

# ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH Ổ BỤNG TRÊN 49 BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN CÓ TỔN THƯƠNG TẠNG RỖNG

Lý Lập<sup>1</sup>, Lê Văn Phước<sup>2</sup>  
Mai Đức Hùng<sup>3</sup>, Nguyễn Thị Lý<sup>3</sup>

**TÓM TẮT:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ổ bụng trên 49 bệnh nhân chấn thương bụng kín có tổn thương tạng rỗng, điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy, từ tháng 12/2018 đến tháng 12/2021.

**Kết quả:** Bệnh nhân trung bình  $41,14 \pm 14,77$  tuổi; tỉ lệ giới tính nam/nữ  $\approx 4,5/1$ ; nguyên nhân chấn thương chủ yếu do tai nạn giao thông (83,7%). Dấu hiệu tổn thương tạng rỗng trên phim chụp cắt lớp vi tính: dịch tự do ổ bụng (100%); dày mạc treo, thâm nhiễm mỡ (89,8%); dày thành ống tiêu hóa (71,4%); khí tự do ổ bụng hoặc sau phúc mạc (61,2%); tụ máu mạc treo (36,7%); mất liên tục thành ống tiêu hóa (22,4%); hematoma ở thành ống tiêu hóa, khí trong thành ống tiêu hóa, thoát mạch thuốc cản quang (6,1%). Vị trí tổn thương trên trên phim chụp cắt lớp vi tính: ở ruột non (38,8%); ở đại tràng (10,2%); ở tá tràng (6,1%); ở bàng quang (4,2%); ở trực tràng (2%). 28,6% bệnh nhân có tổn thương tạng đặc kết hợp. Số lượng tổn thương tạng: tổn thương 1 tạng (63,3%); tổn thương 2 tạng (16,3%). Không phát hiện vị trí tổn thương tạng rỗng (20,4%).

**Từ khóa:** Tổn thương tạng rỗng, chấn thương bụng kín.

**ABSTRACT:** A retrospective, cross-sectional study of the abdominal computed tomography images in 49 patients with closed abdominal trauma with hollow visceral injuries treated at Cho Ray hospital, from December 2018 to December 2021.

**Results:** The average age of the patients was  $41.14 \pm 14.77$  years; the ratio of male/female  $\approx 4.5/1$ ; The main cause of injuries was traffic accidents (83.7%). The signs of hollow visceral injuries on computed tomography film: free fluid in the abdomen (100%); mesenteric thickening, fat infiltration (89.8%); the thickening wall of the gastrointestinal tract (71.4%); intra-abdominal or retroperitoneal free air (61.2%); mesenteric hematoma (36.7%); intermittent loss of gastrointestinal tract wall (22.4%); hematoma in the gastrointestinal tract wall, gas in the gastrointestinal tract wall, contrast extravasation (6.1%). The location of the upper lesion on computed tomography film: in the small intestine (38.8%); in the colon (10.2%); in the duodenum (6.1%); in the bladder (4.2%); in the rectum (2%). There 28.6% of the patients with combined solid visceral injuries. The number of visceral injuries: one organ injury (63.3%); two organ injuries (16.3%). There were no hollow visceral injuries detected (20.4%).

**Keywords:** Hollow visceral injury, closed abdominal trauma.

Chịu trách nhiệm nội dung: Mai Đức Hùng, Email: bsmiduchung@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/10/2022; mời phản biện khoa học: 10/2022; chấp nhận đăng: 24/11/2022.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Tổn thương tạng rỗng trong chấn thương bụng kín (CTBK) chiếm tỉ lệ khoảng 1-5% và cần phải xử trí phải phẫu thuật sớm để tránh biến chứng nguy hiểm [3]. Các triệu chứng, dấu hiệu lâm sàng tổn thương tạng rỗng giai đoạn đầu có thể chưa rõ ràng, hội chứng viêm phúc mạc xuất hiện muộn, trong khi các tổn thương tạng rỗng lại cần phải phẫu thuật sớm. Do vậy, việc phát hiện tổn thương tạng rỗng là rất quan trọng. Các dấu hiệu tổn thương tạng rỗng trên phim chụp cắt lớp

vi tính (CLVT) có giá trị cao trong chẩn đoán. Tuy nhiên, trong CTBK có tổn thương tạng rỗng, còn nhiều tranh luận do tỉ lệ âm tính giả trên phim chụp CLVT còn khá cao (khoảng 15%) [3]. Trên thực tế, các nghiên cứu về vấn đề này còn chưa nhiều.

Xuất phát từ lí do trên, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá đặc điểm hình ảnh chụp CLVT trong CTBK có tổn thương tạng rỗng.

## 2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu:

49 bệnh nhân (BN) CTBK có tổn thương tạng rỗng, điều trị phẫu thuật hoặc phẫu thuật nội soi tại

<sup>1</sup> Viện Tim thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup> Bệnh viện Chợ Rẫy

<sup>3</sup> Phân hiệu phía Nam, Học viện Quân y

Bệnh viện Chợ Rẫy, từ tháng 12/2018 đến tháng 12/2021.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: BN trên 17 tuổi, CTBK có chụp CLVT bụng chậu, chẩn đoán xác định có tổn thương tạng rỗng qua phẫu thuật hoặc nội soi ổ bụng.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN là phụ nữ có thai; BN có huyết áp động mạch < 90 mmHg, mạch > 110 chu kỳ/phút; BN tổn thương tạng rỗng trong vết thương thấu bụng.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:**

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu, mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu một tỉ lệ theo công thức:

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cần thiết;  $Z_{(1-\alpha/2)}$  là hệ số tin cậy (với độ tin cậy 95%;  $\alpha = 0,05$ ; ta có  $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ ); p là tỉ lệ tổn thương tạng rỗng trong CTBK (3%); d là sai số tuyệt đối (chọn  $d = 0,05$ ). Thay vào công thức, tính được  $n = 45$ , thực tế cỡ mẫu trong nghiên cứu này là 49 BN.

- Đánh giá dấu hiệu tổn thương tạng rỗng trên phim chụp CLVT theo Panda 2017 [2].

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm BN nghiên cứu: tuổi, giới tính, nguyên nhân chấn thương, thời gian từ khi bị CTBK đến khi chụp CLVT.

+ Đặc điểm hình ảnh tổn thương của BN trên phim chụp CLVT.

- Vấn đề đạo đức: nghiên cứu được Hội đồng đạo đức Bệnh viện Chợ Rẫy thông qua. Mọi thông tin người bệnh được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

- Xử lí số liệu: bằng phần mềm SPSS 22.0

**3.2. Đặc điểm hình ảnh chụp CLVT của BN CTBK có tổn thương tạng rỗng:**

Bảng 1. Đặc điểm hình ảnh chụp CLVT tổn thương ống tiêu hóa (n = 49).

Đặc điểm hình ảnh chụp CLVT		Số BN	Tỉ lệ %
Dấu hiệu trực tiếp tổn thương ống tiêu hóa	Mất liên tục thành ống tiêu hóa	11	22,4
	Hematoma ở thành ống tiêu hóa	3	6,1
	Khí trong thành ống tiêu hóa	3	6,1
	Giảm bắt thuốc khu trú, tăng bắt thuốc kế bên	17	34,7
Dấu hiệu gián tiếp tổn thương ống tiêu hóa	Dày thành ống tiêu hóa (> 3-4 mm)	35	71,4
	Khí tự do ổ bụng hoặc sau phúc mạc	30	61,2
	Dịch tự do ổ bụng	49	100
Dấu hiệu tổn thương mạc treo	Tụ máu mạc treo	18	36,7
	Thoát mạch thuốc cản quang, thiếu máu quai ruột tương ứng	3	6,1
	Dày mạc treo, phân lớp xen kẽ thâm nhiễm mỡ	44	89,8

**3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.**

**3.1. Đặc điểm chung BN nghiên cứu:**

- Giới tính: 9 BN (18,4%) nữ và 40 BN (81,6%) nam; tỉ lệ BN nam/nữ ≈ 4,5/1.

- Tuổi đời (n = 49):

+ Từ 18-20 tuổi: 2 BN (4,1%).

+ Từ 21-30 tuổi: 11 BN (22,4%).

+ Từ 31-40 tuổi: 14 BN (28,6%).

+ Từ 41-50 tuổi: 9 BN (18,4%).

+ Trên 50 tuổi: 13 BN (26,5%).

+ Tuổi trung bình: 41,14 ± 14,77 tuổi.

BN trung bình 41,14 ± 14,77 tuổi, đa số BN từ 21-50 tuổi (69,4%).

- Nguyên nhân CTBK (n = 49):

+ Tai nạn lao động: 5 BN (10,2%).

+ Tai nạn giao thông: 41 BN (83,7%).

+ Tai nạn sinh hoạt: 2 BN (4,1%).

+ Tai nạn khác: 1 BN (2%).

- Cơ chế CTBK:

+ Trực tiếp: 42 BN (85,7%).

+ Gián tiếp: 7 BN (14,3%).

Đa số BN CTBK theo cơ chế chấn thương trực tiếp (85,7%).

- Thời gian từ khi bị CTBK đến khi chụp CLVT (n = 49):

+ Từ 7-12 giờ: 41 BN (83,7%).

+ Trên 12 giờ đến 24 giờ: 5 BN (10,2%).

+ Trên 24 giờ: 3 BN (6,1%).

Đa số BN CTBK có chỉ định và chụp CLVT ổ bụng trong khoảng thời từ 7-12 giờ (83,7%).

Dấu hiệu tổn thương trực tiếp ống tiêu hóa thường gặp là giảm bắt thuốc khu trú, tăng bắt thuốc kế bên (34,7%) và mất liên tục thành ống tiêu hóa (22,4%). Dấu hiệu gián tiếp của tổn thương ống tiêu hóa thường gặp là dịch tự do ổ bụng (100%), dày thành ống tiêu hóa từ 3-4 mm (71,4%) và khí tự do ổ bụng hoặc sau phúc mạc (61,2%). Dấu hiệu tổn thương mạc treo thường gặp là dày mạc treo, phân lớp xen kẽ thâm nhiễm mỡ (89,8%), tụ máu mạc treo (36,7%).

Các dấu hiệu tổn thương trực tiếp ống tiêu hóa gặp với tỉ lệ thấp, như mất liên tục thành ống tiêu hóa (22,4%); một số dấu hiệu khác có gặp, như hematoma ở thành ống tiêu hóa, khí trong thành ống tiêu hóa, thoát mạch thuốc cản quang chỉ gặp ở 3 BN (6,1%).

Kết quả này tương tự một số nghiên cứu trong và ngoài nước. Vũ Thị Kim Thoa nghiên cứu hình ảnh chụp CLVT trên 92 BN tổn thương ống tiêu hóa do CTBK, thấy 100% BN có dịch tự do ổ bụng hoặc sau phúc mạc; 72,9% BN có khí tự do mặt trước gan; 12% BN có tụ máu thành ống tiêu hóa; 23,9% BN có đưng dập thành ống tiêu hóa; 71,7% BN có dày thành ống tiêu hóa; 5,4% BN có thoát thuốc cản quang ra ngoài lòng mạch với tỉ trọng các ổ thoát thuốc trên 80 HU (phân biệt với ổ tụ máu có tỉ trọng từ 60-70 HU); 35,3% BN có thoát thuốc cản quang ra ngoài lòng ống tiêu hóa và chỉ 1 BN có dấu hiệu thiếu máu thành ống tiêu hóa [1]. Ker-Kan Tan hồi cứu hình ảnh CLVT trên 31 BN CTBK có tổn thương tạng rỗng và mạc treo trong 2 năm, thấy 93,5% BN có dịch tự do ổ bụng; 35,5% BN có dấu hiệu khí tự do trong ổ bụng và 29% BN có dày thành ruột [4]. Nghiên cứu của Liao trên 6.164 BN CTBK (trong đó có 188 trường hợp tổn thương ruột và mạc treo), thấy dấu hiệu hay gặp trên phim chụp CLVT là dịch tự do ổ bụng (71,3%) và khí tự do ổ bụng (41,3%) [5]. Mặc dù các dấu hiệu tổn thương trực tiếp ống tiêu hóa gặp với tỉ lệ không cao, song các dấu hiệu gián tiếp đã gợi ý vị trí tổn thương, giúp các nhà lâm sàng lưu ý theo dõi để có quyết định chẩn đoán, điều trị tiếp theo cho BN khi có nghi ngờ tổn thương ống tiêu hóa trong CTBK.

Bảng 2. Chẩn đoán vị trí tổn thương trên phim chụp CLVT (n = 49).

Vị trí tổn thương	Số BN	Tỉ lệ %
Tá tràng	3	6,1
Ruột non	19	38,8
Đại tràng	5	10,2
Trực tràng	1	2
Mạc treo	17	34,7
Bàng quang	2	4,1

Trong số 49 BN nghiên cứu, thấy vị trí tổn thương tạng rỗng trên phim chụp CLVT hay gặp nhất là ruột non (38,8%), tiếp đến là đại tràng (10,2%). Đặc biệt, chúng tôi không gặp trường hợp nào tổn thương dạ dày, nhưng gặp 34,7% BN có tổn thương mạc treo.

Tần suất tổn thương ở các cơ quan được giải thích thông qua cấu tạo giải phẫu của các tạng khác nhau và cơ chế chấn thương trong CTBK có tổn thương tạng rỗng. Dạ dày ít tổn thương do thành dày, thể tích lớn, rất đàn hồi, thường chỉ vỡ khi dạ dày căng đầy. Tụ máu thành dạ dày thường gặp hơn trong chấn thương trực tiếp và thường thấy trước tiên ở mặt trước dạ dày. Ruột non có thành mỏng, di động, chiếm diện tích lớn trong khoang bụng, nên các chấn thương trực tiếp hay gián tiếp ổ bụng đều dễ gây tổn thương dập, rách, thủng ruột non. Mặc khác, những tổn thương mạc treo, như rách, tụ máu, tổn thương mạch máu mạc treo cũng gây ra thiếu máu nuôi dưỡng ống tiêu hóa (nếu không điều trị kịp thời sẽ dẫn tới hoại tử ruột). Nghiên cứu của Sule và cộng sự (2007) và của Khan (2014) cũng chỉ ra, ruột non là vị trí tổn thương xảy ra nhiều hơn trong CTBK, đặc biệt ở vị trí nối với đoạn cố định (như tá tràng, góc hồi tràng, hay ở mặt mạc treo tràng). Tổn thương đại tràng thường chỉ xảy ra tại vị trí bị chấn thương trực tiếp [6], [7].

Bảng 3. Số lượng tổn thương tạng rỗng và mạc treo trên phim chụp CLVT (n = 49).

Số tạng tổn thương trên CLVT	Số BN	Tỉ lệ %
Không tổn thương	10	20,4
Một tạng tổn thương	31	63,3
Hai tạng tổn thương	8	16,3
Cộng	49	100

Trên phim chụp CLVT, chủ yếu thấy có 1 tạng bị tổn thương (63,3%), số trường hợp tổn thương 2 tạng và mạc treo chỉ chiếm 8/45 trường hợp (16,3%). Đặc biệt, có 20,4% trường hợp không thấy tổn thương trực tiếp tạng rỗng hay mạc treo mà chỉ thấy các dấu hiệu gián tiếp nghi ngờ tổn thương tạng rỗng hay mạc treo, như dịch hoặc khí tự do trong ổ bụng.

Chẩn đoán vị trí và số lượng tổn thương có vai trò quan trọng giúp bác sĩ lâm sàng quyết định đường mổ giải quyết tổn thương. Nghiên cứu của Nicole Brofman trên 44 BN có tổn thương tạng rỗng và 35 BN có tổn thương mạc treo, thấy tần suất gặp các vị trí tổn thương như sau: hồng tràng (25%), đại tràng ngang (11%), manh tràng và đại tràng lên (7%); ít gặp vị trí tổn thương ở dạ dày và đại tràng sigma (5%). Đặc biệt, có 34% trường hợp tổn thương nhiều vị trí khác nhau [8].

- Chẩn đoán dựa trên phim chụp CLVT về mức độ tổn thương thành tạng rỗng (n = 49):

- + Dập, rách chưa thủng: 4 BN (8,2%).
- + Thủng, vỡ: 7 BN (14,3%).

Mức độ tổn thương thành tạng rỗng trên phim chụp CLVT ở nghiên cứu này gồm 4/45 trường hợp (8,2%) thành ống tiêu hóa dập, rách và 7/45 trường hợp (14,3%) thủng ống tiêu hóa.

- Chẩn đoán hình ảnh CLVT về các tổn thương khác (n = 49):

- + Tổn thương tạng đặc: 14 BN (28,6%).
- + Viêm phúc mạc: 44 BN (89,8%).

Hình ảnh phim chụp CLVT cho thấy các tổn thương kèm theo trên BN, như tổn thương tạng đặc (28,6%) và viêm phúc mạc (89,7%).

#### 4. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu hình ảnh chụp CLVT trên 49 BN CTBK có tổn thương tạng rỗng, điều trị phẫu thuật hoặc phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Chợ Rẫy, từ tháng 12/2018-12/2021, kết luận:

- Gặp các hình ảnh tổn thương gián tiếp tạng rỗng: dịch tự do ổ bụng (100%), dày mạc treo, thâm nhiễm mỡ (89,8%), dày thành ống tiêu hóa (71,4%), khí tự do ổ bụng hoặc sau phúc mạc (61,2%), tụ máu mạc treo (36,7%).

- Gặp các hình ảnh tổn thương trực tiếp: mất liên tục thành ống tiêu hóa (22,4%), hematoma ở thành ống tiêu hóa, khí trong thành ống tiêu hóa, thoát mạch thuốc cản quang (6,1%).

- Vị trí tổn thương trên CLVT: tổn thương ruột non (38,8%), tổn thương đại tràng (10,2%), tổn thương tá tràng (6,1%), tổn thương bàng quang (4,2%), tổn thương trực tràng (2%), tổn thương tạng đặc kết hợp (28,6%). Không trường hợp nào có tổn thương dạ dày và niệu quản.

- Có 63,3% BN tổn thương 1 tạng; 16,3% BN tổn thương 2 tạng và 20,4% BN không phát hiện vị trí tổn thương tạng rỗng và mạc treo.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Vũ Thị Kim Thoa (2008), *Nghiên cứu giá trị chụp CLVT trong chẩn đoán chấn thương ống tiêu hóa*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Panda A, Kumar A, Gamanagatti S, et al (2017), "Can multidetector CT detect the site of gastrointestinal tract injury in trauma?—A retrospective study", *Diagnostic and Interventional Radiology*, 23 (1), 29.
3. Magu S, Agarwal S, Gill R.S (2012), "Multi detector computed tomography in the diagnosis of bowel injury", *Indian J Surg*, 74 (6), 445-450.

4. Tan K.K, Liu J.Z, Go T.S, et al (2010), "Computed tomography has an important role in hollow viscus and mesenteric injuries after blunt abdominal trauma", *Injury*, 41 (5), 475-478.

5. Liao C.H, Hsieh F.J, Chen C.C, et al (2019), "The Prognosis of Blunt Bowel and Mesenteric Injury—the Pitfall in the Contemporary Image Survey", *J Clin Med*, 8 (9).

6. Khan I, Bew D, Elias D, et al (2014), "Mechanisms of injury and CT findings in bowel and mesenteric trauma", *Clinical radiology*, 69 (6), 639-647.

7. Sule A, Kidmas A, Awani K, et al (2007), "Gastrointestinal perforation following blunt abdominal trauma", *East African medical journal*, 84 (9), 429-440.

8. Brofman N, Atri M, Hanson J.M, et al (2006), "Evaluation of bowel and mesenteric blunt trauma with multidetector CT", *Radiographics*, 26 (4), 1119-1131. □

\*\*\*\*\*

## THỰC TRẠNG SỬ DỤNG THUỐC GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT...

(Tiếp theo trang 29)

tiêm thấm vết mổ và đường uống; gây tê tủy sống và tiêm thấm vết mổ).

- Hàm lượng tiêu thụ thuốc giảm đau ở ngày thứ 2 sau mổ ít hơn ngày thứ nhất, khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Hàm lượng tiêu thụ các thuốc giảm đau luôn trong giá trị cho phép.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bernard Vrijens, Sabina De Geest, Dyfrig A Hughes, et al (2012), "A new taxonomy for describing and defining adherence to medications", *British journal of clinical pharmacology*, 73 (5): 691-705.
2. Dilek Memis, Mehmet Turan Inal, Gulsum Kavalci, et al (2010), "Intravenous paracetamol reduced the use of opioids, extubation time, and opioid-related adverse effects after major surgery in intensive care unit", *Journal of critical care*, 25 (3): 458-462.
3. Veerabhadram Garimella, Christina Cellini (2013), "Postoperative pain control", *Clinics in colon and rectal surgery*, 26 (03): 191-196.
4. Philip W.H Peng, Duminda N Wijeyesundera, Carina C.F Li (2007), "Use of gabapentin for perioperative pain control—a meta-analysis", *Pain Research and Management*, 12 (2): 85-92.
5. Sarah El Helou, Souheil Hallit, Sanaa Awada, et al (2019), "Adherence to levothyroxine among

patients with hypothyroidism in Lebanon”, *EMHJ*, 25 (3-2019).

6. Yanxia Sun, Tianzuo Li, Nan Wang, et al (2012), “Perioperative systemic lidocaine for postoperative analgesia and recovery after abdominal surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials”, *Diseases of the colon & rectum*, 55 (11): 1183-1194.

7. C Remy, E Marret, F Bonnet (2005), “Effects of acetaminophen on morphine side-effects and consumption after major surgery: meta-analysis of randomized controlled trials”, *British journal of anaesthesia*, 94 (4): 505-513.

8. James R Fricke Jr, David J Hewitt, Donna M Jordan, et al (2004), “A double-blind placebo-controlled comparison of tramadol/acetaminophen and tramadol in patients with postoperative dental pain”, *Pain*, 109(3): 250-257.

9. B Du Manoir, F Aubrun, M Langlois, et al (2003), “Randomized prospective study of the analgesic effect of nefopam after orthopaedic surgery”, *British journal of anaesthesia*, 91 (6): 836-841.

10. A.C Van Elstraete, P Sitbon (2013), “Median effective dose (ED50) of paracetamol and nefopam for postoperative pain: isobolographic analysis of their antinociceptive interaction”, *Minerva Anesthesiol*, 79 (3): 232. □

\*\*\*\*\*

## KHẢO SÁT MỨC ĐỘ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ VỀ HOẠT ĐỘNG CÔNG TÁC XÃ HỘI...

(Tiếp theo trang 61)

Trong nghiên cứu này, điểm trung bình hoạt động gọi điện chăm sóc sức khỏe NB sau khi trải nghiệm dịch vụ khám, chữa bệnh đạt 4,4 điểm, với tỉ lệ hài lòng, rất hài lòng đạt 82,1,1%; cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Linh (trung bình đạt 4,26 điểm). Trong khi đó, điểm trung bình hoạt động đón tiếp, chỉ dẫn, cung cấp thông tin và tiếp nhận ý kiến đóng góp, phản hồi NB, người nhà NB đạt 4,3 điểm; thấp hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Linh (trung bình đạt 4,45 điểm).

NB hài lòng hơn với hoạt động truyền thông, hướng dẫn cung cấp thông tin về chính sách, quyền lợi và nghĩa vụ của NB trong quá trình khám, chữa bệnh qua các kênh truyền thông đại chúng (như Fanpage, Facebook, radio nội bộ...), với điểm trung bình đạt 4,2 điểm. Sự hài lòng của NB về nhu cầu giáo dục sức khỏe bằng hình thức trực tuyến được đánh giá cao (trung bình đạt 4,2 điểm, cao hơn so

với năm 2019 (trung bình 4,1 điểm) [6]). Năm 2021, NB hài lòng vì được hỗ trợ cả về vật chất và tinh thần thông qua hoạt động vận động tài trợ và tổ chức sự kiện, với điểm trung bình đạt 4,4 điểm; cao hơn so với năm 2019 (4,35 điểm) [6]. Các hoạt động CTXH khác đều được NB đánh giá hài lòng (với điểm trung bình đều đạt từ 4 điểm trở lên).

### 5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu mức độ hài lòng của 384 NB điều trị nội trú về hoạt động CTXH tại Bệnh viện trung ương Quân đội 108, năm 2021, kết luận:

- Các mặt hoạt động CTXH tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 được phần lớn NB đánh giá điểm trung bình trên 4,1 điểm (từ hài lòng đến rất hài lòng), cụ thể như sau:

+ Hoạt động chỉ dẫn, tư vấn thông tin chung về khám chữa bệnh: tỉ lệ NB hài lòng, rất hài lòng đạt từ 73,0-92,9%, với điểm mức độ hài lòng trung bình từ 4,1-4,4 điểm.

+ Hoạt động truyền thông, quan hệ công chúng: tỉ lệ NB hài lòng, rất hài lòng đạt từ 69,0-73,5%, với điểm mức độ hài lòng trung bình từ 4,1-4,2 điểm.

+ Hoạt động tổ chức sự kiện, vận động tài trợ: tỉ lệ NB hài lòng, rất hài lòng đạt từ 72,5-84,0%, với điểm mức độ hài lòng trung bình từ 4,1-4,4 điểm.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Thủ tướng Chính Phủ (2010), *Đề án số 32/2010/QĐ-TTg v/v Phát triển nghề CTXH ở Việt Nam, giai đoạn 2010-2020*.

2. Bộ Nội vụ - Bộ Y Tế (2010), *Thông tư số 08/2010/TT-BNV ngày 25/8/2010 về việc ban hành chức danh, mã số ngạch viên chức CTXH*.

3. Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội (2010), *Thông tư số 34/2010/TT-BLĐTBXH ngày 8/11/2010 về việc quy định tiêu chuẩn nghiệp vụ các ngạch viên chức CTXH*.

4. Bộ Y tế (2011), *Quyết định 2514/QĐ-BYT ngày 15/7/2011 về việc phê duyệt Đề án phát triển nghề CTXH trong ngành y tế, giai đoạn 2011-2020*.

5. Bộ Y tế (2015), *Thông tư số 43/2015/TT-BYT ngày 26/11/2015 Quy định về nhiệm vụ và hình thức tổ chức thực hiện nhiệm vụ CTXH của Bệnh viện*.

6. Nguyễn Thị Thùy Linh (2020), “Đánh giá mức độ hài lòng về hoạt động CTXH của bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2019”, *Tạp chí Y dược lâm sàng 108*, Tập 15 (số 6/2020).

7. Gehlert S (2012), *Hand book of Health Social Work*, John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey. □