trong công tác thay băng, tỉ lệ NB hài lòng và rất hài lòng là 76,7%, chỉ có 6 NB không hài lòng. Trong tiêm truyền, tỉ lệ NB hài lòng và rất hài lòng là 77,8%, có 4 NB không hài lòng (4,4%) và 1 NB rất không hài lòng (1,1%). Nguyên nhân là do một số nhân viên y tế còn có thái độ thờ ơ, vô cảm với NB, chưa giải thích, động viên thỏa đáng trước khi tiến hành các thủ thuật. Hơn nữa,

trong thời gian nghiên cứu, một số sinh viên thực tập cũng tham gia vào thực hiện các thủ thuật, các em chưa có nhiều kinh nghiệm, động tác còn vụng về có thể đây là 1 trong những nguyên nhân làm giảm bớt sự hài lòng của NB. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương (92% NB được giải thích phù hợp trước khi thực hiện thủ thuật, 8% NB không được giải thích hoặc giải thích không đầy đủ [2]) hay của Nguyễn Sỹ Thiết (7,6% NB không được giải thích hoặc giải thích không thỏa đáng trước khi thực hiện thủ thuật [4]).

- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ: công tác tư tưởng, động viên tinh thần kịp thời, tập vận động phục hồi chức năng trước và sau mổ ngày càng được các bệnh viện quan tâm sâu sắc hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, 100% NB đều được động viên tinh thần, tư vấn chăm sóc sức khỏe, tập phục hồi chức năng trước và sau phẫu thuật. Trong công tác hướng dẫn tập phục hồi chức năng, tỉ lệ NB hài lòng và rất hài lòng là 72,2%, có 2 NB không hài lòng (2,2%); trong động viên tinh thần, tỉ lệ NB hài lòng và rất hài lòng là 81,1%, có 1 NB không hài lòng (1,1%). Trong tư vấn chăm sóc sức khỏe, tỉ lệ NB hài lòng và rất hài lòng là 81,1%, có 4 NB không hài lòng (chiếm 4,4%); trong đó có 1 NB cho rằng dụng cụ, phương tiện tập phục hồi chức năng không đầy đủ, lạc hậu; 1 NB sợ đau nên trốn tập thường xuyên, dẫn đến kết quả điều trị không được như mong muốn). Tư vấn chăm sóc sức khỏe, động viên tinh thần cho NB đòi hỏi ĐD phải có kinh nghiệm, trình độ. Tuy nhiên, trình độ và kinh nghiệm của các ĐD viên trong khoa không đồng đều, gây ảnh hưởng đến chất lượng tư vấn và động viên tinh thần NB. Bên cạnh đó, công tác đào tạo, hướng dẫn cho ĐD còn nhiều hạn chế, một số ĐD viên không nắm được quy trình tập phục hồi chức năng sau mổ. Một số ĐD viên chưa thực sự quan tâm tới công tác động viên tinh thần, tư vấn sức khỏe cho NB. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Thị Hải Thương (100% NB đều được tập phục hồi chức năng sau mổ) và nghiên cứu của Võ Kim Cúc (97,82% NB được hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ, có 2,17% NB chưa được hỗ trợ và tập phục hồi chức năng sau mổ) [5].

- Mức độ hài lòng của NB đối với công tác ĐD nói chung: kết quả nghiên cứu thấy, tỉ lệ NB hài lòng và rất hài lòng là 71,1%, NB không hài lòng là 3,3%. Kết quả này là do Bệnh viện và Khoa chúng tôi luôn làm tốt công tác tuyên truyền giáo dục ĐD và phát động phong trào "tất cả hướng tới sự hài lòng của NB". Đồng thời, Bệnh viện chúng tôi đang hướng tới xây dựng mô hình "bệnh viện công viên", "bệnh viện khách sạn". Vì vậy, mỗi ĐD viên luôn nêu cao tinh thần trách nhiệm, nâng cao chất lượng phục vụ, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đăng Chính cho thấy, có 86,2% NB hài lòng với công tác ĐD của bệnh viện [6]. Nghiên cứu của Ngô Thị Lan (2017) cũng thấy còn 7% NB chưa hài lòng với công tác ĐD tại bệnh viện [7].

4. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu sự hài lòng của 90 NB điều trị nội trú tại Khoa Chấn thương - Chỉnh hình, Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4, từ tháng 2-6/2018, kết quả:

- Hướng dẫn dùng thuốc: 76,7% NB hài lòng và rất hài lòng; có 1,1% NB không hài lòng. Thay băng: 76,7% NB hài lòng và rất hài lòng; 6,7% NB không hài lòng. Tiêm truyền: 77,8% NB hài lòng và rất hài lòng; 4,4% NB không hài lòng; 1,1% NB rất không hài lòng. Tập phục hồi chức năng: 72,2% NB hài lòng và rất hài lòng; 2,2% NB không hài lòng. Động viên tinh thần: 81,1% NB hài lòng và rất hài lòng; 1,1% NB không hài lòng. Giải thích tư vấn chăm sóc sức khỏe: 81,1% NB hài lòng và rất hài lòng; 4,4% NB không hài lòng. Đánh giá chung về công tác ĐD: 71,1% NB hài lòng và rất hài lòng; 3,3% NB không hài lòng.

Qua nghiên cứu, chúng tôi kiến nghị: Bệnh viện cần có kế hoạch giúp đỡ tích cực, chỉ đạo sát về nghiệp vụ để bổ sung các thiếu sót và xây dựng đủ các quy trình chăm sóc NB toàn diện. Các ĐD viên được chuyển đổi từ y sĩ cần được bổ túc, tập huấn về chuyên ngành ĐD hằng năm, bám sát chức trách, nhiệm vụ và công việc chăm sóc NB hằng ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Phạm Thị Hải Thương (2017), *Đánh giá kết quả chăm sóc sau mổ người bệnh gãy xương đùi tại khoa Chấn thương - Chỉnh hình, Bệnh viện Quân y 105*, Kỷ yếu hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quân 2017, tr. 185-187.
2. Nguyễn Thị Hương (2017), *Khảo sát thực trạng thực hành quy chế giao tiếp của điều dưỡng đối với người bệnh tại Bệnh viện Quân y 103*, Kỷ yếu hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quân 2017, tr.188-192.
3. Lê Bá Vĩnh, Nguyễn Minh Thắng (2017), *Khảo sát thực trạng thực hành quy chế giao tiếp của điều dưỡng đối với người bệnh tại Bệnh viện Quân y 87*, Kỷ yếu hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quân 2017, tr. 207-211.
4. Trần Sỹ Thắng (2014), *Khảo sát sự hài lòng của người bệnh đối với sự phục vụ của điều dưỡng tại Bệnh viện Đa khoa Hà Tĩnh*, Kỷ yếu hội nghị điều dưỡng toàn quốc năm 2014.
5. Võ Kim Cúc, Nguyễn Trung Kiên, Nguyễn Quốc Dũng (2017), *Đánh giá thực trạng công tác chăm sóc người bệnh phẫu thuật thay khớp háng tại Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4*, Kỷ yếu hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quân 2017, tr. 81-86.
6. Nguyễn Đăng Chính (2017), *Đánh giá sự hài lòng của người bệnh và thân nhân người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân y 103*, Kỷ yếu hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quân 2017, tr. 88-92.
7. Ngô Thị Lan, Nguyễn Thị Thu Đoài, Bùi Tuyết Mai (2017), *Khảo sát mức độ hài lòng của người bệnh thực hiện xét nghiệm tại khoa Chẩn đoán Chức năng, Bệnh viện Quân y 103*, Kỷ yếu hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quân 2017, tr. 149-161.□

KHẢO SÁT SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 268, TỪ THÁNG 5 ĐẾN THÁNG 7/2020

CNDD. HOÀNG VĂN TÙNG

Bệnh viện Quân y 268

Phản biện khoa học: BSCKII. NGUYỄN QUỐC THỊNH

ThS. PHẠM THU HÀ

TÓM TẮT: Khảo sát sự hài lòng của 200 người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân y 268, thời gian từ tháng 5 đến tháng 7/2020 bằng phỏng vấn trực tiếp. **Kết quả:** Về khả năng được tiếp cận các dịch vụ y tế: 75,5% người bệnh hài lòng; 7,4% không hài lòng. Về sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị: 74% người bệnh hài lòng; 3,2% không hài lòng. Về sự minh bạch thông tin điều trị: 68,3% người bệnh hài lòng; 8,2% không hài lòng. Về cơ sở vật chất phục vụ người bệnh: 65,5% người bệnh hài lòng; 8% không hài lòng. Về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế: 70,6% người bệnh hài lòng (7,6% rất hài lòng); 2,34% không hài lòng (0,04% đánh giá rất kém). Đánh giá chung của người bệnh về dịch vụ y tế của bệnh viện: 79,9% người bệnh hài lòng và 1,3% người bệnh không hài lòng; 78,9% người bệnh cho rằng bệnh viện đáp ứng với mong đợi trước khi điều trị.

Từ khóa: Sự hài lòng của người bệnh, dịch vụ y tế.

ABSTRACT: Survey of satisfaction of 200 inpatients at the Military hospital 268, from May to July 2020 by direct interviews. **Results:** About the ability to access health services: 75.5% of patients were satisfied; 7.4% were not satisfied. Regarding transparency of information and procedures of medical examination and treatment: 74% of patients were satisfied; 3.2% were not satisfied. Regarding the transparency of treatment information: 68.3% of patients were satisfied; 8.2% were not satisfied. About facilities to serve patients: 65.5% of patients were satisfied; 8% were not satisfied. In terms of behavior, professional capacity of health workers: 70.6% of patients were satisfied (7.6% very satisfied); 2.34% were not satisfied (0.04% assessed very poor). The general assessment of the patients about the hospital's medical services: 79.9% of the patients were satisfied and 1.3% of the patients were not satisfied; 78.9% of patients believed that the hospital meets the expectations before treatment.

Keywords: Patient's satisfaction, medical services.

Chịu trách nhiệm nội dung: BS. Nguyễn Thị Xuân Hương, Email: huongdieuduongbv268@gmail.com.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Theo Tổ chức Y tế thế giới, chất lượng dịch vụ y tế tác động đến sự hài lòng của người bệnh (NB); ngược lại, sự hài lòng của NB có thể đánh giá được hiệu quả của dịch vụ y tế do bệnh viện và ngành y tế cung cấp.

Theo Bộ Y tế, để đổi mới toàn diện về phong cách, thái độ phục vụ NB, cán bộ y tế cần phải thay đổi nhận thức, quan điểm, coi NB là khách hàng và cơ sở y tế là đơn vị cung cấp dịch vụ cho khách hàng và phải cung cấp dịch vụ tốt. Các cơ sở y tế đã hưởng ứng mạnh mẽ và cạnh tranh lẫn nhau thông qua sự hài lòng của NB để khai thác nguồn khách hàng của mình ngày càng lớn hơn.

Việc nghiên cứu đánh giá sự hài lòng của NB tại bệnh viện là vô cùng quan trọng. Kết quả các nghiên cứu là cơ sở khoa học giúp các bệnh viện xác định được những nhu cầu thiết yếu của NB, những mặt mạnh và hạn chế trong công tác điều trị,

chăm sóc và phục vụ nhu cầu thiết yếu cho NB và người nhà NB; qua đó, kịp thời khắc phục những hạn chế, phát huy mặt mạnh đã có, nhằm phục vụ NB ngày càng tốt hơn.

Bệnh viện Quân y 268 là bệnh viện hạng II thuộc Quân khu 4, thu dung điều trị cho quân nhân tại 3 tỉnh Quảng Bình, Quảng Trị, Thừa Thiên - Huế và NB trên địa bàn đơn vị đóng quân. Việc đánh giá sự hài lòng của NB đối với chất lượng dịch vụ y tế của bệnh viện giúp cho bệnh viện có kế hoạch công tác sát với thực tiễn, nâng cao chất lượng phục vụ bộ đội và nhân dân.

Chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá mức độ hài lòng của NB điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân y 268 (từ tháng 5 đến tháng 7/2020).

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

200 NB điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân y 268,

từ tháng 4/2017-6/2017. Lựa chọn NB từ 18 tuổi trở lên, có đủ khả năng giao tiếp, đã điều trị trên 5 ngày, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Sử dụng bộ phiếu khảo sát ý kiến NB nội trú (mẫu phiếu khảo sát ẩn danh của Bộ Y tế, có bổ sung).

- Phát phiếu khảo sát; giải thích, hướng dẫn NB trả lời vào phiếu khảo sát theo nhận định chủ quan của NB.

- Nội dung khảo sát gồm các chỉ tiêu:

+ Sự hài lòng của NB về khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế của bệnh viện; sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị của bệnh viện.

+ Đánh giá của NB đối với cơ sở vật chất phục vụ NB của bệnh viện.

+ Đánh giá của NB về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế.

+ Đánh giá chung của NB về dịch vụ y tế của bệnh viện.

- Tổng hợp số liệu, xử lý thống kê bằng chương trình Excel.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Sự hài lòng của NB về khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế của bệnh viện:

Nội dung khảo sát	Rất hài lòng	Hài lòng	Bình thường	Không hài lòng	Rất kém
Các sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đường đến các khoa, phòng trong bệnh viện rõ ràng, dễ hiểu, dễ tìm (n = 200)	17 (8,5%)	129 (64,5%)	37 (18,5%)	17 (8,5%)	0
Thời gian khám chữa bệnh, xét nghiệm, vào thăm người bệnh được niêm yết rõ ràng, thuận tiện (n = 200)	14 (7%)	126 (63%)	49 (24,5%)	11 (5,5%)	0
Các khối nhà, cầu thang, buồng bệnh được đánh số rõ ràng, dễ tìm (n = 200)	17 (8,5%)	124 (62%)	30 (15%)	29 (14,5%)	0
Các lối đi trong bệnh viện, hành lang bằng phẳng, dễ đi (n = 200)	17 (8,5%)	160 (80%)	21 (10,5%)	2 (1%)	0
Tổng (n = 800)	65 (8,1%)	539 (67,4%)	137 (17,1%)	59 (7,4%)	0

3.2. Đánh giá sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị của bệnh viện:

3.2.1. Đánh giá sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh của bệnh viện:

Nội dung khảo sát	Rất hài lòng	Hài lòng	Bình thường	Không hài lòng	Rất kém
Quy trình, thủ tục vào viện rõ ràng, công khai, thuận tiện (n = 200)	14 (7%)	133 (66,5%)	50 (25%)	3 (1,5%)	0
Thủ tục ra viện rõ ràng, công khai, thuận tiện (n = 200)	12 (6%)	129 (64,5%)	53 (26,5%)	6 (3%)	0
Có quy định xếp hàng và dài phân cách khổng chế từng người một làm thủ tục theo thứ tự, bảo đảm công bằng (n = 200)	15 (7,5%)	125 (62,5%)	51 (25,5%)	9 (4,5%)	0
Giá dịch vụ y tế niêm yết rõ ràng, công khai (n = 200)	14 (7%)	121 (60,5%)	52 (26%)	13 (6,5%)	0
Các chỉ định xét nghiệm, chiếu chụp, thăm dò đều cần thiết (n = 200)	12 (6%)	165 (82,5%)	22 (11%)	1 (0,5%)	0
Tổng (n = 1.000)	67 (6,7%)	673 (67,3%)	228 (22,8%)	32 (3,2%)	0

3.2.2. Đánh giá sự minh bạch thông tin điều trị của bệnh viện:

Nội dung khảo sát	Rất hài lòng	Hài lòng	Bình thường	Không hài lòng	Rất kém
Nhân viên y tế phổ biến rõ ràng, đầy đủ cho NB, người nhà về nội quy và những thông tin cần thiết khi nằm viện (n = 200)	14 (7%)	112 (56%)	51 (25,5%)	22 (11%)	1 (0,5%)
Nhân viên y tế giải thích tình trạng bệnh tật rõ ràng, đầy đủ (n = 200)	17 (8,5%)	135 (67,5%)	42 (21%)	5 (2,5%)	1 (0,5%)
Nhân viên y tế thông báo, giải thích phương pháp điều trị và các việc cần làm rõ ràng, đầy đủ (n = 200)	15 (7,5%)	130 (65%)	45 (32,5%)	9 (4,5%)	1 (0,5%)

Nội dung khảo sát	Rất hài lòng	Hài lòng	Bình thường	Không hài lòng	Rất kém
Nhân viên y tế hướng dẫn sử dụng thuốc cẩn thận, rõ ràng (n = 200)	13 (6,5%)	125 (62,5%)	47 (23,5%)	15 (7,5%)	0
Nhân viên y tế công khai thuốc trước khi sử dụng cho NB (n = 200)	13 (6,5%)	109 (54,5%)	50 (25%)	28 (14%)	0
Tổng (n = 1000)	72 (7,2%)	611 (61,1%)	235 (23,5%)	79 (7,9%)	3 (0,3%)

3.3. Đánh giá của NB đối với cơ sở vật chất phục vụ NB của bệnh viện:

Nội dung khảo sát	Rất hài lòng	Hài lòng	Bình thường	Không hài lòng	Rất kém
Buồng bệnh nằm điều trị khang trang, sạch sẽ (n = 200)	17 (8,5%)	130 (65%)	48 (24%)	5 (2,5%)	0
Có đầy đủ quạt trong buồng bệnh và sử dụng tốt (n = 200)	17 (8,5%)	124 (62%)	33 (16,5%)	26 (13%)	0
Đèn chiếu sáng đầy đủ, sử dụng tốt trong buồng bệnh, hành lang, nhà vệ sinh (n = 200)	17 (8,5%)	125 (62,5%)	43 (21,5%)	14 (7%)	1 (0,5%)
Hệ thống ổ điện, công tắc an toàn, sử dụng tốt (n = 200)	18 (9%)	143 (71,5%)	38 (19%)	0	1 (0,5%)
Trang thiết bị y tế đầy đủ, sử dụng tốt (n = 200)	13 (6,5%)	116 (58%)	51 (25,5%)	20 (10%)	0
Buồng bệnh có đầy đủ nước nóng, lạnh cho NB (n = 200)	12 (6%)	94 (47%)	55 (27,5%)	38 (19%)	1 (0,5%)
Giường bệnh đầy đủ cho mỗi người một giường, an toàn, chắc chắn, sử dụng tốt (n = 200)	15 (7,5%)	128 (64%)	50 (25%)	7 (3,5%)	0
Gối, ga (chiếu), đệm, chăn đầy đủ, sạch sẽ (n = 200)	16 (8%)	109 (54,5%)	54 (27%)	21 (10,5%)	0
Tủ đầu giường đầy đủ cho mỗi người một chiếc, sử dụng tốt (n = 200)	15 (7,5%)	97 (48,5%)	78 (39%)	10 (5%)	0
Nhà vệ sinh thuận tiện, sử dụng tốt, sạch sẽ (n = 200)	17 (8,5%)	67 (33,5%)	80 (40%)	36 (18%)	0
Nhà tắm sử dụng tốt, sạch sẽ, có đủ nước (n = 200)	13 (6,5%)	64 (32%)	85 (42,5%)	37 (18,5%)	1 (0,5%)
Quần áo NB được cung cấp đầy đủ, vừa vặn, lành lặn, sạch sẽ (n = 200)	14 (7%)	119 (59,5%)	61 (30,5%)	6 (3%)	0
Bảo đảm sự riêng tư cho NB thay quần áo, khám bệnh, vệ sinh... hoặc bố trí nằm riêng phòng nam và nữ (n = 200)	12 (6%)	119 (59,5%)	53 (26,5%)	16 (8%)	0
Môi trường trong khuôn viên bệnh viện xanh, sạch, đẹp (n = 200)	25 (12,5%)	153 (76,5%)	20 (10%)	2 (1%)	0
Bệnh viện bảo đảm an ninh, trật tự cho NB, người nhà NB và khách đến thăm (n = 200)	19 (9,5%)	137 (68,5%)	44 (22%)	0	0
Tổng (n = 3.000)	240 (8%)	1.725 (57,5%)	793 (26,4%)	238 (7,9%)	4 (0,1%)

3.4. Đánh giá của NB về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế:

Nội dung khảo sát	Rất hài lòng	Hài lòng	Bình thường	Không hài lòng	Rất kém
Bác sĩ có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực với NB (n = 200)	18 (9%)	135 (67,5%)	46 (23%)	1 (0,5%)	0
Bác sĩ có trình độ chuyên môn và xử lý công việc tốt (n = 200)	18 (9%)	122 (61%)	57 (28,5%)	3 (1,5%)	0

Điều dưỡng có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực với NB (n = 200)	19 (9,5%)	126 (63%)	51 (25,5%)	4 (2%)	0
Điều dưỡng có trình độ chuyên môn và xử lý công việc tốt (n = 200)	16 (8%)	114 (57%)	64 (32%)	6 (3%)	0
Nhân viên hành chính, kế toán có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực với NB (n = 200)	13 (6,5%)	129 (64,5%)	57 (28,5%)	1 (0,5%)	0
Nhân viên hành chính, kế toán có trình độ chuyên môn và xử lý công việc tốt (n = 200)	13 (6,5%)	121 (60,5%)	66 (33%)	0	0
Nhân viên bảo vệ, trông xe có thái độ, lời nói đúng mực (n = 200)	11 (5,5%)	140 (70%)	48 (24%)	1 (0,5%)	0
NB tìm, gọi được hoặc hỏi được nhân viên y tế khi cần (n = 200)	15 (7,5%)	106 (53%)	56 (28%)	22 (11%)	1 (0,5%)
Nhân viên y tế tận tình trả lời, giúp đỡ, hỗ trợ NB (n = 200)	16 (8%)	120 (60%)	56 (28%)	8 (4%)	0
Nhân viên y tế không có biểu hiện ban ơn, gợi ý tiền quà (n = 200)	14 (7%)	139 (69,5%)	47 (23,5%)	0	0
Nhân viên y tế đối xử công bằng giữa các NB (n = 200)	15 (7,5%)	135 (67,5%)	48 (24%)	2 (1%)	0
Bác sĩ thường xuyên thăm khám, động viên NB tại phòng điều trị (n = 200)	17 (8,5%)	135 (67,5%)	44 (22%)	4 (2%)	0
Các bộ phận trong bệnh viện hợp tác tốt với nhau trong quá trình điều trị cho NB (n = 200)	14 (7%)	115 (57,5%)	64 (32%)	7 (3,5%)	0
Tổng (n = 2600)	199 (7,6%)	1637 (63%)	704 (27,1%)	59 (2,3%)	1 (0,04%)

3.5. Đánh giá chung của NB về dịch vụ y tế của bệnh viện:

3.5.1. Đánh giá của NB về dịch vụ y tế của bệnh viện:

Nội dung khảo sát	Rất hài lòng	Hài lòng	Bình thường	Không hài lòng	Rất kém
Bệnh viện cấp phát thuốc điều trị đầy đủ, chất lượng (n = 200)	16 (8%)	151 (75,5%)	31 (15,5%)	2 (1%)	0
Kết quả điều trị đã đáp ứng được nguyện vọng của NB (n = 200)	13 (6,5%)	153 (66,5%)	32 (16%)	2 (1%)	0
NB đánh giá mức độ tin tưởng về chất lượng dịch vụ y tế (n = 200)	13 (6,5%)	132 (66%)	52 (26%)	3 (1,5%)	0
NB đánh giá mức độ hài lòng về giá cả dịch vụ y tế (n = 200)	13 (6,5%)	142 (71%)	42 (21%)	3 (1,5%)	0
NB đánh giá mức độ hài lòng chung về đợt điều trị này (n = 200)	12 (6%)	154 (77%)	31 (15,5%)	3 (1,5%)	0
Tổng (n = 1.000)	67 (6,7%)	732 (73,2%)	188 (18,8%)	13 (1,3%)	0

3.5.2. Đánh giá sự đáp ứng của bệnh viện so với mong đợi của NB trước khi điều trị:

Đáp ứng của bệnh viện so với mong đợi của NB trước khi điều trị	Số NB	Tỉ lệ trung bình
> 90%	46	78,9%
> 80-90%	67	
> 65-80%	75	
≤ 65%	12	

4. BÀN LUẬN.

4.1. Mức độ hài lòng của NB về khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế của bệnh viện:

Nhìn chung NB hài lòng về khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế của bệnh viện chiếm tỉ lệ trung bình 75,5% (8,1% rất hài lòng và 67,4% hài lòng); NB không hài lòng chiếm 7,4%.

NB hài lòng nhất về các lối đi trong bệnh viện bằng phẳng, dễ đi (88,5%); không hài lòng nhất là các khối nhà, buồng bệnh khó tìm (14,5%) và các sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đường đến các khoa, phòng trong bệnh viện (8,5%). Theo chúng tôi, sự không hài lòng là do điều kiện địa lý của Bệnh viện Quân y 268 trải dài, từ phòng khám đến các khoa xa nhau và ký hiệu các khối nhà của quân đội xa lạ với kiến thức của những NB là nhân dân.

4.2. Mức độ hài lòng của NB về sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị của bệnh viện:

Về sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh của bệnh viện, NB hài lòng chiếm tỉ lệ trung bình 74% (6,7% rất hài lòng và 67,3% hài lòng). NB hài lòng nhất về “các chỉ định xét nghiệm, chiếu chụp, thăm dò đều cần thiết” (88,5%), điều này chứng tỏ NB rất tin tưởng về các chỉ định của bác sĩ. NB không hài lòng chiếm tỉ lệ 3,2%, trong đó NB không hài lòng về “giá dịch vụ y tế niêm yết rõ ràng, công khai” chiếm tỉ lệ cao nhất (6,5%).

Về sự minh bạch thông tin điều trị của bệnh viện, NB hài lòng chiếm tỉ lệ trung bình 68,3% (7,2% rất hài lòng và 61,1% hài lòng). NB không hài lòng chiếm 8,2% (7,9% không hài lòng và 0,3% rất kém), trong đó các nội dung NB không hài lòng chiếm tỉ lệ cao là: “nhân viên y tế công khai thuốc trước khi sử dụng cho NB” (14%); “nhân viên y tế phổ biến nội quy và những thông tin cần thiết khi nằm viện rõ ràng, đầy đủ” chiếm 11,5% (11% không hài lòng, 0,5% rất kém); “nhân viên y tế hướng dẫn sử dụng thuốc cẩn thận, rõ ràng” (7,5%). Điều này cho thấy, một số hoạt động chăm sóc tại buồng bệnh của nhân viên y tế thực hiện chưa đầy đủ theo quy định của bệnh viện. Nguyên nhân một phần có thể do nhân lực điều dưỡng tại các khoa còn thiếu, nhân lực điều dưỡng hợp đồng phần nào chưa đáp ứng yêu cầu nhiệm vụ tại các khoa.

4.3. Mức độ hài lòng của NB về cơ sở vật chất phục vụ NB của bệnh viện:

Nhìn chung NB hài lòng về đối với cơ sở vật chất phục vụ NB của bệnh viện, chiếm tỉ lệ trung

bình 65,5% (8% rất hài lòng và 57,5% hài lòng). NB hài lòng nhất “môi trường trong khuôn viên trong bệnh viện xanh, sạch, đẹp” (89%), điều này cho thấy công tác vệ sinh môi trường, ngoại cảnh của bệnh viện được quan tâm.

NB không hài lòng đối với cơ sở vật chất của bệnh viện chiếm tỉ lệ 8% (7,9% không hài lòng và 0,1% rất kém), trong đó NB không hài lòng về mục “buồng bệnh có đầy đủ nước nóng, lạnh cho NB” chiếm tỉ lệ cao tới 19,5% (19% không hài lòng và 0,5% rất kém); mục “nhà tắm sử dụng tốt, sạch sẽ, có đủ nước” chiếm 19% (18,5% không hài lòng và 0,5% rất kém); mục “nhà vệ sinh thuận tiện, sử dụng tốt, sạch sẽ” chiếm 18%; mục “có đầy đủ quạt trong buồng bệnh và sử dụng tốt” chiếm tỉ lệ 13%; mục “gối, ga (chiếu), đệm, chăn đầy đủ, sạch sẽ” chiếm tỉ lệ 10,5%. Lý do của sự không hài lòng của NB là bởi cơ sở hạ tầng xuống cấp, hỏng hóc...

4.4. Mức độ hài lòng của NB về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế:

Nhìn chung NB hài lòng về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế, chiếm tỉ lệ trung bình 70,6% (7,6% rất hài lòng và 63% hài lòng). NB hài lòng nhất về các mục “nhân viên y tế không có biểu hiện ban ơn, gợi ý tiền quà” (76,5%) và “nhân viên y tế đối xử công bằng giữa các NB” (75%).

NB không hài lòng chiếm tỉ lệ 2,34% (2,3% không hài lòng và 0,04% rất kém), trong đó NB không hài lòng về mục “NB tìm, gọi được hoặc hỏi được nhân viên y tế khi cần” chiếm tỉ lệ cao nhất với 11,5% (11% không hài lòng và 0,5% rất kém).

4.5. Mức độ hài lòng của NB về dịch vụ y tế của bệnh viện:

NB hài lòng về dịch vụ y tế của bệnh viện chiếm tỉ lệ trung bình 79,9% (6,7% rất hài lòng và 73,2% hài lòng). Tỉ lệ NB không hài lòng chiếm 1,3%.

Nhìn chung bệnh viện đáp ứng khá tốt so với mong đợi của NB trước khi điều trị với tỉ lệ trung bình là 78,9%.

5. KẾT LUẬN.

Bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp, NB tự nguyện trả lời với tâm lý thoải mái cho kết quả khảo sát sự hài lòng của NB điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân y 268 trong thời gian từ tháng 5/2020-7/2020 đạt tỉ lệ 78,9%.

(Xem tiếp trang 108)

KHẢO SÁT SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH LÀ QUÂN NHÂN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 13, NĂM 2019

CNDD. NGUYỄN ĐĂNG CHÍNH VÀ CS

Bệnh viện Quân y 13

Phản biện khoa học: (1) BSCKII. NGUYỄN QUỐC THỊNH

(2) ThS. PHẠM THU HÀ

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả cắt ngang đánh giá sự hài lòng của 296 người bệnh là quân nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân y 13, năm 2019.

Kết quả: Người bệnh từ 18-58 tuổi, trung bình 30 tuổi; đa số người bệnh từ 18-29 tuổi (55,7%) và giới tính nam (95,4%). 95,5% người bệnh hài lòng về yếu tố thời gian tiếp cận chăm sóc sức khỏe; 96,0% người bệnh hài lòng về yếu tố tiếp cận và tương tác với nhân viên y tế; 97,1% người bệnh hài lòng với kết quả sau thời gian nằm viện; 81,7% người bệnh hài lòng về cơ sở vật chất. Tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh theo 4 yếu tố trên chiếm 92,6%.

Từ khóa: Sự hài lòng người bệnh, Bệnh viện Quân y 13.

ABSTRACT: Cross-sectional descriptive study and evaluate the satisfaction of 296 inpatients who were military personnel at the Military hospital 13, in 2019.

Results: The patients aged 18-58 years, the average age of patients was 30 years; the majority of patients were at the age of 18-29 years (55.7%) and male (95.4%). 95.5% of patients were satisfied with the time factor in accessing health care; 96.0% of patients were satisfied with the factors of access and interaction with health workers; 97.1% of patients were satisfied with the results after hospitalization; 81.7% of patients were satisfied with material facilities. The general satisfaction rate of patients according to the above 4 factors accounted for 92.6%.

Keywords: Patient's satisfaction, Military hospital 13.

Chịu trách nhiệm nội dung: CN. Nguyễn Đăng Chính, SĐT: 0983221238.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Theo Tổ chức Y tế thế giới, chất lượng dịch vụ y tế tác động đến sự hài lòng của người bệnh (NB). Ngược lại, sự hài lòng của NB có thể đánh giá được hiệu quả của dịch vụ y tế do bệnh viện cung cấp. NB chính là đối tượng trực tiếp, tin cậy trong đánh giá uy tín, chất lượng các dịch vụ y tế ở bệnh viện, trong đó, phần quan trọng là đánh giá tinh thần, thái độ, trách nhiệm phục vụ của nhân viên y tế. Nâng cao chất lượng khám chữa bệnh là yêu cầu cấp thiết, đồng thời cũng là niềm mong đợi của NB. Với tình hình thực tế như hiện nay, giá dịch vụ y tế tăng, nhưng chất lượng bệnh viện chưa tương xứng, nhiều bệnh viện xuống cấp, thái độ của nhân viên y tế chưa tận tình, chu đáo, thủ tục khám chữa bệnh rườm rà. Bởi vậy, cải thiện chất lượng khám chữa bệnh, tăng cường ứng dụng những tiến bộ khoa học kỹ thuật mới là nhu cầu cấp thiết và cũng là tiêu chí để đánh giá chất lượng bệnh viện.

Tiêu chí lớn nhất hiện nay của các bệnh viện là đáp ứng sự hài lòng của NB chứ không chỉ dừng lại ở việc chữa đúng bệnh và chữa khỏi bệnh. Vì vậy,

tại Bệnh viện Quân y 13 và nhiều bệnh viện quân đội khác, làm thế nào để nâng cao sự hài lòng của NB, đặc biệt với những NB là quân nhân là vấn đề được hết sức quan tâm.

Xuất phát từ những vấn đề trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá sự hài lòng của NB là quân nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân y 13, năm 2019. Trên cơ sở khoa học đó, đề xuất một số giải pháp nâng cao chất lượng phục vụ, hướng tới sự hài lòng của NB khám chữa bệnh tại đây.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

296 NB là quân nhân, điều trị nội trú và đã làm thủ tục ra viện tại Bệnh viện Quân y 13, từ tháng 4-6/2019. Loại trừ NB là nhân viên bệnh viện/thân nhân của cán bộ nhân viên trong bệnh viện; NB không đủ năng lực trả lời các câu hỏi khảo sát; NB không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Xây dựng bộ công cụ: bộ câu hỏi bảo đảm tính giá trị và độ tin cậy, trước khi triển khai nghiên cứu được thử nghiệm trên 10 NB đang điều trị nội trú tại bệnh viện. Sau đó, điều chỉnh những câu hỏi chưa rõ ràng hoặc làm cho đối tượng nghiên cứu không hiểu.

- Thực hiện khảo sát: trước khi NB rời bệnh viện, phát phiếu khảo sát in sẵn cho đối tượng nghiên cứu; giải thích mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu để NB hiểu và độc lập trả lời.

- Đánh giá sự hài lòng của NB qua phân tích, suy luận logic với quy mô thang điểm Likert 5: 1 điểm: rất không hài lòng; 2 điểm: không hài lòng; 3 điểm: bình thường; 4 điểm: hài lòng; 5 điểm: rất hài lòng. Thang điểm Likert được mã hóa thành 2 nhóm: nhóm chưa hài lòng (1-3 điểm) và nhóm hài lòng (4-5 điểm) đối với từng tiểu mục, từ đó tính tỉ lệ hài lòng của NB theo từng tiểu mục.

- Thu thập và xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS phiên bản 16.0 cho các thông tin mô tả và phân tích thống kê.

- Đạo đức nghiên cứu: đề cương nghiên cứu đã được hội đồng đạo đức bệnh viện thông qua, NB đồng ý tham gia nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1. Tuổi, giới tính NB nghiên cứu.

Tuổi	Nam	Nữ	Tổng
Từ 18-29	164 (57,7%)	1 (8,3%)	165 (55,7%)
Từ 30-39	60 (21,1%)	3 (25,0%)	63 (21,3%)
Từ 40-49	49 (17,3%)	3 (25,0%)	52 (17,6%)
Từ 50-59	11 (3,9%)	5 (41,7%)	16 (5,4%)
Tổng	284 (100%)	12 (100%)	296 (100%)

NB từ 18-58 tuổi, trung bình là 30 tuổi; đây đều là những quân nhân đang phục vụ tại ngũ. NB từ 50-59 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất (5,4%); NB từ 18-29 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (55,7%). Đa số NB là nam giới (95,4%); phù hợp với điều kiện đặc thù quân đội, chủ yếu quân nhân là nam giới.

Bảng 2. Phân bố NB theo cấp bậc quân hàm.

Cấp bậc quân hàm	Số NB	Tỉ lệ %
Hạ sĩ quan - binh sĩ	143	48,3
Thiếu úy - Đại úy	96	32,4
Thiếu tá - Trung tá	45	15,2
Thượng tá - Đại tá	12	4,1
Tổng	296	100

- Trình độ học vấn của NB (n = 296):

+ Cấp 1 đến cấp 2: 21 NB (7,1%).

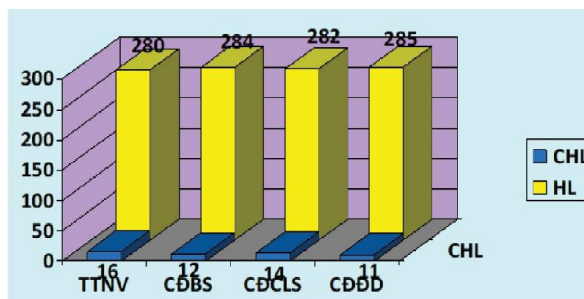
+ Cấp 3 đến trung cấp: 130 NB (43,9%).

+ Cao đẳng trở lên: 145 NB (49,0%).

Đa số NB có trình độ cấp 3 - trung cấp (43,9%) và cao đẳng trở lên (49,0%).

3.2. Đánh giá mức độ hài lòng của NB:

- Mức độ hài lòng của NB về thời gian tiếp cận chăm sóc sức khỏe tại bệnh viện:



Biểu đồ mức độ hài lòng của NB về thời gian tiếp cận chăm sóc sức khỏe tại bệnh viện.

96,3% NB hài lòng với thời gian chờ đợi điều dưỡng chăm sóc, 95,9% NB hài lòng với thời gian chờ đợi bác sĩ khám bệnh, 95,3% NB hài lòng về thời gian chờ đợi làm các xét nghiệm cận lâm sàng và 94,6% NB hài lòng với thời gian chờ đợi làm thủ tục nhập viện. Tỉ lệ hài lòng của NB ở các tiểu mục khá cao.

Bảng 3. Đánh giá mức độ hài lòng của NB khi tiếp cận và tương tác với bác sĩ (n = 296).

Nội dung	Hài lòng	Chưa hài lòng
Hài lòng khi giao tiếp với bác sĩ	282 (95,3%)	14 (4,7%)
Hài lòng khi bác sĩ giải thích, tư vấn giáo dục sức khỏe	285 (96,3%)	11 (3,7%)
Hài lòng với kết quả chẩn đoán bệnh	287 (97,0%)	9 (3,0%)

Tỉ lệ cao NB hài lòng với kết quả chẩn đoán (97,0%), khi bác sĩ giải thích, tư vấn giáo dục sức khỏe (96,3%) và khi giao tiếp với bác sĩ (96,3%).

Bảng 4. Đánh giá mức độ hài lòng của NB khi tiếp cận và tương tác với điều dưỡng (n = 296).

Nội dung	Hài lòng	Chưa hài lòng
Hài lòng khi giao tiếp với điều dưỡng	280 (94,6%)	16 (5,4%)
Hài lòng khi điều dưỡng thực hiện kĩ thuật chăm sóc	283 (95,6%)	13 (4,4%)

Hài lòng khi điều dưỡng hướng dẫn, giải thích, tư vấn giáo dục sức khỏe	287 (97,0%)	9 (3,0%)
Hài lòng khi điều dưỡng đưa đi làm cận lâm sàng	285 (96,3%)	11 (3,7%)

97,0% NB hài lòng khi điều dưỡng hướng dẫn, giải thích, tư vấn giáo dục sức khỏe, 96,3% NB hài lòng khi điều dưỡng đưa đi làm cận lâm sàng, 95,6% NB hài lòng khi thực hiện kỹ thuật chăm sóc, 94,6% NB hài lòng khi giao tiếp với điều dưỡng.

- Đánh giá mức độ hài lòng của NB khi giao tiếp với nhân viên kế toán viện phí (n = 296):

+ Hài lòng: 290 NB (98,0%).

+ Chưa hài lòng: 6 NB (2,0%).

98,0% NB hài lòng khi giao tiếp với nhân viên kế toán viện phí, nhưng vẫn còn 2,0% NB chưa hài lòng.

Bảng 5. Đánh giá mức độ hài lòng của NB về cơ sở hạ tầng (n = 296):

Nội dung	Hài lòng	Chưa hài lòng
Hài lòng với sự sạch sẽ của buồng bệnh	247 (83,4%)	49 (16,6%)
Hài lòng với sự sạch sẽ của nhà vệ sinh	240 (81,1%)	56 (18,9%)
Hài lòng với sự sạch sẽ của giường, chiếu, tủ đầu giường, bàn, ghế, quạt	235 (79,4%)	61 (20,6%)
Hài lòng với sự sạch sẽ của gối, chăn, màn, quần áo	245 (82,8%)	51 (17,2%)

Trong các tiêu mục NB hài lòng về cơ sở hạ tầng thấy, tỉ lệ hài lòng NB khá cao, như sự sạch sẽ của buồng bệnh (83,4%), hài lòng sự sạch sẽ của gối, chăn, màn, quần áo (82,8%), hài lòng với

sự sạch sẽ của nhà vệ sinh (81,1%), hài lòng với sự sạch sẽ của giường, chiếu, tủ đầu giường, bàn, ghế, quạt (79,4%). Bệnh viện Quân y 13 mới được đầu tư đưa vào sử dụng khối nhà ngoại đa năng, còn khối nội chưa được đầu tư xây mới, nhiều phòng ở các khoa nội xây dựng từ năm 1959, vì vậy ảnh hưởng không nhỏ đến chất lượng dịch vụ y tế của bệnh viện.

- Đánh giá mức độ hài lòng của NB về sự an toàn trong quá trình nằm viện (n = 296):

+ Hài lòng: 289 NB (97,6%).

+ Chưa hài lòng: 7 NB (2,4%).

97,6% NB hài lòng về sự an toàn trong quá trình nằm viện, còn lại 2,4% chưa hài lòng, đây cũng là vấn đề mà bệnh viện cần quan tâm.

Bảng 6. Đánh giá mức độ hài lòng của NB đối với kết quả sau thời gian nằm viện (n = 296):

Nội dung	Hài lòng	Chưa hài lòng
Hài lòng về tính công bằng trong quá trình điều trị	288 (97,3%)	8 (2,7%)
Hài lòng về thủ tục hành chính sau thời gian nằm viện	291 (98,3%)	5 (1,7%)

Tỉ lệ hài lòng về tính công bằng trong quá trình điều trị (97,3%) và thủ tục hành chính sau thời gian nằm viện (98,3%) khá cao.

- Đánh giá mức độ hài lòng chung của NB về chất lượng chăm sóc sức khỏe tại Bệnh viện (n = 296):

+ Hài lòng: 283 NB (95,6%).

+ Chưa hài lòng: 13 NB (4,4%).

NB hài lòng về chất lượng chăm sóc sức khỏe tại bệnh viện chiếm tỉ lệ cao (95,6%).

- Ý kiến đóng góp của NB về nâng cao chất lượng bệnh viện:

Bảng 7. Ý kiến đóng góp của NB về nâng cao chất lượng bệnh viện.

Nội dung góp ý	Khối nội	Khối ngoại	Tổng	Tỉ lệ %
Trang bị tivi, quạt cần tăng thêm	6	5	11	16,2
Buồng bệnh, nhà vệ sinh, nhà tắm hệ thống nước cần phải sửa chữa kịp thời	15	6	21	30,9
Tăng cường thiết bị máy móc hiện đại phục vụ khám chữa bệnh	16	17	33	48,5
Bác sĩ, điều dưỡng cần quan tâm đến bệnh nhân hơn nữa	2	1	3	4,4
Tổng	39	29	68	100

Trong 68 ý kiến đóng góp của NB về nâng cao chất lượng bệnh viện, có 48,5% ý kiến đề nghị tăng cường thiết bị máy móc hiện đại phục vụ khám chữa bệnh; 30,9% ý kiến đề nghị sửa chữa buồng bệnh,

nhà vệ sinh; 16,2% ý kiến đề nghị trang bị thêm tivi, quạt; 4,4% ý kiến bác sĩ, điều dưỡng cần quan tâm đến NB hơn nữa.

4. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu sự hài lòng của 296 NB là quân nhân điều trị nội trú đến khi ra viện tại Bệnh viện Quân y 13, kết luận:

- NB từ 18-58 tuổi, trung bình 30 tuổi, trong đó, NB từ 18-29 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (55,7%). Đa số NB là nam giới (95,4%).

- 95,5% NB hài lòng về yếu tố thời gian tiếp cận chăm sóc sức khỏe; 96,0% NB hài lòng về yếu tố tiếp cận và tương tác với nhân viên y tế; 97,1% NB hài lòng với kết quả sau thời gian nằm viện; 81,7% NB hài lòng về cơ sở vật chất. Tỉ lệ hài lòng chung của NB theo 4 yếu tố trên là 92,6%.

- Có 68 ý kiến đóng góp của NB về nâng cao chất lượng bệnh viện, trong đó có 48,5% ý kiến đề nghị tăng cường thiết bị máy móc hiện đại phục vụ khám chữa bệnh; 30,9% ý kiến đề nghị sửa chữa buồng bệnh, nhà vệ sinh; 16,2% ý kiến đề nghị trang bị thêm tivi, quạt; 4,4% ý kiến đề nghị bác sĩ, điều dưỡng cần quan tâm đến NB hơn nữa.

Qua nghiên cứu, chúng tôi đưa ra một số kiến nghị sau:

- Bệnh viện đầu tư xây dựng khu nhà khối nội mới, trước mắt cần cải tạo nâng cấp buồng bệnh cũ đã xuống cấp; tổ chức giám sát, đánh giá thực hiện quy tắc ứng xử, kỹ năng giao tiếp với NB của cán bộ, nhân viên; bổ sung các trang thiết bị hiện đại, các phương tiện nghe nhìn nhằm đáp ứng nhu cầu phục vụ ngày càng cao của NB; quảng bá về dịch vụ kỹ thuật mới để người dân biết nhiều hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Trương Bích Ngọc (2011), *Đánh giá sự hài lòng của NB nội trú ở một số khoa của Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp năm 2011*, Đại học Y tế công cộng.
2. Nguyễn Thị Tuyết Nhung (2013), *Khảo sát sự hài lòng của NB và thân nhân NB nội trú về chất lượng dịch vụ y tế tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định năm 2013*.
3. Nguyễn Đức Thành (2006), *Nghiên cứu sự hài lòng của NB nội trú về chất lượng chăm sóc sức khỏe tại các Bệnh viện tỉnh Hòa Bình*, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
4. Phạm Nhật Yên (2008), *Đánh giá sự hài lòng của NB về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại khoa khám, chữa bệnh theo yêu cầu, Bệnh viện Bạch Mai năm 2008*. □

KHẢO SÁT SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH

(Tiếp theo trang 104)

- Những điểm mạnh của bệnh viện được NB hài lòng chiếm tỉ lệ cao là: các lối đi trong bệnh viện bằng phẳng dễ đi; các chỉ định cận lâm sàng đều cần thiết, hợp lý; môi trường trong khuôn viên trong bệnh viện xanh, sạch, đẹp; nhân viên y tế không có biểu hiện ban ơn, gợi ý tiền quà; nhân viên y tế đối xử công bằng giữa các NB.

- Một số hạn chế của bệnh viện, đó là: các khối nhà, buồng bệnh khó tìm; các sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đường đến các khoa, phòng chưa rõ ràng; việc công khai thuốc trước khi sử dụng cho NB chưa bảo đảm; phổ biến nội quy và những thông tin cần thiết khi nằm viện chưa tốt; cơ sở hạ tầng bệnh viện xuống cấp; NB khó tìm gọi, hỏi được nhân viên y tế khi cần.

Để nâng cao hơn nữa chất lượng chăm sóc, điều trị NB tại Bệnh viện Quân y 268, chúng tôi kiến nghị: thực hiện tốt xây dựng chính quy ở bệnh viện, làm các sơ đồ, biển bảng chỉ dẫn rõ ràng, dễ hiểu; thực hiện kiểm tra, đôn đốc việc chấp hành chế độ chuyên môn bệnh viện, các quy trình, quy định về kỹ thuật chuyên môn của bệnh viện; cần nâng cao kỹ năng giao tiếp, kỹ năng chăm sóc NB cho nhân viên y tế trong bệnh viện; đầu tư cơ sở vật chất, cải thiện chất lượng công trình vệ sinh bệnh viện để đáp ứng nhu cầu thực tế cho NB đến khám chữa bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Công văn số 1334/KCB-QLCL của Cục Quản lý khám, chữa bệnh năm 2015 về *"Mẫu phiếu khảo sát sự hài lòng của NB nội trú và nhân viên y tế"* và Hướng dẫn các đơn vị thực hiện thống nhất trên phạm vi toàn quốc.
2. Nguyễn Ngọc Ly (2013) *"Đánh giá sự hài lòng của NB với công tác chăm sóc điều dưỡng tại Khoa Nội tổng hợp, Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang"*, *Điều dưỡng Việt Nam*, trang 56-58.
3. Phạm Đức Mục (2004), *Phương pháp nghiên cứu điều dưỡng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. Hà Thị Soạn (2007), *"Đánh giá sự hài lòng của NB và người nhà NB đối với công tác khám, chữa bệnh tại một số bệnh viện ở tỉnh Phú Thọ năm 2006-2007"*, *Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học điều dưỡng*, Hội nghị khoa học Điều dưỡng toàn quốc lần thứ III, trang 17-23.
5. Nguyễn Thị Thảo, Vũ Thị Dung (2008), *"Khảo sát sự hài lòng của NB và đề xuất các biện pháp nâng cao chất lượng khám, điều trị tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Quân y 4, Quân đoàn 4"*, *Kỷ yếu Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quân lần thứ 2*, tr. 83-87. □

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC, THỰC HÀNH TIÊM AN TOÀN CỦA ĐIỀU DƯỠNG SAU TẬP HUẤN TIÊM AN TOÀN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 17, NĂM 2018

CNDD. KIỀU NGỌC TUYẾT - *Bệnh viện Quân y 17*
Phản biện khoa học: (1) TS. NGUYỄN CHÍNH PHONG
(2) TS. NGUYỄN LAN ANH

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang kiến thức, thực hành tiêm an toàn của điều dưỡng viên và các biện pháp can thiệp nhằm nâng cao chất lượng các mũi tiêm an toàn trên 70 điều dưỡng viên đang làm việc tại các khoa lâm sàng tại bệnh viện Quân y 17 năm 2018, từ tháng 5-9/2018. **Kết quả:** Đa số điều dưỡng có trình độ trung cấp (81,4%), có thâm niên công tác trên 20 năm (40,0%), đều được đào tạo tiêm an toàn (100%). Kiến thức về tiêm an toàn: Nhóm điều dưỡng trả lời đúng về kiến thức tiêm an toàn là 92,2%, sử dụng thuốc an toàn đạt 92,3%, trả lời đúng xử trí tại chỗ khi bệnh nhân sốc phản vệ là 100%, kiến thức đúng về quản lý nhiễm khuẩn và xử lý chất thải là 90,9%. 88,6% điều dưỡng thực hành tiêm an toàn đạt tiêu chuẩn.

Từ khóa: Điều dưỡng, tiêm an toàn, thực hành.

ABSTRACT: Prospective study, cross-sectional description of the knowledge and practice of safe injection of nurses and measures of interventions to improve the quality of safe injections in 70 nurses working at the clinical Departments, Military hospital 17, from May to September 2018. **Results:** Most nurses, who had intermediate qualifications (81.4%), with service seniority for more than 20 years (40.0%), were trained in safe injection (100%). The knowledge of safe injections: The nursing group correctly answered the knowledge of safe injections was 92.2%, safe drugs use reached 92.3%, and the correct answered to local management when patients with anaphylaxis 100%, the correct knowledge about infection management and waste treatment was 90.9%. 88.6% of nurses practiced safe injections meeting the standards.

Keywords: Nursing, safe injection, practice

Chịu trách nhiệm nội dung: CNDD: Kiều Ngọc Tuyết, SĐT: 0983221238.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với sự bùng nổ của đại dịch AIDS và các bệnh truyền nhiễm khác vào cuối thế kỷ 20, đầu thế kỷ 21, thì tiêm truyền không an toàn là một tình trạng báo động trên quy mô toàn cầu. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), tiêm an toàn (TAT) là một quy trình tiêm không gây nguy hại cho người nhận mũi tiêm; không gây phơi nhiễm cho người thực hiện mũi tiêm; không gây nguy hại cho người khác và cộng đồng; đồng thời, đạt đủ 17/17 tiêu chuẩn mà tổ chức này đưa ra. Theo WHO, tiêm là thực hành phổ biến nhất. Trên toàn thế giới, mỗi năm, trung bình một người nhận tới 1,5 mũi tiêm. Tại các nước đang phát triển, hằng năm, có khoảng 16 tỉ mũi tiêm, trong đó, 90-95% mũi tiêm nhằm mục đích điều trị, chỉ có 5-10% mũi tiêm dành cho dự phòng. Tuy vậy, khoảng 70% các mũi tiêm sử dụng trong điều trị không thật sự cần thiết và có thể thay thế được bằng thuốc uống có tác dụng ngang bằng với dùng thuốc tiêm và an toàn hơn. Tiêm không an toàn có thể gây các biến chứng khác, như áp xe, phản ứng nhiễm độc, teo cơ, sốc phản vệ..., đặc

biệt là nguy cơ lây truyền các virus lây truyền qua đường máu (virus viêm gan B, virus viêm gan C và HIV...). Tác giả Kane ước tính, hằng năm trên thế giới có tới 8-16 triệu người nhiễm virus viêm gan B, 2,3-4,7 triệu người nhiễm virus viêm gan C, 80.000-160.000 người nhiễm bệnh HIV, những trường hợp này có thể là do dùng bơm tiêm không vô khuẩn.

Hằng năm, Bệnh viện Quân y 17 điều trị hàng nghìn lượt bệnh nhân, nhưng chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về TAT. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá kiến thức, thực hành TAT của điều dưỡng (ĐD) sau tập huấn; đề xuất biện pháp can thiệp nâng cao chất lượng các mũi TAT tại bệnh viện Quân y 17, năm 2018.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

70 ĐD viên đang làm việc tại các khoa lâm sàng, Bệnh viện Quân y 17, từ tháng 5-9/2018. ĐD viên đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang.

- Phương pháp: chọn mẫu thuận tiện.
- Phương pháp tiến hành: lập phiếu nghiên cứu (gồm 2 phần):
 - + Phần kiến thức: phỏng vấn trực tiếp ĐD bằng bộ câu hỏi 27 câu theo hình thức trắc nghiệm.
 - + Phần thực hành: quan sát thực hành TAT và điền vào bảng.
- Đánh giá quy trình TAT: dựa theo tiêu chuẩn đánh giá mũi TAT (Quy trình kĩ thuật tiêm) của Hội ĐD Việt Nam.
- Đánh giá kết quả thực hành: ĐDV được đánh giá đạt khi thực hành đúng 85% thực hành sẽ được đánh giá là đạt.

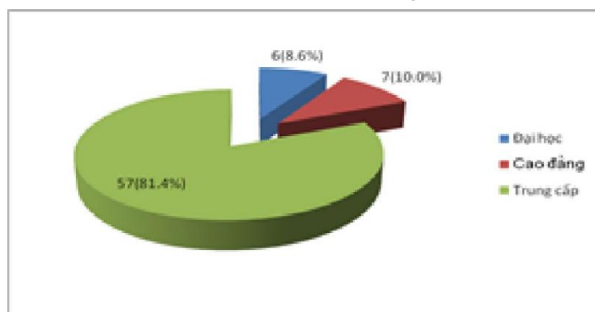
- Đạo đức nghiên cứu: được Hội đồng xét duyệt đề cương Bệnh viện Quân y 17 phê duyệt và sự đồng ý của lãnh đạo, chỉ huy các khoa lâm sàng. Kết quả nghiên cứu chỉ sử dụng cho mục đích khoa học và đề xuất, kiến nghị nhằm nâng cao kiến thức, thực hành TAT của các ĐD trong tương lai.

- Xử lí số liệu: bằng phần mềm SPSS 16.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

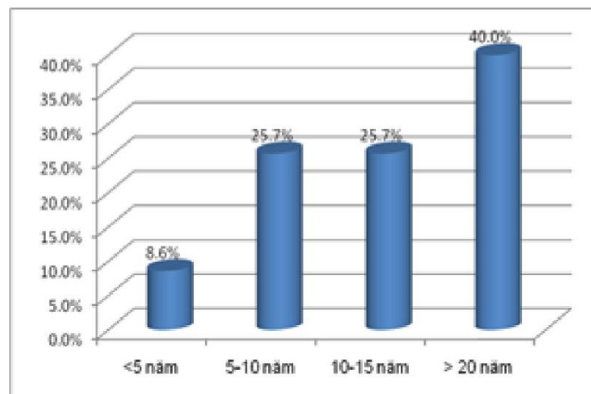
- Phân bố ĐD theo trình độ chuyên môn:



Biểu đồ 1. Phân bố ĐD theo trình độ chuyên môn.

Đa số ĐD có trình độ trung cấp (81,4%).

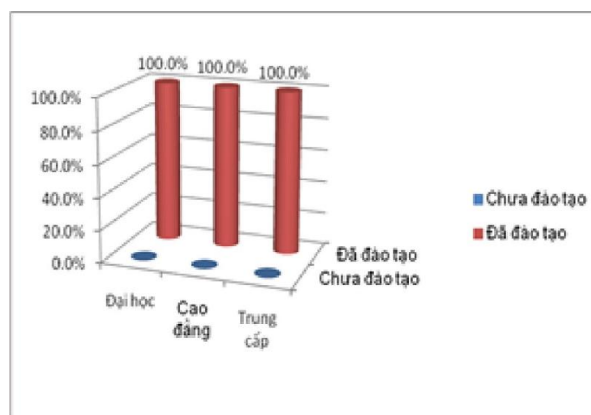
- Phân bố ĐD theo thâm niên công tác:



Biểu đồ 2. Phân bố ĐD theo thâm niên công tác.

Đa số ĐD có thâm niên công tác trên 20 năm (40,0%).

- ĐD được đào tạo về TAT:



Biểu đồ 3. ĐD được đào tạo về TAT.
100% các nhóm ĐD đều được đào tạo TAT.

3.2. Kiến thức chung ĐD về TAT:

Bảng 1. Kết quả kiến thức chung của ĐD về TAT.

TT	Câu hỏi	Kết quả trả lời	
		Đúng	Sai
1	TAT được định nghĩa là gì?	60 (85,7%)	10 (14,3%)
2	Thực hiện tốt 5 đúng khi tiêm thuốc với mục đích sau	63 (90,0%)	7 (10,0%)
3	Đánh giá mũi TAT của Hội ĐD Việt Nam gồm bao nhiêu tiêu chuẩn	64 (91,4%)	6 (8,6%)
4	Những điều lưu ý khi thực hành TAT	66 (94,3%)	4 (5,7%)
5	Hội ĐD Việt Nam quy định những tiêu chuẩn để đánh giá TAT là	64 (91,4%)	6 (8,6%)
6	Tiêu chuẩn về dụng cụ để xác định TAT	70 (100%)	0
7	Theo anh, chị tiêu chuẩn về quy trình TAT	65 (92,9%)	5 (7,1%)
Tổng		452 (92,2%)	38 (7,8%)

Nhóm ĐD trả lời đúng về kiến thức TAT là 92,2%.

Bảng 2. Kết quả kiến thức của ĐD về sử dụng thuốc an toàn.

TT	Câu hỏi	Kết quả trả lời	
		Đúng	Sai
1	Theo Thông tư 07/2011/TT-BYT hướng dẫn công tác ĐD chăm sóc người bệnh, việc dùng thuốc cho người bệnh ĐD, hộ sinh phải:	64 (91,4%)	6 (8,6%)
2	Thông tư 23/2011/TT-BYT về việc hướng dẫn sử dụng thuốc cho người bệnh trong khi dùng thuốc phải thực hiện:	66 (94,3%)	4 (5,7%)
Tổng		120 (92,3%)	10 (6,7%)

Kiến thức của ĐD về sử dụng thuốc an toàn đạt 92,3%.

Bảng 3. Kiến thức của ĐD về quản lý phơi nhiễm.

TT	Câu hỏi	Kết quả trả lời	
		Đúng	Sai
1	Theo nghiêm cứu, đối tượng nhân viên y tế nào có nguy cơ bị tổn thương do vật sắc nhọn nhiều nhất	62 (88,6%)	8 (11,4%)
2	Theo anh (chị) các thời điểm vệ sinh tay là	67 (95,7%)	3 (4,3%)
3	Để ngăn ngừa virus lây qua đường máu cho nhân viên y tế trong phòng ngừa phơi nhiễm cần chú trọng vào hoạt động nào	70 (100%)	0
4	Theo anh (chị) thực hiện 4 không khi lấy thuốc vào bơm tiêm gồm những nội dung gì	66 (94,3%)	4 (5,7%)
5	Anh (chị) đã tiêm phòng vacxin viêm gan B chưa	44 (62,9%)	26 (37,1%)
6	Những việc phải làm để xử trí tại chỗ khi bị tổn thương do vật sắc nhọn.	53 (75,7%)	17 (24,3%)

37,1% ĐD chưa tiêm phòng vacxin viêm gan B; 24,3% ĐD xử trí tại chỗ khi bị tổn thương do vật sắc nhọn không đúng.

Bảng 4. Kiến thức của ĐD về phòng và xử trí sốc phản vệ.

TT	Câu hỏi	Kết quả trả lời	
		Đúng	Sai
1	Nhóm thuốc nào sau đây dễ dị ứng	66 (94,3%)	4 (5,7%)
2	Báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR) được thực hiện khi...	37 (52,9%)	33 (47,1%)
3	Theo quy định hộp chống shock	67 (95,7%)	3 (4,3%)
4	Những việc lưu ý, phòng chống sốc	69 (98,6%)	1 (1,4%)
5	Những dấu hiệu, phát hiện sớm sốc phản vệ.	70 (100%)	0
6	Xử trí tại chỗ khi bệnh nhân sốc phản vệ.	70 (100%)	0
Tổng		379 (91,5%)	39 (8,5%)

100% ĐD trả lời đúng xử trí tại chỗ khi BN sốc phản vệ. Nhưng còn 5,7% ĐD không nắm được các loại thuốc dễ gây dị ứng và 47,1% trả lời không đúng về (ADR).

Bảng 5. Kiến thức về quản lý nhiễm khuẩn và xử lý chất thải.

TT	Câu hỏi	Kết quả trả lời	
		Đúng	Sai
1	Chất thải y tế gồm những loại nào?	68 (97,1%)	2 (2,9%)
2	Chất thải y tế được phân làm mấy nhóm?	65 (92,2%)	5 (7,1%)
3	Nhóm chất thải y tế bao gồm (Thông tư 58):	59 (84,3%)	11 (15,7%)
4	Theo nghiên cứu, đối tượng nhân viên y tế nào bị tổn thương do vật sắc nhọn nhiều nhất	62 (88,6%)	8 (11,4%)
5	Theo quy định thùng đựng vật sắc nhọn phải bảo đảm:	64 (91,4%)	6 (8,6%)
Tổng		318 (90,9%)	32 (9,1%)

90,9% ĐD có kiến thức đúng về quản lý nhiễm khuẩn và xử lý chất thải.

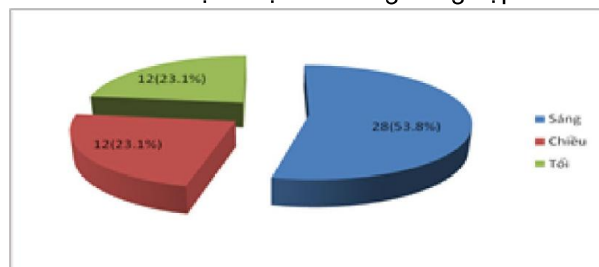
3.3. Nguy cơ phơi nhiễm của ĐD trong thực hành TAT:

Bảng 6. Nguyên nhân ĐD bị tổn thương do kim tiêm (n = 51).

TT	Nguyên nhân	Số ĐD	Tỉ lệ %
1	Đẩy nắp kim tiêm bằng tay	29	56,9
2	Pha thuốc	1	2,0
3	Rút kim tiêm	1	2,0
4	Khi Xử lý vật sắc nhọn	20	39,2
Tổng		51	100

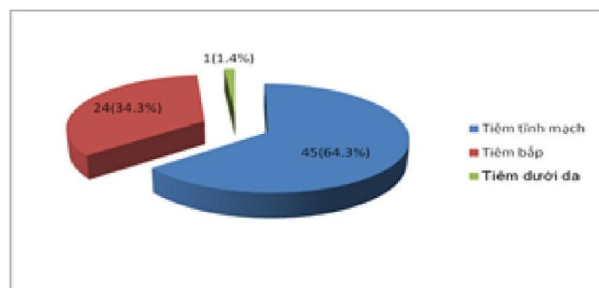
56,9% ĐD bị tổn thương trong thực hành tiêm do dùng tay đẩy nắp kim tiêm, 39,2% ĐD bị tổn thương khi xử lý vật sắc nhọn.

- Thời điểm bị tai nạn rủi ro nghề nghiệp:



Biểu đồ 4. Thời điểm bị tai nạn rủi ro nghề nghiệp.

- Thực hành mũi tiêm:



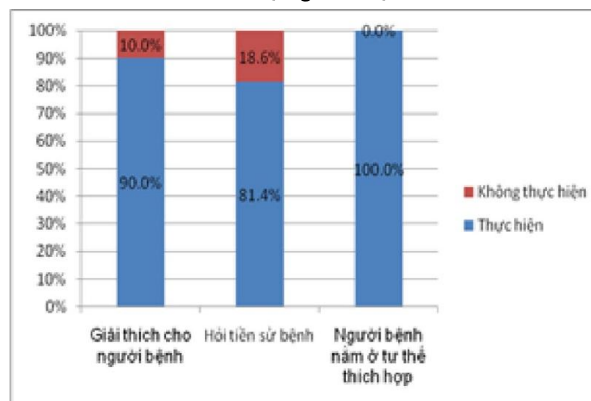
Biểu đồ 5. Các loại đường tiêm theo tỉ lệ khảo sát.

Bảng 7. Quan sát quy trình pha thuốc tiêm.

TT	Quy trình pha thuốc (n = 70)	Thực hiện		Không thực hiện	
		Số ĐD	Tỉ lệ %	Số ĐD	Tỉ lệ %
1	Đối chiếu kiểm tra thuốc lần 1	70	100	0	0
2	Rửa tay thường quy	54	77,1	16	22,9
3	Mở lọ, sát khuẩn nắp lọ, sát khuẩn ống thuốc, kiểm tra thuốc lần 2	61	87,1	9	12,9
4	Dùng gạc vô khuẩn bẻ đầu ống thuốc, rút thuốc tiêm hoặc dung môi pha tiêm	65	92,9	5	7,1
5	Bơm nước vào lọ thuốc bột, tay phải cầm bơm tiêm đâm giữa lọ thuốc hoặc giữa ống thuốc hút khí trả lại và rút kim an toàn	65	92,9	5	7,1

64,3% ĐD thực hành tiêm tĩnh mạch, 34,3% ĐD thực hành tiêm bắp, 1,4% ĐD thực hành tiêm dưới da.

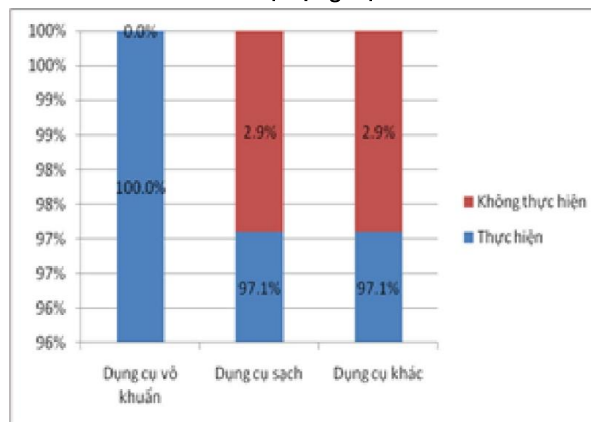
- Quan sát chuẩn bị người bệnh:



Biểu đồ 6. Quan sát chuẩn bị người bệnh.

Hỏi về tiền sử bệnh 81,4%, giải thích cho người bệnh 90%.

- Quan sát chuẩn bị dụng cụ tiêm:



Biểu đồ 7. Quan sát chuẩn bị dụng cụ tiêm.

100% ĐD sử dụng dụng cụ bảo đảm vô khuẩn (Bộ dụng cụ vô khuẩn chỉ chuẩn bị 1 lần, dùng cho nhiều bệnh nhân). 97,1% dụng cụ sạch và dụng cụ khác.

6	Lắc đều cho thuốc hòa tan	65	92,9	5	7,1
7	Bơm một lượng khô khí vào trong lọ tương đương với lượng thuốc hút ra	68	97,1	2	2,9
8	Hút thuốc vào bơm tiêm đủ liều	68	97,1	2	2,9
9	Kiểm tra thuốc lần 3 và bỏ vỏ lọ thuốc	63	90,0	7	10,0
10	Đặt bơm tiêm vào trong khăn vô khuẩn và thay kim tiêm	58	82,9	12	17,1
Tổng		637	91,0	63	9,0

Không dùng gạc bẻ thuốc 7,1%, không sát khuẩn lọ thuốc 12,9%. không rửa tay khi thực hiện quy trình 22,9%, không đặt bơm tiêm vào khay vô khuẩn 17,1%.

Bảng 8. Quan sát quy trình kĩ thuật tiêm thuốc.

TT	Quy trình kĩ thuật tiêm thuốc (n = 70)	Thực hiện		Không thực hiện	
		Số ĐD	Tỉ lệ %	Số ĐD	Tỉ lệ %
1	Thực hiện 5 đúng - nhận định người bệnh.	70	100	0	0
2	Chọn vùng tiêm	70	100	0	0
3	Thực hiện tiêm thuốc đúng góc độ tiêm	70	100	0	0
4	Thực hiện quy định tiêm 2 nhanh 1 chậm	70	100	0	0
5	Bơm thuốc từ từ, quan sát sắc mặt người bệnh	56	80,0	14	20,0
6	Lấy gối và garô	55	78,6	15	21,4
7	Đặt người bệnh nằm ở tư thế thoải mái	68	97,1	2	2,9
8	Dặn người bệnh những điều cần thiết	68	97,1	2	2,9
9	Theo dõi người bệnh 15 phút đầu	52	74,3	18	25,7
10	Thu dọn dụng cụ, ghi hồ sơ	70	100	0	0
Tổng		649	92,7	51	7,3

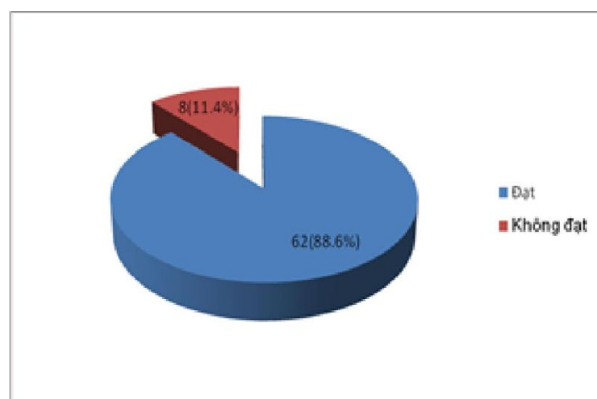
25,7% ĐD không quan sát sắc mặt BN, 30,0% không kê gối và garô khi tiêm tĩnh mạch.

Bảng 9. Kết quả thực hiện vô khuẩn trong quy trình tiêm thuốc.

TT	Quy trình pha thuốc (n = 70)	Thực hiện		Không thực hiện	
		Số ĐD	Tỉ lệ %	Số ĐD	Tỉ lệ %
1	Mang khẩu trang, rửa tay thường quy	70	100	0	0
2	Sát khuẩn tay lần 1	70	100	0	0
3	Lắp bơm kim tiêm, bỏ vào bao vô khuẩn	55	78,6	15	21,4
4	Sát khuẩn ống thuốc, gấp gạc bẻ thuốc	34	48,6	36	51,4
5	Hút thuốc đúng kĩ thuật và đủ liều, bỏ vào bao vô khuẩn	67	95,7	3	4,3
6	Sát khuẩn vùng tiêm 3 lần, chuẩn bị bông khô vô khuẩn	58	82,9	12	17,1
7	Sát khuẩn tay lần 2	67	95,2	3	4,3
8	Gấp bơm tiêm đuổi khí để ngừa mũi vát, căng da	70	100	0	0
9	Đặt bông khô vô khuẩn lên nơi tiêm, rút kim nhanh.	70	100	0	0
10	Rửa tay	62	88,6	8	11,4
Tổng		623	88,9	77	11,1

Nhóm ĐD sát khuẩn tay lần 1 là 100%; lần II là 95,2%; không lắp bơm tiêm bỏ vào bao vô khuẩn là 21,4%; không rửa tay khi thực hiện xong quy trình là 11,4%; không dùng gạc bẻ ống thuốc là 51,4%

- Tổng hợp kết quả phần thực hành:



Biểu đồ 8. Kết quả phân thực hành.

ĐD đạt yêu cầu thực hành TAT là 88,6.

4. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu khảo sát về kiến thức và thực hành TAT của 70 ĐD Bệnh viện Quân y 17, từ tháng 5-9/2018, kết luận:

- Đa số ĐD có trình độ trung cấp (81,4%), có thâm niên công tác trên 20 năm (40,0%), đều được đào tạo TAT (100%).

- Kiến thức về TAT: Nhóm ĐD trả lời đúng về kiến thức TAT là 92,2%, sử dụng thuốc an toàn đạt 92,3%, trả lời đúng xử trí tại chỗ khi BN sốc phản vệ là 100%, kiến thức đúng về quản lý nhiễm khuẩn và xử lý chất thải là 90,9%.

- 88,6% ĐD thực hành TAT đạt tiêu chuẩn.

Qua nghiên cứu chúng tôi đề xuất giải pháp nâng cao chất lượng TAT tại bệnh viện:

- Thường xuyên cập nhật, phổ biến, hướng dẫn và kiểm tra về TAT.

- Trang bị đầy đủ dụng cụ, phương tiện TAT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2012), *Hướng dẫn tiêm an toàn trong các cơ sở khám chữa bệnh*, Quyết định số: 3671/QĐ-BYT, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2012), *Tài liệu đào tạo liên tục kiểm soát nhiễm khuẩn*, Hà Nội.

3. Cục Quân y (2016), *Kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở khám chữa bệnh trong quân đội*, Hà Nội.

4. Cục Quân Y (2017), *Tài liệu tập huấn đào tạo giảng viên, về tiêm an toàn và quản lý chất thải rắn y tế*.

5. Bệnh viện Trung ương Huế (2010), *Khảo sát hiện trạng về tiêm an toàn tại Bệnh viện Trung ương Huế*.

6. Hội Điều dưỡng Việt Nam (2002), *Kết quả khảo sát tiêm an toàn*, Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội.

7. Hội Điều dưỡng Việt Nam (2004), *Kết quả khảo sát tiêm an toàn*, Bệnh viện Nhi đồng 1 thành phố Hồ Chí Minh.

8. WHO, SIGN (2003), "Injection Safety", WHO, Website: <http://www.who.int/injection>. □

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT...

(Tiếp theo trang 119)

- Mức độ hài lòng của NB về công tác thay băng của ĐD là 81,8%, về hướng dẫn NB ra viện là 98,5%, về hướng dẫn vận động là 21,2%, về hướng dẫn chế độ dinh dưỡng là 10,6%.

- Có mối liên quan đến sự hài lòng của NB về hướng dẫn chế độ dinh dưỡng ở khu vực nội thành và ngoại thành, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ y tế (2000), *Điều dưỡng ngoại khoa*, Nhà xuất bản Y học, tr. 188-189.

2. Bộ Y tế (2009), *Điều dưỡng ngoại 2*, Nhà xuất bản Y học, tr. 95-114.

3. Bộ Y tế (2008), *Điều dưỡng cơ bản I*, Nhà xuất bản Y học, tr. 144-166.

4. Học viện Quân y (2002), *Bệnh học ngoại khoa tập 2*, Nhà xuất bản quân đội nhân dân, tr. 630.

5. Lê Phi Hảo (2012), "Hệ xương", *Giáo trình giải phẫu*, tr. 34-35.

6. Đinh Thị Hoa (2014), "Phục hồi chức năng gãy xương", *Bài giảng phục hồi chức năng*, tr. 41-43.

7. Hòa Tạ Quang Hùng (2009), *Đánh giá kết quả điều trị gãy 1/3 dưới hai xương cẳng chân bằng đinh SIGN tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*, Luận văn Thạc sĩ y học, Học viện Quân y.

8. Nguyễn Thị Hải Yến và cộng sự (2012), "*Nhận xét kết quả chăm sóc sau phẫu thuật kết xương khung cổ định ngoại vi trong gãy hở 2 xương cẳng chân tại khoa Chấn thương Chỉnh hình*", Hội nghị khoa học Điều dưỡng bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức lần thứ V - chủ đề An toàn người bệnh, Hà Nội, tháng 12 năm 2013, tr. 113-119.

9. Phan Thanh Nam (2014), *Đánh giá kết quả chăm sóc sau mổ gãy xương cẳng chân tại khoa Ngoại chấn thương - Bỏng Bệnh viện Trung ương Huế*, Luận văn tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng, Trường Đại học Huế, Huế.

10. Lê Thị Vân Anh (2015), *Đánh giá kết quả chăm sóc sau mổ gãy xương cẳng chân tại khoa Chấn thương chỉnh hình Bệnh viện hữu nghị Việt Đức*, Luận văn tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng, Trường Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương.

11. Phạm Thị Hải Thương (2017), *Đánh giá kết quả chăm sóc sau mổ ở người bệnh gãy xương đùi tại khoa chấn thương chỉnh hình của Bệnh viện Quân y 105*, *Tạp chí Y học thẩm họa & bỏng*, số 5/2017.

12. Atinyagrika Adugbire B & Aziato L (2018), *Surgical patients' perspectives on nurses' education on post-operative care and follow up in Northern Ghana*. *BMC nursing*, 17, p. 29. □

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GỠY XƯƠNG ĐÙI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 7A

CNDD. VŨ THỊ NHƯ, TS. LÊ QUANG TRÍ - Bệnh viện Quân y 7A

Phản biện khoa học: (1) BSCKII. TRẦN DUY HƯNG

(2) TS. TRƯƠNG QUANG TRUNG

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 66 người bệnh phẫu thuật kết xương đùi, điều trị tại Bệnh viện Quân y 7A, từ tháng 3-8/2019, nhằm đánh giá kết quả chăm sóc sau phẫu thuật điều trị gãy xương đùi và tìm mối liên quan giữa sự hài lòng của người bệnh với công tác chăm sóc sau phẫu thuật.

Kết quả: Đa số người bệnh là nam giới (71,2%), từ 15-45 tuổi (75,8%), nguyên nhân gãy xương do tai nạn giao thông (94,0%), gãy kín xương đùi (81,8%), được phẫu thuật sau 24 giờ (75,8%). 83,3% người bệnh đau ít sau phẫu thuật. 93,9% người bệnh có tuần hoàn chi lưu thông tốt, 93,9% người bệnh không bị phù nề sau phẫu thuật. Tần suất thay băng vết mổ trung bình 3,6 lần/tuần. Hầu hết người bệnh lo lắng về sức khỏe (81,8%). Ít ngủ sau phẫu thuật (60,6%). Sau phẫu thuật, tỉ lệ điều dưỡng hướng dẫn người bệnh chế độ ăn hợp lý là 34,9%; hướng dẫn vận động là 43,9%; hướng dẫn người bệnh khi ra viện là 95,5%. Mức độ hài lòng của người bệnh: về công tác thay băng của điều dưỡng là 81,8%; về hướng dẫn người bệnh ra viện là 98,5%; về hướng dẫn vận động là 21,2%; về hướng dẫn chế độ dinh dưỡng là 10,6%. Có mối liên quan giữa sự hài lòng của người bệnh trong hướng dẫn chế độ dinh dưỡng đối với khu vực sinh sống của người bệnh (nội thành hay ngoại thành), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Từ khóa: Điều dưỡng, chăm sóc sau phẫu thuật

ABSTRACT: Cross-sectional descriptive study of 66 patients with femoral osteosynthesis surgery, treated at the Military hospital 7A, from March to August 2019, to evaluate the results of post-operative care treatment for femoral fractures and investigate the relationship between satisfaction of the patients with post-operative care.

Results: The majority of patients were men (71.2%), aged from 15-45 years (75.8%), the cause of bone fractures due to traffic accidents (94.0%), closed fracture of thigh bones (81.8%), were operated after 24 hours (75.8%). 83.3% of patients had little pain after surgery. 93.9% of patients had good limb circulation, 93.9% of patients did not have edema after surgery. The average frequency of wound dressing changes was 3.6 times/week. Most patients worried about their health (81.8%). less sleep after surgery (60.6%). After surgery, the rate of nurses guiding patients to a reasonable diet was 34.9%, guiding patients on mobilization was 43.9%, and guiding patients when they were discharged from the hospital was 95.5%. The satisfaction level of patients: about dressing changes of nurses - 81.8%, direction for patients when they discharged from the hospital was 98.5%, direction for patients on mobilization was 21.2%, and direction for patients on nutrition was 10.6%. There was a relationship between patient's satisfaction in the nutrition guidelines for the patient's living area (urban or suburban), the difference was statistically significant ($p < 0.05$).

Keywords: Nursing, post-operative care

Chịu trách nhiệm nội dung: CNDD. Vũ Thị Như, SĐT: 0961879380.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới năm 2019, mỗi năm, thế giới có hơn 1,35 triệu người chết và khoảng 50 triệu người bị thương do tai nạn giao thông. Hiện nay, ở nước ta, cùng với sự phát triển kinh tế, số lượng tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt ngày càng gia tăng. Hậu quả của các tai nạn đó phần lớn là gãy xương, trong đó, gãy xương đùi với tổn thương nhiều cơ quan khác nhau có thể đe dọa đến tính mạng người bệnh (NB). Điều trị gãy xương đùi chủ

yếu là phẫu thuật (PT). PT gãy xương đùi là một PT lớn mà Khoa Chấn thương chỉnh hình và đơn vị Chấn thương chỉnh hình/kỹ thuật cao Bệnh viện Quân y 7A đã và đang thực hiện thường xuyên. Để góp phần vào thành công của cuộc PT thì việc chăm sóc của điều dưỡng (ĐD) đóng góp một phần quan trọng. Các thao tác không đúng kỹ thuật các công tác chăm sóc sau mổ như thay băng vết mổ, hướng dẫn tập luyện phục hồi chức năng chi... là một trong những nguyên nhân dẫn đến biến chứng nguy hiểm. Chính vì thế, trong chăm sóc sau mổ

kết hợp xương đòi hỏi người ĐD phải có trình độ chuyên môn giỏi, kĩ năng thực hành thành thạo.

Đã có nhiều đề tài y khoa nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và kết quả trong điều trị gãy xương đùi, nhưng rất ít đề tài nghiên cứu về công tác chăm sóc ĐD. Do vậy, để góp phần chăm sóc, theo dõi tốt hơn cho NB PT xương đùi. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá công tác chăm sóc sau phẫu thuật ở NB gãy xương đùi và tìm ra mối liên quan giữa sự hài lòng của NB với công tác chăm sóc sau PT.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

66 NB sau điều trị PT kết xương đùi tại Khoa Chấn thương chỉnh hình và đơn vị Chấn thương chỉnh hình/Kĩ thuật cao, Bệnh viện Quân y 7A, từ tháng 3-8/2019.

Loại trừ NB được chuyển đến từ bệnh viện khác; NB không hoàn thành hết 2/3 bộ câu hỏi phỏng vấn; NB không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu nghiên cứu tính theo công thức:

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu cần nghiên cứu; α : mức ý nghĩa thống kê ($\alpha = 0,05$); Z là trị số của phân phối chuẩn (với độ tin cậy 95%, $Z = 1,96$); p là ước tính tỉ lệ ($p = 0,92$) [2]; d là sai số cho phép (chọn $d = 0,07$). Từ đó, ta tính được $n = 58$. Thực tế mẫu nghiên cứu là 66.

- Công cụ: thu thập số liệu dựa trên bộ câu hỏi soạn sẵn có chỉnh sửa theo thực tế tại Bệnh viện Quân y 7A và thông tin bệnh án đã tham khảo từ nghiên cứu của Đào Diệu Trang tại Bệnh viện Trung ương Huế.

- Đánh giá mức độ hài lòng của NB dựa trên thang đo Likert 5 mức độ (mức độ hài lòng: ≥ 3 điểm, không hài lòng: < 3). Đánh giá đau theo thang đo VAS; tình trạng dinh dưỡng, giấc ngủ theo thang đo chất lượng giấc ngủ PITT Sburgh...

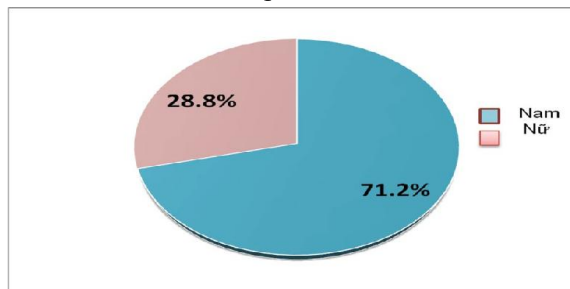
- Đạo đức nghiên cứu: được hội đồng đạo đức bệnh viện thông qua. NB được giải thích rõ và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Xử lí số liệu: phân tích dữ liệu bằng phần mềm Stata 13.0. Sử dụng kiểm định chi bình phương hoặc kiểm định chính xác Fisher (nếu trên 20% tổng số các ô vọng trị nhỏ hơn 1) hoặc hồi quy logistic để tìm mối liên quan giữa sự hài lòng về chăm sóc sau PT với các đặc tính. Mối liên quan được ước lượng bằng tỉ số số chênh OR với khoảng tin cậy 95%.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

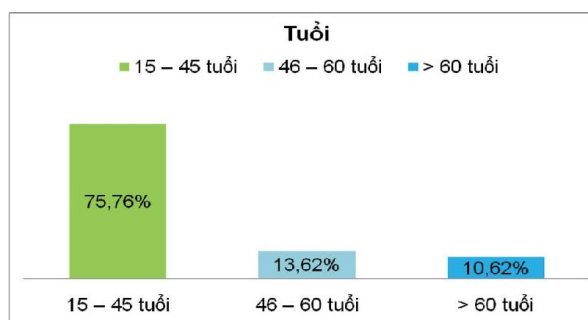
3.1. Đặc điểm chung của NB:

- Phân bố NB theo giới tính:



Biểu đồ 1. Phân bố NB theo giới tính.

- Phân bố NB theo tuổi:



Biểu đồ 2. Đặc điểm về độ tuổi.

- Nguyên nhân gây xương:

- + Tai nạn giao thông: 62 NB (94,0%).
- + Tai nạn lao động: 02 NB (3,0%).
- + Tai nạn sinh hoạt: 02 NB (3,0%).

- Phân loại gãy:

- + Gãy kín: 54 NB (81,8%).
- + Gãy hở: 12 NB (18,2%).

- Thời gian từ khi vào viện đến khi PT:

- + Dưới 6 giờ: 0.
- + Từ 6-24 giờ: 16 NB (24,2%).
- + Hơn 24 giờ: 50 NB (75,8%).

3.2. Đánh giá kết quả chăm sóc sau PT:

3.2.1. Chăm sóc tại chỗ:

- Đánh giá tình trạng đau (VAS):

- + Đau nhiều: 3 NB (4,6%).
- + Đau ít: 55 NB (83,3%).
- + Không đau: 8 NB (12,1%).

- Tuần hoàn chi sau PT:

- + Lưu thông tốt: 62 NB (93,9%).
- + Bị chèn ép: 4 NB (6,1%).

- Phù nề: 4 NB (6,1%).

- Rối loạn dinh dưỡng chi: 6 NB (9,1%).

- Tình trạng vết mổ:

Bảng 1. Tình trạng vết mổ (n = 66).

Đặc điểm		Số NB
Tình trạng vết mổ ngày đầu	Khô	0
	Dịch thấm băng	7 (10,6%)
	Máu thấm băng	58 (87,9%)
	Nhiễm trùng	1 (1,5%)
Tình trạng vết mổ sau 7 ngày	Khô	60 (90,9%)
	Dịch thấm băng	5 (7,6%)
	Máu thấm băng	0
	Nhiễm trùng	1 (1,5%)
Thời gian rút ống dẫn lưu	24-48 giờ	56 (84,8%)
	Sau 48 giờ	10 (15,2%)
Số lần thay băng trong tuần		3,56 ± 0,97

3.2.2. Tình trạng lo lắng, chế độ dinh dưỡng và giấc ngủ của NB:

- Lo lắng:

+ Có: 54 NB (81,8%).

+ Không: 12 NB (18,2%).

- Ăn ngon miệng:

+ Có: 21 NB (31,8%).

+ Không: 45 NB (68,2%).

- Giấc ngủ:

+ Ngủ được: 14 NB (21,2%).

+ Ngủ ít: 40 NB (60,6%).

+ Mất ngủ: 12 NB (18,2%).

3.2.3. Đánh giá việc hướng dẫn NB của nhân viên y tế sau PT:

- NB được hướng dẫn sau PT về chế độ dinh dưỡng:

+ Có: 23 NB (34,8%).

+ Không: 43 NB (65,2%).

- Được hướng dẫn sau PT về vận động:

+ Có: 29 NB (43,9%).

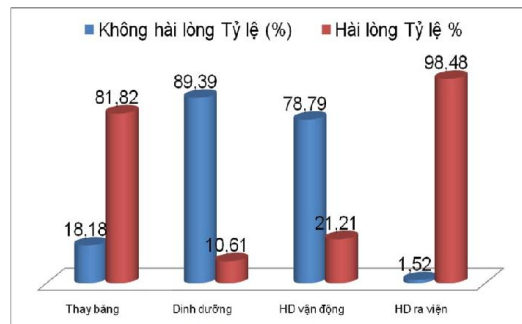
+ Không: 37 NB (56,1%).

- Được hướng dẫn ra viện:

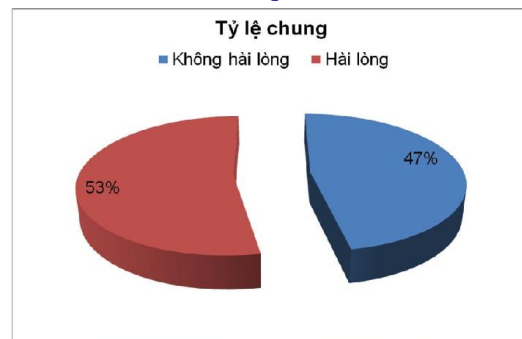
+ Có: 63 NB (95,5%).

+ Không: 3 NB (4,5%).

3.2.4. Mức độ hài lòng của NB về công tác chăm sóc sau PT:



Biểu đồ 3. Tỷ lệ hài lòng về chăm sóc sau PT.



Biểu đồ 4. Tỷ lệ hài lòng chung

3.2.5. Mối liên quan đến sự hài lòng của NB với công tác chăm sóc sau PT:

Bảng 2. Mối liên quan giữa sự hài lòng về việc thay băng và các đặc tính.

Đặc điểm		Sự hài lòng về thay băng		Giá trị p	OR (CI95%)
		Hài lòng	Không hài lòng		
Giới tính	Nam	40 (74,1%)	7 (58,3%)	0,304*	2,04 (0,43-8,87)
	Nữ	14 (25,9%)	5 (41,7%)		
Nhóm tuổi	15-45 tuổi	44 (81,4%)	6 (50,0%)	-	1
	46-60 tuổi	5 (9,3%)	4 (33,3%)	0,027	0,17 (0,03-0,82)
	> 60 tuổi	5 (9,3%)	2 (16,7%)	0,254	0,34 (0,05-2,16)
Nơi cư trú	Nội thành	8 (14,8%)	1 (8,3%)	1*	1,91 (0,21-92,48)
	Ngoại thành	46 (85,2%)	11 (91,7%)		
Loại gãy xương	Kín	45 (83,3%)	9 (75,0%)	0,679*	1,67 (0,24-8,59)
	Hở	9 (16,7%)	3 (25,0%)		
Đa chấn thương	Có	41 (75,9%)	11 (91,7%)	0,436*	0,29 (0,001-2,37)
	Không	13 (24,1%)	1 (8,33%)		

Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa sự hài lòng về thay băng và các đặc tính.

Bảng 3. Mối liên quan giữa sự hài lòng về hướng dẫn chế độ dinh dưỡng và các đặc tính.

Đặc điểm		Sự hài lòng về hướng dẫn chế độ dinh dưỡng		p	OR (CI95%)
		Hài lòng	Không hài lòng		
Giới tính	Nam	6 (85,7)	41 (69,5)	0,663*	2,63 (0,28-127,78)
	Nữ	1 (14,3)	18 (30,5)		
Nơi cư trú	Nội thành	3 (43,0)	6 (10,1)	0,048*	6,63 (0,75-48,81)
	Ngoại thành	4 (57,0)	53 (89,9)		
Hướng dẫn chế độ dinh dưỡng hợp lý	Có	6 (85,7)	17 (28,8)	0,006*	14,82 (1,54-697,43)
	Không	1 (14,3)	42 (71,2)		

Mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa sự hài lòng về chế độ dinh dưỡng với nơi cư trú và được ĐD hướng dẫn về chế độ dinh dưỡng hợp lý (với $p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm chung của NB:

Kết quả nghiên cứu cho thấy, NB nam (71,2%) nhiều hơn NB nữ (28,8%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Phan Thanh Nam (NB nam: 73,33%, NB nữ: 26,67% [9]) và Lê Thị Vân Anh [10], Nguyễn Thị Hải Yến [8]. Nam giới gặp chấn thương nhiều hơn so với nữ giới, có thể do nam giới thường tham gia lao động nặng, tham gia giao thông nhiều hơn so với nữ giới hoặc do sử dụng rượu, bia khi tham gia giao thông nên dễ xảy ra tai nạn.

Kết quả nghiên cứu thấy, phân bố NB theo các nhóm tuổi không đồng đều, tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi lao động từ 15-45 tuổi (75,8%); tương đương với nghiên cứu của Phạm Thị Hải Thương (NB ở nhóm 15-45 tuổi chiếm 70,4% [11]).

Nguyên nhân gây xương chủ yếu do tai nạn giao thông (94,0%); tương tự kết quả nghiên cứu của Lê Thị Vân Anh (gãy xương do tai nạn giao thông chiếm 78,57%), đặc biệt là ở lứa tuổi thanh, trung niên, đây cũng là lao động chính của gia đình và xã hội. Tuy nhiên lại là lứa tuổi dễ vi phạm an toàn giao thông khi sử dụng rượu, bia, phóng nhanh, vượt ẩu, không làm chủ tốc độ, dễ gây tai nạn.

81,8% NB gãy kín xương đùi, 18,2% NB gãy hở xương đùi. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Lê Thị Vân Anh [10], Phạm Thị Hải Thương [11].

Đánh giá về thời gian từ khi vào viện đến khi PT: 75,8% NB được PT sau 24 giờ, 24,2% NB được PT từ 6-24 giờ và không NB nào được PT trước 6 giờ. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Lê Thị Vân Anh (PT sau 24 giờ chiếm 88,57%, từ 6-24 giờ chiếm 11,43%, không BN nào được PT trong thời gian dưới 6 giờ [10]). Điều này cũng dễ lý giải vì gãy xương đùi chủ yếu là gãy kín (81,8%) nên thường được lên lịch mổ chương trình.

4.2. Đánh giá kết quả chăm sóc sau PT:

4.2.1. Chăm sóc tại chỗ:

- Về tình trạng đau sau PT: 55 NB (83,3%) đau ít, 3 NB (4,6%) đau nhiều, 8 NB (12,1%) không đau. NB đau nhiều sau PT do thuốc gây tê, gây mê hết tác dụng, vì vậy, ĐD cần giải thích cho NB hiểu trước khi PT để NB chuẩn bị tâm lý tốt hơn, không làm tăng thêm tình trạng đau. Đồng thời ĐD cần thực hiện đúng y lệnh thuốc giảm đau bằng đường truyền tĩnh mạch sau PT. Đa số NB cảm thấy đau ít khi được dùng thuốc. Những ngày sau nếu còn đau thì cho NB dùng thuốc giảm đau đường uống. Ngoài ra, khi xương gãy được nắn chỉnh và cố định tốt thì tình trạng đau của NB cũng giảm đi khá nhiều.

- Về tuần hoàn chi sau PT: 93,9% NB có tuần hoàn chi lưu thông tốt vào ngày đầu sau PT, không có hiện tượng bị chèn ép, màu sắc chi không tím, bàn chân ấm, mạch mu chân rõ; 6,1% NB bị chèn ép, nhưng chỉ vào ngày đầu sau PT, từ ngày thứ 3 trở đi không có trường hợp nào bị chèn ép. ĐD nên hướng dẫn NB tập nhẹ khớp gối và các khớp bàn chân, mát xa nhẹ vùng da xung quanh vết thương để tăng tuần hoàn. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Phan Thanh Nam (tuần hoàn chi sau PT lưu thông tốt ngày đầu sau PT (100%) [9]), nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Vân Anh (90% [10]). Nghiên cứu cho thấy, 6,1% NB còn bị phù nề sau PT, do đó, để giảm phù nề người ĐD nên hướng dẫn NB kê cao chi và thực hiện y lệnh thuốc. 9,1% NB bị rối loạn dinh dưỡng chi sau PT, do tuần hoàn chi sau PT bị chèn ép, lưu thông kém

- Về tình trạng vết mổ: 87,9% NB có máu thấm băng vào ngày đầu sau PT, 10,6% NB có dịch thấm băng. Sau 3 ngày, NB không còn máu thấm băng và tỉ lệ dịch thấm băng giảm, vết mổ khô chiếm tỉ lệ cao (90,9%). Sau 7 ngày, đa số NB còn nằm điều trị có vết mổ khô (98,5%). Ngoài ra, trong thời gian nằm điều trị có 1,5% NB bị nhiễm trùng. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Vân Anh (không có trường hợp nào) [10] và thấp hơn so với nghiên cứu của Phan Thanh Nam (3,33% NB bị nhiễm trùng vết mổ) [9].

Nghiên cứu chỉ ra, 100% NB được thay băng vết mổ sau PT 24 giờ; tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hải Yến và cộng sự [8]. Tần số thay băng trung bình trong 1 tuần là $3,56 \pm 0,97$ lần; thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Phan Thành Nam [9]. Có thể do lượng NB đông, nguồn nhân lực mỏng, vết mổ khô tốt nên việc thay băng vết thương cách ngày vẫn bảo đảm vô trùng trong quá trình thay băng. Mặt khác, số lần thay băng vết mổ phụ thuộc vào tình trạng vết mổ. Sau PT, NB thường được đặt ống dẫn lưu áp lực âm để tránh dịch tồn lưu, kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian rút ống dẫn lưu từ 24-48 giờ chiếm 84,9% đó là dấu hiệu tốt cho vết mổ.

4.2.2. Tình trạng lo lắng, chế độ dinh dưỡng và giấc ngủ của NB:

81,8% NB lo lắng về tình trạng sức khỏe của mình, phần lớn là lo lắng về biến chứng sau PT; 18,2% NB không lo lắng. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Vân Anh (74,29%) [10].

31,8% NB ăn ngon miệng, 64,2% NB ăn không ngon miệng. Điều này cho thấy, chế độ dinh dưỡng cần được quan tâm nhiều hơn. Bởi một chế độ ăn hợp khẩu vị cung cấp đầy đủ chất dinh dưỡng và vitamin cần thiết giúp cơ thể NB khỏe mạnh, tạo điều kiện thuận lợi để vết thương mau lành.

60,6% NB ngủ ít và 18,2% NB mất ngủ. Do sau khi NB tỉnh, thuốc mê được đào thải hết ra ngoài cơ thể, cảm giác đau của NB tăng lên, đặc biệt, ở những người lớn tuổi. Bên cạnh đó, do môi trường bệnh viện lạ lẫm, ồn ào, cùng với thời tiết nóng bức của khí hậu làm NB khó ngủ. Vì vậy, ĐD phải có chế độ chăm sóc phù hợp, thực hiện y lệnh thuốc giảm đau cho NB, luôn quan tâm, động viên an ủi để NB bớt lo lắng, tin tưởng vào chế độ điều trị của bác sĩ. Đồng thời, ĐD cần phải hướng dẫn NB, người nhà giữ trật tự sau 21 giờ tối, vệ sinh thân thể sạch sẽ, uống sữa nóng trước khi ngủ (để dễ ngủ hơn)...

Tình trạng vệ sinh sau PT: hầu hết NB được người nhà và ĐD giúp đỡ lau mặt, vệ sinh răng miệng, lau người, thay quần áo hằng ngày (do thời tiết oi bức dễ ra nhiều mồ hôi nên cần vệ sinh thân thể sạch sẽ để tạo cảm giác thoải mái, dễ ngủ, tránh nhiễm khuẩn).

4.2.3. Đánh giá việc hướng dẫn NB của nhân viên y tế sau PT:

Nghiên cứu cho thấy, chỉ 34,9% NB được ĐD hướng dẫn chế độ dinh dưỡng; thấp hơn nghiên cứu của Lê Thị Vân Anh (74,29% [10]). Điều này có thể do lượng NB đông, áp lực công việc nhiều, ĐD không đủ thời gian gần gũi nhiều với NB. 43,9% NB sau PT được ĐD và nhân viên phục hồi chức năng hướng dẫn vận động. 56,1% NB không được hướng dẫn vận động sau PT. Có thể thấy, kĩ

thuật viên chưa làm hết trách nhiệm của mình và ĐD chưa quan tâm đến vấn đề vận động của NB. 95,5% NB được hướng dẫn đầy đủ khi ra viện, điều này chứng tỏ công tác hành chính làm việc có trách nhiệm, quan tâm nhiều đến NB.

4.2.4. Mức độ hài lòng của NB về công tác chăm sóc sau PT:

- Tỷ lệ NB hài lòng với công tác chăm sóc sau PT: 81,8% NB hài lòng về công tác thay băng. 98,5% NB hài lòng về hướng dẫn khi ra viện. 21,2% NB hài lòng về hướng dẫn vận động 10,6% NB hài lòng về hướng dẫn chế độ dinh dưỡng. 53,0% NB hài lòng chung về công tác chăm sóc sau PT.

- Công tác chăm sóc NB sau PT xương đùi của nhân viên y tế nói chung đều có thái độ ân cần, chu đáo, hết lòng vì NB. Công tác hướng dẫn NB khi xuất viện có sự chuyển biến rõ nét nhất, sau đó là công tác thay băng. Điều này cho thấy, ĐD có kĩ năng thay băng nhẹ nhàng, đúng theo quy trình kĩ thuật, bảo đảm công tác vô khuẩn. Bên cạnh đó, còn một số công tác chưa đạt hiệu quả do lượng NB thời điểm nghiên cứu đông, nguồn nhân lực hạn chế, công tác tư vấn về dinh dưỡng chưa được quan tâm nhiều, ĐD chưa được cập nhật thường xuyên về chế độ dinh dưỡng chuyên ngành nên còn hạn chế. Vấn đề hướng dẫn vận động cho NB sau PT chưa thường xuyên, do chỉ có 1 kĩ thuật viên vật lý trị liệu - phục hồi chức năng phụ trách, trong khi lượng NB nhiều nên việc hướng dẫn chưa kịp thời, dẫn tới tỉ lệ hài lòng còn rất thấp.

- Mọi liên quan đến sự hài lòng của NB với công tác chăm sóc sau PT: có mối liên quan đến sự hài lòng của NB về hướng dẫn chế độ dinh dưỡng ở khu vực nội thành và ngoại thành, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 66 NB sau điều trị PT kết xương đùi tại Khoa Chấn thương chỉnh hình và đơn vị Chấn thương chỉnh hình/Kĩ thuật cao, Bệnh viện Quân y 7A, từ tháng 3-8/2019, kết luận:

- NB nam (71,2%) nhiều hơn NB nữ (28,8%). Đa số NB từ 15-45 tuổi (75,8%), nguyên nhân gây xương do tai nạn giao thông (94,0%), gãy kín xương đùi (81,8%), được PT sau 24 giờ (75,8%).

- 83,3% NB đau ít sau phẫu. 93,9% NB có tuần hoàn chi lưu thông tốt vào ngày đầu sau PT, 93,9% NB không bị phù nề sau phẫu thuật. Tần suất thay băng vết mổ trung bình 3,56 lần/tuần.

- Hầu hết NB lo lắng về sức khỏe (81,8%), ít ngủ sau PT (60,6%). Sau PT, tỉ lệ ĐD hướng dẫn NB chế độ ăn hợp lí là 34,9%, hướng dẫn vận động là 43,9%, hướng dẫn NB khi ra viện là 95,5%.

(Xem tiếp trang 114)

NHỮNG SAI SÓT THƯỜNG GẶP CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRONG GHI CHÉP HỒ SƠ BỆNH ÁN BẢO HIỂM XÃ HỘI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 7B

CNDD. LƯƠNG VĂN TOÀN

Bệnh viện Quân y 7B

Phản biện khoa học: (1) BSCKII. TRẦN DUY HƯNG

(2) ThS. PHẠM THU HÀ

TÓM TẮT: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang, phát hiện những sai sót thường gặp của điều dưỡng trong ghi chép trên 12.976 hồ sơ bệnh án bảo hiểm y tế của người bệnh điều trị tại Bệnh viện Quân y 7B, từ tháng 10/2018 đến tháng 10/2019.

Kết quả: Trong 12.976 hồ sơ bệnh án bảo hiểm y tế nghiên cứu, ghi nhận 3.858 hồ sơ bệnh án (29,7%) có sai sót trong quá trình ghi chép của điều dưỡng. Đặc điểm các sai sót trong ghi chép hồ sơ bệnh án: sai sót chủ yếu của điều dưỡng viên ghi chép hồ sơ bệnh án (9 sai sót): 1.565 hồ sơ bệnh án (40,6%); những phần còn thiếu trong bảng kê chi phí của điều dưỡng trưởng, hành chính: 253 hồ sơ bệnh án (6,6%); thanh toán những nội dung quá thực tế điều trị: 282 hồ sơ bệnh án (7,3%); những nhầm lẫn trong quá trình thanh toán: 276 hồ sơ bệnh án (7,2%); những sai sót trong hồ sơ bệnh án làm ảnh hưởng đến quá trình thanh toán: 1.482 hồ sơ bệnh án (38,4%).

Từ khóa: Điều dưỡng, sai sót trong ghi chép hồ sơ bệnh án.

ABSTRACT: Retrospective study, cross-sectional description, find out the common mistakes of nurses in recording over 12,976 medical insurance records of patients, who were treated at the Military hospital 7B, from October 2018 to October 2019.

Results: In 12,976 medical records of health insurance, found 3,858 medical records (29.7%) with errors of nurses in the recording. The characteristics of errors in the medical records: the main mistakes of the nurses in the medical recording (9 errors): 1,565 medical records (40.6%); the missing parts in the expenses list of the chief nurses: 253 medical records (6.6%); payment higher than practical treatment contents: 282 medical records (7.3%); the mistakes in the payment process: 276 medical records (7.2%); the errors in medical records affected the payment process: 1,482 medical records (38.4%).

Keywords: Nursing, errors in medical records.

Chịu trách nhiệm nội dung: CNDD. Lương Văn Toàn, SĐT: 0973925559.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Phiếu chăm sóc, phiếu theo dõi chức năng sống, phiếu truyền dịch, phiếu công khai thuốc cho người bệnh (NB) là các phiếu biểu mẫu điều dưỡng (ĐD). Đây là tài liệu chuyên môn trong hồ sơ bệnh án (HSBA), ghi các diễn biến của NB trong chăm sóc, xử trí và thực hiện các y lệnh điều trị của ĐD; là tài liệu pháp lý để xem xét, đánh giá trách nhiệm trong phạm vi chức năng, nhiệm vụ của ĐD và là căn cứ để bảo hiểm y tế thanh toán các chi phí. Do vậy, việc ghi chép phải đầy đủ, rõ ràng, chính xác và trung thực.

Trên thế giới, ở các nước phát triển, mỗi NB đều có hồ sơ theo dõi ĐD riêng, song song với HSBA điều trị. Các thông tin trong hồ sơ ĐD được lưu trữ theo hệ thống và bác sĩ thường xuyên sử dụng để

hỗ trợ công tác điều trị, theo dõi hàng ngày. Ở Việt Nam, năm 2001, Bộ Y tế ban hành tài liệu hướng dẫn ghi chép các biểu mẫu dành riêng cho ĐD.

Bệnh viện Quân y 7B chưa có những thống kê, phân tích cụ thể việc ghi chép các biểu mẫu của ĐD. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm nhận diện các sai sót thường gặp của ĐD trong quá trình ghi chép hồ sơ bệnh án; tìm ra nguyên nhân chính.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

12.976 HSBA bảo hiểm y tế của NB điều trị tại Bệnh viện Quân y 7B, từ tháng 10/2018 đến tháng 10/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu, mô tả cắt ngang.

- Thu thập số liệu:

+ HSBA nghiên cứu chung được lưu trữ tại Ban Kế hoạch tổng hợp Bệnh viện.

+ HSBA có sai sót là các HSBA do Ban Kế hoạch tổng hợp Bệnh viện phát hiện, yêu cầu tiếp tục hoàn chỉnh thủ tục ra viện.

+ Nghiên cứu viên tổng hợp các sai sót trong ghi chép, trình tự thủ tục thanh toán, thống kê số liệu... trong HSBA của ĐD viên, ĐD trưởng khoa.

- Công cụ nghiên cứu: HSBA chung được Ban Kế hoạch tổng hợp nhận xét có sai sót, chưa hoàn chỉnh thủ tục ra viện.

- Xử lý số liệu: thống kê y học thông thường.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Đặc điểm các sai sót trong ghi chép HSBA:

- Tỷ lệ HSBA bảo hiểm y tế có sai sót: trong thời gian nghiên cứu, có tổng số 12.976 HSBA bảo hiểm y tế, trong đó, 3.858 HSBA (29,7%) được phát hiện có sai sót trong quá trình ghi chép của ĐD.

- Các loại sai sót trong ghi chép HSBA của ĐD (n = 3.858):

+ Sai sót chủ yếu của ĐD ghi chép HSBA (9 sai sót): 1.565 HSBA (40,6%).

+ Những phần còn thiếu trong bảng kê chi phí: 253 HSBA (6,6%).

+ Thanh toán những nội dung quá thực tế điều trị: 282 HSBA (7,3%).

+ Những nhầm lẫn trong quá trình thanh toán: 276 HSBA (7,2%).

+ Những sai sót trong HSBA làm ảnh hưởng đến quá trình thanh toán: 1.482 HSBA (38,4%).

3.2. Tỷ lệ các sai sót trong ghi chép HSBA:

3.2.1. Tỷ lệ 9 sai sót chủ yếu của ĐD viên ghi chép HSBA (n = 1.565):

- Thiếu ngày, giờ (phiếu chăm sóc): 452 HSBA (28,9%).

- Cộng sai thuốc, thiếu thuốc, tẩy xóa (bảng công khai): 345 HSBA (22,0%).

- Thiếu thông tin, sai thông tin (phiếu truyền dịch): 215 HSBA (13,7%).

- Chưa biểu diễn, thiếu ngày, ghi sai (bảng theo dõi mạch - nhiệt độ - huyết áp): 132 HSBA (8,4%).

- Ghi chưa đầy đủ (ngày điều trị kháng sinh): 102 HSBA (6,5%).

- Thiếu chữ kí NB (bảng công khai): 97 HSBA (6,2%).

- Thiếu thông tin NB (phiếu chăm sóc): 76 HSBA (4,9%).

- Tẩy xóa, thiếu thông tin (bảng công khai): 75 HSBA (4,8%).

- Thừa ngày (phiếu chăm sóc): 71 HSBA (4,5%).

Ghi chép trên phiếu chăm sóc, phiếu truyền dịch, bảng công khai thuốc, vật tư, bảng theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, phiếu thử phản ứng thuốc là những công việc đầu tay của người ĐD. Nhưng việc ghi chép của ĐD còn nhiều sai sót, làm ảnh hưởng đến chất lượng HSBA, tiềm ẩn nguy cơ mất an toàn cho NB. Theo nghiên cứu của Lê Thị Hằng (2016), tình trạng sai sót khi ghi chép biểu mẫu của ĐD tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương chiếm 20%, phiếu chăm sóc chiếm xấp xỉ 50%.

3.2.2. Tỷ lệ các sai sót trong HSBA có liên quan trực tiếp đến ĐD trưởng, hành chính hoàn tất thủ tục cho NB ra viện:

- Những phần còn thiếu trong bảng kê chi phí (n = 253):

+ Thiếu tiền thuốc: 115 HSBA (45,5%).

+ Không tổng hợp tiền công khám: 52 HSBA (20,6%).

+ Không có bảng kê chi phí: 21 HSBA (8,3%).

+ Thiếu tiền vật tư: 15 HSBA (5,9%).

+ Không tổng hợp tiền điện tim, siêu âm: 13 HSBA (5,1%).

+ Thiếu ngày nằm/thực tế: 11 HSBA (4,4%).

+ Thiếu thủ tục thanh toán vật tư: 6 HSBA (2,4%).

+ Thiếu tiền tiểu phẫu: 5 HSBA (2,0%).

+ Thiếu tiền xét nghiệm: 5 HSBA (2,0%).

+ Không tổng hợp chụp X quang, CT: 3 HSBA (1,2%).

+ Thiếu tiền phẫu thuật: 3 HSBA (1,19%).

+ Thiếu tiền thủ thuật: 2 HSBA (0,8%).

+ Thiếu thông tin NB, mã bệnh: 2 HSBA (0,8%).

Việc tổng hợp thiếu làm HSBA giảm chất lượng, bệnh viện thất thu tiền vào những lỗi không đáng có. Đây cũng là một trong những nguyên nhân khiến việc điều trị cho NB bảo hiểm y tế kém hiệu quả.

- Thanh toán những nội dung quá thực tế điều trị (n = 282):

+ Quá thuốc: 85 HSBA (30,1%).

+ Quá vật tư: 78 HSBA (27,7%).

+ Ngày nằm điều trị: 63 HSBA (22,3%).

+ Quá xét nghiệm: 23 HSBA (8,2%).

+ Dư chỉ định điều trị: 18 HSBA (6,4%).

+ Quá thủ thuật: 15 HSBA (5,3%).

Việc ghi quá thực tế điều trị dễ khiến cơ quan bảo hiểm y tế nghi ngờ bệnh viện kê khống dịch vụ để lấy tiền, đồng thời phản ánh sự yếu kém trong công tác thống kê chi phí.

- Những nhầm lẫn trong quá trình thanh toán (n = 276):

+ Nhập sai thông tin trong thẻ: 97 HSBA (35,1%).

+ Tên vật tư ghi không thống nhất: 82 HSBA (29,7%).

+ Ngày thanh toán, thuốc dùng không phù hợp: 53 HSBA (19,2%).

+ Giá dịch vụ, tiền giường, tiền thuốc: 26 HSBA (9,4%).

+ Tổng hợp tiền sai: 18 HSBA (6,5%).

Những sai sót, nhầm lẫn trong quá trình thanh toán tuy không nhiều song cũng cần chú ý trong việc giám sát chặt chẽ các quy trình.

3.2.3. Tỷ lệ những sai sót ảnh hưởng đến quá trình thanh toán cho NB ra viện:

- Những sai sót trong HSBA làm ảnh hưởng đến quá trình thanh toán (n = 1.482):

+ Thiếu chữ kí bác sĩ, mộc tên: 386 HSBA (26,1%).

+ Thiếu chữ kí của ĐD thực hiện: 345 HSBA (23,3%).

+ Thiếu chữ kí NB: 275 HSBA (18,6%).

+ Lỗi phần mềm quản lí (số điện thoại, tên bệnh viện khác): 213 HSBA (14,4%).

+ Chẩn đoán không thống nhất: 97 HSBA (6,6%).

+ Sai giới tính: 87 HSBA (5,9%).

+ Sai nơi đăng kí khám chữa bệnh ban đầu trên thẻ: 79 HSBA (5,3%).

Những sai sót này có thể không phải do ĐD gây ra, song cũng có phần trách nhiệm của các ĐD trong việc phối hợp để xử lí kịp thời, tránh để hậu quả.

Để thanh toán cho 1 NB bảo hiểm y tế ra viện, phải qua rất nhiều quy trình, thủ tục và sự phối hợp nhịp nhàng từ nhiều bộ phận có liên quan, sai sót từ một khâu sẽ làm ảnh hưởng đến cả quá trình. Việc ghi chép, cập nhật kịp thời, rõ ràng diễn biến, phương pháp điều trị NB trong HSBA là công việc hết sức quan trọng, đòi hỏi người ĐD phải chuyên nghiệp, có tư duy tốt mới hoàn thành nhiệm vụ.

Ghi chép, thanh toán chi phí cho NB bảo hiểm y tế của ĐD không đúng, không hợp lí sẽ làm thiếu hay mất đi các danh mục quan trọng để bảo hiểm y tế thanh toán chi phí điều trị cho bệnh viện và/hoặc cơ quan bảo hiểm y tế xuất toán tiền của bệnh viện. Các sai sót có thể dẫn đến việc cơ quan bảo hiểm y tế không thanh toán chi phí khám, chữa bệnh.

Có thể nói, các sai sót trên đây xảy ra khá thường xuyên trong ghi chép HSBA tại các cơ sở y tế. Chúng tôi cho rằng, để khắc phục sai sót có nhiều cách khác nhau, như hoàn thiện và thực hiện đúng quy trình ĐD, khuyến khích thay đổi mô hình làm việc phù hợp; áp dụng bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam (phiên bản 2.0); ĐD trưởng phải đạt chuẩn, đủ năng lực, cập nhật kiến thức thường xuyên, có chứng chỉ về công tác quản lí để có thể đảm đương các yêu cầu nhiệm vụ ngày càng cao...

4. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 12.976 HSBA bảo hiểm y tế của NB điều trị tại Bệnh viện Quân y 7B, từ tháng 10/2018 đến tháng 10/2019. Kết quả:

- Phát hiện 3.858 HSBA (29,7%) có sai sót trong quá trình ghi chép của ĐD.

- Trong số các HSBA có sai sót, chủ yếu là các sai sót của ĐD viên ghi chép HSBA (9 sai sót): 1.565 HSBA (40,6%); những phần còn thiếu trong bảng kê chi phí của ĐD trưởng, hành chính: 253 HSBA (6,6%); thanh toán những nội dung quá thực tế điều trị: 282 HSBA (7,3%); những nhầm lẫn trong quá trình thanh toán: 276 HSBA (7,2%); những sai sót làm ảnh hưởng đến quá trình thanh toán: 1.482 HSBA (38,4%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Thị Mỹ Linh (2010), "Khảo sát sự cố y khoa không mong muốn của điều dưỡng Bệnh viện Đa khoa khu vực Cai Lậy, 2008-2010", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 14, Phụ bản của số 4.

2. Lê Thị Hằng, (2016), *Báo cáo chuyên đề đánh giá tình trạng ghi chép biểu mẫu của điều dưỡng tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương*.

3. Phạm Đức Mục, *Tổng quan về an toàn người bệnh và xây dựng hệ thống y tế bảo đảm an toàn người bệnh*.

4. Bộ Y tế (2016), *Ban hành bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam*, Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18/11/2016. □

VĂN HÓA AN TOÀN NGƯỜI BỆNH VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN DÂN Y MIỀN ĐÔNG

CNDD. NGÔ THỊ XUÂN, CNDD. BÙI THỊ NHƯ

Bệnh viện Quân dân y miền Đông

Phản biện khoa học: (1) BSCKII. NGUYỄN QUỐC THỊNH

(2) ThS. PHẠM THU HÀ

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 238 nhân viên y tế làm việc trên 6 tháng tại các khoa lâm sàng và cận lâm sàng, Bệnh viện Quân dân y miền Đông, năm 2019, nhằm xác định điểm số văn hóa an toàn người bệnh, tỉ lệ phản hồi tích cực của nhân viên; các yếu tố liên quan đến văn hóa an toàn người bệnh.

Kết quả: Điểm số an toàn người bệnh dao động từ 3,14-4,05; trong đó, khía cạnh làm việc nhóm trong khoa cao nhất ($4,05 \pm 0,63$ điểm) và thấp nhất ở lĩnh vực không trừng phạt lỗi ($3,14 \pm 0,71$ điểm). 8 lĩnh vực có tỉ lệ trả lời tích cực từ 47-67% (lĩnh vực 5 đến lĩnh vực 12), thấp hơn hẳn so với các lĩnh vực còn lại (76-87%). Có mối liên quan giữa điểm số an toàn người bệnh với: lĩnh vực 1 (làm việc nhóm trong khoa), lĩnh vực 2 (lãnh đạo khuyến khích an toàn người bệnh), lĩnh vực 3 (học tập tổ chức - cải tiến liên tục), lĩnh vực 4 (hỗ trợ của lãnh đạo bệnh viện), lĩnh vực 5 (nhận thức về an toàn người bệnh), lĩnh vực 8 (tần suất báo cáo sự cố), lĩnh vực 9 (làm việc nhóm giữa các khoa), lĩnh vực 11 (bàn giao và chuyển bệnh); điểm số an toàn người bệnh với các cấp, tần suất báo cáo sự cố và giới tính, khác biệt với $p < 0,05$.

Từ khóa: An toàn người bệnh, văn hóa an toàn người bệnh.

ABSTRACT: Cross-sectional descriptive study of 238 health workers working over 6 months at the clinical and subclinical departments, Eastern Military-Civil hospital, in 2019, to determine the cultural score of patients safety, the rate of positive response of medical staff, the factors related to patients safety culture. **Results:** The patient's safety score ranged from 3.14-4.05; of which, the aspect of teamwork at the departments was the highest (4.05 ± 0.63 points) and the lowest in the field of non-punishment (3.14 ± 0.71 points). The eight domains with positive response rates ranged from 47-67% (domains 5 to 12), lower than other domains (76-87%). There was a relationship between patient's safety scores with domain 1 (teamwork at the departments), domain 2 (leadership promoting patient's safety), domain 3 (organizational learning - interdisciplinary improvement), domain 4 (hospital leadership support), domain 5 (awareness of patient's safety), domain 8 (frequency of incident reporting), domain 9 (teamwork between departments), domain 11 (handover and transfer of diseases); the scores of patient's safety for levels, frequency of incidents reporting and gender, the difference with $p < 0.05$.

Keywords: Patient's safety, patient's safety culture.

Chịu trách nhiệm nội dung: CNDD. Ngô Thị Xuân, SĐT: 0989723125.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Ngày nay, ngành Y tế đã có những bước phát triển vượt bậc, góp phần nâng cao sức khỏe cho người bệnh (NB). Theo các chuyên gia y tế, bệnh viện không còn là nơi an toàn tuyệt đối, sự cố không mong muốn xảy ra trong quá trình khám, chữa bệnh là điều hoàn toàn có thể. Nhiều nghiên cứu đa quốc gia đã khẳng định, NB đang phải gánh chịu nhiều thiệt hại do sai sót chuyên môn và sự cố y khoa. An toàn người bệnh (ATNB) là vấn đề luôn được xã hội quan tâm và cũng là thách thức đối với những người làm việc trong ngành y dược [2].

Tại Hoa Kỳ, ước tính mỗi năm có khoảng 44.000-98.000 ca tử vong liên quan đến sự cố y khoa. Số người chết vì sự cố y khoa tại Hoa Kỳ cao hơn số người chết do tai nạn giao thông, ung thư vú, HIV/AIDS [3]. Báo cáo của tổng thanh tra y tế

Hoa Kỳ khi tiến hành nghiên cứu 780 bệnh án ngẫu nhiên của NB trong tháng 10/2008, kết quả thấy, 13,5% NB nhập viện do gặp sự cố y khoa (51% sự cố y khoa không thể phòng ngừa, 44% sự cố y khoa hầu như có thể phòng ngừa và 5% không xác định). Ước tính, hằng năm, chi phí cho các sự cố y khoa có thể phòng ngừa của Hoa Kỳ (gồm thu nhập bị mất, khuyết tật và chi phí y tế) từ 17.000-29.000 triệu USD [6]. Hơn nữa, sự cố y khoa gây mất lòng tin giữa nhân viên y tế và NB. Tại Việt Nam, chưa có số liệu điều tra cụ thể về sự cố y khoa, nhưng đây cũng là vấn đề nghiêm trọng bởi môi trường y tế có nhiều áp lực, căng thẳng, cơ sở vật chất, thiết bị, nhân lực còn thiếu thốn, quy trình chuyên môn phức tạp, trong khi nhu cầu khám, chữa bệnh của người dân ngày càng tăng. Năm 2004, cơ quan nghiên cứu và quản lý chất lượng y tế Hoa Kỳ phát hành bộ câu hỏi khảo sát văn hóa ATNB để giúp

các bệnh viện đánh giá tình trạng văn hóa ATNB trong các cơ sở của họ. Nhiều quốc gia khác trên thế giới sử dụng bộ câu hỏi này như là một công cụ để đánh giá tình trạng văn hóa ATNB ở nước họ, trong đó có Việt Nam.

Với mong muốn tìm hiểu rõ hơn các yếu tố tác động đến văn hóa ATNB, sự chênh lệch về điểm số ATNB qua từng lĩnh vực, từ đó có cơ sở đề xuất giải pháp cải tiến. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm xác định điểm số ATNB và tỉ lệ phản hồi tích cực của nhân viên; xác định mối tương quan giữa điểm số văn hóa ATNB với 12 khía cạnh về văn hóa ATNB và các biến số đặc tính mẫu nghiên cứu tại Bệnh viện Quân dân y miền Đông năm 2019.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

238 nhân viên y tế (NVYT) làm việc trên 6 tháng tại các khoa lâm sàng và cận lâm sàng Bệnh viện Quân dân y miền Đông, Thời gian tiến hành nghiên cứu năm 2019. NVYT đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Phương pháp chọn mẫu: thuận tiện.
- Phương pháp tiến hành nghiên cứu: khảo sát trực tiếp đối tượng nghiên cứu bằng bộ câu hỏi khảo sát của cơ quan nghiên cứu và quản lý chất lượng y tế Hoa Kỳ (dịch sang tiếng Việt theo phiên bản của Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh) trên 12 lĩnh vực về ATNB, cụ thể:

- + Làm việc nhóm trong khoa (LV1).
- + Lãnh đạo khuyến khích ATNB (LV2).
- + Học tập tổ chức - cải tiến liên tục (LV3).
- + Hỗ trợ của lãnh đạo bệnh viện (LV4).
- + Nhận thức về ATNB (LV5).
- + Cởi mở trong thông tin về sai sót (LV6).
- + Thông tin phản hồi sai sót (LV7).
- + Tần suất báo cáo sự cố (LV8).
- + Làm việc nhóm giữa các khoa (LV9).

- + Nhân lực (LV10).
- + Bàn giao và chuyển bệnh (LV11).
- + Không trừng phạt lỗi (LV12).

- Đạo đức nghiên cứu: đề tài được hội đồng đạo đức bệnh viện thông qua. Thông tin đối tượng chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm Stata13, Epidata 13.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (ĐTNC):

- Tuổi đời: tuổi trung bình ĐTNC là $36,14 \pm 8,94$ tuổi. Trong đó, đối tượng ≤ 40 tuổi chiếm 76,0%.

- Tỉ lệ đối tượng nam/nữ: 1/2,84.

- Đa số ĐTNC là điều dưỡng/kỹ thuật viên nên trình độ học vấn không cao, trình độ trung cấp chiếm tỉ lệ cao nhất (50,4%) và thấp nhất là trình độ dưới cấp 3 (5%), đối tượng tham gia nghiên cứu đa số là hộ lí và nhân viên bệnh viện (87%).

Đa số đối tượng tham gia nghiên cứu có thời gian làm việc lâu dài từ 6-15 năm tại bệnh viện (63,5%), tại khoa (51,7%). Điều này cho thấy bệnh viện ít có biến động về nhân sự và đảm bảo trình độ chuyên môn với nhân sự làm việc trong chuyên khoa từ 6 năm trở lên chiếm tỉ lệ 55,5%. Phần lớn đối tượng tham gia làm việc tại khối lâm sàng.

Đa số các đối tượng tham gia nghiên cứu có số giờ làm việc trong tuần trung bình $50,8 \pm 11,01$ giờ và làm trên > 44 giờ (65,55%), chủ yếu tập trung ở các khoa lâm sàng và cận lâm sàng.

Tỉ lệ tham gia nghiên cứu là: 47,5% điều dưỡng, thấp nhất là cán bộ quản lí (0,4%), nhân viên công tác điều trị và tiếp xúc trực tiếp với NB là 89,1% và có 69,3% đối tượng nghiên cứu đã tham gia tập huấn về ATNB. 89,1% các đối tượng tham gia nghiên cứu cho rằng không có sự cố xảy ra trong khoa.

3.2. Mối tương quan giữa điểm số văn hóa ATNB với 12 khía cạnh về văn hóa ATNB và các biến số đặc tính mẫu nghiên cứu:

Bảng 1. Điểm 12 lĩnh vực và điểm ATNB trung bình so sánh với các nghiên cứu khác (n = 238).

Lĩnh vực	Bệnh viện Quân dân y miền Đông	Bệnh viện Y dược tp. Hồ Chí Minh [4]	Bệnh viện Đa khoa khu vực Củ Chi [5]
LV1	$4,05 \pm 0,63$	$3,98 \pm 0,458$	$3,98 \pm 0,49$
LV2	$3,93 \pm 0,56$	$4,04 \pm 0,488$	$3,91 \pm 0,49$
LV3	$3,89 \pm 0,57$	$3,96 \pm 0,417$	$3,93 \pm 0,44$
LV4	$3,74 \pm 0,59$	$4,06 \pm 0,535$	$3,75 \pm 0,57$
LV5	$3,35 \pm 0,52$	$3,70 \pm 0,483$	$3,66 \pm 0,49$
LV6	$3,72 \pm 0,63$	$3,35 \pm 0,706$	$3,12 \pm 0,88$
LV7	$3,34 \pm 0,82$	$3,82 \pm 0,543$	$3,69 \pm 0,57$

LV8	3,52 ± 0,92	3,76 ± 0,729	3,66 ± 0,70
LV9	3,49 ± 0,50	3,56 ± 0,521	3,72 ± 0,54
LV10	3,15 ± 0,55	3,01 ± 0,474	3,34 ± 0,63
LV11	3,18 ± 0,59	3,47 ± 0,569	3,42 ± 0,61
LV12	3,14 ± 0,71	3,21 ± 0,671	3,13 ± 0,63
Điểm ATNB khoa	3,37 ± 0,62	3,66 ± 0,56	3,5 ± 0,58

Điểm số và tỉ lệ phản hồi tích cực nhất tại lĩnh vực làm việc nhóm trong khoa (LV1), thấp nhất là lĩnh vực không trùng phạt lỗi (LV12). Điểm trung bình các lĩnh vực gần như tương đương nhau, nhưng điểm trung bình ATNB khoa thấp hơn so với 2 kết quả nghiên cứu của Bệnh viện Đại học Y dược tp. Hồ Chí Minh và Bệnh viện Đa khoa khu vực Củ chi.

Bảng 2, Tỉ lệ % phản hồi tích cực 12 lĩnh vực và điểm ATNB trung bình so sánh với kết quả nghiên cứu khác (n = 238).

Nội dung	Bệnh viện Quân dân y miền Đông	Bệnh viện Y dược tp. Hồ Chí Minh [4]	Bệnh viện Đa khoa khu vực Củ Chi [5]	Bệnh viện Nhi đồng 1 [1]	Hoa Kỳ [7]	Đài Loan [8]
LV1	87,5	88,04	88,0	90	80	94
LV2	86,56	86,13	86,5	86	75	83
LV3	84,59	88,94	88,0	88	72	84
LV4	76,75	88,20	77,0	82	72	62
LV5	60,61	75,66	74,8	67	66	65
LV6	47,06	49,07	41,7	55	62	58
LV7	67,23	73,44	64,7	82	64	59
LV8	54,06	67,45	58,7	64	63	57
LV9	64,81	64,84	75,5	61	58	72
LV10	52,1	44,10	57,8	52	56	39
LV11	49,37	59,75	59,0	57	45	48
LV12	47,34	46,77	45,3	51	44	45
Điểm ATNB khoa	39,92	69,37	68,2	69	61	64

Tỉ lệ phản hồi tích cực cao nhất ở lĩnh vực làm việc nhóm trong khoa (87,5%), thấp nhất ở lĩnh vực không trùng phạt lỗi (47,34%). Cởi mở thông tin sai sót gần như tương đương với một số nghiên cứu khác của các tác giả trong và ngoài nước. Tỉ lệ phản hồi tích cực ATNB khoa thì thấp hơn rất nhiều.

Bảng 3. Tương quan giữa điểm số ATNB với điểm số từng khía cạnh (n = 238).

Nội dung	Hệ số tương quan	p
LV1*	0,27	< 0,001
LV2*	0,23	< 0,001
LV3*	0,20	0,002
LV4*	0,17	0,009
LV5	0,20	0,001
LV6*	0,13	0,05
LV7	0,12	0,07
LV8*	0,17	0,007

LV9	0,30	< 0,001
LV10	-0,01	0,93
LV11	0,35	< 0,001
LV12	0,08	0,22

*: Tương quan Spearman (do phân phối lĩnh vực không bình thường).

Có mối tương quan thuận và yếu đến điểm số ATNB trung bình ở các lĩnh vực. Lĩnh vực không có tương quan là cởi mở trong thông tin về sai sót, thông tin phản hồi sai sót, nhân lực, phản ứng không trùng phạt lỗi, với p > 0,05.

Bảng 4. Tương quan giữa điểm số ATNB với các biến định lượng.

Nội dung	Hệ số tương quan	p
Cấp bệnh viện	0,4	< 0,001
Cấp khoa phòng *	0,26	< 0,001
Cấp nhân viên	0,29	< 0,001

Tuổi	0,01	0,14
Trình độ học vấn	-0,06	0,35
Năm làm việc tại bệnh viện	-0,07	0,27
Năm làm việc tại khoa	0,05	0,47
Giờ làm việc trung bình trong tuần*	0,05	0,5
Số báo cáo sự cố	-0,2	0,005

* Tương quan Spearman (do phân phối lĩnh vực không bình thường)

4 yếu tố có mối tương quan với điểm số ATNB, tương quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong đó, có 2 yếu tố tương quan thuận và yếu là điểm ATNB cấp khoa, cấp nhân viên và 1 yếu tố tương quan thuận, trung bình là điểm ATNB bệnh viện. Ngoài ra, có yếu tố số báo cáo sự cố có mối tương quan nghịch, yếu với điểm ATNB trung bình.

Bảng 5. Mối liên quan giữa điểm số ATNB với các biến định tính ($n = 238$).

Nội dung	p
Nhóm tuổi	0,3
Giới tính	0,03
Trình độ học vấn	0,1
Nhóm thời gian làm việc tại BV (năm)	0,4
Nhóm thời gian làm việc tại Khoa hiện tại (năm)	0,05
Nhóm thời gian làm việc tại chuyên khoa hiện tại	0,9
Nhóm giờ làm việc trong tuần	0,2

Khác biệt điểm số ATNB giữa nam và nữ có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Điểm số văn hóa ATNB:

- Điểm số ATNB: dao động từ 3,14 đến 4,05, trong đó, khía cạnh làm việc nhóm trong khoa cao nhất; tương đương kết quả nghiên cứu của Bệnh viện Đa khoa khu vực Củ Chi và nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Bé Phương, nhưng thấp nhất ở lĩnh vực không trừng phạt lỗi.

- Tỷ lệ trả lời tích cực của các lĩnh vực: tỷ lệ trả lời tích cực trung bình ở cả 12 lĩnh vực Bệnh viện Quân dân y miền Đông là 39,92%; thấp hơn kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 (90%), Bệnh viện Đa khoa khu vực Củ Chi (88%) và các nghiên cứu tại Đài Loan (64%), Hoa Kỳ (61%) (bảng 5). Xét cụ thể từng lĩnh vực thấy, Bệnh viện Quân dân y miền Đông có 8 lĩnh vực có tỷ lệ trả lời tích cực (47-67%), cụ thể: nhận thức về ATNB (60,61%), tần suất báo cáo sự cố (54,06%), bàn giao chuyển bệnh (49,37%), cởi mở thông tin về

sai sót (47,06%), nhân lực (52,1%) và không trừng phạt lỗi khi có sai sót (47,34%), làm việc nhóm giữa các khoa (64,81%), thông tin phản hồi sai sót (67,23%). Tỷ lệ này thấp hơn hẳn so với các lĩnh vực còn lại (76-87%) trong nghiên cứu. Kết quả này cũng tương tự ở các nghiên cứu trong và ngoài nước, các lĩnh vực này có tỷ lệ trả lời tích cực thấp hơn các lĩnh vực còn lại.

- “Cởi mở thông tin về sai sót”: có tỷ lệ trả lời tích cực thấp nhất. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Củ Chi. Trong đó, có 11,34% nhân viên cảm thấy không bao giờ hoặc hiếm khi thoải mái nói về những vấn đề gây ảnh hưởng tới NB, chỉ có 45,8% nhân viên cảm thấy thoải mái khi góp ý với các quyết định của lãnh đạo bệnh viện và 23,11% ngại hỏi khi thấy những việc không đúng. Điều này có thể lý giải, do đất nước ta là một nước Á Đông, rất ngại thối mắc hoặc có ý kiến khi có sự việc không đúng xảy ra, họ không muốn tạo mâu thuẫn và luôn muốn sống đoàn kết, chan hòa với nhau. Do đó, việc cởi mở thông tin về các sai sót thường sẽ không được đánh giá một cách khách quan, luôn có khuynh hướng tuân thủ tuyệt đối theo lãnh đạo. Khi một nhân viên báo cáo sai sót của khoa, dường như họ sẽ bị xem là “người tố cáo”, điều này làm giảm sự cởi mở của nhân viên trong việc thông tin về các sai sót.

- “Không trừng phạt lỗi”: có tỷ lệ trả lời tích cực thấp thứ 2, không chỉ ở Bệnh viện Quân dân y miền Đông mà ở cả các nước rất phát triển, như Hoa Kỳ cũng như các nước có nền văn hóa Á châu tương tự Việt Nam (Đài Loan) và các nghiên cứu trong nước (bảng 5). Điều này có thể xuất phát từ việc chúng ta thường xử lý các sự cố theo xu hướng truyền thống được hình thành trong nền văn hóa buộc tội (culture of blame), trong đó, mọi nguy cơ tiềm ẩn xảy ra bên dưới sự cố luôn được đơn giản hóa và luôn nhìn vào cá nhân gây ra sai sót. Hành động “quy trách nhiệm” này là cách làm phổ biến để giải quyết vấn đề và được coi là một trong những cản trở lớn nhất dẫn đến sự lo sợ của nhân viên không dám báo cáo các sự cố vì nghĩ rằng họ sẽ bị thành kiến, thậm chí bị kỷ luật và có thể mất việc làm hiện tại. 58% nhân viên Bệnh viện Quân dân y miền Đông lo lắng các sai sót của họ (nếu có) sẽ bị ghi nhận vào hồ sơ, lý lịch cá nhân.

- “Bàn giao và chuyển bệnh” cũng là một trong lĩnh vực có tỷ lệ phản hồi tích cực khá thấp. Mặc dù, so với các nước khác có phần cao hơn, nhưng thấp hơn so với các nghiên cứu trong nước (bảng 5). 50,84% nhân viên trong Bệnh viện đồng ý rằng,

có nhiều vấn đề xảy ra trong quá trình trao đổi thông tin giữa các Khoa/Ban. Đây là một tín hiệu phải chú ý vì truyền đạt thông tin là điều quan trọng có thể gây ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe thậm chí là tính mạng của NB và cần có các biện pháp nhằm cải thiện.

- “Nhân lực”: với tỉ lệ phản hồi tích cực là 52,1%, đa số nhân viên Bệnh viện đều cảm thấy thiếu nhân lực là vấn đề quan trọng ảnh hưởng đến ATNB. Đây cũng là vấn đề phổ biến ở các nước Đài Loan, Iran, Bỉ và cả Hoa Kỳ. Điều này cho thấy, sự thiếu hụt nguồn nhân lực tại bệnh viện và sức ép về công việc của nhân viên y tế là một vấn đề đang rất cần được quan tâm và cải thiện để có thể hỗ trợ cho việc phát triển nền y tế nói chung. Hiện nay, chủ trương giao cho các Bệnh viện tự chủ tài chính thì vấn đề nhân lực đã, đang và sẽ làm cho các cấp lãnh đạo Bệnh viện hết sức linh hoạt nhằm sử dụng tối đa năng lực cán bộ nhân viên trong việc tuyển dụng và bố trí, sắp xếp, phân công, điều động, luân chuyển thực hiện nhiệm vụ.

- “Tần suất báo cáo sự cố”: là một khía cạnh quan trọng thể hiện ATNB tại Bệnh viện với tỉ lệ 54,06%; thấp hơn so với các nghiên cứu trong và ngoài nước (bảng 5). Các sự cố xảy ra và được báo cáo: 61% sự cố xảy ra nhưng may mắn không gây hại cho NB và 55,5% sự cố đã xảy ra và ngăn chặn trước khi gây hại cho NB, nhưng chỉ có 45,8% sự cố đã xảy ra mà không gây hại cho NB.

- “Nhận thức về ATNB”: là lĩnh vực có tỉ lệ phản hồi tích cực trung bình nhưng vẫn thấp hơn so với các nghiên cứu trong nước (67-75%) và các nghiên cứu ngoài nước (62-65%); cao hơn kết quả nghiên cứu tại Jordan (42%), Trung Quốc (55%). Có 20% nhân viên cho rằng, sai sót nghiêm trọng không xảy ra tại khoa là do may mắn. Điều này cho thấy, tại các khoa của Bệnh viện vẫn còn một số vấn đề về nhận thức ATNB cần được cải thiện và khắc phục nhằm góp phần nâng cao chất lượng ATNB.

- “Làm việc nhóm giữa các khoa”: tỉ lệ trả lời tích cực trung bình ở lĩnh vực này không cao (64,81%), mặc dù tỉ lệ “Làm việc nhóm trong khoa” khá cao (87,5%); gần tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước (Bảng 5). Điều này cho thấy, Bệnh viện còn mang tính cục bộ trong khoa, sự hợp tác bên ngoài chưa tốt. Có trên 25% nhân viên cảm thấy không thoải mái khi làm việc nhóm cùng khoa khác.

- “Thông tin phản hồi sai sót”: Báo cáo sự cố không làm giảm đi sự cố mà quan trọng hơn là các thông tin phản hồi sau sự cố đó nhằm nâng cao

ATNB. Với tỉ lệ phản hồi tích cực 67,23%; cao hơn kết quả nghiên cứu Bệnh viện Đa khoa khu vực Củ Chi (64,7%), Hoa Kỳ (64%), Đài Loan (59%), nhưng thấp hơn kết quả nghiên cứu Bệnh viện Nhi Đồng 1 (82%) và Bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh (73,44%) (bảng 5). Việc này cho thấy, cần nâng cao hệ thống thông tin phản hồi, cải tiến dựa trên các sự cố được báo cáo nhằm nâng cao ATNB.

4.2. Các yếu tố tác động đến điểm số ATNB:

Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan giữa điểm số ATNB với các lĩnh vực: làm việc nhóm trong khoa (LV1), lãnh đạo khuyến khích ATNB (LV2), học tập tổ chức - cải tiến liên tục (LV3), hỗ trợ của lãnh đạo Bệnh viện (LV4), nhận thức về ATNB (LV5), tần suất báo cáo sự cố (LV8), làm việc nhóm giữa các khoa (LV9), bàn giao và chuyển bệnh (LV11), tương quan với điểm số ATNB với các cấp, khác biệt với $p < 0,05$.

Sau khi xem xét mối tương quan giữa điểm số ATNB với các đặc tính nền chỉ có tần suất báo cáo sự cố và giới tính có mối tương quan. Kết quả này có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Bé Phương, không có sự tác động của đặc tính mẫu dân số lên điểm số văn hóa ATNB trung bình.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 238 NVYT làm việc trên 6 tháng tại các khoa lâm sàng và cận lâm sàng Bệnh viện Quân dân y miền Đông, năm 2019. Kết luận:

- Điểm số ATNB dao động từ 3,14-4,05, trong đó, khía cạnh làm việc nhóm trong khoa cao nhất ($4,05 \pm 0,63$) và thấp nhất ở lĩnh vực Không trừng phạt lỗi ($3,14 \pm 0,71$).

- Có 8 lĩnh vực có tỉ lệ trả lời tích cực từ 47-67% (từ LV5 đến LV12), thấp hơn hẳn so với các lĩnh vực còn lại (76-87%). Đây là các lĩnh vực cần phải tác động nhằm nâng cao ATNB.

Có mối liên quan giữa điểm số ATNB với các LV1, LV2, LV3, LV4, LV5, LV8, LV9, LV11, điểm số ATNB với các cấp, tần suất báo cáo sự cố và giới tính, khác biệt với $p < 0,05$.

Để nâng cao chất lượng ATNB, Bệnh viện cần có các biện pháp nhằm hạn chế các nguy cơ, xử lý các sai sót dựa trên nguyên nhân. Trong đó, văn hóa làm việc theo quy tắc trong bệnh viện là việc làm sống còn, kết hợp với tạo môi trường cởi mở và văn hóa không trừng phạt lỗi tại bệnh viện. Nâng cao sự ATNB và tuân thủ theo nguyên tắc đầu tiên trong thực hành y khoa không làm tổn hại người bệnh.

(Xem tiếp trang 156)

KHẢO SÁT SỰ CỐ Y KHOA KHÔNG MONG MUỐN CỦA ĐIỀU DƯỠNG BỆNH VIỆN QUÂN Y 120, NĂM 2017

ĐDCKI. HUỖNH SƠN KHƯƠNG, CNDD. PHẠM THỊ LỆ CHI

Bệnh viện Quân y 120

Phản biện khoa học: (1) BSCKII. TRẦN DUY HƯNG

(2) ThS. PHẠM ĐỨC MỤC

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiến cứu và hồi cứu mô tả cắt ngang, khảo sát sự cố y khoa không mong muốn trên 122 điều dưỡng tại các khoa lâm sàng, Bệnh viện Quân y 120, năm 2017. **Kết quả:** điều dưỡng nữ chiếm 63,9%, nam chiếm 36,1%. Điều dưỡng nghiên cứu có tuổi trung bình 29,7 tuổi, tuổi nghề trung bình 7 năm; làm việc ở khối nội khoa 50,8% và khối ngoại khoa 49,2%. Tỷ lệ sự cố y khoa không mong muốn chung được điều dưỡng ghi nhận là 26,7%. Sự cố y khoa không mong muốn liên quan đến thuốc chiếm 28,1% (11 tình huống), liên quan đến cận lâm sàng chiếm 21,2% (7 tình huống), liên quan đến rủi ro nghề nghiệp chiếm 17,6% (4 tình huống), sự cố y khoa không mong muốn khác chiếm 33,1% (17 tình huống). Có mối liên quan giữa sự cố y khoa không mong muốn do nhầm tên, do trùng tên, do đọc nhầm, bóc nhầm thuốc, do sao chép y lệnh sai, do phương tiện chưa sẵn sàng, do bỏ sót bệnh nhân giữa khối nội và khối ngoại, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có mối liên quan giữa sự cố y khoa không mong muốn do quên theo dõi bệnh nhân với giới tính của điều dưỡng, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Từ khóa: Sự cố y khoa không mong muốn, điều dưỡng.

ABSTRACT: Prospective and retrospective study, cross-sectional description, the survey of unwanted medical incidents in 122 nurses at the clinical departments, Military hospital 120, in 2017. **Result:** The female nurses accounted for 63.9%, male accounted for 36.1%. The average age of nurses was 29.7 years, the average job age was 7 years; working in the block of internal medicine (50.8%) and the block of surgical medicine (49.2%). The rate of general unwanted medical incidents recorded by nurses was 26.7%. The unwanted medical incidents related to drugs accounted for 28.1% (11 situations), related to subclinical characteristics accounted for 21.2% (7 situations), related to occupational risks accounted for 17.6% (4 situations), other unwanted medical incidents accounted for 33.1% (17 situations). There was a relationship between unwanted medical incidents due to the wrong name, the same name, a wrong reading, peeling the wrong medicine, a wrong copy of the medical order, due to the means not ready, omission of the patients between the block of internal medicine and surgical medicine, the difference was statistically significant with $p < 0.05$. There was a relationship between the unwanted medical incidents due to forgetting to follow-up the patient and the gender of the nurse, the difference was statistically significant with $p < 0.05$.

Keywords: Unwanted medical incidents, nursing.

Chịu trách nhiệm nội dung: ĐDCKI. Huỳnh Sơn Khương, SĐT: 0983037293.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Sự cố y khoa không mong muốn (SCYK.KMM) là sự cố đã xảy ra hoặc hầu như có thể xảy ra (suýt xảy ra) mà có thể phòng bằng các kiến thức y học hiện nay [3]. SCYK.KMM là vấn đề không mới trên thế giới, nó có tính phổ biến và xu hướng gia tăng. Theo PGS.TS Trương Văn Việt, "Rủi ro cho bệnh nhân (BN) dù không ai muốn nhưng nó vẫn có. Tìm ra những khâu, những quy trình, những điểm có khả năng xảy ra trong hoàn cảnh Việt Nam là điều cần thiết và rất khó". Sai sót, nhầm lẫn và sự cố thường để lại hậu quả ảnh hưởng tới kết quả điều trị, sức khỏe BN, sự phát triển, uy tín và tài chính của bệnh viện. Mặc dù không muốn, nhưng chúng ta không thể bảo đảm không sai sót

bởi những tình huống chủ quan, lẫn khách quan trong công tác chuyên môn hằng ngày. Tuy nhiên, chúng ta cũng có thể hạn chế được những sự cố khi tuân thủ các quy định, thiết lập hệ thống giám sát, phòng ngừa để làm giảm sự cố. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), ước tính, có khoảng 10 triệu BN trên thế giới bị tàn tật hoặc tử vong mỗi năm do tình trạng chăm sóc y tế không an toàn [3].

Bệnh viện Quân y 120, Quân khu 9 đã thực hiện nhiều quy trình kỹ thuật chăm sóc, điều trị BN. Song việc thường xuyên cập nhật, đổi mới hoàn thiện, đánh giá tính hiệu quả của từng quy trình kỹ thuật còn nhiều hạn chế. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm khảo sát SCYK.KMM tại Bệnh viện Quân y 120, năm 2017.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

122 điều dưỡng ĐD, y sĩ đang làm công tác ĐD (gọi chung là ĐD) tại các khoa lâm sàng, Bệnh viện Quân y 120, từ tháng 01-12/2017. ĐD đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, hồi cứu mô tả cắt ngang.

- Phương pháp thu thập số liệu: tổng hợp các loại SCYK.KMM trong công tác ĐD, chủ động phát hiện SCYK.KMM trong quá trình kiểm tra, giám sát; báo cáo tự nguyện.

- Đạo đức: đề tài được hội đồng đạo đức bệnh viện thông qua.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 17.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu:

- Giới tính: nam: 44 ĐD (36,1%); nữ: 78 ĐD (63,9%).

- Tuổi ĐD từ 22-51 tuổi, trung bình là 29,7 tuổi.

- Tuổi nghề: từ 1-25 năm, trung bình là 7 năm.

- Phân bố công việc theo khối:

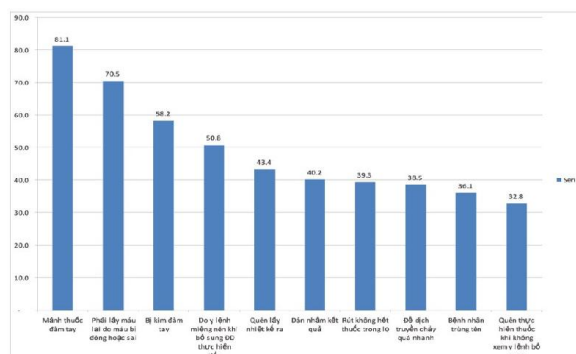
+ Khối nội: 62 ĐD (50,8%).

+ Khối ngoại: 60 ĐD (49,2%).

3.2. SCYK.KMM:

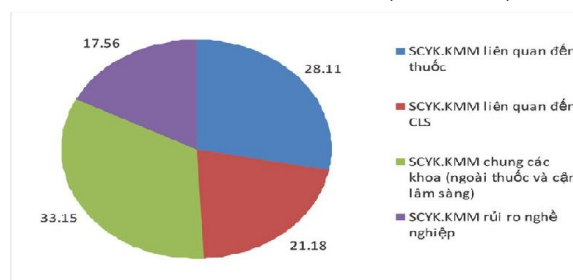
- Qua khảo sát 39 tình huống SCYK.KMM có thể xảy ra, thì tỉ lệ SCYK.KMM được ĐD ghi nhận là 1.270/4.758 SCYK.KMM (26,7%).

- Tổng hợp 10 SCYK hay gặp trong công việc của ĐD (n = 1.270):



Biểu đồ 1. Tổng hợp 10 SCYK hay gặp.

- Tỉ lệ các nhóm SCYK.KMM (n = 1.270):



Biểu đồ 2. Tỉ lệ các nhóm SCYK.KMM.

SCYK.KMM liên quan đến thuốc 357 ca (28,1%); SCYK.KMM liên quan đến cận lâm sàng 269 ca (21,2%), SCYK.KMM chung các khoa 421 ca (33,1%); SCYK.KMM rủi ro nghề nghiệp 223 ca (17,6%).

- Các tình huống gặp SCYK.KMM liên quan đến thuốc:

Bảng 1. SCYK.KMM liên quan đến thuốc (n = 357).

Nội dung		SCYK.KMM
Do sự nhầm lẫn khi thực hiện thuốc trên NB (36,1%).	BN trùng tên	44 (12,3%)
	Kêu nhầm tên	35 (9,8%)
	Đọc nhầm, bóc nhầm thuốc	20 (5,6%)
	Phát nhầm cử thuốc	20 (5,6%)
	Nhầm đường dùng	10 (2,8%)
Do ghi chép, xem hồ sơ bệnh án (41,2%).	Do y lệnh miệng nên khi bổ sung ĐD thực hiện tiếp	62 (17,4%)
	Quên thực hiện thuốc khi không xem y lệnh bổ sung	40 (11,2%)
	Do không đánh dấu (x) sau khi thực hiện	30 (8,4%)
	Sao chép y lệnh sai	15 (4,2%)
Do kĩ thuật thực hành (22,7%).	Rút không hết thuốc trong lọ	48 (13,4%)
	Đuổi khí không đúng làm thuốc phụt ra	33 (9,3%)

SCYK liên quan đến thuốc do nhầm lẫn BN chiếm 36,13%, do ghi chép, xem hồ sơ bệnh án chiếm 42,18%, do kĩ thuật thực hành chiếm 22,69%.

- Các tình huống gặp SCYK.KMM liên quan đến cận lâm sàng:

Bảng 2. Tỷ lệ % tình huống SCYK.KMM liên quan đến cận lâm sàng (n = 269).

Nội dung		SCYK.KMM
Do nhầm lẫn tên khi thực hiện cận lâm sàng (21,2%).	Nhầm tên BN	27 (10,0%)
	BN mới vào nằm trên giường đã có BN nhưng vắng mặt lúc đó	30 (11,2%)
Do ghi chép và xem hồ sơ bệnh án (32,7%).	Dán nhầm kết quả	49 (18,2%)
	Quên thực hiện do không xem y lệnh bổ sung	39 (14,5%)
Do kỹ thuật thực hành (46,1%).	Phải lấy máu lại do máu bị đông hoặc sai	86 (32,0%)
	Lấy nhầm chai máu	12 (4,4%)
	Phải lấy máu lại do quên ghi tên	26 (9,7%)

- Các tình huống gặp SCYK.KMM chung các khoa (n = 421):

- + Để dịch truyền chảy quá nhanh: 47 ca (11,2%).
- + Quên lấy nhiệt kế ra: 53 ca (12,6%).
- + Do giải thích không kỹ nên BN hiểu nhầm: 47 ca (11,2%).
- + Phát nhầm giấy ra viện: 14 ca (3,3%).
- + Phương tiện chưa sẵn sàng: 29 ca (6,9%).
- + BN kêu quên ra xem: 19 ca (4,5%).
- + Quên rút dịch khi hết: 31 ca (7,4%).
- + Quên theo dõi bệnh: 15 ca (3,6%).
- + Bỏ sót BN: 14 ca (3,3%).
- + Thông tiểu quên mang găng vô trùng: 13 ca (3,1%).
- + Vận hành máy chưa thành thạo: 48 ca (11,4%).
- + Ghi nhầm diễn biến: 10 ca (2,4%).
- + Ngủ quên không theo dõi bệnh: 10 ca (2,4%).
- + Quên ghi hồ sơ bệnh án: 28 ca (6,6%).
- + Quên báo bác sĩ: 14 ca (4,3%).
- + Nguy cơ để BN té ngã: 20 ca (4,7%).
- + Hướng dẫn chế độ ăn nhầm: 9 ca (2,1%).

- Một số tình huống SCYK.KMM về rủi ro nghề nghiệp (n = 223):

- + Bị kim đâm vào tay: 71 ca (31,8%).
- + Mảnh thuốc đâm tay: 99 ca (44,4%).
- + Máu bắn vào mặt, mắt: 38 ca (17,0%).
- + Lưỡi dao làm đứt tay: 15 ca (6,7%).

3.3. Mối liên quan SCYK.KMM với một số yếu tố:

- SCYK.KMM do nhầm lẫn khi thực hiện thuốc trên BN:

Dùng các phép kiểm định Chi Square Và Independent-Samples T Test, chúng tôi thấy, SCYK.KMM do sự nhầm lẫn khi thực hiện thuốc trên BN (BN trùng tên, kêu nhầm tên, đọc nhầm, bóc nhầm thuốc, phát nhầm cử thuốc, nhầm đường dùng) với một số yếu tố (tuổi đời, tuổi

nghề, giới tính, ĐD làm việc ở các khoa khối nội và các khoa ở khối ngoại) thấy, khác biệt không có ý nghĩa thống kê, ngoại trừ, SCYK.KMM do trùng tên, đọc nhầm, bóc nhầm thuốc khi so sánh ĐD khối nội với ĐD khối ngoại.

Bảng 3. So sánh số ca SCYK.KMM do trùng tên giữa ĐD làm việc khối nội và khối ngoại.

SCYK.KMM do trùng tên	Khối nội	Khối ngoại
Không có	31 (50,0%)	47 (78,3%)
Có	31 (50,0%)	13 (21,7%)
Tổng	62 (100%)	60 (100%)
p	0,001	

SCYK.KMM do trùng tên ở ĐD làm việc ở khối nội (50,0%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ở ĐD làm việc ở khối ngoại (21,7%), với p = 0,001.

- SCYK.KMM do đọc nhầm, bóc nhầm thuốc:

Bảng 4. So sánh số ca SCYK.KMM do đọc nhầm, bóc nhầm thuốc giữa ĐD làm việc ở khối nội và khối ngoại.

SCYK.KMM do đọc nhầm, bóc nhầm thuốc	Khối nội	Khối ngoại
Không có	47 (75,8%)	55 (91,7%)
Có	15 (24,2%)	5 (8,3%)
Tổng	62 (100%)	60 (100%)
p	0,018	

SCYK.KMM do trùng tên ở ĐD làm việc khối nội (24,2%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ở ĐD làm việc khối ngoại (8,3%), với p = 0,018.

- SCYK.KMM do ghi chép, xem hồ sơ bệnh án:

Dùng các phép kiểm định Chi Square Và Independent-Samples T Test, chúng tôi thấy SCYK.KMM do ghi chép, xem hồ sơ bệnh án (do y lệnh miệng nên khi bổ sung ĐD thực hiện tiếp, quên thực hiện khi không xem y lệnh bổ sung, do không đánh dấu (x) sau khi thực hiện, sao chép y lệnh sai) với một số yếu tố (tuổi đời, tuổi nghề, giới tính, ĐD làm việc ở các khoa khối nội và các

khoa ở khối ngoại) thấy, khác biệt không có ý nghĩa thống kê, ngoại trừ, SCYK.KMM do y lệnh miệng, nên khi bổ sung ĐD thực hiện tiếp giữa nam và nữ, sao chép y lệnh sai khi so sánh ĐD khối nội với ĐD khối ngoại.

Bảng 5. So sánh số ca SCYK.KMM do ghi chép, xem hồ sơ bệnh án giữa ĐD nam và ĐD nữ.

SCYK.KMM do ghi chép, xem hồ sơ bệnh án	Nam	Nữ
Không có	29 (65,9%)	31 (39,7%)
Có	15 (22,4%)	47 (60,3%)
Tổng	44 (100%)	78 (100%)
p	0,006	

SCYK.KMM do y lệnh miệng, nên khi bổ sung ĐD thực hiện tiếp ở ĐD nữ (60,3%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ĐD nam (22,4%), với $p = 0,006$.

Bảng 6. So sánh SCYK.KMM do sao chép y lệnh sai giữa ĐD khối nội và khối ngoại.

SCYK.KMM do sao chép y lệnh sai	Khối nội	Khối ngoại
Không có	50 (80,6%)	57 (95,0%)
Có	12 (19,4%)	3 (5,0%)
Tổng	62 (100%)	60 (100%)
p	0,016	

SCYK.KMM do sao chép y lệnh sai ở ĐD làm việc ở khối nội (19,4%) cao hơn có ý nghĩa so với ĐD làm việc ở khối ngoại (5,0%), với $p = 0,016$.

- SCYK.KMM do kỹ thuật thực hành: SCYK.KMM do kỹ thuật thực hành (rút không hết thuốc trong lọ, đuổi khí không đúng làm thuốc phụt ra) với một số yếu tố (tuổi đời, tuổi nghề, giới tính) giữa ĐD làm việc ở khối nội và ở khối ngoại khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

- SCYK.KMM liên quan đến cận lâm sàng: SCYK.KMM liên quan đến cận lâm sàng với một số yếu tố (tuổi đời, tuổi nghề, giới tính) giữa ĐD làm việc ở khối nội và ở khối ngoại khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

- SCYK.KMM chung các khoa:

Bảng 7. So sánh SCYK.KMM do quên theo dõi BN giữa nam và nữ.

SCYK.KMM do quên theo dõi BN	Nam	Nữ
Không có	35 (79,5%)	72 (92,3%)
Có	9 (20,5%)	6 (7,7%)
Tổng	44 (100%)	78 (100%)
p	< 0,039	

SCYK.KMM do quên theo dõi BN ở ĐD nam (20,5%) cao hơn có ý nghĩa so với ĐD nữ (7,7%), $p < 0,039$.

Bảng 8. So sánh SCYK.KMM do quên nhiệt kế giữa ĐD khối nội và khối ngoại.

SCYK.KMM do quên nhiệt kế	Khối nội	Khối ngoại
Không có	43 (69,4%)	26 (43,3%)
Có	19 (30,6%)	34 (56,7%)
Tổng	62 (100%)	60 (100%)
p	0,004	

SCYK.KMM do quên nhiệt kế ở ĐD làm việc khối ngoại (56,7%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ĐD làm việc ở khối nội (30,6%), với $p = 0,004$.

Bảng 9. So sánh SCYK.KMM do phương tiện chưa sẵn sàng giữa ĐD khối nội và khối ngoại.

SCYK.KMM do phương tiện chưa sẵn sàng	Khối nội	Khối ngoại
Không có	40 (64,5%)	53 (88,3%)
Có	22 (35,5%)	7 (11,7%)
Tổng	62 (100%)	60 (100%)
p	0,002	

SCYK.KMM do phương tiện chưa sẵn sàng ở ĐD làm việc ở khối nội (35,5%) cao hơn có ý nghĩa so với ĐD làm việc ở khối ngoại (11,7%), với $p = 0,002$.

Bảng 10. So sánh SCYK.KMM do quên theo dõi BN giữa ĐD khối nội và khối ngoại.

SCYK.KMM do quên theo dõi BN	Khối nội	Khối ngoại
Không có	49 (79%)	58 (96,7%)
Có	13 (21%)	2 (3,3%)
Tổng	62 (100%)	60 (100%)
p	0,003	

SCYK.KMM do quên theo dõi BN ở ĐD làm việc ở các khoa khối nội (21%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ở ĐD làm việc ở các khoa khối ngoại (3,3%) với $p = 0,003$.

Bảng 11. So sánh SCYK.KMM do bỏ sót BN giữa ĐD khối nội và khối ngoại.

SCYK.KMM do bỏ sót BN	Khối nội	Khối ngoại
Không có	50 (80,6%)	58 (96,7%)
Có	12 (19,4%)	2 (3,3%)
Tổng	62 (100%)	60 (100%)
p	0,006	

SCYK.KMM do bỏ sót BN ở ĐD làm việc ở khối nội (19,4%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ĐD làm việc ở khối ngoại (3,3%), với $p = 0,006$.

Bảng 12. So sánh SCYK.KMM do để BN té ngã giữa khối nội và khối ngoại.

SCYK.KMM do để BN té ngã	Khối nội	Khối ngoại
Không có	46 (74,2%)	56 (93,3%)
Có	16 (25,8%)	4 (6,7%)
Tổng cộng	62 (100%)	60 (100%)
P	0,004	

SCYK.KMM do để BN té ngã ở ĐD làm việc khối nội (25,8%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ĐD làm việc ở khối ngoại (6,7%), với $p = 0,004$.

Bảng 13. So sánh SCYK.KMM do hướng dẫn nhầm chế độ ăn giữa ĐD khối nội và khối ngoại.

SCYK.KMM do hướng dẫn nhầm chế độ ăn	Khối nội	Khối ngoại
Không có	54 (87,1%)	59 (98,3%)
Có	8 (12,9%)	1 (1,7%)
Tổng	62 (100%)	60 (100%)
p	0,033	

SCYK.KMM do hướng dẫn nhầm chế độ ăn ở ĐD làm việc ở khối nội (12,9%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ĐD làm việc ở khối ngoại (1,7%), với $p = 0,033$.

- SCYK.KMM về rủi ro nghề nghiệp:

Bảng 14. So sánh SCYK.KMM về lười dao làm đứt tay giữa ĐD khối nội và khối ngoại.

SCYK.KMM do lười dao làm đứt tay	Khối nội	Khối ngoại
Không có	59 (95,2%)	48 (80%)
Có	3 (7,6%)	12 (20%)
Tổng	62 (100%)	60 (100%)
p	0,011	

SCYK.KMM do lười dao làm đứt tay ở ĐD làm việc ở khối ngoại (20,0%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ở ĐD làm việc ở khối nội (7,6%), với $p = 0,011$.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu:

- Tuổi đối tượng nghiên cứu từ 22-51 tuổi, trung bình là 29,7 tuổi. ĐD nữ (63,9%) nhiều hơn ĐD

nam (36,1%). ĐD làm việc ở khối nội (50,8%) và khối ngoại (49,2%) tương đương nhau. Tuổi nghề của ĐD từ 1-25 năm, trung bình là 7 năm.

Qua các tình huống SCYK.KMM có thể xảy ra, thì tỉ lệ SCYK.KMM được ĐD ghi nhận là 1.270/4.758 chiếm tỉ lệ là 26,7%.

4.2. SCYK.KMM:

SCYK.KMM liên quan đến thuốc chiếm 28,1%; liên quan đến cận lâm sàng chiếm 21,2%; liên quan chung cho các khoa (ngoài thuốc và cận lâm sàng) chiếm 33,1%; liên quan đến rủi ro nghề nghiệp chiếm 17,6%.

- Trong 11 tình huống SCYK.KMM liên quan đến thuốc thấy, SCYK.KMM do nhầm lẫn thuốc vào cơ thể BN: 36,1%; do ghi chép, xem hồ sơ bệnh án: 41,2%; do kỹ thuật thực hành: 22,7%. Các tình huống được ghi nhận đều do chủ quan, thiếu kiểm tra, đối chiếu, BN trùng tên (34,3%), y lệnh miệng nên khi bổ sung ĐD thực hiện tiếp (17,4%); một số tình huống ít gặp nhưng cũng ảnh hưởng đến BN như: nhầm đường dùng là 2,8%; sao chép y lệnh sai là 4,2%.

- Trong 7 tình huống SCYK.KMM liên quan đến cận lâm sàng, SCYK.KMM do nhầm lẫn tên khi thực hiện cận lâm sàng: 21,2%; do ghi chép và xem hồ sơ bệnh án: 32,7%; do kỹ thuật thực hành lấy máu: 46,1%. Trong đó các SCYK.KMM hay gặp là phải lấy máu lại do máu bị đông và không ghi tên (41,7%), không thực hiện y lệnh bổ sung (14,5%), dán nhầm kết quả (18,2%). Đây là những tình huống mà ĐD có thể hoàn toàn kiểm soát được nếu thực hiện tốt 5 đúng, thận trọng hơn khi thực hiện quy trình kỹ thuật.

- Ngoài những nguy cơ trên, ghi nhận 17 tình huống gặp SCYK.KMM chung các khoa, như để dịch truyền chảy quá nhanh và giải thích không kĩ để BN hiểu nhầm (đều chiếm 11,2%); quên lấy nhiệt kế ra (12,6%); vận hành máy chưa thành thạo (11,4%). Các sự cố khác mặc dù xảy ra ở mức thấp nhưng cũng gây ảnh hưởng đến BN như: quên rút dịch khi hết; để BN té ngã... Nguyên nhân một phần là do có lúc BN đông, thiếu nhân lực, thiếu phương tiện, một số ĐD tính chịu khó chưa cao, do kiến thức, kinh nghiệm kĩ năng giải thích cho BN và thân nhân BN còn hạn chế.

- Trong 4 SCYK.KMM do rủi ro nghề nghiệp, SCYK.KMM do vật sắc nhọn, như mảnh thuốc đâm tay là 44,4%; bị kim đâm tay là 31,8%; máu

bắn vào mặt, mắt là 17,0%. Theo kết quả nghiên cứu của Bệnh viện đa khoa khu vực Cai Lậy trên 89 nhân viên y tế, có 65,4% rủi ro nghề nghiệp trong khi làm việc; kết quả nghiên cứu Bệnh viện Quân y 7B cho rằng, nguy cơ từ vật sắc nhọn chiếm 77,9%.

4.3. Các mối liên quan:

SCYK.KMM do trùng tên, do đọc nhầm, bóc nhầm thuốc, do sao chép y lệnh sai, do phương tiện chưa sẵn sàng, do bỏ sót BN, do để BN té ngã, do hướng dẫn nhầm chế độ ăn giữa khối nội và khối ngoại khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ở nghiên cứu này, ĐD làm việc ở các khoa khối nội có SCYK.KMM cao hơn khối ngoại, có thể do BN khối nội sử dụng rất nhiều loại thuốc, do không thực hiện đúng quy trình kỹ thuật, thiếu sự kiểm tra, đối chiếu, do nhiều bệnh kết hợp hoặc do chữ viết bác sĩ không rõ ràng, viết tắt nhưng ĐD không dám hỏi lại.

SCYK.KMM do quên nhiệt kế, lưỡi dao làm đứt tay giữa khối nội và khối ngoại khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ở nghiên cứu này, ĐD làm việc ở các khoa khối ngoại có SCYK.KMM cao hơn khối nội do khối ngoại ít sử dụng nhiệt kế nên khi sử dụng thường hay quên.

SCYK.KMM do y lệnh miệng nên khi bổ sung ĐD thực hiện tiếp giữa ĐD nam và ĐD nữ khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, ĐD nam ít gặp SCYK.KMM hơn ĐD nữ cho thấy tính cẩn thận, kiểm tra tốt hơn nữ.

SCYK.KMM do quên theo dõi BN giữa ĐD nam (20,5%) và ĐD nữ (7,7%) khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu khảo sát SCYK.KMM 122 điều dưỡng ĐD, y sĩ đang làm công tác ĐD tại các khoa lâm sàng, Bệnh viện Quân y 120, từ tháng 01-12/2017, kết luận:

- ĐD nữ (63,9%) nhiều hơn ĐD nam (36,1%). Tuổi trung bình của ĐD là 29,7 tuổi, tuổi nghề trung bình là 7 năm. ĐD làm việc ở khối nội (50,8%) và khối ngoại (49,2%) tương đương nhau.

- Tỷ lệ ĐD ghi nhận chung SCYK.KMM gặp trong công tác theo dõi, chăm sóc BN, thực hiện y lệnh, hướng dẫn, quy trình kỹ thuật, chủ quan trong quá trình làm kỹ thuật là 26,7%.

- SCYK.KMM liên quan đến thuốc chiếm 28,1%; liên quan đến cận lâm sàng chiếm 21,2%; liên quan

chung cho các khoa (ngoài thuốc và cận lâm sàng) chiếm 33,1%; liên quan đến rủi ro nghề nghiệp chiếm 17,6%.

- Có mối liên quan SCYK.KMM do nhầm tên, do trùng tên, do đọc nhầm, bóc nhầm thuốc, do sao chép y lệnh sai, do phương tiện chưa sẵn sàng, do bỏ sót BN giữa khối nội và khối ngoại, khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Có mối liên quan SCYK.KMM do quên theo dõi BN giữa ĐD nam và nữ, khác biệt có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Những điều cần biết về an toàn bệnh nhân (2007), *Câu lạc bộ giám đốc bệnh viện các tỉnh phía nam*.

2. Nguyễn Thị Cẩm Lệ (2007), *Quản lý an toàn bệnh nhân trong việc chăm sóc của ĐD tại Bệnh viện Nhi Đồng I*, Hội thi sáng tạo và nghiên cứu khoa học điều dưỡng Bệnh viện Nhi đồng I, tr. 1-4.

3. Nguyễn Thị Mỹ Linh (2001), “*Khảo sát sự cố y khoa không mong muốn của Điều dưỡng Bệnh viện đa khoa khu vực Cai Lậy 2008-2010*”.

4. Phạm Đức Mục (2008), *Hội thảo An toàn người bệnh trong công tác chăm sóc*, trang 1- 6.

5. Lương Văn Toàn (2017), *Sự cố y khoa không mong muốn và giải pháp hoàn thiện quy trình kỹ thuật của điều dưỡng Bệnh viện*.

6. Tôn Thanh Trà và CS (2016), “Đặc điểm các sự cố y khoa được báo cáo năm 2015 tại Bệnh viện Chợ Rẫy”, *Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam*, số 16, tr. 74-78.

7. Phạm Thành Nhơn (2015), *Khảo sát sự cố y khoa không mong muốn và một số nguy cơ xảy ra sự cố y khoa không mong muốn của Điều dưỡng tại Bệnh viện Quân Y 109*, Tài liệu Hội nghị khoa học Bệnh viện Quân y 109, tr. 3-9.

8. Elder N.C, Graham D, Brandt E et al (2007), “Barriers and motivators for making error reports from the family medicine offices: a report from the American Academy of Family Physicians National Research Network (AAFP NRN)”, *J Am Board Family, Med* 20, pp. 115-23.

9. *Centers for Disease Control and Prevention campaign to prevent antimicrobial resistance in healthcare settings*, Atlanta, GA, CDC, 2003. □

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC VÀ SỰ TUÂN THỦ VỆ SINH TAY CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 121, NĂM 2018

CNDD. DƯƠNG VĂN GHỈ VÀ CS

Bệnh viện Quân y 121

Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. KIỀU CHÍ THÀNH

(2) TS. NGUYỄN LAN ANH

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 1.864 cơ hội vệ sinh tay trong chăm sóc người bệnh, nhằm đánh giá kiến thức và sự tuân thủ các thời điểm vệ sinh tay của điều dưỡng tại các khoa lâm sàng, Bệnh viện Quân y 121, từ tháng 5/2018 đến tháng 9/2018. **Kết quả:** Kiến thức điều dưỡng về vệ sinh tay: có khái niệm đúng 88,4%; thời gian vệ sinh tay đúng 85,5%; là biện pháp quan trọng và đơn giản để phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện 97,1%. Sự tuân thủ của điều dưỡng với 5 thời điểm vệ sinh tay: thường xuyên vệ sinh tay trước khi tiếp xúc người bệnh là 64,5%; trước khi làm thủ thuật vô khuẩn là 89,9%; 100% điều dưỡng tuân thủ vệ sinh tay sau khi tiếp xúc máu và dịch tiết người bệnh; 61,6% điều dưỡng vệ sinh tay sau tiếp xúc người bệnh; 60,9% điều dưỡng vệ sinh tay sau tiếp xúc môi trường xung quanh người bệnh. Tuy nhiên, có một số điều dưỡng chưa tuân thủ các thời điểm vệ sinh tay trong quá trình chăm sóc người bệnh: trước và sau khi tiếp xúc người bệnh (5,8%-11,6%), tiếp xúc môi trường xung quanh người bệnh (15,9%). Tỷ lệ điều dưỡng tuân thủ vệ sinh tay trong chăm sóc người bệnh tại Khoa Hồi sức tích cực và chống độc là 91,7%; khối ngoại là 85,9%; khối nội là 68,6%.

Từ khóa: Vệ sinh tay, thời điểm vệ sinh tay, điều dưỡng.

ABSTRACT: A cross-sectional descriptive study of 1,864 hand hygiene opportunities in care for patients, to evaluate the knowledge and compliance with hand hygiene moments of nurses at the clinical departments, Military hospital 121, from May 2018 to September 2018. **Results:** The nursing knowledge about hand hygiene: having correct conception 88.4%; correct time for hand hygiene 85.5%; It was an important and simple measure to prevent hospital infections by 97.1%. The compliance of the nurses with 5 moments of hand hygiene: regular hand hygiene before contacting patients was 64.5%; before the sterilization procedures were 89.9%; 100% of nurses complied with hand hygiene after contact with the patient's blood and secretions; 61.6% of nurses complied with hand hygiene after contact with the patients; 60.9% of nurses complied with hand hygiene after contacting the patient's surroundings. However, some nurses who did not comply with hand hygiene during patient's care: before and after contact with the patient (5.8% -11.6%), contacting the environment around the patient (15.9%). The rate of nurses who complied with hand hygiene in care for the patient at the Department of intensive care and poison control was 91.7%; in the block of surgical medicine was 85.9%; in the block of internal medicine was 68.6%.

Keyword: Hand hygiene, time of hand hygiene, nursing.

Chịu trách nhiệm nội dung: CNDD. Dương Văn Ghi, SĐT: 0913707550.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Vệ sinh tay (VST) là biện pháp quan trọng và hữu hiệu nhất trong việc phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện, vì đôi bàn tay là phương tiện trung gian làm lan truyền các tác nhân gây nhiễm khuẩn. Kết quả nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra, VST đôi khi vẫn chưa được thực hiện đúng cách, nguyên nhân chủ yếu do không đủ thời gian hoặc không đủ phương tiện cho việc VST. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), VST được coi là liệu vắc xin tự chế, rất đơn giản, dễ thực hiện, hiệu quả về chi phí, đã cứu sống hàng triệu người bệnh. Những năm gần đây, Bộ Y tế đã phát động phong trào VST ở tất cả bệnh viện và cộng đồng.

Theo nhiều báo cáo của các chuyên gia kiểm soát nhiễm khuẩn trong và ngoài nước, VST sạch đã làm giảm tới 35% khả năng lây truyền vi khuẩn gây bệnh và có thể góp phần phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện. Theo điều tra của Hoa Kỳ (1998-2001), khoảng 10% người bệnh nhập viện mắc phải nhiễm khuẩn bệnh viện. Hằng năm, có khoảng 37 nghìn người tử vong có liên quan nhiễm khuẩn bệnh viện; chi phí hằng năm cho nhiễm khuẩn bệnh viện tới 7 tỉ Euro [3]. Và theo số liệu điều tra của WHO, tại 47 bệnh viện của 14 nước đại diện cho các khu vực khác nhau, tỉ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện là 8,7%. Vì vậy, VST của nhân viên y tế là một trong những giải pháp hàng đầu được WHO khuyến cáo nhằm tăng cường kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh

viện và phòng ngừa các bệnh lây truyền cho người bệnh và nhân viên y tế.

Hàng năm, Bệnh viện Quân y 121 thu dung, điều trị cho hàng nghìn lượt bệnh nhân, nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá vai trò VST của NVYT. Chúng tôi triển khai nghiên cứu này nhằm đánh giá kiến thức và sự tuân thủ các thời điểm VST của điều dưỡng (ĐD) tại Bệnh viện Quân y 121.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

138 ĐD trực tiếp tham gia làm kỹ thuật và chăm sóc NB các khoa lâm sàng Bệnh viện Quân y 121, từ tháng 5/2018 đến tháng 9/2018.

Loại trừ ĐD có thời gian làm việc dưới 6 tháng; ĐD không tham gia chăm sóc NB hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Cách chọn mẫu: thuận tiện.
- Phương pháp tiến hành: đánh giá kiến thức VST của ĐD bằng phiếu nghiên cứu (trả lời câu hỏi trong phiếu) được thiết kế sẵn theo mẫu của Bộ Y tế. Quan sát ngẫu nhiên ĐD trực tiếp làm kỹ thuật và chăm sóc NB tại các khoa lâm sàng (theo 5 thời điểm VST - Bộ Y tế), với 1.864 cơ hội VST.
- Đạo đức trong nghiên cứu: đề tài đã được hội đồng đạo đức bệnh viện thông qua. Tất cả người bệnh đều được giải thích rõ ý nghĩa của nghiên cứu và đồng ý tham gia. Các thông tin của người bệnh được bảo mật và chỉ sử dụng cho nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 16.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu:

- Giới tính:
 - + Nữ 96 ĐD (69,6%).
 - + Nam: 42 ĐD (30,4%).
- Trình độ học vấn:

- + Trung cấp: 95 ĐD (68,8%).
- + Cao đẳng: 43 ĐD (31,2%).
- Thâm niên công tác:
 - + Dưới 5 năm: 36 ĐD (26,1%).
 - + Từ 5-9 năm: 48 ĐD (34,8%).
 - + Trên 10 năm: 54 ĐD (39,1%).
- Vị trí làm việc theo khối:
 - + Khối ngoại: 62 ĐD (45,0%).
 - + Khối nội: 56 ĐD (40,5%).
 - + Khoa Hồi sức tích cực và chống độc: 20 ĐD (14,5%).

ĐD nữ (69,6%) nhiều hơn ĐD nam (30,4%). Đa số ĐD có trình độ trung cấp (68,8%), thâm niên công tác trên 10 năm (39,1%). 45,0% ĐD làm việc khối ngoại, 40,5% ĐD làm việc khối nội và 14,5% ĐD làm việc Khoa Hồi sức tích cực và chống độc.

3.2. Kiến thức của ĐD về VST:

- Khái niệm VST:
 - + Trả lời đúng: 122 (88,4%).
 - + Trả lời sai: 16 (11,6%).
- Biện pháp quan trọng và đơn giản nhất để phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện:
 - + Trả lời đúng: 134 (97,1%).
 - + Trả lời sai: 4 (2,9%).
- Thời gian VST:
 - + Trả lời đúng: 118 (85,5%).
 - + Trả lời sai: 20 (14,5%).

Đa số ĐD có kiến thức đúng về khái niệm VST (88,4%), thời gian VST (85,5%), biện pháp quan trọng và đơn giản nhất để phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện (97,1%). Tuy nhiên, vẫn còn ĐD không hiểu tầm quan trọng VST (2,9%), thời gian VST (14,5%). Kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Dương Duy Quang (khái niệm VST: 29%) [4].

3.3. Sự tuân thủ của ĐD với 5 thời điểm cần VST:

Bảng 1. Sự tuân thủ của ĐD với 5 thời điểm VST (n = 138).

Thời điểm	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Không bao giờ
Trước khi tiếp xúc người bệnh	89 (64,5%)	41 (29,7%)	08 (5,8%)
Trước khi làm thủ thuật vô khuẩn	124 (89,9%)	14 (10,1%)	0
Sau khi tiếp xúc người bệnh	85 (61,6%)	37 (26,8%)	16 (11,6%)
Sau khi tiếp xúc máu và dịch tiết của người bệnh	138 (100%)	0	0
Sau khi tiếp xúc các vật dụng xung quanh NB	84 (60,9%)	32 (23,2%)	22 (15,9%)

Đa số ĐD có kiến thức đúng với 5 thời điểm VST trong chăm sóc người bệnh. Tuy nhiên, 5,8-29,7% ĐD trước khi tiếp xúc người bệnh không VST, 15,9-23,2% ĐD sau khi tiếp xúc các vật dụng xung quanh NB không VST. Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Dương Duy Quang (1,8%) [4].

3.4. Các yếu tố liên quan đến tỉ lệ tuân thủ VST của ĐD:

Quan sát 1.864 cơ hội VST của ĐD, chúng tôi thấy:

- Tỉ lệ VST của ĐD theo trình độ chuyên môn:
 - + Cao đẳng (n = 628): có VST: 526 (83,8%); không VST: 102 (16,2%).
 - + Trung cấp (n = 1.236): có VST: 1.022 (82,7%); không VST: 214 (17,3%).

ĐD cao đẳng, trung cấp đều tuân thủ tốt VST trước, sau khi chăm sóc người bệnh, làm thủ thuật vô khuẩn, tiếp xúc máu hoặc dịch tiết từ người bệnh (> 80%); cao hơn kết quả nghiên cứu của Dương Duy Quang (50,49%) [4]. Tuy nhiên, vẫn có lúc ĐD không VST khi chăm sóc NB.

- Tỉ lệ tuân thủ VST của ĐD theo thâm niên công tác:

- + Dưới 5 năm (n = 516): có VST: 448 (86,8%); không VST: 68 (13,2%).
- + Từ 5-9 năm (n = 816): có VST: 722 (88,5%); không VST: 94 (11,5%).
- + Trên 10 năm (n = 514): có VST: 360 (70,0%); không VST: 154 (30,0%).

ĐD có thâm niên công tác từ 10 năm trở xuống tuân thủ VST rất tốt (đều trên 85%), ĐD có thâm niên công tác trên 10 năm sự tuân thủ VST đôi lúc chưa tốt (70,0%). Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Dương Duy Quang và Trần Thị Thu Trang [4, 5].

- Tỉ lệ tuân thủ VST của ĐD theo khối:
 - + Hồi sức tích cực và chống độc (n = 624): có VST: 572 (91,7%); không VST: 52 (8,3%).
 - + Khối nội (n = 512): có VST: 351 (68,6%); không VST: 161 (31,4%).
 - + Khối ngoại (n = 728): có VST: 625 (85,9%); không VST: 103 (14,1%).

Hầu hết ĐD Khoa Hồi sức tích cực và chống độc tuân thủ rất tốt về VST (91,7%); ĐD khối ngoại tuân thủ VST 625 (85,9%) tốt hơn khối nội 351 (68,6%).

4. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu đánh giá kiến thức và sự tuân thủ các thời điểm VST của 138 ĐD với 1.864 cơ hội VST trong chăm sóc người bệnh tại các khoa lâm sàng, Bệnh viện Quân y 121, từ tháng 5/2018 đến tháng 9/2018, kết luận:

- Kiến thức ĐD về VST: ĐD có khái niệm đúng về VST (88,4%), thời gian VST (85,5%) và tầm quan trọng của VST (97,1%). Vẫn còn 11,6% ĐD trả lời sai khái niệm VST và thời gian VST (14,5%).

- Sự tuân thủ VST của ĐD tại 5 thời điểm VST: VST trước khi tiếp xúc người bệnh: 64,5%; trước khi làm thủ thuật vô khuẩn: 89,9%; VST sau khi tiếp xúc máu và dịch tiết người bệnh: 100%; VST sau tiếp xúc người bệnh: 61,6%; VST sau tiếp xúc môi trường xung quanh người bệnh: 60,9%.

- ĐD có trình độ cao đẳng và trung cấp đều tuân thủ tốt VST trong chăm sóc NB (đều > 80%).

- ĐD có thâm niên công tác từ 10 năm trở xuống tuân thủ VST tốt (87,6%) hơn so với ĐD có thâm niên công tác trên 10 năm (70,0%).

- 91,7% ĐD làm việc Khoa Hồi sức tích cực và chống độc tuân thủ VST, 85,9% ĐD làm việc khối Ngoại và 68,6% ĐD làm việc khối Nội tuân thủ VST.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Việt Hùng, Lê Thị Thanh Thủy (2008), “Thực trạng phương tiện vệ sinh bàn tay, nhận thức và thực hành VST của nhân viên y tế tại một số bệnh viện khu vực phía Bắc năm 2005”, *Tạp chí Y học lâm sàng*, số chuyên đề 6/2008, tr. 136-141.
2. Nguyễn Việt Hùng (2010), *Vệ sinh tay trong phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện*, Nhà xuất bản Y Học Hà Nội, tr. 58-65.
3. Cục Quân y (2016), *Hướng dẫn thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện*, Nhà xuất bản Quân đội, Hà Nội, tr. 111-114.
4. Dương Duy Quang và cộng sự (2015), *Kiến thức, thái độ và hành vi về vệ sinh tay thường quy của nhân viên y tế tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Đa khoa khu vực Định Quán*.
5. Trần Thị Thu Trang và cộng sự (2017), *Đánh giá hiệu quả can thiệp về vệ sinh tay cho nhân viên y tế tại Bệnh viện Tai mũi họng thành phố Hồ Chí Minh*. □

NGHIÊN CỨU TÍNH TỰ CHỦ CHUYÊN NGHIỆP TRONG THỰC HÀNH ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 211, NĂM 2020

CNDD. NGUYỄN THỊ KIM OANH, CNDD. NGUYỄN THỊ CHANH

Bệnh viện Quân y 211

Phản biện khoa học: (1) ThS. PHẠM ĐỨC MỤC

(2) ThS. PHẠM THU HÀ

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả tương quan và cắt ngang tính tự chủ chuyên nghiệp trong thực hành điều dưỡng tại bệnh viện Quân y 211, từ tháng 4-8/2020. **Kết quả:** Điểm trung bình của tự chủ trong thực hành điều dưỡng là $3,95 \pm 0,39$ (đạt mức độ tự chủ cao). Sự hợp tác giữa điều dưỡng và bác sĩ (CASCD) được thể hiện ở mức độ cao với tổng điểm trung bình là $5,81 \pm 0,77$, tương quan thuận với tự chủ ($r = 0,188$, $p < 0,05$). Môi trường thực hành điều dưỡng (B-PEM) ở mức vừa ($3,5 \pm 0,37$), có ý nghĩa với tự chủ chuyên nghiệp ($p < 0,05$) và tương quan thuận ($r = 0,3$). Các yếu tố liên quan đến tự chủ chuyên nghiệp là tuổi, môi trường làm việc, nhiều năm làm điều dưỡng thực hành và làm công việc hiện tại, vị trí công việc, hợp tác điều dưỡng - bác sĩ, môi trường thực hành điều dưỡng. Sự hợp tác giữa điều dưỡng và bác sĩ ở mức độ cao và liên quan đến tự chủ chuyên nghiệp điều dưỡng. Môi trường thực hành điều dưỡng ở mức độ vừa và có liên quan đến tự chủ chuyên nghiệp điều dưỡng.

Từ khóa: Tự chủ chuyên nghiệp, môi trường thực hành điều dưỡng, hợp tác giữa điều dưỡng và bác sĩ, Bệnh viện Quân y 211.

ABSTRACT: Cross-sectional descriptive and correlating study of professional autonomy in nursing practice at the Military hospital 211, from April to August 2020. **Results:** The mean score of autonomy in nursing practice was 3.95 ± 0.39 (high degree of autonomy). The cooperation between nurses and medical doctors (CASCD) was shown to a high degree with a mean score of 5.81 ± 0.77 , positively correlated with autonomy ($r = 0.188$, $p < 0.05$). The Nursing practice environment measure (B-PEM) was moderate (3.5 ± 0.37), significant with professional autonomy ($p < 0.05$), and positively correlated ($r = 0.3$). The factors related to professional autonomy were age, work environment, many years of working as a practical nurse and current job, job position, nurse-doctor cooperation, nursing practice environment. Cooperation between nurses and medical doctors at a high degree and related to professional autonomy in nursing practice.

Keywords: Professional autonomy, nursing practice environment, cooperation between nurses and doctors, Military Hospital 211.

Chịu trách nhiệm nội dung: CNDD. Nguyễn Thị Kim Oanh, SĐT: 0986909087.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Tự chủ chuyên nghiệp là một khía cạnh thiết yếu của môi trường làm việc tích cực, góp phần nâng cao kết quả trên bệnh nhân, điều dưỡng (ĐD) và tổ chức. ĐD có tự chủ chuyên nghiệp cao hơn liên quan đến tỉ lệ tử vong thấp, hồi sức thành công cao hơn, ra quyết định hành động cao, ý thức, trách nhiệm và quyết tâm cao, năng suất cao, sự hữu ích và chất lượng liên quan đến khả năng tự chủ trong thực hành [7]. Nó góp phần tăng sự hài lòng cho ĐD và bệnh nhân, bảo đảm chăm sóc bệnh nhân cao hơn, giảm chi phí chăm sóc, nguồn nhân lực ổn định trong ngành ĐD và đạo đức điều dưỡng [9]. Ngược lại, các ĐD có điểm tự chủ thấp liên quan đến chất lượng chăm sóc, sự hài lòng của bệnh nhân [5]. Sự tự chủ mạnh được dự đoán là sự hài lòng trong công việc của các ĐD, điều đó mang lại

kết quả tích cực và ảnh hưởng đến việc giữ chân các ĐD. Thiếu tự chủ và tăng khối lượng công việc có mối tương quan tiêu cực với hoạt động thực hành ĐD chăm sóc cấp tính.

Hiện nay, tại Việt Nam, ĐD đã được xem là một nghề độc lập. Theo Hội Điều dưỡng Việt Nam, tính chuyên nghiệp và đạo đức nghề nghiệp là nền tảng của nghề ĐD. Tuy nhiên, tính chuyên nghiệp của ĐD viên được đánh giá là chưa cao. ĐD viên còn tự ti, thiếu tính tự chủ trong công việc; chưa thực sự hiểu về tính chuyên nghiệp và làm việc chuyên môn; thiếu chỉ quan tâm tới các kĩ thuật chuyên môn; thiếu kĩ năng mềm; làm việc nhóm và giao tiếp với người bệnh chưa hiệu quả. Ngoài ra, nhận định về vai trò cũng như tính chuyên nghiệp của ĐD cũng chưa được quan tâm đúng mức, chưa có nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đánh giá về

chuyên môn, ý đức và tính chuyên nghiệp của ĐD Việt Nam.

Xuất phát từ vấn đề trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá mức độ tự chủ chuyên nghiệp của ĐD viên; tìm hiểu các yếu tố liên quan đến tự chủ chuyên nghiệp của đội ngũ ĐD tại Bệnh viện Quân y 211 năm 2020.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

120 ĐD có thời gian làm việc trên 1 năm, đang công tác tại các khoa nội trú, Bệnh viện Quân y 211, từ tháng 4-8/2020. ĐD đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả tương quan và cắt ngang.

- Công cụ nghiên cứu: điều tra tiến hành dựa trên bảng câu hỏi gồm 4 phần:

+ Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: gồm 4 yếu tố chính là đặc điểm cá nhân, học vấn, chuyên môn và công việc liên quan; bao gồm 13 mục: giới tính, trình độ học vấn, vị trí công tác, bộ phận/khu vực làm việc cụ thể, thu nhập hằng tháng, kinh nghiệm làm việc (số năm làm điều dưỡng, số năm làm công việc hiện tại), hình thức làm ca, số ca trực trong tuần, tỉ lệ điều dưỡng và bệnh nhân, đào tạo liên tục.

+ Tự chủ chuyên nghiệp - DPBS: áp dụng bảng DPBS (Dempster Practice Behaviors Scale - thước đo ứng xử thực hành của Dempster, 1990), đánh giá sự tự chủ trong thực hành của các ĐD, gồm 30 tiểu mục, nhóm thành 4 mục: sẵn sàng, trao quyền, hiện thực hóa, và đánh giá [6]. Lượng giá trong bảng DPBS sử dụng thang đo Likert với 5 mức cho mỗi mục gồm: 1 = không đúng hoàn toàn, 2 = đúng một phần, 3 = đúng vừa, 4 = rất đúng, 5 = đúng hoàn toàn.

Mức độ tự chủ chuyên nghiệp dựa trên điểm trung bình DPBS như sau: mức độ thấp: 1,0-2,33 điểm; mức độ vừa: 2,34-3,67 điểm; mức độ cao: 3,68-5,0 điểm.

+ Hợp tác giữa ĐD và bác sĩ - CASCD: áp dụng thang đo "Hợp tác và hài lòng về quyết định chăm sóc - CSACD (Collaboration and Satisfaction About Care Decisions) của Baggs Judith Gedney [3]". Có nhiều phiên bản với số lượng hạng mục khác nhau từ 7-30 hạng mục. Nghiên cứu này áp dụng thang gồm 10 mục hỏi và lượng giá qua thang đo Likert 7 điểm.

Điểm Likert trung bình được phân độ gồm 3 mức: mức độ thấp: 1,00-3,00 điểm; mức độ vừa: 3,01-5,00 điểm; mức độ cao: 5,01-7,00 điểm.

+ Môi trường thực hành ĐD - B-PEM (Brisbane Practice Environment Measure): sử dụng bộ công cụ B-PEM của Anndrea Flint [2]. Phân độ B-PEM

theo 3 mức gồm: mức độ thấp: 1,00-3,00; mức độ vừa: 3,01-5,00; mức độ cao: 5,01-7,00.

- Đạo đức nghiên cứu: được thông qua hội đồng đạo đức bệnh viện.

- Xử lý số liệu: bằng các thuật toán thống kê y học trên phần mềm SPSS.20. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm chung của ĐD viên:

- Tuổi đời ($n = 120$):

+ Dưới 30 tuổi: 28 ĐD (23,3%).

+ Từ 30-40 tuổi: 67 ĐD (55,8%).

+ Trên 40 tuổi: 25 ĐD (20,9%).

- Giới tính: nam: 54 ĐD (45,0%); nữ: 66 ĐD (55,0%).

- Trình độ học vấn ($n = 120$):

+ Cử nhân ĐD: 32 ĐD (26,7%).

+ Cao đẳng: 34 ĐD (28,3%).

+ Trung cấp: 54 ĐD (45,0%).

- Thu nhập: 40,8% ĐD có thu nhập trung bình của từ 7-10 triệu đồng.

- 50,9% ĐD có kinh nghiệm làm việc trên 10 năm.

- 90,0% công việc của ĐD làm cả ca ngày và ca đêm. 61,7% ĐD làm 2 ca đêm mỗi tuần.

- 45,0% ĐD thực hiện chăm sóc trung bình từ 5-8 bệnh nhân mỗi ngày.

- 100% ĐD dưỡng tham gia đào tạo liên tục trong suốt cả năm.

3.2. Mức độ tự chủ chuyên nghiệp và mức độ hợp tác giữa bác sĩ - ĐD:

Bảng 1. Mức độ tự chủ chuyên nghiệp của ĐD.

Yếu tố tự chủ	$\bar{x} \pm SD$	Phân độ
Sẵn sàng	3,91 $\pm$ 0,36	Cao
Trao quyền	3,88 $\pm$ 0,35	Cao
Hiện thực hóa	4,07 $\pm$ 0,94	Cao
Đánh giá	3,91 $\pm$ 0,4	Cao
Trung bình DPBS	3,95 $\pm$ 0,39	Cao
Tổng (DPBS)	118,65 $\pm$ 11,83	Cao

Tự chủ trong thực hành ĐD tại Bệnh viện Quân y 211 đạt mức độ cao.

Bảng 2. Mức độ sẵn sàng về mặt tự chủ của ĐD.

Mức độ	Số mục	Tỉ lệ %
Cao	9	81,8
Vừa	2	18,2
Thấp	0	0
Tổng	11	100

Mức độ sẵn sàng về mặt tự chủ của ĐD viên có 9 mục (81,8%) ở mức độ cao và 2 mục (18,2%) ở mức độ vừa.

Bảng 3: Mức độ trao quyền tự chủ của ĐD.

Mức độ	Số mục	Tỉ lệ %
Cao	5	71,4
Vừa	2	28,6
Thấp	0	0
Tổng	7	100

Với các mục điều tra, có 5 mục (71,4%) ở mức độ cao và 2 mục (28,6%) ở mức độ vừa.

- Mức độ đánh giá tự chủ của ĐD: 3/3 mục (100%) ở mức độ cao.

Bảng 4. Mức độ hợp tác giữa ĐD và bác sĩ.

Mức độ	Số mục	Tỉ lệ %	r	p
Cao	9	90,0	0,19	< 0,05
Vừa	1	10,0		
Thấp	0	0		
Tổng	10	100		

Sự hợp tác giữa ĐD và bác sĩ qua bảng hỏi

Bảng 6: Tương quan của tự chủ và môi trường thực hành ĐD.

Các nội dung	Môi trường thực hành B-PEM		Tự chủ chuyên nghiệp (DPBS)	
	$\bar{x} \pm SD$	Mức độ	r	p
Phát triển chuyên môn	3,96 $\pm$ 0,50	Cao	0,386	< 0,001
Hỗ trợ từ quản lí	3,95 $\pm$ 0,34	Cao	0,312	0,001
Áp lực trong công việc	2,77 $\pm$ 0,77	Vừa	0,023	0,8
Khối lượng công việc	3,63 $\pm$ 0,41	Vừa	0,245	0,007
Bố trí công việc	3,22 $\pm$ 0,78	Vừa	0,171	0,062
Tổng	3,5 $\pm$ 0,37	Vừa	0,3	0,001

Kết quả thấy, điểm số của môi trường thực hành ĐD (B-PEM) ở mức vừa (3,5 $\pm$ 0,37) và có ý nghĩa với tự chủ chuyên nghiệp (p = 0,001), với tương quan thuận (r = 0,3). Có 2 lĩnh vực Hỗ trợ từ quản lí (3,95 $\pm$ 0,34) và phát triển chuyên môn (3,96 $\pm$ 0,50) là ở mức cao và 3 lĩnh vực khác ở mức vừa. Phát triển chuyên môn; hỗ trợ từ quản lí và khối lượng công việc có mối tương quan thuận với tự chủ chuyên nghiệp, với p < 0,05.

Bảng 7. Môi trường thực hành ĐD.

Nội dung	Điểm trung bình	Mức độ		
		Cao	Vừa	Thấp
Phát triển chuyên môn	3,96 $\pm$ 0,5	8 (88,8%)	1 (11,2%)	0
Hỗ trợ từ quản lí	3,95 $\pm$ 0,34	7 (87,5%)	1 (12,5%)	0
Áp lực trong công việc	2,77 $\pm$ 0,77	1 (25,0%)	0	3 (75,0%)
Khối lượng công việc	3,63 $\pm$ 0,41	2 (66,6%)	1 (33,4%)	0
Bố trí công việc	3,95 $\pm$ 0,78	3 (75,0%)	1 (25,0%)	0

Lĩnh vực phát triển chuyên môn có 8 mục (88,8%) ở mức cao và 1 mục (11,2%) ở mức vừa; lĩnh vực Hỗ trợ quản lí có 7 mục (87,5%) ở mức cao và 1 mục (12,5%) ở mức vừa; lĩnh vực bố trí công việc có 3 mục (75%) ở mức cao và 1 mục (25%) ở mức vừa; khối lượng công việc có 2 mục (66,6%) ở mức cao và 1 mục (33,4%) ở mức vừa. Đáng chú ý, trong lĩnh vực áp lực trong công việc, có tới 3 mục (75,0%) đạt

CASCD thấy, 9 mục (90,0%) ở mức độ cao và 1 mục (10,0%) ở mức độ vừa; tương quan thuận với tự chủ (r = 0,19; p < 0,05).

3.3. Mối liên quan giữa yếu tố cá nhân và môi trường thực hành ĐD với tự chủ của ĐD:

- Mối liên quan giữa các yếu tố cá nhân với tự chủ của ĐD (DPBS):

+ Thứ nhất: liên quan giữa hệ thống thực hành với tự chủ là có ý nghĩa (p = 0,001).

+ Thứ hai: kinh nghiệm làm việc có mối liên quan với tự chủ, được thể hiện những năm ĐD làm thực hành và nhiều năm làm công việc hiện tại (p < 0,05).

+ Thứ ba: có mối liên quan giữa đặc điểm tuổi cá nhân của ĐD với tự chủ chuyên nghiệp (p < 0,05). Điều dưỡng từ 30-40 tuổi tự chủ chuyên nghiệp cao hơn các ĐD trẻ và các ĐD > 40 tuổi.

+ Thứ tư: sự khác biệt về tự chủ chuyên nghiệp giữa ĐD trưởng và ĐD nhân viên có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

- Mối liên quan giữa môi trường thực hành ĐD với tự chủ của ĐD (DPBS):

mức thấp, và chỉ có 1 mục (25,0%) đạt mức cao.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm chung:

Qua điều tra thấy, ĐD viên trong độ tuổi từ 30-40 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (55,8%). Đa số các ĐD có trình độ trung cấp (45,0%); phù hợp với thực tế bệnh viện và xã hội. Những năm trước, ĐD cao đẳng và trung cấp là hình thức chính của đào tạo ĐD.

ĐD nữ (55,0%) nhiều hơn ĐD nam (45,0%); phù hợp với đặc điểm nghề nghiệp xã hội. Thu nhập trung bình của mỗi điều dưỡng từ 7-10 triệu đồng (40,8%), đây là mức thu nhập thấp so với các khu vực khác.

50,9% ĐD có kinh nghiệm làm việc > 10 năm. Bệnh viện Quân y 211 có quá trình phát triển và xây dựng hơn 30 năm nên nhóm tuổi nhân viên phù hợp với thời kì phát triển của bệnh viện.

90% công việc của ĐD là làm ca ngày và đêm. Hầu hết trong số họ làm 2 ca đêm mỗi tuần (61,7%). Có thể nói rằng, khi làm việc theo ca, ĐD viên thường theo một nhóm việc làm nhất định, bao gồm bác sĩ, ĐD, ĐD phụ việc và chia công việc thành các hạng mục, vì thế, ĐD viên phải thành thạo để giải quyết vấn đề một cách độc lập mà họ phải đối mặt (nhiều tình huống xảy ra ở cả bệnh nhân và thủ tục hành chính). Nếu chỉ làm ca ngày, công việc có vẻ đơn giản hơn, có thể nhận được sự hỗ trợ của những người khác, như ĐD trưởng, ĐD không cùng ca. Số bệnh nhân trung bình mỗi ngày cần được ĐD chăm sóc từ 5-8 bệnh nhân (45,0%), số lượng này ở mức vừa phải. Việc chăm sóc quá nhiều bệnh nhân có thể dẫn đến quá tải công việc liên quan đến điểm tự chủ thấp. Tất cả các ĐD đều được tham gia đào tạo liên tục trong suốt cả năm, điều này cho thấy, bệnh viện rất quan tâm đến vấn đề đào tạo cho đội ngũ ĐD bệnh viện.

4.2. Mức độ tự chủ chuyên nghiệp và mức độ hợp tác giữa bác sĩ - ĐD:

- Mức độ tự chủ chuyên nghiệp:

+ Kết quả tại bảng 1 thấy, tự chủ trong thực hành ĐD tại Bệnh viện Quân y 211 đạt mức độ tự chủ cao. So với các công bố tương đồng, điểm tự chủ của ĐD viên trong nghiên cứu này thấp hơn ở các nước phát triển, như Hoa Kỳ [4], nhưng cao hơn so với công bố của Amini K (2015) [1].

+ Sẵn sàng về mặt tự chủ của ĐD: 9 mục (81,8%) ở mức độ cao và 2 mục (18,2%) ở mức độ vừa. Điều này thể hiện, ĐD có ý thức xác định rõ ràng vai trò và trách nhiệm với công việc. Từ đó, nếu có thêm các yếu tố hỗ trợ như điều kiện làm việc, cộng tác với đồng nghiệp, quản lí, phát triển chuyên môn sẽ giúp nâng cao khả năng tự chủ chuyên nghiệp.

+ Trao quyền tự chủ của ĐD: kết quả bảng 3 thấy, có 5 mục (71,4%) ở mức độ cao và 2 mục (28,6%) ở mức độ vừa. Điều này cho thấy, các ĐD

tự tin với năng lực và sự thành thạo.

+ Đánh giá tự chủ của ĐD: bảng 4 thể hiện, cả 3 mục (100%) đều ở mức độ cao. Đối với các tự lượng giá về tự chủ cho thấy, các ĐD có tự trọng cao, đánh giá cao công việc. Mặc dù, có một số giới hạn và rào cản trong công việc ĐD, nhưng họ cảm thấy nghề nghiệp của mình rất vất vả, như thu nhập thấp, phải làm việc nhiều, không được xã hội đánh giá cao. Tuy nhiên, cảm giác tự trọng cao đã giúp ĐD trở nên tự chủ và chăm sóc bệnh nhân tốt hơn.

- Mức độ hợp tác giữa bác sĩ - ĐD:

Sự hợp tác giữa ĐD và bác sĩ qua bảng hỏi CASCD: có 9 mục (90,0%) ở mức độ cao và 1 mục (10,0%) ở mức độ vừa và tương quan thuận với tự chủ ($r = 0,19$; $p < 0,05$). Như vậy, các điều dưỡng và bác sĩ đã giao tiếp tốt và có trách nhiệm đưa ra quyết định. Các bác sĩ vừa là cấp trên trong quản lí, vừa có học thức cao và được yêu cầu quản lí phối hợp giữa bác sĩ và ĐD để thực hiện kế hoạch chăm sóc bệnh nhân. Kết quả này cũng tương tự nhiều báo cáo trước đây [8].

4.3. Mối liên quan giữa yếu tố cá nhân và môi trường thực hành ĐD với tự chủ của ĐD:

- Mối liên quan giữa các yếu tố cá nhân với tự chủ của ĐD (DPBS):

+ Thứ nhất: mối liên quan giữa hệ thống thực hành với tự chủ có ý nghĩa ($p = 0,001$). Đặc biệt, liên quan đến các ĐD làm việc tại khu cấp cứu, hồi tỉnh, ICU có điểm tự chủ cao nhất; tương tự kết quả nghiên cứu của Bahadori và CS năm 2009 [4]. Thông thường, các ĐD thực hành chế độ chăm sóc đặc biệt này thường phải đối mặt với bệnh nhân nặng và tiến triển khẩn cấp, nên họ phải đưa ra quyết định nhanh chóng, phải thành thạo chuyên môn, năng lực tốt và thể hiện những đặc điểm của sự phát triển chuyên nghiệp.

+ Thứ hai: kinh nghiệm làm việc có mối liên quan với tự chủ. Nó được thể hiện, những năm làm ĐD thực hành và nhiều năm làm công việc hiện tại ($p < 0,05$). Các ĐD có thời gian làm việc từ 6-10 năm và trên 10 năm có điểm tự chủ cao hơn các điều dưỡng có thời gian làm việc 1-5 năm. Với thời gian làm việc dài, các ĐD có thể lặp lại công việc hằng ngày, vì thế họ có nhiều kinh nghiệm chuyên môn, thích hợp hơn và quen thuộc với công việc, từ đó thành thạo hơn, chuyên nghiệp hơn trong các kĩ năng thực hành chăm sóc. Kết quả của nghiên cứu này tương đồng với nhiều công bố ngoài nước [1].

+ Thứ ba: kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, có mối liên quan giữa đặc điểm tuổi của ĐD với tự chủ chuyên nghiệp ($p < 0,05$). ĐD từ 30-40 tuổi tự chủ chuyên nghiệp cao hơn nhóm trẻ và các ĐD > 40 tuổi đã đạt được tự chủ cao hơn; tương đồng các báo cáo của Amini và CS (2015), Mrayyan và CS (2004) [1], [9].

+ Thứ tư, sự khác biệt về tự chủ chuyên nghiệp giữa ĐD trưởng và ĐD nhân viên có ý nghĩa thống

kê ($p < 0,05$). Điều này có thể được giải thích rằng, các ĐD trưởng hầu hết là ĐD có tuổi và thời gian làm việc hành chính, quản lý sổ sách giấy tờ, thực hiện các nhiệm vụ quân sự của bệnh viện nhiều hơn so với các ĐD nhân viên, và không có nhiều chương trình đào tạo nâng cao riêng biệt thường xuyên và chuyên biệt cho các ĐD trưởng nên điểm tự chủ của ĐD trưởng thấp hơn. Kết quả này có phần trái ngược với các công bố của các tác giả ngoài nước (ĐD trưởng có điểm tự chủ cao hơn [10]).

- Mối liên quan giữa môi trường thực hành ĐD với tự chủ của ĐD (DPBS):

+ Kết quả bảng 6 thấy, điểm số của môi trường thực hành ĐD (B-PEM) ở mức vừa ($3,5 \pm 0,37$) và có ý nghĩa với tự chủ chuyên nghiệp ($p = 0,001$) và tương quan thuận ($r = 0,3$). Có 2 lĩnh vực Hỗ trợ từ quản lý ($3,95 \pm 0,34$) và Phát triển chuyên môn ($3,96 \pm 0,50$) là ở mức cao và những nội dung khác là ở mức vừa. Như vậy, các nhà quản lý đã rất chú ý đến nhân viên, tạo điều kiện hỗ trợ, giúp đỡ, giải quyết công việc và đối xử với họ một cách tôn trọng. Đặc biệt, vấn đề của người quản lý giải quyết các nhiệm vụ đột xuất rất nhanh chóng.

Phát triển chuyên môn, hỗ trợ từ quản lý và khối lượng công việc có mối tương quan với tự chủ chuyên nghiệp ($p < 0,05$). Điều này cho thấy, để có được một môi trường thực hành ĐD tốt cần phải quan tâm đến chất lượng nguồn nhân lực, họ phải được đào tạo phát triển năng lực và bảo đảm tỉ lệ ĐD và bệnh nhân. Phát triển chuyên môn và tự chủ chuyên nghiệp thể hiện tương quan thuận, cho thấy, nếu tự chủ chuyên nghiệp ở mức cao hoặc được hỗ trợ cao thì các ĐD có tự chủ cao trong thực hành ĐD.

+ Kết quả bảng 7 thấy, lĩnh vực bố trí công việc có 3 mục (75,0%) ở mức cao và 1 mục (25,0%) ở mức vừa. Việc sắp xếp công việc cho nhân viên là hợp lý, khách quan và dân chủ.

Khối lượng công việc có 2 mục (66,6%) ở mức cao và 1 mục (33,4%) ở mức vừa và có ý nghĩa với sự tự chủ chuyên nghiệp; tương tự với báo cáo của Mrayyan và CS (2004) [9]. Tại Bệnh viện Quân y 211, khoảng 45,0% ĐD chăm sóc từ 5-8 bệnh nhân mỗi ngày và nghiên cứu cho thấy con số trên không gây quá tải. Đồng thời, cũng cần phải xem xét thêm về chất lượng hiệu quả làm việc và kết quả thực hiện theo tiêu chuẩn năng lực ĐD.

Trong lĩnh vực Áp lực trong công việc, có tới 3 mục (75%) đạt mức thấp, và chỉ có 1 mục (25%) đạt mức cao, nghĩa là các điều dưỡng phải làm rất nhiều việc mà không liên quan đến bệnh nhân. Vì vậy, các nhà quản lý bệnh viện nên điều chỉnh các chính sách và quy tắc rõ ràng để các ĐD thực hiện đúng chuyên môn chức trách của mình.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 120 ĐD lâm sàng làm việc tại các

khoa nội trú tại Bệnh viện Quân y 211, kết luận:

Mức độ tự chủ chuyên nghiệp (DPBS) của các điều dưỡng tại Bệnh viện Quân y 211 ở mức cao. Tất cả các lĩnh vực sẵn sàng, trao quyền, thực tế và đánh giá đều ở mức độ cao.

Các yếu tố liên quan đến tự chủ chuyên nghiệp là tuổi, môi trường làm việc, nhiều năm làm ĐD thực hành và nhiều năm làm công việc hiện tại, vị trí công việc, hợp tác ĐD - bác sĩ, môi trường thực hành ĐD.

Sự hợp tác giữa ĐD và bác sĩ ở mức độ cao và liên quan đến tự chủ chuyên nghiệp ĐD.

Môi trường thực hành ĐD ở mức độ vừa và có liên quan đến tự chủ chuyên nghiệp ĐD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Amini K et al (2015), Nurses autonomy level in teaching hospitals and its relationship with the underlying factors: Nurses' autonomy and relating factors, <https://doi.org/10.1111/ijn.12210>.
2. Anndrea Flint (2010), "Psychometric analysis of the Brisbane Practice Environment Measure (B-PEM)", *Journal of Nursing Scholarship*, 42, pp.76-82 March 2010.
3. Baggs Judith Gedney (1994), "Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decisions", *Journal of Advanced Nursing*, 20 (1), pp.176-182.
4. Bahadori et al (2009), Level of autonomy of primary care nurse practitioners, <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2009.00437.x>.
5. Currie V et al (2005), "Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix and nurse autonomy: literature review", *Journal of Advanced Nursing*, 51, pp. 73-82.
6. Dempster et al (1990), Autonomy in practice: Conceptualization, construction, and psychometric evaluation of an empirical instrument, Doctoral dissertation, *University of San Diego*.
7. Dempster J.S (1994), "Autonomy: a professional issue of concern for nurse practitioners. (Vol. 5, No. 4, pp. 227-232)", In *Nurse Practitioner Forum* 5, pp. 227-232.
8. Georgiou et al (2017), Nurse-physician collaboration and associations with perceived autonomy in Cypriot critical care nurses: Collaboration and autonomy in intensive care nurses in Cyprus, <https://doi.org/10.1111/nicc.12126>.
9. Mrayyan et al (2004), "Nurses' autonomy: Influence of nurse managers' actions", <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02893.x>.
10. Supametaporn P (2013), "The Conceptualization of Professional Nurse Autonomy", *Nursing Science Journal of Thailand*, 31, pp. 80-86. □

KHẢO SÁT KIẾN THỨC, THỰC HÀNH PHÒNG, CHỐNG BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE CỦA NGƯỜI NHÀ NGƯỜI BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE, TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 4, QUÂN ĐOÀN 4, NĂM 2019

CNDD. LÊ THỊ TỐ TÂM

Bệnh viện Quân y 4, Quân đoàn 4

Phản biện khoa học: (1) TS. NGUYỄN CHÍNH PHONG

(2) TS. NGUYỄN LAN ANH

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 495 người nhà người bệnh sốt xuất huyết Dengue về kiến thức, thực hành phòng, chống bệnh sốt xuất huyết Dengue và tìm hiểu mối liên quan giữa kiến thức với thực hành phòng, chống bệnh, tại Bệnh viện Quân y 4, Quân đoàn 4, năm 2019.

Kết quả: 75,2% người hiểu biết nguyên nhân truyền bệnh do muỗi đốt; 55,8% cho rằng muỗi đốt ban đêm, 53,3% cho rằng muỗi cư trú nơi cống rãnh bẩn, nước tù bẩn. Đối tượng nghiên cứu chưa chủ động phòng muỗi đốt ban ngày, chủ yếu chỉ mắc màn vào ban đêm (73,9%); đa số sử dụng bình phun thuốc muỗi cá nhân (73,9%), dùng nhang - thuốc xua muỗi đốt (58,2%). Hiểu biết của đối tượng về lâm sàng bệnh sốt xuất huyết Dengue tương đối cao (97,0-98,2%). Có 55,8-67,9% đối tượng nghiên cứu chưa biết dấu hiệu cảnh báo chuyển mức độ của bệnh (trong đó, 55,8% cho rằng khi hết sốt là hết bệnh). Trong xử trí sốt ban đầu, đa số biết phải tăng cường bổ sung nước, điện giải qua đường uống, kết hợp lau - chườm mát với uống thuốc hạ sốt (95,8-98,2%), nhưng có 7,3% còn xử trí bằng các biện pháp nguy hiểm (giác hơi - lễ da - xông hơi). Có mối liên quan giữa kiến thức đúng với thực hành đúng của người nhà người bệnh sốt xuất huyết Dengue trong việc phòng, chống dịch bệnh này.

Từ khóa: Kiến thức, thực hành, sốt xuất huyết Dengue, phòng, chống sốt xuất huyết Dengue.

ABSTRACT: Cross-sectional descriptive study of 459 relatives of Dengue hemorrhagic fever patients about knowledge, the practice of Dengue hemorrhagic fever prevention and control and explored the relationship between knowledge and practice of disease prevention, at the Military hospital 4, Army Corps 4, in 2019.

Results: 75.2% of people knew the cause of transmission was mosquito bites; 55.8% thought mosquitoes bite at night, 53.3% thought mosquitoes live in dirty drains, dirty water. The study subjects were not active in preventing mosquito bites during the day, mainly hanged mosquito nets at night (73.0%); Most of them used personal mosquito sprayers (73.9%), used mosquito - repellent incense (58.2%). The knowledge of research subjects' about clinical characteristics of Dengue hemorrhagic fever was relatively high (97.0-98.02%). 55.8-67.9% of the study subjects did not know the warning signs of disease transition (of which, 55.8% said that when the fever was gone, the disease was gone). In the initial treatment of fever, the majority knew to increase oral water and electrolyte supplementation, combining cool wiping and fever-reducing medicine (95.8-98.2%), but there were 7.3 % also handled with dangerous measures (wet cup- skin - steam). There was a relationship between the correct knowledge and the correct practice of the relatives of Dengue patients in the prevention and control of this epidemic.

Keywords: Knowledge, practice, Dengue hemorrhagic fever, prevention and control of Dengue hemorrhagic fever

Chịu trách nhiệm nội dung: CNDD. Lê Thị Tố Tâm, SĐT: 0977920631.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là bệnh truyền nhiễm cấp tính gây ra do virus *Dengue*, thường diễn biến thành những vụ dịch lớn theo chu kỳ, là mối đe dọa lớn cho sức khỏe cộng đồng trên toàn thế giới. Theo một số thống kê, trên thế giới, xấp xỉ 3 tỉ người có nguy cơ mắc bệnh, trong đó khoảng 20.000 ca tử vong mỗi năm. Việt Nam đứng thứ 3

sau Brazil, Indonesia về tỉ lệ mắc SXHD [5]. Hiện nay, chưa có thuốc điều trị đặc hiệu và chưa có vắc-xin phòng bệnh. Tỉ lệ mắc và tử vong vẫn ngày một gia tăng, mà một trong những nguyên nhân là do hiểu biết của người dân về bệnh còn thấp, việc chủ động dự phòng và phối hợp điều trị cho bản thân, gia đình và cộng đồng chưa được chú trọng thường xuyên [1], [2].

Chúng tôi triển khai nghiên cứu này nhằm đánh giá kiến thức và thực hành phòng, chống bệnh SXHD của người nhà người bệnh (NNNB) về bệnh SXHD; tìm hiểu mối liên quan giữa kiến thức và thực hành phòng, chống bệnh SXHD.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

495 NNNB SXHD, điều trị tại Bệnh viện Quân y 4, Quân đoàn 4, năm 2019.

Lựa chọn những NNNB sống cùng nhà với người bệnh SXHD, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Chọn mẫu: thuận tiện.
- Phương pháp tiến hành: phỏng vấn NNNB ngay khi người bệnh SXHD nhập viện điều trị bằng phiếu khảo sát với bộ câu hỏi đã được thiết kế sẵn theo yêu cầu, mục tiêu nghiên cứu. Sau phỏng vấn, thực hiện tư vấn một số kiến thức phòng, chống bệnh SXHD cho đối tượng được phỏng vấn.

- Đạo đức nghiên cứu: đề cương nghiên cứu đã được hội đồng đạo đức bệnh viện thông qua. Mọi thông tin về NNNB chỉ sử dụng phục vụ mục đích nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm thống kê y học Medcalc.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Đặc tính chung TN người bệnh:

Bảng 1. Đặc điểm chung của NNNB (n = 495).

Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ %
Tuổi	Dưới 30 tuổi	165	33,3
	Từ 30-50 tuổi	264	53,3
	Trên 50 tuổi	66	13,3
Nghề nghiệp	Học sinh, sinh viên	15	3,0
	Công nhân viên chức	36	7,2
	Nội trợ	255	51,5
	Buôn bán	189	38,2
Trình độ học vấn	Chưa biết đọc/viết	6	1,2
	Cấp I	114	23,0
	Cấp II	288	58,2
	Cấp III	66	13,3
	Trung học, đại học	21	4,2

Đa số NNNB từ 30-50 tuổi (53,3%), nghề nghiệp nội trợ (51,5%), trình độ văn hóa cấp I-II (81,2%). Điều này phù hợp với vị trí đóng quân của Bệnh viện (nằm trong khu công nghiệp), dân cư sinh sống đa số là gia đình các công nhân. Vì vậy,

công tác tuyên truyền giáo dục sức khỏe, hướng dẫn phòng, chống dịch bệnh SXHD cho NNNB và người bệnh cần sử dụng ngôn ngữ, hình thức và thời điểm tuyên truyền cho phù hợp, như ngôn ngữ đơn giản, dễ hiểu, ngắn gọn, tránh sử dụng ngôn ngữ mang tính chuyên môn, tăng cường pano, tờ rơi có hình ảnh tươi sáng màu sắc và ngôn từ ngắn gọn dễ trực quan.

3.2. Kiến thức của NNNB về bệnh SXHD:

- Nguồn tiếp cận kiến thức (n = 495):
- + Tivi, loa phát thanh: 396 người (80,0%).
- + Sách báo: 63 TN (12,7%).
- + Đoàn thể: 45 TN (9,1%).
- + Nhân viên y tế: 93 TN (18,9%).
- + Không: 6 TN (1,2%).

Người dân trong khu vực tiếp cận kiến thức chủ yếu qua thông tin đại chúng tivi, loa đài phát thanh (80,0%); tương đương kết quả nghiên cứu của Tạ Văn Trâm (2008) [3]. Vì vậy, cần có chính sách lựa chọn thời điểm phù hợp đưa thông tin phòng, chống bệnh đến với cộng đồng (nên bố trí vào “giờ vàng” hợp lý), đặc biệt khi SXHD bùng phát thành dịch.

Nghiên cứu chỉ ra, vai trò truyền thông của các tuyến y tế còn khá hạn chế (18,9%); thấp hơn kết quả nghiên cứu của Tạ Văn Trâm (24%). Các tuyến y tế cần quan tâm hơn nữa trong tuyên truyền, giáo dục sức khỏe cho cộng đồng, hướng dẫn kiến thức phòng, chống dịch bệnh SXHD. Vì đây là kênh thông tin mang tính chuẩn xác, dễ tạo niềm tin cho người dân.

- Kiến thức về nguyên nhân truyền bệnh (n = 495):

- + Thời tiết, khí hậu: 24 TN (4,8%).
- + Ăn uống, nguồn nước: 9 TN (1,8%).
- + Tiếp xúc với người bệnh: 60 TN (12,1%).
- + Bị muỗi chích: 268 TN (54,1%).
- + Tất cả các loại muỗi: 30 TN (6,1%).
- + Chỉ loại muỗi vằn: 372 TN (75,2%).
- + Muỗi cái: 327 TN (66,1%).
- + Muỗi đực: 9 TN (1,8%).
- + Cả đực và cái: 66 TN (13,3%).
- + Đốt ban đêm: 276 TN (55,8%).
- + Đốt ban ngày: 99 TN (20,0%).
- + Đốt cả đêm lẫn ngày: 27 TN (5,5%).
- + Muỗi sinh đẻ nơi cống rãnh, nước tù đọng bẩn: 264 TN (53,3%).
- + Muỗi đẻ nơi nước sạch: 138 TN (27,9%).

Hiểu biết về nguyên nhân do muỗi vằn cái và bị muỗi chích truyền bệnh chiếm tỉ lệ cao, lần lượt là 75,2% và 66,1%, đây là hiểu biết tốt của người

dân trong khu vực. Trong khi đó, vẫn còn 18,7% TN chưa có kiến thức đúng (do thời tiết khí hậu, ăn uống nguồn nước và lây bệnh trực tiếp từ người bệnh sang). Kết quả này cao hơn nhiều so nghiên cứu của Tạ Văn Trầm (2008) [3]. Có thể do thời điểm nghiên cứu và đối tượng trong nghiên cứu này chủ yếu làm nội trợ và trình độ văn hóa chủ yếu cấp I-II.

Kiến thức về nơi muỗi cư trú và thời điểm chủ yếu muỗi đốt ngược lại còn rất hạn chế: 55,8% cho rằng muỗi đốt ban đêm; 53,3% cho rằng muỗi cư trú sinh đẻ nơi cống rãnh bẩn. Kết quả của chúng tôi tương đương kết quả nghiên cứu của Trương Phi Hùng và cộng sự năm 2010 (kiến thức đúng về nơi đẻ trứng của muỗi vẫn là 31,5% và nơi trú đậu là 36% [4]). Trong khi đó, muỗi gây bệnh SXHD được coi là “muỗi quý tộc” chúng cư trú sinh đẻ nơi nước trong sạch, chúng không bao giờ đậu trên tường thoáng mà đậu nơi quần áo đồ đạc có hơi người và bay ra đốt vào ban ngày nhất là sập xoạng tối, sáng sớm [1].

- Kiến thức hiểu biết về bệnh SXHD:

Bảng 5: Kiến thức về bệnh SXHD (n = 495):

- + Sốt cao liên tục, đột ngột trên 2 ngày: 480 TN (97,0%).
- + Nhức đầu, đau hốc mắt, đau nhức mình mẩy: 276 TN (55,8%).
- + Nôn ói nhiều, chán ăn: 456 TN (92,1%).
- + Chấm xuất huyết trên da: 486 TN (98,2%).
- + Chảy máu mũi, răng, âm đạo, nôn máu, đại máu: 486 TN (98,2%).
- + Đờ, bứt rứt, vật vã: 336 TN (67,9%).
- + Tử chi mát lạnh: 276 TN (55,8%).
- + Đau bụng, đau vùng gan: 336 TN (67,9%).
- + Bệnh trở nặng từ ngày thứ 4 của bệnh: 186 TN (37,6%).
- + Hết sốt là hết bệnh: 276 TN (55,8%).
- + Hết sốt là đi vào giai đoạn nguy hiểm: 66 TN (13,3%).

Hiểu biết về dấu hiệu lâm sàng của bệnh SXHD được người dân ý thức rất cao, 97,0% cảnh giác khi sốt cao liên tục 2 ngày, 98,2% biết là bệnh SXHD khi có chấm xuất huyết trên da, chảy máu niêm mạc (chân răng, mũi, âm đạo...). Tuy nhiên, dấu hiệu bệnh trở nặng như bứt rứt, tử chi mát lạnh, đau tức vùng gan chiếm tỉ lệ còn thấp 55,8-67,9%. 55,8% cho rằng, khi hết sốt là hết bệnh, chỉ có 13,3-37,6% biết khi hết sốt là đi vào giai đoạn nguy hiểm và bệnh trở nặng từ ngày thứ 4 của bệnh. Qua khảo sát, thậm chí một số TN còn cho rằng khi chảy máu mũi, răng là bệnh sắp khỏi. Nhận định dấu hiệu bệnh SXHD trở nặng ở một số nghiên cứu có khác nhau, như nghiên cứu của Tạ

Văn Trầm năm 2008 (50%), Trương Phi Hùng và cộng sự năm 2010 (33,5%) [3], [4]. Chính vì vậy, cần tập trung tuyên truyền hơn nữa, nhấn mạnh các dấu hiệu báo động bệnh SXHD trở nặng để người dân đưa TN đến cơ sở y tế kịp thời, bảo đảm an toàn.

3.3. Thực hành phòng bệnh SXHD:

- Thực hành phòng bệnh SXHD của TN người bệnh (n = 495):

- + Ngủ màn ban đêm: 366 TN (73,9%).
- + Ngủ màn cả đêm lẫn ngày: 36 TN (7,3%).
- + Nơi ngủ nghỉ, làm việc thông thoáng gọn gàng: 126 TN (26,1%).
- + Phun thuốc diệt muỗi: 366 TN (73,9%).
- + Dùng nhang, thuốc xoa xua muỗi: 288 TN (58,2%).
- + Khai thông cống rãnh bẩn: 366 TN (73,9%).
- + Phát quang bụi rậm quanh nơi ở, làm việc: 297 TN (60,0%).
- + Dọn dẹp, thay nước vật dụng chứa nước: 297 TN (60,0%).
- + Đậy kín nắp lu, vại chứa nước: 288 TN (58,2%).
- + Không có trường hợp nào thực hành thả cá kiểng diệt lăng quăng, ngủ màn ban ngày.

Để diệt muỗi đốt người dân đã biết cần phải phun thuốc diệt muỗi (73,9%), biện pháp tức thời để thực hiện là dùng nhang, thuốc xoa xua muỗi tránh bị đốt, đây chỉ là giải pháp cho cá nhân, không mang tính cộng đồng. Để phòng, tránh muỗi đốt, chủ yếu người dân mắc màn ngủ ban đêm (73,9%), chỉ có 7,3% có ý thức nằm màn cả đêm lẫn ngày. Không có trường hợp nào nhận thức cần phải nằm màn ban ngày để phòng, tránh bệnh SXHD. Kết quả này thấp hơn rất nhiều so với kết quả nghiên cứu Trương Phi Hùng và cộng sự (thực hành ngủ màn cả đêm lẫn ngày chiếm tới 61,5% [4]). Đây là vấn đề mang tính quan trọng, cần tuyên truyền hơn nữa để thay đổi thói quen của người dân là chỉ nằm màn ngủ ban đêm.

Để diệt lăng quăng, chủ yếu TN thực hành khai thông cống rãnh bẩn (73,9%), dọn dẹp, thay nước các vật dụng tích nước và ý thức đậy kín nắp lu vại chứa nước sạch (chiếm tỉ lệ còn thấp, từ 58,2-60,0%), thả cá kiểng diệt lăng quăng chưa được người dân thực hiện. Cần tăng cường tuyên truyền, giáo dục cho người dân hiểu, muốn giải quyết tận gốc muỗi vẫn truyền bệnh SXHD cần loại bỏ nơi muỗi vẫn đẻ trứng, các biện pháp khác không diệt tận gốc muỗi truyền bệnh SXHD cho cộng đồng.

- Thực hành xử trí bước đầu khi bị sốt SXHD (n = 495):

- + Cứ sốt là dùng các loại thuốc hạ sốt: 294 TN (59,4%).
- + Cạo gió, cắt lễ, giác hơi: 36 TN (7,3%).
- + Ủ ấm, đắp chăn kín khi rét run, xông: 120 TN (24,2%).
- + Uống nhiều nước các loại: 486 TN (98,2%).
- + Lau mát, chườm nước ấm kết hợp uống thuốc hạ sốt: 474 TN (95,8%).
- + Lau mát bằng chườm nước đá, lau cồn: 276 TN (55,8%).
- + Điều trị tại nhà: 60 TN (12,1%).
- + Mua thuốc tiệm thuốc bán lẻ, thuốc tễ-bắc: 39 TN (7,9%).
- + Khám và điều trị tại cơ sở y tế: 396 TN (80,0%).

Trong xử trí ban đầu khi sốt, 95,8-98,2% người dân nhận biết cần phải uống nhiều nước, kết hợp lau chườm mát với uống hạ sốt. Tuy nhiên, 59,4% người dân khi thấy sốt là dùng thuốc hạ sốt cho dù chỉ sốt nhẹ hoặc vừa, 7,3% còn hành vi sai là cạo gió, cắt lễ, giác hơi, xông và ủ kín. Tỷ lệ người dân thấy cần khám và điều trị tại cơ sở y tế là 80,0%, chứng tỏ thái độ đúng trước bệnh SXHD.

3.3. Mối liên quan giữa kiến thức với thực hành phòng, chống bệnh SXHD:

Bảng 2. Mối liên quan giữa kiến thức với thực hành.

Kiến thức chung		Thực hành chung		p	OR CI95%
		Đúng	Chưa đúng		
Về nguyên nhân	Đúng	126	210	< 0,05	2,58 (1,17-5,67)
	Chưa đúng	30	129		
Về bệnh SXHD	Đúng	258	75	< 0,0001	9,8 (4,62-20,89)
	Chưa đúng	42	120		

Có mối liên quan giữa kiến thức về nguyên nhân truyền bệnh với thực hành phòng, bệnh ($p < 0,05$). Người dân có kiến thức đúng sẽ có thực hành phòng bệnh đúng gấp 2,58 lần so với kiến thức chưa đúng. Có mối liên quan giữa kiến thức về kiến thức bệnh SXHD và thực hành phòng, bệnh ($p < 0,0001$). Kiến thức đúng sẽ có thực hành đúng gấp 9,8 lần so với kiến thức chưa đúng. Kết quả này tương đương với nhận xét của tác giả Tạ Văn Trâm (2008) và Trương Phi Hùng (2010) về mối liên quan trên [3], [4].

4. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 495 TN chăm sóc bệnh nhân SXHD điều trị tại Bệnh viện Quân y Quân đoàn 4, kết luận:

- Đa số đối tượng có tuổi đời 30-50 tuổi (53,3%), nghề nghiệp chủ yếu là nội trợ và buôn bán tự do (38,2%), trình độ văn hóa cấp I-II (81,2%), tiếp

nhận kiến thức phòng, chống bệnh SXHD (80,0%).

- 75,2% TN hiểu biết nguyên nhân truyền bệnh là do muỗi đốt (cụ thể do muỗi vằn), nhưng hiểu về nơi cư trú và thời điểm đốt còn hạn chế (55,8% cho rằng muỗi đốt ban đêm, 53,3% cho rằng muỗi cư trú nơi cống rãnh bẩn, nước tù bẩn). Người dân chưa có ý thức phòng muỗi đốt ban ngày, chủ yếu chỉ mắc màn vào ban đêm (73,9%). Đa số sử dụng bình phun thuốc muỗi cá nhân (73,9%), dùng nhang-thuốc xua muỗi đốt (58,2%).

- Hiểu biết của TN về lâm sàng bệnh SXHD tương đối cao (97,0-98,2%). 55,8-67,9% TN chưa hiểu biết dấu hiệu cảnh báo chuyển độ của bệnh, đặc biệt, 55,8% TN cho rằng khi hết sốt là hết bệnh.

- Trong xử trí sốt ban đầu, đa số đã biết phải tăng cường bổ xung nước điện giải qua đường uống, kết hợp lau chườm mát với uống thuốc hạ sốt (95,8-98,2%). 7,3% TN xử trí sốt ban đầu bằng biện pháp giác-lễ-xông rất nguy hiểm.

- Có mối liên quan giữa kiến thức đúng với thực hành đúng của TN bệnh nhân trong công việc phòng, chống dịch bệnh SXHD.

Qua nghiên cứu, chúng tôi kiến nghị: tăng cường hơn nữa vai trò y tế cơ sở, vai trò thông tin truyền thông đại chúng, sử dụng ngôn ngữ tuyên truyền dân dã, hình thức hợp lý và thời điểm tuyên truyền thích hợp. Nâng cao hơn nữa kiến thức về nguyên nhân truyền bệnh, đẩy mạnh thực hành diệt lăng quăng với các biện pháp đa dạng, đúng, hợp lý. Tạo thói quen ngủ màn cả ban ngày cho người dân nơi thường xuyên có dịch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2019), "Hội nghị tăng cường công tác phòng, chống dịch bệnh SXHD năm 2019", <https://www.moh.gov.vn>.
2. Cục Quân y (2019), "Hướng dẫn phòng, chống dịch bệnh SXHD năm 2019", *Tạp chí Y học Quân sự*, số 338 (7-8/2019), tr. 6-8.
3. Trần Thanh Hải, Tạ Văn Trâm (2008), "Kiến thức, thái độ, hành vi của các bà mẹ về phòng, chống bệnh SXHD", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 12, phụ bản số 4, tr. 142-146.
4. Trương Phi Hùng, Trần Thị Tuyết Nga, Trần Thị Hồng Hiền (2011), "Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng, chống bệnh SXHD của TN bệnh nhân SXHD tại Bệnh viện Nhiệt đới thành phố Hồ Chí Minh, năm 2010", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 15, phụ bản số 1, tr. 119- 125.
5. WHO (2012), "Globan strategy for Dengue Prevention and Control (2012-2020)", Geneva, World Health Organization, 1-6. □

KHẢO SÁT SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 15, NĂM 2019

CNDD. ĐẶNG THÙY LINH

Bệnh viện Quân y 15

Phản biện khoa học: (1) BSCKII. NGUYỄN QUỐC THỊNH

(2) ThS. PHẠM THU HÀ

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả cắt ngang mức độ hài lòng của 160 người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân y 15, tháng 6/2019 làm cơ sở đề xuất các giải pháp tăng cường chất lượng phục vụ, nâng cao mức độ hài lòng của người bệnh.

Kết quả: 81,5% người bệnh hài lòng về khả năng tiếp cận; 73,3% người bệnh hài lòng về sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh điều trị; 66,1% người bệnh hài lòng về cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ; 76,1% người bệnh hài lòng về thái độ ứng xử và năng lực chuyên môn của nhân viên y tế; 78,3% người bệnh hài lòng về kết quả cung cấp dịch vụ. Tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh là 75,1%. Bệnh viện đã đáp ứng được 86,2% so với mong đợi của người bệnh trước khi điều trị; 82,5% người bệnh trả lời chắc chắn quay lại hoặc giới thiệu cho người khác.

Từ khóa: Mức độ hài lòng, người bệnh.

ABSTRACT: Cross-sectional descriptive study of the satisfaction level of 160 inpatients at the Military hospital 15, June 2019 as a basis for proposing solutions to improve service quality, improve the satisfaction level of patients.

Results: There were 81.5% of patients satisfied with the accessibility; 73.3% of patients were satisfied with the transparency of information and procedures of medical examination and treatment; 66.1% of patients were satisfied with the material facilities and service facilities; 76.1% of patients were satisfied with the behavior and professional capacity of health workers; 78.3% of patients were satisfied with the results of service provision. The general satisfaction rate of patients was 75.1%. The hospital had met 86.2% of the expectation of patients before treatment; 82.5% of patients answered they will return to the hospital or referred others.

Keywords: Satisfaction level, patient.

Chịu trách nhiệm nội dung: CNDD. Đặng Thùy Linh, SĐT: 0973947334.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Trong hệ thống y tế của bất kì quốc gia nào thì bệnh viện luôn đóng vai trò quan trọng trong công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Bệnh viện có 7 chức năng chính, đó là khám bệnh, chữa bệnh; đào tạo cán bộ; nghiên cứu khoa học; chỉ đạo tuyến; phòng bệnh; hợp tác quốc tế và quản lí kinh tế y tế [1].

Ngày 18/11/2016, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 6859/QĐ-BYT về việc đánh giá chất lượng các bệnh viện, đồng thời, Cục Quản lí Khám chữa bệnh đã ban hành công văn số 1356 /KCB-QLCL về việc yêu cầu các bệnh viện tiến hành khảo sát mức độ hài lòng của NB và nhân viên y tế định kì hàng năm [2].

Khảo sát sự hài lòng của NB là công cụ hữu ích giúp bệnh viện xây dựng các chương trình cải tiến chất lượng phục vụ NB. Khảo sát sự hài lòng của NB nội trú tại bệnh viện theo 5 tiêu chí khả năng tiếp cận, sự minh bạch về thông tin và thủ tục khám

chữa bệnh, cơ sở vật chất, năng lực chuyên môn, thái độ ứng xử của nhân viên y tế và kết quả cung cấp dịch vụ là rất cần thiết, qua đó giúp bệnh viện có kế hoạch phát triển, nâng cao chất lượng điều trị, chất lượng phục vụ NB.

Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm khảo sát mức độ hài lòng của NB điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân y 15 năm 2019; đề xuất các giải pháp cải tiến chất lượng bệnh viện nhằm nâng cao mức độ hài lòng của NB.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- 160 NB nằm điều trị nội trú từ ngày thứ 03 trở lên tại Bệnh viện Quân y 15, tháng 6/2019. Đối với NB nặng hoặc trẻ nhũ nhi sẽ khảo sát qua người nhà NB.

Loại trừ BN không có khả năng nói, đọc và hiểu tiếng việt; NB không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu và quy trình chọn cỡ mẫu: áp dụng công thức ước lượng 1 tỉ lệ:

$$n = \frac{Z^2_{(1-\alpha/2)} p(1-p)}{d^2}$$

- Phương pháp chọn mẫu: số mẫu được phân đều cho 4 tuần làm việc trong tháng.

- Bộ công cụ và tiêu chuẩn đánh giá: phỏng vấn trực tiếp NB hoặc người nhà NB bằng bộ câu hỏi tự điền thiết kế sẵn theo mẫu của Bộ Y tế. Bộ câu hỏi gồm 2 phần:

+ Phần thông tin chung của NB.

+ Phần đánh giá sự hài lòng của NB trên 5 nội dung: khả năng tiếp cận; sự minh bạch về thông tin và thủ tục khám chữa bệnh; cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ NB; thái độ của nhân viên y tế; kết quả cung cấp dịch vụ. Mỗi nội dung từ 5-9 câu hỏi.

Tiêu chuẩn đánh giá: đánh giá trên từng câu hỏi và mỗi nội dung NB trả lời bằng 5 mức độ hài lòng: mức độ 1: rất không hài lòng; mức độ 2: không hài lòng; mức độ 3: bình thường; mức độ 4: hài lòng; mức độ 5: rất hài lòng.

- Xử lý số liệu: bằng phương pháp thống kê, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu:

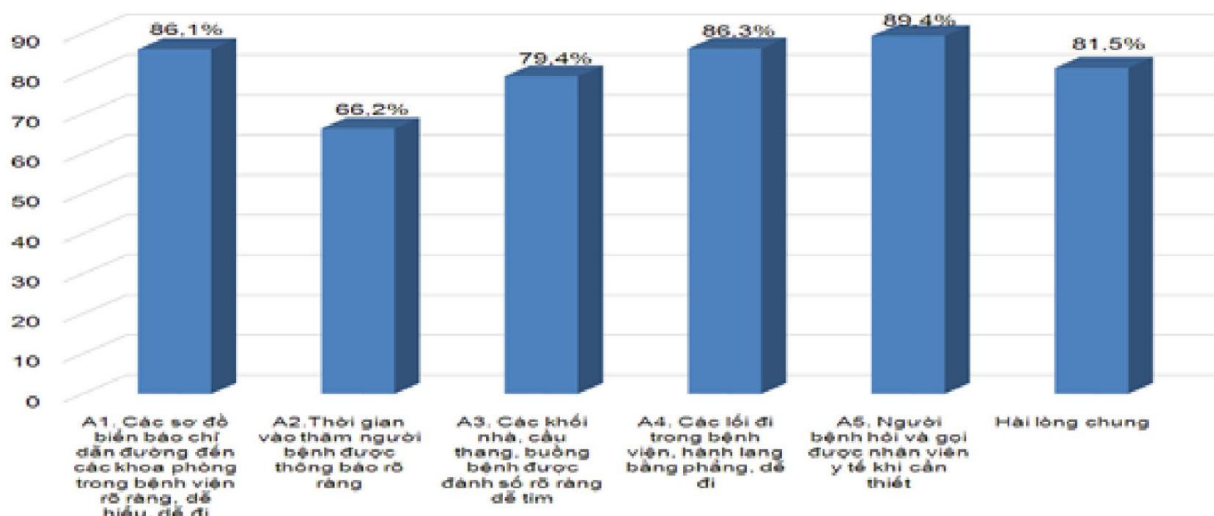
Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu.

Thông tin chung		Số NB	Tỉ lệ %
Giới tính	Nam	72	45,0
	Nữ	88	55,0
Tuổi	Dưới 20 tuổi	19	11,9
	Từ 20-29 tuổi	44	27,5
	Từ 30-39 tuổi	32	20,0
	Từ 40-49 tuổi	32	20,0
	Trên 50 tuổi	33	20,6
Tổng số ngày điều trị	3 ngày	25	16,0
	4-5 ngày	64	40,0
	6-7 ngày	53	33,0
	Trên 7 ngày	18	11,0
Quyền lợi khám bệnh của NB	Bảo hiểm y tế	140	87,5
	Bảo hiểm quốc phòng	7	4,4
	Bảo hiểm Quân	9	5,6
	Dịch vụ	4	2,5
Trình độ học vấn	Phổ thông	146	91,3
	Trung cấp, cao đẳng, đại học	6	3,7
	Khác	8	5,0
Nơi sống	Thành thị	44	27,5
	Nông thôn	116	72,5

NB nữ (55,0%) nhiều hơn NB nam 45,0%). Đa số NB từ 20-49 tuổi (67,5%), có dụng thẻ bảo hiểm (97,5%), sống ở nông thôn (72,5%), thời gian nằm viện 4-5 ngày (40,0%).

3.2. Kết quả đánh giá sự hài lòng NB:

- Sự hài lòng của NB về khả năng tiếp cận:



Biểu đồ 1. Sự hài lòng của NB về khả năng tiếp cận

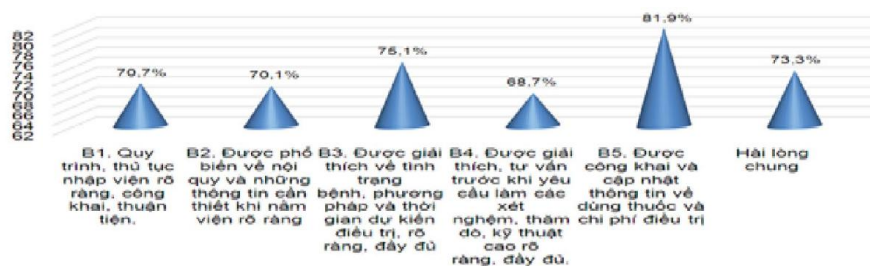
Tỉ lệ hài lòng chung của NB về khả năng tiếp cận là 81,5%.

Bảng 2. Điểm trung bình hài lòng chung của NB về khả năng tiếp cận.

Mã	Nội dung câu hỏi	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn ($\pm$ SD)
A1	Các sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đường đến các khoa, phòng bệnh bệnh viện rõ ràng dễ hiểu, dễ tìm	4	$\pm 0,64$
A2	Thời gian vào thăm người bệnh được thông báo rõ ràng	3,73	$\pm 0,652$
A3	Các khối nhà, cầu thang, buồng bệnh được đánh số rõ ràng, dễ tìm	4,01	$\pm 0,713$
A4	Các lối đi trong bệnh viện, hành lang bằng phẳng, dễ đi	4,21	$\pm 0,754$
A5	Người bệnh hỏi và gọi được nhân viên y tế khi cần thiết	4,16	$\pm 0,6$
Điểm trung bình hài lòng chung của NB về khả năng tiếp cận		4,02	$\pm 0,680$

Điểm trung bình hài lòng chung của NB với khả năng tiếp cận là $4,02 \pm 0,680$ (> 4 điểm).

- Sự hài lòng của NB về sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị:



Biểu đồ 2. Sự hài lòng của NB về sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị.

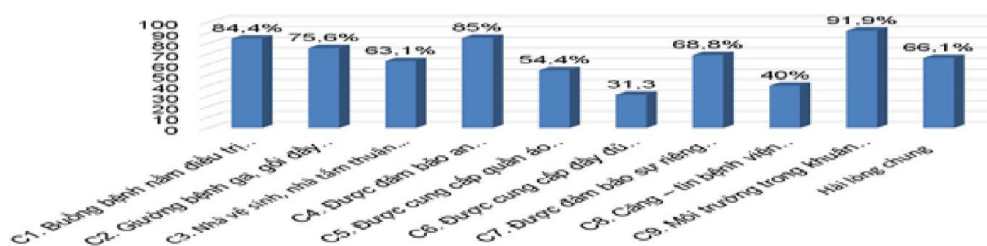
Tỉ lệ hài lòng chung về sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị là 73,3%.

Bảng 3. Điểm trung bình hài lòng chung về sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh điều trị

Mã	Nội dung câu hỏi	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn ($\pm$ SD)
B1	Quy trình, thủ tục nhập viện rõ ràng, công khai, thuận tiện.	3,84	$\pm 0,64$
B2	Được phổ biến về nội quy và những thông tin cần thiết khi nằm viện rõ ràng, đầy đủ	3,8	$\pm 0,65$
B3	Được giải thích về tình trạng bệnh, phương pháp và thời gian dự kiến điều trị, rõ ràng, đầy đủ	3,98	$\pm 0,7$
B4	Được giải thích, tư vấn trước khi yêu cầu làm các xét nghiệm, thăm dò kỹ thuật cao rõ ràng, đầy đủ	3,94	$\pm 0,7$
B5	Được công khai và cập nhật thông tin về dùng thuốc và chi phí điều trị	4,05	$\pm 0,6$
Điểm trung bình hài lòng chung		3,92	$\pm 0,66$

Điểm trung bình hài lòng chung về sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh điều trị là $3,92 \pm 0,66$ điểm.

- Sự hài lòng của NB về cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ NB:



Biểu đồ 3. Sự hài lòng của NB về cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ NB.

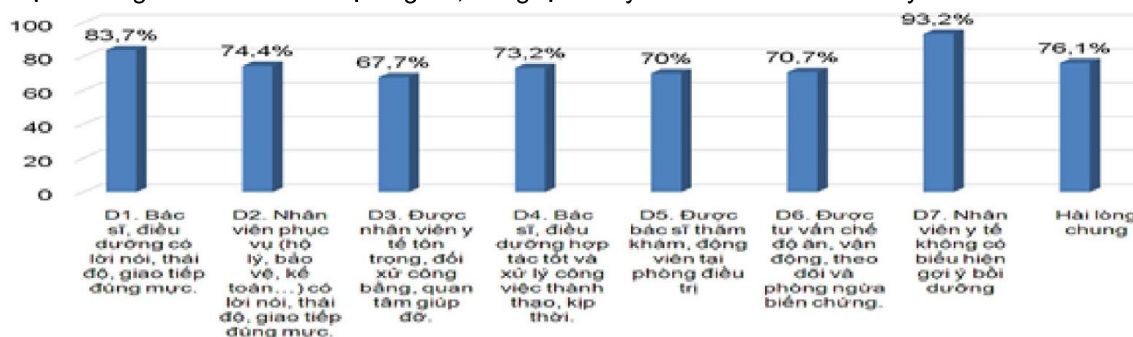
Tỉ lệ hài lòng chung cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ NB là 66,1%.

Bảng 4. Điểm trung bình sự hài lòng của NB về cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ NB.

Mã	Nội dung câu hỏi	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn ($\pm$ SD)
C1	Buồng bệnh nằm điều trị khang trang, sạch sẽ, có đầy đủ các thiết bị điều chỉnh nhiệt độ phù hợp, như quạt, máy sưởi hoặc điều hòa.	4,01	$\pm$ 0,66
C2	Giường bệnh ga, gối đầy đủ cho mỗi người một giường, an toàn, chắc chắn, sử dụng tốt	3,89	$\pm$ 0,61
C3	Nhà vệ sinh, nhà tắm thuận tiện, sạch sẽ, sử dụng tốt	3,71	$\pm$ 0,77
C4	Được bảo đảm an toàn, an ninh trật tự, phòng ngừa trộm cắp, yên tâm khi nằm viện.	4,02	$\pm$ 0,62
C5	Được cung cấp quần áo đầy đủ, sạch sẽ	3,4	$\pm$ 1,21
C6	Được cung cấp đầy đủ nước uống nóng, lạnh	2,82	$\pm$ 1,23
C7	Được bảo đảm sự riêng tư khi nằm viện, như thay quần áo, khám bệnh, đi vệ sinh tại giường... có rèm che, vách ngăn hoặc nằm riêng.	3,64	$\pm$ 0,96
C8	Căng - tin bệnh viện phục vụ ăn uống và nhu cầu sinh hoạt thiết yếu đầy đủ và chất lượng.	3,18	$\pm$ 1,13
C9	Môi trường trong khuôn viên bệnh viện xanh, sạch, đẹp	4,5	$\pm$ 0,70
Điểm trung bình sự hài lòng của NB		3,69	$\pm$ 0,81

Điểm trung bình chung sự hài lòng về cơ sở vật chất trang thiết bị phục vụ NB là $3,69 \pm 0,81$ điểm.

- Sự hài lòng của NB về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế:



Biểu đồ 4. Sự hài lòng của NB về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế.

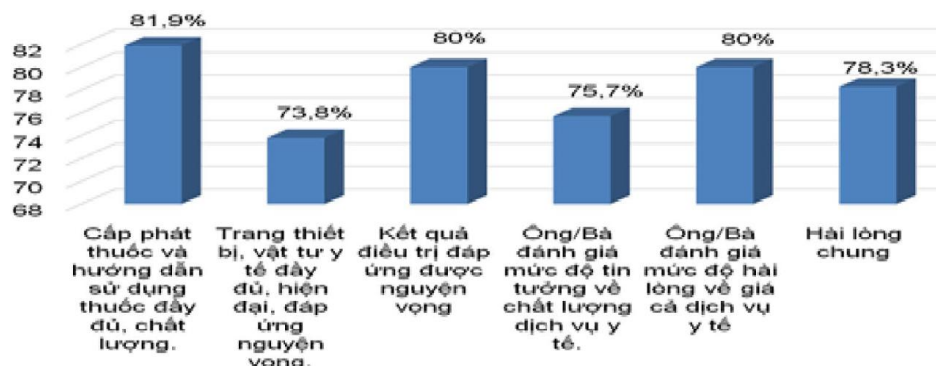
Sự hài lòng chung về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế là 76,1%.

Bảng 5. Điểm trung bình sự hài lòng của NB về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của NVYT.

Mã	Nội dung câu hỏi	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn ($\pm$ SD)
D1	Bác sĩ, điều dưỡng có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực	4,12	$\pm$ 0,65
D2	Nhân viên phục vụ (hộ lý, bảo vệ, kế toán...) có lời nói, thái độ giao tiếp đúng mực.	3,96	$\pm$ 0,59
D3	Được nhân viên y tế tôn trọng, đối xử công bằng, quan tâm, giúp đỡ.	3,92	$\pm$ 0,65
D4	Bác sĩ, điều dưỡng hợp tác tốt và xử lý công việc thành thạo, kịp thời	3,99	$\pm$ 0,64
D5	Được bác sĩ thăm khám động viên tại phòng điều trị	3,95	$\pm$ 0,642
D6	Được tư vấn chế độ ăn, vận động, theo dõi và phòng ngừa biến chứng	3,99	$\pm$ 0,71
D7	Nhân viên y tế không có biểu hiện gọi ý bồi dưỡng	4,47	$\pm$ 0,62
Điểm trung bình sự hài lòng chung của NB		4,03	$\pm$ 0,63

Điểm trung bình sự hài lòng của NB về thái độ ứng xử năng lực chuyên môn của nhân viên y tế là $4,03 \pm 0,63$ điểm.

- Sự hài lòng của NB về kết quả cung cấp dịch vụ:



Biểu đồ 5: Sự hài lòng của NB về kết quả cung cấp dịch vụ

Tỉ lệ NB hài lòng chung về kết quả cung cấp dịch vụ là 78,3%.

Bảng 6: Điểm trung bình sự hài lòng của NB về kết quả cung cấp dịch vụ.

Mã	Nội dung câu hỏi	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn ($\pm$ SD)
E1	Cấp phát thuốc và hướng dẫn sử dụng thuốc đầy đủ, chất lượng.	4,06	$\pm 0,65$
E2	Trang thiết bị, vật tư y tế đầy đủ, hiện đại, đáp ứng nguyện vọng.	3,83	$\pm 0,64$
E3	Kết quả điều trị đáp ứng được nguyện vọng	3,94	$\pm 0,60$
E4	Ông/Bà đánh giá mức độ tin tưởng về chất lượng dịch vụ y tế.	3,89	$\pm 0,61$
E5	Ông/Bà đánh giá mức độ hài lòng về giá cả dịch vụ y tế	3,92	$\pm 0,56$
Điểm trung bình sự hài lòng chung của NB		3,93	$\pm 0,61$

Điểm trung bình sự hài lòng chung của NB về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế là $3,93 \pm 0,61$ điểm.

- Kết quả trả lời câu hỏi (G2) “Nếu có nhu cầu sử dụng dịch vụ y tế, ông/bà có quay trở lại hoặc giới thiệu cho người khác đến không?”:

+ Có thể sẽ quay lại: 28 NB (17,5%).

+ Chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác: 132 NB (82,5%).

82,5% NB trả lời chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác khi có nhu cầu.

Bảng 7. Đánh giá sự đáp ứng của bệnh viện so với mong đợi của NB trước khi điều trị.

Câu hỏi	Thấp nhất	Lớn nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn ($\pm$ SD)
Đánh giá chung bệnh viện đã đáp ứng được bao nhiêu % so với mong đợi của Ông/Bà trước khi nằm viện	40%	100%	86,2%	0,49

Trung bình bệnh viện đáp ứng khoảng 86,2% so với mong đợi của NB trước khi nằm điều trị tại BV.

Bảng 8. Tỉ lệ hài lòng chung của NB:

Mục	Tiêu chí đánh giá	Hài lòng chung
A	Khả năng tiếp cận	81,5%
B	Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh điều trị	73,3%

C	Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh	66,1%
D	Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế	76,1%
E	Kết quả cung cấp dịch vụ	78,3%
Hài lòng chung (%)		75,1%

4. BÀN LUẬN

Tỉ lệ hài lòng chung với kết quả cung cấp dịch vụ của NB tại Bệnh viện Quân y 15 trong tháng 6/2019 đạt 75,1%; tương đương với kết quả khảo sát của Bộ Y tế năm 2017 (đạt 75,6% [4]). Điều này hoàn toàn đúng với thực trạng của bệnh viện.

Tỉ lệ hài lòng chung về cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ NB đạt 66,1%, điểm hài lòng chung là 3,69 điểm. Đây là tiêu chí NB cho điểm thấp nhất. Tuy nhiên, từ những kết quả khảo sát trên, bệnh viện sẽ có hướng cải tiến vào cuối năm 2019, đầu năm 2020 và những năm tiếp theo, như xây dựng nhà xe, xây dựng mới khu căng-tin tiện ích, cung cấp đầy đủ nhu cầu của NB và người nhà NB.

Tỉ lệ NB hài lòng chung về sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh điều trị đạt 73,3%. Đây là tỉ lệ này chưa cao, cần đặt ra cho các nhà quản lí làm sao để gia tăng tỉ lệ hài lòng của nhóm tiêu chí này, như cải tiến các quy trình khám bệnh, giảm thời gian NB chờ đợi, làm các thủ tục nhanh nhất.

Tỉ lệ NB hài lòng chung về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế đạt 76,1%; tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Tuyên và Đào Mai Luyến về mức độ hài lòng của NB tại trường Đại học Tây Nguyên năm 2012 (là 72,5-92,8%. [5]). Với xu thế hiện nay, bệnh viện dần tự chủ về tài chính, thu hút bệnh nhân là điều tất yếu. Để làm được điều này, bệnh viện cần có tổ chuyên trách quản lí chất lượng và tích cực hơn nữa trong vấn đề cải tiến để đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của NB.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu khảo sát sự hài lòng 160 NB nằm điều trị nội trú từ ngày thứ 3 trở lên tại Bệnh viện Quân y 15, tháng 6/2019. Kết quả:

- NB nữ (55,0%) nhiều hơn NB nam 45,0%). Đa số NB từ 20-49 tuổi (67,5%), có thể bảo hiểm (97,5%), sống ở nông thôn (72,5%).

- Tỉ lệ NB hài lòng chung về khả năng tiếp cận là 81,5%; sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị là 73,3%; cơ sở vật chất và phương

tiện phục vụ là 66,1%; thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế là 76,1%; kết quả cung cấp dịch vụ là 78,3%.

- Bệnh viện đã đáp ứng trung bình được 86,2% so với mong đợi của NB trước khi nằm điều trị. Có 82,5% NB trả lời chắc chắn sẽ quay lại bệnh viện hoặc giới thiệu cho người khác, 17,5% NB trả lời có thể quay lại lần sau.

Qua nghiên cứu, chúng tôi đề xuất các giải pháp về việc cải tiến chất lượng dịch vụ tại bệnh để nâng cao sự hài lòng của bệnh nhân:

- Tiếp tục bổ sung hệ thống chỉ dẫn giúp nâng cao khả năng tiếp cận cho bệnh nhân; Tiếp tục đầu tư cải tạo, đầu tư các trang thiết bị thiết yếu, như nhà vệ sinh, nước uống, quần áo, chăn màn, tivi, wifi...

- Bổ sung các dịch vụ tiện ích, như căng-tin bệnh viện, tổ công tác xã hội trong bệnh viện. Tập huấn kĩ năng giao tiếp ứng xử thường xuyên hơn. Tạo không gian xanh cho bệnh viện, trồng thêm cây xanh, bổ sung các chậu cây cảnh trong khuôn viên bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (1997), *Ban hành quy chế bệnh viện*, Quyết định 1895/1997/QĐ-BYT.
2. Bộ Y tế (2016), *Ban hành nội dung kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện*, Quyết định 6859/QĐ-BYT.
3. Nguyễn Văn Chung (2015), “Khảo sát sự hài lòng của người bệnh, thân nhân người bệnh đến khám và điều trị nội trú tại bệnh viện quân y 110 năm 2014”, *Hội nghị khoa học chào mừng 65 năm ngày truyền thống Bệnh viện Quân y 103*, Hà Nội.
4. Cục quản lí Khám chữa bệnh, Tổ chức Sáng kiến Việt Nam, Đại học Indiana (2017), *Báo cáo chính sách chỉ số hài lòng người bệnh*.
5. Nguyễn Mạnh Tuyên (2012), *Thực trạng cơ sở vật chất nhân lực và mức độ hài lòng của bệnh nhân tại Bệnh viện Trường Đại học Tây Nguyên năm 2012*, Luận văn thạc sĩ quản lí bệnh viện, Đại học Y tế công cộng. □

KHẢO SÁT SỰ HÀI LÒNG NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN DÂN Y 16, NĂM 2020

CNDD. TRẦN THỊ SAO - *Bệnh viện Quân dân y 16*
Phản biện khoa học: (1) BSCKII. NGUYỄN QUỐC THỊNH
(2) ThS. PHẠM THU HÀ

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, khảo sát sự hài lòng và xác định một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân dân y 16. **Kết quả:** Người bệnh nữ (64,1%) nhiều hơn người bệnh nam (35,9%). Đa số người bệnh từ 40-60 tuổi (44,1%) có thẻ bảo hiểm y tế (91,5%), nghề nghiệp là nông dân và lao động tự do (58,2%), điều trị nội trú lần đầu (65,6%). Điểm hài lòng trung bình của người bệnh tương đối cao (4,1 điểm). Tỷ lệ người bệnh hài lòng chung so với mong đợi là 92,7%, trong đó, tỷ lệ người bệnh hài lòng cao nhất tại Khoa Phẫu thuật - Hồi sức cấp cứu (98,0%). Có 68,8% người bệnh khẳng định sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác đến khám, chữa bệnh tại Bệnh viện Quân dân y 16; 27,0% người bệnh trả lời có thể quay lại khi có nhu cầu tương tự. Chưa thấy mối liên quan giữa mức độ hài lòng của người bệnh điều trị nội trú với giới tính, thẻ bảo hiểm y tế và số lần điều trị nội trú.

Từ khóa: Sự hài lòng người bệnh, Bệnh viện Quân dân y 16.

ABSTRACT: Cross-sectional descriptive study, surveying the satisfaction and identifying some related factors to satisfaction of inpatients at the Military-civil hospital 16. **Results:** The female patients (64,1%) were more than male patients (35,9%). The majority of patients aged 40-60 years (44,1%) have health insurance cards (91,5%), the occupations were farmers and self-employed laborers (58,2%), treated in hospital first time (65,6%). The average patients' satisfaction score was relatively high (4,1 points). The percentage of patients who were satisfied in general compared to the expectation was 92,7%, of which, the percentage of patients who were satisfied highest at the Department of Surgery - Emergency and Intensive care (98,0%). 68,8% of patients confirmed that they would return or referred other people for medical examination and treatment at the Military-Civil hospital 16; 27,0% of the patients answered that they will return when have requirements. There was no relationship between the satisfaction of the inpatients with gender, health insurance cards, and the number of treatments in the hospital.

Keywords: Patient's satisfaction, Military - Civil hospital 16.

Chịu trách nhiệm nội dung: CNDD. Trần Thị Sao, SĐT: 0989750617.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), chất lượng dịch vụ y tế tác động đến sự hài lòng của người bệnh (NB); ngược lại sự hài lòng của người bệnh có thể đánh giá được hiệu quả của dịch vụ do Bệnh viện cung cấp. Nâng cao chất lượng khám chữa bệnh (KCB) là yêu cầu cấp thiết đặt ra cho các cơ sở KCB, đồng thời, cũng là niềm mong đợi của NB. Với tình hình thực tế hiện nay, giá dịch vụ y tế tăng, nhưng chất lượng bệnh viện chưa tương xứng, nhiều bệnh viện xuống cấp. Thái độ nhân viên y tế chưa tận tình chu đáo, thủ tục KCB còn rườm rà. Bởi vậy, cải thiện chất lượng KCB, tăng cường ứng dụng những tiến bộ khoa học kỹ thuật mới là nhu cầu cấp thiết và cũng là tiêu chí để đánh giá chất lượng bệnh viện.

Sự hài lòng của NB là mục đích chính của công tác quản lý chất lượng bệnh viện (BV). Cải tiến chất lượng KCB, tuân thủ nguyên tắc tổ chức, thực hiện quản lý chất lượng là lấy NB làm trung tâm, là nhiệm vụ trọng tâm, xuyên suốt của bệnh viện, được tiến

hành thường xuyên, liên tục và ổn định dựa trên cơ sở pháp luật, cơ sở khoa học với các bằng chứng cụ thể và đáp ứng nhu cầu thực tiễn, nâng cao chất lượng của bệnh viện nhằm thỏa mãn mong đợi của NB. Bộ Y tế đã triển khai xác định và công bố chỉ số hài lòng về sự phục vụ hành chính; chỉ số hài lòng về chất lượng y tế công, nhằm hạn chế những tồn tại, bất cập, một số vi phạm đạo đức ngành y đã gây bức xúc trong xã hội, làm ảnh hưởng đến danh dự, uy tín và giảm niềm tin của NB đối với thầy thuốc.... Bộ Y tế quy định, Bệnh viện thực hiện lấy ý kiến thăm dò và đánh giá sự hài lòng của NB, người nhà người bệnh (NNNB), nhân viên y tế một cách thường xuyên, ít nhất là 3 tháng một lần, làm cơ sở cho việc cải tiến nâng cao chất lượng phục vụ NB và SHL của nhân viên y tế, bên cạnh đó, bộ công cụ đo lường sự hài lòng được xây dựng với số lượng các chỉ số tương thích với từng nội dung và phù hợp với từng lĩnh vực dịch vụ y tế công lập mà các đơn vị trong ngành y tế đang thực hiện [6], [7]. Tại Việt Nam cũng đã có nhiều bệnh viện thực hiện nghiên cứu về sự hài lòng của NB và kết quả

cũng đa dạng, phụ thuộc vào các yếu tố đánh giá của từng nghiên cứu.

Bệnh viện Quân y 16 là Bệnh viện hạng 2 trực thuộc Binh đoàn 16, được biên chế 100 giường bệnh phục vụ công tác KCB cho cán bộ, nhân viên trong toàn Binh đoàn và nhân dân trên địa bàn đồng quân. Chính vì vậy, chất lượng công tác KCB của Bệnh viện có liên quan chặt chẽ đến sức khỏe của các quân nhân và nhân dân 2 tỉnh. Cải thiện chất lượng KCB thông qua nâng cao sự hài lòng của NB và thân nhân NB là một trong những nhiệm vụ cấp thiết của Bệnh viện. Bệnh viện Quân dân y 16 chưa có khảo sát hay nghiên cứu nào chỉ ra xem NB và thân nhân NB đã thực sự hài lòng với dịch vụ KCB của Bệnh viện hay chưa. Chúng tôi triển khai nghiên cứu này nhằm khảo sát sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân dân y 16; xác định một số yếu liên quan đến sự hài lòng của NB nội trú.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

340 NB/người nhà NB (đối với NB nặng hoặc NB nhẹ) ≥ 18 tuổi (gọi chung NB), điều trị nội trú từ ngày thứ 3 trở nên tại Bệnh viện Quân dân y 16, từ ngày 01/5/2020 đến 30/5/2020.

- Loại trừ NB không đủ năng lực trả lời câu hỏi, người mắc các bệnh rối loạn tâm thần, cảm, điên...; NB chưa sử dụng dịch vụ bệnh viện tại thời điểm khảo sát hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, sử dụng phương pháp nghiên cứu định lượng

- Cơ mẫu nghiên cứu: toàn bộ NB/người nhà NB, điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân dân y 16 trong tháng 5. NB đáp ứng mục tiêu nghiên cứu

- Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin: phát phiếu tự điền vào bộ câu hỏi khảo sát sự hài lòng của NB nội trú theo quy định của Bộ Y tế. Bộ công cụ thu thập thông tin là bộ câu hỏi điều tra xã hội học theo thang đo cấp độ từng bậc, đo cả hai chiều từ tích cực đến tiêu cực hoặc ngược lại với thang đo 5 bậc.

- Quy trình thu thập số liệu: chủ nhiệm đề tài hướng dẫn và giám sát trực tiếp các cộng sự, cộng tác viên (điều dưỡng trưởng và các điều dưỡng viên, hộ sinh viên của các khoa lâm sàng thuộc Bệnh viện Quân dân y 16) về cách thu thập thông tin.

Trước khi phát phiếu điền vào bộ câu hỏi, NB được giải thích rõ về mục đích, ý nghĩa của việc khảo sát, được hướng dẫn tự trả lời. Trong trường hợp NB không biết chữ thì nghiên cứu viên đọc rõ từng nội dung của bộ câu hỏi sau đó đối tượng

lựa chọn câu trả lời để điều tra viên ghi lại đúng kết quả. NB trả lời xong thì nghiên cứu viên thu lại phiếu tiến hành rà soát, kiểm tra bảo đảm không bị bỏ sót câu trả lời.

- Đạo đức nghiên cứu: được Ban Giám đốc bệnh viện cho phép tiến hành. NB được giải thích rõ nội dung, ý nghĩa của việc tham gia nghiên cứu và tình nguyện tham gia trả lời. Thông tin NB được bảo đảm giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

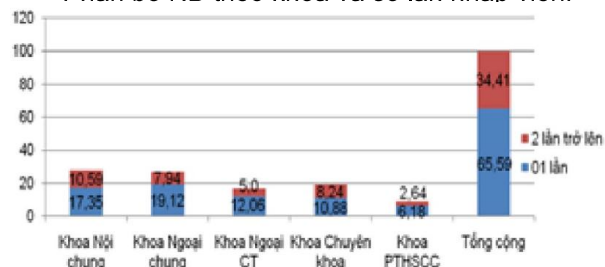
- Xử lý số liệu: số liệu được mã hóa làm sạch và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

Trong tháng 5/2020, tổng số NB điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân dân y 16 là 370 NB, trong đó, đã phát 350 phiếu điều tra cho 350 đối tượng bảo đảm tiêu chuẩn lựa chọn, sau khi kiểm tra và làm sạch thì nhóm nghiên cứu chọn 340 NB.

3.1. Đặc điểm NB nghiên cứu:

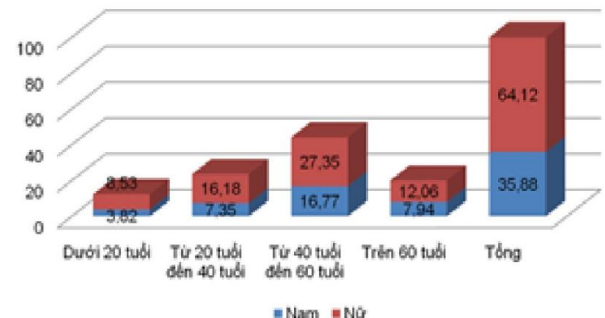
- Phân bố NB theo khoa và số lần nhập viện:



Biểu đồ 1. Phân bố NB theo khoa và số lần nhập viện.

65,59% NB điều trị lần đầu tại Bệnh viện Quân dân y 16, 34,41% NB điều trị nội trú từ 2 lần trở lên. Đa số NB điều trị tại Khoa Nội chung (27,94%) và Khoa Ngoại chung (27,06%).

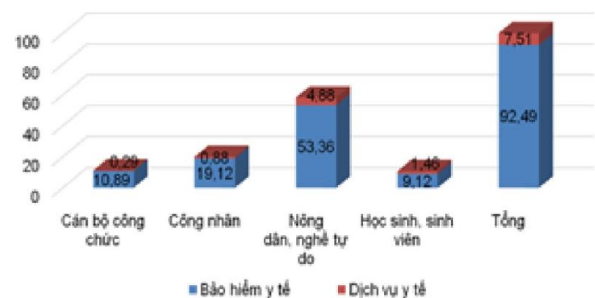
- Phân bố NB theo tuổi và giới tính (n = 340):



Biểu đồ 2. Phân bố NB theo tuổi và giới tính.

NB nữ (64,12%) nhiều hơn NB nam (35,88%). Đa số NB từ 40-60 tuổi (44,12%).

- Phân bố NB theo nghề nghiệp và thẻ bảo hiểm y tế (n = 340):

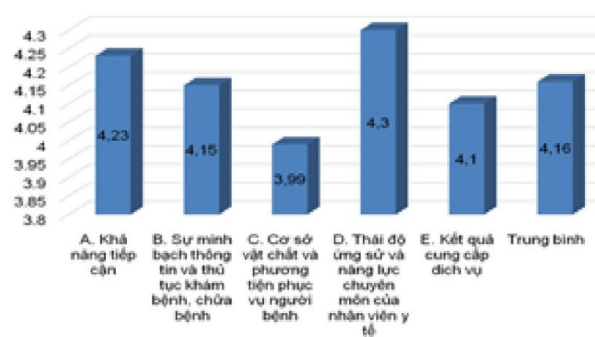


Biểu đồ 3. Phân bố NB theo thẻ bảo hiểm y tế và nghề nghiệp.

Đa số NB có thẻ bảo hiểm y tế (92,49%), là nông dân, nghề tự do (58,24%).

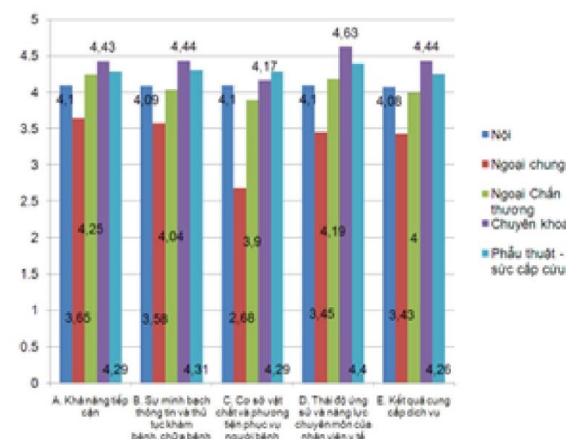
3.2. Sự hài lòng của NB điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân dân y 16:

- Điểm hài lòng trung bình các tiêu chí khảo sát:



Biểu đồ 4. Điểm hài lòng trung bình theo các tiêu chí khảo sát.

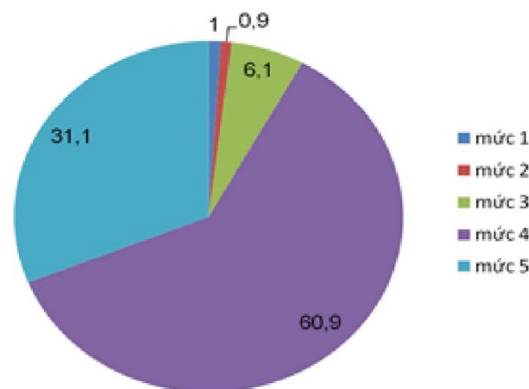
- Điểm hài lòng trung bình của NB theo các tiêu chí khảo sát tại các khoa:



Biểu đồ 5. Điểm hài lòng trung bình của NB theo các tiêu chí khảo sát tại các khoa.

Điểm hài lòng của NB tại Khoa Chuyên khoa và Khoa Phẫu thuật - Hồi sức cấp cứu có số điểm hài lòng theo các tiêu chí cao nhất, Khoa Ngoại chung có điểm hài lòng trung bình thấp nhất.

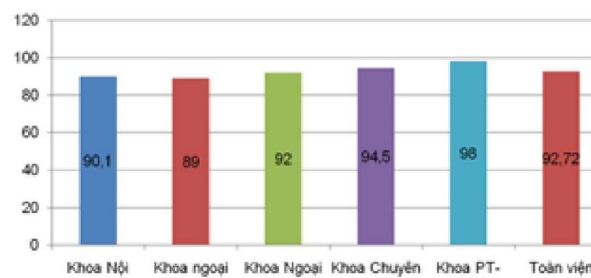
- Tỷ lệ hài lòng của NB theo các mức hài lòng:



Biểu đồ 6. Tỷ lệ hài lòng của NB theo các mức hài lòng.

58,9% NB hài lòng ở mức 4 (hài lòng) và 28,7% NB hài lòng ở mức 5 (rất hài lòng).

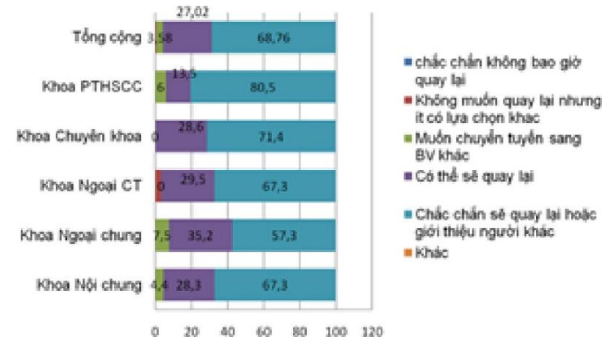
- Tỷ lệ hài lòng so với mong đợi của NB điều trị nội trú theo các khoa:



Biểu đồ 7. Tỷ lệ NB hài lòng so với mong đợi theo các khoa.

Tỷ lệ hài lòng chung so với mong đợi của NB là 92,72%, trong đó, Khoa Phẫu thuật - Hồi sức cấp cứu NB hài lòng chiếm tỷ lệ cao nhất (98%) trong các khoa lâm sàng.

- Tỷ lệ NB trả lời câu hỏi “Nếu có nhu cầu khám, chữa những bệnh tương tự, Ông/Bà có quay trở lại hoặc giới thiệu cho người khác đến không?”:



Biểu đồ 8. Tỷ lệ NB trả lời câu hỏi “Nếu có nhu cầu khám, chữa những bệnh tương tự, Ông/Bà có quay trở lại hoặc giới thiệu cho người khác đến không?” theo các khoa.

68,76% NB khẳng định chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác đến Bệnh viện Quân dân y 16; 27,02% NB trả lời có thể quay trở lại khi có nhu cầu tương tự; 3,58% NB muốn chuyển bệnh viện khác và 1 NB trả lời không muốn quay lại nhưng ít có lựa chọn khác.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của NB điều trị nội trú:

Bảng 1. Mối liên quan giữa sự hài lòng của người bệnh nội trú và giới tính.

Hài lòng của NB	Giới tính		Tổng
	Nam	Nữ	
Không	9 (7,4%)	17 (7,8%)	26 (7,65%)
Hài lòng	103 (92,6%)	201 (92,2%)	304 (92,35%)
Tổng	122 (100%)	218 (100%)	340 (100%)

Tỉ lệ hài lòng NB nam (92,6%) cao hơn so với NB nữ (92,2%).

Bảng 2. Mối liên quan giữa sự hài lòng của NB với thẻ bảo hiểm y tế.

Hài lòng của NB	Thẻ Bảo hiểm y tế		Tổng
	Có	Không	
Không	24 (7,7%)	2 (6,9%)	26 (7,65%)
Hài lòng	287 (92,3%)	28 (93,1%)	304 (92,35%)
Tổng	311 (100%)	29 (100%)	340 (100%)

NB có thẻ bảo hiểm y tế cảm thấy hài lòng (92,3%) thấp hơn so với NB không có thẻ bảo hiểm y tế (93,1%), khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Mối liên quan giữa sự hài lòng của NB và số lần nhập viện

Hài lòng của NB	Số lần nhập viện		Tổng
	Lần đầu	Từ 2 lần trở lên	
Không	19 (6,28%)	7 (5,98%)	26 (7,65%)
Hài lòng	204 (93,78%)	110 (94,12%)	304 (92,35%)
Tổng	223 (100%)	117 (100%)	340 (100%)

Tỉ lệ hài lòng của NB điều trị nội trú lần đầu tiên (93,78%) thấp hơn so với NB điều trị nội trú từ 2 lần trở nên (94,12%).

4. BÀN LUẬN.

- Đặc điểm của NB điều trị nội trú:

Trong số 340 NB người khảo sát trong tháng 5/2020, có 65,59% NB điều trị nội trú lần đầu, 34,41% NB điều trị nội trú từ 2 lần trở lên. Khoa Nội chung và Khoa Ngoại chung tiếp nhận số lượt NB cao nhất (lần lượt là 27,94% và 27,06%).

NB nữ (64,12%) nhiều hơn NB nam (35,88%). Đa số NB từ 40-60 tuổi (44,12%) có thẻ bảo hiểm y tế (91,5%), là nông dân và lao động tự do (58,24%).

- Sự hài lòng của NB điều trị nội trú:

Điểm trung bình hài lòng của NB điều trị nội trú hài lòng tương đối cao (4,16 điểm). NB nội trú hài lòng cao nhất đối với tiêu chí thái độ ứng xử và năng lực chuyên môn của nhân viên y tế (4,3 điểm). Điểm hài lòng thấp nhất là cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ NB (3,99 điểm). Kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Hoàng Long Quân (mức độ hài lòng chung là 4,9 điểm). Tỉ lệ NB hài lòng so với mong đợi chung là 92,72%, trong đó, NB hài lòng so với mong đợi tại Khoa phẫu thuật - Hồi sức cấp cứu (98,0%) cao nhất trong các khoa lâm sàng.

- Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của NB điều trị nội trú:

NB điều trị nội trú lần đầu thấy hài lòng (93,78%) thấp hơn so với NB điều trị nội trú từ 2 lần trở lên (94,12%), khác biệt có ý nghĩa thống kê. NB lần đầu đến viện điều trị nội trú thì tâm lí mong đợi cung cấp dịch vụ y tế bao giờ cũng mong đợi và có yêu cầu cao hơn so với những người đã được trải nghiệm. Tỉ lệ hài lòng của NB điều trị nội trú có thẻ bảo hiểm y tế (92,3%) thấp hơn so với NB điều trị nội trú không có thẻ bảo hiểm y tế lên là 93,1%).

Đối với các yếu tố khác liên quan tới sự hài lòng của NB điều trị nội trú đều có sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 340 NB điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân dân y 16, từ ngày 01/5/2020 đến 30/5/2020, kết luận:

- NB nữ (64,12%) nhiều hơn NB nam (35,88%). Đa số NB từ 40-60 tuổi (44,12%) có thẻ bảo hiểm y tế (91,5%), là nông dân và lao động tự do (58,24%), điều trị nội trú lần đầu (65,59%)

- Điểm hài lòng trung bình của NB tương đối cao (4,12 điểm). Tỉ lệ NB hài lòng chung so với mong đợi là 92,72%, trong đó, Khoa Phẫu thuật - Hồi sức cấp cứu NB hài lòng so với mong đợi chiếm tỉ lệ có cao nhất trong các khoa (98,0%). □

- Có 68,76% NB khẳng định chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác đến KCB tại Bệnh viện Quân dân y 16, 27,02% NB trả lời có thể quay trở lại khi có nhu cầu tương tự.

- Chưa thấy mối liên quan giữa mức độ hài lòng của NB điều trị nội trú với giới tính, thẻ bảo hiểm y tế và số lần điều trị nội trú.

Qua nghiên cứu chúng tôi kiến nghị:

+ Nâng cao chất lượng chăm sóc, đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của nhân viên y tế; đào tạo tiếng dân tộc bản địa, phát triển nguồn nhân lực y tế và huy động và sử dụng có hiệu quả các nguồn vốn đầu tư. Cải thiện chất lượng vệ sinh bệnh viện để đáp ứng nhu cầu thực tế cho NB đến KCB.

+ Tiếp tục duy trì nghiên cứu tương tự hằng quý tại Bệnh viện, hướng tới khảo sát 100% mẫu NB điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân dân y 16.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Thị Ly, Ngô Thị Ngoãn (2007), “Khảo sát sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại các bệnh viện tỉnh Hải Dương năm 2007”, *Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học điều dưỡng*, Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ III, tr. 163-168.
2. Phạm Nhật Yên và cộng sự (2008), *Đánh giá sự hài lòng của người bệnh về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại Khoa Khám, chữa bệnh theo yêu cầu của Bệnh viện Bạch Mai*, năm 2008, Luận văn Thạc sĩ y tế công cộng.
3. Hoàng Long Quân, Trần Ái, Đặng Công Lân, Nguyễn Minh Thành và Bùi Xuân Thành (2015), *Khảo sát sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại các bệnh viện trên địa bàn tỉnh Kon Tum năm 2015*.
4. Hoàng Văn Minh (2009), *Thực hành quản lý, xử lý và phân tích số liệu trong nghiên cứu khoa học y học Hà Nội*, Nhà xuất bản Y học.
5. DEALER C.S.O.F.W, URS M.V, KUMAR A.S & RAO A.H (2013), *Intercontinental journal of marketingresearch review*.
6. Meuter M.L, Ostrom A.L, Roundtree R.I và Bitner M.J (2000), “Self-service technologies: understanding customer satisfaction with technology-based service encounters”, *Journal of marketing*, 64v(3), pp. 50-64.
7. Net N, Sermsri S and Chompikul J (2007), “Patient Satisfaction with Health Services at the Out-Patient Department Clinic of Wangmamyen Community Hospital, Sakeao Povice, Thailand”, *Journal of Public Health*, 5 (2), pp. 34. □

VĂN HÓA AN TOÀN NGƯỜI BỆNH VÀ CÁC YẾU TỐ...

(Tiếp theo trang 127)

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Tăng Chí Thượng và cộng sự (2012), *Khảo sát Văn hóa an toàn người bệnh tại bệnh viện Nhi Đồng 1 năm 2012*, tr. 09.
2. Bộ Y Tế (2014), “Tài liệu đào tạo liên tục về An toàn người bệnh”, <https://kcb.vn/vanban/tai-lieu-dao-tao-lien-tuc-ve-an-toan-nguoi-benh>.
3. Phạm Đức Mục (2015), *Giảm thiểu sự cố y khoa trong các bệnh viện*.
4. Phạm Thị Mai (2018), *Văn hóa an toàn người bệnh tại Bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh cơ sở 1 năm 2018*, Khóa Luận tốt nghiệp cử nhân, tr. 37, 38.
5. Lê Văn Tuấn (2018), *Văn hóa an toàn người bệnh và các yếu tố liên quan ở nhân viên điều dưỡng tại bệnh viện Đa khoa Khu vực Củ Chi năm 2018*, tr. 36, 37.
6. Daniel R Levinson, “Adverse events in hospitals: National incident among medical beneficiaries”. *Office of Investigator General*.
7. Rockville Westat, Joann Sorra, Theresa Famolaro, MPS Naomi Dyer, Kabir Khanna, Dawn Nelson (2010), *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2010 User Comparative Database Report*.
8. I-Chi Chen, Hung-Hui Li (2010), “Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)”, *BMC health services research*, 10 (1), 152.
9. Fadi El-Jardali, Maha Jaafar, Hani Dimassi, Diana Jamal, Rana Hamdan (2010), “The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline”, *International Journal for Quality in Health Care*, 22 (5), 386-395.
10. Fadi El-Jardali, Farheen Sheikh, Nereo A Garcia, Diana Jamal, Ayman Abdo (2014), “Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement”, *BMC health services research*, 14 (1), 122.
11. !!! INVALID CITATION !!! [El-Jardali, 2010 #10; El-Jardali, 2014 #11; Mai, 2018 #6]. □

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT TUYẾN GIÁP TẠI VIỆN Y HỌC PHÒNG XẠ VÀ U BƯỚU QUÂN ĐỘI, NĂM 2019

CNDD. BÙI VIỆT CƯỜNG

Viện Y học Phóng xạ và u bướu Quân đội

Phản biện khoa học: (1) GS.TS. LÊ TRUNG HẢI

(2) TS. TRƯƠNG QUANG TRUNG

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiến cứu mô tả, đánh giá kết quả chăm sóc 140 người bệnh phẫu thuật tuyến giáp tại Khoa Điều trị, Viện Y học Phóng xạ và u bướu Quân đội, từ tháng 01-7/2019. **Kết quả:** Sau phẫu thuật: 100% người bệnh tỉnh, 98,6% người bệnh thở bình thường, 78,5% người bệnh có huyết áp tâm thu bình thường (19,3% tăng huyết áp tâm thu và 2,1% giảm huyết áp tâm thu); 69,4% người bệnh có tần số mạch bình thường (28,6% mạch nhanh và 2,1% mạch chậm); 85,0% người bệnh có mức độ đau vừa (0,7% đau nhiều 4,3% đau ít); 92,1% người bệnh có thân nhiệt bình thường. Biến chứng sau mổ: chảy máu sau mổ và tụ dịch, tụ máu thành ngực đều chiếm 2,2%; nhiễm độc giáp 0,7%; tê bì chân tay 13,1%. Thời gian nằm viện trung bình là 9,3 ngày. Tại thời điểm người bệnh ra viện, tất cả các chỉ số theo dõi sau mổ đều trở lại giới hạn bình thường, toàn trạng người bệnh ổn định.

Từ khóa: Phẫu thuật tuyến giáp, ung thư tuyến giáp, chăm sóc người bệnh.

ABSTRACT: Prospective, descriptive study and evaluate the results of medical care for 140 patients with thyroid surgery at the Department of treatment, Military Institute of Radiation Medicine and Tumor, from January to July 2019. **Results:** After surgery: 100% of patients were awake, 98.6% of patients had normal breathing, 78.5% of patients had normal systolic blood pressure (19.3% increased systolic blood pressure and 2.1 % decrease systolic blood pressure); 69.4% of patients had normal pulse frequency (28.6% fast pulse and 2.1% slow pulse); 85.0% of patients had moderate pain (0.7% had a lot of pain, 4.3% had little pain); 92.1% of patients had normal body temperature. Postoperative complications: postoperative bleeding and condensation of fluid, chest wall hematoma, both accounted for 2.2%; thyrotoxicosis 0.7%; limb numbness 13.1%. The average length of hospital stay was 9.3 days. At the time of hospital discharge, all postoperative monitoring indicators returned to normal limits, the patient's overall condition was stable.

Keywords: Thyroid surgery, thyroid cancer, medical care for the patient.

Chịu trách nhiệm nội dung: CNDD. Bùi Việt Cường, SĐT: 0916063636.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật tuyến giáp hiện đang là lựa chọn ưu tiên trong việc điều trị một số bệnh lý tuyến giáp, như ung thư tuyến giáp, bướu giáp đa nhân, bệnh Grave, viêm giáp Hashimoto... Việc chăm sóc và theo dõi của điều dưỡng đối với người bệnh (NB) sau phẫu thuật (PT) là yếu tố góp phần vào sự thành công của cuộc PT, nâng cao chất lượng điều trị, rút ngắn thời gian nằm viện.

Lấy NB làm trung tâm là cần thiết để công tác chăm sóc được toàn diện, liên tục, bảo đảm hài lòng, chất lượng và an toàn. Bao gồm hỗ trợ, đáp ứng các nhu cầu cơ bản của mỗi NB nhằm duy trì hô hấp, tuần hoàn, thân nhiệt, ăn uống, bài tiết, tư thế vận động, vệ sinh cá nhân, ngủ, nghỉ; chăm sóc tâm lý; hỗ trợ điều trị và tránh các nguy cơ từ môi trường bệnh viện. NB được chăm sóc tốt sẽ

giảm tai biến, biến chứng, giảm chi phí, nâng cao chất lượng cuộc sống. Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đánh giá dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ nhân viên điều dưỡng cung cấp là một trong những trụ cột của hệ thống y tế.

Hàng năm, Viện Y học phóng xạ và u bướu Quân đội thu dung, điều trị cho nhiều NB UTTG, nhưng chưa có công trình nghiên cứu nào đánh giá vai trò của điều dưỡng. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả chăm sóc NB sau PT tuyến giáp tại Viện Y học phóng xạ và u bướu Quân đội.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

140 NB PT tuyến giáp tại Khoa Điều trị tổng hợp, Viện Y học phóng xạ và u bướu Quân đội từ

tháng 01-7/2019. NB đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu mô tả.
- Các chỉ tiêu đánh giá: tình trạng tri giác; các chỉ số sinh tồn (mạch, thân nhiệt, huyết áp); tình trạng vết mổ; tai biến, biến chứng; thời gian nằm viện sau PT và toàn trạng trước khi ra viện.
- Xử lý số liệu: thu thập và xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học thường dùng.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

Bảng 1. Tri giác và thân nhiệt sau PT (n = 140).

Tri giác và thân nhiệt		Số NB	Tỉ lệ %
Tri giác	Tỉnh	140	100
	Lơ mơ	0	-
Thân nhiệt	Hạ thân nhiệt (< 36,5°C)	11	7,9
	Bình thường (36,5-37,5°C)	129	92,1
	Sốt các mức độ (> 37,5°C)	0	-
	± SD	36,6 ± 0,02	

Sau PT, 100% NB tỉnh táo, không sốt (thân nhiệt trung bình 36,6 ± 0,02°C).

Bảng 2. Tình trạng hô hấp sau PT (n = 140).

Tình trạng hô hấp		Số NB	Tỉ lệ %
Cách thức	Tự thở	138	98,6
	Hô hấp hỗ trợ	2	1,4
Tần số thở (lần/phút)	Nhanh (> 20 lần/phút)	3	2,1
	B.thường 16-20 lần/phút)	137	97,9
	Chậm (< 16 lần/phút)	0	-
	± SD	19,99 ± 0,05	

98,6% NB sau PT tự thở, 2 NB (1,4%) cần hô hấp hỗ trợ (thở oxy qua mũi 3 lít/phút thêm 3 giờ sau PT). 97,9% NB có tần số thở bình thường, 3 NB (2,1%) nhịp thở trên 20 lần/phút. Tần số thở trung bình là 19,99 ± 0,05 lần/phút.

Bảng 3. Mức độ đau (theo thang điểm VAS) ngày đầu sau PT (n = 140).

Mức độ đau ngày đầu sau PT	Số NB	Tỉ lệ %
Không đau	15	10,7
Đau ít	6	4,3
Đau vừa	118	84,3
Đau nhiều	1	0,7

Ngày đầu sau PT, 84,3% NB đau vừa, chỉ 1 NB (0,7%) đau nhiều và 6 NB (4,3%) đau ít.

Bảng 4. Tình trạng buồn nôn/nôn sau PT (n = 140).

Tình trạng buồn nôn/nôn sau PT	Số NB	Tỉ lệ %
Không	28	20,0
Ít	100	71,4
Nhiều	12	8,6

100 NB (71,4%) sau PT có biểu hiện buồn nôn/nôn mức độ ít, 28 NB (20,0%) không buồn nôn, không nôn.

Bảng 5. Số lượng dịch dẫn lưu sau PT (n = 140).

Tình trạng dịch dẫn lưu		Số NB	Tỉ lệ %
Lượng dịch	< 10 ml	1	0,71
	11-30 ml	57	40,71
	31-50 ml	45	32,14
	51-70 ml	29	20,71
	71-90 ml	6	5,73
	± SD	29,5 ± 12,4	
Màu sắc	Màu hồng	72	51,49
	Màu đỏ tươi	68	48,51

Lượng dịch dẫn lưu vết mổ không quá 90 ml; trung bình là 29,5 ml. Màu sắc dịch dẫn lưu màu hồng và màu đỏ.

- Tai biến, biến chứng sau PT (n = 140):

+ Chảy máu: 3 NB (2,1%).

+ Tê bì chân, tay: 19 NB (13,6%).

+ Tụ dịch/máu thành ngực: 3 NB (2,1%).

+ Nhiễm độc giáp: 1 NB (0,7%).

+ Thấm dịch vết mổ: 22 NB (15,7%).

Có 1 NB (0,7%) nhiễm độc giáp và 3 NB (2,1%) chảy máu sau mổ. Các tai biến khác không nặng nề và tỉ lệ không cao.

Bảng 6. Diễn biến thân nhiệt NB sau PT.

Thân nhiệt	Ngày 1	Ngày 2	Ra viện
Hạ thân nhiệt (< 36,5°C)	11 (7,9%)	5 (3,6%)	0
Bình thường (36,5-37,5°C)	129 (92,1%)	135 (96,4%)	140 (100%)
Sốt (> 37,5°C)	0	0	0

Chỉ gặp hạ thân nhiệt ngày đầu sau PT ở 11 NB (7,9%), ngày thứ 2 sau PT ở 5 NB (3,6%). Không trường hợp nào có sốt (trên 37,5°C).

Bảng 7. Diễn biến tình trạng hô hấp của NB sau PT (n = 140).

Hô hấp		Ngày 1	Ngày 2	Ra viện
Cách thức	Tự thở	138 (98,6%)	138 (98,6%)	140 (100%)
	Hô hấp hỗ trợ	2 (1,4%)	2 (1,4%)	0
Tần số thở	Nhanh (> 20 lần/phút)	3 (2,1%)	2 (1,4%)	0
	Bình thường (16-20 lần/ph)	137 (97,9%)	138 (98,6%)	140 (100%)

Ngày đầu và ngày thứ hai sau PT, 2 NB (1,4%) cần hỗ trợ hô hấp. Ngày đầu sau PT, 3 NB (2,1%) nhịp thở nhanh. Không NB nào có nhịp thở chậm.

Bảng 8. Diễn biến mức độ đau sau PT (n = 140).

Mức độ đau	Ngày 1	Ngày 2	Ra viện
Không đau	15 (10,7%)	25 (17,9%)	140 (100%)
Đau ít	6 (4,3%)	19 (13,6%)	0
Đau vừa	118 (84,3%)	96 (68,5%)	0
Đau nhiều	1 (0,7%)	0	0

Từ ngày đầu sau PT đến thời điểm ra viện, mức độ đau của NB giảm dần.

Bảng 9. Diễn biến tình trạng tim mạch sau PT.

Tình trạng tim mạch		Ngày 1	Ngày 2	Ra viện
Tần số tim (chu kì/phút)	< 60	3 (2,1%)	1 (0,7%)	0
	60-90	97 (69,3%)	134 (95,7%)	100 (100%)
	> 90	40 (28,6%)	5 (3,6%)	0
Huyết áp tâm thu (mmHg)	Thấp	2 (1,4%)	1 (0,7%)	0
	Bình thường	111 (79,3%)	139 (99,3%)	140 (100%)
	Cao	27 (19,3%)	0	0

Ngày đầu và ngày thứ hai sau PT, NB có tần số tim < 60 chu kì/phút và > 90 chu kì/phút đã giảm. Trong ngày đầu sau PT, 27 NB có huyết áp cao (19,3%), và 2 NB huyết áp thấp (0,7%).

Bảng 10. Tình trạng buồn nôn/nôn sau PT (n = 140).

Buồn nôn/nôn	Ngày 1	Ngày 2	Ra viện
Không	28 (20,0%)	110 (78,6%)	140 (100%)
Ít	100 (71,4)	30 (21,4)	0
Nhiều	12 (8,6)	0	0

Ngày đầu sau PT, có 112 NB nôn/buồn nôn. Thời điểm ngày thứ 2 sau PT, còn 30 NB nôn/buồn nôn (21,4%).

Bảng 11. Tình trạng chảy máu vết mổ sau PT.

Chảy máu	Ngày 1	Ngày 2	Ra viện
Có	3 (2,1%)	1 (0,7%)	0
Không	137 (97,9%)	139 (99,3%)	140 (100%)

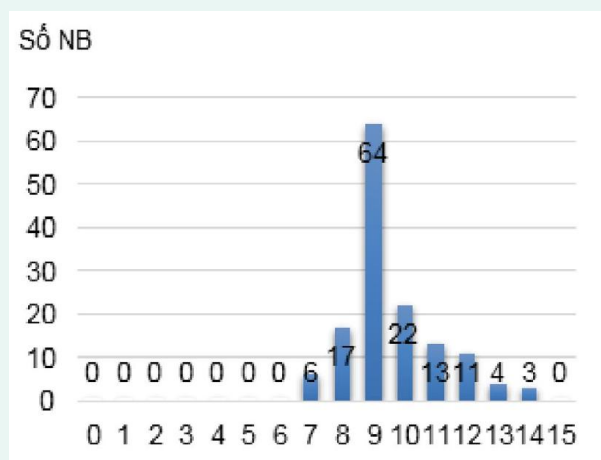
3 NB (2,1%) chảy máu ở ngày đầu sau PT, đến ngày thứ hai chỉ còn 1 NB (0,7%).

Bảng 12. Diễn biến tụ máu vết mổ sau PT.

Tụ máu	Ngày 1	Ngày 2	Ra viện
Có	3 (2,1%)	2 (1,4%)	0
Không	137 (97,9%)	138 (98,6%)	100 (100%)

Có 3 NB tụ máu dưới da ở ngày đầu sau PT (2,1%). Ngày thứ 2 còn 2 NB tụ máu (1,4%).

- Thời gian nằm viện của NB (n = 140):



Biểu 2. Thời gian nằm viện của NB (n = 140).

Thời gian nằm viện của NB từ 7-14 ngày, trung bình 9,3 ngày.

Bảng 13. Thời gian cắt chỉ sau PT.

Thời gian cắt chỉ sau PT	Số NB	Tỉ lệ %
7-9 ngày	132	94,3
> 10 ngày	8	5,7

132 NB (94,3%) cắt chỉ sau PT từ 7-9 ngày, 8 NB (5,7%) cắt chỉ muộn hơn.

4. BÀN LUẬN.

- Tình trạng hô hấp: tỉ lệ NB tự thở sau PT là 98,6%. Tỉ lệ NB có tần số thở bình thường là 97,9%, thở nhanh là 2,1%; tần số thở trung bình $19,99 \pm 0,05$ lần/phút. Nghiên cứu của Đào Thị Thanh Hảo tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương thì 100% NB tự thở hoàn toàn, nhịp thở đều, kiểu thở bình thường; tần số thở từ 16-20 lần/phút chiếm 84,4%, tỉ lệ NB có tần số thở trên 20 lần/phút chiếm 15,6%, song nhịp thở trở lại bình thường sau khi sử dụng thuốc giảm đau. Ngay sau PT, điều dưỡng phải theo dõi sát mạch, huyết áp và ghi thành biểu đồ để dễ dàng so sánh, theo dõi.

- Tình trạng tim mạch: tần số tim của NB dao động từ 60-90 chu kì/phút (69,3%), 40 NB có tần số tim trên 90 chu kì/phút (28,6%), chỉ 3 NB sau PT có tần số tim dưới 60 chu kì/phút (2,1%). Tần số tim trung bình 83,53 chu kì/phút. 79,3% NB có huyết áp tâm thu sau PT trong giới hạn bình thường, 27 NB (19,3%) cao huyết áp sau PT, chỉ 2 NB có huyết áp thấp (1,4%). Huyết áp trung bình sau PT là 127/75 mmHg. Nghiên cứu của Đào Thị Thanh Hảo tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương thấy sau PT, 100% NB có nhịp tim đều; 86,7% NB có huyết áp bình thường và 13,3% NB có huyết áp cao.

- Theo dõi, chăm sóc dẫn lưu sau PT nhằm mục đích phát hiện sớm biến chứng chảy máu. Kết quả nghiên cứu thấy, lượng dịch trung bình sau mổ là 29,5 ml. Dịch dẫn lưu màu hồng và màu đỏ chiếm tỉ lệ tương đương nhau (sau đó dịch dẫn lưu chuyển màu trong dần).

- Mức độ đau: 84,3% NB đau mức độ vừa sau PT. Có 1 NB đau nhiều (0,7%) và 6 NB đau ít (4,3%), 15 NB không đau (10,7%). Theo Đào Thị Thanh Hảo, nhóm NB được PT nội soi cắt toàn bộ tuyến giáp thì sau PT, đa số đau ở mức độ vừa (71,1%), NB đau mức độ nhiều chiếm 8,9%, và đau ít chiếm 20%. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Ngọc Lương và một số tác giả khác.

- Biến chứng sau PT: có 1 trường hợp chảy máu sau PT; phù hợp với kết quả nghiên cứu của Trần Ngọc Lương. Tê bì tay chân là biểu hiện hạ

canxi huyết, trong nghiên cứu này có 22/140 NB tê tay chân sau PT, chiếm tỉ lệ 13,1%. 100 NB (71,4%) có biểu hiện nôn/buồn nôn sau PT, 28 NB (20%) không buồn nôn/nôn sau PT. Nghiên cứu của Đào Thị Thanh Hảo thấy, NB PT nội soi cắt toàn bộ tuyến giáp tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương, 91,1% NB không có triệu chứng buồn nôn, nôn sau PT; có 4/45 NB (8,9%) có triệu chứng buồn nôn, nôn.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 140 NB PT tuyến giáp tại Khoa Điều trị tổng hợp, Viện Y học Phóng xạ và u bướu Quân đội, từ tháng 01-7/2019, kết luận:

- Sau PT, 100% NB tỉnh, 98,6% NB thở bình thường; 78,5% NB có huyết áp tâm thu bình thường, 19,3% NB tăng huyết áp tâm thu và 2,1% NB giảm huyết áp tâm thu; 69,4% NB có tần số mạch bình thường, 28,6% NB mạch nhanh và 2,1% NB mạch chậm; 85% NB có mức độ đau vừa, 0,7% đau nhiều, 4,3% đau ít; hầu hết NB có thân nhiệt bình thường (92,1%).

- Biến chứng sau mổ: chảy máu sau mổ và tụ dịch, tụ máu thành ngực đều chiếm 2,2%; nhiễm độc giáp gặp 0,7%, tê bì chân tay (13,1%). NB được theo dõi các chỉ số cho đến khi ra viện. Kết quả: tại thời điểm NB ra viện, các chỉ số đều trở lại giới hạn bình thường và NB ra viện an toàn. Thời gian nằm viện trung bình là 9,3 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Đào Thị Thanh Hảo (2015), Đánh giá kết quả theo dõi, chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ tuyến giáp tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương, Bộ môn Điều dưỡng, Đại học Thăng Long, Hà Nội, tr. 46-50.
- Nguyễn Đức Toàn (2018), Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị bướu nhân lành tính một thùy tuyến giáp tại Bệnh viện Thanh Nhàn, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, tr. 33-58.
- Trần Ngọc Lương (2005), Một số nhận xét về kĩ thuật mổ nội soi tuyến giáp bằng đường thành ngực trước và đường nách: qua 200 trường hợp bướu nhân ở 1 thùy", *Tạp chí Y học thực hành*, 8 (517), tr. 38-41.
- Nguyễn Xuân Hậu (2019), *Nghiên cứu giá trị sinh thiết hạch cửa trong bệnh ung thư tuyến giáp*, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, tr. 54-60.
- Phạm Văn Trung (2010), *Nghiên cứu các chỉ số có giá trị trong chẩn đoán và tiên lượng kết quả điều trị ngoại khoa ung bướu tuyến giáp*, Học viện Quân y, Hà Nội, tr. 44-53. □

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VỀ DỰ PHÒNG, CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ CỦA ĐIỀU DƯỠNG VIỆN Y HỌC PHÒNG KHÔNG - KHÔNG QUÂN, NĂM 2020

ThS. LÊ THỊ NGỌC LAN

Viện Y học Phòng không - Không quân

Phản biện khoa học: (1) TS. NGUYỄN VĂN GIANG

(2) TS. NGUYỄN LAN ANH

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực trạng kiến thức dự phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ trên 87 điều dưỡng tham gia chăm sóc, phục vụ người bệnh tại các khoa lâm sàng và cận lâm sàng Viện Y học Phòng không - Không quân, từ tháng 3-8/2020. **Kết quả:** 54,0% điều dưỡng có kiến thức chung đạt yêu cầu về dự phòng, chẩn đoán, xử trí phản vệ; 41,4% điều dưỡng có kiến thức đạt về dự phòng phản vệ; 72,4% có kiến thức đạt về chẩn đoán phản vệ; 74,7% có kiến thức đạt về xử trí phản vệ; vẫn còn 41,7% chưa nắm được kiến thức về phác đồ xử trí adrenalin. Điều dưỡng viên dưới 35 tuổi, thâm niên công tác dưới 10 năm có kiến thức về phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ tốt hơn so với điều dưỡng viên trên 35 tuổi, thâm niên công tác trên 10 năm (OR = 5,43, OR = 4,19). Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Từ khóa: Phản vệ, dự phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.

ABSTRACT: Cross-sectional descriptive study of the real situation of knowledge about prevention, diagnosis, and management of anaphylaxis in 87 nurses, who were involved in the care and service of patients at the clinical and subclinical departments, hospital of air defense - air force medicine, from March to August 2020. **Results:** 54.0% of nurses had general knowledge meeting the requirements on prevention, diagnosis, and management of anaphylaxis. 41.4% of nurses knew about anaphylaxis prevention; 72.4% knew about anaphylaxis diagnosis; 74.7% knew about management of anaphylaxis; 41.7% still did not know about adrenaline treatment regimen. The nurses under 35 years of age, service seniority less than 10 years, had better knowledge about prevention, diagnosis, and management of anaphylaxis than those who were over 35 years old, service seniority more than 10 years (OR = 5.43, OR = 4.19). The difference was statistically significant with $p < 0.05$.

Keywords: Anaphylaxis, prevention, diagnosis, and management of anaphylaxis.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Lê Thị Ngọc Lan, SĐT: 0988839934.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Hiện nay, tình trạng phản vệ (PV) xảy ra có xu hướng nhiều hơn, diễn biến nguy hiểm hơn do người bệnh sử dụng nhiều loại thuốc khác nhau. Tình hình bệnh tật cũng ngày một gia tăng và có nhiều diễn biến phức tạp. An toàn người bệnh luôn được các bệnh viện quan tâm và đặt lên hàng đầu. Điều dưỡng viên (ĐDV) giữ một vai trò rất quan trọng trong phát hiện và xử lý kịp thời các trường hợp PV, vì họ luôn là người trực tiếp thực hiện y lệnh điều trị của bác sĩ và thường xuyên theo dõi, chăm sóc người bệnh.

Ngày 29/12/2017, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 51/2017/TT-BYT về hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí PV [1]. Để có cơ sở đánh giá và tìm ra các giải pháp nhằm bảo đảm an toàn người bệnh, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá thực trạng và phân tích một số yếu tố liên quan đến kiến thức về dự phòng, chẩn đoán và xử trí PV theo Thông tư 51/2017/TT-BYT của ĐDV Viện Y học Phòng không - Không quân.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

87 ĐDV trực tiếp tham gia chăm sóc, phục vụ người bệnh tại các khoa lâm sàng và cận lâm sàng Viện Y học Phòng không - Không quân, từ tháng 3-8/2020. ĐDV có mặt làm việc tại thời điểm nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu :

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, có phân tích.
- Cách chọn mẫu: phương pháp chọn mẫu thuận tiện, dựa vào danh sách ĐDV để chọn mẫu theo tiêu chuẩn lựa chọn.
- Công cụ thu thập thông tin: sử dụng bảng câu hỏi định lượng được thiết kế sẵn. Đánh giá kiến thức từng nội dung, đạt yêu cầu khi đối tượng nghiên cứu trả lời đúng $\geq 75\%$ số câu hỏi. Mỗi câu trả lời đúng được tính 1 điểm.
- Đạo đức nghiên cứu: đề tài đã được hội đồng đạo đức bệnh viện thông qua. Tất cả ĐDV đều được giải thích rõ ý nghĩa của nghiên cứu và đồng

ý tham gia.

- Xử lý số liệu: nhập số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (n = 87).

Đặc điểm	Số ĐDV
Giới tính	Nam 36 (41,4%)
	Nữ 51 (58,6%)
Nhóm tuổi	≤ 35 tuổi 29 (33,3%)
	> 35 tuổi 58 (66,7%)
Trình độ chuyên môn	Trung cấp 27 (31,0%)
	Cao đẳng 51 (58,6%)
	Đại học 9 (10,3%)
Thời gian công tác	Dưới 5 năm 8 (9,2%)
	Từ 5-10 năm 18 (20,7%)
	Trên 10 năm 61 (70,1%)

Trong 87 ĐDV tham gia nghiên cứu, tỉ lệ ĐDV nữ (58,6%) nhiều hơn ĐDV nam (41,4%), chủ yếu ĐDV trên 35 tuổi (66,7%). Số ĐDV có trình độ cao đẳng chiếm tỉ lệ cao nhất (58,6%). Đa số ĐDV có thời gian công tác từ 5 năm trở lên (90,8%), chỉ 9,2% ĐDV có thời gian công tác dưới 5 năm.

3.2. Thực trạng kiến thức về dự phòng, chẩn đoán và xử trí PV của các ĐDV:

- Kiến thức về chẩn đoán các mức độ PV:

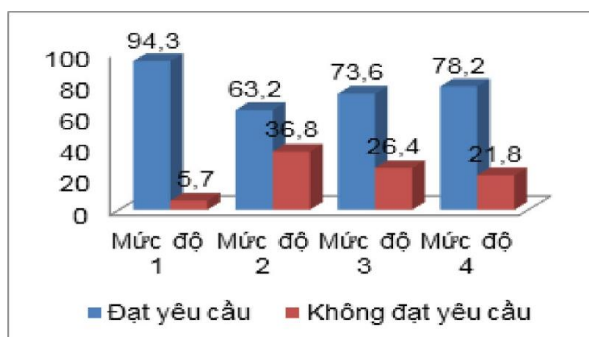
Bảng 2. Kiến thức của ĐDV về dự phòng PV (n = 87).

Nội dung	Đạt yêu cầu	Không đạt yêu cầu
Quy trình thử test	73 (83,9%)	14 (16,1%)
Thời gian đọc kết quả thử test	22 (25,3%)	65 (74,7%)
Các chỉ số khi đọc kết quả thử test	56 (64,4%)	31 (35,6%)
Đánh giá chung kiến thức của ĐDV về thực hiện các kĩ thuật thử test	19 (21,8%)	68 (78,2%)
Khai thác tiền sử dị ứng của người bệnh	65 (74,7%)	35 (25,3%)
Giáo dục sức khỏe cho người bệnh	70 (80,5%)	17 (19,5%)
Đánh giá chung kiến thức chung của ĐDV về dự phòng PV	36 (41,4%)	51 (58,6%)

Trong các nội dung liên quan đến dự phòng PV, quy trình thử test được các ĐDV biết đến với tỉ lệ cao nhất (83,9%). Tuy nhiên, chỉ 21,8% ĐDV có kiến thức đạt yêu cầu về thực hiện các kĩ thuật thử test, 41,4% ĐDV có kiến thức đạt yêu cầu về dự phòng PV.

- Kiến thức của ĐDV về các nội dung xử trí PV:

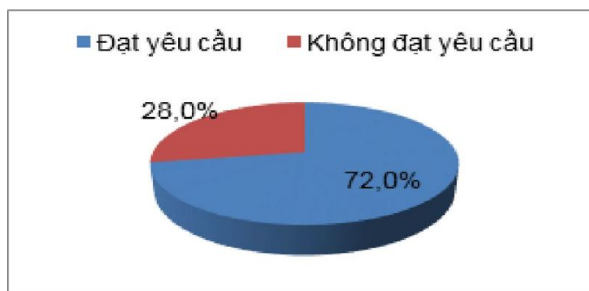
Bảng 3. Kiến thức của ĐDV về các nội dung xử trí PV (n = 87).



Biểu đồ 1. Kiến thức về chẩn đoán các mức độ PV.

Biểu đồ 1 cho thấy, số ĐDV có kiến thức đạt yêu cầu về chẩn đoán PV mức độ 1 chiếm tỉ lệ cao nhất (94,3%), nhóm có kiến thức đạt về chẩn đoán PV mức độ 2-4 dao động từ 63,2-78,2%.

- Đánh giá chung kiến thức về chẩn đoán mức độ PV của ĐDV:



Biểu đồ 2. Đánh giá chung kiến thức về chẩn đoán mức độ PV của ĐDV nghiên cứu.

72,4% ĐDV có kiến thức đạt yêu cầu về chẩn đoán các mức độ PV, số còn lại có kiến thức không đạt.

- Kiến thức của ĐDV về dự phòng PV:

Nội dung	Đạt yêu cầu	Không đạt yêu cầu
Phương pháp xử trí PV	72 (82,8%)	15 (17,2%)
Phác đồ xử trí adrenalin	46 (52,9%)	41 (47,1%)
Xử trí PV trong trường hợp đặc biệt	59 (67,8%)	28 (32,2%)
Thành phần hộp thuốc cấp cứu PV	61 (70,1%)	26 (29,9%)
Thành phần trang thiết bị và thuốc tối thiểu cấp cứu PV	74 (85,1%)	13 (14,9%)
Đánh giá chung kiến thức của ĐDV về xử trí PV	65 (74,7%)	22 (25,3%)

Phần lớn ĐDV có kiến thức đạt về trang thiết bị và thuốc tối thiểu cấp cứu PV tại các cơ sở y tế (85,1%), tiếp đó là phương pháp xử trí PV (82,8%) và các thành phần trong hộp thuốc cấp cứu PV (70,1%). Phác đồ xử trí adrenalin được các ĐDV hiểu biết chiếm tỉ lệ thấp nhất (52,9%). Kết quả đánh giá chung kiến thức của ĐDV về xử trí PV cho thấy, 74,7% có kiến thức đạt yêu cầu.

- Tổng hợp đánh giá kiến thức của ĐDV:

Bảng 4. Tổng hợp đánh giá kiến thức của ĐDV về dự phòng, chẩn đoán, xử trí PV (n = 87).

Nội dung	Đạt yêu cầu	Không đạt yêu cầu
Kiến thức về chẩn đoán PV	63 (72,4%)	24 (27,6%)
Kiến thức về xử trí PV	65 (74,7%)	35 (25,3%)
Kiến thức về dự phòng PV	36 (41,4%)	51 (58,6%)
Đánh giá chung kiến thức của ĐDV về dự phòng, chẩn đoán, xử trí PV	47 (54,0%)	40 (46,0%)

54,0% ĐDV có kiến thức chung đạt yêu cầu về dự phòng, chẩn đoán, xử trí PV, số còn lại có kiến thức không đạt yêu cầu.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức về dự phòng, chẩn đoán và xử trí PV của ĐDV:

Bảng 5. Mối liên quan giữa tuổi, thời gian công tác với kiến thức về dự phòng, chẩn đoán và xử trí PV của ĐDV (n = 87).

Đặc điểm		Kiến thức		OR (95%CI)	p
		Không đạt yêu cầu	Đạt yêu cầu		
Nhóm tuổi	> 35 tuổi	34 (58,62%)	24 (41,38%)	5,43 (1,920-5,354)	0,001
	≤ 35 tuổi	6 (20,69%)	23 (79,31%)		
Thời gian công tác	> 10 năm	34 (55,74%)	27 (44,26%)	4,19 (1,479-1,909)	0,007
	≤ 10 năm	6 (23,08%)	20 (76,92%)		

Có mối liên quan giữa nhóm tuổi, thời gian công tác với kiến thức về dự phòng, chẩn đoán, xử trí PV của ĐDV ($p < 0,05$). Nhóm ĐDV ≤ 35 tuổi có kiến thức về dự phòng, chẩn đoán và xử trí PV tốt hơn gấp 5,43 lần so với nhóm ĐDV > 35 tuổi (95%CI; 1,920-15,354). Những ĐDV có thâm niên công tác ≤ 10 năm có kiến thức đạt cao gấp 4,19 lần so với các đồng nghiệp có thâm niên trên 10 năm.

4. BÀN LUẬN.

Trong nghiên cứu này, nhóm ĐDV trên 35 tuổi chiếm tỉ lệ nhiều hơn nhóm ≤ 35 tuổi (66,7% so với 33,3%). Tỉ lệ nhóm tuổi trên 35 trong nghiên cứu này nhiều hơn so với tỉ lệ ĐDV cùng nhóm tuổi trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Vân tại Bệnh viện Bắc Thăng Long (23,4%) [2]. ĐDV có trình độ cao đẳng chiếm tỉ lệ 58,6%; cao hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Hương Giang (5,4%) [3]. Điều này cho thấy, trình độ chuyên

môn ĐDV ngày càng được cải thiện, đây cũng là một trong những yếu tố thuận lợi trong cập nhật các kiến thức mới về dự phòng, chẩn đoán và xử trí PV.

58,6% ĐDV không đạt yêu cầu về kiến thức dự phòng PV. Có thể do tỉ lệ ĐDV đạt yêu cầu về kiến thức trong thực hiện kĩ thuật thử test còn thấp (21,8%).

72,4% ĐDV có kiến thức đạt yêu cầu về chẩn đoán các mức độ PV (theo Thông tư 51/2017/TT-BYT của Bộ Y tế). Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Vũ Thị Là (65% sinh viên biết các mức độ PV) [4]. Có thể do ĐDV trong nghiên cứu này có cơ hội được thực hành nghề nghiệp thường xuyên nên nắm chắc hơn về các mức độ PV.

Đánh giá chung kiến thức của ĐDV về hộp thuốc cấp cứu PV, thấy 70,1% ĐDV có kiến thức đạt yêu cầu, số không đạt yêu cầu chiếm tỉ lệ

29,9%. Tỷ lệ đạt yêu cầu không cao do đa phần ĐDV trả lời sai câu hỏi về mục đích sử dụng kim tiêm 14-16G. Kết quả đánh giá chung kiến thức của ĐDV về phác đồ xử trí adrenalin cho thấy, chỉ 52,9% ĐDV có kiến thức đạt yêu cầu, có thể do phần lớn ĐDV không nắm được liều dùng của adrenalin đối với trẻ em.

Nhóm các ĐDV có kiến thức đạt về xử trí PV chiếm tỷ lệ cao (74,7%), ĐDV có kiến thức đạt yêu cầu về kiến thức dự phòng PV chiếm tỷ lệ thấp (41,4%). Kết quả đánh giá chung kiến thức về dự phòng, chẩn đoán, xử trí PV thấy, nhóm có kiến thức đạt yêu cầu chiếm tỷ lệ 54,0%; thấp hơn kết quả nghiên cứu của Ibrahim và cộng sự tại Singapore (74,3% ĐDV nhận thức được các hướng dẫn liên quan đến phòng và xử trí PV) [5]. Sự khác biệt này có thể do một số tiêu chí đánh giá chưa tương xứng với nhau.

Trong nghiên cứu này, nhóm tuổi và thời gian công tác được xác định liên quan đến kiến thức về dự phòng, chẩn đoán, xử trí PV của ĐDV. ĐDV ≤ 35 tuổi và có thâm niên công tác dưới 10 năm thì có kiến thức tốt hơn so với nhóm ĐDV trên 35 tuổi và có thời gian công tác trên 10 năm ($p < 0,05$). Điều này có thể do việc chú ý học lý thuyết và nghiên cứu các tài liệu, thường xuyên cập nhật các kiến thức mới, ham muốn được học hỏi để nâng cao trình độ của các ĐDV trẻ tuổi, mới vào nghề cao hơn nhiều so với nhóm ĐDV có lứa tuổi lớn hơn và thời gian công tác lâu hơn.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu kiến thức dự phòng, chẩn đoán và xử trí PV trên 87 ĐDV trực tiếp tham gia chăm sóc, phục vụ người bệnh tại các khoa lâm sàng và cận lâm sàng Viện Y học Phòng không - Không quân, từ tháng 3-8/2020, kết luận:

- Tỷ lệ ĐDV nữ (58,6%) nhiều hơn ĐDV nam (41,4%). Đa số ĐDV trên 35 tuổi (66,7%), có trình độ cao đẳng (58,6%), thời gian công tác từ 5 năm trở lên (90,8%).

- 54,0% ĐDV có kiến thức chung đạt yêu cầu về dự phòng, chẩn đoán, xử trí PV, số còn lại có kiến thức không đạt yêu cầu.

- ĐDV dưới 35 tuổi, thâm niên công tác dưới 10 năm có kiến thức về dự phòng, chẩn đoán và xử trí PV tốt hơn so với ĐDV trên 35 tuổi, thâm niên công tác trên 10 năm. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2017), *Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ*, Thông tư số 51/2017/TT-BYT.

2. Nguyễn Thanh Vân (2013), *Đánh giá kiến thức phòng và cấp cứu sốc phản vệ của điều dưỡng Bệnh viện Bắc Thăng Long*, Kỷ yếu đề tài nghiên cứu khoa học điều dưỡng Bệnh viện Bắc Thăng Long.

3. Lê Thị Hương Giang (2017), “Mô tả kiến thức về phòng và cấp cứu sốc phản vệ của điều dưỡng các khoa lâm sàng Bệnh viện 19-8”, *Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam*, số 17, tr. 28-33.

4. Vũ Thị Là (2019), “Kiến thức dự phòng xử trí phản vệ của sinh viên đại học chính quy khóa 10 Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định”, *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*, Tập 02, Số 03, tr. 11-15.

5. Ibrahim I, Chew B.L, Zaw W (2014), *Knowledge of anaphylaxis among Emergency Department staff*, Asia Pac Allergy. □

CẢI TIẾN QUY TRÌNH CHỤP ¹⁸FDG-PET/CT MÔ PHÒNG...

(Tiếp theo trang 185)

2. Nguyễn Đình Châu, Bùi Quang Biểu (2018), “Giá trị của ¹⁸F FDG-PET/CT trong lập kế hoạch xạ trị điều biến liều ở BN UTTQ 1/3 trên”, *Tạp chí Y dược học lâm sàng* 108, số 3, tr. 45-51.

3. Bộ Y tế (2014), *PET/CT mô phỏng xạ trị 3D*, Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh y học hạt nhân, tr. 236-238.

4. Jaffer A Ajani, Thomas A D’Amico, Maria Baggstrom et al (2017), *Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers*, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Version 4.

5. Konski A, Doss M, Milestone B (2005), “The integration of 18-fluoro-deoxy-glucose positron emission tomography and endoscopic ultrasound in the treatment-planning process for esophageal carcinoma”, *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys*, 61 (4), pp.1123-8.

6. Watanabe M, Karashima R, Imamura Y et al (2015), “Advantages of FDG-PET/CT over CT alone in the preoperative assessment of lymph node metastasis in patients with esophageal cancer”, *Surg Today*, 45 (4), p. 471-7.

7. G.E. Adams, Kazuya Yamashita, K. Doi et al (1993), “Prescribing Recording and Reporting Photon Beam Therapy, International commission on radiation units and measurements (ICRU) report 50”, *ICRU Recommendations*. □

Tạp chí Y HỌC QUẢN SỰ, SỐ 351 (3-4/2021)

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CHƯƠNG TRÌNH GIÁO DỤC CỘNG ĐỒNG VỀ HỒI SINH TIM PHỔI ĐỐI VỚI HỌC SINH TRUNG HỌC PHỔ THÔNG

ThS. NGUYỄN HỮU ĐỨC, ThS. ĐẶNG XUÂN HÙNG
ThS. NGÔ TRUNG HIẾU, CNDD. NGÔ MINH QUANG
CNDD. VŨ VĂN TIẾN, PGS.TS. LÊ ANH TUẤN
Học viện Quân y

Phản biện khoa học: (1) TS. NGUYỄN VĂN GIANG
(2) NGUYỄN HOÀNG LONG

TÓM TẮT: Nghiên cứu can thiệp, đánh giá hiệu quả chương trình giáo dục cộng đồng về hồi sinh tim phổi đối với 118 học sinh lớp 11, Trường Trung học phổ thông chuyên Nguyễn Huệ, Hà Đông. **Kết quả:** Chương trình giáo dục cộng đồng về hồi sinh tim phổi đã cải thiện rõ rệt nhận thức và thái độ sẵn sàng tiến hành hồi sinh tim phổi của học sinh. Trước tập huấn, nhận thức của học sinh về hồi sinh tim phổi còn thấp (17,0%), hầu hết học sinh chưa từng được đào tạo bài bản (95,0%) và chưa được thực hiện kỹ thuật này (95,0%). Nhiều học sinh lo lắng nếu thực hiện kỹ thuật, chủ yếu là những lo lắng về việc thiếu kiến thức, kỹ năng (35,7%) và việc có thể làm hại đến người khác (24,3%). Sau khi tham gia tập huấn, nhận thức chung của học sinh về hồi sinh tim phổi tăng lên (87,3%). Thái độ sẵn lòng thực hiện ép tim của học sinh tăng lên rõ rệt ngay sau tập huấn (91,9%) so với trước tập huấn (57,9%), nhưng giảm đi sau tập huấn 3 tháng (75,4%).

Từ khóa: Hồi sinh tim phổi, nhận thức, thái độ.

ABSTRACT: Intervention study, evaluation of the effectiveness of a community education program on cardiopulmonary resuscitation for 118 grade 11 pupils, Nguyen Hue specialized high school, Ha Dong. **Results:** The community education program on cardiopulmonary resuscitation significantly improved pupils' awareness and willingness to conduct cardiopulmonary resuscitation. Before the training, the awareness of the pupils about cardiopulmonary resuscitation was low (17.0%), most of the pupils had never received basic training (95.0%) and had not applied this technique (95.0%). Many pupils worried about implementing techniques, mainly about lack of knowledge and skills (35.7%) and possibly harming others (24.3%). After participating in the training, the pupils' general awareness of cardiopulmonary resuscitation increased (87.3%). Pupils' willingness to perform heart compressions increased significantly immediately after training (91.9%) compared to before training (57.9%) but decreased after 3 months of training (75.4%).

Keywords: Cardiopulmonary revitalization, awareness, attitude.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Nguyễn Hữu Đức, SĐT: 0973535731.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngừng tim phổi có thể xảy ra đột ngột ở mọi lúc, mọi nơi; thường dẫn đến tử vong nếu không được cấp cứu kịp thời, đặc biệt là ngừng tim ngoài bệnh viện [1]. Trước thực trạng trên, việc giáo dục nâng cao hiểu biết cho cộng đồng về hồi sinh tim phổi (HSTP) là công tác cần được ưu tiên hàng đầu ở mọi đối tượng, nhất là đối với các em học sinh đang còn trên ghế nhà trường, tạo cơ hội phổ cập kiến thức, kỹ năng. Từ đó, có thể lan tỏa thông điệp rộng rãi đến cộng đồng.

Để đánh giá nhận thức, thái độ của học sinh về cấp cứu HSTP, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá thực trạng nhận thức và thái độ về HSTP; đánh giá hiệu quả chương trình giáo dục cộng đồng về HSTP ở học sinh khối lớp 11,

Trường Trung học phổ thông chuyên Nguyễn Huệ, Hà Đông, Hà Nội.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

118 học sinh khối lớp 11, Trường Trung học phổ thông chuyên Nguyễn Huệ (Hà Đông, Hà Nội). Các đối tượng nghiên cứu đều được sự cho phép của nhà trường và phụ huynh, đồng ý tham gia nghiên cứu; có khả năng tham gia đầy đủ chương trình giáo dục về HSTP; được theo dõi đầy đủ tại 3 thời điểm: trước tập huấn 1 tháng, ngay sau tập huấn và sau tập huấn 3 tháng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: can thiệp có đánh giá trước và sau tập huấn trên một nhóm đối tượng.

- Các bước tiến hành nghiên cứu (thực hiện theo 4 bước):

+ Bước 1: tổ chức buổi tuyên truyền và đánh giá thực trạng nhận thức về HSTP thông qua bộ câu hỏi. Bộ câu hỏi được thiết kế dựa trên hướng dẫn của Hội Tim mạch Hoa Kỳ (AHA) năm 2015 có sửa đổi cho phù hợp với trình độ nhận thức của học sinh trung học phổ thông [2], [3].

+ Bước 2: tổ chức chương trình giáo dục cộng đồng về HSTP và đánh giá sự thay đổi nhận thức, thái độ, kĩ năng trước và sau tập huấn.

+ Bước 3: theo dõi, đánh giá hiệu quả chương trình sau tập huấn 3 tháng trên tất cả các đối tượng nghiên cứu.

+ Bước 4: thu thập, xử lí số liệu và hoàn thiện nghiên cứu.

- Đạo đức nghiên cứu: đề cương nghiên cứu được hội đồng đạo đức Học viện Quân y thông qua và sự đồng ý của lãnh đạo nhà trường, phụ huynh và các em học sinh.

- Xử lí số liệu: bằng phần mềm thống kê y học SPSS.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

- Tuổi: 118 học sinh tham gia nghiên cứu đều 17 tuổi.

- Giới tính: học sinh nam (57,6%) nhiều hơn học sinh nữ (42,4%). Trong đó, có 58,5% học sinh học chuyên các môn học thuộc khoa học tự nhiên và 41,5% chuyên các môn học thuộc khoa học xã hội.

3.2. Thực trạng nhận thức và thái độ về HSTP ở đối tượng nghiên cứu:

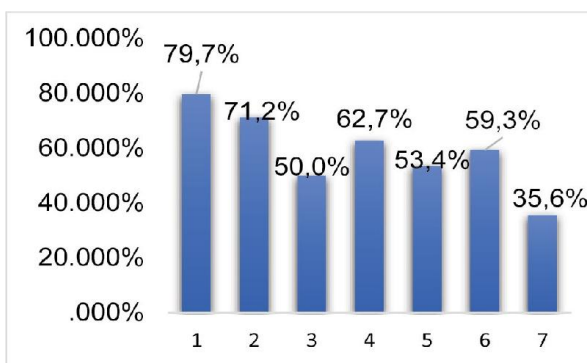
- Kinh nghiệm về HSTP:

Bảng 1. Kinh nghiệm về HSTP.

Kinh nghiệm về HSTP	Số lượng	Tỉ lệ %
Chứng kiến	43	36,4
Đã từng thực hiện	1	0,8
Được đào tạo cơ bản	1	0,8
Biết thực hành	2	1,6
Có khái niệm	71	60,4
Tổng số	118	100%

60,4% số học sinh tham gia nghiên cứu đã có khái niệm cơ bản về HSTP. 37,0% học sinh đã từng chứng kiến việc thực hiện kĩ thuật này. Hầu hết học sinh chưa từng được đào tạo bài bản (95,0%) cũng như chưa được thực hiện kĩ thuật HSTP (95,0%).

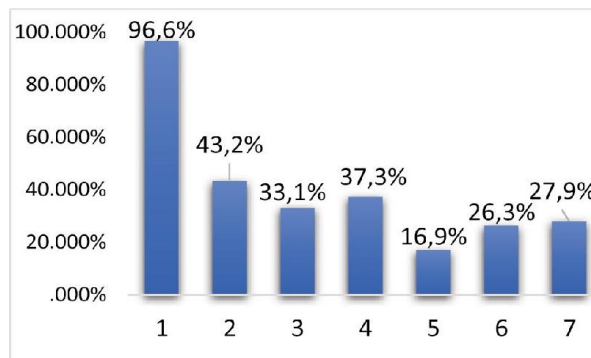
- Nhận thức về HSTP:



Biểu đồ 1. Thực trạng hiểu biết chung về HSTP.

Đối với các câu hỏi về thái độ khi đứng trước một tình huống cần HSTP (câu 6 và 7), học sinh có tỉ lệ trả lời đúng cao (71,2-79,7%). Tỉ lệ trả lời đúng ở các câu hỏi về kiến thức chuyên môn (câu 9 đến 12) dao động ở mức trung bình (từ 35,6-62,7%). Tỉ lệ trả lời đúng thời gian tồn thương não không hồi phục thấp (35,6%).

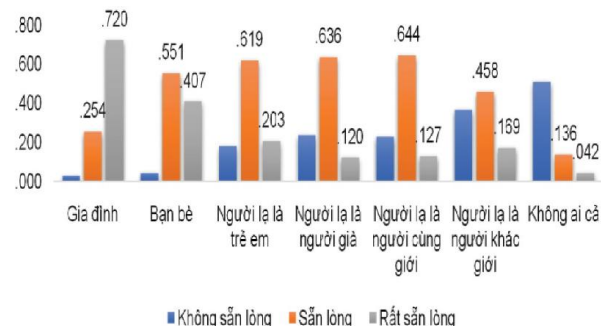
- Thực trạng hiểu biết của đối tượng nghiên cứu về kĩ thuật tiến hành HSTP:



Biểu đồ 2. Thực trạng hiểu biết về kĩ thuật tiến hành HSTP.

Tỉ lệ học sinh trả lời đúng các câu hỏi về kĩ thuật tiến hành HSTP (từ câu 15 đến câu 19) thấp, dao động từ 16,9-43,2%. Riêng với câu hỏi về tên gọi các kĩ thuật trong HSTP, hầu hết học sinh đều trả lời đúng (96,6%).

- Thái độ thực hiện HSTP:



Biểu đồ 3. Thực trạng về thái độ thực hiện HSTP.

Phần lớn đối tượng nghiên cứu sẵn lòng và rất sẵn lòng tiến hành HSTP cho thành viên trong gia đình và bạn bè. Đối với nạn nhân là người lạ, đặc biệt với nạn nhân là người lạ khác giới thì mức độ rất sẵn lòng còn thấp (12,7%).

- Thực trạng về những lo lắng khi tiến hành HSTP:

Có nhiều lí do khiến học sinh lo lắng khi thực hiện HSTP, chủ yếu là những lo ngại về việc thiếu kiến thức và kỹ năng (35,7%) cũng như việc có thể làm hại đến người khác (24,3%).

- Sự thay đổi nhận thức chung trước, ngay sau và sau tập huấn 3 tháng:

Bảng 2. Sự thay đổi nhận thức về HSTP trước, ngay sau và sau 3 tháng tập huấn HSTP.

Câu hỏi	Trước tập huấn (T1)	Ngay sau tập huấn (T2)	Sau tập huấn 3 tháng (T3)	$p_{(T1-T2)}$	$p_{(T2-T3)}$	$p_{(T1-T3)}$
Câu 6	79,6%	96,4%	92,4%	0,022	0,046	0,036
Câu 7	71,2%	90,9%	84,7%			
Câu 8	50,0%	84,7%	87,3%			
Câu 9	62,7%	67,5%	67,8%			
Câu 10	53,4%	81,1%	77,9%			
Câu 11	59,3%	95,5%	88,1%			
Câu 12	35,6%	95,5%	59,3%			

Ngay sau khi tập huấn, tỉ lệ trả lời đúng các câu hỏi nhận thức chung về HSTP ở đối tượng nghiên cứu có xu hướng tăng lên, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,022$. Sau tập huấn 3 tháng, tỉ lệ câu trả lời đúng giảm đi và mức giảm này so với ngay sau tập huấn khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,046$. Tuy nhiên, sự thay đổi về nhận thức giữa thời điểm sau tập huấn 3 tháng so với trước tập huấn vẫn khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p = 0,036$.

- Sự thay đổi nhận thức về kĩ thuật thực hành HSTP trước, ngay sau và sau tập huấn 3 tháng:

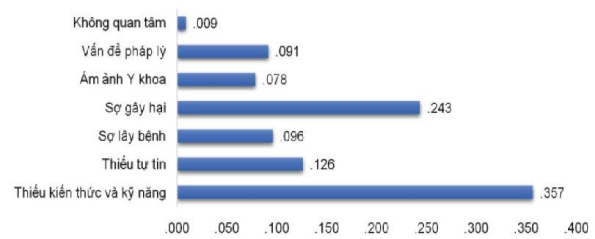
Bảng 3. Sự thay đổi nhận thức về kĩ thuật HSTP trước, ngay sau và sau tập huấn 3 tháng.

Câu hỏi	Trước tập huấn (T1)	Ngay sau tập huấn (T2)	Sau tập huấn 3 tháng (T3)	$p_{(T1-T2)}$	$p_{(T2-T3)}$	$p_{(T1-T3)}$
Câu 13	96,6%	99,1%	93,2%	0,015	0,015	0,078
Câu 14	43,2%	93,7%	72,3%			
Câu 15	33,1%	90,1%	70,3%			
Câu 16	37,3%	96,4%	69,5%			
Câu 17	16,9%	90,1%	50,8%			
Câu 18	26,3%	97,3%	70,3%			
Câu 19	28,0%	83,7%	25,4%			

Ngay sau tập huấn, tỉ lệ trả lời đúng các câu hỏi về kĩ thuật thực hành HSTP có xu hướng tăng lên rõ rệt so với trước tập huấn, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sau tập huấn 3 tháng, tỉ lệ trả lời đúng các câu hỏi về kĩ thuật thực hành HSTP giảm so với ngay sau tập huấn, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

- Sự thay đổi về thái độ về việc sẵn lòng thực hiện HSTP:



Biểu đồ 4. Thực trạng về những lo lắng khi tiến hành HSTP.

3.3. Hiệu quả chương trình giáo dục cộng đồng về HSTP:

- Sự thay đổi nhận thức chung trước, ngay sau và sau tập huấn 3 tháng:

Bảng 2. Sự thay đổi nhận thức về HSTP trước, ngay sau và sau 3 tháng tập huấn HSTP.

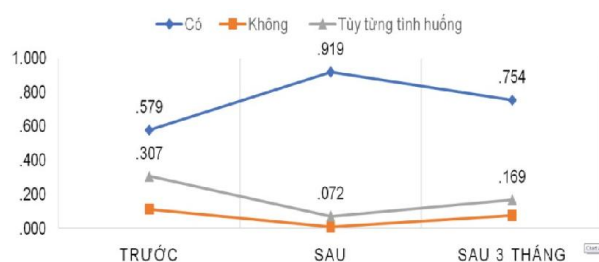
Câu hỏi	Trước tập huấn (T1)	Ngay sau tập huấn (T2)	Sau tập huấn 3 tháng (T3)	$p_{(T1-T2)}$	$p_{(T2-T3)}$	$p_{(T1-T3)}$
Câu 6	79,6%	96,4%	92,4%	0,022	0,046	0,036
Câu 7	71,2%	90,9%	84,7%			
Câu 8	50,0%	84,7%	87,3%			
Câu 9	62,7%	67,5%	67,8%			
Câu 10	53,4%	81,1%	77,9%			
Câu 11	59,3%	95,5%	88,1%			
Câu 12	35,6%	95,5%	59,3%			

Ngay sau khi tập huấn, tỉ lệ trả lời đúng các câu hỏi nhận thức chung về HSTP ở đối tượng nghiên cứu có xu hướng tăng lên, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,022$. Sau tập huấn 3 tháng, tỉ lệ câu trả lời đúng giảm đi và mức giảm này so với ngay sau tập huấn khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,046$. Tuy nhiên, sự thay đổi về nhận thức giữa thời điểm sau tập huấn 3 tháng so với trước tập huấn vẫn khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p = 0,036$.

- Sự thay đổi nhận thức về kĩ thuật thực hành HSTP trước, ngay sau và sau tập huấn 3 tháng:

Bảng 3. Sự thay đổi nhận thức về kĩ thuật HSTP trước, ngay sau và sau tập huấn 3 tháng.

Câu hỏi	Trước tập huấn (T1)	Ngay sau tập huấn (T2)	Sau tập huấn 3 tháng (T3)	$p_{(T1-T2)}$	$p_{(T2-T3)}$	$p_{(T1-T3)}$
Câu 13	96,6%	99,1%	93,2%	0,015	0,015	0,078
Câu 14	43,2%	93,7%	72,3%			
Câu 15	33,1%	90,1%	70,3%			
Câu 16	37,3%	96,4%	69,5%			
Câu 17	16,9%	90,1%	50,8%			
Câu 18	26,3%	97,3%	70,3%			
Câu 19	28,0%	83,7%	25,4%			



Biểu đồ 5. Sự thay đổi thái độ về việc sẵn lòng thực hiện HSTP.

Tỉ lệ sẵn lòng thực hiện ép tim sau tập huấn tăng lên rõ rệt so với trước đó (từ 57,9% tăng lên 91,9%). Sau tập huấn 3 tháng, tỉ lệ này giảm xuống còn 75,4%, trong khi số học sinh không sẵn lòng và thực hiện tùy từng tình huống có xu hướng tăng lên. Tuy nhiên, khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sự thay đổi về mức tự tin khi thực hành HSTP trước và sau tập huấn: trước tập huấn, đa số học sinh không tự tin (28%) hoặc tùy thuộc tình huống (61%). Ngay sau tập huấn, học sinh đã tự tin hơn khi thực hành HSTP, hầu như không có học sinh nào trả lời không tự tin. Sau tập huấn 3 tháng, sự tự tin có giảm so với thời điểm ngay sau tập huấn, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (với $p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Đối tượng nghiên cứu là học sinh khối lớp 11, đều ở tuổi 17. Tỉ lệ học sinh nam (57,6%) nhiều hơn học sinh nữ (42,4%). Đa số học sinh học các môn chuyên khoa học tự nhiên (58,5%).

Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trên thế giới, như nghiên cứu “Kiến thức và thái độ về hồi sức cấp cứu ở học sinh trung học tại New Zealand” của M.M Parnell và cộng sự trên học sinh trung học phổ thông, từ 16-17 tuổi tại New Zealand; nghiên cứu “Kiến thức và thái độ thực hiện HSTP ở học sinh trung học tại Na Uy” của Kanstad và cộng sự trên học sinh từ 16-19 tuổi tại Na Uy [6], [8].

Đối tượng trong nghiên cứu là những học sinh trung học nên có khả năng tiếp thu nhanh. Các em học tập tập trung nên thuận tiện cho quá trình đào tạo và khảo sát đánh giá. Tuy nhiên, đây là đối tượng dưới 18 tuổi nên phải được sự đồng ý của phụ huynh và nhà trường trước khi đào tạo. Các em cũng dễ ngại ngùng trong quá trình tập huấn (ví dụ tiến hành hô hấp nhân tạo), gây ảnh hưởng đến kết quả đào tạo. Tuy nhiên, theo chúng tôi, đây là đối tượng có nhiều thuận lợi để thực hiện mục tiêu chuyển tải thông điệp về HSTP đến cộng đồng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu “Đào tạo HSTP tại các trường trung học công lập tại bang Washington - Hoa Kỳ” của Sheri Reder và cộng sự (học sinh trung học phổ thông là đối tượng hợp lý và hiệu quả để bắt đầu đào tạo về HSTP [5]).

4.2. Về thực trạng nhận thức và thái độ đối với HSTP của đối tượng nghiên cứu:

- Kinh nghiệm chung về HSTP:

Có 60,4% số học sinh đã từng nghe đến khái niệm HSTP. Đây là một nền tảng tốt trước khi đào tạo. Tuy nhiên, hầu hết đều chưa từng được

đào tạo bài bản hay được thực hành về HSTP. Điều này là dễ hiểu, vì hiện nay ở Việt Nam, việc đào tạo về HSTP còn rất hạn chế. Có 36,4% số học sinh trả lời “đã từng nhìn thấy việc tiến hành HSTP trước đây”. Đây là tỉ lệ tương đối cao so với chỉ khoảng 0,8% được đào tạo bài bản và 1,6% biết cách thực hành. Nên có thêm một câu hỏi để xác định học sinh đã nhìn thấy thực hiện ở đâu, ngoài đời thực hay trên các phương tiện thông tin, trên phim ảnh...

Tỉ lệ được đào tạo bài bản (0,8%) và biết cách thực hành HSTP (1,6%) còn rất thấp. Điều này cho thấy, học sinh trung học còn rất thiếu kiến thức về HSTP, đặc biệt là kiến thức thực hành. Do đó, việc tổ chức các khóa đào tạo bài bản cho đối tượng này là rất cần thiết.

Hiện tại, ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về tỉ lệ được đào tạo HSTP trên cộng đồng. So với một số nghiên cứu trên thế giới, như nghiên cứu của Kanstad và cộng sự trên đối tượng tương tự ở Na Uy, thấy có đến 89% đã được học về HSTP trước đó; nghiên cứu của Parnell và cộng sự thấy có 70% học sinh độ tuổi tương tự ở New Zealand đã được đào tạo về HSTP. Như vậy, tỉ lệ 5,0% ở Việt Nam là rất thấp [6], [8].

- Nhận thức về HSTP:

Có gần 79,7% học sinh biết rằng HSTP sớm sẽ cứu sống tính mạng nạn nhân, 71,2% học sinh biết rằng không chỉ nhân viên y tế mới có khả năng tiến hành HSTP. Điều đó thể hiện, học sinh đã cơ bản nhận thức được tầm quan trọng của HSTP. Tuy nhiên, tỉ lệ trả lời đúng câu hỏi về thời gian từ khi ngừng tim đến khi chết não sẽ ảnh hưởng đến sự nhận thức về yêu cầu khẩn trương khi tiến hành HSTP còn thấp (chỉ 35,6%).

Hơn một nửa số học sinh nghiên cứu hiểu sai về biến chứng HSTP. Các học sinh này cho rằng, có tỉ lệ đáng kể lây truyền HIV khi tiến hành hô hấp nhân tạo miệng - miệng (62,7%) hay gãy xương sườn do ép tim là rất nguy hiểm (53,4%). Điều này sẽ ảnh hưởng đến thái độ sẵn lòng thực hiện các kĩ thuật HSTP ở đối tượng này.

Nghiên cứu chỉ ra rằng, có 96,6% học sinh đều biết được HSTP gồm ép tim và hô hấp nhân tạo. Tuy nhiên, tỉ lệ trả lời đúng các câu hỏi về cách thức tiến hành ép tim và hô hấp nhân tạo còn thấp (dao động từ 16,9-43,2%). Điều đó cho thấy, hầu hết học sinh còn thiếu hiểu biết về cách thức tiến hành HSTP. Kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Parnell và cộng sự (có 31% xác định đúng vị trí đặt tay và chỉ 6% xác định đúng tần số ép tim khi HSTP).

- Thái độ về HSTP:

Phần lớn đối tượng nghiên cứu sẵn lòng và rất sẵn lòng tiến hành HSTP cho người thân trong gia đình và bạn bè (97,4% và 95,8%). Nhưng mức độ sẵn lòng hạn chế ở người lạ, đặc biệt khi nạn nhân là người lạ khác giới (12,7%). Mối lo ngại chủ yếu của các em học sinh khi tiến hành HSTP là sợ thiếu kiến thức, kỹ năng và lo ngại sẽ làm hại đến nạn nhân. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Parnell và cộng sự tại New Zealand, tác giả đã chỉ ra rằng, có 84% sẵn lòng tiến hành HSTP cho thành viên gia đình, nhưng khác nhau ở tỉ lệ mức độ sẵn lòng tiến hành HSTP cho người lạ (là 64%) [6]. Nghiên cứu của Wataru Omi trên học sinh Nhật Bản, có 13% sẵn lòng tiến hành HSTP cho người lạ, nhưng thấp hơn rất nhiều ở mức độ sẵn sàng tiến hành HSTP cho thành viên gia đình và bạn bè (53%) [7].

4.3. Hiệu quả chương trình giáo dục cộng đồng về HSTP:

- Sự thay đổi hiểu biết về HSTP:

Nhìn chung, sau tập huấn, có sự tăng lên rõ rệt hiểu biết về HSTP, đặc biệt là hiểu biết về kỹ thuật tiến hành HSTP (khác biệt với $p < 0,05$). Tuy nhiên, vẫn còn có tỉ lệ đáng kể đối tượng nghiên cứu có nhận thức chưa đúng. Các đối tượng này cho rằng, có tỉ lệ đáng kể lây truyền HIV qua đường hô hấp miệng - miệng (32,5%). Sau 3 tháng tập huấn, có sự giảm đáng kể tỉ lệ trả lời đúng các câu hỏi về nhận thức chung và kỹ thuật tiến hành HSTP. Tuy nhiên, tỉ lệ trả lời đúng các câu hỏi về nhận thức chung vẫn cao hơn có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước tập huấn. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Riberio và cộng sự trên đối tượng là học sinh trung học cơ sở tại Brazil. Tác giả chỉ ra, có tỉ lệ giảm đáng kể về kiến thức sau 6 tháng theo dõi [4]. Nghiên cứu của Parnell và cộng sự [6] cũng cho kết quả tương tự so với nghiên cứu này.

- Sự thay đổi thái độ về HSTP:

Ngay sau tập huấn, có sự cải thiện rõ rệt về mức độ tự tin khi tiến hành HSTP. Kết quả này được duy trì ổn định sau 3 tháng theo dõi. Sự sẵn lòng tiến hành ép tim và hô hấp nhân tạo đều tăng lên sau đào tạo, nhưng giảm nhẹ sau 3 tháng theo dõi. Ngay sau tập huấn, mức độ sẵn lòng tiến hành HSTP trên đối tượng nghiên cứu có tăng lên, tuy nhiên, mức độ sẵn lòng đối với nạn nhân là người lạ vẫn còn hạn chế.

Ngay sau tập huấn, tỉ lệ các vấn đề lo lắng khi tiến hành HSTP ở các đối tượng nghiên cứu đều giảm. Có thể vì sau khi được tập huấn, các em học sinh đã tự tin hơn và biết được các kiến thức cơ bản về HSTP.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 118 học sinh khối lớp 11, Trường Trung học phổ thông chuyên Nguyễn Huệ, Hà Đông, Hà Nội về kiến thức, thái độ đối với việc HSTP trong cộng đồng, tại thời điểm trước, ngay sau và sau tập huấn 3 tháng, kết luận:

- Trước tập huấn, các em học sinh còn thiếu kiến thức và kinh nghiệm về HSTP. Tuy nhiên, đã nhận thức được tầm quan trọng của HSTP, có thái độ muốn được đào tạo về HSTP cũng như sẵn sàng tiến hành HSTP cho thành viên trong gia đình và bạn bè. Mối lo ngại chủ yếu khi tiến hành HSTP của các em là thiếu kiến thức, kỹ năng và sợ làm hại người khác.

- Chương trình đào tạo về HSTP đã cải thiện rõ rệt được kiến thức của các học sinh. Tuy kiến thức giảm đáng kể sau 3 tháng sau đào tạo nhưng vẫn cao hơn trước khi đào tạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bùi Văn Mạnh, Mai Xuân Hiên (2018), *Giáo trình Hồi sức cấp cứu*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Học viện Quân y.
2. Andrew H Travers et al (2010), "Part 4: CPR overview: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care", *Circulation*, 122 (18_suppl_3), pp. S676-S684.
3. John M Field et al (2010), "Part 1: executive summary: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care", *Circulation*, 122 (18_suppl_3), pp. S640-S656.
4. Lucas Gaspar Ribeiro et al (2013), "Medical students teaching cardiopulmonary resuscitation to middle school Brazilian students", *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 101 (4), pp. 328.
5. Sheri Reder and Linda Quan (2003), "Cardiopulmonary resuscitation training in Washington state public high schools", *Resuscitation*, 56 (3), pp. 283-288.
6. M.M Parnell et al (2006), "Knowledge of and attitudes towards resuscitation in New Zealand high-school students", *Emergency medicine journal*, 23 (12), pp. 899-902.
7. Wataru Omi et al (2008), "The attitudes of Japanese high school students toward cardiopulmonary resuscitation", *Resuscitation*. 78 (3), pp. 340-345.
8. Bjørn Knævelsrud Kanstad, S Aa Nilsen and K.C.P.R Fredriksen (2011), "CPR knowledge and attitude to performing bystander CPR among secondary school students in Norway", *Resuscitation*. 82 (8), pp. 1053-1059. □

Kiến thức, Thái độ về Chăm sóc người bệnh HIV/AIDS và một số yếu tố liên quan ở các sinh viên Cao đẳng Điều dưỡng, Trường Cao đẳng Quân y 1, năm 2020

ThS. PHẠM VĂN TRƯỜNG, BSCKII. ĐỖ THỊ QUYÊN
CNDD. THÁI HẢI NAM - Trường Cao đẳng Quân y 1
Phản biện khoa học: (1) TS. NGUYỄN CHÍNH PHONG
(2) TS. NGUYỄN LAN ANH

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích kiến thức, thái độ và một số yếu tố liên quan về chăm sóc người bệnh HIV/AIDS trên 331 sinh viên điều dưỡng năm 2, năm 3, Trường Cao đẳng Quân y 1, năm 2020. **Kết quả:** 75,8% có kiến thức đạt về đường lây truyền và các tình huống nguy cơ phơi nhiễm. Kiến thức về nhiễm trùng cơ hội có tỉ lệ đạt 36,7%. Sinh viên năm 2 và năm 3 có thái độ “xa lánh” đối với người bệnh HIV/AIDS đều có điểm trung bình xấp xỉ 3,0; sinh viên năm 2 có thái độ “đồng cảm” khi chăm sóc người bệnh HIV/AIDS có điểm trung bình $4,14 \pm 0,40$; cao hơn sinh viên năm 3 ($3,67 \pm 2,88$ điểm). Tỉ lệ sinh viên có thái độ cảm thông với người bệnh là 53,2%; trong đó, thái độ cảm thông của sinh viên năm 3 là 69,4%. Ngược lại, thái độ xa lánh của sinh viên năm 2 là 59,8%. Có sự khác biệt về thái độ cảm thông và xa lánh người nhiễm HIV/AIDS giữa nam sinh viên và nữ sinh viên ($p < 0,05$).

Từ khóa: Chăm sóc người bệnh HIV/AIDS, thái độ, kiến thức.

ABSTRACT: Cross-sectional descriptive study with analysis of knowledge, attitudes, and some related factors about caring for HIV/AIDS patients in 331 nursing students in the second and third year, Military Medical College 1, in 2020. **Results:** 75.8% had adequate knowledge of transmission routes and exposure risk situations. The rate of knowledge about opportunistic infections was 36.7%. The second and third-year students who had “alienated” attitudes towards HIV/AIDS patients had an average score of approximately 3.0; the second-year students with an “empathy” attitude when taking care for HIV/AIDS patients had an average score of 4.14 ± 0.40 ; higher than third-year students (3.67 ± 2.88 points). The proportion of students with sympathetic attitudes toward patients was 53.2%; of which, the sympathetic attitude of third-year students was 69.4%. On the contrary, the alienated attitude of the second-year students was 59.8%. There were differences in sympathy and alienation of HIV/AIDS patients between male and female students ($p < 0.05$).

Keywords: Care for HIV/AIDS patients, attitudes, and knowledge.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Phạm Văn Trường, Địa chỉ liên hệ: Trường cao đẳng Quân y 1.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), HIV/AIDS vẫn đang là vấn đề lớn đối với sức khỏe cộng đồng trên toàn cầu. Tại Việt Nam, theo báo cáo của Bộ Y tế, đến 31/10/2019, cả nước có 211.981 người nhiễm HIV đang sống và 103.426 người nhiễm HIV đã tử vong. Việc thực hiện mục tiêu thanh toán đại dịch HIV/AIDS vào năm 2030 ở nước ta sẽ là một thách thức [6]. Chính vì vậy, việc thay đổi phương pháp tiếp cận, tuyên truyền, hỗ trợ chăm sóc tích cực, hiệu quả bằng cách thực hiện công bằng trong các chính sách y tế, không kỳ thị trong chăm sóc người bệnh (NB) HIV/AIDS và hỗ trợ tái hòa nhập cộng đồng là rất quan trọng. Sinh viên điều dưỡng là đối tượng đang được đào tạo, thực hiện nhiệm vụ trực tiếp theo dõi, tư vấn và chăm sóc những NB HIV/AIDS tại các cơ sở y tế sau khi tốt nghiệp, cần phải có kiến thức, thái độ phù hợp về chăm sóc NB HIV/AIDS.

Xuất phát từ nhu cầu đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kiến thức, thái độ

về chăm sóc NB HIV/AIDS và một số yếu tố liên quan của sinh viên cao đẳng điều dưỡng, Trường Cao đẳng Quân y 1, năm 2020.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

331 sinh viên điều dưỡng (184 sinh viên năm thứ 2 và 147 sinh viên năm thứ 3), Trường Cao đẳng Quân y 1, từ tháng 4-8/2020. Loại trừ các sinh viên không đồng ý tham gia nghiên cứu.

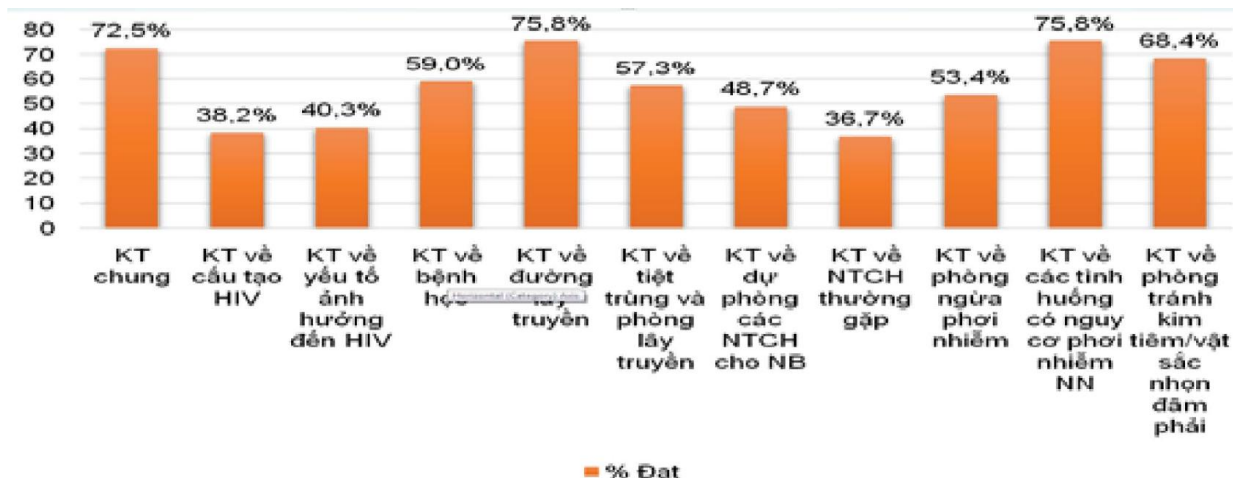
2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang có phân tích.
- Phương pháp chọn mẫu: thuận tiện.
- Phương pháp tiến hành: phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn.
- Đạo đức nghiên cứu: đề tài được hội đồng đạo đức Trường Cao đẳng Quân y 1 thông qua. Thông tin đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật và chỉ sử dụng mục đích nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: quản lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đánh giá kiến thức sinh viên về chăm sóc NB HIV/AIDS:



Biểu đồ 1. Tỷ lệ sinh viên có kiến thức đạt về chăm sóc NB HIV/AIDS.

Trong 11 phần kiến thức khảo sát, tỉ lệ đạt cao nhất là kiến thức về đường lây truyền và các tình huống có nguy cơ phơi nhiễm (đều 75,8%), tỉ lệ đạt thấp nhất là kiến thức về nhiễm trùng cơ hội thường gặp (36,7%).

3.2. Thái độ của sinh viên đối với NB HIV/AIDS:

Bảng 1. Thái độ “xa lánh” và “thông cảm” của sinh viên đối với người bệnh HIV/AIDS.

Câu hỏi	Sinh viên năm 2	Sinh viên năm 3	Chung
Điểm trung bình thái độ “xa lánh” đối với NB HIV/AIDS của sinh viên (TB ± SD)	2,88 ± 1,64	2,51 ± 1,54	2,75 ± 1,58
Điểm trung bình thái độ “thông cảm” đối với NB HIV/AIDS của sinh viên (TB ± SD)	4,71 ± 1,90	5,01 ± 1,90	4,85 ± 1,92

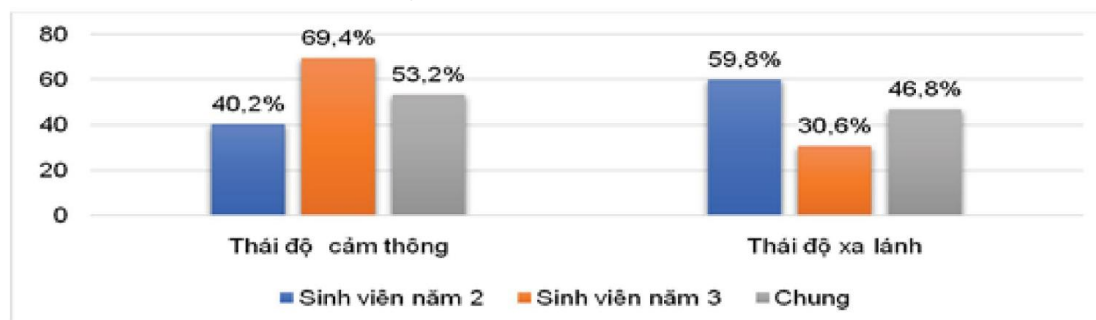
Các câu hỏi liên quan đến “xa lánh” đối với người bệnh HIV/AIDS đều có điểm trung bình xấp xỉ 3.

Bảng 2. Thái độ “đồng cảm” và “không đồng cảm” của sinh viên trong chăm sóc NB HIV/AIDS.

Câu hỏi	Sinh viên năm 2	Sinh viên năm 3	Chung
Điểm trung bình thái độ “đồng cảm” trong chăm sóc cho NB HIV/AIDS của sinh viên (TB ± SD)	4,14 ± 0,40	3,67 ± 2,88	3,68 ± 0,70
Điểm trung bình thái độ “không đồng cảm” trong chăm sóc cho NB HIV/AIDS của sinh viên (TB ± SD)	3,00 ± 2,82	1,33 ± 0,57	2,10 ± 1,68

Kết quả trả lời các câu hỏi liên quan đến thái độ “đồng cảm” của những sinh viên năm 2 khi chăm sóc NB HIV/AIDS có điểm trung bình (414 ± 0,40) cao hơn sinh viên năm thứ 3 (3,67 ± 2,88).

- Tỷ lệ sinh viên có thái độ “cảm thông” hoặc “xa lánh” đối với NB HIV/AIDS:



Biểu đồ 2. Tỷ lệ sinh viên có thái độ cảm thông, xa lánh NB HIV/AIDS.

Tỉ lệ sinh viên có thái độ “cảm thông” với NB ở mức trung bình (53,2%), trong đó, thái độ “cảm thông” của sinh viên năm 3 là 69,4%; ngược lại, thái độ “xa lánh” của sinh viên năm 2 là 59,8%. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3. Yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ của sinh viên về chăm sóc NB HIV/AIDS:

Bảng 3. Mối liên quan giữa giới tính và thái độ của sinh viên đối với người nhiễm HIV/AIDS.

Giới tính (n = 331)	Thái độ cảm thông	Thái độ xa lánh	OR (CI95%)	p
Nam	27 (35,5%)	49 (64,5%)	0,392 (0,230- 0,667)	0,000
Nữ	149 (58,4%)	106 (41,6%)		

Có sự khác biệt về thái độ “cảm thông” và “xa lánh” người nhiễm HIV/AIDS giữa nam và nữ sinh viên, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đánh giá kiến thức sinh viên về chăm sóc NB HIV/AIDS:

Sinh viên điều dưỡng Trường Cao đẳng Quân y 1 có kiến thức về đường lây truyền và các tình huống nguy cơ phơi nhiễm đạt đều chiếm 75,8%. Điều này cho thấy kiến thức về dịch tễ học bệnh HIV/AIDS đã được sinh viên tiếp thu và ghi nhớ ở mức khá. Tuy nhiên, kiến thức về kiểm soát nhiễm khuẩn có tỉ lệ đạt thấp (36,7%); tỉ lệ sinh viên điều dưỡng nắm được các kiến thức về biện pháp phòng phơi nhiễm nghề nghiệp vẫn còn chưa cao (theo dõi và xử trí tai nạn nghề nghiệp là 56,5%, tuân thủ quy định về dự phòng phổ cập là 59,5%).

4.2. Về thái độ chăm sóc NB HIV/AIDS

Nghiên cứu chỉ ra, vẫn còn 8,5% sinh viên có thái độ “xa lánh”, đổ lỗi cho người có HIV. Họ cho rằng HIV/AIDS là sự trừng phạt cho hành vi xấu.

Kết quả này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu trên sinh viên y khoa tại Trung Quốc năm 1993 (tỉ lệ sinh viên cho rằng HIV/AIDS là sự trừng phạt cho những người có hành vi xấu là 67,5%) [8]. Sự khác nhau này có thể giải thích là do thời điểm nghiên cứu khác nhau, đặc điểm môi trường sống ở Việt Nam khác Trung Quốc, ngoài ra, yếu tố quan trọng góp phần làm tăng thái độ “đồng cảm” trong những năm gần đây là những thông tin về HIV/AIDS được tuyên truyền, phổ biến rộng rãi hơn tại nước ta. Nghiên cứu khác tại Nhật Bản năm 2000 trên 383 sinh viên điều dưỡng cho thấy, có 187 người (49%) cho rằng không nên sống chung nhà với người nhiễm HIV/AIDS [9].

Liên quan tới thái độ với người nghiện chích ma túy bị nhiễm HIV của sinh viên 2 khóa, có 20,2%

sinh viên đồng ý/rất đồng ý rằng “người nghiện chích ma túy đáng bị mắc HIV”; có 47,4% có thái độ “đồng cảm” với “trẻ em/người nhiễm HIV do truyền máu hơn là người nhiễm HIV do tiêm chích ma túy”.

4.3. Yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ của sinh viên về chăm sóc NB HIV/AIDS:

Khảo sát mối liên quan đến giới tính, chúng tôi thấy trong nghiên cứu, nữ sinh viên có kiến thức và thái độ đồng cảm với người nhiễm HIV/AIDS cao hơn so với nam sinh viên, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

5. KẾT LUẬN.

Sinh viên cao đẳng điều dưỡng Trường Cao đẳng Quân y 1 đã được trang bị kiến thức và thái độ phù hợp về chăm sóc NB HIV/AIDS, thông qua nội dung huấn luyện các mô-đun, như vi - kí sinh trùng; bệnh học truyền nhiễm; dịch tễ học; chăm sóc NB truyền nhiễm; kỹ năng giao tiếp với NB. Tuy nhiên, kiến thức về nhiễm trùng cơ hội đối với người bệnh HIV/AIDS của sinh viên còn hạn chế (36,7% sinh viên có kiến thức đạt). Một bộ phận sinh viên còn có thái độ chưa đúng về vấn đề kỳ thị, xa lánh người bệnh, đặc biệt là nam sinh viên (64,5%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Chu Quốc Ân và Nguyễn Văn Thắng (2007), “Có thể bạn chưa biết?”, *Tạp chí AIDS và cộng đồng*.
2. Bộ Y tế (2009), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Bộ y tế (2011), *Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030*, Hà Nội.
4. Bộ Y tế (2015), *Chăm sóc người bệnh nhiễm HIV/AIDS*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. Bộ Y tế, Cục phòng, chống HIV/AIDS (2017), *Hướng dẫn giảm kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV tại cơ sở y tế*.
6. Bộ Y tế (2018), *Chỉ thị về tăng cường công tác phòng, chống HIV/AIDS*, Chỉ thị số 1139/CT-BYT, ngày 25/10/2018.
7. Bộ Y tế (2019), *Báo cáo kết quả công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2019 và nhiệm vụ trọng tâm 2020*, số 45/BC-BYT, ngày 15/01/2020.
8. Li V.C, Cole B.L, Zhang S.Z and Chen C.Z (1993), “HIV-related knowledge and attitudes among medical students in China”, *AIDS Care*, 5 (3), pp. 305 -312.
9. Maswanya E, Moji K, Aoyagi K et al, (2000), “Knowledge and attitudes toward AIDS among female college students in Nagasaki, Japan”, *Health Education Research*, 15 (1), pp. 5-11. □

ĐÁNH GIÁ CHI PHÍ Y TẾ CỦA SEVOFLURANE SO VỚI PROPOFOL TRONG DUY TRÌ MÊ GIAI ĐOẠN TUẦN HOÀN NGOÀI CƠ THỂ, TRÊN BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT TIM HỒ

ThS. PHẠM THỊ THANH LOAN

Bệnh viện E

Phản biện khoa học: (1) TS. NGUYỄN VĂN GIANG

(2) TS. TRƯƠNG QUANG TRUNG

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, so sánh chi phí y tế giữa sử dụng Sevoflurane và Propofol trong duy trì mê giai đoạn tuần hoàn ngoài cơ thể trên 60 bệnh nhân phẫu thuật tim hở, tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện E, từ tháng 8/2019 đến tháng 01/2020. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $56,17 \pm 10,99$ tuổi. Bệnh nhân nam (45,0%) ít hơn bệnh nhân nữ (55,0%). Chi phí trung bình tiền thuốc bệnh nhân nhóm sử dụng Sevoflurane là 80.293 ± 37.203 đồng; nhóm P là 158.891 ± 69.414 VNĐ; chi phí trung bình tiền vật tư nhóm S là 579.83 ± 829.658 VNĐ, nhóm sử dụng Propofol là $26.368,87 \pm 7.764,484$ đồng. Chi phí trung bình cho nhân lực nhóm sử dụng Sevoflurane là 750.00 ± 858.527 đồng; nhóm sử dụng Propofol là $4.066,67 \pm 2.796,961$ đồng. Tổng chi phí trung bình của nhóm sử dụng Sevoflurane là $81.622,85 \pm 37.537,78$ đồng; nhóm sử dụng Propofol là $189.327,16 \pm 76.456,76$ đồng; khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Không ghi nhận các triệu chứng bất thường xảy ra trong và sau mổ ở cả 2 nhóm.

Từ khóa: Chi phí y tế, Sevoflurane, Propofol, gây mê, phẫu thuật tim hở.

ABSTRACT: Prospective study, cross-sectional description, comparison of medical cost between use of Sevoflurane and Propofol for maintenance of extrapulmonary anesthesia in 60 patients with open-heart surgery, at the Center of cardiology, Hospital E, from August 2019 to January 2020. **Results:** The mean age of the patients was 56.17 ± 10.99 years. The male patients (45.0%) were less than female patients (55.0%). The average cost of medicine for patients group using Sevoflurane was $80,293 \pm 37,203$ VND; Group P was $158,891 \pm 69,414$ VND; The average cost of materials of group S was $579.83 \pm 829,658$ VND, the group using Propofol was $26,368.87 \pm 7,764,484$ VND. The average cost of human resources in the group using Sevoflurane was $750.00 \pm 858,527$ VND; The group using Propofol was $4,066.67 \pm 2,796,961$ VND. The average total cost of the Sevoflurane group was $81,622.85 \pm 37,537.78$ VND; the group using Propofol was $189,327,16 \pm 76,456.76$ VND; The difference was statistically significant with $p < 0.001$. There were not unusual symptoms that occurred during and after surgery in both groups.

Keywords: Medical expenses, Sevoflurane, Propofol, anesthesia, open-heart surgery.

Chịu trách nhiệm nội dung, ThS. Phạm Thị Thanh Loan, Email: lolaphamyhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Theo khảo sát của tổ chức Quỹ bảo trợ tim mạch trẻ em quốc tế (International children's heart fund), tại Việt Nam năm 2010, chi phí trực tiếp dành cho y tế mà người bệnh phải trả cho một ca phẫu thuật tim bẩm sinh từ 1.500-4.500 USD; cho một ca phẫu thuật tim người lớn từ 2.000-5.000 USD [2, 9]. Chi phí này là không nhỏ đối với mức thu nhập của người dân các quốc gia đang phát triển như Việt Nam [2]. Hiện nay, chi phí cho phẫu thuật và gây mê của các gói phẫu thuật tim mở là cố định. Vì thế, việc sử dụng thuốc, vật tư y tế cho ca mổ ngoài bảo đảm hiệu quả về mặt lâm sàng thì tính khả thi về kinh tế cũng đóng một vai trò quan trọng, trong đó, có tính đến chi phí cho việc sử dụng thuốc gây mê.

Thông thường, trong giai đoạn tuần hoàn ngoài cơ thể, bác sĩ gây mê chỉ có thể sử dụng thuốc mê đường tĩnh mạch Propofol. Điều này khá phổ biến ở hầu hết các trung tâm phẫu thuật tim mở tại Việt Nam hiện nay. Tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E, các bác sĩ đã xây dựng được hệ thống cung cấp thuốc mê bốc hơi Sevoflurane liên tục qua phổi nhân tạo, thay vì dùng thuốc mê đường tĩnh mạch để duy trì mê trong giai đoạn này [1, 8]. Trên thế giới, cả thuốc mê bốc hơi Sevoflurane và thuốc mê đường tĩnh mạch Propofol đều đã được chứng minh là an toàn, hiệu quả và được sử dụng thường quy cho bệnh nhân (BN) trong phẫu thuật tim mở. Tuy nhiên, đến nay chưa có nghiên cứu nào tại Việt Nam đánh giá hiệu quả về mặt chi phí khi sử dụng Sevoflurane thay cho Propofol trong giai đoạn tuần

hoàn ngoài cơ thể.

Chúng tôi triển khai nghiên cứu này nhằm so sánh chi phí y tế khi sử dụng Sevoflurane và Propofol duy trì mê trong giai đoạn tuần hoàn ngoài cơ thể trên BN phẫu thuật tim mở.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

60 BN phẫu thuật tim mở tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện E, từ tháng 8/2019 đến tháng 01/2020.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: BN phẫu thuật tim mở lần đầu theo kế hoạch qua đường xương ức; BN có ASA $\leq$ 3; BN từ 17-75 tuổi; BN có EF $>$ 50% hoặc dd $<$ 66 mm.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN mang thai; BN mổ cấp cứu hoặc mổ lại; BN dị ứng hoặc không dung nạp với thuốc; BN không hợp tác hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang.

- Phương pháp tiến hành: 60 BN chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm, mỗi nhóm 30 BN:

+ Nhóm sử dụng Sevoflurane (nhóm S): BN được duy trì mê bằng Sevoflurane với nồng độ ban đầu là 2% thông qua hệ thống tuần hoàn ngoài cơ thể với lưu lượng thay đổi phụ thuộc vào cân nặng, chiều cao, huyết động trong giai đoạn tuần hoàn ngoài cơ thể.

+ Nhóm sử dụng Propofol (nhóm P): BN được duy trì mê bằng Propofol truyền tĩnh mạch liên tục liều ban đầu là 10 mg/kg/giờ.

Ở cả 2 nhóm, thuốc mê được thay đổi sao cho chỉ số lưỡng phổ (Bispectral index - BIS) luôn duy trì trong khoảng 40-60. Nhắc lại Rocuronium và Fentanyl bảo đảm độ giãn cơ và giảm đau tương đương ở 2 nhóm (rocuronium 0,5 mg/kg/giờ, Fentanyl 2,5 mcg/kg/giờ). Sau khi thả cặp động mạch chủ, BN được sử dụng thuốc vận mạch, duy trì tần số tim 90 lần/phút bằng Pacemaker cho đến khi huyết động hoàn toàn ổn định, BN được ngừng máy tuần hoàn ngoài cơ thể.

- Chỉ tiêu nghiên cứu: đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (tuổi, giới tính, trọng lượng, chiều cao, diện tích bề mặt cơ thể (BSA), ASA, chẩn đoán và dự kiến phẫu thuật, tiền sử bản thân và các bệnh phối hợp); chi phí y tế trong nghiên cứu (chi phí thuốc, chi phí vật tư, chi phí nhân lực); một số chỉ tiêu khác như thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể (phút), thời gian cặp động mạch chủ (phút),

tiền sử bệnh, tiền sử dùng thuốc của đối tượng nghiên cứu.

- Quy trình nghiên cứu: BN được thăm khám và giải thích về gây mê và phẫu thuật trước mổ. Sáng ngày mổ, BN được tiền mê bằng Midazolam 2 mg đường tĩnh mạch; đặt đường truyền ngoại vi và huyết áp động mạch xâm lấn, gắn theo dõi với monitoring. Gây mê theo phác đồ Propofol (2-3 mg/kg) + Rocuronium (0,8 mg/kg) + Fentanyl (5-10 mcg/kg), sau đó duy trì mê bằng Sevoflurane 1-1,5 MAC. Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm (tĩnh mạch cảnh trong trái) và theo dõi áp lực để bù dịch; làm xét nghiệm khí máu động mạch và thời gian đông máu hoạt hóa (ACT) trước mổ. Trước khi đặt canuyn động mạch chủ, BN được sử dụng Heparin toàn thân, liều 3 mg/kg, đợi đến khi xét nghiệm ACT $\geq$ 480 s thì thiết lập hệ thống tuần hoàn ngoài cơ thể.

- Cách tính chi phí trong nghiên cứu (VNĐ):

+ Cách tính chi phí thuốc:

Nhóm P = số ml x giá 1 ml.

Nhóm S = FGF (L tối thiểu) x Sevoflurane Vol% x thời lượng (phút) x chi phí của 1 chai/chất lỏng để tỉ lệ hơi* x khối lượng của một chai (L)**.

(*: tỉ lệ giữa chất lỏng và hơi đối với Sevoflurane là 183 ml; **: thể tích chai Sevoflurane là 0,25L).

+ Cách tính giá nhân công thực hiện kĩ thuật:

Chi phí điều dưỡng = Lương y tá (hàng giờ) x thời gian trung bình dành cho việc chuẩn bị thuốc và vật tư duy trì mê.

+ Tổng chi phí = chi phí thuốc + chi phí vật tư + chi phí nhân lực.

- Xử lí số liệu: bằng phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm spss.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm chung BN nghiên cứu:

- Phân bố BN theo tuổi:



Biểu đồ 1. Phân bố BN theo độ tuổi.

BN từ 28-75 tuổi, trung bình $56,17 \pm 10,99$ tuổi.

- Phân bố BN theo giới tính: 33 BN (55,0%) nữ và 27 BN (45,0%) nam. Tỷ lệ BN nữ/nam = 1,2.

- Đặc điểm nhân khẩu học của BN 2 nhóm nghiên cứu:

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của BN 2 nhóm nghiên cứu.

Đặc điểm		Nhóm S (n = 30)	Nhóm P (n = 30)	p
Tuổi trung bình (năm)		$54,70 \pm 11,511$	$57,63 \pm 10,420$	$> 0,05$
Giới tính	Nam	17	10	$> 0,05$
	Nữ	13	20	
Cân nặng (kg)		$54,51 \pm 9,34$	$52,51 \pm 8,708$	$> 0,05$
Chiều cao (cm)		$158,86 \pm 9,77$	$157,83 \pm 7,37$	$> 0,05$
BSA (m ²)		$1,557 \pm 0,17339$	$1,519 \pm 0,157$	$> 0,05$

Tỷ lệ về tuổi, giới tính, cân nặng, chiều cao, BSA của BN ở 2 nhóm không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

3.2. Đặc điểm bệnh học ở BN 2 nhóm nghiên cứu:

Bảng 2. Đặc điểm bệnh học của BN ở 2 nhóm nghiên cứu.

Đặc điểm	Nhóm S (n = 30)	Nhóm P (n = 30)	p
Thời gian chạy máy trung bình	$141,90 \pm 44,00$	$137,73 \pm 46,15$	$> 0,05$
Thời gian cấp chủ trung bình	$96,70 \pm 41,28$	$92,90 \pm 44,89$	$> 0,05$
Huyết áp trung bình	$59,51 \pm 15,06$	$54,17 \pm 12,48$	$> 0,05$
Nhiệt độ trung bình	$28,08 \pm 12,16$	$27,05 \pm 14,28$	$> 0,05$
BIS trung bình	$35,15 \pm 12,05$	$40,20 \pm 11,28$	$> 0,05$
Tim mắc phải/tim bẩm sinh	27/3	29/1	$> 0,05$

Thời gian chạy máy trung bình, thời gian cấp chủ trung bình, huyết áp trung bình, nhiệt độ trung bình và BIS trung bình không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Số lượng BN bệnh tim mắc phải và bệnh tim bẩm sinh cũng được phân bố tương đồng.

3.3. So sánh một số chỉ tiêu giữa 2 nhóm:

Bảng 3. So sánh số lần thay thuốc và thời gian thực hiện thuốc của 2 nhóm.

Chỉ số trung bình	Nhóm S (n = 30)	Nhóm P (n = 30)	p
Số lần thay thuốc (lần)	$0,53 \pm 0,629$	$2,37 \pm 0,718$	$< 0,001$
Thời gian thực hiện thuốc (phút)	$1,466 \pm 1,696$	$2,223 \pm 0,405$	$< 0,001$

Nhóm S có số lần thay thuốc và thời gian thực hiện thuốc ít hơn nhiều so với nhóm P, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 4. So sánh một số chi phí liên quan và tổng chi phí giữa 2 nhóm.

Chi phí trung bình (VNĐ)	Nhóm S (n = 30)	Nhóm P (n = 30)	p
Thuốc mê	$80,293,02 \pm 37,203,56$	$158.891,6 \pm 69.414,23$	$< 0,001$
Thuốc kết hợp	$38.216,03 \pm 30.762,86$	$27.319,30 \pm 18.164,110$	$> 0,05$
Vật tư tiêu hao	$579,83 \pm 829,658$	$26.368,87 \pm 7.764,484$	$< 0,001$
Nhân công	$750,00 \pm 858,527$	$4.066,67 \pm 2.796,961$	$< 0,001$
Tổng	$81.622,85 \pm 37.537,78$	$189.327,16 \pm 76.456,76$	$< 0,001$

Chi phí sử dụng thuốc mê, chi phí vật tư tiêu hao và nhân công ở nhóm P cao hơn nhóm S, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Các thuốc sử dụng phối hợp với thuốc mê không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

Tổng chi phí trung bình (không tính các thuốc kết hợp) của nhóm S thấp hơn nhiều so với nhóm P (81.622,85 VNĐ so với 189.327,16 VNĐ), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Không ghi nhận bất kì tai biến hay diễn biến bất thường nào trong thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể và sau mổ của cả 2 nhóm.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm chung BN nghiên cứu:

- Đặc điểm về tuổi, giới tính: không có sự khác biệt giữa 2 nhóm về tuổi và tỉ lệ giới tính ($p > 0,05$). BN từ 28-75 tuổi, trung bình $56,17 \pm 10,99$ tuổi; BN nam (45,0%) ít hơn BN nữ (55,0%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Roberta Meroni và cộng sự năm 2016 (tuổi trung bình BN là $53,37 \pm 10,49$; tỉ lệ nam và nữ tương đương nhau [4]); nhưng cao hơn nghiên cứu của Smith I và cộng sự năm 1999 (BN sử dụng Sevoflurane từ 20-69 tuổi, trung bình 37,6 tuổi; BN sử dụng Propofol từ 18-71 tuổi, trung bình 40,8 tuổi [6]), sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của Smith I lấy nhiều BN bệnh tim bẩm sinh nên có tuổi trung bình thấp.

- Đặc điểm về nhân khẩu học: 2 nhóm BN S và P có cân nặng trung bình của lần lượt là $54,51 \pm 9,34$ kg và $52,51 \pm 8,708$ kg; chiều cao trung bình là $158,86 \pm 9,77$ cm và $157,83 \pm 7,37$ cm; thấp hơn nghiên cứu của Roberta Meroni và cộng sự năm 2016 (cân nặng, chiều cao trung bình lần lượt là $73,87 \pm 12,61$ kg và $169,8 \pm 78,66$ cm [5]); tương đương với nghiên cứu của Smith I và cộng sự năm 1999 (cân nặng trung bình nhóm S là $71,4 \pm 13,2$ kg, nhóm P là $69,7 \pm 13,1$ kg [6]).

4.2. Bàn luận về các loại chi phí:

Chi phí trung bình thuốc mê Sevoflurane trong giai đoạn tuần hoàn ngoài cơ thể ($80.293,02 \pm 37.203,56$ VNĐ) ít hơn chi phí trung bình của thuốc mê Propofol ($158.891,6 \pm 69.414,23$ VNĐ). Các thuốc kết hợp sử dụng trong thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể, như Nicardipine, Ephedrin, NaCl 10%, Natri bicarbonat, Lasix nhằm bảo đảm cho các chỉ số huyết động và cận lâm sàng tối ưu cho BN trong giai đoạn tuần hoàn ngoài cơ thể, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Các vật tư

tiêu hao cần dùng như bơm tiêm, kim tiêm, dây nối bơm tiêm điện, chạc ba tiêm... sẽ được ghi lại số lượng thực tế và tính ra chi phí trung bình, kết quả chỉ cho vật tư tiêu hao ở giai đoạn tuần hoàn ngoài cơ thể của nhóm S là $579,83 \pm 829,658$ VNĐ, nhóm P là 26.368 ± 7.764 VNĐ. Như vậy, khi sử dụng Propofol để duy trì mê sẽ dùng vật tư tiêu hao nhiều hơn so với sử dụng Sevoflurane để duy trì mê trong tuần hoàn ngoài cơ thể. Thêm nữa, khi sử dụng Sevoflurane, điều dưỡng viên/kỹ thuật viên chỉ cần chuẩn bị thuốc 1 lần, trong khi dùng Propofol phải thay thuốc nhiều lần. Đặc biệt, nếu thời gian chạy máy kéo dài thì số lần thay thuốc càng nhiều. Vì thế, thời gian thực tế thực hiện thuốc của nhóm P cũng nhiều hơn so với nhóm S. Tổng chi phí (gồm chi phí thuốc mê, chi phí vật tư tiêu hao và chi phí nhân lực) của nhóm S ($81.622,85$ VNĐ) thấp hơn nhiều so với tổng chi phí của nhóm P ($189.327,16$ VNĐ), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Một số nghiên cứu khác cũng có kết quả về chi phí trung bình của Sevoflurane thấp hơn so với sử dụng Propofol, như nghiên cứu của Csaba Loibl và cộng sự năm 2018 [2], chi phí theo giờ của Propofol cao hơn so với Sevoflurane ($7,86 \pm 3,54$ € - tương đương 196.500 ± 88.500 VNĐ) so với $7,52 \pm 2,49$ € - tương đương 188.000 ± 62.250 VNĐ). Tổng chi phí của nhóm P so với nhóm S cũng cao hơn ($22,11 \pm 8,08$ € - tương đương 552.750 ± 20.200 VNĐ so với $19,95 \pm 8,53$ € - tương đương 498.750 ± 17.060 VNĐ), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Nghiên cứu của Yashpal Singh và cộng sự năm 2015 [7] thấy, chi phí trung bình thuốc mê nhóm S ($407,01 \pm 74,86$ rupee) thấp hơn so với nhóm P ($464,49 \pm 108,10$ rupee); chi phí vật tư của nhóm P ($119,10 \pm 0,00$ rupee) cao hơn so với nhóm S (không mất thêm vật tư); tổng chi phí của nhóm P ($602,85 \pm 82,42$ rupee) cao hơn nhóm S ($407,01 \pm 74,86$ rupee), khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,001$.

4.3. Một số bất lợi khi sử dụng Sevoflurane so với Propofol:

Nghiên cứu của R Nitzschke và cộng sự năm 2013 [5] thấy, mặc dù Sevoflurane được biết đến là thuốc mê bốc hơi có tác dụng bảo vệ tim mạch rõ ràng hơn so với các loại thuốc mê khác (như giảm tỉ lệ nhồi máu cơ tim, giảm tỉ lệ tử vong sau phẫu thuật tim). Tuy nhiên, liều lượng của thuốc mê bay hơi trong bộ trộn khí của hệ thống tuần hoàn ngoài

cơ thể bị ảnh hưởng bởi hạ thân nhiệt, sự pha loãng máu và những thay đổi trong lưu lượng khí mới. Vì thế, đo nồng độ Sevoflurane trong hệ thống là không hữu ích để theo dõi, quản lý Sevoflurane trong tuần hoàn ngoài cơ thể mà phải dùng đến BIS. Nếu không có BIS thì công việc của bác sĩ/ điều dưỡng gây mê/chạy máy sẽ khó khăn hơn khi kiểm soát nồng độ khí mê Sevoflurane trong hệ thống tuần hoàn ngoài cơ thể, dẫn tới mất thời gian hơn, phải tính toán cẩn thận hơn... Ngoài ra, theo nghiên cứu của M.J Blokker và Veldhui năm 2011 [3], mặc dù Sevoflurane được sử dụng rộng rãi cho duy trì mê trong tất cả các loại thủ thuật và phẫu thuật, nhưng có một số vấn đề cần quan tâm khi khí mê bị thoát ra gây lãng phí và phơi nhiễm đối với nhân viên y tế. Một số báo cáo đã nghiên cứu những ảnh hưởng đến nhân viên y tế tại phòng mổ khi tiếp xúc trực tiếp. Mặc dù, số liệu về phản ứng xấu tới sức khỏe là không nhiều, nhưng những tác động tiềm tàng của phơi nhiễm nghề nghiệp vẫn là một điểm đáng quan tâm.

Kết quả nghiên cứu này cho thấy, duy trì mê bằng Sevoflurane giúp tiết kiệm thời gian cho việc chuẩn bị thuốc, thực hiện thuốc, theo dõi, thay thuốc..., dẫn đến tổng chi phí giảm hơn so với nhóm duy trì mê bằng Propofol. Thêm nữa, việc giảm công việc cho điều dưỡng/kỹ thuật viên gây mê giúp họ có thời gian thực hiện công việc khác, nâng cao tính an toàn cho phẫu thuật. Tuy vậy, bác sĩ gây mê cũng phải lưu ý một số bất lợi khi sử dụng Sevofluran để tránh lãng phí thuốc và bảo đảm an toàn tối ưu về sức khỏe cho nhân viên y tế.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu chi phí y tế khi sử dụng Sevoflurane và Propofol trong duy trì mê giai đoạn tuần hoàn ngoài cơ thể trên 60 BN phẫu thuật tim mở, tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện E, từ tháng 8/2019 đến tháng 01/2020, kết quả:

- Chi phí trung bình tiền thuốc BN nhóm S là 80.293 ± 37.203 VNĐ; nhóm P là 158.891 ± 69.414 VNĐ. Chi phí trung bình tiền vật tư nhóm S là 579.83 ± 829.658 VNĐ, nhóm P là $26.368,87 \pm 7.764,484$ VNĐ. Chi phí trung bình cho nhân lực nhóm S là 750.00 ± 858.527 VNĐ; nhóm P là $4.066,67 \pm 2.796,961$ VNĐ. Tổng chi phí y tế trung bình của nhóm S là $81.622,85 \pm 37.537,78$ VNĐ; nhóm P là $189.327,16 \pm 76.456,76$ VNĐ; khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

- Không ghi nhận các triệu chứng bất thường

xảy ra trong và sau mổ ở cả 2 nhóm BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Thế Bình (2018), *Tổng kết cuối năm Trung tâm Tim mạch*, Hà Nội.
2. Bocskai T, Loibl C, Vamos Z, Woth G, Molnar T, Bogar L et al (2018), "Cost-effectiveness of anesthesia maintained with sevoflurane or propofol with and without additional monitoring: a prospective, randomized controlled trial", *BMC Anesthesiol*, 18 (1): 100.
3. Blokker-Veldhuis, M.J. Rutten, P.M De Hert, S.G (2011), "Occupational exposure to sevoflurane during cardiopulmonary bypass", *Perfusion*, Sep, 26 (5): 383-9, doi: 10.1177/0267659111409971. Epub 2011 May 18.
4. Meroni R, Gianni S, Guarnieri M, Saglietti F, Gemma M, Zangrillo A et al (2017), Feasibility of Anesthesia Maintenance With Sevoflurane During Cardiopulmonary Bypass: A Pilot Pharmacokinetics Study", *J Cardiothorac Vasc Anesth*, 31 (4): 1210-7.
5. Nitzschke R, Wilgusch J, Kersten J.F, Trepte C.J, Haas S.A, Reuter D.A, Goetz A.E, Goepfert M.S (2013), "Changes in sevoflurane plasma concentration with delivery through the oxygenator during on-pump cardiac surgery", *Br J Anaesth*, Jun, 110 (6): 957-65. doi: 10.1093/bja/aet018. Epub 2013 Mar 5.
6. Smith I, Terhoeve P.A, Hennart D, Feiss P et al (1999), "A multicentre comparison of the costs of anaesthesia with sevoflurane or propofol", *British Journal of Anaesthesia*, 83 (4): 564-70.
7. Singh Y, Singh A.P, Jain G, Yadav G, Singh D.K (2015), "Comparative evaluation of cost effectiveness and recovery profile between propofol and sevoflurane in laparoscopic cholecystectomy" *Anesth Essays Res*, 9 (2): 155-60.
8. Xiong H.Y, Liu Y, Shu D.C, Zhang S.L, Qian X, Duan W.X et al (2016), "Effects of Sevoflurane Inhalation During Cardiopulmonary Bypass on Pediatric Patients: A Randomized Controlled Clinical Trial", *ASAIO J*, 62 (1): 63-8.
9. Yu Q.B, Li H.M, Li .LL, Wang S.Y, Wu Y.B (2015), "Sevoflurane downregulates interleukin-6 and interleukin-8 levels in patients after cardiopulmonary bypass surgery: a meta-analysis", *Genetics and molecular research: GMR*, 14 (4): 19016-27. □

ĐÁNH GIÁ NHẬN THỨC CỦA ĐIỀU DƯỠNG CÁC KHOA LÂM SÀNG VỀ YẾU TỐ NGUY CƠ VIÊM TĨNH MẠCH DO CATHETER TĨNH MẠCH NGOẠI BIÊN.

ThS. LÊ THỊ CÚC, TS. TRƯƠNG QUANG TRUNG

ThS. NGUYỄN HỮU DỰ, CNĐD. ĐỖ THỊ KIM THU

Trường Đại học Y Hà Nội

Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. NGUYỄN HOÀNG NGỌC

(2) ThS. PHẠM ĐỨC MỤC

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, đánh giá nhận thức của điều dưỡng về các yếu tố nguy cơ liên quan đến viêm tĩnh mạch do catheter tĩnh mạch ngoại biên, trên 185 điều dưỡng nhân viên, học viên đang làm việc, học tập tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, từ tháng 3-6/2020. Kết quả: Đối tượng nghiên cứu có tỉ lệ lớn đã nhận thức đúng về tầm quan trọng (79,5%) mức độ thường xuyên gặp (58,4%) của viêm tĩnh mạch; song có tỉ lệ thấp nhận thức đúng về các yếu tố nguy cơ gây viêm tĩnh mạch khác, như nguyên nhân viêm sau truyền (16,8%), vị trí truyền như chân (44,6%), độ pH thấp (21,1%), giới nữ (3,2%). **Kết luận:** Cần phải đào tạo thêm kiến thức cho điều dưỡng về các yếu tố nguy cơ viêm tĩnh mạch do đặt catheter tĩnh mạch ngoại biên.

Từ khóa: Nhận thức, viêm tĩnh mạch, tĩnh mạch ngoại biên.

ABSTRACT: Cross-sectional descriptive study, evaluating the perception of nurses about risk factors related to phlebitis caused by peripheral venous catheters, in 185 nurses and trainees working, studying at the clinical departments of the hospital of Hanoi medical university, from March to June 2020. **Results:** A large percentage of study subjects were correctly aware of the importance (79.5%) of the prevalence (58.4%) of phlebitis; However, there was a low percentage of correct awareness of other risk factors for phlebitis, such as post-infusion inflammatory causes (16.8%), location of infusion like legs (44.6%), low pH (21.1%), female (3.2%). **Conclusion:** Need to train more knowledge for nurses about the risk factors for phlebitis due to peripheral venous catheter insertion.

Keywords: Awareness, phlebitis, peripheral veins.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Lê Thị Cúc, Email: lecuc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Viêm tĩnh mạch (do nguyên nhân cơ học, hóa học, vi khuẩn...) là một biến chứng cục bộ, thường gặp ở bệnh nhân điều trị qua đường truyền tĩnh mạch ngoại biên [1]. Theo tiêu chuẩn của Hiệp hội ĐD truyền dịch (INS), tỉ lệ viêm tĩnh mạch chấp nhận được là 5% trở xuống [2]. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt đáng kể về tỉ lệ viêm tĩnh mạch. Nghiên cứu của Webster đã chỉ ra, tỉ lệ viêm tĩnh mạch dao động từ 2,3-67% [3].

Một số nghiên cứu tìm hiểu về các yếu tố nguy cơ gây viêm tĩnh mạch do truyền dịch đã được tiến hành, theo các nghiên cứu này, các yếu tố nguy cơ đối với viêm tĩnh mạch là do dịch truyền bao gồm: bộ dây truyền dịch, vật liệu của kim truyền, vị trí đặt kim truyền, thời gian đặt, pH và độ thẩm thấu của dịch [4]. Vai trò của thuốc, nồng độ, mức độ sử dụng dịch truyền liên tục của các đường truyền và một vài yếu tố liên quan đến người bệnh, như tuổi, giới tính, tiền sử bệnh cũng là một trong số những yếu tố nguy cơ gây viêm tĩnh mạch [5]

Đặt catheter tĩnh mạch ngoại biên (Peripheral venous catheter - PVC), hay đặt kim luồn ngoại biên, là một kỹ thuật mà người điều dưỡng (ĐD) được sử dụng rất phổ biến trong chăm sóc người bệnh. Người ĐD cần có kiến thức và kỹ năng đặt và duy trì đường truyền ngoại biên của người bệnh, cũng như kiến thức về đặc điểm dược lí và tác động hóa học của các loại thuốc. Các kỹ năng và kiến thức nhận biết sớm yếu tố nguy cơ và các yếu tố làm phát triển viêm tĩnh mạch sẽ giúp giảm thiểu các biến chứng xảy ra, cải thiện chất lượng chăm sóc, tăng sự an toàn cho người bệnh, đồng thời giảm thời gian nằm viện và chi phí điều trị.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá nhận thức của ĐD về các yếu tố nguy cơ liên quan đến viêm tĩnh mạch trên người bệnh có đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại biên.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

185 ĐD (gồm 163 ĐD và 22 học viên ĐD thực

tập) đang công tác, học tập tại 12 khoa lâm sàng, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, từ tháng 3-6/2020. Các ĐD đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Công cụ nghiên cứu: phỏng vấn đối tượng nghiên cứu bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn dựa trên bộ công cụ của Lanbeck và cộng sự [7], bao gồm 15 câu hỏi (lựa chọn và nhiều lựa chọn). Bộ câu hỏi gồm 3 phần:

- + Phần 1: thông tin về đối tượng nghiên cứu.
- + Phần 2: nhận thức về các yếu tố nguy cơ viêm tĩnh mạch.
- Đạo đức: đề cương nghiên cứu đã được hội đồng đạo đức Bệnh viện thông qua.
- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 22.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học (n = 185).

Đặc điểm		Số ĐD	Tỉ lệ %
Giới tính	Nam	53	28,6
	Nữ	132	71,4
Tuổi	< 30 tuổi	90	48,7
	30-40 tuổi	89	48,1
	> 40 tuổi	6	3,2
Kinh nghiệm công tác	< 5 năm	80	43,2
	5-10 năm	76	41,1
	11-19 năm	25	13,5
	≥ 20 năm	4	2,2
Trình độ chuyên môn	Trung cấp	10	5,4
	Cao đẳng	50	27,0
	Đại học	122	65,9
	Sau đại học	3	1,6
Vị trí công tác	ĐD trưởng	15	7,6
	ĐD khoa/phòng	126	68,1
	ĐD hành chính	22	11,9
	Học viên	22	11,9

Đa số ĐD là nữ giới (71,4%), dưới 40 tuổi (96,8%), kinh nghiệm công tác dưới 5 năm (43,2%) và từ 5-10 năm (41,1%), có trình độ đại học (65,9%), vị trí làm việc tại các khoa/phòng (68,1%).

3.2. Nhận thức của ĐD về các yếu tố nguy cơ viêm tĩnh mạch:

Bảng 2. Nhận thức về tính chất, mức độ và nguy cơ viêm tĩnh mạch.

Câu hỏi	Lựa chọn	Số ĐD	Tỉ lệ %
Viêm tĩnh mạch xảy ra là:	Thường xuyên	15	8,1
	Hay gặp	93	50,3
	Ít gặp	73	39,5
	Hiếm gặp	4	2,1
	Không có	0	0
Tôi nghĩ rằng viêm tĩnh mạch ngoại biên là:	Vấn đề rất lớn	147	79,5
	Vấn đề bình thường	36	19,5
	Vấn đề nhỏ	0	0
	Không có vấn đề gì	2	1,0
Yếu tố nguy cơ viêm tĩnh mạch ngoại biên:	Hóa học	103	55,7
	Cơ học	100	54,1
	Vi khuẩn	67	34,1
	Sau truyền	31	16,8

Có 50,3% ĐD cho rằng viêm tĩnh mạch rất hay gặp, 79,5% coi viêm tĩnh mạch là vấn đề lớn. ĐD cho rằng yếu tố nguy cơ viêm tĩnh mạch do nguyên nhân hóa học (55,7%) và cơ học (54,1%), chỉ có 16,8% do nguyên nhân sau truyền.

Bảng 3. Kỹ thuật đặt đường truyền (n = 185).

Câu hỏi	Lựa chọn	Số ĐD
Kỹ thuật lấy ven đúng sẽ làm giảm nguy cơ viêm tĩnh mạch ngoại biên	Đúng	180 (97,3%)
	Sai	2 (1,1%)
	Không biết	3 (1,6%)
Việc ghi chép đánh giá catheter tĩnh mạch ngoại biên hằng ngày có làm giảm nguy cơ viêm tĩnh mạch ngoại biên không?	Có	179 (96,8%)
	Không	5 (2,7%)
	Không biết	1 (0,5%)
Việc băng cố định đường truyền có ảnh hưởng đến viêm tĩnh mạch ngoại biên không?	Có	152 (82,2%)
	Không	26 (14,1%)
	Không biết	7 (3,8%)
Đường truyền tĩnh mạch ngoại biên không nên để quá?	24 giờ	8 (4,3%)
	48 giờ	22 (11,9%)
	72 giờ	151 (81,6%)
	96 giờ	4 (2,2%)
Vị trí đặt đường truyền nào làm tăng nguy cơ viêm tĩnh mạch ngoại biên cho người bệnh	Mu tay	105 (56,8%)
	Cổ tay	94 (50,8%)
	Cẳng tay	31 (16,8%)
	Khủy tay	85 (45,9%)
	Cánh tay	14 (7,6%)
	Bàn chân	123 (66,5%)
	Chân	83 (44,9%)

Tỉ lệ ĐD cho rằng việc kĩ thuật lấy ven (97,3%) và việc ghi chép hồ sơ (96,8%), việc băng cố định đường truyền (82,2%) sẽ giúp giảm nguy cơ viêm tĩnh mạch. Có 81,6% ĐD cho rằng không nên để đường truyền quá 72 giờ. Vị trí đặt đường truyền ở bàn chân (66,5%) và mu tay (56,8%) sẽ làm tăng nguy cơ viêm tĩnh mạch.

Bảng 4. Dung dịch và dung môi.

Câu hỏi	Lựa chọn	Số ĐD
Với dung dịch là nguyên nhân của viêm tĩnh mạch ngoại biên, anh chị sẽ đề xuất lựa chọn tốc độ truyền nào để giảm viêm tĩnh mạch?	100 ml/10-15 phút	4 (2,2%)
	100 ml/16-30 phút	11 (5,9%)
	100 ml/31-60 phút	65 (35,1%)
	100 ml/> 60 phút	105 (56,8%)
Những loại dung dịch hay thuốc sau đây là những yếu tố làm tăng nguy cơ viêm tĩnh mạch ngoại biên	PH cao	78 (42,2%)
	PH thấp	39 (21,1%)
	Độ đậm đặc cao	159 (85,9%)
	Độ đậm đặc thấp	12 (6,5%)
	Độ thẩm thấu cao	113 (61,1%)
	Độ thẩm thấu thấp	39 (21,1%)
	Dung dịch ấm	25 (13,5%)
	Dung dịch lạnh	41 (22,2%)
Dung môi để pha những loại thuốc kích thích mạch máu làm giảm nguy cơ viêm tĩnh mạch	Đường 5%	8 (4,3%)
	Muối	58 (31,4%)
	Nước cất	83 (44,9%)
	Không biết	36 (19,5%)

56,8% ĐD cho rằng tốc độ truyền 100 ml/> 60 phút làm giảm viêm tĩnh mạch. Những yếu tố như độ đậm đặc cao (85,9%), độ thẩm thấu cao (61,1%), và dung dịch nước cất để pha (44,9%) là những yếu tố làm tăng nguy cơ viêm tĩnh mạch.

Bảng 5. Tính chất của catheter và cổng kết nối.

Câu hỏi	Lựa chọn	Số ĐD
Cổng tiêm không dây có đầu lọc có giảm nguy cơ viêm tĩnh mạch ngoại biên so với chạc ba thông thường không?	Có	129 (69,7%)
	Không	21 (11,4%)
	Không biết	35 (18,9%)
Tính chất nào của catheter sẽ làm giảm nguy cơ viêm tĩnh mạch ngoại biên	Catheter dài	59 (31,9%)
	Catheter ngắn	91 (49,2%)
	Catheter nhựa	123 (66,5%)
	Catheter kim loại	23 (12,4%)

ĐD cho rằng cổng tiêm không dây có đầu lọc (69,7%) và catheter bằng nhựa (66,5%) sẽ làm giảm nguy cơ viêm tĩnh mạch.

Bảng 6. Các yếu tố liên quan đến người bệnh.

Câu hỏi	Lựa chọn	Số ĐD
Những yếu tố nào sau đây làm tăng nguy cơ viêm tĩnh mạch ngoại biên	Nam giới	12 (6,5%)
	Nữ giới	6 (3,2%)
	Tuổi cao	134 (72,4%)
	Trẻ em	30 (16,2%)
	Béo phì	99 (53,5%)
	Bệnh ác tính	86 (46,5%)
	Bệnh thấp khớp	47 (25,4%)
	Nghiện rượu	71 (38,4%)
	Suy tĩnh mạch	160 (86,5%)
	Suy động mạch	38 (20,5%)
	Huyết khối	126 (68,1%)
	Đái tháo đường	149 (80,5%)
	Các bệnh truyền nhiễm	67 (36,2%)

ĐD cho rằng người bệnh bị suy tĩnh mạch (86,5%), đái tháo đường (80,5%), tuổi cao (72,4%), huyết khối (68,1%) là những người có nguy cơ bị viêm tĩnh mạch cao hơn.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Tính chất, mức độ và nguy cơ viêm tĩnh mạch:

Phần lớn ĐD đều cho rằng, viêm tĩnh mạch là một vấn đề lớn và thường xuyên gặp. Điều này cho thấy, viêm tĩnh mạch là biến chứng hay gặp trong thực hành ở các khoa lâm sàng trong bệnh viện. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trước đây (tỉ lệ viêm tĩnh mạch dao động từ 2,3%-67% [3]). Bên cạnh đó, có rất nhiều nguyên nhân dẫn đến viêm tĩnh mạch khi truyền dịch, tuy nhiên, ĐD trong nghiên cứu này chỉ biết về nguyên nhân hóa học (55,7%), cơ học (54,1%), còn nguyên nhân do vi khuẩn (34,1%) và sau khi truyền dịch (16,8%) thì ít được biết đến.

4.2. Kĩ thuật đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại biên:

Phần lớn ĐD cho rằng, những vấn đề liên quan đến trình độ, kĩ thuật đặt và theo dõi đường truyền sẽ làm giảm nguy cơ viêm tĩnh mạch. Đường truyền được đặt bởi những ĐD có nhiều kinh nghiệm thì có tỉ lệ thành công cao hơn. Đặc biệt, trong những trường hợp khó đặt [8] và có tỉ lệ viêm tĩnh mạch

thấp hơn [9]. Bên cạnh đó, cách thức duy trì và tần suất ghi chép, kiểm tra hàng ngày đều liên quan đến viêm tĩnh mạch [10].

Theo khuyến cáo của CDC (2011), việc thay thế đường truyền tĩnh mạch ngoại biên nên thực hiện từ 72-96 giờ để giảm nguy cơ viêm tĩnh mạch. Bên cạnh đó, đường truyền cần được loại bỏ nếu có dấu hiệu viêm, nhiễm trùng hoặc bị hỏng [11]. Hiện tại, hầu hết các bệnh viện tại Việt Nam đã làm theo hướng dẫn này. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn ĐD trả lời đúng, tuy nhiên, vẫn còn 16,1% ĐD trả lời sai câu hỏi này.

Các nghiên cứu chỉ ra, catheter đặt gần khớp làm tăng nguy cơ viêm tĩnh mạch. Theo Wallis M.C (2014), vị trí đặt PVC ở mu tay, khuỷu tay làm tăng rủi ro viêm tĩnh mạch (lần lượt là 2,45 và 1,65 lần so với cẳng tay [12]). Theo Cicolini (2014), tỉ lệ viêm tĩnh mạch chung là 15,4%, trong đó có khác biệt với các vị trí đặt catheter khác nhau (như mu bàn tay 22,8%, khuỷu tay 34,1%) và ít có khả năng ở cẳng tay. PVC đặt ở tĩnh mạch chi dưới làm tăng nguy cơ viêm tĩnh mạch so với đặt PVC ở tĩnh mạch chi trên (PVC đặt vào tĩnh mạch chi dưới có tỉ lệ phát sinh viêm tĩnh mạch là 56,6%, trong khi ở chi trên là 16,6% [13]). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ ĐD nhận thức được các vị trí đặt đường truyền ảnh hưởng đến viêm tĩnh mạch ở những vị trí hay gây viêm dao động từ 44,6-66,9%. Điều này chứng tỏ, vẫn còn một tỉ lệ khá lớn ĐD cần bổ sung thêm kiến thức về vị trí đặt đường truyền nhằm giảm yếu tố viêm tĩnh mạch.

4.3. Dung dịch và dung môi:

Việc tiêm truyền thuốc qua PVC làm tăng nguy cơ viêm tĩnh mạch hóa học. Các yếu tố, như độ pH và áp lực thẩm thấu của các chất có ảnh hưởng đáng kể đến tỉ lệ mắc viêm tĩnh mạch; kháng sinh làm tăng tỉ lệ viêm do pH thấp, các dung dịch ưu trương làm tăng tỉ lệ viêm tĩnh mạch bằng cách bắt đầu phản ứng viêm, số lần truyền dịch làm tăng tỉ lệ viêm tĩnh mạch [14]. Theo kết quả nghiên cứu, các ĐD chỉ nhận biết được các loại thuốc có độ đậm đặc cao (85,9%) và độ thẩm thấu cao (61,1%) là có ảnh hưởng đến viêm tĩnh mạch. Tuy nhiên, phần lớn đều không nhận biết được các yếu tố, như độ pH cao (42,2%), pH thấp (21,1%), hoặc rất ít ĐD (dưới 22,2%) nhận biết được rằng, nhiệt độ của chất lỏng có thể làm giảm kích ứng của thuốc lên thành mạch. Nghiên cứu này chỉ ra, những ĐD còn thiếu kiến thức liên quan đến tác động của các đặc tính dịch truyền và thuốc đến viêm tĩnh mạch ngoại biên.

4.4. Tính chất của catheter và cổng kết nối:

Kết quả nghiên cứu của một số báo cáo chỉ ra, việc lựa chọn kích catheter cỡ lớn (18G) làm tăng tỉ lệ viêm tĩnh mạch. Tỉ lệ viêm ở catheter 18G là 37,97%, ở catheter 20G là 23,94%. Bên cạnh đó, chất liệu của catheter cũng ảnh hưởng đến viêm tĩnh mạch [15]. Mặt khác, các thiết bị kết nối PVC với bơm tiêm hoặc bộ truyền dịch thường được sử dụng để làm tăng thêm độ dài, gắn thêm bộ lọc, giảm thao tác lên PVC. Các thiết bị kết nối thường sử dụng gồm có: chạc ba có dây, chạc ba không dây, cổng tiêm không dây... Một số nghiên cứu chỉ ra, có mối liên quan giữa việc sử dụng các thiết bị kết nối và nguy cơ viêm tĩnh mạch, thời gian lưu chạc ba tỉ lệ thuận với nguy cơ viêm tĩnh mạch độ 1 (HR = 0,518, 95%CI: 0,339-0,792, p = 0,02) [16]. Tỉ lệ các ĐD biết về cổng tiêm không dây có thể giúp giảm nguy cơ viêm tĩnh mạch thấp (69,7%). Tuy nhiên, vẫn còn ĐD cho rằng catheter dài (31,9%) và catheter bằng kim loại (12,4%) làm giảm nguy cơ viêm tĩnh mạch. Việc đào tạo thêm cho ĐD hiểu về tính chất cũng như chiều dài của catheter để lựa chọn trong quá trình đặt catheter là rất cần thiết, giúp ĐD có kiến thức đúng đắn để giảm nguy cơ viêm tĩnh mạch cho người bệnh.

4.4. Các yếu tố liên quan đến người bệnh:

Đặc điểm của người bệnh có tác động đáng kể đến sự xuất hiện của viêm tĩnh mạch đã được tìm thấy trong các nghiên cứu, bao gồm: tuổi già, trẻ nhỏ, giới tính nữ, giảm bạch cầu, ức chế miễn dịch và suy tuần hoàn, ứ trệ tuần hoàn, bị đái tháo đường hoặc những người suy dinh dưỡng, béo phì làm tăng nguy cơ viêm tĩnh mạch. Ngoài ra, tình trạng tăng đông, bệnh lý chấn thương, ung thư và nhiễm khuẩn toàn thân cũng được báo cáo có liên quan đến viêm tĩnh mạch.

Theo kết quả của một số nghiên cứu cho thấy tỉ lệ viêm tĩnh mạch liên quan đến PVC gia tăng được quan sát ở giới tính nữ 32%, trong khi ở nam giới là 30%, tuổi trên 60 tuổi có tỉ lệ xuất hiện viêm tĩnh mạch cao hơn so với nhóm dưới 60 tuổi [35]. Những bệnh nhân có tiền sử viêm tĩnh mạch với ống thông trước đó có nguy cơ tương đối là 1,54 lần so với nhóm còn lại [28]. Các ĐD trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 3,2% biết rằng nữ giới có yếu tố nguy cơ cao hơn so với nam giới, biết rằng béo phì (53,5%) bệnh ác tính (46,5%), nghiện rượu (38,4%), các bệnh truyền nhiễm (36,2%), thấp khớp (25,4%) là những yếu tố nguy cơ.

Như vậy, ĐD trong nghiên cứu này đã có nhận thức tốt trong việc nhận định viêm tĩnh mạch là vấn đề quan trọng và là vấn đề thường xuyên gặp trong thực hành lâm sàng. Tuy nhiên, có rất nhiều yếu tố nguy cơ viêm tĩnh mạch được khuyến cáo nhưng ĐD chưa được cập nhật kiến thức, như về vị trí đặt catheter, tốc độ truyền, các loại thuốc truyền (pH, độ đậm đặc, độ thẩm thấu, nhiệt độ của dịch truyền), chất liệu của catheter, cổng kết nối và các yếu tố liên quan đến người bệnh. Từ kết quả này, chúng tôi cho rằng, việc đào tạo và đánh giá định kỳ; áp dụng kiến thức vào thực hành của ĐD để giảm các yếu tố nguy cơ viêm tĩnh mạch ngoại biên cho người bệnh là cần thiết.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu, đánh giá nhận thức của 185 ĐD đang làm việc, học tập tại 12 khoa lâm sàng Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, từ tháng 3-6/2020 về các yếu tố nguy cơ liên quan đến viêm tĩnh mạch do catheter tĩnh mạch ngoại biên, kết quả:

Đối tượng nghiên cứu có tỉ lệ lớn đã nhận thức đúng về tầm quan trọng (79,5%) mức độ thường xuyên gặp (58,4%) của viêm tĩnh mạch; song có tỉ lệ thấp nhận thức đúng về các yếu tố nguy cơ gây viêm tĩnh mạch khác, như nguyên nhân viêm sau truyền (16,8%), vị trí truyền như chân (44,6%), độ pH thấp (21,1%), giới nữ (3,2%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Tagalakakis V, Kahn S.R, Libman M, Blostein M (2002), "The epidemiology of peripheral vein infusion thrombophlebitis: A critical review", *Am J Med*, 113 (2): 146-51.
2. Intravenous Nurses Society (1998), "Revised intravenous nursing standards of practice", *J Intraven Nurs*, 21 (Suppl 1): S34-6.
3. Webster J, Osborne S, Hall J, Rickard C (2009), "Clinically indicated replacement versus routine replacement of peripheral venous catheters", *Cochrane Db Syst Rev*, (2).
4. B.S. Niël-Weise, T. Stijnen, P.J. van den (2010), "Broek Should in-line filters be used in peripheral intravenous catheters to prevent infusion-related phlebitis? a systematic review of randomized controlled trials", *Anesth Analg*, 110 , pp. 1624-1629.
5. W.L. Lee, H.L. Chen, T.Y. Tsai et al (2009), "Risk factors for peripheral intravenous catheter infection in hospitalized patients: a prospective study of 3165 patients", *Am J Infect Control*, 37, pp. 683-686.

6. INS (2011), "Infusion Nursing Standards of Practice. Journal of Infusion Nursing", *Supplement*, 34 (1s).

7. Lanbeck P, Odenholt I, Paulsen O (2004), "Perception of risk factors for infusion phlebitis among Swedish nurses: a questionnaire study", *J Infus Nurs*, 27: 25e30.

8. P.J. Carr, N.S. Higgins, M.L. Cooke et al (2018), "Vascular access specialist teams for device insertion and prevention of failure", *Cochrane Database Syst Rev*, 3, p. CD011429.

9. M.C. Wallis, M. McGrail, J. Webster et al (2014), "Risk factors for peripheral intravenous catheter failure: a multivariate analysis of data from a randomized controlled trial", *Infect Control Hosp Epidemiol*, 35 (1), pp. 63-8.

10. P. Gallant and A.A. Schultz (2006), "Evaluation of a visual infusion phlebitis scale for determining appropriate discontinuation of peripheral intravenous catheters", *J Infus Nurs*, 29 (6), pp. 338-45.

11. N.P. O'Grady, M. Alexander, L.A. Burns et al (2011), "Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections", *Am J Infect Control*, 39 (4 Suppl 1), pp. S1-34.

12. M.C. Wallis, M. McGrail, J. Webster et al (2014), "Risk factors for peripheral intravenous catheter failure: a multivariate analysis of data from a randomized controlled trial", *Infect Control Hosp Epidemiol*, 35 (1), pp. 63-8.

14. G. Cicolini, L. Manzoli, V. Simonetti et al (2014), "Phlebitis risk varies by peripheral venous catheter site and increases after 96 hours: a large multi-centre prospective study", *J Adv Nurs*, 70 (11), pp. 2539-49.

15. R. Higginson, A. Parry (2011), "Phlebitis: treatment, care and prevention", *Nurs Times*, 107 (36), pp. 18-21.

16. A. Mandal, K. Raghu (2019), "Study on incidence of phlebitis following the use of peripheral intravenous catheter", *J Family Med Prim Care*, 8 (9), pp. 2827-2831.

- 17 Chu Văn Long (2019), *Tình trạng viêm tắc tĩnh mạch và các yếu tố liên quan trên người bệnh sau đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức*, Luận văn thạc sĩ điều dưỡng, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. □

CẢI TIẾN QUY TRÌNH CHỤP ^{18}F FDG-PET/CT MÔ PHÒNG TRONG XẠ TRỊ 3D THEO HÌNH THÁI KHỐI U Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ THỰC QUẢN

ThS. TRẦN VĂN TÔN, ThS. NGÔ VĂN ĐÀN

ThS. NGÔ VĨNH ĐIỆP - Bệnh viện Quân y 103

Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. HOÀNG ĐÌNH ANH

(2) TS. NGUYỄN KIM LƯU

TÓM TẮT: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, tiến cứu, mô tả trên 22 bệnh nhân ung thư thực quản xạ trị có sử dụng ^{18}F FDG-PET/CT mô phỏng, nhằm cải tiến quy trình chụp ^{18}F FDG PET/CT mô phỏng chung thành quy trình riêng cho ung thư thực quản, ứng dụng xạ trị 3D theo hình thái khối u. **Kết quả:** Xây dựng được quy trình chụp ^{18}F FDG PET/CT mô phỏng cải tiến ứng dụng trong xạ trị 3D theo hình thái khối u ở bệnh nhân ung thư thực quản. Chiều dài u nguyên phát với kỹ thuật cải tiến là $7,94 \pm 3,74$ cm; kỹ thuật cũ là $8,80 \pm 3,36$ cm, $p = 0,029$. Kỹ thuật cải tiến làm giảm thể tích chiếu xạ tại thực quản ở 59,1% số bệnh nhân. Kỹ thuật mới giúp phát hiện thêm số lượng hạch ở 50% số bệnh nhân, tổng thể tích xạ trị vào hạch ở kỹ thuật mới là $35,00 \pm 39,25$ cm³, ở kỹ thuật cũ là $16,48 \pm 18,16$ cm³, với $p = 0,009$. V40 của hai phổi ở kỹ thuật mới là $4,82 \pm 3,32\%$, trên kỹ thuật cũ là $3,59 \pm 1,90\%$, với $p = 0,041$.

Kết luận: Quy trình chụp ^{18}F FDG PET/CT mô phỏng cải tiến đã làm giảm thể tích chiếu xạ tại thực quản, phát hiện thêm các tổn thương hạch so với kỹ thuật cũ, nên được áp dụng thường quy trong xạ trị ung thư thực quản.

Từ khóa: ^{18}F FDG PET/CT mô phỏng, xạ trị 3D theo hình thái khối u, ung thư thực quản.

ABSTRACT: Study on the clinical intervention, prospective study, and description of 22 patients with esophageal cancer in radiotherapy using simulated ^{18}F FDG-PET/CT aiming to improve the overall Improved procedure of ^{18}F FDG-PET/CT scan to separate procedure for esophageal cancer, applied 3D radiation therapy to tumor morphology. **Results:** Set up an improved procedure of ^{18}F FDG-PET/CT scan in 3D radiation therapy according to tumor morphology in patients with esophageal cancer. The length of the primary tumor with the improved technique was 7.94 ± 3.74 cm; the old technique was 8.80 ± 3.36 cm, $p = 0.029$. The innovative technique reduced the irradiation volume in the esophagus in 59.1% of patients. The new technique detected the number of lymph nodes in 50% of patients, the total volume of radiotherapy to the lymph nodes of the new technique was 35.00 ± 39.25 cm³, of the old technique was 16.48 ± 18.16 cm³, with $p = 0.009$. V40 of two lungs of the new technique was $4.82 \pm 3.32\%$, of the old technique was $3.59 \pm 1.90\%$, with $p = 0.041$.

Conclusion: The improved procedure of the ^{18}F FDG-PET/CT scan had reduced the irradiation volume in the esophagus, detecting more lymph nodes compared to the old technique, so it was routinely applied in patients with cancer radiation therapy.

Keywords: ^{18}F FDG-PET/CT simulation, 3D radiation therapy according to tumor morphology, esophageal cancer.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Trần Văn Tôn, SĐT: 0982175108.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Ở Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật chụp ^{18}F FDG PET/CT mô phỏng lập kế hoạch xạ trị ung thư thực quản (UTTQ). Bước đầu mới có nghiên cứu của Mai Trọng Khoa và cộng sự (2012) [1], hay của Nguyễn Đình Châu, Bùi Quang Biểu (2018) [2]. Tuy nhiên, các kỹ thuật này vẫn áp dụng quy trình ^{18}F FDG PET/CT mô phỏng chung của Bộ Y tế, chưa phải quy trình áp dụng riêng cho UTTQ; nghĩa là vẫn chỉ sử dụng CT liều thấp và không có thuốc cản quang. Điều này bộc lộ một số hạn chế, như khó xác định chính xác được ranh

giới của tổn thương trong lòng thực quản; độ dày thành thực quản; sự xâm lấn của tổn thương tới các tổ chức xung quanh...

UTTQ gây hẹp lòng thực quản, dẫn tới tình trạng ứ đọng dịch phía trên chỗ hẹp. Hoạt động co bóp sinh lý của thực quản cũng gây cản trở việc xác định chính xác độ dày thành thực quản. Sử dụng đồng thời thuốc cản quang đường tĩnh mạch và đường uống có thể khắc phục các hạn chế này. Đây là kỹ thuật được Mạng lưới quốc gia phòng chống ung thư Hoa Kỳ (NCCN) khuyến cáo áp dụng đối với bệnh nhân (BN) UTTQ [4].

Thuốc cản quang tiêm tĩnh mạch giúp xác định giới hạn phía ngoài của tổn thương u, mức độ xâm lấn của u tới các tổ chức xung quanh. Thuốc cản quang đường uống giúp xác định chính xác mức độ tổn thương niêm mạc, độ dày thành thực quản; loại trừ những xảo ảnh do tình trạng ứ đọng dịch ở trên chỗ hẹp hoặc do hoạt động co bóp sinh lý của thực quản tạo ra. Sử dụng đồng thời thuốc cản quang tiêm tĩnh mạch và thuốc cản quang đường uống giúp có được hình ảnh tối ưu về ranh giới, vị trí, kích thước, mức độ xâm lấn của tổn thương UTTQ, kết hợp với hình ảnh chuyển hóa do ^{18}F FDG PET cung cấp, từ đó, có cơ sở đầy đủ nhất để xác định chính xác tổn thương u và hạch cùng giới hạn của các tổ chức lành. Điều này giúp tập trung liều cao tối đa vào u, giảm thiểu tác hại tới các tổ chức lành xung quanh.

Tại Việt Nam, chưa có báo cáo nào về việc ứng dụng kỹ thuật này trong xạ trị 3D theo hình thái khối u ở BN UTTQ. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi nghiên cứu cải tiến quy trình chụp ^{18}F FDG PET/CT mô phỏng chung của Bộ Y tế, áp dụng cho UTTQ; trong đó, tiến hành chụp CT mô phỏng sử dụng đồng thời thuốc cản quang tiêm tĩnh mạch và thuốc cản quang đường uống.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

22 BN chẩn đoán xác định UTTQ, có chỉ định xạ trị và sử dụng ^{18}F FDG PET/CT mô phỏng trong lập kế hoạch xạ trị 3D theo hình thái khối u tại Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 01/2017 tới tháng 07/2018.

Loại trừ BN có biến chứng rò thực quản, xuất huyết tiêu hóa...; BN dị ứng với thuốc cản quang đường tĩnh mạch; BN có kết hợp bệnh lý nặng (COPD đợt bùng phát, suy tim nặng, suy thận...).

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, can thiệp lâm sàng, mô tả cắt ngang.

- Dụng cụ, phương tiện nghiên cứu:

với quy trình chụp mô phỏng cải tiến

(* dữ liệu chuyển gồm: hình ảnh PET và hình ảnh CT không có thuốc cản quang).

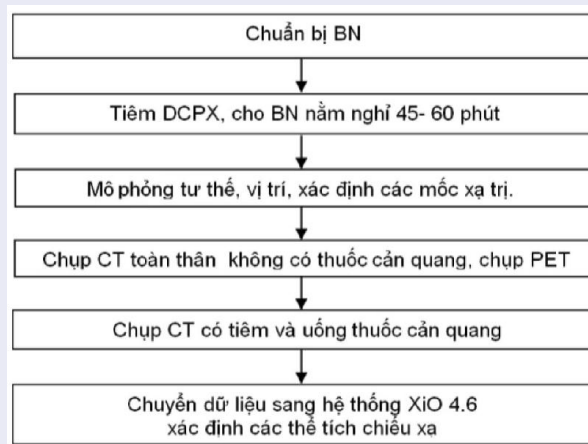
Các bước	Quy trình chụp ^{18}F FDG PET/CT mô phỏng chung (Bộ Y tế)[4]	Quy trình chụp ^{18}F FDG PET/CT mô phỏng cải tiến có tiêm và uống thuốc cản quang
Bước 1	Chuẩn bị BN	Chuẩn bị BN
Bước 2	Tiêm DCPX, cho BN nằm nghỉ 45-60 phút	Tiêm DCPX, cho BN nằm nghỉ 45-60 phút
Bước 3	Mô phỏng tư thế, vị trí, xác định các mốc xạ trị	Mô phỏng tư thế, vị trí, xác định các mốc xạ trị
Bước 4	Chụp CT toàn thân không có thuốc cản quang, chụp PET	Chụp CT toàn thân không có thuốc cản quang, chụp PET
Bước 5	Chuyển dữ liệu* sang hệ thống lập kế hoạch xạ trị chuyên biệt để xác định các thể tích chiếu xạ	Chụp CT có tiêm và uống thuốc cản quang
Bước 6		Chuyển dữ liệu* sang hệ thống XiO 4.6 xác định các thể tích chiếu xạ

+ Hệ thống laser 3 chiều, các trang thiết bị mô phỏng, cố định tư thế BN; máy chụp PET/CT của Phillip; hệ thống bơm tiêm điện, thuốc cản quang tan trong nước (Xenetic, Omipaque), dung dịch cản quang đường uống; hệ thống lập kế hoạch điều trị XiO 4.6.

+ Thuốc phóng xạ: ^{18}F - FDG (2-fluoro 2-deoxy glucose), $T_{1/2} = 110$ phút, mức năng lượng $E_\gamma = 511$ keV.

- Sơ đồ quy trình kỹ thuật:

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0.



3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

Quy trình chụp ^{18}F FDG PET/CT mô phỏng có tiêm và uống thuốc cản quang giúp xác định các thể tích điều trị chính xác hơn so với quy trình chụp ^{18}F FDG PET/CT mô phỏng thông thường. Kỹ thuật này đã được đưa vào nội dung nghiên cứu của đề tài cấp nhà nước, kết quả bước đầu ứng dụng kỹ thuật này trên 22 BN UTTQ, so sánh với quy trình chụp ^{18}F FDG PET/CT mô phỏng thông thường cho thấy, ^{18}F FDG PET/CT mô phỏng có tiêm và uống thuốc cản quang giúp xác định các thể tích điều trị chính xác hơn, đặc biệt là chiều dài u nguyên phát và thể tích xạ trị hạch.

Bảng 1. So sánh quy trình chụp mô phỏng chung với quy trình chụp mô phỏng cải tiến

- Chiều dài trung bình u nguyên phát xác định bằng quy trình chụp ^{18}F FDG PET/CT cải tiến và quy trình chụp ^{18}F FDG PET/CT thông thường:

+ Quy trình cải tiến: $7,94 \pm 3,74$ cm.

+ Quy trình thông thường: $8,80 \pm 3,36$ cm.

Chiều dài trung bình u nguyên phát xác định trên quy trình cải tiến ($7,94 \pm 3,74$ cm) ngắn hơn xác định trên quy trình thông thường ($8,80 \pm 3,36$ cm), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,029$. So với quy trình chụp thông thường thì quy trình chụp cải tiến có tiêm và uống thuốc cản quang làm giảm thể tích chiếu xạ vào u trên 59,1% số BN. Điều này rất có ý nghĩa trong thực hành xạ trị, giúp giảm thiểu tác hại tới phần tổ chức lành của thực quản. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Kanski và cộng sự năm 2005 (chiều dài u thực quản nguyên phát xác định trên CT trung bình là 6,77 cm, trong khi xác định trên ^{18}F FDG PET/CT là 5,4 cm [5]); Nguyễn Đình Châu năm 2018, nghiên cứu 22 BN UTTQ 1/3 trên, thấy chiều dài u trung bình trong chụp ^{18}F FDG PET/CT ($5,6 \pm 1,8$ cm) ngắn hơn trong chụp CT ($6,3 \pm 1,7$ cm), khác biệt với $p = 0,03$ [2].

- Số lượng tổn thương hạch xác định bằng quy trình chụp cải tiến và quy trình chụp thông thường:

+ Quy trình cải tiến: $3 \pm 1,3$ hạch.

+ Quy trình thông thường: $2,36 \pm 1,25$ hạch.

Số lượng trung bình các tổn thương hạch phát hiện được trên chụp cải tiến ($3 \pm 1,3$ hạch) và trên chụp thông thường ($2,36 \pm 1,25$ hạch) khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với $p = 0,064$. Nguyễn Đình Châu nghiên cứu 22 BN UTTQ 1/3 trên, thấy khác biệt không có ý nghĩa khi xác định số lượng tổn thương hạch giữa chụp ^{18}F FDG PET/CT và chụp CT [2]. Karashima R và cộng sự năm 2015 nghiên cứu kết quả chụp FDG PET/CT và chụp CT trước phẫu thuật 107 BN UTTQ, thấy FDG PET/CT có độ đặc hiệu cao hơn CT đơn thuần trong việc phát hiện các tổn thương hạch (97,7% so với 94,1%) [6].

- Tổng thể tích hạch xác định bằng quy trình chụp cải tiến so với quy trình chụp thông thường:

+ Quy trình cải tiến: $35,00 \pm 39,25$ cm³.

+ Quy trình thông thường: $16,48 \pm 18,16$ cm³.

Tổng thể tích hạch trung bình xác định trên chụp ^{18}F FDG PET/CT có tiêm và uống thuốc cản quang ($35,00 \pm 39,25$ cm³) so với chụp ^{18}F FDG PET/CT thông thường ($16,48 \pm 18,16$ cm³) khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p = 0,009$. Chụp ^{18}F FDG PET/CT có tiêm và uống thuốc cản quang làm tăng thể tích xạ trị vào hạch ở 72,7% số

BN. Điều này cho thấy, ^{18}F FDG PET/CT có tiêm và uống thuốc cản quang giúp tránh bỏ sót tổn thương hạch trong quá trình xạ trị, nâng cao hiệu quả kiểm soát bệnh.

- Liều hấp thu tại phổi (V40: % thể tích 2 phổi nhận được 40 Gy) khi sử dụng quy trình chụp cải tiến và quy trình chụp thông thường:

+ Quy trình cải tiến: $4,82 \pm 3,32\%$.

+ Quy trình thông thường: $3,59 \pm 1,90\%$.

Bảng trên cho thấy, chỉ số V40 tại hai phổi của BN ở cả 2 quy trình đều $< 10\%$, nghĩa là đều bảo đảm tiêu chuẩn an toàn theo hướng dẫn của NCCN và ICRU [3], [7]. Trên kế hoạch, sử dụng ^{18}F FDG PET/CT có tiêm và uống thuốc cản quang thể tích hai phổi nhận được liều 40Gy ($4,82 \pm 3,32\%$) cao hơn trên kế hoạch sử dụng ^{18}F FDG PET/CT thông thường ($3,59 \pm 1,90\%$), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,041$. Kết quả này khuyến cáo các bác sĩ xạ trị trong thực hành lâm sàng, khi sử dụng quy trình ^{18}F FDG PET/CT mô phỏng cải tiến cần đề phòng và theo dõi các tác dụng không mong muốn tại phổi.

Như vậy, quy trình chụp ^{18}F FDG PET/CT mô phỏng chung của Bộ Y tế đã được cải tiến thành công để trở thành quy trình riêng, áp dụng cho BN UTTQ. Sử dụng đồng thời thuốc cản quang tiêm tĩnh mạch và đường uống trong chụp ^{18}F FDG PET/CT mô phỏng giúp xác định chính xác các thể tích xạ trị. Ứng dụng ^{18}F FDG PET/CT mô phỏng có tiêm và uống thuốc cản quang trong xạ trị UTTQ là kỹ thuật mới, lần đầu tiên được thực hiện tại Việt Nam. Từ kết quả nghiên cứu này, chúng tôi cho rằng, có thể mở rộng phạm vi của đề tài để tiếp tục nghiên cứu, ứng dụng ^{18}F FDG-PET/CT mô phỏng có thuốc cản quang cho các ung thư khác như phổi, đại trực tràng, đầu cổ..., nâng cao chất lượng điều trị, chăm sóc sức khỏe bộ đội và nhân dân.

4. KẾT LUẬN.

Nhóm nghiên cứu đã xây dựng được quy trình chụp ^{18}F FDG PET/CT mô phỏng cải tiến, áp dụng riêng cho UTTQ. Quy trình cải tiến đã được chứng minh khả năng ứng dụng trong lập kế hoạch xạ trị 3D theo hình thái khối u đem lại hiệu quả cao. Có thể áp dụng kỹ thuật ^{18}F FDG-PET/CT mô phỏng có tiêm và uống thuốc cản quang nêu trên thành thường quy trong xạ trị UTTQ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Mai Trọng Khoa (2013), *PET/CT trong chẩn đoán ung thư đường tiêu hóa trên*, Ứng dụng kỹ thuật PET/CT trong ung thư, Nhà xuất bản Y học, tr. 207-226.

(Xem tiếp trang 164)

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ ĐẶC ĐIỂM DƯỢC DI TRUYỀN CYP3A5 TRONG THEO DÕI NỒNG ĐỘ THUỐC TACROLIMUS Ở BỆNH NHÂN GHEP THẬN

ThS. TRẦN THỊ THU HUYỀN, TS. HOÀNG XUÂN SỬ
DS. NGUYỄN THỊ THANH HẰNG
Viện nghiên cứu Y dược học Quân sự
HV. TRẦN MẠNH THÁI
Lớp Dài hạn Y 51A, Hệ 2, Học viện Quân y
Phản biện khoa học: (1) TS. HOÀNG VĂN TÔNG
(2) TS. TRẦN BÁ HIẾU

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, so sánh 57 mẫu máu ngoại vi bệnh nhân sau ghép thận sử dụng cho tách DNA xác định đa hình di truyền CYP3A5, tại Khoa Thận, lọc máu, Bệnh viện Quân y 103. **Kết quả:**

- Xác định đa hình gen CYP3A5: Bệnh nhân mang kiểu gen hoang dại CYP3A5*1/*1 là 3,5%, kiểu gen dị hợp CYP3A5*1/*3 là 45,6% và kiểu gen đột biến CYP3A5*3/*3 là 50,9%.

- Phân tích sự liên quan giữa kiểu gen CYP3A5 và nồng độ Tacrolimus: Bệnh nhân mang kiểu gen CYP3A5*1*1 + CYP3A5*1*3 có nồng độ đáy của Tacrolimus thấp hơn so với bệnh nhân mang kiểu gen đột biến CYP3A5*3*3 tại thời điểm tuần 1, tháng 1 và tháng 3 ($7,85 \pm 3,16$ so với $10,38 \pm 3,16$; $7,30 \pm 3,38$ so với $11,74 \pm 5,10$ và $7,14 \pm 3,46$ so với $9,73 \pm 2,61$; $p < 0,001$). Bệnh nhân mang kiểu gen CYP3A5*1*1 + CYP3A5*1*3 có tỉ số giữa nồng độ đáy và liều thấp hơn so với bệnh nhân mang kiểu gen đột biến CYP3A5*3*3 tại thời điểm tuần 1, tháng 1 và tháng 3.

Từ khóa: CYP3A5, Tacrolimus, ghép thận

ABSTRACT: Cross-sectional descriptive study with analysis, comparing 57 peripheral blood samples of patients after kidney transplant used for DNA separation determined with CYP3A5 genetic polymorphism, at the Department of Kidney and Haemodialysis, Military hospital 103. **Result:**

- Determination of CYP3A5 genetic polymorphism: Patients with wild genotype CYP3A5 *1/*1 was 3.5%, heterozygous genotype CYP3A5 *1/*3 was 45.6% and mutant genotype CYP3A5 *3/*3 was 50.9%.

- Analysis of relationship between CYP3A5 genotype and Tacrolimus concentration: Patients with the CYP3A5 *1*1 + CYP3A5 *1*3 genotypes had trough concentrations of Tacrolimus lower than patients with the mutant genotype CYP3A5 *3*3 at the moment of week 1, month 1 and month 3 (7.85 ± 3.16 vs 10.38 ± 3.16 ; 7.30 ± 3.38 vs 11.74 ± 5.10 and 7.14 ± 3.46 vs. 9.73 ± 2.61 ; $p < 0.001$). Patients with the CYP3A5 *1*1 + CYP3A5 *1*3 genotypes had the ratio of trough concentrations and dose lower than patients with the mutant genotype CYP3A5 *3*3 at the moment of week 1, month 1, and month 3.

Keywords: CYP3A5, Tacrolimus, kidney transplant.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Trần Thị Thu Huyền, SĐT: 0966188882.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Hiện nay, ghép thận là phương pháp điều trị thay thế hiệu quả nhất cho bệnh nhân (BN) suy thận giai đoạn cuối. Kết quả ghép thận ngày càng được cải thiện, giúp nâng cao chất lượng cuộc sống người bệnh. Đặc biệt gần đây, sự ra đời của các thuốc ức chế miễn dịch mới đã làm giảm đáng kể tỉ lệ thải thận ghép. Tuy nhiên, vẫn có một tỉ lệ đáng kể BN xuất hiện rối loạn chức năng thận tiến triển theo thời gian, thải ghép mạn tính và thậm chí mất mô ghép.

Tacrolimus hiện là lựa chọn đầu tiên trong phác đồ chuẩn điều trị ức chế miễn dịch ở hầu hết các

trung tâm ghép tạng ở châu Âu, Hoa Kỳ, hay Việt Nam. Một điểm đặc trưng của Tacrolimus là có khoảng điều trị hẹp, sự biến thiên lớn về dược động học cũng như đáp ứng điều trị trong cùng một cá thể và giữa các cá thể [1, 2]. Do đó, việc theo dõi nồng độ thuốc điều trị là yêu cầu bắt buộc trong quá trình sử dụng Tacrolimus ở BN ghép thận.

Các khuyến cáo gần đây thống nhất duy trì nồng độ đáy của Tacrolimus (C trough, C0) ở khoảng từ 5-15 ng/ml để bảo đảm nồng độ đích tối ưu trong điều trị chống thải ghép, giảm thiểu độc tính của thuốc, cũng như tránh các nhiễm trùng cơ hội mắc phải khi BN sử dụng Tacrolimus nồng độ quá cao [3].

Ngày nay, kĩ thuật xét nghiệm phân tích được di truyền không chỉ phát hiện các đa hình nucleotide đơn (single nucleotide polymorphisms - SNPs), mà toàn bộ trình tự gen đã có thể được xác định ở nhiều trung tâm giải mã gen trên thế giới. Cục quản lí thực phẩm và dược phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration - FDA) đã đưa thông tin được di truyền vào nhãn sản phẩm của hơn 150 loại thuốc được phê duyệt gần đây, hướng dẫn các bác sĩ lâm sàng thuận tiện trong việc đưa ra phác đồ và liều điều trị phù hợp. Một số nghiên cứu đã chỉ ra: nồng độ thuốc Tacrolimus trong máu bị ảnh hưởng bởi đa hình di truyền của CYP3A4, CYP3A5 và ABCB1, trong đó, điểm đa hình di truyền của CYP3A5 được tập trung nghiên cứu nhiều nhất. Ảnh hưởng của kiểu gen CYP3A5 tại điểm đa hình G6986A (rs776746) đã được nghiên cứu chủ yếu ở BN điều trị Tacrolimus liều lượng chuẩn sử dụng 2 lần/ngày. Dữ liệu gần đây cũng cho thấy, kiểu gen CYP3A5 có tác động tương tự đối với liều chuẩn khi sử dụng 1 lần/ngày [4, 5, 6].

Tại Việt Nam, các công trình nghiên cứu về đặc điểm được di truyền của Tacrolimus ở BN ghép thận hiện còn hạn chế. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm xác định tỉ lệ phân bố kiểu gen CYP3A5 ở BN ghép thận; phân tích sự liên quan giữa kiểu gen CYP3A5 với nồng độ Tacrolimus ở BN ghép thận.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

57 mẫu máu ngoại vi của 57 BN sau ghép thận tại Khoa Thận, lọc máu, Bệnh viện Quân y 103, được sử dụng cho tách DNA xác định đa hình di truyền CYP3A5.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang có phân tích so sánh.

- Các kĩ thuật sử dụng:

+ Tách chiết và tinh sạch DNA tổng số: DNA được tách chiết từ tế bào máu ngoại vi của BN đủ cho các phản ứng PCR sử dụng bộ kit của QIA amp DNA Blood Kit (Qiagen). Nồng độ DNA được đo bằng máy Nano Drop 2000 spectrophotometer (Thermo Scientific, Hoa Kỳ), các mẫu DNA được bảo quản ở - 20°C cho đến khi sử dụng cho phản ứng PCR.

+ Kĩ thuật khuếch đại đoạn gen có chứa điểm đa hình rs776746 G/A. Cặp mồi sử dụng cho phản ứng PCR và giải trình tự gen được đặt tổng hợp bởi hãng IDT (Hoa Kỳ)

+ Kĩ thuật sử dụng phản ứng cắt enzyme giới hạn: sử dụng enzyme SspI để cắt sản phẩm PCR.

+ Kĩ thuật giải trình tự gen: sản phẩm nhân gen được tinh sạch bằng kit Gene JET PCR Purification Kit (Thermo Fisher, Hoa Kỳ), giải trình tự trực tiếp trên hệ thống Beckman Cloulter CEQ 2000.

+ Định lượng nồng độ Tacrolimus trên hệ thống UPLC/MS/MS.

- Xử lí số liệu: nhập số liệu bằng phần mềm Excel 2013; phân tích, thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán thống kê χ^2 cho biến phân loại, T student và Mann-Whitney cho biến định lượng; $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu:

Bảng 1. Đặc điểm chung của BN nghiên cứu.

Đặc điểm		Số BN	Tỉ lệ %
Giới tính	Nam	39 BN	(68,4%)
	Nữ	18 BN	(31,6%)
Tuổi ($\pm$ SD)		38,70 $\pm$ 10,25	
HLA ($\pm$ SD)		3,53 $\pm$ 1,42	
Creatinin T0 (μ mol/ml)		98,32 $\pm$ 22,13	
Nhiễm BK virus (%)		37 BN	64,9%
log BK viremia ($\pm$ SD)		3,56 $\pm$ 1,12	
log BK viruria ($\pm$ SD)		4,83 $\pm$ 2,65	

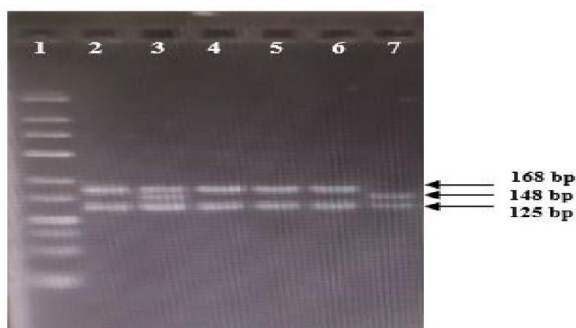
Độ tuổi trung bình của BN là 38,70 $\pm$ 10,25 tuổi. Tỉ lệ BN nam chiếm 68,4%, nữ chiếm 31,6%.

Các chỉ số xét nghiệm gồm: điểm hòa hợp HLA trung bình là 3,53 $\pm$ 1,42 điểm; nồng độ creatinine tháng đầu sau ghép (T0) là 98,32 $\pm$ 22,13 μ mol/ml; tỉ lệ nhiễm BK virus được quan sát là 64,91%, trong đó tải lượng BK virus trong máu và trong nước tiểu lần lượt là 3,56 $\pm$ 1,12 và 4,83 $\pm$ 2,65.

3.2. Xác định đa hình gen CYP3A5 ở BN ghép thận:

Khi tiến hành xác định kiểu gen bằng phương pháp PCR-RFLP, kết quả cho thấy BN mang kiểu gen hoang dại CYP3A5*1/*1 là 2/57 (3,5%), kiểu gen dị hợp CYP3A5*1/*3 là 26/57 (45,6%) và kiểu gen đột biến CYP3A5*3/*3 là 29/57 (50,9%).

Để khẳng định sự chính xác của phương pháp PCR-RFLP xác định kiểu gen CYP3A5, chúng tôi tiến hành giải trình tự so sánh kết quả quan sát sự phù hợp 100% giữa hai phương pháp (kết quả được minh họa ở hình 1 và 2).



Hình 1. Hình ảnh điện di phân biệt kiểu gen CYP3A5 bằng enzyme cắt giới hạn Sspl.



Hình 2. Phân bố kiểu gen CYP3A5 ở BN ghép thận.

3.3. Phân tích mối liên quan giữa kiểu gen CYP3A5 với các đặc điểm chung của BN ghép thận:

Bảng 2. So sánh đặc điểm chung của BN giữa hai nhóm mang kiểu gen CYP3A5*1*1 + CYP3A5*1*3 với CYP3A5*3*3.

Thông số		CYP3A5*1*1 + CYP3A5*1*3	CYP3A5*3*3	p
Giới tính	Nam	18 (31,58%)	21 (36,84%)	0,167
	Nữ	10 (17,54%)	8 (14,04%)	
Tuổi ($\pm$ SD)		38,32 $\pm$ 10,36	39,07 $\pm$ 10,31	0,786
Creatinin To ($\pm$ SD)		96,76 $\pm$ 18,15	99,83 $\pm$ 25,64	0,678
Creatinin T1 ($\pm$ SD)		98,33 $\pm$ 19,52	107,32 $\pm$ 32,18	0,355
Nhiễm BK virus		19 (33,33%)	18 (31,57%)	0,647
log BK viremia ($\pm$ SD)		3,30 $\pm$ 0,95	3,71 $\pm$ 1,21	0,374
log BK viruria ($\pm$ SD)		4,86 $\pm$ 2,49	4,80 $\pm$ 2,89	0,939
Kiểu gen BKV	I	9 (47,37%)	7 (36,84%)	1
	IV	2 (10,53%)	1 (5,26%)	

Để xác định vai trò của kiểu gen CYP3A5 với các đặc điểm chung của BN, chúng tôi phân tích, so sánh các chỉ số của hai nhóm BN mang kiểu gen hoang dại và dị hợp với nhóm BN mang kiểu gen đột biến. Kết quả phân tích cho thấy, khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm liên quan đến tuổi, giới tính, nồng độ creatinine và đặc điểm của nhiễm BK virus.

3.4. Phân tích sự liên quan giữa kiểu gen CYP3A5 và nồng độ Tacrolimus:

Bảng 3. Sự liên quan giữa kiểu gen CYP3A5 và nồng độ Tacrolimus.

Thông số		CYP3A5*1*1 + CYP3A5*1*3	CYP3A5*3*3	p
Tacrolimus Co (ng/ml)		7,85 $\pm$ 3,16	10,38 $\pm$ 3,16	0,001
Tacrolimus C1 (ng/ml)		7,30 $\pm$ 3,38	11,74 $\pm$ 5,10	< 0,001
Tacrolimus C3 (ng/ml)		7,14 $\pm$ 3,46	9,73 $\pm$ 2,61	< 0,001
Tacrolimus C6 (ng/ml)		7,68 $\pm$ 4,40	8,13 $\pm$ 2,68	0,133
Tacrolimus Ctb (ng/ml)		5,99 $\pm$ 2,63	7,99 $\pm$ 1,96	< 0,001
Co/D		4,12 $\pm$ 2,06	5,44 $\pm$ 1,79	0,001
C1/D		3,82 $\pm$ 2,14	6,16 $\pm$ 2,75	< 0,001
C3/D		3,77 $\pm$ 2,39	5,09 $\pm$ 1,48	< 0,001
C6/D		4,04 $\pm$ 2,72	4,27 $\pm$ 1,55	0,131
Ctb/D		3,94 $\pm$ 2,20	5,24 $\pm$ 1,44	< 0,001
Nồng độ thuốc	< 6 (ng/ml)	9 (15,79%)	2 (3,5%)	0,012
	6-12 (ng/ml)	17 (29,8%)	18 (31,6%)	
	> 12 (ng/ml)	2 (3,5%)	9 (15,8%)	

Phân tích sự liên quan giữa kiểu gen CYP3A5 và nồng độ Tacrolimus trên BN ghép thận tại các thời điểm khác nhau giữa nhóm mang kiểu gen hoang dại kết hợp kiểu gen dị hợp tử với nhóm mang kiểu gen đột biến, kết quả cho thấy sự liên quan có ý nghĩa thống kê. BN mang kiểu gen CYP3A5*1*1 + CYP3A5*1*3 có nồng độ đáy của Tacrolimus thấp hơn so với BN mang kiểu gen đột biến CYP3A5*3*3 tại thời điểm tuần 1, tháng 1 và tháng 3 ($7,85 \pm 3,16$ so với $10,38 \pm 3,16$; $7,30 \pm 3,38$ so với $11,74 \pm 5,10$ và $7,14 \pm 3,46$ so với $9,73 \pm 2,61$; $p < 0,001$). So sánh về tỉ số giữa nồng độ đáy/liều cũng thấy, nhóm BN mang kiểu gen CYP3A5*1*1 + CYP3A5*1*3 thì có tỉ số nồng độ đáy/liều thấp hơn so với nhóm BN mang kiểu gen đột biến CYP3A5*3*3 tại thời điểm tuần 1, tháng 1 và tháng 3.

4. BÀN LUẬN.

Vấn đề quan trọng là sau khi BN ghép thận, phải dùng các thuốc ức chế miễn dịch dài ngày để chống thải ghép và duy trì chức năng mô ghép, dẫn đến tiềm ẩn nguy cơ mắc phải các nhiễm trùng cơ hội hoặc độc tính của thuốc khi sử dụng liều quá cao. Vì vậy, sự cân bằng giữa nồng độ đích điều trị; yêu cầu tránh nguy cơ nhiễm trùng và độc tính đóng vai trò quan trọng trong theo dõi, quản lí BN sau ghép thận. Một số nghiên cứu đã chứng minh, trong thực hành lâm sàng, khi tăng gấp đôi liều Tacrolimus khởi đầu ở những BN biểu hiện CYP3A5, có thể giúp đạt được nồng độ đích điều trị tối ưu để dự phòng thải ghép và tránh độc tính của thuốc khi sử dụng liều quá cao [7].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ứng dụng phương pháp PCR-RFLP để xác định kiểu gen CYP3A5 ở BN ghép thận. Phương pháp này có nhiều ưu điểm, như đơn giản, chính xác, không cần phải đầu tư các trang thiết bị hiện đại và sinh phẩm, hóa chất đắt tiền như realtime PCR hay giải trình tự gen. Kết quả so sánh với phương pháp giải trình tự gen cho thấy sự phù hợp 100% giữa hai phương pháp. Kết quả khảo sát cho thấy tỉ lệ BN mang kiểu gen của CYP3A5 cũng tương tự như các báo cáo gần đây ở các nước trong khu vực Đông Á và Đông Nam Á [8].

Đi sâu phân tích vai trò của kiểu gen CYP3A5 đối với các chỉ số xét nghiệm của BN ghép thận, không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê liên quan đến tuổi, giới tính, HLA, nồng độ creatinine, đặc điểm nhiễm BK virus. Tuy nhiên, có sự liên quan rõ rệt với nồng độ đáy của Tacrolimus và tỉ số nồng độ đáy/liều của Tacrolimus giữa nhóm BN mang kiểu gen CYP3A5*1*1 và CYP3A5*1*3 so với nhóm BN mang kiểu gen CYP3A5*3*3 tại các thời điểm trong tuần 1, tháng 1 và tháng thứ 3.

Kết quả này tương tự báo cáo gần đây khi phân tích sự liên quan giữa đa hình di truyền CYP3A5 và nồng độ Tacrolimus trên 41 BN ghép thận ở Myanmar [8]. Điều này cho thấy, BN mang kiểu gen đột biến chuyển hóa Tacrolimus chậm hơn so với BN mang kiểu gen hoang dại và kiểu gen dị hợp. Như vậy, nếu các BN đều được cho liều lượng Tacrolimus như nhau ở các thời điểm trong vòng 3 tháng đầu sau ghép, thì những BN mang kiểu gen đột biến CYP3A5*3*3 sẽ có nguy cơ dẫn đến tổn thương thận ghép do độc tính của thuốc ở liều quá cao cũng như tiềm ẩn nguy cơ tăng các nhiễm trùng cơ hội mắc phải (như nhiễm CM virus và BK virus đã được báo cáo). Do đó, để tối ưu hóa liều lượng Tacrolimus điều trị BN ghép thận, bên cạnh việc theo dõi nồng độ thuốc thường quy thì việc xác định kiểu gen CYP3A5 sẽ giúp cá thể hóa điều trị cho từng BN ghép thận để tránh tác dụng không mong muốn của thuốc và các nhiễm trùng cơ hội mắc phải.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 57 mẫu máu ngoại vi của 57 BN sau ghép thận, tại Khoa Thận, lọc máu, Bệnh viện Quân y 103, được sử dụng cho tách DNA xác định đa hình di truyền CYP3A5, kết quả:

- Xác định đa hình gen CYP3A5: 3,5% BN mang kiểu gen hoang dại CYP3A5*1/*1, 45,6% BN mang kiểu gen dị hợp CYP3A5*1/*3 và 50,9% BN mang kiểu gen đột biến CYP3A5*3/*3.

- Phân tích sự liên quan giữa kiểu gen CYP3A5 với nồng độ Tacrolimus: BN mang kiểu gen CYP3A5*1*1 + CYP3A5*1*3 có nồng độ đáy của Tacrolimus thấp hơn so với BN mang kiểu gen đột biến CYP3A5*3*3 tại thời điểm tuần 1, tháng 1 và tháng 3 ($7,85 \pm 3,16$ so với $10,38 \pm 3,16$; $7,30 \pm 3,38$ so với $11,74 \pm 5,10$ và $7,14 \pm 3,46$ so với $9,73 \pm 2,61$; $p < 0,001$). BN mang kiểu gen CYP3A5*1*1 + CYP3A5*1*3 có tỉ số nồng độ đáy/liều thấp hơn so với BN mang kiểu gen đột biến CYP3A5*3*3 tại thời điểm tuần 1, tháng 1 và tháng 3.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Staatz C.E. and S.E Tett (2004), "Clinical pharmacokinetics and pharmacodynamics of tacrolimus in solid organ transplantation", *Clin Pharmacokinet*, 43 (10): pp. 623-53.
2. Mohammadpour N et al (2011), "A review on therapeutic drug monitoring of immunosuppressant drugs", *Iranian journal of basic medical sciences*, 14 (6): p. 485-498.
3. Böttiger Y et al (1999), "Tacrolimus whole blood concentrations correlate closely to side-effects in renal transplant recipients". *British journal of clinical pharmacology*, 48 (3): p. 445-448.

(Xem tiếp trang 199)

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU XÂY DỰNG MÔ HÌNH HỆ THỐNG GÂY NHIỄM ĐỘC VÀ ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NHIỄM ĐỘC CHẤT ĐỘC THỂ KHÍ TRÊN THỰC NGHIỆM

ThS. NGUYỄN THANH BÌNH, KTV. HOÀNG PHƯƠNG THẢO
KTV. TRẦN ĐÌNH HIỆP, KTV. NGUYỄN VĂN TUYẾN

Học viện Quân y

Phản biện khoa học: (1) TS. HOÀNG ANH TUẤN
(2) TS. TRẦN VĂN TÙNG

TÓM TẮT: Trong số các loại chất độc, chất độc thể khí là loại khó gây độc và đánh giá mức độ nhiễm độc nhất (do những khó khăn khi kiểm soát nồng độ chất độc trong khí đi vào đường hô hấp của đối tượng bị gây độc và nguy cơ chất độc thoát ra môi trường, gây độc cho nghiên cứu viên). Chúng tôi nghiên cứu xây dựng thành công mô hình gây độc thực nghiệm để đánh giá độc tính, tìm hiểu cơ chế gây độc, phát triển thuốc và phương pháp điều trị nhiễm độc... Hiệu quả của hệ thống gây nhiễm độc và đánh giá mức độ nhiễm độc chất độc thể khí trên thực nghiệm này đã được ứng dụng trong giảng dạy, nghiên cứu và được kiểm chứng qua thực tế là đạt hiệu quả sử dụng cao.

Từ khóa: Nhiễm độc chất độc thể khí, hệ thống gây nhiễm độc.

ABSTRACT: Among the types of toxic, gas toxic were difficult to poison and evaluated the degree of poisoning (due to difficulties in controlling the concentration of toxic in the air respiratory tract of the subjects causing poisoning and the risk of toxic substances released into the environment, causing poisoning to researchers). We had successfully studied and built an experimental poisoning model to evaluate the toxicity, investigation the mechanism of toxicity, develop drugs and treatment methods of poisoning ... The effectiveness of the system of poisoning and evaluation of the level of poisoning by toxic gas in the experiment had been applied in teaching, researches, and verified through the fact that it had high efficiency.

Keywords: Toxic gas poisoning, poisoning system.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Nguyễn Thanh Bình, SĐT: 0984049888.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Các chất độc đều có những con đường xâm nhập vào cơ thể và biểu hiện bằng các triệu chứng khác nhau. Vì vậy, nghiên cứu, tìm hiểu đầy đủ những vấn đề đối với một loại chất độc, đòi hỏi rất nhiều thời gian, công sức và chi phí. Trong số các loại chất độc, chất độc thể khí là loại khó gây độc và đánh giá mức độ nhiễm độc nhất do những khó khăn từ việc kiểm soát nồng độ chất độc trong khí đi vào đường hô hấp của đối tượng bị gây độc cũng như nguy cơ chất độc thoát ra môi trường, gây độc cho nghiên cứu viên. Điều này còn đòi hỏi nghiêm ngặt hơn nữa trong môi trường phòng thực tập của các trường đại học, nơi tập trung đông học viên, kỹ thuật viên, giảng viên trong cùng một lúc, tại cùng một thời điểm gây độc thực nghiệm.

Thực tế cho thấy, các chất độc có thể gặp trong đời sống khá đa dạng, có thể được sử dụng trong nhiều lĩnh vực công nghiệp, trong khai khoáng, trong nông nghiệp, đặc biệt là các loại thuốc trừ sâu, các hợp chất diệt cỏ... Các chất độc quân sự cũng được nhiều quốc gia nghiên cứu, phát triển vượt bậc về cách thức sử dụng, cách thức vận

chuyển, cách thức gây độc đối với con người... Một số chất khí độc khá phổ biến có thể kể đến như:

- **Axit xyanhydric (HCN).** HCN là chất lỏng không màu, mùi hạnh nhân, có thể sử dụng trong chiến đấu tấn công, gây nhiễm độc vào cơ thể chủ yếu qua đường hô hấp, ở nồng độ cao có thể được hấp thu qua da. HCN có độc tính cao, với nồng độ HCN 0,1 mg/l không khí, tiếp xúc trong 15 phút có thể gây nhiễm độc nặng; nếu thời gian tiếp xúc dài hơn có thể gây chết người. HCN (và các hợp chất xyanua) xâm nhập vào cơ thể qua các đường khác nhau và đều nhanh chóng hấp thụ vào máu. Ở đây, chúng phân li thành ion CN^- và nhanh chóng chuyển qua màng tế bào, kết hợp với xytocromoxydaza ở dạng oxy hóa và gây ức chế enzym này. Xytocromoxydaza giữ vai trò chuyển điện tử để hoạt hóa oxy trong chuỗi hô hấp tế bào. Ion CN^- có ái lực hóa học mạnh với Fe^{3+} nên dễ dàng kết hợp với xytocromoxydaza ở dạng oxy hóa có chứa Fe^{3+} . Dưới dạng phức hợp này, enzym bị mất khả năng vận chuyển điện tử cho oxy, nên oxy không được hoạt hóa để kết hợp với hydro, tạo thành nước là sản phẩm cuối cùng của chuỗi hô

hấp tế bào. Triệu chứng lâm sàng nhiễm độc axit HCN diễn ra rất nhanh. Nếu nhiễm độc liều độc cao, nạn nhân có thể tử vong trong vòng vài giây đến vài phút.

- Oxyt cacbon (CO). CO là loại khí không màu, không mùi, không vị, không bị hấp phụ hoàn toàn bởi than hoạt tính, tỉ trọng = 0,976. CO cháy trong không khí thành ngọn lửa xanh, khi kết hợp với khí clo dưới tác dụng của ánh sáng tạo thành phosgen (COCl_2). Với nồng độ 3 mg/l/1 giờ, CO có thể gây chết người. CO hấp thu nhanh chóng vào máu và hòa tan trong huyết tương với tỉ lệ 1-2%. Do ái lực hóa học của CO đối với hemoglobin lớn hơn ái lực của oxi với hemoglobin 210-250 lần, CO dễ dàng đẩy oxy ra khỏi phức hợp oxihemoglobin để kết hợp với oxihemoglobin tạo thành cacboxi-hemoglobin (COHb), từ đó, gây độc cho cơ thể. Nhiễm độc cấp CO có thể ở các mức độ nhẹ, vừa và nặng. Giai đoạn đầu tiên (thể nhẹ), nồng độ COHb máu $\geq 20\%$: nạn nhân đau đầu (cảm thấy như bị bóp chặt đầu lại), buồn nôn, nôn, ù tai, sợ hãi, chóng mặt, rối loạn ý thức, nhược cơ, nhất là chi dưới. Giai đoạn rối loạn vận động (thể vừa), nồng độ trong máu của COHb $> 40\%$, nạn nhân có thể có các triệu chứng đau tức ngực, khó thở và lẫn lộn. Giai đoạn hôn mê (thể nặng), nồng độ COHb máu $> 60\%$: nạn nhân biểu hiện mất tri giác, ngừng hô hấp, ngừng tim.

Xây dựng mô hình gây độc thực nghiệm để đánh giá độc tính, tìm hiểu cơ chế gây độc, phát triển thuốc và phương pháp điều trị nhiễm độc... là yêu cầu thiết yếu trong chuyên ngành độc học nói chung, độc học quân sự nói riêng. Hơn thế, trong đào tạo chuyên ngành độc học, ngoài mô hình chuẩn với các thiết bị đồng bộ và quy trình thao tác có độ ổn định và tin cậy cao, hệ thống gây độc thực nghiệm còn đòi hỏi thêm các tính năng khác, như có khả năng quan sát tốt, nhiều người xem cùng lúc và khả năng ghi lại hình ảnh thực phục vụ cho giảng giải, phân tích triệu chứng nhiễm độc tức thì cũng như phân tích sau.

Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích xây dựng mô hình gây độc thực nghiệm để đánh giá độc tính, tìm hiểu cơ chế gây độc, phát triển thuốc và phương pháp điều trị nhiễm độc. Đồng thời, yêu cầu hệ thống có các thiết bị đồng bộ, quy trình thao tác ổn định, độ tin cậy cao; có khả năng quan sát tốt cho nhiều người xem cùng lúc và khả năng ghi lại hình ảnh thực, phục vụ cho giảng dạy và nghiên cứu.

2. NỘI DUNG KỸ THUẬT.

- Yêu cầu kỹ thuật: nghiên cứu thiết kế, lắp đặt hệ thống gây độc và đánh giá nhiễm độc chất độc thể khí trên thực nghiệm; tiến hành thực nghiệm gây

nhiễm độc bằng một loại khí độc trên chuột nhắt trắng; đánh giá biểu hiện nhiễm độc trên lâm sàng và đánh giá hiệu quả cấp cứu; xác định nguyên nhân và đánh giá mức độ nhiễm độc.

Do CO là loại khí độc thường gặp trong cuộc sống sinh hoạt. Thời gian gần đây, có nhiều vụ ngộ độc CO trong cộng đồng. Do vậy, với phạm vi trình bày kỹ thuật gây độc và đánh giá mức độ nhiễm độc chất độc thể khí trên thực nghiệm, kỹ thuật sử dụng CO để minh họa kỹ thuật.

2.1. Các bước tiến hành gây độc bằng khí CO trên động vật:

2.1.1. Chuẩn bị:

- Chuẩn bị động vật: 40 con chuột nhắt trắng dòng Swiss, trọng lượng 20 ± 2 g/con do Ban Chăn nuôi, Học viện Quân y cung cấp.

- Hóa chất: dung dịch CuSO_4 1%, NaOH 1%, nước cất. Tạo khí CO và cất giữ ở trong bình kín.

- Máu thường lấy từ chuột nhắt trắng bình thường. Máu độc lấy từ chuột thí nghiệm ở chuồng 1 (gây nhiễm độc CO).

- Dụng cụ: đèn cồn, ống nghiệm, ống hút, bơm tiêm...

2.1.2. Các bước tiến hành gây độc bằng CO:

- Bước 1: quan sát hệ thống dây dẫn, kiểm tra độ kín hơi, xem xét hoạt động của tủ hút liên tục. Bật hệ thống camera, máy tính, màn hình ti vi.

- Bước 2: đưa vào mỗi chuồng một con chuột nhắt trắng. Quan sát (dáng đi, hô hấp, ý thức... của chuột) trong vòng 5 phút để so sánh với các triệu chứng lúc nhiễm độc.

- Bước 3: đưa không khí có chứa CO vào các chuồng 1 và 2 bằng thao tác mở khóa k5, k4, k1 và k2. Khi khóa k5 mở nước từ trên chảy xuống sẽ tạo áp lực dương đẩy khí CO vào chuồng 1 và 2. Khóa K4 mở nước chảy xuống tạo áp lực âm kéo khí CO vào chuồng 1 và 2. Khi CO vào trong chuồng thì sau khoảng thời gian rất ngắn (30 giây đến 1 phút), chuột sẽ xuất hiện các triệu chứng nhiễm độc.

- Các triệu chứng quan trọng nhiễm độc CO trên chuột nhắt trắng cần chú ý quan sát: chuột hốt hoảng chui rúc, rối loạn vận động, liệt cơ, mất ý thức, hôn mê và tử vong. Khi chuột ở 2 chuồng hôn mê, tiến hành đóng khóa K2 và mở khóa O_2 . Như vậy, O_2 được cung cấp vào chuồng 2 đồng thời dưới áp lực của dòng khí O_2 phân áp cao sẽ đẩy CO trong chuồng ra bình khí thải. Nếu tắt cả làm nhanh và chính xác chuột ở chuồng 2 sẽ tỉnh lại một cách sinh động. Còn chuột ở chuồng 1 không được cứu sẽ tử vong. Lúc này sẽ bỏ chuột ở cả hai chuồng ra và tiến hành lấy máu và làm xét nghiệm COHb.

2.2. Tiến hành xét nghiệm COHb trong máu chuột bằng phương pháp so màu:

- Bước 1: lấy máu chuột bị nhiễm độc được cấp cứu, máu chuột nhiễm độc không được cấp cứu, máu chuột bình thường khỏe mạnh. Mỗi con lấy 1,5 ml.

- Bước 2: Lấy 6 ống nghiệm chia thành 3 cặp, đánh số từ 1 đến 6 bằng bút đánh dấu. Tất cả các ống nghiệm cho vào 2 ml nước cất. Cho vào ống 1, ống 3, ống 5 mỗi ống 1 giọt máu thường; ống 2, ống 4, mỗi ống 1 giọt máu gây nhiễm độc có cấp cứu; ống 6 cho 1 giọt máu nhiễm độc không cấp cứu.

- Bước 3: lần lượt cho các thuốc thử CuSO_4 1%, NaOH 1% vào các ống nghiệm, mỗi ống 3 giọt.

- Bước 4: lắc đều tay trong khoảng 30 giây ống nào chuyển màu nhanh là ống chứa máu không nhiễm độc. Ống nào không chuyển màu là ống chứa máu bị nhiễm độc.

3. CÁC THIẾT BỊ CHÍNH THỰC HIỆN KỸ THUẬT.

3.1. Bộ phận tạo và lưu trữ nguồn khí độc:

- Tạo CO: đun sôi acid formic với nhỏ giọt acid sulfuric dưới ngọn lửa đèn cồn. Khí CO tạo thành được thu giữ vào bình kín để phục vụ việc gây nhiễm độc.

- Tạo HCN: điều chế HCN bằng cách cho 10g $\text{K}_4\text{Fe}(\text{CN})_6$ tác dụng với H_2SO_4 đặc và 14 ml nước. Đun hỗn hợp này bằng bếp cát. Khi phản ứng xảy ra, cho HCN chạy qua bình chứa CaCl_2 để sấy rồi hứng vào bình làm lạnh.

3.2. Bộ phận gây nhiễm độc:

Chuông thủy tinh trong suốt dùng để nhốt và quan sát triệu chứng nhiễm độc trên chuột. Hệ thống dây dẫn bằng cao su nối với hệ thống khóa để điều tiết chất độc vào ra các chuông theo ý định. Bộ phận cung cấp các thuốc chống độc (đối với CO là bình cung cấp oxy cho các chuông để cấp cứu).

Hệ thống các bình chứa nước tạo áp lực dương hay âm để điều khiển đường đi của chất độc nhằm mục đích thu hồi hoặc đưa chất độc.

3.3. Hệ thống camera giám sát truyền và lưu giữ hình ảnh nhiễm độc:

Camera có thể di chuyển được để tạo ra góc quan sát tốt nhất. Đường truyền tín hiệu là cáp nối trực tiếp từ camera đến hệ thống lưu trữ. Bộ phận lưu trữ là máy tính của hệ thống Power lab có dung lượng bộ nhớ trong đủ lớn để ghi lại diễn biến nhiễm độc trong thời gian dài. Màn hình quan sát được thay thế bởi màn hình LCD 42 inch. Các cấu phần này được kết nối liên tục, khép kín và đặt trong tủ hút liên tục.

Hệ thống gây nhiễm độc và đánh giá mức độ nhiễm độc chất độc thể khí trên thực nghiệm phải đáp ứng được các yêu cầu về kỹ thuật sau: bảo

đảm hệ thống được khép kín hoàn toàn từ quá trình điều chế chất độc đến khi tiến hành và khi thử nghiệm kết thúc; phải được làm bằng các phương tiện có độ trong suốt, bảo đảm cho quá trình quan sát, theo dõi và đánh giá được các diễn biến trên đối tượng động vật được nghiên cứu; Trong quá trình gây nhiễm độc khi cần quan sát các triệu chứng để đánh giá mức độ nhiễm độc có thể quan sát một cách gián tiếp thông qua hệ thống quan sát từ xa; được nối với hệ thống máy tính của hệ thống Power lab cho phép ghi lại những hình ảnh về triệu chứng trong một thời gian dài, từ đó giúp đánh giá được khách quan và chính xác hơn.

Hệ thống gây nhiễm độc phải có các đường để đưa các biện pháp cấp cứu đối với chất độc riêng biệt. Mục đích của các con đường này để nghiên cứu các thuốc chống độc thông qua việc thăm dò, đánh giá hiệu quả vai trò của các loại thuốc điều trị nhiễm độc này. Bên cạnh đó, để độ an toàn được bảo đảm tuyệt đối cần đặt tất cả hệ thống trong một tủ hút liên tục.

3.4. Hệ thống xét nghiệm đánh giá mức độ nhiễm độc:

Dựa vào sự khác nhau về kết quả màu của từng phản ứng hóa học mà HbCO trong máu sẽ phản ứng với các chất oxy hóa để nhận biết trong máu có HbCO (nhiễm độc CO), so sánh sự thay đổi màu bằng mắt.

- Cách tiến hành:

+ Phản ứng với sulfat đồng: lấy 2 ống nghiệm đánh số 1 và 2, mỗi ống nghiệm cho 2 ml nước cất. Ống nghiệm 1 cho 1 giọt máu thường, lắc đều. Ống nghiệm 2 cho 1 giọt máu độc, lắc đều. Sau đó, cho 3 giọt CuSO_4 1% vào mỗi ống nghiệm, lắc đều, theo dõi sự đổi màu bằng mắt thường trong thời gian 20 phút. Kết quả: ống nghiệm chứa máu độc không chuyển màu

+ Phản ứng với Natrihydroxyt: lấy 2 ống nghiệm đánh số 3 và 4, mỗi ống nghiệm cho 2 ml nước cất. Ống nghiệm 3 cho 1 giọt máu thường, lắc đều. Ống nghiệm 4 cho 1 giọt máu độc, lắc đều. Cho 3 giọt NaOH 1% vào mỗi ống nghiệm, lắc đều theo dõi sự đổi màu bằng mắt thường trong thời gian 20 phút. Kết quả: ống nghiệm 3 cho máu đỏ thẫm; ống nghiệm 4 cho máu đỏ tươi.

Ngoài ra có thể định lượng COHb trong máu thông qua kỹ thuật xác định hàm lượng COHb bằng máy quang phổ kế UV-Vis.

3.5. Các điều kiện thực hiện kỹ thuật:

- Hệ thống điện cung cấp cho tủ hood và hệ thống camera, màn hình LCD hoạt động liên tục trong suốt quá trình thí nghiệm.

- Trước khi tiến hành gây nhiễm độc cần phải

làm tốt công tác chuẩn bị và công tác kiểm tra độ an toàn, độ kín của các hệ thống dây dẫn.

- Các hệ thống dây dẫn phải bảo đảm độ kín tuyệt đối, giữ an toàn cho người tham gia trực tiếp như giảng viên, kĩ thuật viên, học viên.

4. KẾT QUẢ XÂY DỰNG VÀ ỨNG DỤNG MÔ HÌNH GÂY ĐỘC THỰC NGHIỆM.

4.1. Kết quả xây dựng mô hình gây độc thực nghiệm:

Hệ thống mô hình xây dựng tập trung vào 2 bộ phận chính:

- Bộ phận tạo và lưu trữ nguồn khí độc: bộ phận tạo, cung cấp khí độc trước đây sử dụng quả bóp cao su để bóp tạo áp lực đẩy khí CO vào buồng gây độc. Cách làm này không tạo được luồng khí ổn định và có nguy cơ rò rỉ khí độc ra môi trường qua quả bóp cao su (chỗ tiếp xúc của quả bóp cao su với mối nối ở bình thủy tinh chứa chất độc). Kíp kĩ thuật đã cải tiến bằng dùng bình xả nước qua van xả, tạo dòng nước đi vào buồng chứa khí để đẩy khí CO từ buồng chứa sang buồng gây độc. Bằng cách làm này, đã tạo ra được luồng khí ổn định và dễ dàng điều chỉnh tốc độ bơm khí thông qua tốc độ xả nước. Hơn thế, bộ phận xả nước và buồng khí CO, buồng gây độc được kết nối với nhau qua dây dẫn kín, hạn chế được nguy cơ rò rỉ khí độc ra bên ngoài trong quá trình thao tác kĩ thuật; bảo đảm an toàn hơn cho giáo viên, kĩ thuật viên và học viên.

- Hệ thống camera giám sát truyền và lưu giữ hình ảnh nhiễm độc (trước đây chưa có), do yêu cầu nghiêm ngặt về an toàn hóa học, toàn bộ hệ thống chuông khí độc phải được đặt trong tủ hood hóa học, hạn chế tầm nhìn của học viên. Mỗi thời điểm chỉ có một vài học viên nhìn qua được cửa kính của tủ hood. Tuy nhiên, diễn biến quá trình nhiễm độc các chất độc thể khí gây chết người thường rất nhanh (một vài phút), dẫn tới nhiều học viên không thể quan sát được toàn bộ diễn biến của quá trình thí nghiệm. Từ đó, nảy sinh nhu cầu phải làm lại thí nghiệm hoặc phải chia lớp thực tập nhỏ hơn. Điều này, trong thực tế là rất khó khăn do hạn chế về nguồn lực thí nghiệm.

Trước đây, để quan sát triệu chứng nhiễm độc, nghiên cứu viên hoặc sinh viên phải đứng sát gần vào bộ dụng cụ gây nhiễm độc. Đối với một số chất độc có độc tính cao và có tính chất vật lí đặc biệt, nguy cơ cao xảy ra mất an toàn, rất nguy hiểm. Bằng cách thiết lập hệ thống camera giám sát và bố trí phòng thí nghiệm hợp lí, kíp kĩ thuật đã truyền hình ảnh từ camera độ phân giải cao lên màn hình tinh thể lỏng kích thước lớn (gần tương đương với kích thước thực tế), thuận lợi cho nhiều người quan sát (trực tiếp và qua màn hình); toàn bộ quá trình thực nghiệm có thể lưu trữ để xem

lại, phục vụ cho giảng dạy hoặc minh chứng trong hồ sơ nghiên cứu. Các tín hiệu từ camera có thể sử dụng để phân tích bằng các phần mềm phân tích chuyên dụng; học viên có thể quan sát được gián tiếp các diễn biến của quá trình gây độc mà không phải tiếp xúc quá gần với hệ thống gây độc, vừa bảo đảm nội dung học tập vừa bảo đảm tính an toàn.

4.2. Hiệu quả ứng dụng:

Hệ thống mô hình đã được nghiên cứu, ứng dụng và tiếp tục bổ sung cải tiến trong nhiều năm. Tuy nhiên, hệ thống hoàn chỉnh như trên mới được hoàn thiện và áp dụng vào giảng dạy, nghiên cứu tại Bộ môn Độc học và Phóng xạ Quân sự gần đây.

Qua thời gian khai thác, hệ thống mô hình cải tiến đã cho thấy hiệu quả rõ rệt. Học viên hào hứng với bài thực tập khi được nghiên cứu, học tập trên thiết bị hiện đại và đồng bộ; việc bố trí sắp xếp phòng thực tập khoa học cùng với màn hình lớn kết nối với tín hiệu từ camera cho phép nhiều người cùng quan sát dễ dàng, thuận tiện toàn bộ quá trình diễn biến nhiễm độc và phục hồi sau cấp cứu nhiễm độc. Kết quả xét nghiệm khách quan được hiển thị trực quan có tính thuyết phục cao cho người học. Thực hiện các đánh giá nhanh đối với mỗi học viên, mỗi lớp thực tập trước và sau khi thực tập, hầu hết các học viên đều có những nhận xét tích cực về cách thức thực tập, nội dung kiến thức, phương pháp truyền tải sinh động, dễ hiểu, cách bài trí phòng thực tập khoa học...

Hệ thống đã được ứng dụng trong nghiên cứu đề tài "Đánh giá hiệu quả giải độc đặc hiệu nhiễm độc chất độc toàn thân HCN của ống amylnitrite" do Viện Kiểm nghiệm, nghiên cứu dược và trang thiết bị y tế Quân đội thực hiện. Các nghiên cứu viên đều đánh giá cao hiệu quả của hệ thống thực nghiệm, đặc biệt phần chuông gây độc (được dùng tạo môi trường chứa thuốc amylnitrite bay hơi thể khí, đánh giá hiệu quả cấp cứu của amylnitrite. Như vậy, hiệu quả của hệ thống gây nhiễm độc và đánh giá mức độ nhiễm độc chất độc thể khí trên thực nghiệm, trên các mặt giảng dạy và nghiên cứu đều được kiểm chứng qua thực tế là đạt hiệu quả sử dụng cao.

Tóm lại, hệ thống mô hình gây độc thực nghiệm, đánh giá mức độ nhiễm độc chất độc thể khí trên thực nghiệm đã được chúng tôi nghiên cứu, xây dựng thành công. Đã được ứng dụng hiệu quả trong thực tế giảng dạy, nghiên cứu, lưu trữ phục vụ hồi cứu trong thời gian vừa qua, nhận được phản hồi rất tích cực từ các nghiên cứu viên, giảng viên và các đối tượng học viên. □

SÁNG KIẾN KỸ THUẬT TẠO MÔ HÌNH MỘT SỐ CẤU TRÚC NÃO BỘ NGƯỜI, DỰNG HÌNH TỪ PHIM CHỤP CỘNG HƯỞNG TỪ THEO PHƯƠNG PHÁP MỚI

TS. NGUYỄN LÊ CHIẾN, TS. ĐẶNG TIẾN TRƯỜNG
ThS. TÓNG QUỐC ĐỒNG - *Học viện Quân y*
Thẩm định khoa học: (1) TS. ĐINH TRỌNG HÀ
(2) TS. TẠ QUỐC GIÁP

TÓM TẮT: Sáng kiến kỹ thuật tạo mô hình một số cấu trúc não bộ người từ phim chụp MRI theo phương pháp mới dựa trên nguyên lý ứng dụng các phép phân tích và chương trình xử lý hình ảnh để phân định các vùng não. Đầu vào là hình ảnh hai chiều (2D) não người ở định dạng DICOM - là dạng chuẩn thức đối với hình ảnh y khoa được phân tích qua các bước xử lý hình ảnh, tái cấu trúc và chuyển đổi dạng 3 chiều (3D) đối với các vùng não quan tâm (ROIs). Các ROIs này tiếp tục được xử lý và tạo hình khối với định dạng tương thích cho ứng dụng trong trình chiếu, giảng dạy và xuất được qua máy in 3D để tạo các mô hình cấu trúc não người. **Kết quả:** Xây dựng thành công và hoàn chỉnh quy trình phân tích, xử lý hình ảnh, tạo mô hình 3D từ phim chụp MRI não bộ người, gồm: tạo dựng hình ảnh 3 chiều một số cấu trúc não bộ từ phim chụp MRI của người; sử dụng kỹ thuật in 3D để tạo ra các mô hình ứng dụng trong giảng dạy và mô phỏng.

Từ khóa: Tái dựng hình 3D, xử lý hình ảnh, mô hình não người.

ABSTRACT: The technical initiative to model some human brain structures from MRI scans according to new methods based on the principle of applying analysis and image processing programs to identify brain regions. The input was a two-dimensional (2D) human brain image in DICOM format - the standard format for medical imaging analyzed through the image management, reconstruction, and three-dimensional (3D) image transformation. for brain regions of interest (ROIs). These ROIs were further processed and cubed with a format compatible for application in presentation, teaching, and exported via 3D printers to create a human brain structure models. **Results:** Successfully built and completed the procedures of analysis, image processing, 3D modeling from MRI scans of the human brain, including creating 3-dimensional images of some human brain structures from MRI scans; used 3D printing technique to create models for teaching and simulation applications.

Keywords: 3D rendering, image processing, human brain model.

Chịu trách nhiệm nội dung: TS. Nguyễn Lê Chiến, SĐT: 0983133138.

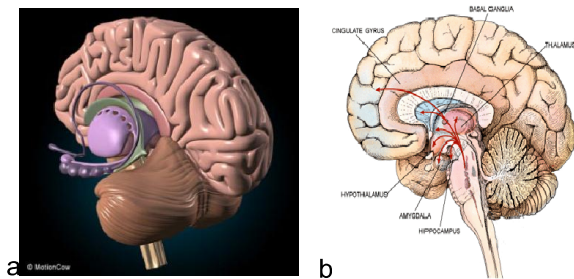
Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Trong hệ thống đào tạo khối ngành y - dược, các môn học y học cơ sở (YHCS) đóng vai trò hết sức quan trọng, trang bị cho học viên những kiến thức, khái niệm cơ bản về cơ thể người. Từ đó, là cơ sở để học viên nắm bắt và phát triển được các kiến thức chuyên sâu về các quá trình bệnh và điều trị khi tiếp xúc với khối kiến thức và thực hành trên lâm sàng, trên các bệnh nhân cụ thể. Những môn học YHCS như giải phẫu học, sinh lý học, mô phôi, sinh lý bệnh... cung cấp những kiến thức về đặc điểm cấu trúc - chức năng của các cơ quan, hệ cơ quan của cơ thể người; mối tương quan giữa cơ thể với môi trường và minh chứng cho sự liên quan chặt chẽ giữa các lĩnh vực hình thái (cấu trúc) và hoạt động (chức năng). Phục vụ những yêu cầu giảng dạy các môn YHCS, các mô hình minh họa về cấu trúc, chức năng cơ thể người là những phương tiện hỗ trợ không thể thiếu, đặc biệt trong

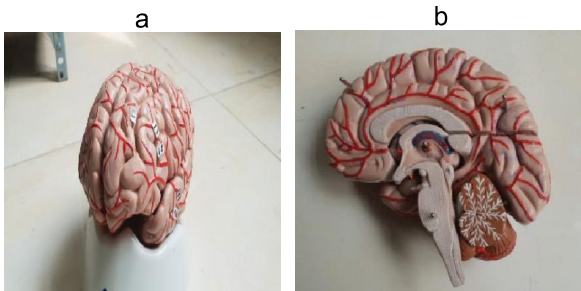
các nội dung giảng dạy, học tập về hình thái, giải phẫu, sinh lý và bệnh lý người. Các phương tiện này có thể là trên xác người hiến, tiêu bản, tranh hay mô hình (hình 1). Các công cụ đó nhằm giúp học viên có cái nhìn trực quan qua sử dụng thông tin hình ảnh (thị giác) và cảm nhận tiếp xúc trực tiếp. Các công cụ hình ảnh hay tranh vẽ có ưu điểm là sử dụng và lưu trữ khá thuận tiện, cung cấp được khái niệm về hình khối và đường nét ở góc độ nhất định, nhưng vẫn có những điểm hạn chế không thể phủ nhận được (chỉ là hình ảnh trong không gian 2 chiều) so với việc được học tập trực tiếp bằng phẫu tích trên xác hay các mô hình mô phỏng (cấu trúc thật, hình nổi phỏng theo cấu trúc giải phẫu, 3 chiều). Tuy nhiên, các yếu tố về định chế cho việc phụng hiến và văn hóa cho tới hiện tại nên hiện số lượng người hiến xác còn hạn chế, đặc biệt ở khu vực phía Bắc. Bên cạnh việc hạn chế về số lượng xác cho những hoạt động y khoa, việc giảng dạy

và học tập cho sinh viên trường y trên xác cũng có những điểm khó, như khó minh họa được những thành phần nhỏ, nằm sâu trong cơ thể (mạch máu hay các cấu trúc thần kinh), khó giúp hình dung để ước lượng được hình thể thực tế của những cấu trúc vốn không dễ xâm nhập (các nhân xám ở sâu trong não bộ, những cấu trúc không có hình thể cụ thể như hạnh nhân, não thất...). Thêm nữa, do hiện tượng mất nước và hiện tượng hoại tử mô trên xác, đặc biệt, ở các cơ quan có tỉ phần nước cao như thần kinh, mạch máu, gan, phổi, thận hay nhiều tạng thuộc hệ tiêu hóa... thì các cấu trúc phẫu tích trên xác sẽ không thể hiện được chính xác đặc điểm giải phẫu của cơ quan sống, nên các mô hình xác cũng có những nét khác biệt so với đặc điểm thực tế trên cơ thể sống.



Hình 1. Hình ảnh về mô hình hệ limbic sử dụng trong giảng dạy (a) và tranh vẽ hệ này (b).

Trong chương trình học tập tại Học viện Quân y, hình thái giải phẫu và sinh lý thần kinh trung ương là những nội dung học quan trọng và phức tạp (khó). Các phương tiện hỗ trợ học tập chủ yếu là các tranh vẽ trong các giáo trình cùng các mô hình minh họa với số lượng chưa nhiều. Một số mô hình giảng dạy hiện có về các cơ quan, gồm cả não bộ, thường chỉ mô tả hình ảnh đại thể, mặt ngoài các thùy của hai bán cầu đại não, cấu trúc sơ lược vùng gian não, tiểu não và thân não (Hình 2).



Hình 2. Mô hình não bộ, giới thiệu mặt ngoài (a) và trong (b), sử dụng tại Bộ môn Giải phẫu học, Học viện Quân y.

Các mô hình cấu trúc cơ thể người được sản xuất theo quy mô công nghiệp thường có chi phí trang bị cao và đa số chỉ mô tả được phần nào đặc điểm giải phẫu cơ bản của cơ thể (như các hồi não,

các thiết đồ cắt não nhất định và một số cấu trúc lớn dưới vỏ...), mà chưa có các mô hình thực bình thường hay những bất thường giải phẫu hoặc các bất thường bệnh lý được lấy mẫu trên một cá nhân cụ thể để giúp thấy rõ đặc điểm hình thái tương tự như thực tế. Cũng là một trong những công cụ hỗ trợ cho học tập giải phẫu, hiện đã có một số chương trình máy tính cung cấp hình ảnh giải phẫu 3 chiều hỗ trợ người học - người dạy, nhưng những hình ảnh này vẫn chỉ là hình ảnh dạng mô phỏng các mô hình giải phẫu.

Hiện nay, kĩ thuật chụp cộng hưởng từ (magnetic resonance imaging - MRI) được sử dụng để kiểm tra hầu hết các cơ quan trong cơ thể, đặc biệt, có giá trị trong việc chụp ảnh chi tiết não hoặc cấu trúc thần kinh cột sống. Chụp MRI não bộ cho hình ảnh chất lượng cao có độ phân giải và độ tương phản tốt, giúp đánh giá chi tiết các cấu trúc não, trong nhiều trường hợp là tốt hơn so với các kĩ thuật chẩn đoán hình ảnh khác như siêu âm, X quang và chụp cắt lớp vi tính, PET... (hình 3). Tuy nhiên, hình ảnh trên phim chụp MRI là các lát cắt não 2 chiều (minh họa trên hình 3). Nếu có thể sử dụng các kĩ thuật để phân định các cấu trúc não trên mỗi lát cắt và từ đó dựng hình ảnh 3 chiều sẽ cho ra hình ảnh các cấu trúc với kích thước thực ở người, qua đó có thể khảo sát và ứng dụng trong giảng dạy, nghiên cứu và hơn nữa, trong cả các kĩ thuật mô phỏng.



Hình 3. Hình ảnh chụp MRI sọ não trên thiết đồ đứng dọc.

Thuật ngữ in 3D (những thuật ngữ khác như “chế tạo in chồng dùng phụ gia”, “tạo mẫu nhanh”) đề cập tới sử dụng các dữ liệu 3 chiều để kiến tạo các vật thể theo tiến trình chế tác từng lớp. Được phát triển từ trên 30 năm trước để sản xuất các vật thể nhỏ theo yêu cầu khách hàng, tới nay kĩ thuật in 3D đã được sử dụng để làm các dụng cụ lắp giả (trong phục hồi, chỉnh hình), cấy ghép nha khoa... Kĩ thuật này hiện nay cho phép tạo nên các mô hình vật thể từ các dữ

liệu hình ảnh y khoa hoặc các cấu trúc thiết kế trên máy tính, như các dụng cụ lắp giả (chi giả...) và các mô hình. Sử dụng việc tạo tác 3D ảo trong hình ảnh y học góp phần làm tăng khả năng xác định về bệnh học, mô tả các liên quan giải phẫu phức tạp và góp phần cho lập kế hoạch can thiệp ngoại khoa. Như vậy, sự tiến bộ của phát minh in 3D cũng tác động tích cực tới cả kĩ thuật giảng dạy giải phẫu, các bệnh học phức tạp và cả rèn kỹ năng thực hành sử dụng các mô hình ba chiều và mô hình mô phỏng.

Xuất phát từ những vấn đề trên, nhóm nghiên cứu đã đặt vấn đề phát triển một số mô hình huấn luyện mô phỏng mới sử dụng kiến tạo kĩ thuật số và kĩ thuật in 3D từ hình ảnh MRI, với yêu cầu cơ bản cho các mô hình là phù hợp cho thực hiện các mục đích huấn luyện, đồng thời minh chứng cho mức độ hiện thực hóa cao và có thể sản xuất ở giá thành hợp lý của in 3D. Ở giai đoạn này chúng tôi lựa chọn tiến hành kĩ thuật tạo mô hình một số cấu trúc não bộ người từ phim chụp MRI theo phương pháp mới nhằm mục tiêu:

- Tạo ra hình ảnh 3 chiều một số cấu trúc não bộ từ phim chụp MRI của người.

- Sử dụng kĩ thuật in 3D để tạo ra các mô hình ứng dụng trong giảng dạy và mô phỏng.

2. NỘI DUNG KỸ THUẬT:

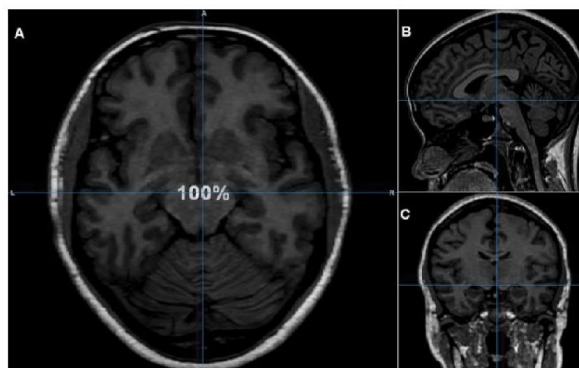
Kĩ thuật được tiến hành theo nguyên lí ứng dụng các chương trình phân tích, xử lí hình ảnh để phân định các vùng não (vỏ não, não thất, một số cấu trúc chính vùng gian não, nền não và thân não). Dữ liệu đầu vào về hình ảnh não bộ ở dạng 2 chiều (2D) định dạng DICOM - chuẩn sử dụng trong hình ảnh y học. Áp dụng các phần mềm xử lí hình ảnh, chuyển bộ hình ảnh DICOM để tạo ra các tập dữ liệu 3 chiều (3D) của các vùng não quan tâm. Các vùng não được xử lí và tạo lập hình ảnh 3D với định dạng phù hợp, có thể sử dụng trong trình chiếu, giảng dạy, được xuất ra dạng tệp in nổi gửi sang máy in 3D để tạo các mô hình cấu trúc hệ thần kinh trung ương.

Chụp MRI sử dụng từ trường và các sóng radio để tạo các hình ảnh với các lát cắt mỏng của mô (hình ảnh cắt lớp). Bình thường, các proton trong các mô sinh từ trường nhỏ và được sắp xếp ngẫu nhiên. Khi được bao bởi một từ trường mạnh của máy MRI, các trục từ sắp xếp dọc theo từ trường mạnh này. Một xung với tần số radio được sử dụng làm trục của nhiều proton sắp xếp theo hàng ngược với từ trường mạnh ở trạng thái năng lượng cao. Sau kích xung, các proton trở về sắp xếp cơ bản của chúng trong từ trường của máy MRI. Cường độ và tốc độ giải phóng năng lượng xảy ra khi các proton trở lại sắp xếp này (T1) và

khi chúng xoay (T2) được ghi lại về cường độ tín hiệu theo định vị không gian nhờ cuộn dò của máy MRI. Các thuật toán máy tính phân tích các hình ảnh này và cho ra các hình ảnh giải phẫu chi tiết, với các lát hình theo từng chiều trong không gian, như: đứng dọc (sagittal), đứng ngang (coronal) và ngang (transaxial) (hình 4).

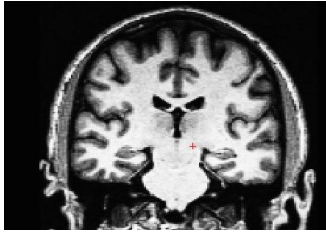
Hình ảnh MRI của người khỏe mạnh, bình thường được thu thập tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong một nghiên cứu đang triển khai tại Bộ môn Sinh lí học, Học viện Quân y. Hình ảnh MRI cấu trúc não theo ba chiều không gian được thu thập trên hệ thống máy quét MRI 1.5 Tesla (Siemen, Đức), sử dụng chuỗi xung T1W trên mặt phẳng đứng dọc (sagittal) theo quy cách: độ dày lát cắt 1 mm với TR = 15 ms, TE = 5 ms, NEX = 1 ms, góc lật = 30°, trường quan sát FOV 25 x 25 cm; Matrix = 256 x 256. Mỗi đối tượng được chụp trên 300 lát cắt để bảo đảm lấy được toàn bộ tổ chức não (bao gồm cả xương sọ và các tổ chức phần mềm).

Hình ảnh được tái tạo và kiểm tra trực quan trong quá trình chụp, loại trừ hoàn toàn các yếu tố gây nhiễu do từ tính và do chuyển động của đối tượng. Hình ảnh chụp sọ não đại thể được bác sĩ chuyên khoa có kinh nghiệm phân tích sơ bộ, xác định đối tượng không mắc các bệnh lí hệ thần kinh trung ương và được lưu trữ ở tệp dữ liệu hình ảnh 2D định dạng DICOM. Dữ liệu hình ảnh cộng hưởng từ tiếp tục được chuyển định dạng từ DICOM sang dạng nén NIFTI (nii.gz) bằng phần mềm Mango ver 4.0.1. Hình ảnh MRI sọ não theo ba chiều dựng trên phần mềm Mango đạt yêu cầu cho phân tích tiếp được minh họa trên hình 4.

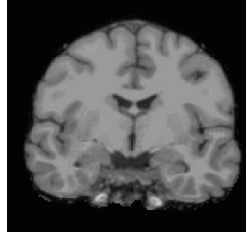


Hình 4. Hình ảnh MRI sọ não theo ba mặt phẳng: ngang (A), đứng dọc (B) và đứng ngang (C).

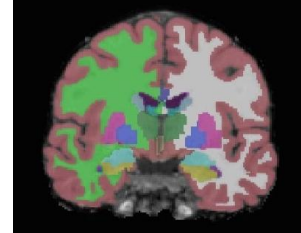
Tập dữ liệu được lưu ở dạng file nén nii.gz rồi tiếp tục được đưa vào phân tích bằng chương trình FreeSurfer ver 6.0 [1], [2] qua các bước trên hình 5 (dưới):



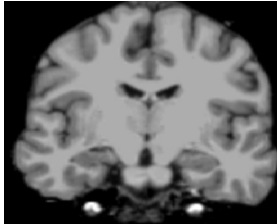
Bước 1: Nhập dữ liệu T1.



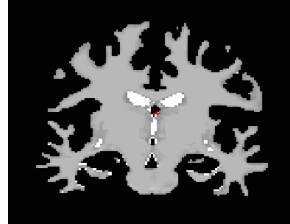
Bước 2: Hiệu chỉnh chuyển động, trục AC-PC và loại bỏ tổ chức không phải chất não.



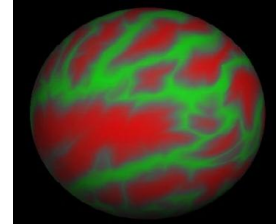
Bước 3: Xác định các tổ chức não.



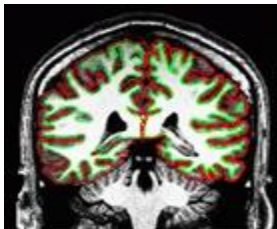
Bước 4: Chuẩn hóa cường độ tín hiệu hình ảnh.



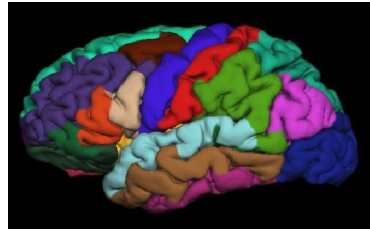
Bước 5: Xác định vùng chất trắng.



Bước 6: Xác định vùng vỏ não theo Atlas tham chiếu.



Bước 7: Xác định thể tích bề mặt.



Bước 8: Kí hiệu các vùng vỏ não và tính toán thể tích các vùng.

Structure	Number	Surface	Volume	Thickness	Thickness	MeanCurv	Gaussian	Estimated	Curvature
bankssts	1157	811	1891	2.303	0.567	0.117	0.011	10	1.6
caudalAnteriorcingulate	779	543	1808	3.472	0.676	0.185	0.084	26	1.8
caudalMiddlefrontal	3145	2337	5443	2.311	0.599	0.132	0.041	35	5.3
cuneus	1809	1193	2285	1.672	0.111	0.162	0.067	34	4.6
entorhinal	436	265	1269	2.871	0.481	0.119	0.037	5	0.6
fusiform	2307	2235	5161	2.109	0.688	0.144	0.084	71	8.7
Inferiorparietal	5104	3514	8943	2.135	0.552	0.146	0.105	82	11.5
InferiorTemporal	3796	2610	8521	2.683	0.748	0.178	0.132	140	18.0

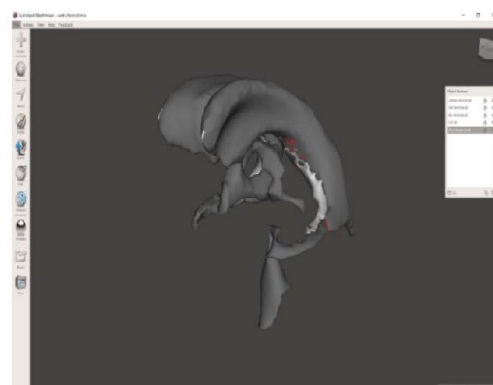
Bước 9: Xác định các chỉ số về thể tích, độ dày... của các vùng não quan tâm.

Hình 5. Các bước xử lý dữ liệu hình ảnh MRI trên chương trình FreeSurfer.

Hình ảnh về các phân vùng cơ bản của não bộ sau phân tích bằng chương trình FreeSurfer tiếp tục được đưa vào phân tích bằng phần mềm Slicer 3D để tạo lập tệp hình ảnh 3 chiều các cấu trúc não. Các phân vùng và các cấu trúc não bộ tiếp tục được làm mượt (smoothing) rồi lưu trữ riêng rẽ mỗi cấu trúc ở dạng tệp .stl hoặc .obj (như trên các hình 6 và hình 7). Mô hình ở các tệp dữ liệu 3 chiều các cấu trúc não tiếp tục được kiểm tra thủ công để loại các khiếm khuyết còn sót và hoàn chỉnh trên chương trình Meshmixer (hình 7).

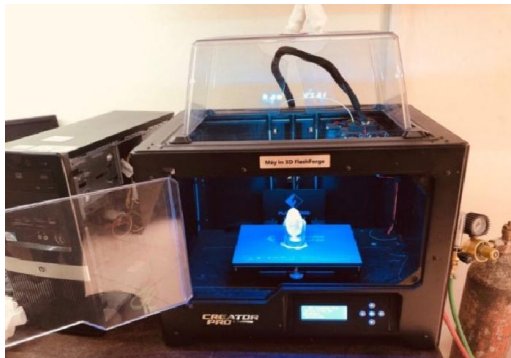


Hình 6. Các phân vùng não bộ (A) được phân tích, dựng hình bằng chương trình Slicer 3D. Hình ảnh MRI não theo mặt phẳng ngang (B), đứng dọc (C) và đứng ngang (D).



Hình 7. Hình ảnh não thất (màu tối) cùng đám rối mạch mạc (sáng màu) trên phần mềm Meshmixer.

Các mô hình này có thể được xuất ra dưới các định dạng tập ảnh thông thường (jpg, png, hay gif) hoặc được xuất ra dạng tập in nổi (stl) gửi qua máy in 3D để tạo các mẫu vật với đặc điểm hình thái đồng nhất ở não người thể hiện trên phim chụp cộng hưởng từ (hình 8).



Hình 8. Máy in 3D FlashForge đang in mô hình thân não.

3. CÁC THIẾT BỊ CHÍNH THỰC HIỆN KỸ THUẬT:

Để thực hiện kỹ thuật này, cần sử dụng các trang thiết bị chính sau:

- Hệ thống các máy tính cấu hình cao để chạy các chương trình phân tích, xử lý hình ảnh 3 chiều.
- Máy in 3D.
- Phần mềm Mango 4.0.1.
- Phần mềm Freesurfer v6.0 chạy trên nền hệ điều hành Linux.
- Phần mềm Slicer 3D 4.8.1.
- Phần mềm Meshmixer hoặc các phần mềm có chức năng biên tập ảnh 3 chiều.
- Vật tư tiêu hao: Cuộn nhựa in PLA và ABS, sơn màu các loại.

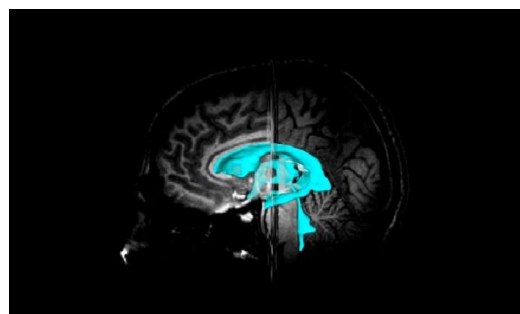
4. TÍNH MỚI, TÍNH SÁNG TẠO CỦA KỸ THUẬT:

- Tính mới, tính sáng tạo:

“Kỹ thuật tạo mô hình một số cấu trúc não bộ người sử dụng dựng hình phim chụp MRI theo phương pháp mới” là kỹ thuật lần đầu tiên được ứng dụng thành công trong nước, tạo được mô hình các cấu trúc não bộ dạng tập dữ liệu mềm hoặc dạng vật liệu cứng. Từ đó, có thể ứng dụng được hiệu quả trong giảng dạy và nghiên cứu, mô phỏng.

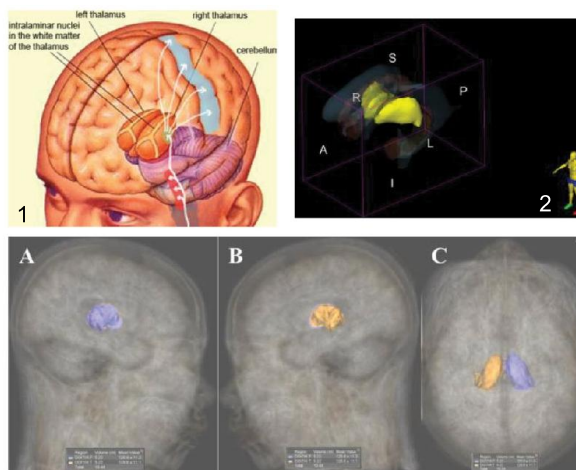
Nhóm kỹ thuật đã nghiên cứu thành công, xây dựng và hoàn chỉnh quy trình phân tích, xử lý hình ảnh, tạo mô hình 3D từ phim chụp MRI não bộ. Các mô hình cấu trúc não thể hiện chính xác đặc điểm cấu trúc não bộ ở người sống và qua khảo sát sơ bộ thấy có những đặc điểm không thực sự tương đồng với các mô hình giải phẫu về não thường được sử dụng trong giảng dạy hiện nay.

Cụ thể, khác với mô hình giải phẫu được minh họa trong chương trình học Giải phẫu, Sinh lý hiện nay là sử dụng các hình ảnh, mô hình chế tạo công nghiệp. Qua khảo sát não thất của 60 người Việt Nam khỏe mạnh, bình thường, từ 20-87 tuổi thấy, chỉ có 4 người có tồn tại sừng chằm một cách rõ ràng. Như vậy, rất có thể sừng chằm chỉ xuất hiện rõ trên hình ảnh phẫu tích não bộ trên xác hoặc trong các tình trạng tăng áp lực não thất mà ở người khỏe mạnh, bình thường không thấy xuất hiện (hình 9).



Hình 9. Hình ảnh thực tế các não thất (màu xanh) trên nền hình ảnh chụp MRI đã được làm mờ nhìn từ mặt bên (lateral AP view).

Khác biệt nữa có thể thấy là hình ảnh của đồi thị. Đồi thị thường được mô tả về hình thái là một cấu trúc kép có hình bầu dục (hình 10.1) nhưng thực tế qua phân tích, dựng lại hình ảnh thấy, đồi thị có dạng kép với cấu trúc mỗi bên tương tự một hình bán cầu dẹt (hình 10.2). Kết quả về hình ảnh của đồi thị cũng tương tự như trong báo cáo của Nguyên PT và cộng sự, khi tác giả đo đạc đặc điểm hình thái của đồi thị ở người Việt Nam trưởng thành bình thường bằng cộng hưởng từ khuếch tán 3.0 Tesla (hình 10. A, B, C) [3].



Hình 10. Hình ảnh đồi thị trong hình minh họa (1); cấu trúc-chức năng, trong thực tế sáng kiến (2) và trong báo cáo của Nguyên PT và cs (A: đồi thị phải; B: đồi thị trái; C: đồi thị nhìn từ trên [3]).

Kĩ thuật tạo hình ảnh 3 chiều các cấu trúc não giúp chủ động trong tạo dựng các mô hình não bộ. Đặc biệt, là mô hình về các cấu trúc thuộc vùng gian não (đồi thị, thể chai, hồi hải mã, hạnh nhân...) hay cấu trúc của các não thất. Kĩ thuật này mở ra một phương pháp tiếp cận mới trong việc giảng dạy, nghiên cứu về các đặc điểm cấu trúc, chức năng của não bộ ở người bình thường cũng như trong một số tình trạng bệnh lý của hệ thần kinh trung ương. Bên cạnh đó, song hành với kĩ thuật đánh giá qua các phương pháp phân tích bằng các thuật toán chạy trên máy tính, việc xây dựng quy trình và in thành công mô hình các cấu trúc não cũng giúp đo đạc được một cách trực quan các đặc điểm về kích thước, thể tích các cấu trúc này. Kĩ thuật về hình ảnh 3 chiều không chỉ góp phần làm rõ các liên hệ của các cấu trúc trong điều kiện bình thường, mà từ đó còn cho thấy được đặc điểm thay đổi thể tích, kích thước não bộ liên quan tới các đặc điểm sinh lý (tuổi, giới tính, chủng tộc) hay bệnh lý (tâm thần phân liệt, sa sút trí tuệ, Parkinson,...). Những ưu điểm của giải pháp kĩ thuật này còn có thể ứng dụng cho lâm sàng (liên quan quan sát, lập kế hoạch can thiệp ngoại khoa) và rộng rãi hơn là mô phỏng trong y học.

Mô phỏng là một phương pháp thường được sử dụng và có hiệu quả trong huấn luyện nghề nghiệp y khoa để thực hiện các quy trình trên người. Những mô hình huấn luyện là các mô hình có độ tin cậy được thiết kế để mô phỏng thực hiện các kĩ thuật và thường được sử dụng trong y khoa. Tuy nhiên, các mô hình kĩ thuật chuyên dụng này thường đắt và hạn chế trên thị trường. Qua quá trình thực hiện thành công như đề cập ở trên, vừa cho thấy mức độ hiện thực cao và có thể sản xuất nội bộ các mô hình cho giảng dạy trong YHCS, gợi ý cho việc nghiên cứu phát triển các mô hình huấn luyện mô phỏng mới sử dụng kiến tạo kĩ thuật số cả cho thực hiện các mục đích huấn luyện nghề nghiệp, lâm sàng với khả năng tạo tác của nội bộ cơ sở đào tạo.

- Các điều kiện thực hiện kĩ thuật:

+ Có các trang thiết bị phù hợp để chạy được các chương trình xử lý, phân tích hình ảnh 3D.

+ Đội ngũ làm kĩ thuật có kiến thức về giải phẫu, sinh lý não bộ và đặc biệt là kiến thức về hình ảnh não bộ trên phim MRI. Đồng thời, có kĩ năng phân tích, xử lý hình ảnh 3 chiều và chế tác, in 3D.

5. KẾT LUẬN.

Nhóm kĩ thuật đã nghiên cứu thành công, xây dựng và hoàn chỉnh quy trình phân tích, xử lý hình ảnh, tạo mô hình 3D từ phim chụp MRI não bộ.

Các mô hình cấu trúc não thể hiện chính xác đặc điểm cấu trúc não bộ ở người sống và qua khảo sát sơ bộ thấy có những đặc điểm không thực sự tương đồng với các mô hình giải phẫu về não thường được sử dụng trong giảng dạy hiện nay

Qua nghiên cứu, chúng tôi đề xuất, kiến nghị:

- Tạo điều kiện, đầu tư để có thể chế tạo thêm nhiều mô hình giải phẫu, sinh lý, bệnh lý theo phương pháp in 3D phục vụ trong giảng dạy và trong nghiên cứu.

- Nghiên cứu tiếp về xây dựng các mô hình huấn luyện mô phỏng trên cơ sở giải pháp kĩ thuật này, ứng dụng trong đào tạo kỹ năng nghề nghiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Desikan RS, Ségonne F, Fischl B, et al. (2006) An automated labeling system for subdividing the human cerebral cortex on MRI scans into gyral based regions of interest. *Neuroimage*, 31(3): 968-980.
- Reuter M, Rosas HD, Fischl B (2010) Highly accurate inverse consistent registration: a robust approach. *Neuroimage*, 53(4):1181-1196.
- Nguyễn PT, Khánh L, Bắc ND (2017), "Nghiên cứu đặc điểm, hình thái của đồi thị ở người trưởng thành bình thường bằng cộng hưởng từ khuếch tán 3.0 Tesla", *Tạp chí Y - Dược học quân sự*, số chuyên đề hình thái học, tr. 64-71. □

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ ĐẶC ĐIỂM DƯỢC DI TRUYỀN CYP3A5...

(Tiếp theo trang 189)

- Chen L and G.V.R Prasad (2018), "CYP3A5 polymorphisms in renal transplant recipients: influence on tacrolimus treatment", *Pharmacogenomics and personalized medicine*, 11: p. 23-33.

- Vannaprasaht S et al (2013), "Personalized tacrolimus doses determined by CYP3A5 genotype for induction and maintenance phases of kidney transplantation", *Clin Ther*, 35 (11): p. 1762-9.

- Passey C et al (2011), "Dosing equation for tacrolimus using genetic variants and clinical factors", *British journal of clinical pharmacology*, 72 (6): p. 948-957.

- Brunet M et al (2019), "Therapeutic Drug Monitoring of Tacrolimus-Personalized Therapy: Second Consensus Report", *Therapeutic Drug Monitoring*, 41: p. 1.

- Htun Y.Y, H.K Swe, and T.M Saw (2018), "CYP3A5*3 Genetic Polymorphism and Tacrolimus Concentration in Myanmar Renal Transplant Patients", *Transplant Proc*, 50 (4): p. 1034-1040. □

PHÁT HIỆN VI KHUẨN *ENTEROBACTERIACEAE* SINH ENZYM CARBAPENEMASE BẰNG KỸ THUẬT ỨNG CHẾ KHÁNG SINH CARBAPENEM CẢI TIẾN

BS. HOÀNG XUÂN QUẢNG, ThS. NGUYỄN MINH HẢI
KTV. NGUYỄN VĂN THƠM, KTV. VƯƠNG SĨ CHUNG
Học viện Quân y

Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. LÊ THU HỒNG
(2) PGS.TS. KIỀU CHÍ THÀNH

TÓM TẮT: Trong quá trình hợp tác với Khoa Vi khuẩn II và Trung tâm Nghiên cứu kháng thuốc (Viện Truyền nhiễm quốc gia Nhật Bản) về nghiên cứu phát hiện vi khuẩn sinh enzyme carbapenemase trong các vi khuẩn thuộc họ Enterobacteriaceae có tỉ lệ đa kháng cao ở Việt Nam, nhóm nghiên cứu đã thử nghiệm phương pháp “ứng chế carbapenem cải tiến” để phát hiện vi khuẩn sinh carbapenemase. **Kết quả:** Hiệu quả phát hiện cao, tiến hành đơn giản, ít tốn kém. Thử nghiệm này đã được CLSI thẩm định và đã được công nhận chính thức năm 2017 với tên thử nghiệm mCIM. Phát hiện sớm các chủng vi khuẩn Enterobacteriaceae sinh enzyme carbapenemase giúp các bác sĩ lâm sàng tiên lượng được mức độ kháng thuốc; từ đó, đề ra kế hoạch điều trị phù hợp, nâng cao khả năng thành công trong điều trị. Ngoài ra, việc phát hiện các vi khuẩn họ Enterobacteriaceae sinh enzyme carbapenemase giúp chúng ta sớm tiến hành các biện pháp ngăn chặn và phòng chống lan truyền tính kháng kháng sinh trong bệnh viện.

Từ khóa: Vi khuẩn thuộc họ Enterobacteriaceae, carbapenemase.

ABSTRACT: In cooperation with the Department of Microbiology II and the Research center for drug resistance (National Institute of Infectious Diseases of Japan) on the research and detection of bacteria producing the carbapenemase enzyme in bacteria belonging to the Enterobacteriaceae family which had a high rate of multiple resistance in Vietnam, the research team tested the “improved carbapenem inhibition” method to detect carbapenemase-producing bacteria. **Results:** The efficiency of detection was a high, simple, and inexpensive operation. This test had been validated by CLSI and officially recognized in 2017 with the test name was mCIM. The early detection of strains of Enterobacteriaceae producing carbapenemase enzyme helped clinical physicians predict the level of drug resistance; from that, proposed appropriate treatment plans, upgraded the ability of treatment success. Besides, the detection of Enterobacteriaceae bacteria that produce the carbapenemase enzyme helped us to early take measures to prevent and prophylaxis of the spread of antibiotic resistance in hospitals.

Keywords: Bacteria of the Enterobacteriaceae family, carbapenemase.

Chịu trách nhiệm nội dung: BS. Hoàng Xuân Quảng, SĐT: 0913356569.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Vi khuẩn sinh enzyme carbapenemase thường là những chủng vi khuẩn đa kháng, kháng mở rộng, toàn kháng với kháng sinh, dẫn tới khó khăn trong điều trị, kéo dài thời gian nằm viện, tăng gánh nặng chi phí điều trị, tỉ lệ tử vong cao [1]. Trước đây, Bộ môn Khoa Vi sinh y học, Bệnh viện Quân y 103 áp dụng 2 phương pháp để xác định các chủng vi khuẩn Enterobacteriaceae kháng với kháng sinh thuộc nhóm carbapenem, là phương pháp kháng sinh đồ thường quy và phương pháp sử dụng kit Carba NP.

Phương pháp kháng sinh đồ: cần phải thử nghiệm với tất cả các kháng sinh thuộc nhóm carbapenem (imipenem, meropenem, ertapenem, doripenem...) thì mới có thể xác định chủng vi khuẩn

kháng, trung gian hay nhạy với từng loại, nên sẽ gây tốn kém. Thực tế, các phòng xét nghiệm vi sinh khó có thể thực hiện đồng thời với tất cả các kháng sinh trên. Theo Viện Các tiêu chuẩn xét nghiệm và lâm sàng Hoa Kỳ (Clinical and laboratory standard institute - CLSI), vi khuẩn họ Enterobacteriaceae kháng với kháng sinh imipenem, meropenem, ertapenem theo kỹ thuật kháng sinh đồ khi đo được đường kính vòng vô khuẩn xung quanh các khoanh giấy trên lần lượt tương ứng là ≤ 19 mm, ≤ 19 mm, ≤ 18 mm).

Phương pháp sử dụng kit thương mại Carba NP: là phương pháp có độ nhạy và độ đặc hiệu cao, song việc thực hiện rất tốn kém. Vì vậy, không thể dùng thường quy được. Ngoài ra, việc thực hiện còn phụ thuộc lớn vào nhà cung cấp do đây là

mặt hàng chưa được sử dụng phổ biến.

Xuất phát từ lý do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu thử nghiệm “ức chế carbapenem cải tiến” xác định các vi khuẩn *Enterobacteriaceae* sinh enzyme carbapenemase; vi khuẩn sinh enzyme carbapenemase có khả năng kháng lại các kháng sinh thuộc nhóm carbapenem như imipenem, meropenem, ertapenem, doripenem...

2. QUY TRÌNH KỸ THUẬT.

Hợp tác với Khoa Vi khuẩn II và Trung tâm Nghiên cứu kháng thuốc (Viện Truyền nhiễm quốc gia Nhật Bản) nghiên cứu về phát hiện vi khuẩn sinh enzyme carbapenemase trong các vi khuẩn thuộc họ *Enterobacteriaceae* có tỉ lệ đa kháng cao ở Việt Nam, nhóm nghiên cứu đã thử nghiệm phương pháp “ức chế carbapenem cải tiến” để phát hiện vi khuẩn sinh carbapenemase. Kết quả cho thấy hiệu quả phát hiện cao, tiến hành đơn giản, ít tốn kém. Thử nghiệm này được CLSI thẩm định và đã được công nhận chính thức năm 2017 với tên thử nghiệm mCIM.

2.1. Chỉ định:

Các vi khuẩn Gram âm thuộc họ *Enterobacteriaceae* không nhạy cảm với ít nhất một kháng sinh thuộc nhóm carbapenem.

2.2. Nguyên lý:

Kỹ thuật dựa trên nguyên lý kiểm tra khả năng sinh enzyme carbapenemase của chủng vi khuẩn cần thử bằng cách ủ chúng trong dung dịch Trypticase soy broth chứa khoanh giấy kháng sinh meropenem. Nếu vi khuẩn sinh enzyme carbapenemase thì kháng sinh có trong khoanh meropenem sẽ bị phân hủy. Sau đó, đặt khoanh giấy meropenem ở trên lên đĩa thạch Mueller - Hinton đã rìa đều vi khuẩn nhạy cảm với meropenem (chủng chuẩn quốc tế *Escherichia coli* ATCC 25922).

Nếu kháng sinh trong khoanh meropenem đã bị phá hủy thì xung quanh khoanh giấy không có vòng vô khuẩn hoặc có vòng vô khuẩn đường kính ≤ 15 mm. Nếu chủng vi khuẩn thử không sinh enzyme carbapenemase thì xung quanh khoanh giấy meropenem sẽ có vòng vô khuẩn đường kính ≥ 19 mm (vi khuẩn *E. coli* ATCC 25922 bị ức chế bởi meropenem). Trường hợp vòng vô khuẩn đường kính 16-18 mm thì vi khuẩn có thể kháng bởi các cơ chế khác.

2.3. Chuẩn bị:

-Vi khuẩn: chủng vi khuẩn họ *Enterobacteriaceae* cần thử, mọc trên môi trường dinh dưỡng trong khoảng 18-24 giờ tuổi; chủng đối chứng là vi khuẩn *E. coli* ATCC 25922, 18-24 giờ tuổi.

- Thạch Muller - Hinton.

- Môi trường Trypticase soy broth.

- Khoanh giấy meropenem 10 μ g.

- Ống nghiệm chứa nước muối 0,9% vô trùng.

- Các thiết bị, dụng cụ trong phòng xét nghiệm khác: tủ ấm, tủ an toàn sinh học cấp II, máy đo độ đục, tấm bông vô trùng, que cấy vô trùng 1 μ l và 10 μ l, đèn cồn, thước đo. Trong đó, thiết bị chính thực hiện kỹ thuật là tủ ấm, máy đo độ đục, tủ an toàn sinh học cấp II.



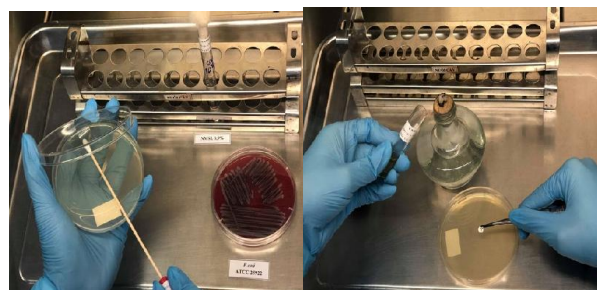
Hình 1. Dụng cụ cần thiết thực hiện kỹ thuật.

2.4. Các bước tiến hành:



Hòa loãng đầy 1 loop 1 μ l vi khuẩn cần kiểm tra vào Trypticase soy broth

Bổ sung khoanh giấy meropenem 10 μ g



Rìa cấy huyền dịch vi khuẩn *E. coli* ATCC 25922 lên trên đĩa thạch Mueller Hinton

Đặt khoanh giấy meropenem lên đĩa Muller-Hinton đã rìa đều *E. coli* ATCC 25922

Hình 2. Tóm tắt quy trình thử nghiệm cải tiến phát hiện vi khuẩn sinh carbapenemase (mCIM).

- Bước 1: lấy 1 loop 1 μ l đầy vi khuẩn cần kiểm tra hòa đều vào ống chứa 2 ml Trypticase soy broth.

- Bước 2: lấy 1 khoanh giấy kháng sinh meropenem đưa vào ống chứa 2 ml Trypticase soy broth và vi khuẩn, ủ ở 35°C trong 4 giờ.

- Bước 3: pha huyền dịch vi khuẩn *E. coli* ATCC 25922 nhạy cảm với meropenem nồng độ 10^8 vi

khuẩn/ml; ria cấy huyền dịch lên trên đĩa thạch Mueller Hinton.

- Bước 4: đặt khoanh giấy meropenem đã ủ ở bước 2 lên đĩa thạch Mueller Hinton (ép khoanh giấy vào thành ống để loại bỏ dịch thừa).

- Bước 5: ủ đĩa thạch Mueller Hinton ở 35°C/18-24 giờ.

2.5. Cách đánh giá kết quả:

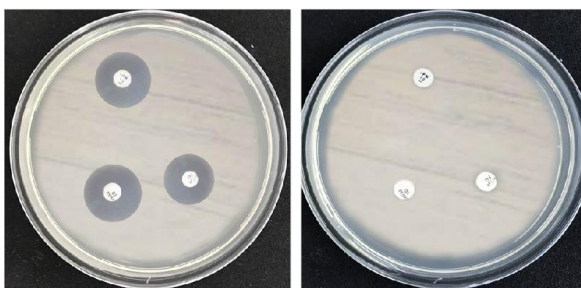
Đo đường kính vòng vô khuẩn xung quanh khoanh giấy kháng sinh meropenem, phiên giải kết quả như sau:

- Dương tính (vi khuẩn sinh enzyme carbapenemase): khi đường kính vòng vô khuẩn xung quanh khoanh meropenem ≤ 15 mm.

- Âm tính (vi khuẩn không sinh enzyme carbapenemase): khi đường kính vòng vô khuẩn xung quanh khoanh meropenem ≥ 19 mm.

- Không xác định (vi khuẩn có thể đề kháng theo cơ chế khác): khi đường kính vòng vô khuẩn quanh khoanh meropenem từ 16-18 mm.

Đo đường kính vòng vô khuẩn (d) xung quanh khoanh giấy meropenem:



Vi khuẩn không sinh carbapenemase
($d \geq 19$ mm)

Vi khuẩn sinh carbapenemase
($d \leq 15$ mm)

Hình 3. Đo đường kính vòng vô khuẩn (d) xung quanh khoanh giấy meropenem đánh giá kết quả.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN.

Trong gần 1.400 chủng *Enterobacteriaceae* thu thập được từ năm 2017 đến năm 2020, lưu giữ tại Bộ môn - Khoa Vi sinh vật, Bệnh viện Quân y 103, sử dụng kỹ thuật cải tiến này, nhóm nghiên cứu phát hiện được 241 chủng vi khuẩn *Enterobacteriaceae* sinh enzyme carbapenemase. Một phần các chủng này đã được chúng tôi gửi sang Viện Truyền nhiễm quốc gia Nhật Bản để giải trình tự toàn bộ hệ gen và đã xác nhận được các gen sinh carbapenemase.

Trên lâm sàng, phát hiện sớm các chủng vi khuẩn *Enterobacteriaceae* sinh enzyme carbapenemase có ý nghĩa rất quan trọng. Các thầy thuốc lâm sàng sẽ có căn cứ khoa học để tiên lượng được mức độ kháng thuốc của vi khuẩn; từ đó, đề ra kế hoạch

điều trị phù hợp, nâng cao khả năng thành công trong điều trị. Ngoài ra, việc phát hiện các vi khuẩn họ *Enterobacteriaceae* sinh enzyme carbapenemase giúp cho ngành y tế và cộng đồng sớm tiến hành các biện pháp hữu hiệu ngăn chặn và phòng chống lan truyền tính kháng kháng sinh của vi khuẩn trong bệnh viện.

Bộ môn - Khoa Vi sinh, Bệnh viện Quân y 103 là cơ sở đầu tiên trong cả nước áp dụng thành công kỹ thuật “ức chế carbapenem cải tiến” để xác định vi khuẩn thuộc họ *Enterobacteriaceae* sinh enzyme carbapenemase từ năm 2017. Quá trình áp dụng, kỹ thuật “ức chế carbapenem cải tiến” để xác định vi khuẩn thuộc họ *Enterobacteriaceae* sinh enzyme carbapenemase đã góp phần tích cực vào việc nâng cao chất lượng điều trị các trường hợp nhiễm vi khuẩn kháng thuốc, cứu sống người bệnh. Sau khi hợp tác nghiên cứu với Viện Truyền nhiễm quốc gia Nhật Bản, kỹ thuật này đã được công nhận và phổ biến chính thức trong tài liệu của CLSI (2017) với tên kỹ thuật là mCIM.

Đây là kỹ thuật mới với trang bị, hóa chất và các bước thực hiện khá đơn giản (gồm khoanh giấy kháng sinh meropenem và dung dịch Trypticase soy broth ủ với chủng vi khuẩn nghi ngờ sinh enzyme carbapenemase; chi phí vật chất chỉ khoảng 60.000 VNĐ/1 lần), kỹ thuật “ức chế carbapenem cải tiến” có giá thành thấp hơn nhiều lần so với với kit thương mại (sử dụng kit Carba NP chi phí khoảng 300.000 VNĐ/1 lần), nhưng vẫn cho kết quả nhanh và chính xác. Vì vậy, có thể triển khai rộng rãi ở các cơ sở có đủ điều kiện đáp ứng.

4. KẾT LUẬN.

Đã nghiên cứu thành công kỹ thuật “ức chế carbapenem cải tiến” phát hiện vi khuẩn *Enterobacteriaceae* sinh enzyme với hiệu quả phát hiện cao, tiến hành đơn giản, ít tốn kém. Kỹ thuật đã được CLSI thẩm định và được công nhận chính thức năm 2017 với tên thử nghiệm mCIM..

Qua nghiên cứu này, chúng tôi đề xuất áp dụng rộng rãi thường quy kỹ thuật này vào labo xét nghiệm giúp phát hiện nhanh và tiết kiệm chi phí với các trường hợp nghi ngờ vi khuẩn *Enterobacteriaceae* sinh enzyme carbapenemase. Đồng thời, phổ biến kỹ thuật “ức chế carbapenem cải tiến” phát hiện vi khuẩn *Enterobacteriaceae* sinh enzyme carbapenemase đến các phòng xét nghiệm vi sinh có khả năng nuôi cấy và phân lập vi khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. CDC (2013), “Antibiotic resistance threats in the United States”. □

NỘI SOI PHẾ QUẢN ĐẶT VAN MỘT CHIỀU GIẢM THỂ TÍCH PHỔI, ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

ThS. NGUYỄN THANH TÙNG, ThS. ĐÀO NGỌC BẰNG
BS. NGUYỄN CHÍ TUẤN - Bệnh viện Quân y 103
Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. MAI XUÂN KHẮN
(2) TS. NGUYỄN LAM

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiền cứu, can thiệp, theo dõi dọc 31 bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính thể khí phế quản chiếm ưu thế, ngoài đợt cấp, được điều trị tại Khoa Lao và bệnh phổi (Bệnh viện Quân y 103), Khoa Hô hấp (Bệnh viện Trung ương Quân đội 108), từ tháng 01/2014 đến tháng 7/2016. **Kết quả:** Chỉ số CAT và test đi bộ 6 phút có cải thiện rõ rệt sau khi đặt van 1, 3 và 6 tháng (test đi bộ 6 phút sau 6 tháng là $354,37 \pm 67,91$ m so với $307,48 \pm 65,68$ m trước kỹ thuật, khác biệt với $p < 0,05$). Sau đặt van, mức độ khí phế quản giảm, điểm khí phế quản phổi giảm; FVC tăng dần, FEV1 và MVV trung bình cao nhất tại thời điểm sau đặt van 1 tháng ($p < 0,05$); giá trị trung bình các chỉ tiêu RV, TLC và Raw sau 1, 3 và 6 tháng đều giảm so với trước đặt van; Raw giảm rõ rệt nhất tại thời điểm sau đặt van 1 tháng; chỉ tiêu TLC, RV giảm rõ nhất sau 6 tháng đặt van. Tai biến, biến chứng trong và sau đặt van: 9,7% bệnh nhân xuất hiện đợt bùng phát, 3,2% bệnh nhân tràn khí màng phổi gấp sau đặt van 1 tuần, 6,5% bệnh nhân ho ra máu. Không có trường hợp nào tử vong. **Kết luận:** Nội soi phế quản đặt van phế quản một chiều giảm thể tích phổi có hiệu quả cao trong điều trị bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có khí phế quản chiếm ưu thế, cải thiện chức năng hô hấp, tăng khả năng gắng sức và nâng cao chất lượng cuộc sống. Có thể thực hiện cả trên những bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nặng không có chỉ định phẫu thuật giảm thể tích phổi.

Từ khóa: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, đặt van phế quản một chiều.

ABSTRACT: A prospective study, intervention, and longitudinal follow-up of 31 patients with chronic obstructive pulmonary disease in the form of predominant emphysema, outside of exacerbations, were treated at the Department of Tuberculosis and Lung disease (Military hospital 103), Respiratory Department (Military Central hospital 108), from January 2014 to July 2016. **Results:** The CAT index and 6-minute walking test showed significant improvement after 1, 3, and 6-month valve insertion (6-minute walking test after 6 months was 354.37 ± 67.91 m compared with 307.48 ± 65.68 m before technique, the difference with $p < 0.05$). After valve insertion, the level of emphysema decreased, the score of pulmonary emphysema decreased; FVC gradually increased, the mean FEV1 and MVV were highest one month after valve insertion ($p < 0.05$); The average values of RV, TLC, and Raw after 1, 3 and 6 months decreased compared to before valve insertion; The value of Raw reduced markedly at the time of one month after insertion; the value of TLC and RV decreased most clearly after 6 months of valve insertion. The accidents and complications during and after valve insertion: 9.7% of patients appeared outbreak, 3.2% of patients was pneumothorax one week after valve insertion, 6.5% of patients coughed up blood. There was no case of death. **Conclusion:** Bronchoscopy with the unidirectional valve to reduce lung volume was highly effective in the treatment of patients with a chronic obstructive pulmonary disease with predominant emphysema, improved respiratory function, and increased the ability to exercise and upgraded the quality of life. This method may also be performed in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease that were not indicated for pulmonary volume reduction surgery.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, unidirectional bronchial valve insertion.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Nguyễn Thanh Tùng, SĐT: 0982255983.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là một gánh nặng bệnh tật toàn cầu. Hiện nay, có khoảng 340 triệu người trên thế giới mắc bệnh, trong đó, 90% ca tử vong do BPTNMT xảy ra ở những nước thu nhập trung bình và thấp. Tại châu Á, số ca mắc BPTNMT cao gấp 3 lần các nơi khác, trong đó, Việt Nam có tỉ lệ mắc cao nhất ở khu vực châu Á - Thái Bình Dương [5].

Giảm thể tích phổi có tác dụng tốt đối với những bệnh nhân (BN) BPTNMT có khí phế quản (KTP) nặng [3]. Có 2 phương pháp giảm thể tích phổi, gồm phương pháp phẫu thuật và phương pháp nội soi. Phẫu thuật giảm thể tích phổi đã được thực hiện từ những năm cuối thế kỉ XX và đã chứng tỏ được hiệu quả trong điều trị BPTNMT. Tuy nhiên, phẫu thuật giảm thể tích phổi là một phẫu thuật lớn,

được thực hiện trên BN BPTNMT nặng. Do vậy, tỉ lệ các biến chứng cao, đặc biệt, tỉ lệ tử vong cao trong 3 tháng đầu sau phẫu thuật [15]. Giảm thể tích phổi bằng phương pháp nội soi được áp dụng với nhiều biện pháp, như nút phế quản bằng silicon, đặt coil kim loại, gây xẹp phổi bằng nhiệt, bằng keo sinh học... Trong đó, giảm thể tích phổi bằng van phế quản một chiều đã chứng tỏ nhiều ưu điểm trên BN BPTNMT có KTP nặng. Các nghiên cứu cho thấy, hiệu quả kỹ thuật này tương tự phẫu thuật giảm thể tích phổi, song, tỉ lệ tai biến, biến chứng trong và sau làm kỹ thuật thấp [5], [1], [4], [6].

Tại Việt Nam, kỹ thuật này được thực hiện trên BN BPTNMT lần đầu tiên tại Khoa Lao và bệnh phổi, Bệnh viện Quân y 103, vào cuối năm 2013, nhưng chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá. Chúng tôi thực hiện đề tài nhằm 2 mục tiêu:

- Đánh giá kết quả kỹ thuật nội soi phế quản đặt van phế quản một chiều giảm thể tích phổi điều trị BPTNMT.

- Đánh giá các tai biến, biến chứng của kỹ thuật.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

31 BN chẩn đoán xác định BPTNMT thể KTP chiếm ưu thế, điều trị tại Khoa Lao và bệnh phổi (Bệnh viện Quân y 103) và Khoa Hô hấp (Bệnh viện Trung ương Quân đội 108), từ tháng 01/2014 đến tháng 7/2016.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: BN BPTNMT ngoài đợt cấp, thể KTP chiếm ưu thế (theo tiêu chuẩn của GOLD 2013); BN có tiền sử hút thuốc lá, bỏ thuốc trên 6 tháng; FEV1 từ 15-50% so với lí thuyết; chụp cắt lớp vi tính chẩn đoán xác định có KTP hoặc bóng khí thủng lớn; RV > 150% so với lí thuyết (đo bằng thể tích kí thân); không có thông khí phụ dưới vị trí đặt van một chiều, không có nhiễm trùng cấp tính, không có tiền sử dị ứng với nitinol (nikentitanium) hoặc silicone.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN BPTNMT có kèm theo bệnh khác, như bệnh lao hoặc có tiền sử bị lao phổi, ung thư; BN có chống chỉ định đo chức năng hô hấp (mới nhồi máu cơ tim, tắc mạch phổi, tràn khí màng phổi...); BN không hợp tác hoặc có chống chỉ định của soi phế quản: loạn nhịp tim, nhồi máu cơ tim trong vòng 6 tháng...

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, can thiệp, theo dõi dọc.

- Quy trình đặt van phế quản một chiều:

+ Chuẩn bị: BN nhịn ăn và uống tối thiểu trước làm thủ thuật 4 giờ. Giải thích thủ thuật cho BN trước khi tiến hành. Đo huyết áp, điện tim.

+ Chuẩn bị dụng cụ và thuốc: ống soi phế quản mềm; hệ thống đo thông khí phụ Chartis; bộ dụng

cụ đặt van phế quản một chiều; van phế quản một chiều kích cỡ 4,0-7,0 mm hoặc 5,5-8,5 mm; thuốc, hóa chất và các trang bị, dụng cụ cần thiết khác.

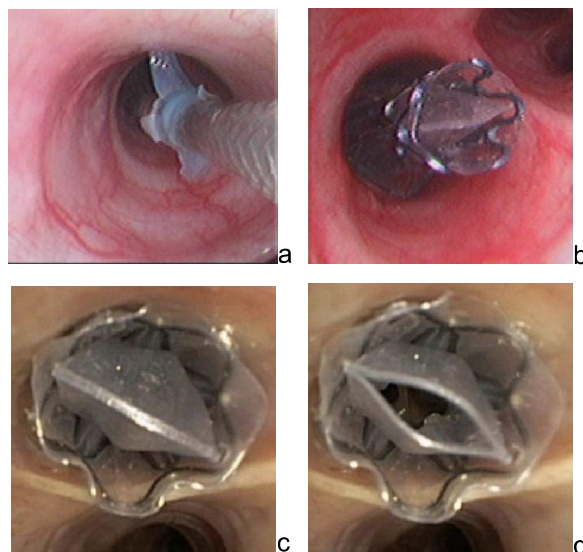
- Các bước kỹ thuật:

+ Nội soi phế quản kiểm tra toàn bộ hệ thống cây phế quản. Xác định vị trí phế quản thùy, phân thùy cần đặt van phế quản một chiều (dựa vào tổn thương khí phế thũng trên phim cắt lớp vi tính lồng ngực).

+ Kiểm tra thông khí bên, đường kính phế quản bằng hệ thống Chartis (để phép đo chính xác, cần gây tê khí phế quản kĩ nhằm giảm phản xạ ho và hút sạch đờm và dịch nhầy trong lòng phế quản).

+ Tiến hành đặt van bằng bộ dụng cụ đặt van qua nội soi.

+ Kiểm tra đánh giá tai biến, biến chứng.



Hình ảnh nội soi phế quản đặt van một chiều: a: đo đường kính phế quản; b: đặt van phế quản một chiều; c, d: Kết quả đặt van phế quản 1 chiều.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Đánh giá thay đổi lâm sàng sau đặt van 1, 3 và 6 tháng: đánh giá sự thay đổi triệu chứng khó thở, điểm CAT và khoảng cách đi bộ trong 6 phút.

+ Đánh giá sự thay đổi hình ảnh chụp cắt lớp vi tính lồng ngực sau đặt van 1, 3 và 6 tháng.

+ Đánh giá sự cải thiện chức năng hô hấp sau đặt van 1, 3 và 6 tháng: thay đổi các chỉ số thông khí phổi: VC, FVC, FEV1; thay đổi các chỉ số thể tích kí thân: Raw, TLC, RV; thay đổi các chỉ số khí máu động mạch: PaO₂, PaCO₂, SaO₂.

+ Đánh giá các tai biến, biến chứng trong và sau kỹ thuật.

- Đạo đức: đề tài được hội đồng đạo đức bệnh viện thông qua. BN sau khi được giải thích rõ mục đích và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Xử lí số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

3.1.1. Đặc điểm lâm sàng:

- Tuổi BN: 25,8% từ 50-59 tuổi; 38,7% từ 60-69 tuổi; 32,3% từ 70-79 tuổi; 3,2% BN $\geq$ 80 tuổi. Độ tuổi trung bình của BN là $65,90 \pm 7,06$ tuổi.
- Giới tính: 100% BN là nam giới.
- Điểm CAT trung bình: $19,98 \pm 3,59$ điểm.
- Quãng đường đi bộ trong 6 phút: $307,48 \pm 65,68$ m.

100% BN nghiên cứu là nam giới, độ tuổi trung bình $65,90 \pm 7,06$ tuổi, giá trị trung bình chỉ số CAT cao ($19,98 \pm 3,59$ điểm), quãng đường đi bộ trong 6 phút trung bình ngắn ($307,48 \pm 65,68$ mét). Đặc điểm này phù hợp với các nghiên cứu đặt van phế quản trên thế giới. BN lựa chọn đặt van là những BN có KTP nặng, giai đoạn muộn của BPTNMT. Tỷ lệ gặp ở nam giới cao do liên quan đến hút thuốc lá. BPTNMT đã ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống và khả năng gắng sức giảm.

Trong nghiên cứu của Sterman và cộng sự (2009) trên 91 BN đặt van dạng dù một chiều, thấy tuổi BN từ 42-79 tuổi (trung bình là $59,7 \pm 7,9$ tuổi), quãng đường đi bộ trong 6 phút trung bình $337,72 \pm 95,4$ mét, 56% BN là nam giới [12]. Nghiên cứu của Sciubar F.C và cộng sự (2010) thấy tuổi trung bình của BN là $65,34 \pm 6,83$ tuổi, 60,4% BN là nam giới, quãng đường đi bộ trong 6 phút là $333,9 \pm 87,4$ m [11].

3.1.2. Đặc điểm cận lâm sàng:

Bảng 1. Đặc điểm cận lâm sàng.

Chỉ tiêu đánh giá (số lý thuyết - SLT)	$\bar{x} \pm SD$
Điểm KTP	$2,57 \pm 0,48$
VC (%)	$75,25 \pm 18,49$
FVC (%)	$62,29 \pm 15,93$
FEV1 (%)	$35,84 \pm 15,45$
RV (%)	$238,02 \pm 63,16$
TLC (%)	$134,39 \pm 19,20$
Raw (cmH ₂ O/l/sec)	$9,21 \pm 4,41$
PaO ₂ (mmHg)	$72,32 \pm 7,67$
PaCO ₂ (mmHg)	$43,48 \pm 4,33$

Kết quả cận lâm sàng thấy, giá trị trung bình của VC, FVC giảm. FEV1 trung bình ở giới hạn mức độ nặng ($35,84 \pm 15,45\%$ số lý thuyết); RV, TLC và Raw trung bình tăng cao; điểm KTP cao ($2,57 \pm 0,48$ điểm); giá trị trung bình của PaO₂ thấp. Kết quả này phù hợp với mục tiêu lựa chọn BN đặt van phế quản (là nhóm BN BPTNMT nặng, có KTP nặng). Đặc điểm này cũng tương đồng với các nghiên cứu đặt van trước đây trên thế giới. Nghiên cứu của Sterman D.H và cộng sự (2009) tiến hành trên 91

BN BPTNMT mức độ nặng và rất nặng (FEV1 trung bình = $30,64 \pm 7,85\%$). Bệnh nhân có KTP mức độ nặng, với RV trung bình là $221,47 \pm 49,35\%$ và TLC trung bình là $129,19 \pm 18,3\%$, PaO₂ trung bình giảm nhiều, trung bình $68,29 \pm 9,05$ mmHg [12]. Nghiên cứu Sciubar F.C và cộng sự (2010) thấy FEV1 trung bình là $30 \pm 8\%$ và FVC trung bình là $70 \pm 15\%$. Đặc điểm về RV, TLC cũng tương tự, với TLC trung bình là $124 \pm 15\%$ và RV trung bình là $216 \pm 44\%$. Giá trị trung bình của PaO₂ máu động mạch là $69,24 \pm 10,26$ mmHg [11].

Tóm lại, BN trong các nghiên cứu đặt van phế quản đều có đặc điểm chức năng hô hấp tương tự nhau, với VC, FVC và FEV1 giảm nặng, đồng thời RV, TLC và Raw tăng cao, khả năng trao đổi khí giảm. Đây là nhóm BN BPTNMT có chỉ định thực hiện các phương pháp giảm thể tích phổi.

3.2. Kết quả kỹ thuật:

Bảng 2. Số lượng và kích thước van phế quản

Đặc điểm		Số BN	Tỉ lệ %
Kích thước van	4 mm	10	28,6
	5,5 mm	25	72,4
Số lượng van	1 van	28	90,3
	2 van	2	6,5
	3 van	1	3,2

28,6% BN được đặt van kích thước 4,0 mm và 72,4% BN được đặt van kích thước 5,5 mm. Đa số BN được đặt 1 van (90,3%). Đặc điểm này có điểm khác biệt với những nghiên cứu trước đây trên thế giới, trong đó, các BN được đặt van với số lượng nhiều hơn. Sự khác biệt này dẫn tới sự khác nhau trong hiệu quả điều trị của thủ thuật.

Nghiên cứu của Sterman D.H và cộng sự (2009) trên 91 BN được đặt tổng cộng 609 van dạng dù, trung bình 6,69 van/1 BN, với 5 kích cỡ, 55% van 7 mm (335 van), 26,8% van 6 mm, 13,6% van 9 mm và 4,4% van 5 mm. Chỉ có 1 BN đặt van kích cỡ 4 mm. Sự khác biệt về kích cỡ của van phế quản liên quan đến sự khác biệt về giải phẫu. Các BN chủng tộc Âu - Mỹ có đường kính phế quản lớn hơn so với người châu Á [12]. Sciubar F.C và cộng sự (2010) đặt van Zephyr ở mức thùy phổi, sử dụng nội soi phế quản ống mềm đơn thuần hoặc kết hợp với nội soi phế quản ống cứng. Các BN được đặt trung bình 3,8 van/1 BN (1-9 van). Trong nghiên cứu tại châu Á của Park T.S (2015), 43 BN được đặt van Zephyr, với số van được đặt trung bình là 3 van/1 BN [11]. Đặc điểm về số lượng, kích thước van ảnh hưởng đến kết quả kỹ thuật. So với các nghiên cứu trên thế giới, BN trong nghiên cứu của chúng tôi được đặt số lượng van ít hơn, số lần thực hiện thủ thuật ít hơn. Đặc điểm này ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị và các biến chứng sau khi đặt.

Bảng 3. Biến đổi lâm sàng sau đặt van.

Lâm sàng		Trước đặt van (n = 31)	Sau 1 tháng (n = 25)	Sau 3 tháng (n = 21)	Sau 6 tháng (n = 16)
CAT ($\bar{x} \pm SD$)		19,97 $\pm$ 3,59	17,36 $\pm$ 3,67	17,85 $\pm$ 3,14	17,12 $\pm$ 3,95
Quãng đường đi bộ 6 phút		307,48 $\pm$ 65,68	340,48 $\pm$ 68,76	334,52 $\pm$ 57,48	354,37 $\pm$ 67,91
Khó thở	Không	0	9 (36,0%)	6 (28,6%)	4 (25,0%)
	Nhẹ	19 (61,3%)	15 (60,0%)	15 (71,4%)	11 (68,8%)
	Trung bình	12 (38,7%)	1 (4,0%)	0	1 (6,3%)

Chỉ số CAT trung bình thấp nhất, quãng đường đi bộ trung bình dài nhất tại thời điểm 6 tháng sau đặt van. Mức độ cải thiện khó thở thay đổi rõ ngay sau đặt van 1 tháng.

Các nghiên cứu trước đây cũng cho thấy sự cải thiện lâm sàng tương tự. Trong nghiên cứu của Sterman D.H và CS (2009), BN sau đặt van có tình trạng khó thở cải thiện, thể hiện ở chỉ số mMRC trung bình giảm từ $2,0 \pm 0,8$ đến $1,6 \pm 0,9$ tại thời điểm 12 tháng sau đặt van. Sau 6 tháng điều trị, quãng đường đi bộ trong 6 phút tăng trung bình 13,1 mét [12]. Nghiên cứu của Sciubar F.C và CS (2010), các BN sau đặt van có sự cải thiện rõ rệt triệu chứng khó thở, thể hiện tại điểm SGRQ giảm trung bình -2,8 điểm (từ -4,7 đến -1 điểm), điểm mMRC giảm trung bình -0,1 điểm (từ -0,21 đến -0,09 điểm). Test đi bộ 6 phút của BN tăng lên, khoảng cách tăng trung bình 9,3 mét. Các chỉ số này cải thiện có ý nghĩa khi so sánh với nhóm chứng không được đặt van phế quản [11].

So sánh với các nghiên cứu trên thế giới, các BN trong nghiên cứu của chúng tôi có sự cải thiện lâm sàng ít hơn. Điều này có thể giải thích do sự khác biệt giữa số lượng, kích thước van giữa các nghiên cứu. Đồng thời, việc chấp hành y lệnh và sự chăm sóc y tế sau đặt van có vai trò quan trọng trong việc tăng cường hiệu quả của van phế quản đối với BN BPTNMT.

- Điểm KTP trung bình trước và sau đặt van:

+ Trước đặt van (n = 31): $2,57 \pm 0,48$ điểm.

+ Sau 1 tháng (n = 25): $2,32 \pm 0,53$ điểm.

+ Sau 3 tháng (n = 21): $2,27 \pm 0,56$ điểm.

+ Sau 6 tháng (n = 16): $2,35 \pm 0,54$ điểm.

Sau đặt van mức độ KTP giảm, điểm KTP có xu hướng giảm, trong đó số BN có điểm KTP giảm rõ nhất sau đặt van 3 tháng.

Kết quả nghiên cứu của Sciubar F.C (2010) thấy, thể tích thùy phổi đặt van giảm rõ rệt sau 6 tháng (trung bình 378,4 ml) so với nhóm chứng, với $p < 0,02$. Các nghiên cứu khác cũng cho hiệu quả giảm KTP tương tự [11]. Kết quả của các nghiên cứu cho thấy, có sự giảm KTP sau đặt van phế quản. Do hạn chế về số lượng van, sự giảm KTP trên hình ảnh CLVT trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu trên thế giới.

Bảng 4. Biến đổi các chỉ số thông khí phổi sau đặt van.

Thời gian	VC (% SLT)	FVC (% SLT)	FEV1 (% SLT)
Trước đặt van (n = 31)	75,25 $\pm$ 18,50	62,29 $\pm$ 15,93	35,84 $\pm$ 15,45
Sau 1 tháng (n = 25)	78,48 $\pm$ 22,51	67,96 $\pm$ 18,27	38,44 $\pm$ 15,75
Sau 3 tháng (n = 21)	78,62 $\pm$ 22,77	70,62 $\pm$ 26,31	36,76 $\pm$ 15,73
Sau 6 tháng (n = 16)	71,43 $\pm$ 21,59	67,75 $\pm$ 21,68	36,5 $\pm$ 12,81

Chỉ tiêu VC và FEV1 trung bình cao nhất tại thời điểm 1 tháng sau đặt van, trong khi FVC trung bình cao nhất tại thời điểm 3 tháng sau đặt van.

Trong nghiên cứu của Sterman D.H (2009), các BN có sự thay đổi không đáng kể về FEV1 tại các thời điểm đánh giá sau thủ thuật. Tuy nhiên, do số lượng BN tham gia theo dõi khác nhau, việc đánh giá kết quả còn chưa hoàn toàn chính xác [12]. Nghiên cứu của Sciurba F.C (2010) cũng cho kết quả FEV1 của nhóm BN đặt van phế quản cải thiện rõ rệt khi so sánh với nhóm chứng tại thời điểm 6 tháng sau đặt van ($p < 0,01$) [11].

Như vậy, các nghiên cứu về đặt van phế quản đều cho thấy có sự thay đổi tích cực các chỉ số thông

khí phổi. Tuy nhiên, sự cải thiện khác nhau ở các nghiên cứu, phụ thuộc vào việc lựa chọn BN nghiên cứu và theo dõi BN sau kĩ thuật.

Bảng 5. Biến đổi RV, TLC, Raw sau đặt van.

Chỉ tiêu ($\bar{x} \pm SD$)	Trước đặt van ⁽¹⁾ (n = 31)	Sau 1 tháng ⁽²⁾ (n = 25)	Sau 3 tháng ⁽³⁾ (n = 21)	Sau 6 tháng ⁽⁴⁾ (n = 16)	p
RV (% SLT)	238,10 $\pm$ 63,16	209,40 $\pm$ 63,40	215,71 $\pm$ 63,38	197,37 $\pm$ 56,55	$p_{2,3,4-1} < 0,01$
TLC (% SLT)	134,39 $\pm$ 19,20	125,56 $\pm$ 21,62	130,00 $\pm$ 24,16	117,25 $\pm$ 18,60	$p_{2,3,4-1} > 0,05$
Raw (cmH ₂ O/l/sec)	9,21 $\pm$ 4,41	8,24 $\pm$ 4,25	9,91 $\pm$ 4,25	11,53 $\pm$ 5,21	$p_{2,3-1} < 0,01$ $p_{41} > 0,05$

Chỉ tiêu RV trung bình tại tất cả các thời điểm theo dõi đều giảm rõ rệt so với trước đặt van ($p < 0,01$). Chỉ số Raw giảm rõ rệt tại thời điểm 1 và 3 tháng sau đặt van ($p < 0,01$), trong khi chỉ số TLC thay đổi không rõ rệt so với thời điểm trước đó.

Tương tự như FEV₁, chỉ số RV và TLC trung bình của BN trong nghiên cứu của Sterman (2010) cũng thay đổi không đáng kể sau thực hiện thủ thuật [12]. Nghiên cứu của Wan I.Y.P (2006) thấy BN nghiên cứu giảm RV có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [16].

Tóm lại, sự thay đổi RV, TLC có sự khác nhau tùy từng nghiên cứu, nhưng đều có tiến triển tốt lên trên các BN BPTNMT. Sự khác biệt này có thể do có sự khác nhau về số lượng, kích thước và vị trí đặt van.

Bảng 6. Biến đổi các chỉ số khí máu động mạch sau đặt van.

Chỉ tiêu ($\bar{x} \pm SD$)	Trước đặt van ⁽¹⁾ (n = 31)	Sau 1 tháng ⁽²⁾ (n = 25)	Sau 3 tháng ⁽³⁾ (n = 21)	Sau 6 tháng ⁽⁴⁾ (n = 16)	p
PaO ₂ (mmHg)	72,32 $\pm$ 7,67	75,2 $\pm$ 9,03	79,57 $\pm$ 13,10	75,69 $\pm$ 8,85	$p_{2-1} < 0,05$ $p_{3,4-1} > 0,05$
PaCO ₂ (mmHg)	43,48 $\pm$ 4,33	42,36 $\pm$ 4,75	42,85 $\pm$ 5,26	41,12 $\pm$ 5,50	$p_{2,3,4-1} < 0,05$
SaO ₂ (%)	94,24 $\pm$ 1,41	94,61 $\pm$ 1,75	95,38 $\pm$ 1,91	94,93 $\pm$ 1,48	$p_{2,3,4-1} > 0,05$

Chỉ tiêu PaO₂ tăng sau khi đặt van tại cả 3 thời điểm nghiên cứu, tăng có ý nghĩa thống kê ở thời điểm 1 tháng sau đặt van ($p < 0,05$). PaCO₂ có xu hướng giảm dần sau đặt van ($p < 0,05$). SaO₂ thay đổi không rõ rệt, nằm trong giới hạn bình thường.

Nghiên cứu của Venuta F và cộng sự (2012) cho kết quả PaO₂ máu động mạch tăng và PaCO₂ máu động mạch giảm sau đặt van phế quản. Tuy nhiên, sự thay đổi rõ rệt chưa được nhận thấy ($p > 0,05$) [14]. Trong nghiên cứu của Sterman D.H và cộng sự (2009), các chỉ số khí máu PaO₂ và PaCO₂ máu động mạch có sự biến đổi không đáng kể so với trước khi thực hiện thủ thuật [12].

So sánh với kết quả nghiên cứu trước đây, chúng tôi nhận thấy, sự thay đổi của các chỉ số khí máu động mạch khác nhau ở từng nghiên cứu. Sự khác biệt này có thể liên quan đến tiêu chuẩn lựa chọn BN nghiên cứu, đặc điểm về số lượng, vị trí và kích thước van đặt trong từng nghiên cứu.

Ngoài ra, các chỉ số khí máu động mạch cũng liên quan đến nhiều yếu tố khách quan như thời điểm lấy máu, thời gian đưa máu xét nghiệm...

Đặc điểm khí máu động mạch cũng liên quan đến tỉ lệ BN BPTNMT có đợt bùng phát đến kiểm tra. Ở những BN này, PaO₂ máu động mạch giảm và PaCO₂ máu động mạch tăng, làm ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

- Tai biến, biến chứng trong và sau đặt van:

+ Bùng phát đợt cấp: 3 BN (9,7%).

+ Tràn khí màng phổi: 1 BN (3,2%).

+ Ho ra máu: 2 BN (6,5%).

9,7% BN xuất hiện đợt bùng phát, 3,2% BN tràn khí màng phổi gấp sau đặt van 1 tuần, 6,5% BN ho ra máu. Không có trường hợp nào tử vong.

Các biến chứng gặp trong nghiên cứu này thấp hơn và mức độ nhẹ hơn so với các nghiên cứu trước đây. Điều này có thể giải thích do các BN được đặt van với số lượng ít hơn, đồng thời thủ thuật đặt van được thực hiện trong 1 lần soi phế quản, thời gian thực hiện ngắn. Đối với các nghiên cứu đặt nhiều van, BN được nội soi thực hiện thủ thuật nhiều lần, đồng thời thời gian thủ thuật kéo dài, dẫn tới tỉ lệ và mức độ biến chứng thường cao hơn.

Đánh giá tần suất và mức độ các biến chứng của kỹ thuật, các tác giả đều có nhận xét kỹ thuật đặt van phế quản một chiều là một kỹ thuật an toàn, ít tai biến và biến chứng. các biến chứng thường kiểm soát được.

4. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 31 BN BPTNMT thể KTP chiếm ưu thế, điều trị giảm thể tích phổi bằng nội soi phế quản đặt van 1 chiều, kết quả:

- Biến đổi lâm sàng sau kỹ thuật: chỉ số CAT và test đi bộ 6 phút có cải thiện rõ rệt sau khi đặt van 1, 3 và 6 tháng (test đi bộ 6 phút sau 6 tháng là $354,37 \pm 67,91$ m so với $307,48 \pm 65,68$ m trước kỹ thuật, $p < 0,05$).

- Sau đặt van mức độ khí thũng, điểm KTP trên cắt lớp vi tính lồng ngực giảm.

- Cải thiện chức năng hô hấp sau đặt van: FVC tăng dần, FEV1 và MVV trung bình cao nhất tại thời điểm 1 tháng sau đặt van ($p < 0,05$). Giá trị trung bình các chỉ tiêu RV, TLC và Raw sau 1, 3 và 6 tháng đều giảm so với trước đặt van. Raw giảm rõ rệt nhất tại thời điểm 1 tháng sau đặt van, chỉ tiêu TLC, RV giảm rõ nhất sau 6 tháng đặt van.

- Tai biến, biến chứng trong và sau đặt van: 9,7% BN xuất hiện đợt bùng phát, 3,2% BN tràn khí màng phổi gấp sau đặt van 1 tuần, 6,5% BN ho ra máu. Không có trường hợp nào tử vong.

Qua nghiên cứu chúng tôi kiến nghị: nên áp dụng rộng rãi hơn kỹ thuật nội soi phế quản đặt van phế quản một chiều giảm thể tích phổi trong chuyên ngành hô hấp tại Việt Nam trong và ngoài quân đội. Nghiên cứu mở rộng phạm vi chỉ định của van phế quản một chiều điều trị cho một số bệnh phổi khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Đồng Khắc Hưng, Tạ Bá Thắng (2015), Điều trị giảm thể tích phổi trong bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Nhà xuất bản Y học.

2. Đồng Khắc Hưng, Tạ Bá Thắng (2014), "Nội soi làm giảm thể tích phổi điều trị khí thũng phổi", *Tạp chí Y dược học Quân sự*, tr. 91-98.

3. Nguyễn Huy Lực (2013), "Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính", *Bệnh hô hấp*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, tr. 41-61.

4. Ernst A, Anantham D (2010), "Bronchoscopic lung volume reduction", *Semin Thoracic Surg* 22, pp. 330-337.

5. Global initiative for chronic obstructive lung disease (2016), *Global strategy for diagnosis,*

management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease, Update 2016.

6. Gompelmann D, Eberhardt R, Herth F.J.F (2013), "Endoscopic lung volume reduction", *Ann Am Thorax Soc*, 10 (6), pp. 675-666.

7. Herth F.J.F, Slebos D.J, Rabe K.F et al (2016), "Endoscopic lung volume reduction: An expert panel recommendation", *Respiration*, 91, pp. 241-250.

8. Herth F.J, Noppen M, Valipour A et al (2012), *Efficacy predictors of lung volume reduction with Zephyr valves in a European cohort*, *Eur Respir J Express*.

9. Park T.S, Hong Y, Lee J.S (2015), "Bronchoscopic lung volume reduction by endobronchial valve in advanced emphysema: the first Asian report", *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 10, pp. 1501-1511.

10. Proceedings of Olympus meeting (2012), *Bronchial valve treatment: Past, present and future*, *American Thoracic Society International Conference*.

11. Sciurba F.C, Ernst A, Herth F.J et al (2010), "A randomized study of endobronchial valves for advanced emphysema", *N Engl J Med*, 363, pp. 1233-1244.

12. Sterman D.H, Mehta A.C, Wood D.E et al (2010), "A multicenter pilot study of a bronchial valve for the treatment of severe emphysema", *Respiration*, 79, pp. 222-233.

13. Strange C, Herth F.J, Kovitz K.L et al (2007), "Design of the Endobronchial Valve for Emphysema Palliation Trial (VENT): a non-surgical method of lung volume reduction", *BMC Pulm Med*, Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2466/7/10>.

14. Venuta F., Anile M., Diso D., et al (2012), "Long-term follow-up after bronchoscopic lung volume reduction in patients with emphysema", *European Respiratory Journal* 39(5), pp. 1084 - 1089.

15. Venuta F, Rendina E.A, Degiacomo T et al (2007), *Bronchoscopic lung volume reduction*, *European Association for Cardio-thoracic Surgery*.

16. Wan I.Y, Toma T.P, Geddes D.M et al (2006), "Bronchoscopic lung volume reduction for end-stage emphysema: report on the first 98 patients", *Chest*, 129, pp. 518-526. □

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG THỨC THÔNG KHÍ DAO ĐỘNG TẦN SỐ CAO ĐIỀU TRỊ ARDS TRÊN BỆNH NHÂN BỎNG NẶNG

ThS. LÊ QUANG THẢO, BS. NGUYỄN THÁI NGỌC MINH
ĐD. TRẦN QUỐC TÝ
Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác
Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. NGUYỄN NHƯ LÂM
(2) PGS.TS. LÊ ĐỨC Mẫn

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang 13 bệnh nhân bỏng người lớn mắc hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển, điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác, từ tháng 4/2016 đến tháng 6/2017. **Kết quả:** 13 bệnh nhân bỏng nặng với diện tích bỏng chung trung bình là $48,84 \pm 21,05\%$, diện bỏng sâu trung bình là $33,54 \pm 14,74\%$. 7/13 bệnh nhân (53,9%) có bỏng hô hấp kết hợp. Trong quá trình thông khí dao động tần số cao: oxy hóa máu cải thiện đáng kể theo thời gian, chỉ số PaO_2/FiO_2 tăng dần và chỉ số OI giảm dần so với trước thông khí ($p < 0,05$). Độ giãn nở phổi tĩnh tăng rõ rệt sau kết thúc thông khí dao động tần số cao ($23,81 \pm 1,37 \text{ ml/cmH}_2\text{O}$ so với $48,38 \pm 1,38 \text{ ml/cmH}_2\text{O}$, $p < 0,0001$). Biến chứng: 1 bệnh nhân tắc đờm, viêm phổi trong quá trình thông khí, 1 bệnh nhân tăng CO_2 máu. Không có trường hợp nào tụt huyết áp, tràn khí khoang màng phổi, trung thất. Tỷ lệ thành công của thông khí dao động tần số cao là 12/13 bệnh nhân (92,3%).

Từ khóa: Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển, thông khí dao động tần số cao.

ABSTRACT: Prospective study, cross-sectional description of 13 adult burn patients with acute respiratory distress syndrome, treated at the Department of Emergency and Intensive Care, Le Huu Trac National Burn hospital, from April 2016 to June 2017. **Results:** There were 13 patients with severe burns with an average burn area of $48.84 \pm 21.05\%$, the average deep burn area was $33.54 \pm 14.74\%$. There were 7/13 patients (53.9%) with combined respiratory burns. During high-frequency oscillating ventilation: blood oxygenation improved significantly by the time, the PaO_2/FiO_2 index increased and the OI index decreased gradually compared to pre-ventilation ($p < 0.05$). The static lung dilation increased markedly after the end of high frequency oscillating ventilation ($23.81 \pm 1.37 \text{ ml/cmH}_2\text{O}$ compared with $48.38 \pm 1.38 \text{ ml/cmH}_2\text{O}$, $p < 0.0001$). The complications: one patient with sputum obstruction, pneumonia during ventilation, one patient with increased blood CO_2 . There was no case of hypotension, pneumothorax, mediastinal airflow. The success rate of high-frequency oscillating ventilation was 12/13 patients (92.3%).

Keywords: Progressive acute respiratory distress syndrome, high-frequency oscillating ventilation.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Lê Quang Thảo, SĐT: 0972737201.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (Acute respiratory distress syndrome - ARDS) là một biến chứng thường gặp trên bệnh nhân (BN) bỏng sâu, diện rộng, đặc biệt bỏng hô hấp và là một vấn đề được quan tâm hàng đầu bởi tính chất nặng và tỉ lệ tử vong cao [1], [2].

Đặc trưng của hội chứng ARDS là tình trạng giảm oxy hóa máu trơ với liệu pháp oxy. Do đó, lựa chọn phương thức thông khí nhân tạo (TKNT) phù hợp có ý nghĩa sống còn trong điều trị BN ARDS. Hiện nay, chiến lược TKNT bảo vệ phổi theo ARDSnet được chứng minh làm cải thiện tình trạng oxy hóa máu và giảm tỉ lệ tử vong [3]. Tuy nhiên, trong trường hợp thông khí theo ARDS network thất bại, một số tác giả đã sử dụng

phương thức thông khí dao động tần số cao (High frequency oscillation ventilation - HFOV) như là biện pháp “cứu cánh” [4]. Những ưu điểm của HFOV là tránh được tình trạng tăng áp lực đỉnh đường thở, giãn phế nang quá mức, áp lực giảm chấn thương, đồng thời huy động tối đa phế nang bị xẹp [5]. Các nghiên cứu trên thế giới áp dụng HFOV đều cho thấy, cải thiện oxy hóa máu và tính an toàn cao [1], [4].

Tại Việt Nam, đến nay, vẫn còn ít nghiên cứu báo cáo về hiệu quả điều trị của phương thức HFOV điều trị ARDS ở người lớn tại các trung tâm hồi sức tích cực cũng như trên BN bỏng. Chúng tôi triển khai nghiên cứu này nhằm 2 mục tiêu:

- Đánh giá biến đổi một số chỉ tiêu cơ học phổi, thông số hô hấp và tình trạng oxy hóa máu sau

thông khí bằng HFOV ở BN bỏng nặng có biến chứng ARDS.

- Đánh giá tính an toàn và kết quả điều trị BN bỏng nặng có biến chứng ARDS được thông khí theo phương thức HFOV.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

13 BN bỏng người lớn có biến chứng ARDS, điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác, từ tháng 4/2016-6/2017.

Lựa chọn BN được TKNT theo ARDSnet nhưng tình trạng thông khí không cải thiện với các chỉ số thông khí: $\text{FiO}_2 \geq 60\%$, $\text{PEEP} \geq 10 \text{ cmH}_2\text{O}$, tỉ số $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200 \text{ mmHg}$ (kéo dài 12-24 giờ) hoặc áp lực cao nguyên $> 30 \text{ cmH}_2\text{O}$.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang.
- Thông khí HFOV được thực hiện theo hướng dẫn của Fessler H (2007) [6].

- Đánh giá kết quả thông khí HFOV:

+ Thành công: BN đáp ứng tốt với HFOV và có đủ tiêu chuẩn cai thở máy ($\text{FiO}_2 = 40\%$, $\text{mPaw} = 20-24 \text{ cmH}_2\text{O}$ và $\text{SpO}_2 > 90\%$).

+ Thất bại: $\text{SpO}_2 < 88\%$ hoặc $\text{PaCO}_2 \geq 60 \text{ mmHg}$ và $\text{pH} \leq 7,15$ hoặc tụt huyết áp, chấn thương áp lực (tràn khí khoang màng phổi, tràn khí trung thất). Lúc này, chuyển trở lại thông khí theo ARDSnet.

- Chỉ tiêu đánh giá:

+ Đặc điểm BN nghiên cứu: tuổi, giới tính, tác nhân, diện tích bỏng, thời gian thở máy thường quy (Conventional ventilation - CV) trước HFOV.

+ Tỉ số $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$, chỉ số OI (Oxygen Index = $\text{mPaw} \times \text{FiO}_2 \times 100 / \text{PaO}_2$) tại các thời điểm: T0, T1, T6, T12, T24, TN2, TN3, TN4 tương ứng với các thời điểm trước HFOV, sau HFOV 1, 6, 12, 24 giờ, ngày 2, ngày 3, ngày 4.

+ Một số thông số cơ học phổi: độ giãn nở phổi tĩnh, áp lực cao nguyên, áp lực đỉnh đường thở và áp lực đường thở trung bình ở 2 thời điểm: trước và sau kết thúc HFOV (ở những BN cai HFOV thành công và chuyển về thở máy theo ARDSnet).

+ Các biến chứng khi thông khí HFOV, nguyên nhân tử vong và kết quả điều trị.

- Đạo đức nghiên cứu: đề cương nghiên cứu đã được hội đồng đạo đức bệnh viện thông qua.

- Xử lý số liệu: số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm Stata 11; $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

- Đặc điểm BN nghiên cứu:

- Bảng 1. Đặc điểm BN nghiên cứu (n = 13).

Đặc điểm	Trung bình ($\bar{X} \pm \text{SD}$)	Nhỏ nhất-lớn nhất
Tuổi (năm)	38 ± 9	19-54
Diện tích bỏng chung (%)	$48,84 \pm 21,05$	15-76
Diện tích bỏng sâu (%)	$33,54 \pm 14,74$	11-64
Thời gian CV trước HFOV (giờ)	$31 \pm 13,16$	7-168
Bỏng hô hấp	7/13 (53,85%)	
Nam/nữ	11/2 (84,62%)	

Tất cả BN đều bỏng nặng với diện tích bỏng chung trung bình $48,84 \pm 21,05\%$, diện tích bỏng sâu trung bình $33,54 \pm 14,74\%$; 7/13 BN (53,9%) bỏng hô hấp kết hợp. Trước khi chuyển HFOV, BN có thời gian thở máy theo ARDSnet là $31 \pm 13,16$ giờ.

Bảng 2. Đặc điểm oxy hóa máu tại thời điểm trước can thiệp HFOV.

Chỉ số	Trung bình ($\bar{X} \pm \text{SD}$)	Nhỏ nhất-lớn nhất
OI	$19,14 \pm 4,52$	13-28,8
$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ (mmHg)	$128,91 \pm 27,3$	83,33-168

Tỉ số $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ thấp (128,91 mmHg) và OI cao (19,14) biểu hiện tình trạng giảm oxy hóa máu.

- Biến đổi tỉ số $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ trên HFOV:

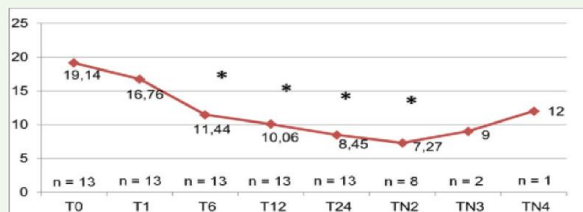


Biểu đồ 1. Biến đổi tỉ số $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ trên HFOV.

(*: $p < 0,005$, **: $p < 0,0005$ khi so sánh $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ giữa các thời điểm trên HFOV so với T0 trên CV).

$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ tăng dần và đạt mức cao nhất ở thời điểm T24. $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ ở các thời điểm trên HFOV cao hơn so với ở thời điểm T0 ($p < 0,005$).

- Biến đổi chỉ số OI trên HFOV:



Biểu đồ 2. Biến đổi chỉ số OI trên HFOV.

(*: $p < 0,005$ khi so sánh OI giữa các thời điểm trên HFOV so với T0 trên CV).

Chỉ số OI ở các thời điểm trên HFOV giảm dần theo thời gian và bắt đầu tại thời điểm T6, chỉ số này thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với thời điểm T0 ($p < 0,005$).

Bảng 3. Biến đổi thông số cơ học phổi trước HFOV và sau khi chuyển CV.

Thông số	Thời điểm HFOV		Nhỏ nhất-lớn nhất
	Trước (n = 8)	Kết thúc (n = 8)	
Áp lực đỉnh đường thở (cmH ₂ O)	36,13 ± 0,69	30,5 ± 0,46	= 0,0001
Áp lực đường thở trung bình (cmH ₂ O)	24,13 ± 0,48	17,88 ± 0,52	< 0,0001
Áp lực cao nguyên (cmH ₂ O)	27,63 ± 0,68	22,88 ± 0,3	= 0,0001
Độ giãn nở phổi tĩnh (ml/cmH ₂ O)	23,81 ± 1,37	48,38 ± 1,38	< 0,0001

Các thông số áp lực đỉnh đường thở, áp lực đường thở trung bình và áp lực cao nguyên giảm có ý nghĩa sau khi chuyển sang CV so với thời điểm trước HFOV ($p = 0,0001$). Độ giãn nở phổi tĩnh tăng từ 23,81 (ml/cmH₂O) lên 48,38 (ml/cmH₂O), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$.

Bảng 4. Các biến chứng trong quá trình thông khí HFOV.

Biến chứng	Số lượng	Tỉ lệ %
Ùn tắc đường thở	1	7,7
Viêm phổi thở máy	1	7,7
Tăng CO ₂ máu khó kiểm soát	1	7,7

Ùn tắc đường thở và viêm phổi sau thông khí HFOV, tăng CO₂ trong 24 giờ đầu HFOV và phải chuyển trở lại CV sau đó (đều chiếm 7,7%). Không có trường hợp nào tụt huyết áp, tràn khí màng phổi, tràn khí trung thất.

Bảng 5. Kết quả thông khí HFOV và kết quả điều trị (n = 13).

Kết quả		Số BN	Tỉ lệ %
Kết quả thông khí HFOV	Thành công	12	92,3
	Thất bại	01	7,7
Kết quả điều trị	Cứu sống	04	30,8
	Tử vong	09	69,2
Thời gian thông khí HFOV	41,89 ± 22,62		

Tỉ lệ thành công HFOV cao (92,3%). 1 BN thất bại HFOV do tăng CO₂ máu không kiểm soát được, mặc dù đã được điều chỉnh máy thở. Tỉ lệ tử vong là 69,2%. Thời gian thông khí HFOV trung bình là 41,89 ± 22,62 giờ.

Bảng 6. Nguyên nhân, thời điểm tử vong (n = 9).

Đặc điểm		Số BN	Tỉ lệ %
Nguyên nhân tử vong	Suy đa tạng	6	66,7
	Sốc nhiễm khuẩn	3	33,3
Thời điểm tử vong	Trong tuần 1	6	66,7
	Trong tuần 2	1	11,1
	Trong tuần 3	2	22,2

Hầu hết các BN tử vong trong tuần đầu sau ARDS với tỉ lệ 66,7%. Nguyên nhân tử vong chủ yếu là suy đa tạng (chiếm 66,7%).

Bảng 7. Đặc điểm oxy hóa máu tại thời điểm tử vong (n = 9).

Chỉ số	Trung bình ($\bar{x} \pm SD$)	Min-Max
OI	9,19 ± 2,64	3,11-15,27
PaO ₂ /FiO ₂ (mmHg)	350,89 ± 69,13	191,47-510,31

Kết quả cho thấy, chỉ số oxy hóa máu vẫn cao tại thời điểm BN tử vong, với PaO₂/FiO₂ là 350,89 ± 69,13 mmHg và OI = 9,19 ± 2,64.

4. BÀN LUẬN.

Chiến lược thông khí bảo vệ phổi “protective lung strategy” được khuyến cáo trong hội chứng ARDS suy hô hấp cấp tiến triển nhằm tránh các tổn thương phổi liên quan đến thở máy. HFOV là một phương thức thông khí bảo vệ phổi được xem như là biện pháp cứu cánh trong trường hợp thất bại khi thở máy thường quy [4]. Việc lựa chọn thời điểm tiến hành thông khí HFOV rất quan trọng. Một số tác giả đã đề cập tới chỉ định “sớm” HFOV sẽ có lợi cho kết quả thông khí [1], [7]. Tuy nhiên, hiện nay chưa có sự thống nhất của các tác giả trong chỉ định thông khí HFOV. Nghiên cứu này, chúng tôi lựa chọn BN theo chỉ định của Fessler H (2007) và thời điểm tiến hành HFOV khá sớm, sau thông khí trên máy thở thường quy là 31 giờ. 12/13 BN áp dụng HFOV thành công, 1 BN thất bại do tình trạng tăng CO₂ máu không kiểm soát được dẫn đến nhiễm toan hô hấp nặng và được chuyển trở lại thông khí ARDSnet.

Ngoài khả năng bảo vệ phổi do sử dụng thể tích khí lưu thông (Vt) nhỏ 1-3 ml/kg, HFOV còn có khả năng huy động tối đa các phế nang bị xẹp vào thông khí. Do đó, sẽ cải thiện được tình trạng oxy hóa máu tốt hơn các phương thức thông khí thường quy. Nhiều nghiên cứu cho thấy, hiệu quả cải thiện tình trạng oxy hóa máu sau thông khí HFOV. Fort P và cộng sự (1997) đánh giá hiệu quả HFOV trên 17 BN ARDS mức độ nặng, thất bại trong thở máy thường quy; kết quả thấy chỉ số oxy hóa máu (PaO₂/FiO₂) tăng và chỉ số OI giảm đáng kể sau

12, 24, 48 giờ [4]. Trên BN bỏng, Mohamed S.A.R (2016) đã sử dụng HFOV ở giai đoạn sớm ARDS, kết quả cho thấy $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ tăng và chỉ số OI giảm có ý nghĩa suốt thời gian thông khí [8]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy sự cải thiện tình trạng oxy hóa máu sau HFOV: tỉ số $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ tăng từ T0 (< 150 mmHg) đến T1 (> 200 mmHg) và tiếp tục tăng trong những giờ tiếp theo; chỉ số OI giảm dần có ý nghĩa so với thời điểm T0 ($p < 0,05$). Trong ARDS, BN thường có tình trạng “phổi cứng” do độ giãn nở phổi giảm. Nghiên cứu này thấy độ giãn nở phổi tĩnh tăng có ý nghĩa sau kết thúc HFOV so với thời điểm trước đó ($23,81 \pm 1,37$ ml/cmH₂O so với $48,38 \pm 1,38$ ml/cmH₂O, $p < 0,0001$). Các thông số cơ học phổi khác như Ppeak, Pplateau, mPaw giảm rõ rệt so với trước HFOV ($p = 0,0001$). Điều này thể hiện tình trạng tổn thương phổi đã cải thiện sau thông khí HFOV. Kết quả nghiên cứu này hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của Mohamed S.A.R (2016) [8].

Khi thông khí HFOV, tất cả tác giả đều rất quan tâm đến biến chứng kĩ thuật. Các biến chứng có thể gặp: tụt huyết áp, chấn thương phổi gây tràn khí khoang màng phổi, tràn khí trung thất, ùn tắc đường thở, viêm phổi, tăng CO₂ máu. Hầu hết các nghiên cứu về HFOV cho thấy tính an toàn của phương thức này. Nghiên cứu của Fort P (1997), Derdak S (2002) cho thấy, trong quá trình HFOV, không có sự thay đổi đáng kể nào trên huyết động, biến chứng tràn khí màng phổi và tắc nghẽn đường thở [9], [4]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu đã nêu các biến chứng của HFOV nhưng tỉ lệ gặp rất thấp. Nghiên cứu của Mehta S (2001) trên 24 BN ARDS mức độ nặng được thông khí HFOV, có 2 BN biến chứng tràn khí màng phổi, 11 BN ùn tắc đường thở do đờm [7]. Nghiên cứu của Walia G (2007), 1 BN bị nhiễm toan hô hấp do tăng CO₂ máu [10]. Chúng tôi gặp 1 BN ùn tắc đường thở do đờm và viêm phổi, 1 BN tăng CO₂ máu không kiểm soát được, dù đã được điều chỉnh thở, không BN nào tụt huyết áp, tràn khí màng phổi, tràn khí trung thất.

Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị ARDS, song tỉ lệ tử vong của ARDS trên BN bỏng vẫn cao 40-90% [1]. Hầu hết các tác giả đều cho rằng HFOV không cải thiện tỉ lệ tử vong và nguyên nhân tử vong chủ yếu do suy đa tạng hay sốc nhiễm khuẩn [1]. Cartotto (2001) nghiên cứu hồi cứu 6 BN bỏng nặng biến chứng ARDS, kết quả 5/6 BN tử vong với các nguyên nhân được ghi nhận là do biến chứng nặng của bỏng, như sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng và không BN nào tử vong do thất bại của thông khí [1]. Chúng tôi gặp tỉ lệ tử vong 69,2%, với nguyên nhân chủ yếu do suy đa tạng (66,7%) và sốc nhiễm khuẩn (33,3%), không BN nào tử vong do suy hô hấp (ở thời điểm

tử vong hoặc xin về tử vong tỉ số $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ vẫn cao ($350,89 \pm 69,13$ mmHg).

5. KẾT LUẬN.

Thông khí dao động tần số cao là một phương thức thông khí hiệu quả, cải thiện tình trạng oxy hóa máu, an toàn đối với BN mắc hội chứng ARDS, thất bại trên máy thở thường quy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Cartotto R, Cooper A.B, Esmond J.R et al (2001), “Early clinical experience with High-frequency oscillatory ventilation for ARDS in adult burn patients”, *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 22 (5), pp. 325-333.
2. Belenkiy S.M, Buel A.R, Cannon J.W et al (2000), “Acute respiratory distress syndrome in wartime military burns: application of the Berlin criteria”, *J trauma Acute Care Surg*, 76 (3), pp. 821-827.
3. ARDS Network (2000), “Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome patients”, *N Engl J Med*, 342, pp.1301-1308.
4. Fort P, farmer C, Westerman J et al (1997), “High-frequency oscillatory ventilation for adult respiratory distress syndrome: a pilot study”, *Crit Care Med*, 25 (6), pp. 937-947.
5. Nguyễn Đạt Anh (2009), *Những vấn đề cơ bản trong thông khí nhân tạo*, Nhà xuất bản Y học.
6. Fessler H, Derdak S, Henry E et al (2007), “A protocol for high-frequency oscillatory ventilation in adults: Result from a roundtable discussion”, *Crit care*, 35 (7), pp. 1649-1654.
7. Mehta S, Lapinsky S.E, Hallett D.C et al (2001), “Prospective trial of high-frequency oscillation in adults with acute respiratory distress syndrome”, *Critical care medicine*, 29 (7), pp. 1360-1369.
8. Mohamed S.A.R, Mohamed N.N (2016), “Efficacy and adverse events of early high-frequency oscillatory ventilation in adult burn patients with acute respiratory distress syndrome”, *Egyptian Journal of Anaesthesia*, 32 (3), pp. 421-429.
9. Derdak S, Mehta S, Stewart T.E et al (2002), “High-frequency oscillatory ventilation for acute respiratory distress syndrome in adults: a randomized, controlled trial”, *Am J Respir Crit Care Med*, 166 (6), pp. 801-808.
10. Walia G, Cartotto R, Ellis S (2007), “High frequency oscillatory ventilation for ARDS-related oxygenation failure in adult burn patients”. *Can J Surg*, 50 (2), pp. 147. □

NGHIÊN CỨU TẠO HÌNH VẬT DA NHÁNH XUYỀN ĐỘNG MẠCH MÔNG TRÊN, SỬ DỤNG ĐƯỜNG CHUẨN ĐÍCH MỚI TRONG ĐIỀU TRỊ LOÉT VÙNG CÙNG CỤT

ThS. HOÀNG THANH TUẤN, ThS. TÔNG THANH HẢI
BS. NGUYỄN ĐOÀN TIẾN LINH
Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác
Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. TRẦN VĂN ANH
(2) TS. NGUYỄN MINH TÂM

TÓM TẮT: Nghiên cứu 15 bệnh nhân loét vùng cùng cụt do tì đè được ứng dụng vật da nhánh xuyên động mạch hông trên để che phủ, nhằm xây dựng quy trình kỹ thuật tạo hình vật da nhánh xuyên động mạch hông trên, sử dụng đường chuẩn đích mới. **Kết quả:** Vị trí của các nhánh xuyên được xác định theo đường chuẩn đích mới: trong vòng tròn đường kính 5 cm tại điểm nối 1/3 giữa và 1/3 dưới của đường thẳng nối từ gai chậu trước trên đến ụ ngồi. Hình thức sử dụng vật: 4 vật V-Y và 11 vật Propeller (dạng cánh quạt). Tình trạng vật: 12 vật sống hoàn toàn, vết mổ liền kì đầu, 2 vật vết mổ chậm liền và 1 vật hoại tử toàn bộ. Số lượng các nhánh xuyên xác định bằng Doppler cầm tay trước mổ và phẫu tích được trong khi mổ là tương đương nhau.

Từ khóa: Nhánh xuyên, động mạch hông trên, vật da, loét tỳ đè

ABSTRACT: Study on the 15 patients with ulcers of the sacral region caused by pressure, applied skin flap through the upper buttock artery to cover, to develop a technical process of a branching skin flap forming through the upper buttocks artery, using a new standard line. **Results:** The position of the piercing branches was determined by the new standard line: within a circle of 5 cm diameter at the mid-third and lower-third junction of the line from the upper anterior pelvis spine to the seated dock. The forms of the flap using: 4 V-Y flaps and 11 Propeller flaps (propeller form). The flap condition: 12 completely live flaps, first-period healing incision, 2 flaps of incision were slow healing and one complete necrotic flap. The number of piercing branches determined by hand-held Doppler before surgery and dissected during surgery were similar.

Keywords: Piercing branches, upper buttock artery, skin flap, pressure ulcer.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Hoàng Thanh Tuấn, SĐT: 0916156666.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Loét mạn tính là bệnh lý thường gặp, đặc biệt ở BN phải nằm điều trị lâu dài. Tổn thương loét do tì đè, trong đó có loét vùng cùng cụt chiếm tỉ lệ cao nhất trong các loại tổn thương khác nhau của loét mạn tính. Nếu không điều trị, loét có thể gây biến chứng nghiêm trọng, kể cả tử vong. Loét vùng cùng cụt nặng có thể gây tổn thương đến cân, xương cùng cụt. Vì vậy, tổn thương cần được che phủ khi ổ khuyết hồng đã được cắt lọc sạch kết hợp với hút áp lực âm tạo nền vật sạch, mô hạt tốt, hết các góc ngách và giảm dịch tiết tối đa. Trong đó, sử dụng vật da nhánh xuyên động mạch hông trên điều trị loét vùng cùng cụt cho kết quả khả quan.

Vật da nhánh xuyên động mạch hông trên đã được ứng dụng ngày một nhiều trong điều trị loét vùng cùng cụt với nhiều ưu điểm, như vật có cuống mạch nuôi ổn định, cuống vật dài, kích thước vật lớn, góc xoay rộng nên và không phải hy sinh cơ hông lớn. Nhất là phẫu tích vật da nhánh xuyên

động mạch hông trên sử dụng đường chuẩn đích mới nhằm mục đích xác định cuống mạch nhanh hơn, gần tổn khuyết hơn, giúp cho việc phẫu tích đơn giản, an toàn và hiệu quả cao hơn.

Xuất phát từ lý do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm xây dựng quy trình kỹ thuật tạo hình vật da nhánh xuyên động mạch hông trên, sử dụng đường chuẩn đích mới trong điều trị loét vùng cùng cụt và đánh giá kết quả ứng dụng kỹ thuật trong điều trị.

2. QUY TRÌNH KỸ THUẬT.

2.1. Các bước tiến hành:

- Bước 1: cắt lọc và làm sạch tổn khuyết.
- Bước 2: đo đạc khuyết hồng phần mềm.
- Bước 3: xác định cuống mạch theo đường chuẩn đích mới:

+ Vị trí trên da của nhánh xuyên động mạch hông trên được xác định trong vòng tròn bán kính 2,5 cm, tâm là điểm nối 1/3 dưới và 1/3 giữa của đường thẳng từ gai chậu trước trên đến ụ ngồi.

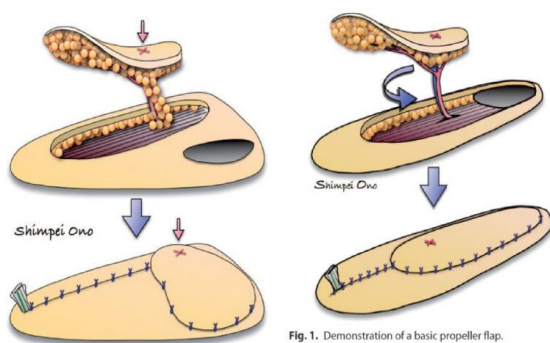
+ Siêu âm Doppler mạch máu bằng đầu dò cầm tay tần số 5 MHz, xác định số lượng nhánh xuyên trong vòng tròn này.

+ Tồn khuyết được cắt bỏ toàn bộ tổ chức viêm và bờ mép xung quanh; cầm máu kĩ, lấy bỏ xương chết nếu có.

- Bước 4: thiết kế vạt:

+ Thiết kế vạt da theo kích thước tồn khuyết. Điểm xoay của vạt chính là vị trí nhánh xuyên đã được xác định.

+ Hình thức sử dụng: sử dụng vạt dạng đảo, quay quanh trục nhánh xuyên (quay thuận hay ngược chiều kim đồng hồ đều được). Nếu góc quay lớn hơn 180°, có thể quay theo chiều ngược lại để góc quay nhỏ hơn 180° (hình 1).



Hình 1. Sơ đồ mô tả thiết kế và sử dụng vạt.
(a) vạt da quay 90°; (b) vạt quay 180°.

- Bước 5: phẫu tích vạt:

+ Vạt da được phẫu tích từ ngoại vi đến trung tâm, lấy kèm theo toàn bộ lớp cân sâu. Khi đến vị trí đường tròn thiết kế, tiến hành phẫu tích cẩn trọng để xác định các nhánh xuyên theo vị trí đã xác định trước đó bằng siêu âm Doppler. Các nhánh xuyên được phẫu tích sâu xuống dưới cơ theo hành trình của nó để làm tăng chiều dài cuống mạch, tăng khả năng di động của vạt. Các nhánh xuyên sẽ được xác định đường kính ngoài bằng thước Palmer, qua đó, quyết định lựa chọn nhánh xuyên chính cấp máu cho vạt. Các nhánh nhỏ hơn không phù hợp được thắt buộc.

+ Vạt da được xoay để che phủ tồn khuyết.

+ Vùng cho vạt khâu đóng kín một thì.

+ Dẫn lưu áp lực âm được sử dụng trong 3 ngày đầu sau mổ.

- Bước 6: xoay vạt: xoay đặt vạt vào đúng vị trí che phủ khuyết hổng phần mềm và lật 1 bên mép vạt lên để kiểm tra cuống mạch:

+ Nếu cuống mạch căng và có nguy cơ xẹp mạch hay siêu âm Doppler 8 Mhz có âm thổi nhỏ, phải bóc tách làm dài cuống vạt ra thêm.

+ Nếu cuống mạch không căng và siêu âm Doppler 8 Mhz có âm thổi to, rõ, chứng tỏ mạch máu thông suốt khi ở vị trí che phủ ổ khuyết.

- Bước 7: đặt dẫn lưu dưới vạt, bảo đảm hiệu quả và ống dẫn lưu không chạy qua hay nằm sát cuống vạt nuôi, tránh gây chấn thương hoặc kích thích gây co thắt động mạch xuyên (sử dụng lam hay ống dẫn lưu silicon kín áp lực âm).

- Bước 8: đóng vết mổ:

+ Khâu đóng vết mổ 2 lớp; lớp dưới da khâu rất thưa, tránh hiện tượng thiếu dưỡng vạt.

+ Vùng cho vạt: bóc tách rộng 2 mép rồi khâu đóng trực tiếp bằng các mối chỉ rời, nếu căng quá không khâu kín được thì khép bớt 2 mép vết thương, phần khuyết hổng còn lại được ghép da tự thân.

- Bước 9: kiểm tra tuần hoàn vạt da bằng các nghiệm pháp vật lý và siêu âm Doppler cầm tay. Băng nhẹ vết thương, mở cửa sổ để theo dõi vạt.

3. ỨNG DỤNG CỦA KỸ THUẬT.

Bảng 1. Nguyên nhân loét vùng cụt cùng cụt.

Nguyên nhân	Số BN	Tỉ lệ %
Chấn thương cột sống	9	60,0
Đột quỵ	3	20,0
Khác	3	20,0
Tổng	15	100

Đa số BN có nguyên nhân loét vùng cụt cùng cụt do tì đè là chấn thương cột sống (60%); nguyên nhân đột quỵ và nguyên nhân khác đều chiếm 20%.

Bảng 2. Hình thức sử dụng vạt.

Hình thức sử dụng	Số BN	Tỉ lệ
Vạt V-Y	4	26,7%
Vạt Propeller	11	73,3%
Tổng số	15	100%

Vạt Propeller (dạng cánh quạt) được sử dụng chính trong phẫu thuật (73,3%), vạt V-Y là 26,7%.

Bảng 3. Tương quan giữa số lượng nhánh xuyên trong đường tròn bán kính 2,5 cm và số lượng vạt sử dụng (n = 15).

Số nhánh xuyên	Số lượng vạt	Tỉ lệ
1 nhánh	2	13,33%
2 nhánh	5	33,33%
3 nhánh	7	46,67%
4 nhánh	1	6,67%

Trong đường tròn bán kính 2,5 cm có 3 nhánh xuyên được xác định trên 7 vạt chiếm 46,7%; 1 nhánh xuyên chỉ có trên 2 vạt chiếm tỉ lệ 13,3%.

Bảng 4. Kích thước vật và sự tương quan về số lượng nhánh xuyên trong đường tròn bán kính 2,5 cm trước và trong mổ.

BN	Giới/tuổi	Chiều dài vật	Chiều rộng vật	Số lượng nhánh xuyên	
				Trước mổ	Trong mổ
1	Nam/44	10	7	3	3
2	Nữ/39	12	8	2	2
3	Nam/29	14	9	2	1
4	Nữ/26	17	11	3	3
5	Nam/71	15	10	2	2
6	Nam/22	18	9	2	2
7	Nam/58	16	9	3	1
8	Nam/57	17	10	3	3
9	Nam/47	13	12	4	3
10	Nam/34	18	11	2	2
11	Nam/47	17	8	4	4
12	Nam/50	16	10	3	3
13	Nam/43	15	9	3	3
14	Nam/28	15	11	2	2
15	Nam/68	14	7	3	3

- Chiều dài vật: từ 10-18 cm, trung bình 15,2 cm.
- Chiều rộng vật: từ 7-12 cm, trung bình 9,4 cm.
- Số lượng nhánh xuyên: tương ứng trước và trong mổ ở 12/15 BN (80%); không tương ứng trước và trong mổ ở 3/15 BN (20%).

Bảng 5. Tình trạng vật.

Tình trạng vật	Tốt	Vừa	Xấu
Vật Propeller	8	2	1
Vật V-Y	4	0	0
Tổng	12 (80,0%)	2 (13,0%)	1 (6,0%)

Tình trạng vật: 80% tốt, 13% vừa, 6% xấu.

- Tình trạng vùng cho vật: 100% được khâu đóng kín 1 thì và liền kỳ đầu.

3. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu kỹ thuật tạo hình vật da nhánh xuyên động mạch mông trên, sử dụng đường chuẩn đích mới trong điều trị loét vùng cụt cho kết quả tốt. Vật da nhánh xuyên động mạch mông trên được nuôi dưỡng bởi cuống mạch hằng định (từ 1 đến 3 nhánh xuyên của động mạch mông trên). Không phải hy sinh khối cơ dưới vật nên không ảnh hưởng chức năng vận động và không gây biến dạng vùng mông. Với khuyết hồng phần mềm nhỏ và sử dụng vật dồn đẩy V-Y thì vùng cho vật khâu kín được một thì, bảo đảm thẩm mỹ tốt hơn sau chuyển vật.

Ứng dụng kỹ thuật trên 15 BN, kết quả tình trạng vật: 80% tốt, 13% vừa, 6% xấu. Tình trạng vùng

cho vật: 100% được khâu đóng kín 1 thì và liền kỳ đầu.

Sử dụng các mốc giải phẫu để xác định đường chuẩn đích mới giúp giảm thời gian phẫu tích vật da, xác định các nhánh xuyên gần tổn khuyết nhanh nhất, bảo đảm an toàn và hiệu quả cấp máu cho vật da. Từ đó, giúp giảm thời gian phẫu thuật, phẫu tích vật da an toàn hơn; có thể áp dụng kỹ thuật phẫu tích vật da nhánh xuyên này một cách đơn giản tại các tuyến cơ sở với đường chuẩn đích mới; không phải hy sinh cơ; linh hoạt trong thiết kế, chủ động lựa chọn kích thước vật phù hợp với nhánh xuyên và tổn khuyết; rút ngắn thời gian hồi phục của BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Kroll S.S, and Rosenfield L (1988), "Perforator-based flaps for low posterior midline defects", *Plast Reconstr Surg*, 81:561.
2. Koshima I, Moriguchi T et al (1988), "The gluteal perforator-base flap for repair of sacral pressure sore", *Plast Reconstr Surg*, 91:678-683.
3. Shaw W.W (1983), "Breast reconstruction by superior gluteal microvascular free flaps without silicon implant", *Plast Reconstr Surg*, 72: 490-501.
4. Boustred A.M, Nahai F (1998), "Inferior gluteal free flap breast reconstruction", *Clin Plast Surg*, 25: 275-282.
5. Allen R.J, Tucker C.Jr (1995), "Superior gluteal artery perforator free flap for breast reconstruction", *Plast Reconstr Surg*, 95: 1207-1212. □



Hình 2. a: Vùng xác định nhánh xuyên; b: Vòng tròn đường kính 5 cm, tâm là điểm giữa đường nối gai chậu sau trên với mấu chuyển lớn; c: Các nhánh xuyên được phẫu tích; d: Xoay vật che phủ tổn khuyết; e: Kết quả phẫu thuật.

NGHIÊN CỨU SỰ THAY ĐỔI INTERLEUKIN-6, INTERLEUKIN-10 VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI MỨC ĐỘ NẶNG Ở BỆNH NHÂN ĐA CHẤN THƯƠNG

ThS. LÊ TIẾN DŨNG, ThS. ĐẶNG VĂN BA
BS. NGUYỄN MẠNH CƯỜNG, TS. TÔ VŨ KHƯƠNG
GS.TS. NGUYỄN TRƯỜNG GIANG
Bệnh viện Quân y 103
Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. BÙI VĂN MẠNH
(2) TS. PHẠM THÁI DŨNG

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả, theo dõi dọc, khảo sát sự thay đổi và mối liên quan giữa nồng độ IL-6, IL-10 với mức độ nặng theo thang điểm ISS ở 61 bệnh nhân đa chấn thương, điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 3/2016 đến tháng 5/2017. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân là nam giới (83,6%), ở độ tuổi lao động (35,9%). Nguyên nhân chủ yếu gây đa chấn thương do tai nạn giao thông (72,1%). 78,7% bệnh nhân có điểm ISS ≥ 25 (mức độ nặng và nguy kịch). Bệnh nhân có ISS > 40 thì tỉ lệ tử vong rất cao (40,0%); bệnh nhân có ISS từ 25-40 thì tỉ lệ tử vong là 15,2%, không bệnh nhân nào tử vong ở nhóm có ISS < 25 . Nồng độ IL-6, IL-10 tăng đồng thời, sớm ngay sau chấn thương. IL-6 tăng cao nhất tại thời điểm 6 giờ (64,63 ng/L), sau đó giảm dần ở các thời điểm 12 giờ, 24 giờ, 48 giờ, 72 giờ. IL-10 tăng cao dần sau chấn thương và thời điểm sau 72 giờ có nồng độ trung bình là 246,23 ng/L. Tại thời điểm nhập viện, 6 giờ và 12 giờ sau chấn thương, bệnh nhân có ISS càng cao thì nồng độ IL-6 tăng càng cao, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Có mối tương quan thuận giữa nồng độ IL-6 với mức độ nặng của đa chấn thương theo thang điểm ISS ở thời điểm nhập viện ($r = 0,378$), 6 giờ ($r = 0,300$) và 12 giờ ($r = 0,301$); nghĩa là nồng độ IL-6 càng cao thì mức độ tổn thương của bệnh nhân càng nặng. Không thấy mối tương quan giữa nồng độ IL-10 với mức độ nặng theo thang điểm ISS.

Từ khóa: Đa chấn thương, mức độ nặng, IL-6, IL-10.

ABSTRACT: Prospective study, description, longitudinal follow-up, investigating alteration and relationship between IL-6 and IL-10 concentrations and severity according to the ISS scale in 61 Multiple trauma patients, treated at the Intensive Care Unit, Military Hospital 103, from March 2016 to May 2017. **Results:** The majority of patients were men (83.6%), of working age (35.9%). The main cause of Multiple trauma was traffic accidents (72.1%). There were 78.7% of patients with ISS scores ≥ 25 (severity and criticality). The patients with ISS > 40 had a very high mortality rate (40.0%); the patients with ISS from 25-40, the mortality rate was 15.2%, there was no patient died in the group with ISS < 25 . The concentration of IL-6, IL-10 increased concomitantly, soon after injury. The concentration of IL-6 increased highest at 6 o'clock (64.63 ng/L), then decreased gradually at 12 o'clock, 24 hours, 48 hours, and 72 hours. The concentration of IL-10 increased gradually after injury and after 72 hours, the average concentration was 246.23 ng/L. At the time of hospital admission, 6 hours and 12 hours after injury, patients had the higher ISS, then higher the IL-6 concentration, the difference was statistically significant ($p < 0.05$). There was a positive correlation between the IL-6 concentration and the severity of Multiple trauma according to the ISS scale at the time of hospital admission ($r = 0.378$), 6 hours ($r = 0.300$), and 12 hours ($r = 0.301$); that was, the higher the IL-6 concentration, the more severe the patient's trauma. There was no correlation between IL-10 concentrations and ISS-scale severity.

Keywords: Multiple trauma, severity, IL-6, IL-10

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Lê Tiến Dũng, SĐT: 0913354686.

Ngày nhận bài: 15/01/2021; mời phản biện khoa học: 02/2021; chấp nhận đăng: 15/3/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Đa chấn thương là một bệnh hay gặp tại các khoa hồi sức ngoại, là nguyên nhân chủ yếu dẫn đến tử vong ở bệnh nhân (BN) chấn thương. Hiện nay, chẩn đoán mức độ nặng của BN đa chấn thương phổ biến là dùng các bảng điểm lâm sàng, như AIS (Abbreviated injury scale) và ISS (Injury severity score). Gần đây, nhiều nghiên cứu thấy, đa

chấn thương nặng gây ra hội chứng đáp ứng viêm hệ thống và hội chứng đáp ứng viêm bù trừ, dẫn đến tăng các cytokine tiền viêm, như interleukin 6 (IL-6) và cytokine chống viêm, như interleukin 10 (IL-10) [6]. Sự tăng cao các cytokin này trong máu sau chấn thương có thể dự báo trước khả năng phát triển thành hội chứng suy chức năng đa tạng, thậm chí tử vong ở BN đa chấn thương [3, 9].