

MỤC LỤC
NỘI KHOA

STT	ĐỀ TÀI	Trang
1	ÁP DỤNG THANG ĐIỂM MoCA ĐÁNH GIÁ SA SÚT TRÍ TUỆ Ở NGƯỜI BỆNH SAU ĐỘT QUY NÃO TẠI KHOA THẦN KINH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG <i>Mai Nhật Quang, Phạm Thúy Ngân, Trương Văn Xưa, Trần Thị Huê</i>	16
2	ÁP DỤNG THANG ĐIỂM MORISKY ĐÁNH GIÁ SỰ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ THUỐC Ở BỆNH NHÂN PARKINSON TẠI PHÒNG KHÁM THẦN KINH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG <i>Nguyễn Duy Tân, Mai Nhật Quang, Nguyễn Thị Hằng, Lê Minh Thà</i>	23
3	ÁP DỤNG THANG ĐIỂM OSWESTRY ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NẶNG Ở BỆNH NHÂN ĐAU THẦN KINH TỌA DO THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG CÙNG <i>Trần Thanh Phong, Nguyễn Thị Hằng, Phạm Thúy Ngân, Nguyễn Thị Nga</i>	29
4	ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CÓ HẸP ĐỘNG MẠCH CẢNH TRONG ĐOẠN NGOÀI SỢ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA AN GIANG NĂM 2024 <i>Mai Nhật Quang, Lê Phước An, Nguyễn Thị Hằng, Lê Thị Nguyệt Hà</i>	35
5	ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA TĂNG ÁP LỰC Ổ BỤNG Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN LỘC MÀNG BỤNG CHU KỲ <i>Lữ Công Trung, Huỳnh Thị Mai Phan, Ngô Hoàng Anh, Nguyễn Thị Phụng</i>	41
6	ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẢN VỆ TẠI KHOA NỘI TỔNG HỢP BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG <i>Trương Văn Lâm, Trần Văn Lôi, Tô Hồng Ánh</i>	48
7	ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA PHÁC ĐỒ SOFOSBUVIR/VELPATASVIR TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM GAN C MẠN TẠI PHÒNG KHÁM TRUYỀN NHIỄM BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024 <i>Dương Quốc Hiền, Nguyễn Văn Minh, Lâm Thái Châu, Nguyễn Thị Hồng Gấm</i>	54

8	ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỬ DỤNG ĐƯỜNG VÀO ĐOẠN XA ĐỘNG MẠCH QUAY TRONG CHỤP VÀ CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG <i>Trần Văn Đẩu, Lê Đoàn Bảo Trân, Luu Nhật Toàn, Nguyễn Thị Nhỏ</i>	61
9	ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ RỐI LOẠN TRẦM CẢM CHỦ YẾU VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA TÂM THẦN-BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG <i>Nguyễn Hương Bảy, Nguyễn Thị Hoàng Oanh, Nguyễn Phước Thi, Nguyễn Đình Vũ</i>	68
10	ĐIỀU TRỊ NGỘ ĐỘC CẤP BẰNG QUẢ LỘC HẤP PHỤ HA 230 TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG <i>Phạm Ngọc Kiều, Nguyễn Huỳnh Bích Phượng, Phù Kỳ Thanh, Phan Công Thọ</i>	77
11	GIÁ TRỊ THANG ĐIỂM HESTIA VÀ SPESI TRONG DỰ ĐOÁN TỬ VONG NGẮN HẠN Ở BỆNH NHÂN THUYỀN TẮC PHỔI CẤP TẠI AN GIANG <i>Phạm Huỳnh Minh Trí, Đinh Lê Uyên Nhi, Nguyễn Phước Thịnh, Đào Minh Thông</i>	83
12	GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG CỦA THANG ĐIỂM ELAN-HF Ở NGƯỜI BỆNH SUY TIM CÓ PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM <i>Đoàn Công Du, Nguyễn Hữu Ngân, Đinh Trần Quang Thái, Nguyễn Quốc Trung</i>	91
13	GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG CỦA THÔNG SỐ CHỨC NĂNG THẤT PHẢI (TAPSE, E/E') TRÊN SIÊU ÂM DOPPLER TIM Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH CẤP ĐÃ ĐƯỢC CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA TẠI BVĐKTT AN GIANG <i>Đoàn Công Du, Trần Thị Huyền Trân, Lê Trần Xuân Phương, Bùi Thị Bé Phương</i>	100
14	HIỆU QUẢ LỌC MÁU LIÊN TỤC VỚI QUẢ OXIRIS TRONG KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP TIỀN TRIỂN Ở NGƯỜI LỚN (ARDS) TẠI KHOA HỒI SỨC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG <i>Phạm Ngọc Kiều, Nguyễn Phú Quốc, Đoàn Minh Trí, Lê Minh Tân</i>	107
15	KHẢO SÁT CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ Ở BỆNH NHÂN CHẠY THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ BẰNG CHỈ SỐ CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ PITTSBURGH <i>Huỳnh Trinh Trí, Trần Ngọc Giải, Trần Thị Phương Lan, Phan Trần Bảo duy</i>	115

16	KHẢO SÁT RỐI LOẠN CHỨC NĂNG THẤT TRÁI BẰNG SIÊU ÂM DOPPLER TIM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI KHOA NỘI TIẾT BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG <i>Nguyễn Huỳnh Nguyên, Nguyễn Thành An, Hồ Bảo Hoàng, Phan Thiên Ngân</i>	124
17	KHẢO SÁT SỬ DỤNG SGLT-2i TRÊN BỆNH NHÂN SUY TIM CẤP GIAI ĐOẠN ỔN ĐỊNH TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN TIM MẠCH AN GIANG NĂM 2023 <i>Bùi Trọng Nhân, Nguyễn Thành Tuyên, Bùi Hữu Minh Trí-BV Tim Mạch An Giang</i>	132
18	KHẢO SÁT TÁC DỤNG PHỤ CỦA CORTICOSTEROID TRONG ĐIỀU TRỊ ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHỀN MẠN TÍNH NHẬP VIỆN BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG <i>Huỳnh Thị Huyền Trang, Nguyễn Sơn Nam, Tô Hồng Ánh, Đỗ Thị Thu Thảo</i>	151
19	KHẢO SÁT TỶ LỆ ĐẠT MỤC TIÊU LDL-C VỚI STATIN TỐI ƯU TRÊN BỆNH NHÂN NGOẠI TRÚ NGUY CƠ TIM MẠCH CAO TẠI BVĐKTT AN GIANG <i>Quảng Thị Huyền Trang, Mai Thanh Bình, Đặng Văn Thạnh</i>	161
20	NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN BIẾN CHỨNG THẦN KINH NGOẠI VI DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI KHOA NỘI TIẾT BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG <i>Hồ Bảo Hoàng, Nguyễn Thành An, Nguyễn Huỳnh Nguyên, Nguyễn Thanh Hùng</i>	169
21	NGUYÊN NHÂN ĐỢT CẤP VÀ ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở BỆNH NHÂN MẮC BỆNH PHỔI TẮC NGHỀN MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG 2024 <i>Tô Hồng Ánh, Trương Văn Lâm, Ngô Thị Mộng Cầm, Dương Thị Kim Cương</i>	176
22	TẦN SUẤT VÀ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA HẠ NATRI MÁU Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN GIAI ĐOẠN 3 – 5 TẠI KHOA NỘI THẬN BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG <i>Lữ Công Trung, Huỳnh Nhật Duy Trần Ngọc Bích, Lê Thị Mãi</i>	182
23	THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TỚI TRẢI NGHIỆM CỦA NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG NĂM 2024 <i>Nguyễn Tấn Thành, Lâm Võ Hùng, Huỳnh Tuyền Khanh, Nguyễn Thị Hữu Ngọc</i>	190

24	VAI TRÒ CỦA TỶ LỆ SV2/RV3 TRÊN ĐIỆN TÂM ĐỒ TRONG CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT NGOẠI TÂM THU THẮT CÓ NGUỒN GỐC ĐƯỜNG RA THẮT PHẢI VÀ ĐƯỜNG RA THẮT TRÁI. <i>Phạm Trọng Tiến, Nguyễn Kim Chi, Nguyễn Sơn Nam, Lý Thanh Đồng</i>	198
25	YẾU TỐ TIỀN ĐOÁN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO DẪN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN TẠI KHOA NỘI TIÊU HÓA HUYẾT HỌC BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG NĂM 2024 <i>Phạm Trọng Tiến, Nguyễn Kim Chi, Nguyễn Sơn Nam, Lý Thanh Đồng</i>	2035
26	CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ LAO KHÁNG THUỐC Ở BỆNH NHÂN LAO KÈM ĐÁI THÁO ĐƯỜNG - BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG <i>Phan Thanh Dũng, Nguyễn Quang Thương, Nguyễn Hoàng Khoa, Bùi Tòng Nguyên</i>	213

NGOẠI KHOA – KHOA, PHÒNG KHÁC

STT	ĐỀ TÀI	Trang
1	ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ GIÁ TRỊ CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY TRONG CHẨN ĐOÁN VIÊM TỤY CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AG NĂM 2024 <i>Lê Tấn Đạt, Nguyễn Châu Cao Minh Lê Thị Mãi, Lê Nguyễn Huyền Trân</i>	219
2	ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TÁC ĐỘNG LÊN KẾT CỤC ĐIỀU TRỊ CỦA HỘI CHỨNG NUÔI ĂN LẠI TRÊN BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT HOẶC SỐC NHIỄM TRÙNG KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC NGOẠI KHOA BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG NĂM 2024 <i>Lê Nguyễn Quang Thái, Lê Hồ Tiến Phương, Nguyễn Trịnh Thanh Trúc, Nguyễn Duy Tân</i>	226
3	ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ÁP XE THẬN VÀ ÁP XE QUANH THẬN TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG NĂM 2024 <i>Trần Đức Anh, Trần Văn Quốc, Nguyễn Trọng Tuệ, Bùi Duy Lễ</i>	235
4	ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG VÔNG MẠC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 CÓ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI KHOA TIM MẠCH LÃO HỌC VÀ KHOA MẮT BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG <i>Lê Thị Thanh Trúc, Huỳnh Kim Bình, Phạm Huỳnh Trung Hiếu, Trần Thị Đào</i>	247
5	ĐÁNH GIÁ BIẾN CỐ BẤT LỢI LIÊN QUAN ĐẾN LINEZOLID THÔNG QUA CHƯƠNG TRÌNH QUẢN LÝ KHÁNG SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG <i>Lâm Võ Hùng, Nguyễn Minh Loan, Huỳnh Ngọc Hoàn Mỹ, Phan Huỳnh Kim Trang</i>	255
6	ĐÁNH GIÁ CÔNG TÁC BÁO CÁO SỰ CỐ Y KHOA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024 <i>Phan Văn Bé, Nguyễn Kim Chi, Trần Thị Tố Nữ, Trần Thị Kim Hoa</i>	264
7	ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ KỸ THUẬT TẠO HÌNH THÂN ĐÓT SÓNG BẰNG BƠM CEMENT SINH HỌC QUÁ DA TRONG ĐIỀU TRỊ XEP ĐÓT SÓNG DO LOÃNG XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG <i>Nguyễn Minh Tâm, Nguyễn Tấn Đạt</i>	274

8	ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG VÙNG MÁU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI BẰNG ĐINH CHÓT ĐÙI GẦN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024 <i>Nguyễn Minh Hải, Nguyễn Kim Quang, Nguyễn Huỳnh Gia Phú, Thiều Quang Bình</i>	282
9	ĐÁNH GIÁ KHẢ NĂNG PHÒNG TRÁNH ĐƯỢC CỦA PHẢN ỨNG CÓ HẠI LIÊN QUAN ĐẾN KHÁNG SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG NĂM 2024 <i>Nguyễn Minh Loan, Dương Khánh Ngọc, Lê Trần Mai Anh, Nguyễn Thuỳ Như</i>	290
10	ĐÁNH GIÁ SỰ HÀI LÒNG VỀ MÔI TRƯỜNG LÀM VIỆC CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ VÀ HIỆU QUẢ SAU CAN THIỆP TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG NĂM 2024 <i>Nguyễn Như Nguyễn, Ngô Quốc Tuấn, Phạm Ngọc Trân, Nguyễn Thị Ngọc Hạnh</i>	302
11	ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG CÔNG TÁC ĐÁU THẦU THUỐC CẤP ĐỊA PHƯƠNG QUA THỰC TIỄN THỰC HIỆN TẠI TỈNH AN GIANG <i>Nguyễn Hoàng Em, Lê Hoàng Vũ, Diệp Quốc Trung, Nguyễn Hoàng Tấn</i>	314
12	GIÁ TRỊ CỦA ĐIỆN CƠ TRONG CHẨN ĐOÁN BIẾN CHỨNG THẦN KINH NGOẠI BIÊN TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG NĂM 2024 <i>Nguyễn Thị Nhiệm, Trần Thế Hải, Nguyễn Thiện Tuấn, Võ Văn Để</i>	322
13	HIỆU QUẢ CỦA VẬT LÝ TRỊ LIỆU TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM GÂN CƠ CHÓP XOAY TẠI KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN - PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG NĂM 2024 <i>Đỗ Đức Trí, Nguyễn Thị Ngọc Hà, Trần Ngọc Minh Thư</i>	330
14	KẾT QUẢ DẪN LƯU TÚI MẬT XUYÊN GAN QUA DA DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG <i>Nguyễn Thành Phúc, Lê Minh Đạt, Nguyễn Hữu Tính, Nguyễn Phú Cường</i>	339
15	KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT UNG THƯ DA VÙNG MẶT VÀ TẠO HÌNH BẰNG VẬT DA TẠI CHỖ <i>Lâm Quốc Thắng, Đoàn Xuân Vũ, Dương Văn Ninh, Phạm Mỹ Nhân</i>	349

16	KHẢO SÁT HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU BẰNG THUỐC TẠO HỒNG CẦU TRÊN BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI ĐANG LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG <i>Cao Thị Trường Giang, Đinh Thị Thùy Trang, Nguyễn Duy Toàn, Nguyễn Thị Thanh Kiều</i>	357
17	KHẢO SÁT HÌNH ẢNH ĐỘNG MẠCH SÀNG TRƯỚC VÀ ĐỘNG MẠCH SÀNG SAU TRÊN CT SCAN MŨI XOANG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG <i>Ngô Vương Mỹ Nhân, Phùng Khánh Quyên Phạm Thị Ánh Ngọc, Nguyễn Xuân Nguyễn</i>	364
18	KHẢO SÁT KIẾN THỨC CỦA ĐIỀU DƯỠNG VỀ QUY TRÌNH KỸ THUẬT HÚT ĐÀM HỎ TRÊN BỆNH NHÂN THỞ MÁY TẠI BVĐKTT AN GIANG NĂM 2024 <i>Trần Văn Lôi, Tạ Hoàng Thanh Phụng, Chung Trần Phan, Võ Thị Kim Thoa</i>	375
19	KHẢO SÁT SỬ DỤNG THUỐC CHỐNG VIÊM KHÔNG STEROID TRÊN BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP GỐI ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024 <i>Lý Quốc Quân, Võ Kim Nguyên, Nguyễn Thị Bích Tuyền, Trầm Quang Vinh</i>	382
20	KHẢO SÁT SỬ DỤNG THUỐC ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP VÀ TUẦN THỦ ĐIỀU TRỊ TRÊN BỆNH NHÂN NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG <i>Nguyễn Hà Thục Vân, Nguyễn Thiện Tuấn, Ngô Thị Kiều Dung Nguyễn Thị Kim Đào</i>	391
21	KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG KHÁNG KHÁNG SINH NHÓM BETA-LACTAM CỦA VI KHUẨN ĐƯỜNG RUỘT PHÂN LẬP TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG GIAI ĐOẠN 2022-2024 <i>Nguyễn Thị Minh Hiếu, Phạm Thanh Trúc, Nguyễn Thị Kim Hường, Nguyễn Ngọc Thiên Hương</i>	401
22	KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG TRUYỀN MÁU VÀ CHẾ PHẨM MÁU 6 THÁNG ĐẦU NĂM 2024 TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG <i>Nguyễn Thị Minh Hiếu, Lê Phước Lộc, Phạm Lê Thị Kim Anh, Lê Ngọc Trọng</i>	411
23	KHẢO SÁT VÀ ĐÁNH GIÁ THÓI QUEN, MỨC ĐỘ QUAN TÂM CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ VỀ AN TOÀN BẢO MẬT THÔNG TIN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024 <i>Phan Văn Đức Bảo, Chung Trần Phan, Hà Thị Nhứt Tâm, Nguyễn Hữu Thoại</i>	421

24	NGHIÊN CỨU BIẾN ĐỔI HÌNH THÁI VÀ CHỨC NĂNG ĐỘNG MẠCH CẢNH NGOÀI SỌ BẰNG SIÊU ÂM DOPPLER Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG NĂM 2024 <i>Nguyễn Ngọc Hải Thảo, Nguyễn Ngọc Bích Huyền, Lê Thị Cẩm Duyên, Trần Vận Thông</i>	426
25	NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẢN VỆ TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG 2024 <i>Cao Hồng Liên Phương, Trần Vũ Linh Nguyễn Thanh Tuấn, Huỳnh Kim Lan Anh</i>	434
26	NGHIÊN CỨU ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA VI KHUẨN TRÊN BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG TỪ THÁNG 01 NĂM 2024 ĐẾN THÁNG 06 NĂM 2024 <i>Nguyễn Thị Xuân, Nguyễn Thị Thúy Hồng, Võ Thị Mỹ Hạnh, Châu Ngọc Thanh Trúc</i>	442
27	NHÂN 1 TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP: NANG THUỖNG BÌ PHÚC MẠC (EPIDERMOID CYST) TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG <i>Trần Nguyễn Quang Trung</i>	452
28	SO SÁNH CHẤT LƯỢNG TỈNH-MÊ CỦA DESFLURANE VÀ SEVOFLURANE TRONG TÁN SỎI NIỆU QUẢN NỘI SOI <i>Nguyễn Thị Kim Loan, Trương Triều Phong, Nguyễn Thái Phương Trang, Bùi Thị Khánh Hòa</i>	458
29	SO SÁNH ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ VIÊM MÔ TẾ BÀO VÙNG HÀM MẶT DO RĂNG Ở BỆNH NHÂN CÓ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VÀ KHÔNG CÓ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG Ở KHOA RĂNG HÀM MẶT BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG <i>Trần Thị Thủy Tiên, Trần Phạm Trà My, Mai Ngọc Hiếu, Bùi Thanh Nghị</i>	467
30	THÁI ĐỘ ỨNG XỬ VÀ NĂNG LỰC CHUYÊN MÔN CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TỪ GÓC ĐỘ NGƯỜI BỆNH TẠI MỘT SỐ KHOA CỦA BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG <i>Phan Văn Bé, Nguyễn Thị Phi Yến, Trần Ngọc Hiền, Trần Nguyễn Gia Uyên</i>	475
31	THỰC TRẠNG ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA VI KHUẨN GÂY NHIỄM KHUẨN Ổ BỤNG TẠI KHOA NGOẠI TỔNG HỢP - BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024 <i>Lê Huy Cường, Hồ Nguyễn Hoàng, Trần Nguyễn Quang Trung, Đặng Hoàn Nhân</i>	483

32	THỰC TRẠNG ĐIỀU KIỆN LAO ĐỘNG ẢNH HƯỞNG ĐẾN TÌNH TRẠNG SỨC KHOẺ NHÂN VIÊN Y TẾ VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024 <i>Phạm Thị Huệ, Nguyễn Thị Phương Linh, Lê Văn Danh, Nguyễn Ngọc Thanh Mai</i>	495
33	THỰC TRẠNG TUÂN THỦ QUY TRÌNH KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI PHÒNG KHÁM RĂNG HÀM MẶT BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024 <i>Phạm Hòa Lợi, Nguyễn Thị Nhiệm, Trần Thanh Tâm, Phạm Thị Thu Huyền</i>	504

ĐỀ TÀI ĐIỀU DƯỠNG

STT	ĐỀ TÀI	Trang
1	ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH HIV ĐANG ĐIỀU TRỊ ARV BẰNG BỘ CÔNG CỤ EQ-5D-5L TẠI KHOA TRUYỀN NHIỄM BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024 <i>Phạm Hữu Kiệt, Dương Quốc Hiền Võ Thị Kim Oanh, Lê Âu Mỹ Trang</i>	512
2	ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH MẠN SAU CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA TẠI AN GIANG <i>Nguyễn Trọng Nhân, Nguyễn Thị Bích Ngọc, Đặng Ngọc Phương Uyên, Phan Thị Bích Tuyền</i>	522
3	ĐÁNH GIÁ CÔNG TÁC CHĂM SÓC CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRÊN NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU NÃO CẤP TRONG 3 GIỜ ĐẦU ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TIÊU SỢI HUYẾT TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024 <i>Phan Huỳnh Minh Thư, Huỳnh Ngọc Nhân, Ôn Thị Tuyết Mai, Bùi Lê Huy Hoàng</i>	531
4	ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT DẪN LƯU MÀNG PHỔI TẠI KHOA NGOẠI THẦN KINH LỒNG NGỰC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023-2024 <i>Võ Ngọc Toàn, Trần Phương Minh Nguyễn Thị Ngọc Lam, Trương Thoại Kim</i>	539
5	ĐÁNH GIÁ QUY TRÌNH GHI CHÉP HỒ SƠ BỆNH ÁN CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRƯỚC VÀ SAU CAN THIỆP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG 2024 <i>Phan Đăng Khoa, Trần Hoàng Thông, Nguyễn Thị Bích Tuyền, Lê Thị Kim Hồng</i>	547
6	ĐÁNH GIÁ THỰC HÀNH SỬ DỤNG GĂNG TAY VÀ KHẨU TRANG CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI 02 KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN <i>Nguyễn Duy Tân, Nguyễn Văn Khoa, Lê Thị Tuyết Anh, Nguyễn Thị Lê Hằng</i>	558
7	ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG VỀ TIÊM AN TOÀN CỦA ĐIỀU DƯỠNG VIÊN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024 <i>Nguyễn Thụy Kim Hoàng, Phan Đăng Khoa, Nguyễn Anh Tuấn, Ngô Thị Mộng Cầm</i>	566

8	ĐÁNH GIÁ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ THUỐC THEO THANG ĐIỂM MORISKY-8 VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI KHOA NỘI A BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024 <i>Trương Hồng Nhật, Trình Thị Tây Nam, La Thị Thúy Hằng, Trần Duy Linh</i>	577
9	HIỆU QUẢ PHƯƠNG PHÁP NUÔI ĂN QUA ỐNG THÔNG DẠ DÀY BẰNG MÁY TRUYỀN DỊCH TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC NGOẠI KHOA <i>Trần Thị Bé Thì, Nguyễn Minh Trí, Nguyễn Hồng Quỳnh, Huỳnh Thị Cẩm</i>	584
10	KHẢO SÁT KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH PHÒNG TÁI PHÁT CỦA NGƯỜI BỆNH VIÊM TỤY CẤP TẠI KHOA NỘI TIÊU HOÁ HUYẾT HỌC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024 <i>Bùi Thị Thanh Trúc, Bùi Thị Thuý Vi, Trần Phú Giàu, Huỳnh Thị Diệu Hiền</i>	591
11	KHẢO SÁT SỰ HÀI LÒNG CỦA BỆNH NHÂN VÀ THÂN NHÂN ĐỐI VỚI SỰ PHỤC VỤ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI KHOA TIM MẠCH LÃO HỌC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024 <i>Phan Thị Mỹ Nhân, Đỗ Thị Ngọc Thường</i>	601
12	KHẢO SÁT THỰC TRẠNG TUÂN THỦ QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU DƯỠNG CƠ BẢN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024 <i>Phan Đăng Khoa, Võ Thị Kim Thoa, Trần Hoàng Thông, Nguyễn Thị Bích Tuyền</i>	609
13	THỰC TRẠNG CHĂM SÓC VẾT MỔ NHIỄM KHUẨN CỦA ĐIỀU DƯỠNG KHỎI NGOẠI - BỆNH VIỆN ĐA KHOA TT AN GIANG 2024 <i>Phạm Hoàng Nam, Trần Nguyễn Quang Trung Hà Thị Minh Thư, Phạm Mỹ Tuyết Phương</i>	619
14	THỰC TRẠNG LOÉT TỖ ĐÈ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN NGƯỜI BỆNH HÔN MÊ TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG <i>Nguyễn Văn Tuấn, Đoàn Thị Thu Trang, Quách Thị Bé Bảy, Lý Băng Tâm</i>	628
15	THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN NĂNG LỰC QUẢN LÝ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRƯỞNG CÁC KHOA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024 <i>Võ Thị Kim Thoa, Phan Đăng Khoa, Đỗ Minh Thái, Nguyễn Thụy Kim Hoàng</i>	636

16	YẾU TỐ NGUY CƠ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG TẠI KHOA NỘI TIÊU HÓA HUYẾT HỌC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024 <i>Nguyễn Thị Diệp Trinh, Trần Thị Yến Nhi Trần Thị Thúy Quyên, Bùi Ngọc Đăng Khoa</i>	647

SÁNG KIẾN

STT	ĐỀ TÀI	Trang
1	SÁNG KIẾN CẢI TIẾN CHẾ LẠI BỘ DÂY ĐIỆN CỰC MÁY HOLTER ECG <i>Tô Hiếu Nghĩa</i>	656
2	SÁNG KIẾN CẢI TIẾN KHO LỄ VẬT TƯ Y TẾ, TRANG THIẾT BỊ Y TẾ THEO PHƯƠNG PHÁP 5S TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG <i>Ngô Thị Lệ Hằng</i>	659
3	SÁNG KIẾN CẢI TIẾN QUY TRÌNH CHO SỐ THỨ TỰ VÀ TIẾP NHẬN BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM, ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI KHOA KHÁM BỆNH BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG <i>Nguyễn Thị Phi Yến</i>	663
4	SÁNG KIẾN CHỐNG NGHỆT LAVABO BẰNG NẮP CHAI NƯỚC SUỐI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG <i>Đỗ Minh Thái</i>	670
5	SÁNG KIẾN ĐẨY MẠNH ỨNG DỤNG CHỮ KÝ SỐ TRONG VIỆC GỬI NHẬN VĂN BẢN TẠI PHÒNG VẬT TƯ – TRANG THIẾT BỊ Y TẾ BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG <i>Lý Quốc Quân</i>	675
6	SÁNG KIẾN DỤNG CỤ BẢO VỆ NIÊM MẠC KHI LẤY DỊ VẬT DẠ DÂY, THỰC QUẢN <i>Hồ Hiền Sang</i>	681
7	SÁNG KIẾN GIẢI PHÁP NÂNG CAO HIỆU QUẢ VÀ CHẤT LƯỢNG QUẢN LÝ CƠ SỞ TỬ TRỰC THÔNG QUA ỨNG DỤNG CÁC PHẦN MỀM HỖ TRỢ TRỰC TUYẾN <i>Lý Quốc Quân</i>	688
8	SÁNG KIẾN SÁNG KIẾN ỨNG DỤNG GOOGLE FORM TRONG GIÁM SÁT TUÂN THỦ VỆ SINH TAY <i>Trần Thanh Tâm</i>	696
9	SÁNG KIẾN SỬ DỤNG PHẦN MỀM QUẢN LÝ THIẾT BỊ SỬA CHỮA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG <i>Đặng Quang Lãm</i>	702
10	SÁNG KIẾN SỬ DỤNG TỐI ĐA KHÍ OXY HÓA LỎNG <i>Nguyễn Quang Trình</i>	706
11	SÁNG KIẾN THAY THẾ NÚM XOAY CÀI ĐẶT THÔNG SỐ MÁY BƠM TIÊM ĐIỆN HIỆU TERUMO <i>Nguyễn Phước Thiện</i>	710
12	SÁNG KIẾN THIẾT KẾ PHẦN MỀM ĐĂNG KÝ TÁI KHÁM VÀ ĐĂNG KÝ KHÁM BỆNH TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG TRÊN THIẾT BỊ KIOSK <i>Trần Phước Hiển</i>	713

13	SÁNG KIẾN PHẦN MỀM TRA CỨU THÔNG TIN BẢO HIỂM Y TẾ THÔNG QUA CỔNG THÔNG TIN BẢO HIỂM XÃ HỘI QUỐC GIA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG <i>Trần Hoàng Thông</i>	717
14	SÁNG KIẾN TRA CỨU LỊCH TRỰC VÀ TÍCH HỢP TIỆN ÍCH NHẮC NHỞ NGÀY TRỰC VÀO PHẦN MỀM GOOGLE CALENDAR TRÊN SMARTPHONE <i>Phan Thị Tâm Như</i>	722
15	SÁNG KIẾN ỨNG DỤNG CHƯƠNG TRÌNH QUẢN LÝ XE TRONG CÔNG TÁC LẬP BÁO CÁO XE CHUYỂN BỆNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG <i>Nguyễn Thị Hồng Hạnh</i>	726
16	SÁNG KIẾN ỨNG DỤNG CÔNG CỤ GOOGLE SHEETS ĐỂ THEO DÕI CÔNG TÁC SINH HOẠT CHUYÊN MÔN ĐIỀU DƯỠNG TẠI CÁC KHOA LÂM SÀNG BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG <i>Nguyễn Thụy Kim Hoàng</i>	731
17	SÁNG KIẾN ỨNG DỤNG SỐ HÓA TRONG PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH THƯỜNG GẶP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG <i>Phan Đăng Khoa</i>	737
18	SÁNG KIẾN ỨNG DỤNG HỆ THỐNG CỘT TREO VẠN KÉO SƯỜN TỰ ĐỘNG TRONG PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG <i>Lê Huy Cường</i>	742

NỘI KHOA

ÁP DỤNG THANG ĐIỂM MoCA ĐÁNH GIÁ SA SÚT TRÍ TUỆ Ở NGƯỜI BỆNH SAU ĐỘT QUY NÃO TẠI KHOA THẦN KINH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Mai Nhật Quang, Phạm Thúy Ngân,
Trương Văn Xưa, Trần Thị Huê

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sút trí tuệ thường gặp sau đột quy, đặc biệt là trong năm đầu tiên và dao động từ nhẹ đến nặng. Ngày nay, chất lượng cuộc sống ngày càng được nâng cao, do vậy chúng ta cần có kế hoạch chăm sóc toàn diện bệnh nhân sau đột quy trong có sa sút trí tuệ. Chúng tôi áp dụng thang điểm MoCA để đánh giá mức độ sa sút trí tuệ ở bệnh nhân sau đột quy não vào thời điểm 3 tháng sau khi xuất viện giúp chăm sóc bệnh nhân đột quy tốt hơn.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu cắt ngang, đối tượng nghiên cứu các bệnh nhân tai biến mạch máu não tái khám tại khoa thần kinh Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang từ 1/2024 đến 09/2024.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi chọn được 49 bệnh nhân thỏa điều kiện nghiên cứu: Tuổi trung bình $63,45 \pm 12,17$ tuổi, Điểm MoCA trung bình $21,14 \pm 5,25$ điểm. Các bệnh nhân có trình độ mù chữ chiếm 16,3%, trình độ văn hóa cấp 1 chiếm 38,8%, trình độ văn hóa cấp 2 chiếm 28,6%, trình độ văn hóa cấp 3 và trên cấp 3 chiếm 8,2%.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ sa sút trí tuệ ở các bệnh nhân tai biến mạch máu não tại khoa thần kinh bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang bằng thang điểm MoCA chiếm 65,3%, có mối liên quan giữa điểm MoCA và trình độ học vấn của bệnh nhân.

ABSTRACTS

APPLYING THE MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MoCA) TO ASSESS DEMENTIA IN PATIENTS AFTER CEREBRAL STROKE AT THE NEUROLOGY DEPARTMENT OF AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Background: Dementia is common after stroke, especially in the first year and ranges from mild to severe. Nowadays, the quality of life is improved, so that we need a comprehensive care plan for stroke patients with dementia. We apply the MoCA scale to assess the level of dementia in stroke patients at 3 months after discharge from the hospital to help provide better care for stroke patients.

Patients and methods: Cross-sectional study design including 49 persons who admitted to An giang hospital from February 1st 2024 to September 30th 2024.

Results: We selected 49 patients (33 ischemic and 16 haemorrhage strokes) who met the study conditions: Average age 63.45 ± 12.17 years old, Average MoCA score 21.14 ± 5.25 points. 16.3% of patients were illiterate, 38.8% had primary education, 28.6% had secondary education, 8.2% had high school education and above.

Conclusion: The rate of dementia in patients with cerebral stroke at the neurology department of An Giang central general hospital using the MoCA scale is 65.3%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sút trí tuệ thường gặp sau đột quy, đặc biệt là trong năm đầu tiên và dao động từ nhẹ đến nặng. Mặc dù suy giảm nhận thức có thể hồi phục trong một số trường hợp sớm sau đột quy, nhưng có tới một phần ba số người bị đột quy sẽ phát triển chứng mất trí trong vòng 5 năm. Ngày nay, chất lượng cuộc sống ngày càng được nâng cao, do vậy chúng ta cần có kế hoạch chăm sóc toàn diện bệnh nhân sau đột quy. Thang điểm MoCA có độ nhạy cao với sa sút

trí tuệ, chúng tôi áp dụng thang điểm này để đánh giá mức độ sa sút trí tuệ ở bệnh nhân sau đột quỵ não vào thời điểm 3 tháng sau khi xuất viện.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Cắt ngang mô tả

Cỡ mẫu: 49 bệnh nhân.

Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân có tiền căn đột quỵ não ở thời điểm 3 tháng sau khi ra viện và bệnh nhân đồng ý nghiên cứu.

Địa điểm: Khoa thần kinh bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

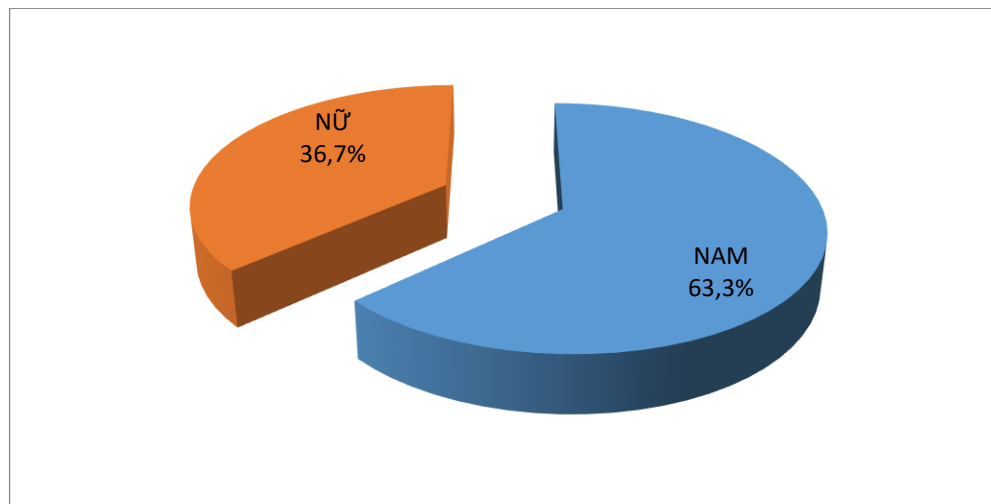
Cách tiến hành: Thu thập số liệu bằng bộ câu hỏi đánh giá thang điểm MoCA.

Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 22.0

Đo lường các biến: tuổi, giới, tiền căn tăng huyết áp, đái tháo đường, nhồi máu não, xuất huyết não.

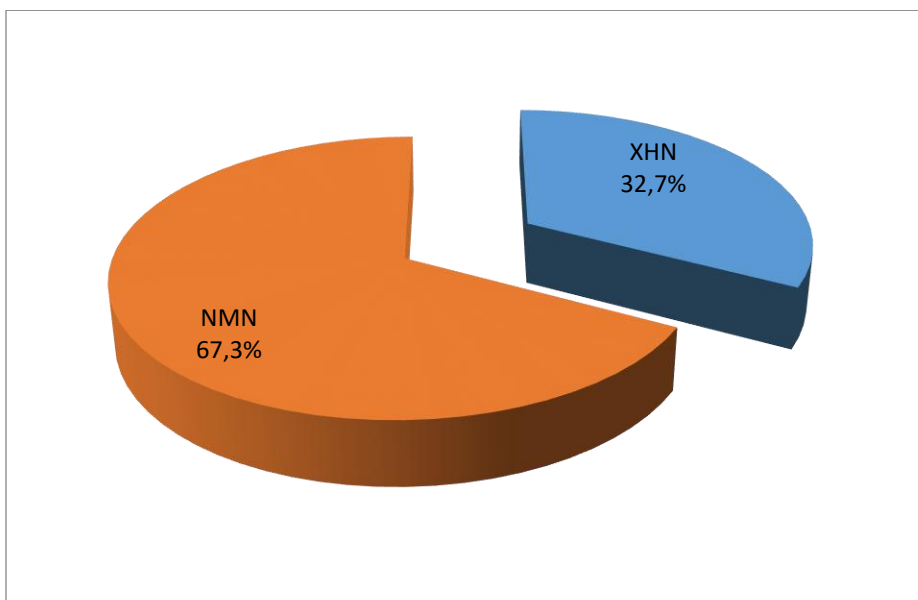
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 49 bệnh nhân tai biến mạch máu não, chúng tôi thu được kết quả như sau: Tuổi trung bình $63,45 \pm 12,17$ tuổi, Điểm MoCA trung bình $21,14 \pm 5,25$ điểm (9-30)



Hình 3.1 giới tính

Nhận xét: Giới nữ chiếm 36,7%, giới nam chiếm 63,3%



Hình 3.2 Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân

Nhận xét: Nhồi máu não chiếm 67,3%, xuất huyết não chiếm 32,7%.

Bảng 3.1 trình độ học vấn của các bệnh nhân

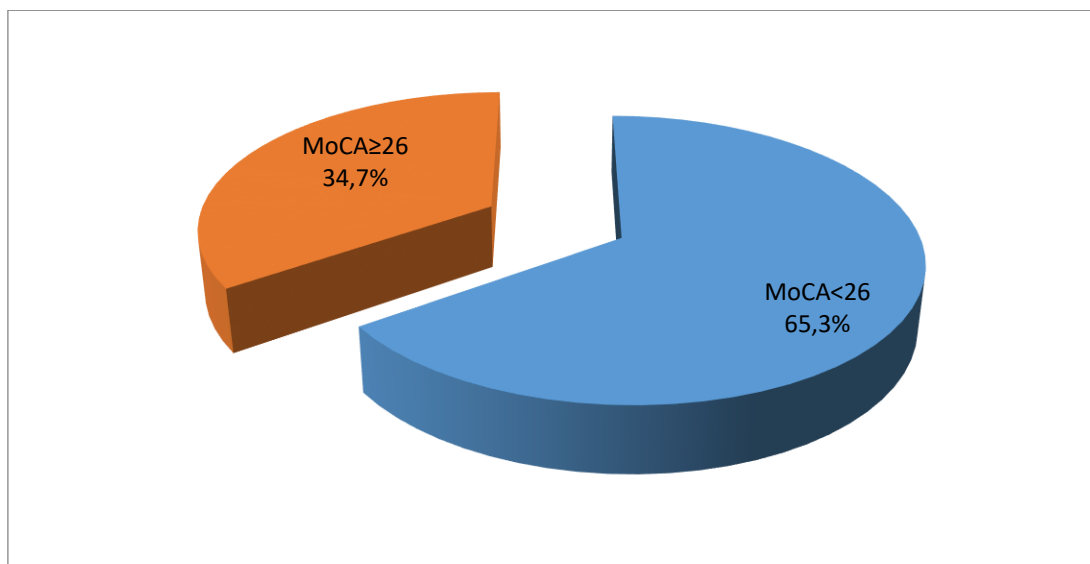
Học vấn	n	%
Mù chữ	8	16,3%
Cấp 1	19	38,8%
Cấp 2	14	28,6%
Cấp 3	4	8,2%
Cao đẳng-Đại học	4	8,2%

Nhận xét: Trình độ học vấn mù chữ chiếm 16,3%, cấp 1 chiếm 38,8%

Bảng 3.2 Các bệnh lý đi kèm

Bệnh đi kèm	n	%
Bệnh tim mạch	33	67,3%
Bệnh nội tiết đi kèm	32	65,3%

Nhận xét: Các bệnh nhân có bệnh tim mạch đi kèm chiếm 67,3%, các bệnh nhân có bệnh nội tiết đi kèm chiếm 65,3%.



Hình 3.3 Điểm MoCA trong nghiên cứu

Nhận xét: Các bệnh nhân có điểm MoCA < 26 điểm chiếm 65,3%.

Bảng 3.3 Mối liên quan giữa điểm MoCA và giới

Điểm MoCA	Giới		p
	Nam	Nữ	
<26	18	14	0,2
≥26	13	4	
Tổng	31	18	

Nhận xét: không có mối liên quan giữa điểm MoCA và giới tính với $p=0,2$.

Bảng 3.4 Mối quan hệ giữa tuổi và MoCA

Điểm MoCA	Tuổi	p
<26	65,16±11,69	0,2
≥26	60,24±12,76	

Nhận xét: không có mối liên quan giữa tuổi trung bình của bệnh nhân và điểm MoCA với $p=0,2$.

Bảng 3.5 Mối liên quan giữa điểm MoCA và bệnh nhân

Điểm MoCA	Bệnh nhân		p
	NMN	XHN	
<26	21	11	0,7
≥26	12	5	
Tổng	33	16	

Nhận xét: không có sự khác biệt giữa các bệnh nhân và điểm MoCA với $p=0,7$.

Bảng 3.6 Mối quan hệ giữa học vấn và điểm MoCA

Học vấn	Điểm MoCA		p
	<26	≥26	
Mù chữ	7	1	0,003
Cấp 1	16	3	
Cấp 2	6	8	
Cấp 3	3	1	
Cao đẳng- đại học	0	4	

Nhận xét: có mối liên quan giữa điểm MoCA và trình độ học vấn với $p=0,03$.

IV BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình $63,45 \pm 12,17$ tuổi, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đình Toàn tuổi trung bình $65,57 \pm 13,38$ tuổi[1]. Nghiên cứu của tác giả Cumming TB và cộng sự $70,61 \pm 12,83$ tuổi[2]. Tuổi trung bình ở nhóm bệnh nhân có điểm MoCA dưới 26 điểm là $65,16 \pm 11,69$ tuổi, tuổi trung bình ở nhóm bệnh nhân có điểm MoCA ≥ 26 điểm là $60,24 \pm 12,76$ tuổi, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p=0,2$. Nghiên cứu của tác giả Einstad MS và cộng sự trên 567 bệnh nhân đột quỵ cho thấy tuổi trung bình $72,2 \pm 11,7$ tuổi[3]. Nghiên cứu của tác giả Abdullah A tuổi trung bình $55,16 \pm 10,01$ tuổi. Nghiên cứu của tác giả Thomas AS và cộng sự tuổi trung bình $67,67 \pm 7,18$ tuổi[6]. Nghiên cứu của tác giả Lo JW và cộng sự trên 3.146 bệnh nhân đột quỵ não cho thấy tuổi trung bình $67,7 \pm 10,5$ tuổi[5]. Giới: trong nghiên cứu của chúng tôi giới nam 31/49 chiếm 63,3%, nữ 18/49 chiếm 36,7%, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đình Toàn và cộng sự giới nam chiếm 54,4%, giới nữ chiếm 45,6%[1]. Nghiên cứu của tác giả Einstad MS và cộng sự trên 567 bệnh nhân đột quỵ cho thấy giới nữ chiếm 42,7%[3]. Nghiên cứu của tác giả Thomas AS và cộng sự giới nam chiếm 64,3%, giới nữ chiếm 35,7%[6]. Nghiên cứu của tác giả Lo JW và cộng sự trên 3146 bệnh nhân đột quỵ não cho thấy giới nữ chiếm 37%[5].

Nghiên cứu này các bệnh nhân nhồi máu não 33/49 chiếm 67,3%, xuất huyết não 16/49 chiếm 32,7%. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đình Toàn nhóm bệnh nhân nhồi máu não chiếm 55,5%, nhóm bệnh nhân xuất huyết não chiếm 44,5%[1]. Nghiên cứu của tác giả Einstad MS và cộng sự số bệnh nhân nhồi máu não chiếm 82,4%, số bệnh nhân xuất huyết não chiếm 9%[3].

Điểm MoCA trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi $21,14 \pm 5,25$ điểm, nghiên cứu của tác giả Cumming TB và cộng sự $21,1 \pm 7,5$ điểm[2]. 34,7% bệnh nhân có điểm MoCA ≥ 26 điểm. Nhóm bệnh nhân có điểm MoCA <26 điểm chiếm 65,3%, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đình Toàn là 82,2%[1]. Nghiên cứu của tác giả Jule Filler và cộng sự trong phân tích tổng hợp trên 160.783 bệnh nhân đột quỵ cho thấy ở thời điểm 3 tháng sau đột quỵ 30-40% bệnh nhân suy giảm vận động hoặc nhận thức và 20% trong số này suy giảm đồng thời vận động và nhận thức[4]. Nghiên cứu của tác giả Einstad MS và cộng sự trên 567 bệnh nhân đột quỵ cho thấy suy giảm nhận thức hoặc chức năng vận động chiếm 30% các bệnh nhân đột quỵ, trong đó tỷ lệ suy giảm đồng thời nhận thức và vận động chiếm 10 đến 23%. Nghiên cứu của tác giả Thomas AS và cộng sự cho thấy tỷ lệ suy giảm nhận thức chiếm 71,8% sau 01 tháng đột quỵ[6]. Nghiên cứu của tác giả Lo JW và cộng sự trên 3146 bệnh nhân đột quỵ não cho thấy 44% có suy giảm nhận thức sau thời gian 2-6 tháng sau đột quỵ não[5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi các bệnh nhân có trình độ mù chữ chiếm 16,3%, trình độ văn hóa cấp 1 chiếm 38,8%, trình độ văn hóa cấp 2 chiếm 28,6%, trình độ văn hóa cấp 3 và trên cấp 3 chiếm 8,2%. Nghiên cứu của tác giả Einstad MS và cộng sự số bệnh nhân có trình độ từ trung học cơ sở chiếm 74,8%[3]. Nghiên cứu của tác giả Thomas AS và cộng sự trình độ học vấn mù chữ hoặc tiểu học chiếm 71,4%, trung học cơ sở hoặc trung học phổ thông chiếm 20,2%[6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi các bệnh lý đi kèm như bệnh tim mạch chiếm 67,3%, bệnh lý nội tiết chiếm 65,3%. Nghiên cứu chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa trình độ học vấn và điểm MoCA ở thời điểm 3 tháng với $p=0,03$. Nghiên cứu của tác giả Jule Filler và cộng sự trong phân tích tổng hợp trên 160.783 bệnh nhân đột quỵ cho thấy các yếu tố nguy cơ mạnh đối với suy giảm nhận thức sau đột quỵ bao gồm: tiền căn đái tháo đường, tiền căn rung nhĩ, tiền căn tổn thương chất trắng từ trung bình đến nặng. Nghiên cứu của tác giả Thomas AS và cộng sự cho thấy các bệnh nhân có bệnh lý kết hợp như đái tháo đường chiếm 69%, tăng huyết áp chiếm 83,3%, rung nhĩ chiếm 9,5%[6]. Nghiên cứu của tác giả Thomas AS và cộng sự cho thấy trình độ học vấn và nghề nghiệp có liên quan đến suy giảm nhận thức sau đột quỵ. Nghiên cứu của tác giả Lo JW và cộng sự trên 3146 bệnh nhân đột quỵ não cho thấy đái tháo đường, tiền sử đột quỵ liên quan chặt chẽ đến suy giảm nhận thức[5].

V KẾT LUẬN

Tỷ lệ sa sút trí tuệ ở các bệnh nhân tai biến mạch máu não tại khoa thần kinh bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang bằng thang điểm MoCA vào thời điểm 3 tháng sau khi xuất viện là 65,3%, có mối liên quan giữa điểm MoCA và trình độ học vấn của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Toàn. Khảo sát vai trò của thang điểm MoCA trong tầm soát sa sút trí tuệ do mạch máu ở bệnh nhân tai biến mạch máu não giai đoạn bán cấp.
2. Cumming TB, Bernhardt J, Linden T. The montreal cognitive assessment: short cognitive evaluation in a large stroke trial. *Stroke*. 2011 Sep;42(9):2642-4. doi: 10.1161/STROKEAHA.111.619486. Epub 2011 Jul 14. PMID: 21757673.
3. Einstad MS, Saltvedt I, Lydersen S, et al. Associations between post-stroke motor and cognitive function: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*. 2021/02/05 2021;21(1):103. doi:10.1186/s12877-021-02055-7.
4. Filler J, Georgakis MK, Dichgans M. Risk factors for cognitive impairment and dementia after stroke: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Healthy Longev*. 2024 Jan;5(1):e31-e44. doi: 10.1016/S2666-7568(23)00217-9. Epub 2023 Dec 12. PMID: 38101426.
5. Lo JW, Crawford JD, Desmond DW. Profile of and risk factors for poststroke cognitive impairment in diverse ethnoregional groups. *Dec 10 2019*;93(24):e2257-e2271. doi:10.1212/wnl.00000000000008612.
6. Thomas AS, Viggeswarpu S, Prabhakar AT, Divya K. Prevalence and Determinants of Postischemic Stroke Cognitive Impairment in Older Persons. *Journal of the Indian Academy of Geriatrics*. 2024;20(3):100-106. doi:10.4103/jiag.jiag_37_24.

ÁP DỤNG THANG ĐIỂM MORISKY ĐÁNH GIÁ SỰ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ THUỐC Ở BỆNH NHÂN PARKINSON TẠI PHÒNG KHÁM THẦN KINH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Nguyễn Duy Tân, Mai Nhật Quang,
Nguyễn Thị Hằng, Lê Minh Thà

TÓM TẮT ĐẶT VẤN ĐỀ

Parkinson là một bệnh tiến triển mạn tính của hệ thần kinh trung ương. Người mắc bệnh Parkinson thường mắc nhiều bệnh kết hợp khác nhau nên phải uống nhiều loại thuốc và nhiều lần trong ngày do đó họ rất dễ bị quên dùng thuốc. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu áp dụng thang điểm morisky đánh giá sự tuân thủ điều trị thuốc ở bệnh nhân parkinson tại phòng khám khoa thần kinh bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh parkinson.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu cắt ngang 50 bệnh nhân parkinson, thời gian nghiên cứu từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 09 năm 2024.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 50 bệnh nhân động kinh được chọn vào mẫu nghiên cứu, tuổi trung bình các bệnh nhân nhập viện $64,8 \pm 12$ tuổi, Giới nam chiếm 56,8% nhiều hơn nữ. Tuân thủ điều trị chiếm 74,5%, tỷ lệ không tuân thủ điều trị chiếm 25,5%.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ tuân thủ điều trị chiếm 74,5%, tỷ lệ không tuân thủ điều trị chiếm 25,5%.

ABSTRACTS

APPLYING MORISKY SCALE TO ASSESS ADHERENCE TO TREATMENT IN PARKINSON'S PATIENTS AT THE NEUROLOGY CLINIC OF AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Background: Parkinson's is a chronic progressive disease of the central nervous system. People with Parkinson's often have many different diseases, so they have to take many types of medicine and many times a day. Therefore, we conducted a study to apply the Morisky scale to evaluate adherence to treatment in Parkinson's patients to improve the quality of life for Parkinson's patients.

Patients and methods: Cross-sectional study design including 50 persons who admitted to An giang hospital from February 1st 2024 to September 30th 2024.

Results: Among 50 stroke patients selected for the study sample, the average age of hospitalized patients was 64.8 ± 12 years old, males accounted for 56.8% more than females. Adherence to treatment was 74.5%, non-adherence to treatment was 25.5% in parkinson's.

Conclusion: adherence to treatment was 74.5%, non-adherence to treatment was 25.5% in parkinson's.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Parkinson là một bệnh tiến triển mạn tính của hệ thần kinh trung ương. Bệnh chủ yếu ảnh hưởng đến hệ thống vận động. Nếu không điều trị, trung bình sau 8 năm người bệnh Parkinson sẽ không tự đi lại và nằm tại giường sau 10 năm. Parkinson làm giảm chất lượng cuộc sống người bệnh và người chăm sóc. Người mắc bệnh Parkinson thường mắc nhiều bệnh kết hợp khác nhau nên phải uống nhiều loại thuốc và nhiều lần trong ngày.

Do đó, họ có thể quên uống thuốc, bỏ liều dẫn đến bệnh trở nặng hoặc biến chứng. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài áp dụng thang điểm Morisky đánh giá sự tuân thủ

điều trị thuốc ở bệnh nhân parkinson tại phòng khám thần kinh bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu cắt ngang 50 bệnh nhân parkinson, thời gian nghiên cứu từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 09 năm 2024.

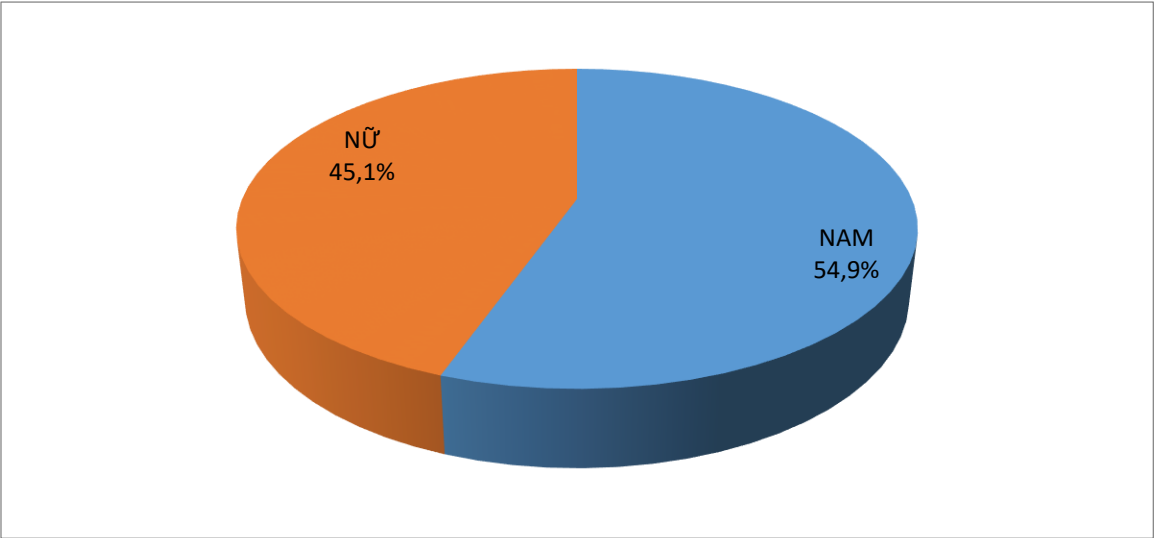
Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh Parkinson theo tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh Parkinson của Hiệp hội Bệnh Parkinson Vương Quốc Anh.

Tiêu chuẩn loại trừ: NB không đồng ý tham gia nghiên cứu

Phương pháp thu thập và phân tích số liệu: Số liệu được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn với bộ câu hỏi soạn sẵn. Số liệu được làm sạch và nhập vào phần mềm SPSS phiên bản 22.0. Phân tích thống kê mô tả, tính tần số, tỷ lệ cho biến định tính và tính trung bình, độ lệch chuẩn cho biến định lượng. Thống kê phân tích được sử dụng để xác định tỷ số chênh (OR), 95% CI. Phép kiểm định Chi bình phương (χ^2) được sử dụng để kiểm định sự khác nhau giữa các tỷ lệ. Chỉ số $p < 0,05$ là mức có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua thời gian nghiên cứu từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 09 năm 2024, chúng tôi chọn được 50 bệnh nhân thỏa điều kiện nghiên cứu với kết quả như sau:



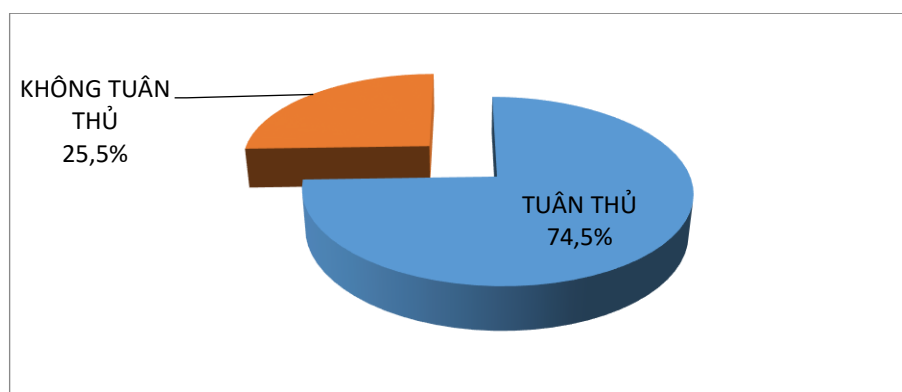
Hình 3.1 Giới tính

Nhận xét: Giới nam chiếm 54,9%, giới nữ chiếm 45,1%.

Bảng 3.1 Học vấn của các bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu

Học vấn	n	Tỷ lệ %
Cấp 1	11	21,6%
Cấp 2	19	37,3%
Cấp 3	12	23,5%
Đại học	7	13,7%
Mù chữ	2	3,9%

Nhận xét: Các bệnh nhân có trình độ học vấn cấp 2 chiếm 37,3%, các bệnh nhân có trình độ học vấn cấp 3 chiếm 23,5%.



Hình 3.2 Tuân thủ điều trị thuốc

Nhận xét: Các bệnh nhân tuân thủ điều trị thuốc chiếm 74,5%, các bệnh nhân không tuân thủ điều trị thuốc chiếm 25,5%.

Bảng 3.4 Bệnh thần kinh đi kèm

Bệnh đi kèm	n	Tỷ lệ %
Bệnh tai biến mạch máu não	7	13,7%
Bệnh nội tiết	6	11,8%
Bệnh tim mạch	30	58,8%

Nhận xét: Các bệnh lý phối hợp tai biến mạch máu não chiếm 13,7%, nội tiết chiếm 11,8%, tim mạch chiếm 58,8%.

Bảng 3.5 Các lý do ngưng thuốc

Các lý do ngưng thuốc	n	Tỷ lệ %
Quên thuốc	4/13	30,7%
Không có thuốc	6/13	46,2%
Uống thực phẩm chức năng	4/13	30,7%
Chi phí điều trị	5/13	38,5%

Nhận xét: Các lý do ngưng thuốc do quên thuốc chiếm 30,7%, do không có thuốc chiếm 46,2%, do chi phí điều trị chiếm 38,5%.

Bảng 3.6 Mối liên quan giữa giới và tuân thủ thuốc

Tuân thủ thuốc	Giới		p
	Nam	Nữ	
Tuân thủ	21	17	0,9
Không tuân thủ	7	6	
Tổng	28	23	

Nhận xét: không ghi nhận mối liên quan giữa tuân thủ điều trị và giới

Bảng 3.7 Mối liên quan giữa tuân thủ điều trị và tuổi

Tuân thủ thuốc	Tuổi	p
Tuân thủ	65,74±11,4	0,4
Không tuân thủ	62,15± 13,92	

Nhận xét: không có sự khác biệt giữa tuổi và tuân thủ điều trị

IV. BÀN LUẬN

Tuổi: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình 64,8±12 tuổi, so với nghiên cứu của tác giả Doãn Thị Huyền và cộng sự thì nhóm tuổi dưới 50 có tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc tốt hơn so với các nhóm tuổi khác[1]. Nghiên cứu của tác giả Gonzalo Sebastián Castro và cộng sự tuổi trung bình trong nghiên cứu 65,08 ± 11,37 tuổi cũng tương tự như nghiên cứu của chúng tôi[3]. Nghiên cứu của tác giả Aggarwal và cộng sự trên 134 bệnh nhân parkinson cho thấy tuổi trung bình 61,1± 10,3 tuổi[2]. Nghiên cứu của tác giả Kim SR và cộng sự trên 173 bệnh nhân parkinson cho thấy tuổi trung bình 65,8 ± 9,3 tuổi[5].

Giới: Trong nghiên cứu của chúng tôi giới nam chiếm 54,9%, giới nữ chiếm 45,1%, nghiên cứu của tác giả Doãn Thị Huyền và cộng sự tỷ lệ giới nam chiếm 44,4%, giới nữ chiếm 55,6%[1]. Nghiên cứu của tác giả Gonzalo Sebastián Castro và cộng sự nam giới chiếm 59,2%[3]. Nghiên cứu của tác giả Aggarwal và cộng sự trên 134 bệnh nhân parkinson cho thấy giới nam chiếm 58,3%, giới nữ chiếm 41,7%[2]. Nghiên cứu của tác giả Kim SR và cộng sự trên 173 bệnh nhân parkinson giới nam chiếm 53,2%, giới nữ chiếm 46,8%[5].

Tuân thủ điều trị: trong nghiên cứu của chúng tôi tuân thủ điều trị chiếm 74,5%, tỷ lệ không tuân thủ điều trị chiếm 25,5% so với nghiên cứu của tác giả Doãn Thị Huyền và cộng sự chiếm 65%[1]. Nghiên cứu của tác giả Straka I và cộng sự trên 124 bệnh nhân parkinson cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị cao chiếm 33,9%, tỷ lệ tuân thủ điều trị trung bình chiếm 29,8%, tỷ lệ tuân thủ điều trị kém chiếm 36,3%[6]. Nghiên cứu của tác giả Gonzalo Sebastián Castro trên 800 bệnh nhân parkinson cho thấy tỷ lệ không tuân thủ điều trị chiếm 58,2%[3]. Nghiên cứu của tác giả Aggarwal và cộng sự trên 134 bệnh nhân parkinson cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị cao chiếm 43,2%, tuân thủ điều trị trung bình chiếm 18,2%, tuân thủ điều trị thấp chiếm 38,6%[2]. Nghiên cứu của tác giả Kim SR và cộng sự trên

Các bệnh đi kèm: Tai biến mạch máu não 7 trường hợp chiếm 13,7%, bệnh nội tiết 6 trường hợp chiếm 11,8%, bệnh lý tim mạch 30 trường hợp chiếm 58,8%.

Các lý do ngưng thuốc: do quên uống thuốc có 4/13 trường hợp chiếm 30,7%, lý do không có thuốc 6/13 trường hợp chiếm 46,2%, lý do chi phí điều trị 5/13 trường hợp chiếm 38,5%, lý do uống thực phẩm chức năng 4/13 trường hợp chiếm 30,7%, hiện tại chưa có phương pháp điều trị đặc hiệu cho bệnh Parkinson, chính vì vậy tuân thủ điều trị đóng vai trò quan trọng để giúp giảm triệu chứng, làm chậm tiến triển bệnh và cải thiện chất lượng cuộc sống, trong đó, thuốc là một phần quan trọng trong điều trị bệnh này. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tình trạng tuân thủ điều trị của bệnh nhân Parkinson chiếm 74,5%. Vì vậy phải coi tuân thủ điều trị là vấn đề ưu tiên trong điều trị bệnh Parkinson nên cần tăng cường tư vấn hướng dẫn và có những biện pháp can thiệp cụ thể tại cộng đồng như có người nhắc, tăng cường hỗ trợ xã hội để nâng cao tuân thủ điều trị.

Nghiên cứu của tác giả Aggarwal và cộng sự trên 134 bệnh nhân parkinson cho thấy các yếu tố tuổi, giới tính, trình độ học vấn, tình trạng việc làm có ảnh hưởng lên mô hình tuân thủ điều trị ở các bệnh nhân parkinson[2].

Trong phân tích tổng hợp của tác giả Gil G và cộng sự đã xác định các yếu tố bao gồm tám thuộc tính của tác động kinh tế xã hội và tất cả chúng đều tác động tiêu cực đến việc tuân

thủ dùng thuốc của những người mắc bệnh parkinson. Yếu tố phổ biến nhất trong các nghiên cứu là trình độ học vấn thấp của bệnh nhân, tiếp theo là chi phí thuốc, thu nhập và kiến thức liên quan đến bệnh. Khác với hầu hết các nghiên cứu được chọn, một trong số chúng chứng minh sự tuân thủ không tối ưu ở những cá nhân được dùng thuốc miễn phí và một nghiên cứu khác không thể tìm thấy mối tương quan giữa sự tuân thủ không tối ưu và trình độ học vấn[4].

Nghiên cứu của tác giả Yi Zhanmiao và cộng sự trên 1712 bệnh nhân parkinson cho thấy tỷ lệ tuân thủ ở bệnh nhân Trung Quốc mắc parkinson ở mức trung bình và chủ yếu liên quan đến tuổi tác, bệnh đi kèm và chi phí chăm sóc sức khỏe[7].

V. KẾT LUẬN

Tuân thủ điều trị thuốc chiếm 74,5%, tỷ lệ không tuân thủ điều trị chiếm 25,5%, không có sự khác biệt giữa tuân thủ điều trị và giới tính và tuổi bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Doãn Thị Huyền. Tuân thủ điều trị thuốc của người bệnh parkinson điều trị ngoại trú tại bệnh viện Bạch Mai năm 2021 và một số yếu tố liên quan.
2. Aggarwal S, Paul G, Paul B S (2021). Factors Affecting Adherence to Pharmacotherapy in Parkinson's Disease. *Ann Indian Acad Neurol*, 24 (6), 879-884.
3. Castro G S, Aguilar-Alvarado C M, Zúñiga-Ramírez C (2021). Adherence to treatment in Parkinson's disease: A multicenter exploratory study with patients from six Latin American countries. *Parkinsonism Relat Disord*, 93, 1-7.
4. Gil G, Tosin MHS, Ferraz HB. The impact of the socioeconomic factor on Parkinson's disease medication adherence: a scoping review. *Arq Neuropsiquiatr*. 2024 Feb;82(2):1-8. doi: 10.1055/s-0044-1779608. Epub 2024 Feb 23. PMID: 38395420; PMCID: PMC10890916.
5. Kim S R, Kim J Y, Kim H Y (2021). Factors Associated with Medication Beliefs in Patients with Parkinson's Disease: A Cross-Sectional Study. *J Mov Disord*, 14 (2), 133-143.
6. Straka I, Minár M, Škorvánek M (2019). Adherence to Pharmacotherapy in Patients With Parkinson's Disease Taking Three and More Daily Doses of Medication. *Front Neurol*, 10, 799.
7. Yi Zhanmiao, Mao Yudan, He Chenxuan (2024). Medication adherence and costs of medical care among patients with Parkinson's disease: an observational study using electronic medical records. *BMC Public Health*, 24 (1), 1202.

ÁP DỤNG THANG ĐIỂM OSWESTRY ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NẶNG Ở BỆNH NHÂN ĐAU THẦN KINH TỌA DO THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG CÙNG

Trần Thanh Phong, Nguyễn Thị Hằng,
Phạm Thúy Ngân, Nguyễn Thị Nga.

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Áp dụng các thang điểm lâm sàng trong lượng giá mức độ nặng của đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm đã được nghiên cứu rộng rãi trên thế giới. Đối tượng và phương pháp: Gồm 64 bệnh nhân được khám lâm sàng, chụp cộng hưởng từ để chẩn đoán là thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng cùng từ 02/2024 đến 08/2024 tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. Kết quả: Đặc điểm lâm sàng của hội chứng cột sống: đau cột sống ở chiếm: 76,9%, nghiệm pháp tay đất dương tính chiếm 78,1%, dấu Schober chiếm 70,3%, co cứng cơ cạnh sống chiếm 50%. Đặc điểm lâm sàng của hội chứng rễ thần kinh thắt lưng cùng: dấu hiệu Lasègue: 89,1%, Valleix dương tính chiếm 57,8%, dấu hiệu teo cơ chiếm 7,8% và rối loạn cơ tròn chiếm 6,3%, các tỷ lệ này cao hơn nhóm không có triệu chứng ($p < 0,05$). Điểm trung bình Oswestry $25,3 \pm 8,8$ (mức độ 3 chiếm tỷ lệ nhiều: 46,9%). Kết luận: Nên áp dụng thang điểm Oswestry đánh giá mức độ nặng lâm sàng ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng cùng. Có mối tương quan chặt chẽ giữa mức độ nặng lâm sàng theo thang điểm Oswestry với MRI ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng cùng.

Từ khóa: Đau thần kinh tọa, thang điểm Oswestry (ODI), cộng hưởng từ (MRI)

ABSTRACT

Objectives: Applying clinical scales in evaluating the severity of patients with sciatica caused by spinal disc herniation has been studied in many countries. Subjects and methods: A total of 64 patients who underwent physical examination, magnetic resonance imaging for diagnosis as lumbosacral disc herniation from 02/2024 đến 08/2024 at An Giang Central General Hospital.

Results: The clinical features of lumbosacral spinal syndrome: spinal pain: 76,9%, Schober index: 70,3%, paraspinal pain: 50%. The clinical features of lumbosacral radiculopathy syndrome: Lasègue sign: 89,1%, Valleix sign: 57,8%. these ratios are higher than the no symptom group (with significance $p < 0,05$). Mean Oswestry $25,3 \pm 8,8$ (Grade 3 (46,9%) are the most common).

Conclusions: Should be apply for the Oswestry Disability Index (ODI) assess the severity of physical examination study of patients with lumbosacral disc herniation. There were significant correlate between the severity of physical examination by ODI, MRI study of patients with lumbosacral disc herniation.

Keywords: Lumbosacral disc herniation, Oswestry Disability Index (ODI), magnetic resonance imaging (MRI).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thần kinh tọa, là một bệnh lý thường gặp, với tỷ lệ gặp từ 1,6 - 4,3% dân số. Bệnh gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới, thường ở độ tuổi 30 - 50 [1]. Đau thần kinh tọa gây ảnh hưởng đến cuộc sống sinh hoạt, học, hiệu suất lao động của người bệnh và xã hội [7]. Đau thần kinh tọa có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên, trong đó thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng chiếm khoảng 90% trường hợp và cũng là nguyên nhân chính gây đau thần kinh tọa nặng, mạn tính và thường xuyên tái phát [9]. Hiện nay, chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng được xem như một phương pháp có giá trị trong hỗ trợ chẩn đoán và định hướng điều trị đau thần kinh tọa [6]. Tuy nhiên, do giá thành và các yêu cầu về cơ sở vật chất nên chụp cộng hưởng từ chưa được áp dụng rộng rãi tại các cơ sở điều trị bệnh ở nước ta. Vì vậy việc đánh giá và theo dõi trên lâm sàng vẫn là phương pháp chủ yếu trong chẩn đoán và điều trị đau thần kinh

tọa, nhất là ở các tuyến y tế cơ sở. Ở nhiều nước trên thế giới, đau thần kinh tọa thường được theo dõi và đánh giá dựa vào các thang điểm trên lâm sàng [5]. Hiện nay trên thế giới có khoảng 7 thang điểm thường được sử dụng bao gồm thang điểm Oswestry, Quebec, SF-36, thang điểm của hội chính hình Nhật Bản (JOA), thang điểm Roland - Morris, bảng lượng giá Greenough và Fraser...[2]. Ở Việt Nam, việc sử dụng các thang điểm đánh giá thần kinh tọa nói chung và thang điểm Oswestry nói riêng trên lâm sàng cũng như trong nghiên cứu còn chưa phổ biến. Vì vậy, nghiên cứu được tiến hành nhằm mục tiêu:

1. Áp dụng thang điểm Oswestry đánh giá mức độ nặng của bệnh nhân đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm.
2. Đánh giá mối liên quan giữa mức độ nặng theo thang điểm Oswestry và các yếu tố lâm sàng, cộng hưởng từ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa nội Thần kinh, bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, từ tháng 02 đến tháng 08 năm 2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân được chẩn đoán đau thần kinh tọa trên lâm sàng theo tiêu chuẩn của Koes [8] và được chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng có thoát vị đĩa đệm.
- Bệnh nhân đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đau thần kinh tọa do các nguyên nhân: ung thư, viêm đốt sống đĩa đệm: do vi khuẩn, lao; lún xẹp đốt sống; do chấn thương cột sống; đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm đã được điều trị phẫu thuật hoặc kéo giãn cột sống.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu:

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Chọn mẫu thuận tiện.

Nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm chung bệnh nhân: tuổi, giới; đặc điểm lâm sàng đau thần kinh tọa.
- Áp dụng thang điểm Oswestry đánh giá mức độ nặng của đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm.
- Đánh giá mối liên quan giữa mức độ nặng theo thang điểm Oswestry và các yếu tố lâm sàng.

2.3. Xử lý số liệu:

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ tất cả các yêu cầu về đạo đức trong nghiên cứu y sinh, được bệnh nhân chấp nhận tham gia nghiên cứu. Các thông tin về bệnh nhân được giữ bí mật. Dữ liệu thu thập chỉ phục vụ cho nghiên cứu và chẩn đoán, giúp cho việc điều trị bệnh được tốt hơn.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu

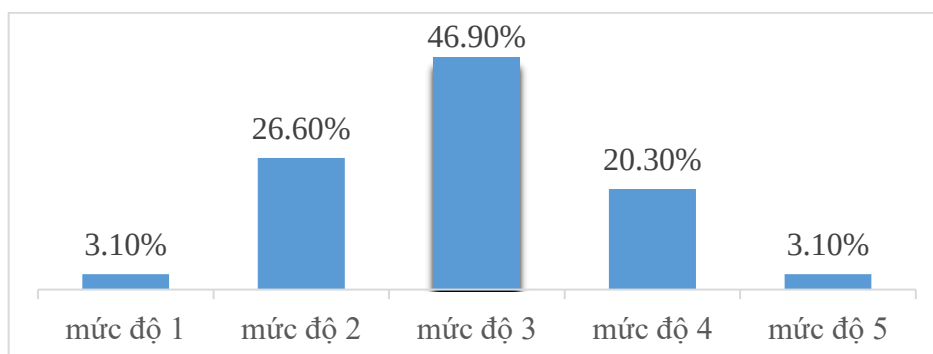
- Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là $51,5 \pm 8,5$ tuổi. Nhóm tuổi mắc cao nhất là từ 40 - 59, chiếm 75%. Bệnh nam gặp nhiều hơn ở nữ (68,8%).
- Đặc điểm lâm sàng hội chứng cột sống: Các bệnh nhân có biểu hiện đau tại cột sống chiếm 76,9%, nghiệm pháp tay đất dương tính chiếm 78,1%, chỉ số Schober dưới 4cm chiếm 70,3%, thấp nhất là co cứng cơ cạnh sống chiếm 50%.

- Đặc điểm lâm sàng hội chứng rễ thần kinh: Dấu hiệu Lasegue dương tính chiếm 89.1%, Valleix dương tính chiếm 57.8%, dấu ấn dây chằng dương tính chiếm 60,9%, rối loạn cảm giác 12,8%, ít gặp hơn là các dấu hiệu teo cơ chiếm 7,8% và rối loạn cơ tròn chiếm 6,3%.

3.2. Áp dụng thang điểm Oswestry đánh giá mức độ nặng của bệnh nhân đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm

- Mức độ nặng theo thang điểm Oswestry

Biểu đồ 3.1. Mức độ bệnh theo thang điểm Oswestry



Nhận xét: Theo thang điểm Oswestry phần lớn các bệnh nhân có mức độ nặng bệnh ở độ 3 (46,9%), sau đó là độ 2 (26,6%) và độ 4 (20,3%). Điểm trung bình Oswestry $25,3 \pm 8,8$. Sự khác biệt giữa các mức độ nặng bệnh theo thang điểm Oswestry có ý nghĩa thống kê, ($p < 0,05$).

- Thông số chi tiết của thang điểm Oswestry:

Bảng 3.1. Đánh giá mức độ nặng lâm sàng dựa vào thông số chi tiết của thang điểm Oswestry

Thông số	Xuất hiện	Điểm	Tỷ lệ %
Mức độ đau	Đau khá nhiều ở thời điểm này.	3	68,12
Chăm sóc cá nhân	Tôi cần một vài giúp đỡ nhưng thực hiện được hầu hết việc chăm sóc bản thân.	3	63,54
Nâng đồ vật	Vì đau nên không thể nâng vật nặng lên từ sàn nhà, nhưng có thể nâng được nếu vật được đặt ở vị trí thuận lợi như trên bàn	2	58,22
Đi bộ	Đau nên chỉ đi bộ được không quá 1km	2	48,61
Ngồi	Đau nên chỉ ngồi được không quá 30 phút	3	52,57
Đứng	Đau nên chỉ đứng được không quá 10 phút	4	48,16
Ngủ	Vì đau nên chỉ ngủ được ít hơn 6 giờ/ngày	2	66,18
Hoạt động tình dục	Gần như không sinh hoạt tình dục nữa vì đau	4	97,33
Hoạt động xã hội	Vì đau nên không tham gia bất cứ hoạt động xã hội nào	5	92,49
Đi du lịch	Đau nhiều nên chỉ có thể đi xa dưới 30 phút khi thật sự cần thiết	4	93,54

Nhận xét: Ở 10 tiêu chí này, thang điểm 2, 3, 4 chiếm tỷ lệ cao, . thang điểm 5 chiếm tỷ lệ thấp.

3.3. Đánh giá mối liên quan giữa thang điểm Oswestry và các yếu tố lâm sàng

Bảng 3.2. Điểm Oswestry trung bình của bệnh nhân theo các triệu chứng của hội chứng cột sống

Triệu chứng	Đặc điểm	Tỷ lệ %	X ± SD	p
Đau cột sống	Có	82,8	25,00 ± 7,74	P < 0,05
	Không	17,2	26,63 ± 13,45	
Nghiệm pháp tay đất	Không chạm	78,1	28.58 ± 6.91	P < 0,05
	Chạm	21,9	13.50 ± 2.92	
Chỉ số Schober	< 4 cm	70,3	29.20 ± 6.80	P < 0,05
	> 4 cm	29,7	16.00 ± 5.66	
Co cứng cơ cạnh sống	Co cứng	50,0	32.37 ± 5.60	P < 0,05
	Không co cứng	50,0	18.18 ± 4.90	

Nhận xét: Điểm Oswestry trung bình của nhóm bệnh nhân có triệu chứng như co cứng cơ cạnh sống, mất đường cong sinh lý, nghiệm pháp Schober dương tính, khoảng cách tay đất > 0 cm cao hơn ở nhóm không có triệu chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, p < 0,05.

Bảng 3.3. Điểm Oswestry trung bình của bệnh nhân theo các triệu chứng của hội chứng rễ thần kinh

Triệu chứng	Đặc điểm	Tỷ lệ %	X ± SD	p
Lasuge	Dương tính	89,1	27,00 ± 7,75	P < 0,05
	Âm tính	10,9	11,28 ± 2,42	
Valeix	Dương tính	57,8	31,29 ± 5,89	P < 0,05
	Âm tính	42,2	17,01 ± 4,45	
Dấu dây chuông	Dương tính	60,9	30,87 ± 6,03	P < 0,05
	Âm tính	39,1	15,56 ± 4,28	
Teo cơ	Có	7,8	41,40 ± 2,50	P < 0,05
	Không	92,2	23,91 ± 7,77	
Rối loạn cảm giác	Có	12,5	40,37 ± 2,38	P < 0,05
	Không	87,5	23,12 ± 7,16	
Phản xạ gân cơ	Giảm	9,4	41,00 ± 2,44	P < 0,05
	Bình thường	90,6	23,65 ± 7,58	
Rối loạn cơ tròn	Có	6,3	42,00 ± 2,44	P < 0,05
	Không	93,7	24,16 ± 7,95	

Nhận xét: Điểm Oswestry trung bình ở các nhóm có dấu hiệu Valleix, Lassègue, bấm chuông dương tính, rối loạn cảm giác cao hơn ở nhóm không có các triệu chứng này. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, p < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy khi lượng giá mức độ nặng của đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm theo thang điểm Oswestry thường gặp ở các mức độ sau: độ 2

(26,6%), độ 3 (46,9%), độ 4 (20,3%). Điểm trung bình Oswestry là $25,3 \pm 8,8$. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng (2014), điểm trung bình Oswestry là $53,43 \pm 10,12$ [3]. Theo chúng tôi tỷ lệ bệnh gặp ở độ 3 cao nhất vì biểu hiện lâm sàng độ 3 là các triệu chứng bộc lộ rõ, bắt đầu ảnh hưởng nhiều đến các hoạt động sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân, buộc bệnh nhân phải đến viện khám và điều trị. Trong các tiêu chí đánh giá của thang điểm Oswestry thì hoạt động đi bộ ($3,24 \pm 0,87$), nhắc đồ vật ($3,38 \pm 0,84$), đứng ($3,43 \pm 0,98$), các hoạt động xã hội ($3,6 \pm 0,97$) [4], bị ảnh hưởng cao hơn, thể hiện điểm trung bình của chỉ tiêu này cao nhất trong nhóm. Các động tác này làm gia tăng sự chèn ép của đĩa đệm bởi sự co cơ và tăng áp lực trong khoang màng cứng. Như vậy bệnh ảnh hưởng nhiều đến các hoạt động di chuyển, thay đổi tư thế và gắng sức của bệnh nhân. Tiêu chí đánh giá ít bị ảnh hưởng nhất là “ngủ”, điều này có thể giải thích ở trạng thái nằm bệnh nhân không phải chịu sức ép dồn xuống chân như khi đứng hay đi lại vì vậy giảm được sự chèn ép rễ thần kinh do đó đỡ gây ra khó chịu cho bệnh nhân. Đánh giá “khả năng tình dục” là một trở ngại lớn khi áp dụng thang điểm này ở trong nghiên cứu do tâm lý bệnh nhân ngại trả lời, và ở các bệnh nhân lớn tuổi không đánh giá được, do vậy trong nghiên cứu của chúng tôi câu hỏi này chỉ thực hiện ở 42 bệnh nhân (65,6%). Do điều kiện kinh tế của nước ta còn khó khăn, bệnh nhân không có nhu cầu đi du lịch nhất là trong lúc bị đau nên nội dung đánh giá “đi du lịch” của các bệnh nhân trong nghiên cứu này không đánh giá được. Vì vậy có thể sử dụng thang điểm Oswestry sửa đổi không lượng giá tiêu chí “đi du lịch” cho phù hợp với điều kiện kinh tế của bệnh nhân Việt Nam.

Điểm trung bình thang điểm Oswestry giữa các nhóm tuổi không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Như vậy ở các độ tuổi đều có thể gặp bệnh nhân các mức độ nặng, nhẹ khác nhau. Chúng tôi cũng không nhận thấy được mối liên quan ý nghĩa giữa mức độ bệnh ở hai giới. Ở nhóm bệnh nhân có các triệu chứng dương tính của hội chứng cột sống: co cứng cơ cạnh sống, mất đường cong sinh lý, nghiệm pháp Schober, khoảng cách tay đất thì điểm Oswestry trung bình cao hơn ở nhóm triệu chứng âm tính. Sự khác biệt về điểm trung bình giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng (2014) [3]. Bệnh nhân có các triệu chứng dương tính của hội chứng rễ thần kinh: dấu hiệu Valleix, Lassègue, bấm chuông, rối loạn cảm giác thì điểm Oswestry trung bình cao hơn ở nhóm triệu chứng âm tính. Sự khác biệt về điểm trung bình giữa hai nhóm cũng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các dấu hiệu trên lâm sàng của hai hội chứng cột sống và hội chứng rễ thần kinh là các dấu hiệu ảnh hưởng nhiều đến số điểm đánh giá theo thang điểm. Như vậy có sự phù hợp giữa mức độ nặng đánh giá theo chủ quan của bệnh nhân bằng thang điểm Oswestry và khám lâm sàng của thầy thuốc.

V. KẾT LUẬN

Mức độ bệnh theo thang điểm Oswestry chủ yếu gặp ở ba mức độ là độ 2 (26,6%), độ 3 (46,9%), độ 4 (20,3%). Điểm Oswestry trung bình là $25,3 \pm 8,8$

Điểm Oswestry trung bình cao hơn ở nhóm bệnh nhân có triệu chứng của hội chứng cột sống và một số triệu chứng của hội chứng rễ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Chương và Nguyễn Minh Hiện (2013), Nghiên cứu thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại bộ môn - khoa nội thần kinh Bệnh viện 103 - Học viện quân y và số liệu thu thập của 10 năm gần đây (2004-2013) với 4084 bệnh nhân", Y học Việt Nam. 2, tr. 132-141.
2. Nguyễn Văn Chương và Nguyễn Minh Thu (2013), "So sánh một số thang điểm lâm sàng đánh giá mức độ nặng của bệnh lý thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng", Y học Việt Nam. 412, tr. 49-57.
3. Nguyễn Văn Hùng và cộng sự (2014), Nghiên cứu mối liên quan giữa thang điểm oswestry và đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ ở bệnh nhân đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm tại khoa Cơ Xương Khớp Bệnh viện Bạch Mai năm 2014.
4. Nguyễn Tuấn Lượng và cộng sự (2018), Đánh giá mức độ nặng lâm sàng dựa vào thang điểm Oswestry ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng cùng tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2018.
5. Julie M Fritz, James J Irrgang (2001). Disability Scale Disability Questionnaire and the Oswestry Back Pain: A Comparison of a Modified Oswestry Low Back Pain. Phys Ther, 81, 776 - 788.
6. B W Koes, M W van Tulder, W C Peul (2007). Diagnosis and treatment of sciatica, Clinical Review, 334, 1313 - 1317.
7. Konstantinou K, Dunn KM (2008). Review of epidemiological studies and prevalence estimates, Spine (Phila Pa 1976) 33, 2464 - 2472.
8. Kopec JA, Esdaile JM, Abrahamowicz M et al (1995). The Oswestry Back Pain Disability Scale: measurement properties. Spine, 20(3), 341 - 352.
9. Suthar P, Patel R, Mehta C, Patel N (2015). MRI evaluation of lumbar disc degenerative disease. J Clin Diagn Res, 9(4), 4 - 9.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CÓ HẸP ĐỘNG MẠCH CẢNH TRONG ĐOẠN NGOÀI SỌ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA AN GIANG NĂM 2024

Mai Nhật Quang, Lê Phước An,
Nguyễn Thị Hằng, Lê Thị Nguyệt Hà

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu não là sự xảy ra đột ngột các thiếu sót chức năng thần kinh. Một trong những yếu tố nguy cơ chính của nhồi máu não được thống kê là do mảng xơ vữa làm cản trở dòng chảy trong lòng mạch hay huyết khối hình thành trên mảng xơ vữa bong ra gây tắc nghẽn dòng chảy ở hạ lưu. Siêu âm động mạch cảnh được xem là phương pháp chẩn đoán không xâm lấn, chi phí thấp và tính sẵn có.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Cắt ngang mô tả 141 bệnh nhân nhập viện khoa thần kinh bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang từ 1/1/2024 đến 30/09/2024.

Kết quả nghiên cứu: Tuổi trung bình $64,84 \pm 13,1$ tuổi, tỷ lệ bệnh nhân có hẹp động mạch cảnh 9/141 chiếm 6,4%. Các bệnh lý kèm theo như đái tháo đường chiếm 26,2%, tăng huyết áp chiếm 70,9%.

KẾT LUẬN: Bệnh nhân có hẹp động mạch cảnh chiếm 6,4%, chỉ số BMI có liên quan đến độ dày thành động mạch cảnh.

ABSTRACTS

CLINICAL, PARACLINIC IN PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE WITH STENOSIS OF THE EXTRACRANIAL INTERNAL CAROTID ARTERY AT THE NEUROLOGY DEPARTMENT OF AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Background: Cerebral infarction is a sudden onset of neurological deficits that is the leading cause of death worldwide. One of the main risk factors for cerebral infarction is considered to be atherosclerotic plaques that obstruct blood flow in the vessels or thrombus formation on atherosclerotic plaques that break off and block blood flow downstream. Ultrasound is considered a non-invasive, low-cost, and readily available diagnostic method.

Patients and methods: Cross-sectional study design including 141 persons who admitted to An giang hospital from February 1st 2024 to September 30th 2024.

Results: The average age was 64.84 ± 13.1 years, the proportion of patients with carotid artery stenosis was 9/141, accounting for 6.4%. Associated diseases such as diabetes accounted for 26.2%, hypertension accounted for 70.9%.

Conclusion: The rate of patients with carotid artery stenosis was 6.4%. BMI is associated with carotid artery wall thickness.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu não là sự xảy ra đột ngột với các thiếu sót chức năng thần kinh thường gây tử vong hàng đầu trên thế giới. Trên toàn cầu, nhồi máu não là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ hai trong tổng số ca tử vong và là nguyên nhân gây tử vong và tàn tật đứng hàng thứ ba vào năm 2019. Nếu không thực hiện khẩn cấp các chiến lược phòng ngừa ban đầu hiệu quả, gánh nặng đột quỵ có thể sẽ tiếp tục gia tăng trên toàn thế giới, đặc biệt là ở các nước có thu nhập thấp.

Một trong những yếu tố nguy cơ chính của nhồi máu não được thống kê là do mảng xơ vữa làm cản trở dòng chảy trong lòng mạch hay huyết khối hình thành trên mảng xơ vữa bong ra gây tắc nghẽn dòng chảy ở hạ lưu. Do đó việc phát hiện sớm và can thiệp điều trị tích cực bằng nội khoa trên những đối tượng thuộc diện nguy cơ cao của xơ vữa mạch máu được xem là một

trong những phương pháp giảm tỷ lệ tử vong được đồng thuận cao nhất. Siêu âm được xem là phương pháp chẩn đoán không xâm lấn, chi phí thấp và tính sẵn có.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: cắt ngang mô tả

Cỡ mẫu: 141 bệnh nhân

Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân nhồi máu não nhập khoa thần kinh bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang có điểm Glasgow 15 điểm, các bệnh nhân này có sức cơ từ 3/5-4/5.

Địa điểm: Khoa thần kinh bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

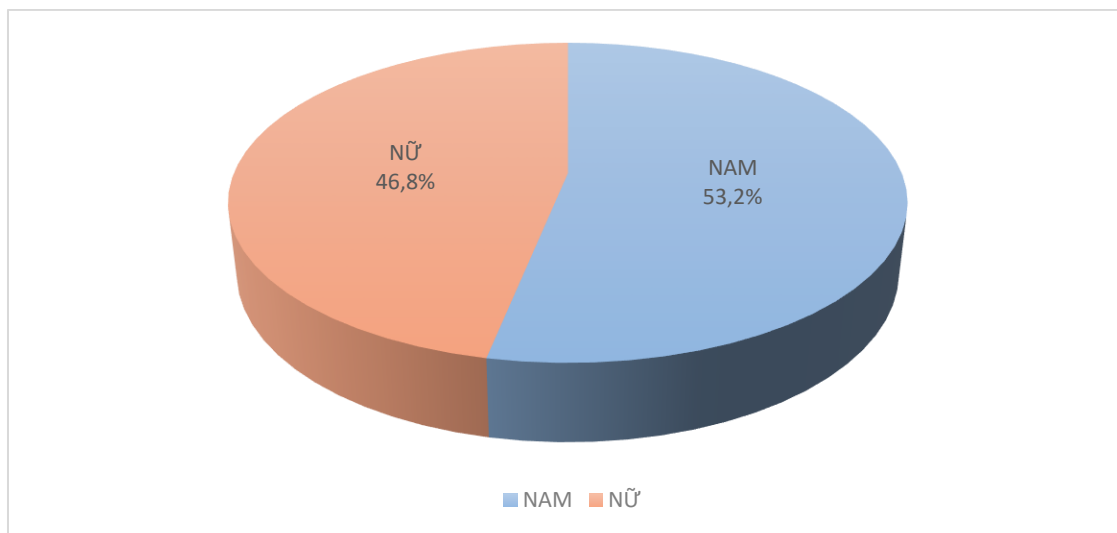
Cách tiến hành: Thu thập số liệu bằng bộ câu hỏi soạn sẵn.

Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 22.0

Đo lường các biến: tuổi, giới, tiền căn tăng huyết áp, đái tháo đường, chiều cao, cân nặng, nhồi máu não.

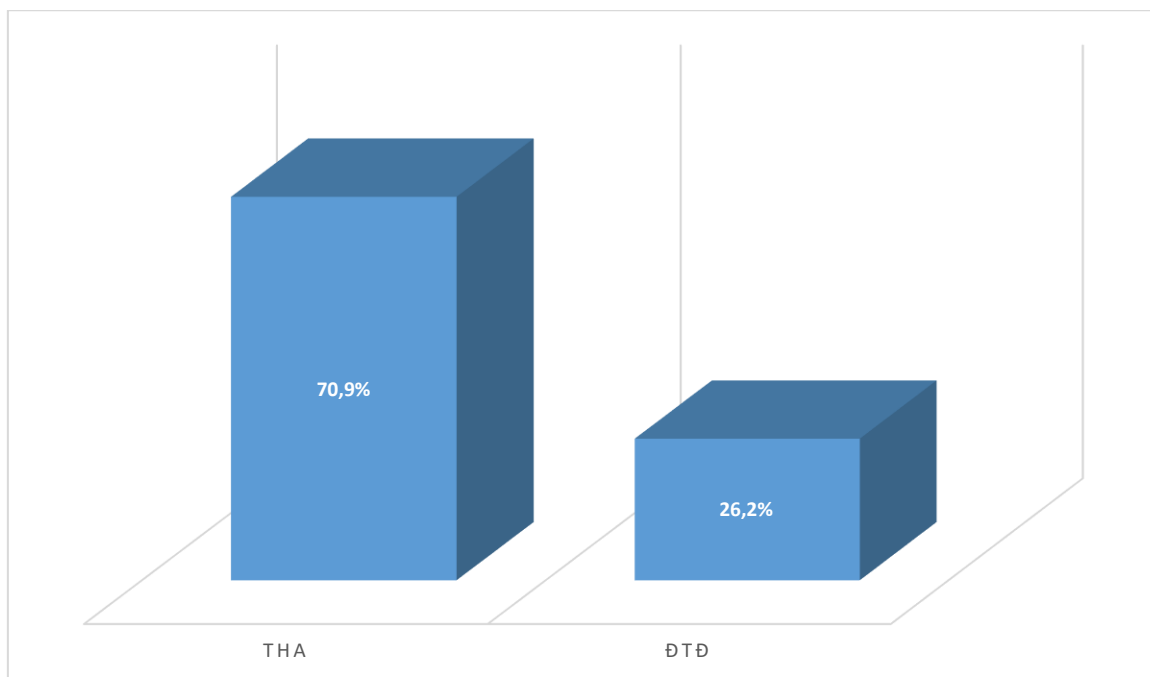
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 141 bệnh nhân nhập khoa nội thần kinh bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang: Tuổi trung bình $64,84 \pm 13,1$, tỷ lệ bệnh nhân có hẹp động mạch cảnh 9/141 chiếm 6,4%.



Hình 3.1 Giới trong mẫu nghiên cứu

Nhận xét: Giới nam chiếm 53,2%, giới nữ chiếm 46,8%.



Hình 3.2 Các bệnh đi kèm

Nhận xét: Các bệnh nhân có tiền căn tăng huyết áp chiếm 70,9%, có tiền căn đái tháo đường chiếm 26,2%.

Bảng 3.1 Đặc điểm lâm sàng mẫu nghiên cứu

	Nhồi máu não	Không nhồi máu não	OR	p
Tuổi	66,86±12,45	61,04±13,56	0,45	0,01
Cholesterol	5,23±1,6	5,63±1,04	6,9	0,1
Tryglycerid	2,31±1,5	2,32±0,8	9,3	0,9
HDL	1,31±0,32	1,57±0,43	3,7	0,00
LDL	2,88±1,19	2,89±0,92	3,6	0,9

Nhận xét: Có mối liên quan giữa tuổi và HDL ở bệnh nhân nhồi máu não với $p < 0,05$.

Bảng 3.2 Mối liên quan giữa giới và nhồi máu não

Giới	Nhồi máu não	Không nhồi máu não	p
Nam	20	25	0,03
Nữ	29	37	
Tổng	49	92	

Nhận xét: Có mối liên quan giữa nhồi máu não và giới với $p = 0,03$.

Bảng 3.3 Mối liên quan giữa đái tháo đường và nhồi máu não

Đái tháo đường	Nhồi máu não	Không nhồi máu não	p
Có	30	74	0,01
Không	19	18	
Tổng	49	92	

Nhận xét: Có mối liên quan giữa tiền căn đái tháo đường và nhồi máu não với $p=0,01$.

Bảng 3.4 Mối liên quan giữa tăng huyết áp và nhồi máu não

Tăng huyết áp	Nhồi máu não	Không nhồi máu não	p
Có	16	25	0,5
Không	33	67	
Tổng	49	92	

Nhận xét: không có mối liên quan giữa nhồi máu não và tiền căn tăng huyết áp với $p>0,05$.

Bảng 3.5 Mối liên quan giữa lipid máu và hẹp động mạch cảnh trên siêu âm

	Hẹp ĐMC	Không hẹp ĐMC	OR	p
Cholesterol	5,39±1,46	4,97±1,2	0,5	0,4
Tryglycerid	2,35±0,99	2,32±1,33	0,3	0,9
HDL	1,32±0,56	1,4±0,37	0,2	0,3
LDL	2,54±1,04	2,91±1,11	0,2	0,3
BMI	24,56±6,22	22,31±2,43	19,3	0,02

Nhận xét: có mối liên quan giữa BMI và hẹp động mạch cảnh với $p<0,05$.

VI BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình 64,84±13,1 tuổi, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hạnh Ngân và cộng sự tại bệnh viện Bạch Mai cho thấy tuổi trung bình trong nghiên cứu 69,2 ± 9,7 tuổi[1]. Nghiên cứu của tác giả Dabilgou A trên 156 bệnh nhân nhồi máu não tuổi trung bình 63,5 tuổi[3]. Tuổi trung bình ở nhóm bệnh nhân nhồi máu não 66,86±12,45 tuổi, tuổi trung bình ở nhóm bệnh nhân không nhồi máu não 61,04±13,56, có sự khác biệt về nhóm tuổi ở các bệnh nhân nhồi máu não và không nhồi máu não với $p=0,01$. Các bệnh nhân nhồi máu não trong nghiên cứu này có điểm Glasgow 15 điểm. Nghiên cứu của tác giả Bùi Nguyên Tùng và cộng sự trên 328 bệnh nhân TIA hoặc nhồi máu não tuổi trung bình của nghiên cứu này 64,5±12,9 tuổi[2]. Nghiên cứu của tác giả Suo Y và cộng sự trên 806 bệnh nhân nhồi máu não tuổi trung bình 63 tuổi[5]. Nghiên cứu của tác giả LuTao và cộng sự trên 221 bệnh nhân nhồi máu não tuổi trung bình 61±12 tuổi[4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, giới nam chiếm 53,2%, giới nữ chiếm 66/141 chiếm 46,8%, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới ở bệnh nhân nhồi máu não. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hạnh Ngân và cộng sự tại bệnh viện Bạch Mai giới nam chiếm 2,45/1 so với nữ[1]. Nghiên cứu của tác giả Dabilgou A trên 156 bệnh nhân nhồi máu não giới nam chiếm 53,2%, giới nữ chiếm 46,8%[3]. Nghiên cứu của tác giả Bùi Nguyên Tùng và cộng sự trên 328 bệnh nhân TIA hoặc nhồi máu não cho thấy giới nam chiếm 63,41%, giới nữ chiếm 36,59%[2]. Nghiên cứu của tác giả Suo Y và cộng sự trên 806 bệnh nhân nhồi máu não giới nam chiếm 67,3%, giới nữ chiếm 32,7%[5]. Nghiên cứu của tác giả LuTao và cộng sự trên 221 bệnh nhân nhồi máu não giới nam chiếm 75,6%[4].

Nghiên cứu của chúng tôi, HDL ở nhóm nhồi máu não 1,31±0,32 mmol/L, HDL ở nhóm không nhồi máu não 1,57±0,43, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Nghiên cứu của tác giả Dabilgou A trên 156 bệnh nhân nhồi máu não cho thấy tăng cholesterol chiếm 44,3%, tăng tryglycerid chiếm 27%, tăng LDL-Cholesterol chiếm 37,2%, tăng HDL-cholesterol chiếm 5,2%[3]. Nghiên cứu của tác giả LuTao và cộng sự trên 221 bệnh nhân nhồi máu não

tăng huyết áp chiếm 67,4%, hút thuốc chiếm 45,7%, tăng lipid máu chiếm 43,8%, đái tháo đường type2 chiếm 36,7%[4].

Nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân có tăng huyết áp đi kèm chiếm 70,9%, đái tháo đường đi kèm chiếm 26,2%. Nghiên cứu của tác giả Dabilgou A trên 156 bệnh nhân nhồi máu não, bệnh lý tăng huyết áp đi kèm chiếm 39,8%, đái tháo đường chiếm 49,2%[3]. Nghiên cứu của tác giả Bùi Nguyên Tùng và cộng sự trên 328 bệnh nhân TIA hoặc nhồi máu não tăng huyết áp chiếm 68,2%, tăng lipid máu chiếm 27,13%, đái tháo đường chiếm 18,29%[2]. Nghiên cứu của tác giả Suo Y và cộng sự trên 806 bệnh nhân nhồi máu não tăng huyết áp chiếm 65%, rối loạn lipid máu chiếm 18,6%, đái tháo đường type2 chiếm 21,4%[5].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân có hẹp động mạch cảnh chiếm 6,4%, các bệnh lý kèm theo như đái tháo đường chiếm 26,2%, tăng huyết áp chiếm 70,9%. Chỉ số BMI có liên quan đến độ dày động mạch cảnh ở bệnh nhân nhồi máu não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hạnh Ngân. (2022). Lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân nhồi máu não cấp có hẹp động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ.
2. Bùi Nguyên Tùng. (2022) 5. Prevalence and its associated factors of extracranial carotid stenosis in patients with transient ischemic or ischemic stroke in Bach Mai Hospital. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 154 (6), 37-43.
3. Dabilgou A, Dravé A, Kyelem J (2019). Extracranial Carotid Atherosclerosis and Acute Ischemic Stroke in a Tertiary Hospital in Burkina Faso. World Journal of Neuroscience, 9, 39-51. doi: 10.4236/wjns.2019.92003.
4. LuTao, Liang Jiahui, Wei Ninglin (2019). Extracranial Artery Stenosis Is Associated With Total MRI Burden of Cerebral Small Vessel Disease in Ischemic Stroke Patients of Suspected Small or Large Artery Origins. Frontiers in Neurology, 10
5. Suo Y, Jing J, Pan Y (2021). Concurrent intracranial and extracranial artery stenosis and the prognosis of transient ischaemic symptoms or imaging-negative ischaemic stroke. 6 (1), 33-40.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA TĂNG ÁP LỰC Ổ BỤNG Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN LỌC MÀNG BỤNG CHU KỲ

Lữ Công Trung, Huỳnh Thị Mai Phan,
Ngô Hoàng Anh, Nguyễn Thị Phụng

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các yếu tố quyết định lâm sàng của áp lực ổ bụng (IPP) vẫn chưa được xác định rõ ràng và tác động của áp lực ổ bụng tăng cao đối với các biến chứng liên quan đến thẩm phân phúc mạc, vẫn là vấn đề gây tranh cãi, để làm sáng tỏ chúng tôi đo áp lực ổ bụng ở những bệnh nhân lọc màng bụng chu kỳ, theo phương pháp Durand. Tăng áp lực ổ ở bệnh nhân lọc màng bụng dễ dẫn đến thoát vị thành bụng, thoát vị bẹn hay rò rỉ dịch thẩm phân, việc đo áp lực ổ bụng rất hữu ích trong điều trị, cũng như phòng ngừa các biến chứng[1],[7].

Mục tiêu: Xác định áp lực trung bình ổ bụng bệnh nhân lọc màng ở tư thế nằm ngửa, ngồi đứng. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan giữa áp lực ổ bụng, tuổi, diện tích bề mặt cơ thể (body surface area), BMI (Body mass index), lượng dịch ngâm ổ bụng, tỷ số vòng eo/ vòng hông, thời gian lọc màng bụng, chỉ số bệnh nền (Charlson comorbidity index)

Phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi đã thực hiện một nghiên cứu hồi cứu, mô tả ở 87 bệnh nhân suy thận mạn lọc màng bụng chu kỳ. Áp lực trong ổ bụng được đo bằng phương pháp Durand ở tư thế nằm ngửa, ngồi và thẳng đứng[4], tại khoa Nội Thận thuộc bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang. Thời gian từ 2/2024- 9/2024.

Kết quả: Có 87 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, nữ chiếm 51.28% (45 người), nam chiếm 48.28 % 42 người), tuổi trung bình 49.5 ± 1.5 tuổi, chỉ số khối cơ thể (BMI) 22.13 ± 0.34 kg/m². Giá trị trung bình của IPP (intraperitoneal pressure) nằm là 14.7 ± 0.25 cm H₂O. Áp lực ổ bụng ở tư thế ngồi và thẳng đứng tương tự và cao hơn so với áp lực tư thế nằm 12 cmH₂O. Áp lực tư thế nằm ≥ 14 cmH₂O cho thấy mối liên hệ với BMI ($p < 0,015$) và thể tích dịch ngâm trong ổ bụng (intraperitoneal volume) ($p < 0.0005$). Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến cho thấy BSA, thời gian lọc màng bụng, chỉ số eo/mông, chỉ số bệnh nền, giới tính, không liên quan áp lực ổ bụng ($p > 0.05$). Chúng tôi có 10 trường hợp biến chứng cơ học, thoát vị thành bụng 9 case (10.34%) và thoát vị bẹn 2 case (2.33%) mà không có ý nghĩa thống kê với tăng áp lực ổ bụng.

Kết luận: Áp lực ổ bụng tư thế nằm của chúng tôi giống như các nghiên cứu khác được công bố ở người lớn[5]. Áp lực ổ bụng có giá trị cá nhân liên quan đến kích thước cơ thể, thể tích dịch ngâm trong ổ bụng. Đo áp lực ổ bụng là một kỹ thuật đơn giản, an toàn và có thể giúp kê đơn lọc màng bụng, đặc biệt là ở những bệnh nhân béo phì.

CLINICAL FEATURES AND RELATED FACTORS OF INTRAPERITONEAL PRESSURE IN THE PERITONEAL DIALYSIS PATIENTS

Background: The clinical determinants of intraperitoneal pressure (IPP) remain poorly defined, and the impact of elevated IPP on peritoneal dialysis (PD)-related complications remains a controversial issue, to clarify, we measured IPP in peritoneal dialysis patients, according to the Durand method. Increased IPP in peritoneal dialysis patients can easily lead to abdominal wall hernia, inguinal hernia, or dialysis fluid leakage. Measuring IPP is very useful in treatment, as well as prevention [1],[5].

Objective: Determine the average intraperitoneal pressure in membrane dialysis patients in the supine, sitting, and standing positions. Find out some factors related to intraperitoneal pressure and age, body surface area (BSA), BMI (Body mass index), intraperitoneal volume, waist/hip ratio, peritoneal dialysis time, and Charlson comorbidity index.

Methods: We performed a retrospective, observational study on 87 patients with Peritoneal Dialysis. Intraperitoneal pressure was measured using Durand's method in supine, sitting, and upright position at the Nephrology Department of An Giang Central General Hospital, from February 2024 to September 2024.

Results: There were 87 patients included in the study, 51.28% female (45 people), 48.28% male (42 people, average age 49.5 ± 1.5 years, body mass index (BMI) 22.13 ± 0.34 kg/m². The mean value of supine IPP is 14.7 ± 0.25 cm H₂O. Intraperitoneal pressure in sitting and upright positions is similar and higher than supine. Supine IPP ≥ 14 cm H₂O shows a relationship with BMI ($p < 0.015$) and intraperitoneal volume ($p < 0.0005$). Multivariate linear regression analysis showed BSA, peritoneal dialysis time, waist/hip index, Charlson comorbidity index, and gender calculated, not related to intraperitoneal pressure ($p > 0.05$). We had 10 cases of mechanical complications, 9 cases of abdominal wall hernia (10.34%), and 2 cases of inguinal hernia (2.33%) without Statistically significant with increased abdominal pressure.

Conclusion: Our supine intraperitoneal pressure was similar to others published in adults. Intraperitoneal pressure has an individual value associated with body size and intraperitoneal volume. Measuring intraperitoneal pressure is a simple, safe technique and can help prescribe peritoneal dialysis, especially in obese patients.

Keywords: intraperitoneal pressure, Peritoneal Dialysis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Lọc màng bụng ở bệnh nhân suy thận mạn chiếm 8 –10 % các phương pháp thay thế thận. Đo áp lực ổ bụng đã được Durand và cộng sự mô tả năm 1992, bình thường 12 ± 2 cmH₂O, tăng áp lực ổ bụng khi áp lực ≥ 18 cm H₂O, đây là phương pháp thường xuyên được sử dụng [4]. Một nghiên cứu gần đây được thực hiện trên bệnh nhân lọc màng bụng đã chứng minh rằng áp lực khoang ổ bụng (intra-abdominal hypertension) được đo thông qua ống thông bàng quang và áp lực trong phúc mạc (intraperitoneal pressure) được đo qua ống thông phúc mạc với bệnh nhân ở tư thế nằm là tương đương nhau [2].

Đo áp lực trong ổ bụng đã trở thành thông số lâm sàng quan trọng trong phẫu thuật, ICU và đặc biệt ở bệnh nhân suy thận mạn lọc màng bụng chu kỳ.

Theo tác giả Loreley Betancourt Castellanos, tăng áp lực ổ ở bệnh nhân lọc màng bụng thoát vị chiếm 18.5 %[7]. Theo tác giả Durand áp lực ổ bụng tăng hơn 20 cm H₂O dung tích sóng giảm hơn 25% [5], cho nên, việc đo áp lực ổ bụng rất hữu ích trong điều trị, cũng như phòng ngừa các biến chứng.

MỤC TIÊU:

1. Xác định áp lực trung bình ổ bụng bệnh nhân lọc màng ở tư thế nằm, ngồi, đứng
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan giữa áp lực ổ bụng và tuổi, diện tích bề mặt cơ thể (Body surface area), BMI(body mass index), lượng dịch ngâm ổ bụng tỷ số vòng eo/ vòng hông, thời gian lọc màng bụng, chỉ số bệnh nền (Charlson comorbidity index).

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả cắt ngang, tiền cứu

2. Cỡ mẫu

Thuận tiện. Chúng tôi thực hiện tiến hành ở 87 bệnh nhân lọc màng bụng chu kỳ

3. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn 5 đang lọc màng bụng liên tục ngoại trú (CAPD)

Tiêu chuẩn loại trừ : Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

Thời gian lọc màng bụng < 2 tháng, bệnh nhân bị viêm phúc mạc do catheter Tenckhoff thời gian dưới 2 tháng.

4. Địa điểm

Khoa Nội thận – Tiết niệu bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang

Thời gian: Từ tháng 2/ 2024- 9/2024

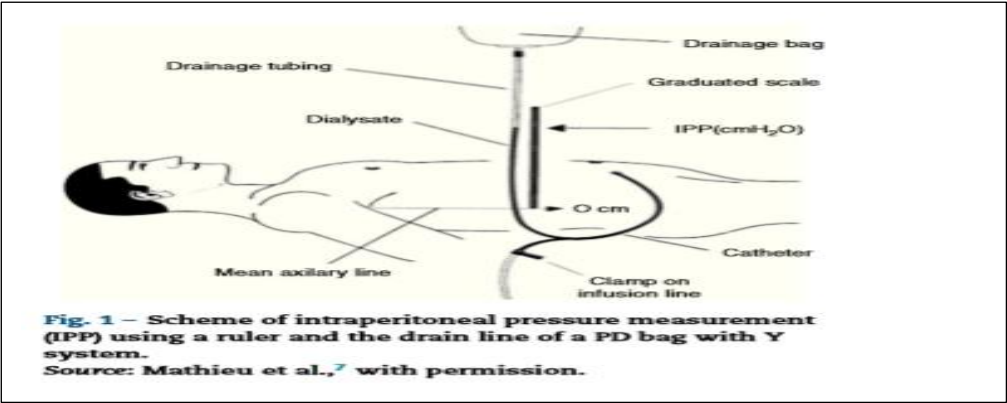
5. Cách tiến hành

5.1 Đo áp lực ổ bụng theo phương pháp Durand

Dụng cụ : 1 túi dịch Dianeal 2000ml, 1 thước đo CVC, tư thế nằm ngửa lấy điểm 0 đường nách giữa tư thế ngồi và đứng điểm 0 ở gai chậu trước trên

Xả dịch thẩm phân ra trong vòng 30 phút , sau đó châm dịch Dianeal 2000ml dịch vào trong ổ bụng

Tiến hành đo áp lực ổ bụng



Diện tích da của cơ thể (Body surface area) dựa vào công thức Mosteller

$$BSA = \sqrt{\frac{\text{Chiều cao (cm)} \times \text{cân nặng (cm)}}{3600}}$$

- Tỷ số vòng eo/ vòng hông (Waist- to hip, WHR)

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), tỉ số WHR khỏe mạnh là:

< 0,9 ở nam giới

< 0,85 ở nữ giới.

Ở cả nam và nữ, WHR từ 1.0 trở lên làm tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch và rối loạn sức khỏe khác có liên quan đến thừa cân.

Đứng thẳng và thở ra. Sử dụng thước dây để đo chu vi vòng eo của bạn. Vòng eo được tính là chu vi của phần eo vào nhỏ nhất trên khu vực bụng, nằm ngay trên rốn.

Vòng hông được tính bằng cách đo chu vi vùng hông có kích thước lớn nhất.

Cân nặng (kg)

- BMI = _____

Chiều cao (m²)



Bảng chỉ số bệnh tật: Tuổi, nhồi máu cơ tim, suy tim, bệnh mạch máu ngoại biên, sa sút trí tuệ, COPD, bệnh mô liên kết, loét đường tiêu hóa, Đái tháo đường, liệt ½ người, suy thận mạn, bệnh bạch cầu, Lymphoma, AIDS)

6. Xử lý số liệu

Phần mềm STATA 13.0

Kiểm định bằng t-test, kiểm định bằng test Chi bình phương, hồi quy tuyến tính các mối liên quan, được xem là có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$

7. Đo lường các biến

Các biến định tính : tuổi, giới tính, thoát vị bẹn, thoát vị thành bụng, rò rỉ dịch ổ bụng,

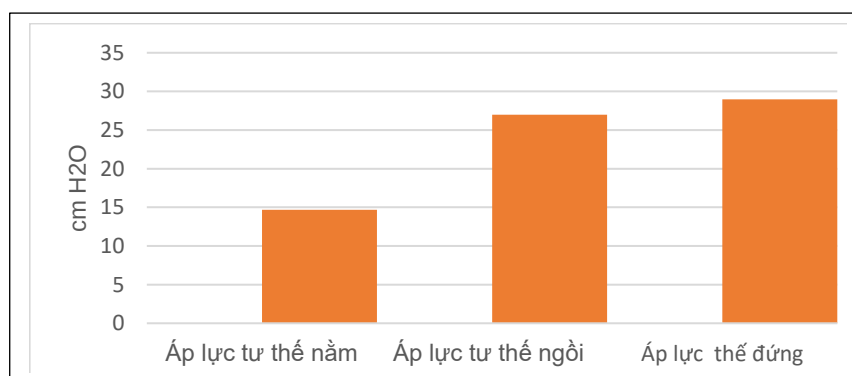
Các biến định lượng: chỉ số áp lực ổ bụng, diện tích cơ thể (BSA), BMI, lượng dịch ngâm ổ bụng, tỷ số vòng eo/ vòng hông, thời gian lọc màng bụng, chỉ số bệnh nền (Charlson comorbidity index).

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi nghiên cứu ở 87 bệnh nhân đang lọc màng bụng chu kỳ, tuổi trung bình 49.5 ± 1.3 năm, nữ chiếm 51.28% (45 người), nam chiếm 48.28 % (42 người).

3.2. Áp lực ổ bụng trung bình ở các tư thế :



Biểu đồ 3.1. Áp lực trung bình ở các tư thế

Nhận xét: Áp lực trung bình ở tư thế nằm (IPP): 14.7 ± 0.25 cm H₂O, áp lực tư thế ngồi : 27.0 ± 0.48 cm H₂O , áp lực thể đứng : 28.96 ± 0.48 cm H₂O

3.3. Đặc tính chung của bệnh nhân lọc màng bụng

Bảng 3.1.Đặc tính chung của bệnh nhân lọc màng bụng

Đặc tính`	Trung bình $\pm$ SD	Khoảng tin cậy
BMI(Kg/m ²)	22.13 ± 0.34	21.45- 22.8
BSA (m ² da)	1.95 ± 0.37	1.2- 2.7
Chỉ số bệnh nền(điểm)	3.5 ± 0.15	3.2- 3.9
Chỉ số eo/ hông	0.93 ± 0.008	0.92- 0.95
Thời gian lọc màng bụng	44.9 ± 4.3 tháng	36- 39
Lượng dịch ngâm mỗi ngày (ml)	1685.057 ± 27.3	1630- 1739

-Đo áp lực ổ bụng chúng tôi thấy thoát vị thành bụng chiếm 9/87 (10.34%), thoát vị bẹn 2/87 (2.3%)

3.4. Tăng áp lực ổ bụng tư thế nằm:

Có 10 bệnh nhân tăng áp lực ổ bụng ≥ 18 cmH₂O, không có mối liên quan giữa IPP ≥ 18 cmH₂O và thoát vị thành thành bụng với $p > 0.05$.

3.5 Mối liên quan giữa IPP, chỉ số cân nặng và thể tích dịch ngâm trong ổ bụng

Bảng 3.2: Các mối liên quan của áp lực ổ bụng:

Mối liên quan	IPP tư thế nằm ≥ 14 cmH ₂ O	p
BMI(chỉ số khối cơ thể)	22.13 $\pm$ 0.34	0.015
Thể tích dịch ngâm trung bình(ml)	1685.05 $\pm$ 0.25	0.0005

Nhận xét: Áp lực ổ bụng trung bình tư thế nằm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với BMI và thể tích dịch ngâm trong ổ bụng ($p < 0.05$)

3.6. Phân tích đa biến mối liên của áp lực ổ bụng:

Bảng 3.3: Phân tích các mối liên quan

Áp lực ổ bụng ở tư thế nằm. (cmH ₂ O)	Standard error (Sai số chuẩn)	p
Giới tính	0.572	0.892
Tuổi	0.023	0.88
Thời gian làm thẩm phân (tháng)	0.007	0.641
BSA (Kg/m ²)	0.775	0.912
Chỉ số eo/ hông	3.58	0.612
Thoát vị thành bụng	0.88	0.72
Chỉ số bệnh nền(CCI) (%)	0.155	0.46

Nhận xét: Phân tích đa biến ta thấy rằng không mối liên hệ giữa áp lực ổ bụng tư thế nằm với giới tính, tuổi, diện tích bề mặt cơ thể, thời gian lọc màng bụng, chỉ số bệnh nền, thoát vị thành bụng.

VI. BÀN LUẬN:

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành ở 87 bệnh nhân đang làm lọc màng bụng chu kỳ tại khoa Nội Thận bệnh viện Đa khoa Trung tâm An giang, trong đó tuổi trung bình 49.5 ± 1.3 năm, nữ chiếm 51.28% (45 người), nam chiếm 48.28 % (42 người), thời gian lọc màng bụng là 44.9 ± 4.3 tháng. Thể tích trung bình dịch ngâm ổ bụng của chúng tôi là 1685.057 ± 27.3 ml tương tự với tác giả Loreley Betancourt Castellanos là $1,602 \pm 652$ mL[6].

Áp lực ổ bụng trung bình thay đổi ở các tư thế bao gồm áp lực trung bình ở tư thế nằm (IPP) : 14.7 ± 0.25 cm H₂O, áp lực tư thế ngồi : 27.0 ± 0.48 cm H₂O , áp lực thể đứng : 28.96 ± 0.48 cm H₂O khi ngâm 2000ml dịch Dianeal theo phương pháp Durand [4]. Áp lực trung bình tư thế nằm tư thế nằm thấp hơn tư thế đứng và ngồi của nghiên cứu chúng tôi giống như nghiên cứu của tác giả Agnes Dejardine và cộng sự với mẫu là 66 người tại Brussels [3][9]. Trong nghiên cứu có 11 trường hợp (9 thành bụng + 2 thoát vị bẹn) biến chứng thoát vị thành bụng và bẹn, không thấy có sự khác biệt ở bệnh nhân áp lực ổ bụng < 14 cmH₂O so với áp lực ổ bụng ≥ 14 cmH₂O. Chúng tôi phát hiện có 10 bệnh nhân tăng áp lực ổ bụng ≥ 18 cmH₂O và thấy rằng

không có mối liên quan giữa IPP ≥ 18 cmH₂O và thoát vị thành thành bụng. Nghiên cứu của chúng tôi khác với với tác giả Loneley Betanout và cộng sự trên 124 người biến chứng thoát vị chiếm 18.5% và áp lực ổ bụng tăng có liên quan đến thoát vị với $p < 0.028$ [7] do mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ. Chỉ số khối cơ thể của chúng tôi (BMI) 22.13 ± 0.34 Kg/m² trong với hạn bình thường, khác với nghiên cứu của Loreley Betancourt Castellanos và cộng sự trên 49 người tại Tây Ban Nha BMI 27.9 ± 5.2 kg/ m² và IPP đo được 18.0 ± 4.4 cm H₂O[5] áp lực này cao rất nhiều so nhóm nghiên cứu của chúng tôi, cho chúng ta thấy rằng BMI có liên mật thiết với áp lực ổ bụng[6]. Chỉ số khối cơ thể, thể tích dịch ngấm, có liên hệ với áp lực trung bình ≥ 14 cmH₂O với sự khác biệt với p lần lượt là $p < 0.015$ và $p < 0.0005$. Theo tác giả Durand thể tích dịch ngấm có mối tương quan tuyến tính và tích cực với áp lực ổ bụng ($p < 0.0001$) [5]. Phân tích đa biến ta thấy rằng không mối liên hệ giữa áp lực ổ bụng tư thế nằm với giới tính, tuổi, diện tích bề mặt cơ thể, thời gian lọc màng bụng, chỉ số bệnh nền, thoát vị thành bụng.[3]. Theo Loreley Betancourt Castellanos áp lực ổ bụng có liên quan chặt chẽ với chỉ số bệnh nền ($p < 0.009$) xảy ra ở những bệnh nhân béo phì [6], do BMI của nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn nên không liên quan đến chỉ số bệnh nền ($p = 0.45$), tác giả H Sugerman nghiên cứu trên 84 người cũng chứng minh rằng áp lực ổ bụng có liên quan với béo phì ($p < 0.001$)[8].

V. KẾT LUẬN

Áp lực ổ bụng tư thế nằm được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi giống như tác giả Durand mức được công bố ở người lớn là 14.7 ± 0.25 cm H₂O. Chỉ số BMI, thể tích dịch ngấm trong ổ bụng có liên quan đến áp lực ổ bụng. Chúng tôi thấy rằng áp lực ổ bụng có một giá trị cá nhân, liên quan nhiều đến các đặc điểm cá nhân của bệnh nhân như kích thước cơ thể, đặc biệt là BMI. Mỗi bệnh nhân có mức áp lực ổ bụng cơ bản, đôi khi cao hơn 18 cm H₂O. Xem xét kích thước cơ thể, đặc biệt là BMI, thể tích dịch ngấm, rất quan trọng để tối ưu hóa thể tích dịch ngấm và tránh các biến chứng của thành bụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế (2015), Cẩm nang lọc màng bụng, Nhà xuất bản y học Hà nội, trang 199- 200
2. Abdullah AL- Hwiesh et al (2011), Intraperitoneal pressure and intra-abdominal pressure: are they the same? *Perit Dial int*, Vol 3, pp: 315- 319
3. Agnes Dejardin et al (2007), Intraperitoneal pressure in PD patients: relationship to intraperitoneal volume, body size and PD-related complications, *Nephrol Dial Transplant*, vol5, pp:1437-1444.
4. Durand PY et al (1992), Routine measurement of hydrostatic intraperitoneal pressure, *Adv Perit Dial*, Vol 8, pp:108–112
5. Durand PY et al (1994), APD: clinical measurement of the maximal acceptable intraperitoneal volume *Adv Perit Dial*, Vol10, pp:63–67
6. Loreley Betancourt Castellanos et al (2017), Clinical Relevance of Intraperitoneal Pressure in Peritoneal Dialysis Patients, *Peritoneal Dialysis International*, Vol 3, pp:562- 567
7. Loreley Betancourt Castellanos et al (2024), Relationship between intraperitoneal pressure and the development of hernias in peritoneal dialysis: confirmation for the first time of a widely accepted concept, *International Uroglogy and Nephrology*, vol 2, pp:759-765.
8. H Sugerman et al (1997), Intra-abdominal pressure, sagittal abdominal diameter and obesity comorbidity, *J inter med*, vol 1, pp: 71- 79
9. Imholz AL et al (1998), Day-to-day variability of fluid and solute transport in upright and recumbent positions during CAPD, *Nephrol Dial Transplant*, Vol1, pp:146- 153

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẢN VỆ TẠI KHOA NỘI TỔNG HỢP- BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Trương Văn Lâm, Trần Văn Lôi, Tô Hồng Ánh

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phản vệ là tình trạng dị ứng đặc biệt nghiêm trọng có thể đe dọa đến tính mạng nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời

Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phản vệ.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 60 bệnh nhân được chẩn đoán phản vệ điều trị tại khoa Nội Tổng Hợp-Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 1 đến tháng 10 năm 2024.

Kết quả: Kết quả cho thấy trong nhóm nghiên cứu tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 20,8% và 79,2% . Biểu hiện ở da và niêm mạc hay gặp nhất (91,7%), hô hấp (66,6%), tim mạch (40%), tiêu hóa (30%) và thần kinh là ít nhất (21,%). Tỷ lệ điều trị khỏi 100%. Tỷ lệ sử dụng adrenalin là 69%, trong đó đường tiêm bắp dùng nhiều nhất (95%).

Kết luận: Nguyên nhân gây phản vệ hay gặp là thuốc, thức ăn và nọc côn trùng.

Từ khóa: phản vệ,

ABSTRACT

CLINICAL FEATURES AND TREATMENT RESULTS OF ANAPHYLACTATION AT THE DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE- AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Background: Protective reaction is a particularly severe allergic condition that can be life-threatening if not predicted and treated in time. Objective: To describe the characteristics of readiness and evaluate the results of treatment response value.

Research method: Cross-sectional descriptive study on 60 patients expected to respond to treatment at the Department of Internal Medicine - An Giang Central General Hospital from January to October 2024. Results: The results found that in the study group, the proportion of men and women was 20.8% and 79.2%, respectively. The most common manifestations were skin and mucosa (91.7%), respiratory (66.6%), cardiovascular (40%), digestive (30%) and neurological (21.%). The rate of value adjustment was 100%. The rate of adrenaline use was 69%, of which the most injection routes were (95%).

Conclusion: Common causes of anaphylaxis are drugs, foods and insects.

Keywords: anaphylaxis,

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Phản vệ là tình trạng dị ứng đặc biệt nghiêm trọng có thể đe dọa đến tính mạng nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Phản vệ có thể xảy ra trong vòng vài giây đến vài phút sau khi tiếp xúc với dị nguyên. Những năm gần đây, vấn đề phản vệ ngày càng được quan tâm nhiều hơn và người ta cũng nhận thấy tỷ lệ phản vệ ngày càng gia tăng. Có nhiều nguyên nhân gây ra phản vệ nhưng hay gặp là thuốc, thức ăn và nọc côn trùng. Những năm gần đây, vấn đề phản vệ ngày càng được quan tâm nhiều hơn và người ta cũng nhận thấy tỷ lệ phản vệ ngày càng gia tăng. Nghiên cứu tình trạng phản vệ ở Mỹ cho thấy tỷ lệ mắc tăng khá cao 3,3/1000 người/ năm trong năm 2013[2],[7].

Ở nước ta, cùng với sự phát triển của các ngành công nghiệp hóa mỹ phẩm, dược phẩm và tình trạng ô nhiễm môi trường là sự gia tăng tình trạng dị ứng trong đó có phản vệ xảy ra ngày càng nhiều và có nhiều trường hợp tử vong đáng tiếc. Nguyên nhân của tình trạng này một phần là do sự lạm dụng thuốc, hóa mỹ phẩm của người dân. Tuy nhiên hiện nay, chưa có nhiều nghiên cứu về phản vệ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này, với mục tiêu “Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phản vệ tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang”

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân phản vệ tại khoa nội tổng hợp- bệnh viện ĐKTTAG trong thời gian từ 01/2024 đến 10/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán phản vệ khi có 1 trong 3 tiêu chuẩn sau (theo thông tư 51 Bộ y tế “Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ năm 2017”[1]):

Các triệu chứng xuất hiện cấp tính (trong vài phút đến vài giờ) ở da, niêm mạc và ít nhất 1 trong 2 triệu chứng sau:

Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít, giảm lưu lượng đỉnh, giảm ôxy máu)

Tụt HA hoặc các hậu quả của tụt HA như ngất, đại tiểu tiện không tự chủ.

Ít nhất 2 trong 4 triệu chứng sau xuất hiện trong vòng vài phút – vài giờ sau khi người bệnh tiếp xúc với thuốc:

Biểu hiện ở da, niêm mạc

Các triệu chứng hô hấp

Tụt HA hoặc các hậu quả của tụt HA

Các triệu chứng tiêu hoá kéo dài (nôn, đau bụng do co thắt)

Tụt huyết áp xuất hiện vài phút đến vài giờ sau khi tiếp xúc với 1 dị nguyên mà người bệnh đã từng bị dị ứng

Trẻ em: giảm ít nhất 30% HA tâm thu hoặc tụt HA tâm thu so với tuổi.

Người lớn: HA tâm thu < 90 mm Hg hoặc giảm 30% giá trị HA tâm thu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

+ Các trường hợp sốc do nguyên nhân khác (sốc tim, sốc giảm thể tích, sốc nhiễm khuẩn).

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang có phân tích

2.3. Cỡ mẫu

Trong nghiên cứu chúng tôi chọn được 60 bệnh nhân

2.4. Phương pháp và kỹ thuật thu thập số liệu:

- Người nghiên cứu trực tiếp hỏi bệnh nhân bằng bộ câu hỏi soạn sẵn, khám lâm sàng và thu thập thông tin cần thiết ghi vào phiếu thu thập số liệu

2.5. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

- So sánh 2 nhóm trung bình dùng phép kiểm t-test.

- Các biến số định tính dùng phép kiểm Chi square.

- Đối với tất cả các phân tích, giá trị $P < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê, với Khoảng tin cậy 95%.

- Xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung:

Trong nghiên cứu chúng tôi, có 60 bệnh nhân, tuổi trung bình $32 \pm 1,3$, tuổi thấp nhất 20, tuổi cao nhất 65, nữ chiếm 79,2%, nam chiếm 20,8%.

3.2. Nguyên nhân

Bảng 3.1. Nguyên nhân

Nguyên nhân	Số lượng(n)	Tỉ lệ(%)
Thuốc	33	55%
Thức ăn	20	33,4
Côn trùng cắn	5	8,3
Không rõ nguyên nhân	2	3,3

Nhận xét: nguyên nhân do thuốc tỉ lệ cao nhất là 55%, kế đến thức ăn 33,4%, côn trùng cắn là 8,3%, thấp nhất không rõ nguyên nhân 3,3%

3.3. Đặc điểm lâm sàng

3.3.1. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Da, niêm mạc	55	91,7
Hô hấp	40	66,6%
Tim mạch	24	40%
Tiêu hoá	18	30%
Thần kinh	13	21,7%

Nhận xét: da niêm mạc chiếm cao nhất (91,7 %), theo sau triệu chứng hô hấp (66,6%), thần kinh, ít gặp chiếm 25%.

3.3.2. Mức độ phản vệ

Bảng 3.3. Mức độ phản vệ

Mức độ	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV
Số lượng(Tỉ lệ) n(%)	3(5%)	45(75%)	11(18,3%)	1(1,7%)

Nhận xét: Mức độ phản vệ của nhóm bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu gặp mức độ II (75%), ít nhất là mức độ IV có 1 bệnh nhân (1,7%).

3.4. Tình hình điều trị

3.4.1. Adrenalin:

Adrenalin là thuốc thiết yếu trong điều trị phản vệ, trong nghiên cứu chúng tôi có 69% bệnh nhân được sử dụng adrenalin, trong số đó có 95% bệnh nhân dùng tiêm bắp, 5% bệnh nhân dùng đường tiêm tĩnh mạch

3.4.2. Thuốc khác

Bảng 3.4. Tỷ lệ các thuốc sử dụng

Tên thuốc	Số lượng (Tỷ lệ) n(%)
Corticoid	55(91,7)
Kháng histamin H1	53 (88,3)
Dịch truyền	46 (76,7)
Kích thích beta giao cảm	5(8,3)

Nhận xét: cho thấy thuốc Corticoid sử dụng nhiều nhất chiếm 91,7 %, sau đó là Kháng histamin H1 là 88,3%

3.4.3 Kết quả điều trị

Trong số 12 ca sốc phản vệ, đáp ứng ngay dùng adrenalin, 100% bệnh nhân ra khỏi sốc. Trong tổng số 60 bệnh nhân nghiên cứu 100% bệnh nhân khỏi bệnh, không có ca tử vong

IV BÀN LUẬN

Những năm gần đây, số người mắc bệnh dị ứng tăng lên đáng kể trong số trường hợp mắc phản vệ ngày càng nhiều. Có rất nhiều nguyên nhân gây phản vệ nhưng hay gặp nhất là thuốc, thức ăn và nọc côn trùng. Trong nghiên cứu 60 bệnh nhân phản vệ, nguyên nhân gây phản vệ nhiều nhất là thuốc (55%), kế đến thức ăn 33,4%, côn trùng cắn là 8,3%, thấp nhất không rõ nguyên nhân 3,3%, nghiên cứu chúng tôi, nguyên nhân phản vệ do thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất 55%, kết quả này cũng tương tự tác giả Nguyễn Thị Thuý Ninh, nguyên nhân phản vệ do thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất là 53,8% [3], tác giả Nguyễn Đức Phúc, cho thấy rằng nguyên nhân phản vệ do thuốc chiếm cao nhất tỷ lệ là 48,9% [6]. Nguyên nhân làm cho tình hình dị ứng thuốc ngày càng tăng có thể do hiện nay có nhiều loại thuốc đưa vào sử dụng, việc tự điều trị, tự kê đơn hay chính người bán thuốc kê đơn vẫn chưa được kiểm soát. Bên cạnh đó, vẫn còn những thầy thuốc chỉ định thuốc chưa đúng, không lưu ý đến vấn đề tương tác giữa các thuốc, phản ứng chéo giữa các thuốc, không khai thác tiền sử dị ứng cá nhân

Biểu hiện lâm sàng của phản vệ rất đa dạng ở nhiều cơ quan khác nhau trong cơ thể. Những bệnh nhân khác nhau có biểu hiện lâm sàng khác nhau, có bệnh nhân triệu chứng chỉ xuất hiện ở da, niêm mạc nhưng có bệnh nhân triệu chứng ở mức độ nguy kịch (IV), Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng bệnh nhân có từ hai triệu chứng lâm sàng chiếm tỷ lệ cao (54.%). Biểu hiện ở da và niêm mạc là cơ quan xuất hiện triệu chứng sớm nhất và cũng là cơ quan có tỷ lệ triệu chứng hay gặp nhất chiếm 91.7% với các biểu hiện mày đay, ban đỏ, phù mạch, ngứa... Tiếp theo là triệu chứng hô hấp như nghẹt mũi, chảy nước mũi, ho, khó thở chiếm 66,6%, các triệu chứng tim mạch: hồi hộp đánh trống ngực, đau ngực... chiếm 40%. Trong 60 bệnh nhân nghiên cứu, có huyết áp tụt là 20% (12 trường hợp). Các triệu chứng tiêu hoá như đau bụng, nôn, đi ngoài phân lỏng hay các triệu chứng thần kinh hoa mắt, chóng mặt, ngất, rối loạn ý thức chiếm tỷ lệ thấp hơn. Biểu hiện lâm sàng trong nghiên cứu chúng tôi cũng tương tự tác giả Nguyễn Thị Thuý Ninh [3], hay tác giả Nguyễn Đức Phúc [6]. Mức độ phản vệ trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu chúng tôi gặp cả 4 mức độ.

Adrenalin là thuốc được lựa chọn đầu tiên trong điều trị phản vệ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 69% bệnh nhân được điều trị bằng Adrenalin trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Tỷ lệ ra khỏi sốc trong nghiên cứu của chúng tôi là 100%, tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả khác như Nguyễn Thái Hoàng [4] hay nghiên cứu của Mai Văn Lục [5], tác giả Nguyễn Đức Phúc [6]. có thể do tỷ lệ bệnh nhân nặng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với tác giả khác. Tỷ lệ điều trị khỏi trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 100%, không có ca nào tử vong.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ phản vệ có xu hướng ngày càng tăng. Triệu chứng của phản vệ đa dạng biểu hiện ở nhiều cơ quan trong cơ thể, đứng hàng đầu là các triệu chứng trên da – niêm mạc, tim mạch và hô hấp. Tỷ lệ sử dụng adrenalin cao 69%, trong đó tiêm bắp chiếm 95%. Bệnh khởi chiếm tỉ lệ 100%. Nguyên nhân gây phản vệ thường gặp là thuốc, thức ăn và nọc côn trùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ y tế (2017), “Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ”,
- Chaaban M.R., Warren Z., Baillargeon J.G., et al. (2019). Epidemiology and trends of anaphylaxis in the United States, 2004-2016. *Int Forum Allergy Rhinol*, 9(6), 607–614.
- Nguyễn Thị Thuỳ Ninh và cộng sự (2024), “Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị phản vệ tại bệnh viện Tâm Anh Hà Nội”, *Tạp chí y học Việt Nam*, 535(1).tr 58-62.
- Nguyễn Thái Hoàng và cộng sự (2020). Nghiên cứu tình trạng phản vệ tại Bệnh viện Bạch Mai.
- Mai Văn Lục (2005).Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị sốc phản vệ tại bệnh viện Bạch Mai.
- Nguyễn Đức Phúc và cộng sự (2017), “ Đánh giá tình trạng phản vệ ở khoa cấp cứu Bệnh viện hữu nghị Đa khoa Nghệ An”, *Tạp chí Y Dược-ĐH Y Dược Huế*, 7(2), tr 26-30.
- Ring J., Behrendt H., and de Weck A. (2010), “History and classification of anaphylaxis”. *Chem Immunol Allergy*, 95, 1–11.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA PHÁC ĐỒ SOFOSBUVIR/VELPATASVIR TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM GAN C MẠN TẠI PHÒNG KHÁM TRUYỀN NHIỄM BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024

Dương Quốc Hiền, Nguyễn Văn Minh,
Lâm Thái Châu, Nguyễn Thị Hồng Gấm

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả điều trị của phác đồ Sofosbuvir/Velpatasvir trên bệnh nhân viêm gan C mạn tính và các tác dụng không mong muốn của phác đồ này.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có theo dõi theo chiều dọc 12 tuần sau khi kết thúc điều trị. 116 bệnh nhân được xác định chẩn đoán viêm gan siêu vi C mạn tính theo Quyết định 2065/QĐ-BYT, ngày 29/4/2021 của Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan virus C. Các bệnh nhân được điều trị theo phác đồ Sofosbuvir 400mg/Velpatasvir 100mg 1 viên mỗi ngày trong 12 tuần và theo dõi 6 tháng sau khi bắt đầu điều trị.

Kết quả: Có 96,6% bệnh nhân viêm gan C mạn tính đạt đáp ứng virus bền vững (SVR12), trong đó nhóm bệnh nhân không bị xơ gan đạt SVR12 là 97,4% và nhóm bệnh nhân bị xơ gan còn bù là 95%. Giá trị trung vị chỉ số Fibroscan trước điều trị là $13,48 \pm 11,54$ kPa và sau kết thúc điều trị 12 tuần là $10,37 \pm 8,72$ kPa, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0005$. Điểm APRI trước điều trị, và sau khi kết thúc điều trị 12 tuần lần lượt là $1,17 \pm 2,67$; $0,42 \pm 0,3$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,002$. Hoạt độ ALT trước và sau điều trị lần lượt là $56,72 \pm 56,8$ và $25,5 \pm 17,8$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,005$. Không có bệnh nhân nào gặp phải bất kỳ tác dụng phụ nghiêm trọng nào. Một số bệnh nhân phản nản về một số triệu chứng như mệt mỏi (5,2%), buồn nôn (5,2%), ngứa (1,7%), đau đầu (5,2%), mất ngủ (5,2%), đau cơ (3,4%), ho khan (3,4%), tiêu chảy (5,2%).

Kết luận: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phác đồ phối hợp sofosbuvir/velpatasvir an toàn và hiệu quả ở bệnh nhân viêm gan C không bị xơ gan hoặc có xơ gan còn bù.

Từ khóa: Viêm gan C mạn tính, đáp ứng virus bền vững SVR12, Sofosbuvir/Velpatasvir.

ABSTRACT

TO EVALUATION OF TREATMENT RESULTS OF SOFOSBUVIR/VELPATASVIR REGIMEN IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C AT IFNECTION CLINIC AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2024

Objectives: To Evaluate the treatment results of the Sofosbuvir/Velpatasvir regimen in patients with chronic hepatitis C and the unwanted effects of this regimen.

Materials and method: Cross-sectional descriptive study, with longitudinal follow-up 12 weeks after the end of treatment. 116 patients were diagnosed with chronic hepatitis C according to decision 2065, dated April 29, 2021 of the Vietnam Ministry of Health promulgating Guidelines for diagnosis and treatment of hepatitis C. Patients were treated according to the regimen Sofosbuvir 400mg/Velpatasvir 100mg 1 tablet per day for 12 weeks and followed up 6 months after starting treatment.

Results: 96.6% of patients with chronic hepatitis C achieved SVR12 sustained virological response, of which the group of patients without cirrhosis achieved SVR12 of 97.4% and the group of patients with compensated cirrhosis was 95%. The median Fibroscan index value before treatment was 13.48 ± 11.54 kPa and after 12 weeks of treatment was 10.37 ± 8.72 kPa, the difference was statistically significant with $p < 0,0005$. APRI scores before treatment, and after 12 weeks of treatment were 1.17 ± 2.67 and 0.42 ± 0.3 , respectively, a statistically

significant difference with $p < 0.002$. ALT activity before and after treatment was 56.72 ± 56.8 and 25.5 ± 17.8 , respectively, the difference was statistically significant with $p < 0.005$. No patients experienced any serious side effects. Some patients complained of some symptoms such as fatigue (5.2%), nausea (5.2%), itching (1.7%), headache (5.2%), insomnia (5.2%), muscle pain (3.4%), dry cough (3.4%), Diarrhea (5.2%).

Conclusion: Our study shows that the sofosbuvir/velpatasvir combination regimen is safe and effective in hepatitis C patients without cirrhosis or with compensated cirrhosis.

Keywords: Chronic hepatitis C, sustained virological response SVR12, Sofosbuvir/Velpatasvir.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan siêu vi C mạn đã trở thành vấn đề sức khỏe được quan tâm hàng đầu trên toàn thế giới với hơn 58 triệu người mắc, với số nhiễm mới hàng năm là 1,5 triệu người [5]. Nếu không được điều trị, viêm gan virus C diễn biến thành xơ gan, ung thư gan và có thể tử vong. Tỷ lệ nhiễm virus viêm gan C dẫn đến xơ gan là 15 - 30% sau 20 năm. Tỷ lệ ung thư gan ở bệnh nhân viêm gan virus C chiếm khoảng 1,4- 3,3% mỗi năm [15]. Ở Việt Nam, tỷ lệ mang Anti-HCV chiếm khoảng 1 - 6% dân số, thay đổi tùy thuộc vào nhóm đối tượng nguy cơ [14].

Mục tiêu điều trị viêm gan virus C mạn tính là loại trừ virus viêm gan C ra khỏi cơ thể thông qua đáp ứng virus bền vững (SVR). Khi bệnh nhân đạt được đáp ứng virus bền vững ở tuần thứ 12 sau khi kết thúc điều trị (SVR12) đồng nghĩa với việc bệnh nhân được coi là điều trị khỏi bệnh viêm gan virus C.

Sự ra đời của các thuốc kháng virus trực tiếp (DAAs) từ năm 2011 đã mở ra một cơ hội lớn trong điều trị viêm gan virus C mạn tính với hiệu quả vượt trội, tăng đáng kể tỷ lệ SVR ở tất cả các kiểu gen, kể cả ở những bệnh nhân đã thất bại điều trị trước đó hay bệnh nhân xơ gan. Các thuốc kháng virus trực tiếp an toàn, ít tác dụng phụ, dung nạp tốt.

Phác đồ phối hợp liều cố định Sofosbuvir 400mg/Velpatasvir 100mg là một trong những thuốc DAAs hiện được khuyến cáo sử dụng trong hướng dẫn điều trị bệnh viêm gan C mạn tính [1]. Sofosbuvir thuộc về thuốc nhóm chất ức chế NS5B RNA polymerase, trong khi Velpatasvir thuộc nhóm ức chế protein NS5A của virus viêm gan C [13]. Phác đồ kết hợp Sofosbuvir 400mg/Velpatasvir 100mg được khuyến cáo cho bệnh nhân viêm gan C mạn tính không bị xơ gan hoặc có xơ gan còn bù, 1 viên mỗi ngày trong 12 tuần. Các ưu điểm của chế độ này không chỉ mang lại hiệu quả cao trong việc điều trị cho bệnh nhân mới, nhưng cũng có thể được sử dụng cho cả sáu kiểu gen của virus viêm gan C. Ngoài ra, sự an toàn của sự kết hợp giữa Sofosbuvir và Velpatasvir trong điều trị viêm gan C mạn tính cũng đã được chứng minh với tỷ lệ tác dụng không mong muốn thấp [16].

Việt Nam nằm trong vùng lưu hành bệnh viêm gan C virus với tỷ lệ cao. Sofosbuvir/Velpatasvir cũng được Bộ Y tế khuyến cáo năm 2021. Tuy nhiên, có chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị và độ an toàn của phác đồ phối hợp liều cố định Sofosbuvir 400mg/Velpatasvir 100mg ở bệnh nhân mắc bệnh nhiễm virus viêm gan C mãn tính, đặc biệt tại An Giang chưa có nghiên cứu nào.

Chúng tôi tiến hành việc này nhằm đánh giá kết quả điều trị của phác đồ Sofosbuvir/Velpatasvir trên bệnh nhân viêm gan C mạn tính và các tác dụng không mong muốn của nó.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có theo dõi theo chiều dọc 12 tuần sau khi kết thúc điều trị.

2. Đối tượng

116 bệnh nhân được xác định chẩn đoán viêm gan siêu vi C mạn tính theo Quyết định 2065/QĐ-BYT, ngày 29/4/2021 của Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị

viêm gan virus C [1] tại Phòng khám truyền nhiễm Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang trong thời gian từ tháng 6 năm 2023 đến tháng 5 năm 2024 với phương pháp lấy mẫu thuận tiện.

3. Cách tiến hành:

Tiêu chí lựa chọn:

Tuổi ≥ 18 tuổi;

Được chẩn đoán viêm gan C mạn tính theo Quyết định 2065/QĐ-BYT, ngày 29/4/2021 của Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan virus C [1];

Bệnh nhân chưa được điều trị bằng thuốc kháng virus viêm gan C.

Tiêu chí loại trừ:

Đồng nhiễm HBV, HIV.

Bệnh nhân xơ gan mất bù, ung thư gan.

Bệnh nhân mắc các bệnh nội, ngoại khoa gây rối loạn tiêu hóa ảnh hưởng đến hấp thu thuốc.

Bệnh nhân sử dụng lâu dài các thuốc ức chế miễn dịch toàn thân.

Phụ nữ mang thai và cho con bú.

Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được xét nghiệm: Công thức máu, TQ, AST, ALT, GGT, bilirubin toàn phần, albumin, creatinin, AFP, định lượng HCV- RNA, siêu âm ổ bụng và Fibroscan ở thời điểm trước điều trị và sau kết thúc điều trị 12 tuần, test thai trước điều trị nếu là phụ nữ trong tuổi sinh đẻ.

Bệnh nhân được điều trị bằng Sofosbuvir 400mg/Velpatasvir 100mg 1 viên mỗi ngày trong 12 tuần.

Kết quả: Tải lượng virus HCV được đo bằng Rotor-Gen Q- VELA Diagnostic của hãng Quiagen có giới hạn phát hiện > 34 IU/mL được thực hiện trước điều trị và tuần thứ 12 sau khi kết thúc điều trị. Loại trừ HCV ra khỏi cơ thể người người, đạt được đáp ứng vi rút bền vững khi tải lượng HCV RNA dưới ngưỡng phát hiện (< 34 IU/ml) ở tuần thứ 12 sau khi kết thúc điều trị, gọi là SVR 12 [1, 10].

4 Xử lý số liệu: Toàn bộ số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 24. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 116 bệnh nhân tham gia, 33,6 % là nam giới và 66,4 % là nữ. Trong đó có 76 bệnh nhân (65,5 %) không bị xơ gan và 40 người (34,5 %) bị xơ gan còn bù. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu này là 62,12 ± 11,6 năm (26- 88). Giá trị trung bình của virus viêm gan C trước điều trị là 6808146,6 UI/ml (58 - 160008000). Một số đặc điểm cơ bản của bệnh nhân được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân trước điều trị				
Đặc điểm ban đầu	Tuần suất (%)	Trung bình ± độ lệch chuẩn	Giá trị thấp nhất	Giá trị cao nhất
Giới tính (nữ)	77 (66,4)			
Tuổi (năm)		62,12 ± 11,6	26	88
HCV RNA (UI/ml)		6808146,6 ± 20241557,5	58	160000000
≤800.000 UI/ml	63 (54,3)			
>800.000 UI/ml	53 (45,7)			

Giai đoạn xơ hóa gan F4	40 (34,5)			
ALT (UI/L)		56,72 ± 56,8	8	288
ALT>30 (UI/L)	60 (51,7)			
AST (UI/L)		50,94 ± 42	12	262
AST>30 (UI/L)	64 (55,2)			
GGT (UI/L)		97,3 ± 133,02	15	1126
Tiểu cầu (10 ⁹ /L)		235,87 ± 90,74	52	616
TQ (giây)		14,7 ± 1,5	10,8	23
Albumin (g/dL)		41,34 ± 3,89	30	52
Bilirubin TP (μmol/L)		13,93 ± 17,75	3,8	127,1
Bilirubin TP>17 (μmol/L)	14 (12,1)			
Hb (g/dL)		13,03 ± 1,66	7,7	16,5
eGFR (ml/min/1.73 m ²)		79,29 ± 21,79	25,5	160
≥ 90 (ml/min/1.73 m ²)	33 (28,5)			
50- 89 (ml/min/1.73 m ²)	75 (64,6)			
25- 49 (ml/min/1.73 m ²)	8 (6,9)			

Bảng 2. Đáp ứng về virus học.			
	Không xơ gan	Xơ gan	Tổng
Đáp ứng	74 (97,4)	38 (95)	112 (96,6)
Không đáp ứng	2 (2,6)	2 (5)	4 (3,4)
Tổng	76	40	116

Bảng 3. Đáp ứng về men gan			
	Trước điều trị	Sau điều trị	P
ALT	56,72 ± 56,8	25,5 ± 17,8	0,005
AST	50,94 ± 42	26,5 ± 11,7	0,005
GGT	97,3 ± 133,02	45,3 ± 41, 2	0,0005

Bảng 4. Đáp ứng về mô học qua điểm APRI và FibroScan trước và sau điều trị			
	Trước điều trị	Sau điều trị	P
APRI	0,94 ± 1,1	0,42 ± 0,3	0,001
Kpa	13,48 ± 11,54	10,37 ± 8,72	0,0005

Bảng 5. Thay đổi mức độ xơ hóa gan trước và sau điều trị		
	Trước điều trị n (%)	Sau điều trị n (%)
F0-1	47 (40,5)	65 (56)
F2	14 (12,1)	17 (14,7)
F3	15 (12,9)	8 (6,9)
F4	40 (34,5)	26 (22,4)
Tổng số	116	116

Bảng 6. Các tác dụng không mong muốn			
	Không xơ gan n (%)	Xơ gan	Tổng
Mệt mỏi	2 (2,6)	4 (10)	5,2
Buồn nôn	2 (2,6)	4 (10)	5,2
Ngứa	0 (0)	2 (5)	1,7
Đau đầu	2 (2,6)	4 (10)	5,2
Khó ngủ	2 (2,6)	4 (10)	5,2
Đau cơ bắp	2 (2,6)	2 (5)	3,4
Ho khan	2 (2,6)	2 (5)	3,4
Tiêu chảy	2 (2,6)	4 (10)	5,2
Tổng	76	40	116

IV. BÀN LUẬN

Mục tiêu điều trị viêm gan C mạn tính là loại bỏ virus viêm gan C ra khỏi cơ thể thông qua đáp ứng virus bền vững (SVR). Trong nhiều nghiên cứu trước đây, việc phối hợp thuốc đã có hiệu quả ở tất cả các kiểu gen HCV [16]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 74/76 (97,4%) bệnh nhân không bị xơ gan và 38/40 (95%) bệnh nhân bị xơ gan còn bù đạt được SVR12 ủng hộ việc sử dụng phối hợp sofosbuvir/velpatasvir để điều trị viêm gan C, cũng được khuyến khích trong hướng dẫn EASL 2018. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Liên Hạ số liệu này lần lượt là 35/35 (100%) bệnh nhân và 10/11 (90,9%)[7]. Nếu tính chung hai nhóm bệnh nhân không bị xơ gan và xơ gan còn bù tỷ lệ đạt được SVR12 của chúng tôi là 96,6%, tỷ lệ này cũng rất tương đồng với kết quả của Feld và cộng sự trong nghiên cứu ASTRAL - 1 thử nghiệm bao gồm những bệnh nhân có kiểu gen HCV từ 1 đến 6 ngoại trừ kiểu gen 3 và báo cáo tỷ lệ SVR12 là 99% [8]. Trong nghiên cứu về ASTRAL - 2 và ASTRAL - 3 thử nghiệm được báo cáo tỷ lệ SVR12 ở kiểu gen 2 và 3 lần lượt là 99% và 94% [9].

Về sự thay đổi chỉ số transaminase, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hoạt độ của enzyme đều trở về bình thường sau khi điều trị có ý nghĩa thống kê với so với trước điều trị với $p < 0,005$ (Bảng 3), trong đó nồng độ ALT trước và sau điều trị lần lượt là $56,72 \pm 56,8$ và $25,5 \pm 17,8$. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Thu Hương nồng độ ALT trước điều trị và sau ngưng thuốc 12 tuần lần lượt là $81,54 \pm 65,2$ UI/ml và $22,9 \pm 18,8$ UI/ml với $p < 0,001$ [4]. Điều trị viêm gan C mạn tính giúp đạt được SVR sẽ cải thiện được tình trạng tăng transaminase huyết thanh. Giảm hoạt độ transaminase của gan phản ánh sự cải thiện tình trạng viêm và hoại tử tế bào gan, do đó có thể là một yếu tố giúp tiên lượng sự cải thiện mức độ xơ hóa gan sau điều trị bên cạnh đáp ứng về tải lượng virus. Sự giảm có ý nghĩa các trị số enzyme của gan đặc

biệt là ALT sau điều trị được cho là có mối liên quan với sự giảm mức độ xơ hóa gan khi đánh giá qua Fibroscan.

Tình trạng xơ hóa kéo dài sẽ tăng nguy cơ xơ gan, ung thư gan, bệnh gan giai đoạn cuối dẫn đến tử vong, vì vậy cải thiện tình trạng xơ hóa gan cũng là một trong những mục tiêu trong điều trị viêm gan C mạn tính. Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị trung vị của kết quả Fibroscan trước điều trị là $13,48 \pm 11,54$ kPa (khoảng dao động 4 - 59,4) và sau kết thúc điều trị 12 tuần, giá trị trung vị của Fibroscan là $10,37 \pm 8,72$ kPa (khoảng dao động 3 - 50), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0005$ (Bảng 4). Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Thu Hương cũng cho thấy rõ sự cải thiện độ xơ hóa gan sau kết thúc điều trị 12 tuần, độ cứng của gan đã giảm có ý nghĩa so với trước điều trị ($7,0 \pm 5,5$ kPa với $8,5 \pm 8,0$ kPa) ($p < 0,05$) [4]. Theo tác giả Đinh Văn Huy kết quả Fibroscan trước điều trị là 33,1 kPa (khoảng dao động 14,3 - 75) và sau kết thúc điều trị 12 tuần là 20,2 kPa (khoảng dao động 6,1 - 75) với $p < 0,05$ [2].

Tính điểm APRI là một phương pháp đơn giản hơn được sử dụng để đánh giá tình trạng xơ hóa gan. Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị trung vị của điểm APRI trước điều trị, và sau khi kết thúc điều trị 12 tuần lần lượt là $1,17 \pm 2,67$ (0,12 – 6,29); $0,42 \pm 0,3$ (0,09 – 1,7). Điểm APRI ở thời điểm kết thúc điều trị 12 tuần thấp hơn so với thời điểm trước điều trị, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,002$ (Bảng 4). Theo tác giả Nguyễn Thị Liên Hạ điểm APRI trước và sau điều trị lần lượt là 0,82 (0,14 – 4,2) và 0,53 (0,27 – 0,59) với $p < 0,0001$ [7]. Theo tác giả Đinh Văn Huy điểm APRI trước và sau điều trị lần lượt là 1,77 (khoảng dao động 1,12 - 3,43) và 0,54 (khoảng dao động 0,31 - 1,12) với $p < 0,05$ [2]. Một nghiên cứu thuần tập tại Mỹ cũng cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa sự cải thiện điểm APRI với đáp ứng virus bền vững, việc duy trì điểm APRI thấp trong 10 năm sau điều trị sẽ cải thiện về độ xơ hóa gan [12].

Theo nghiên cứu của chúng tôi, sau điều trị số bệnh nhân có 14/40 bệnh nhân F4, 7/15 bệnh nhân F3 cải thiện mức độ xơ hóa gan (Bảng 5). Nghiên cứu của tác giả Ngô Anh Thế cho thấy nhóm F3 và F4 có 4/17 và 2/20 bệnh nhân cải thiện mức độ xơ hóa gan xuống F0 - F2. Tuy nhiên, ở nhóm bệnh nhân có mức độ xơ hóa cao F3 - F4 dù đạt SVR vẫn có thể diễn biến sang xơ gan, ung thư gan với nguy cơ dao động 1,3 - 5,5% [3]. Vì vậy, dù đạt được đáp ứng virus bền vững, các bệnh nhân viêm gan C mạn có xơ hóa gan F3, F4 vẫn cần được theo dõi định kỳ để phát hiện sớm các biến chứng như xơ gan, ung thư gan [1]. Điều này cho thấy tầm quan trọng của việc quản lý và điều trị sớm bệnh viêm gan C mạn tính để tránh các biến chứng. Nói chung, kết quả nghiên cứu của chúng tôi mô tả mức độ an toàn có thể chấp nhận được đối với sofosbuvir/velpatasvir ở cả bệnh nhân không bị xơ gan và bệnh nhân xơ gan còn bù, phần lớn các tác dụng phụ ở mức độ nhẹ. Tất cả các bệnh nhân đều điều trị đủ phác đồ 12 tuần, không có bệnh nhân nào phải dừng điều trị vì các tác dụng không mong muốn, một số triệu chứng khó chịu cũng giảm dần tự nhiên trong thời gian điều trị. Các tác dụng phụ thường gặp của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm mệt mỏi (5,2%), buồn nôn (5,2%), ngứa (1,7%), đau đầu (5,2%), mất ngủ (5,2%), đau cơ (3,4%), ho khan (3,4%), tiêu chảy (5,2%) (Bảng 6). Các tác dụng phụ này cũng tương tự trong nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới. Trong nghiên cứu của ASTRAL-1 mệt mỏi (20%), buồn nôn (11%), ngứa (1,7%), đau đầu (28%), mất ngủ (9%), đau cơ (5%), ho khan (3%), tiêu chảy (7%) [8]. Theo Ha Nguyen Thi Lien mệt mỏi (13%), vàng da (4,3%), ngứa (4,3%) [7].

V. KẾT LUẬN:

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng phác đồ phối hợp thuốc đường uống sofosbuvir/velpatasvir hàng ngày trong 12 tuần là an toàn và hiệu quả ở bệnh nhân viêm gan C mạn không bị xơ gan hoặc có xơ gan còn bù, không phân biệt kiểu gen. Cho đến nay, đây vẫn là phác đồ tối ưu trong điều trị, phác đồ kết hợp này vẫn là một trong những lựa chọn tốt nhất để điều trị cho bệnh nhân viêm gan virus C mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y Tế. Quyết định số 2065 về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan virus C. 29/4/2021.
- Đinh Văn Huy, Phạm Ngọc Thạch. Đánh giá kết quả điều trị của phác đồ Sofosbuvir/Velpatasvir/Ribavirin trên bệnh nhân viêm gan C mạn có xơ gan tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới trung ương. Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam. Số 01 (41)- 2023.
- Ngô Anh Thế, Bùi Vũ Huy, Trịnh Thị Ngọc và cộng sự. Tiến triển xơ hóa gan theo kết quả Fibroscan ở bệnh nhân viêm gan virus C mạn tính điều trị bằng thuốc kháng virus. Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam. 2016. Số đặc biệt:38-41.
- Vũ Thị Thu Hương, Nguyễn Nguyên Huyền, Phạm Hồng Quảng. Hiệu quả điều trị phác đồ Peg-interferon + Ribavirin + Sofosbuvir trên bệnh nhân viêm gan virus C mạn tính tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương. Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam. 2016. Số đặc biệt(1):33-52.
- European-Association-for-the-Study-of-the-Liver.EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2018. Journal of hepatology. Aug 2018.69(2):46151Doi:10.1016/j.jhep.2018.03.026.
- Fazia Mir, A.S.K., Jamal Aibdahveysel Tahan, (2017). Sofosbuvir/Velpatasvir regimen promisesan effective pan-genotypic hepatitis C virus cure. Dovepress.5.
- Ha Nguyen Thi Lien, Ngan Ta Thi Dieu. Assessment the results of Sofosbuvir/Velpatasvir treatment in chronic HCV- infected patients at national hospital for tropical diseases. Vietnam Journal of infectious Diseases. No 04 (32- 06)- 2020.
- J.J. Feld, I.M. Jacobson, C. Hézode, et al for the ASTRAL-1 Investigators. Sofosbuvir and Velpatasvir for HCV Genotype 1, 2, 4, 5, and 6 Infection. The New England Journal of Medicine. December 31, 2015 vol. 373 no. 27.
- G.R. Foster, N. Afdhal, S.K. Roberts, et al. Sofosbuvir and Velpatasvir for HCV Genotype 2 and 3 Infection, for the ASTRAL-2 and ASTRAL-3 Investigators. N. Engl J Med 373;27 nejm.org December 31, 2015.
- Pearlman, B. L. And N. Traub, (2011). Sustained virologic response to antiviral therapy for chronic hepatitis C virus infection: acure and somuchmore. Clin Infect Dis. 52 (7): 889- 900.
- Takehara T, Sakamoto N, Nishiguchi S, et al. Efficacy and safety of sofosbuvir-velpatasvir with or without ribavirin in HCV-infected Japanese patients with decompensated cirrhosis: an open-label phase 3 trial. Journal of gastroenterology. Jan 2019. 54(1):87-95. Doi:10.1007/s00535-018-1503.
- Tarik Asselah SB, Stephen Pianko et al. Sofosbuvir/velpatasvir in patients with hepatitis C virus genotype 1-6 and compensated cirrhosis or advanced fibrosis. Liver international: official journal of the International Association for the Study of the Liver. 2018. 38:443-450.
- Traynor, K.2016. Oral therapy approved for chronic HCV inection of all genotypes. American Journal of Health-System Pharmacy. 73 (15): 1120- 1120.
- Viet L, Lan N. T, Ty P. X, et al. Prevalence of hepatitis B & hepatitis C virus infections in potential blood donors in rural Vietnam. The Indian journal of medical research. Jul 2012. 136(1):74-81.
- WHO. Hepatitis C. 2024.
- Zignego, A. L, M. Monti and L. Gragnani, (2018). Sofosbuvir/Velpatasvir for the treatment of Hepatitis C virus infection. Acta Biomed. 89 (3): 321- 331.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỬ DỤNG ĐƯỜNG VÀO ĐOẠN XA ĐỘNG MẠCH QUAY TRONG CHỤP VÀ CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

*Trần Văn Đẩu, Lê Đoàn Bảo Trân,
Lưu Nhật Toàn, Nguyễn Thị Nhớ*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh ĐMV là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới. Chụp và can thiệp ĐMV qua đoạn xa ĐM quay khắc phục được những biến chứng so với ĐM quay.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả sử dụng đường vào đoạn xa ĐM quay trong chụp và can thiệp ĐMV qua da tại BVĐKTT An Giang.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Bệnh nhân có chỉ định chụp và can thiệp ĐMV qua da tại BVĐKTT An Giang từ tháng 1/2024 đến tháng 7/2024.

Kết quả: Tuổi trung bình là $60 \pm 11,83$. THA là yếu tố nguy cơ thường gặp nhất ($>70\%$). Mức độ đau, sưng nề, bầm tím bàn tay rất thấp. **Kết luận:** Tỷ lệ thành công của chọc vào đoạn xa ĐM quay cao 90,3% và các biến chứng tại nơi chọc rất thấp chỉ có 1,4% biến chứng bầm tím bàn tay.

Từ khóa: ĐM quay, đoạn xa ĐM quay.

ABSTRACT

EVALUATING THE RESULTS OF USING DISTAL RADIAL ARTERY ACCESS IN CORONARY ANGIOGRAPHY AND INTERVENTION AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Background: Coronary artery disease is the leading cause of death in the world. Coronary imaging and intervention through the distal radial artery can overcome complications compared to the radial artery.

Objective: Evaluate the results of using distal radial artery access in percutaneous coronary angiography and intervention at An Giang General Hospital.

Materials and methods: Patients with indications for percutaneous coronary angiography and intervention at An Giang Central General Hospital from January 2024 to July 2024.

Results: Mean age was 60 ± 11.83 years old. Hypertension is the most common risk factor ($>70\%$). The level of pain, swelling, and bruising of the hand is very low. **Conclusion:** The success rate of puncture of the distal radial artery is high at 90.3% and complications at the puncture site are very low with only 1.4% of hand bruising complications.

Keywords: Radial artery, distal radial artery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành (ĐMV) là một bệnh phổ biến và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới. Ngày nay chụp và can thiệp động mạch vành qua da (PCI) qua động mạch quay đã được chứng minh là vượt trội so với đường động mạch đùi, do ít chảy máu, cầm máu dễ dàng hơn, thuận tiện hơn cho bệnh nhân, thời gian làm thủ thuật ngắn hơn, chi phí thấp hơn, ít ảnh hưởng đến sức khỏe và giảm thời gian nằm viện cho bệnh nhân. Ngoài ra, còn giảm đáng kể tỷ lệ tử vong trong hội chứng động mạch vành cấp tính, sớm khôi phục hoạt động thể chất bình thường cho bệnh nhân. Chụp và can thiệp ĐMV qua đoạn xa ĐM quay khắc phục được những biến chứng trên đồng thời mang lại sự thoải mái hơn cho cả bệnh nhân và bác sĩ can thiệp, giảm nguy cơ biến chứng cục bộ, bảo tồn được ĐM quay. Do đó nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Đánh giá kết quả sử dụng đường vào đoạn xa động mạch quay trong chụp và can thiệp ĐMV qua da tại Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm tất cả bệnh nhân có chỉ định chụp và can thiệp ĐMV qua da bệnh viện đa khoa Trung Tâm An Giang được chia thành 2 nhóm một nhóm bệnh nhân sử dụng đường vào ĐM quay và nhóm bệnh nhân sử dụng đường vào đoạn xa ĐM quay.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân được chọc đường vào đoạn xa động mạch quay hay động mạch quay.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân chọc đường quay thất bại
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu can thiệp có đối chứng.

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng nhóm hai đối tượng trong quần thể

$$n = \frac{(Z_{2\alpha} \cdot \sqrt{2pq} + Z_{2\beta} \cdot \sqrt{p_1q_1 + p_2q_2})^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Với n: cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ nhất hợp lý.

$p = (p_1 + p_2)/2$, $q = 1 - p$

$q_1 = 1 - p_1$

$q_2 = 1 - p_2$

$\alpha = 0,05$; $\beta = 0,2$

p_1 : là tỉ lệ chọc thành công quay xa theo nghiên cứu Shan – Shan li (2020) và cộng sự là 82%; $p_1 = 0,82$.

p_2 : là tỉ lệ chọc thành công động mạch quay theo nghiên cứu của Nguyễn Khắc Linh (2020) và cộng sự là 95% ; $p_2 = 0,95$

Cỡ mẫu tối thiểu tính toán được: $n = 70$ cho mỗi nhóm.

Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống với hệ số $k=1$. Thu thập các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn, không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

Quy trình nghiên cứu

- Các bệnh nhân đều được khám lâm sàng tỉ mỉ, làm các xét nghiệm cận lâm sàng, điện tâm đồ, men tim.
- Chụp ĐMV và can thiệp ĐMV qua da bằng đường đm quay tại phòng DSA khoa Tim mạch – Lão học. Chăm sóc và theo dõi các biến chứng tại khoa Tim mạch – Lão học đến khi ra viện

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

- Các biến liên tục có phân phối chuẩn trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($X \pm SD$), các biến phân loại trình bày dưới dạng tần số quan sát, tỷ lệ phần trăm (n , %).
- So sánh các đặc điểm giữa 2 nhóm sử dụng kiểm định T – test cho biến liên tục có phân phối chuẩn, kiểm định χ^2 cho biến phân loại.
- Giá trị $p < 0,05$ được coi là khác biệt có ý nghĩa thống kê.
- Các số liệu được xử lý bằng các thuật toán thống kê với phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm đường vào ĐM quay xa		Nhóm đường vào ĐM quay		P
Tuổi trung bình (X ± SD)	60± 11,83		62 ±9,75		0,27
Giới	Nam	Nữ	Nam	Nữ	0,721
	48 (66,7%)	24 (33,3%)	50 (69,4%)	22(30,6%)	
Các yếu tố nguy cơ	n(%)		n(%)		
Hút thuốc lá	25 (34,7%)		30(41,7%)		0,391
THA	58 (80,6%)		55(76,4%)		0,543
Rối loạn lipid máu	27 (37,5%)		26(36,1%)		0,863
ĐTĐ	20 (27,8%)		18 (25%)		0,705
BTTMCB	30 (41,7%)		35 (48,6%)		0,402
Suy thận	3 (4,2%)		4 (5,5%)		0,698
LS trước can thiệp	n (%)		n(%)		
Hội chứng vành cấp	30 (41,7%)		45 (62,5%)		0,012
Bệnh mạch vành mạn	42(58,3%)		27 (37,5%)		

Nhận xét: THA là yếu tố nguy cơ cao nhất của bệnh động mạch vành

Bảng 2. Biến chứng trong chụp và can thiệp mạch vành

Đường vào Biến chứng	ĐM quay xa		ĐM quay		P
	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)	
Rối loạn nhịp trong thủ thuật	2	2,8	2	2,8	0,574
Rối loạn nhịp sau thủ thuật	1	1,4	2	2,8	
Xuất huyết	0	0	0	0	
Tái nhồi máu cơ tim	0	0	0	0	
Sốc tim	0	0	0	0	
Suy thận cấp do thuốc cản quang	3	4,2	4	5,6	
Tràn máu màng tim	0	0	0	0	
Tổng số	6	8,3	8	11,1	

Nhận xét: Biến chứng trong chụp và can thiệp đoạn xa động mạch quay là 8,3 % tương tự như là nhóm đường vào động mạch quay là 11,1%.

Bảng 3. Các yếu tố ảnh hưởng chụp và can thiệp ĐMV

Tỷ lệ Vị trí đường vào	ĐM quay		ĐM quay xa		P
	Số Bn (n)	Tỉ lệ (%)	Số Bn (n)	Tỉ lệ (%)	
Thành công	67	93,1	65	90,3	0,546
Thất bại	5	6,9	7	9,7	
Mức độ đau tại vị trí CT	1,15±0,72		0,5±0,39		<0,001
Khó chịu tại vị trí CT	0,89±0,77		0,3±0,37		<0,001
Tê bì bàn tay	0,7±0,74		0,2±0,48		<0,001
Căng tức bàn tay	1,5±0,65		0,62±25		<0,001
Thời gian đau sau can thiệp	1,7±1,3		0,92±0,5		<0,001
Thời gian nằm viện	5,1±3,2		4,5±2,3		0,198

Nhận xét: tỉ lệ chọc thành công giữa 2 nhóm là tương đương nhau nhưng mức độ đau, khó chịu tại vị trí chọc hay tê bì bàn tay và thời gian đau sau can thiệp ở nhóm đường vào đoạn xa động mạch quay xa ít hơn nhóm vào động mạch quay. Không có sự khác biệt về thời gian nằm viện giữa 2 nhóm.

Bảng 4. Các biến chứng tại vị trí đường vào can thiệp

Nhóm đường vào Các biến chứng	ĐM quay		Đoạn xa ĐM quay		P
	Số Bn (n)	Tỉ lệ (%)	Số Bn (n)	Tỉ lệ (%)	
Hematoma tại chỗ	3	4,2	0	0	<0,001
Hematoma cẳng tay	2	2,8	0	0	
Chảy máu	0	0	0	0	
Bầm tím bàn tay	5	6,9	1	1,4	
Bầm tím cẳng tay	2	2,8	0	0	
Tổng số	12	27,8	1	1,4	0,001

Nhận xét: nhóm đường vào đoạn xa động mạch quay có tỉ lệ biến chứng hematoma tại chỗ và hematoma cẳng tay cũng như là bầm tím bàn tay và bầm tím cẳng tay ít hơn nhóm đường vào động mạch quay.

IV: BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi giới

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 60± 11,83 tương đồng với nghiên cứu BabunashviliA (63,2 tuổi) nhưng thấp hơn các nghiên cứu của tác giả Nguyễn Khắc Linh là 68,07 ± 10,28 tuổi, nghiên cứu của Gasparini (67,8 ± 5,1tuổi). Tuổi thường gặp nhất từ 50 - 75 tuổi chiếm > 70%, tương đương với các nghiên cứu trên. Trong nghiên cứu của chúng tôi nam giới chiếm đa số >70%, tương tự với nghiên cứu của Vefali V (70,6%), Yongcheol Kim (71,2%).

Yếu tố nguy cơ của đối tượng nghiên cứu

- THA là yếu tố nguy cơ thường gặp nhất (> 70%) trong cả 2 nhóm nghiên cứu. Tỷ lệ này cao hơn trong nghiên cứu của Yongcheol Kim (50,8%) và của Farshad Roghani-Dehkordi (61,9%). Qua bảng 1 nếu điều trị tích cực THA, ĐTĐ, kiểm soát tốt lipid máu và bỏ thuốc lá sẽ làm giảm bệnh lý tim mạch đặc biệt là bệnh lý ĐMV.

4.2. Các yếu tố ảnh hưởng của chụp và can thiệp động mạch vành của vị trí đường vào của chụp và can thiệp động mạch vành

Tỷ lệ thành công của kỹ thuật mở đường vào đoạn xa ĐM quay và ĐM quay lần lượt là 90,3% và 93,1% cũng tương tự nghiên cứu của tác giả Nguyễn Khắc Linh là tỷ lệ thành công của kỹ thuật mở đường vào đoạn xa ĐM quay và ĐM quay lần lượt là 94,45% và 95,55%. Tỷ lệ này tương đương với phân tích tổng hợp của Coomes và cộng sự với 19 nghiên cứu gồm 4212 bệnh nhân được thông tim qua đoạn xa ĐM quay (dTRA). Tỷ lệ thành công chung của kỹ thuật là 95,4% (phạm vi 79% -100%) . Như vậy mặc dù mới triển khai nhưng với tỷ lệ thành công 90,3% - kỹ thuật này hoàn toàn có thể triển khai và áp dụng ở nhiều trung tâm tại Việt Nam.

4.3. Đánh giá ảnh hưởng của vị trí đường vào đối với bệnh nhân trong chụp và can thiệp ĐMV

Mức độ đau và khó chịu của bệnh nhân trong quá trình can thiệp giữa 2 nhóm nghiên cứu lần lượt là : $0,5 \pm 0,39$ và $0,3 \pm 0,37$ của nhóm đường vào ĐM quay xa thấp hơn so với nhóm đường vào động mạch quay là $1,15 \pm 0,72$ và $0,89 \pm 0,77$. Cũng tương tự như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Khắc Linh với mức độ đau và khó chịu của bệnh nhân trong quá trình can thiệp giữa 2 nhóm nghiên cứu lần lượt là: $1,9 \pm 0,88$ và $1,47 \pm 0,66$ của nhóm đường vào ĐM quay cao hơn hẳn so với nhóm đường vào đoạn xa ĐM quay là $1,24 \pm 0,42$ và $0,37 \pm 0,52$. Điểm đau trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của Ferdinand Kiemeneij (VAS = 2.5), thấp hơn của Jun-Won Lee là $2,6 \pm 2,4$ và thấp hơn nghiên cứu Arun Maskey $2,4 \pm 1,1$.

Mức độ đau, khó chịu, tê bì và căng tức bàn tay trong nhóm đường vào ĐM quay cao hơn hẳn nhóm đường vào đoạn xa ĐM quay với độ tin cậy rất cao ($p < 0,001$) cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Khắc Linh. Điều này mang lại cho bệnh nhân sự thoải mái, dễ chịu hơn, giảm được tình trạng đau, tê bì, căng tức, khó chịu mà kỹ thuật mở đường vào ĐM quay gây ra. Đồng thời mang lại nhiều sự thoải mái cho cả bác sĩ can thiệp ngay từ khi chọc mạch và trong suốt quá trình can thiệp (bác sĩ không cần phải cúi xuống bệnh nhân để tiếp cận động mạch quay bên trái, đặc biệt nếu bệnh nhân béo phì và bác sĩ không đủ cao). Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Farshad Roghani-Dehkordi ($3,0 \pm 1,6$ ở thời điểm ngay sau can thiệp, $1,6 \pm 1,3$ ở thời điểm sau can thiệp 1h, $0,8 \pm 0,1$ ở thời điểm sau can thiệp 4 giờ). Tương đương nghiên cứu của Shinsuke Mori: ĐM quay $2,0 \pm 2,8$ so với đoạn xa $1,3 \pm 1,8$.

4.4. Các biến chứng tại vị trí đường vào can thiệp

Biến chứng tại đường vào động mạch quay là 27,8% so với 1,4% đường vào đoạn xa động mạch quay so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Khắc Linh với biến chứng đường vào động mạch quay là 22,2% so với 0% đường xa động mạch quay. Điều đó chứng tỏ rằng phương pháp mới này đã giảm được rất nhiều ảnh hưởng không tốt đối với bệnh nhân tại vị trí đường vào mạch máu trong và sau can thiệp.

Một phân tích tổng hợp của Chendi Liang gồm 14 nghiên cứu, với 9.054 bệnh nhân đã chỉ ra rằng so với đường vào ĐM quay: thời gian tháo dụng cụ cầm máu của đường vào đoạn xa ĐM quay ngắn hơn ($-66,62$ phút, 95CI [$-76,68$, $-56,56$]), tỷ lệ tắc động mạch quay thấp hơn (1,7% so với 4,6%), tỷ lệ tụ máu (1,8% so với 2,1%) và co thắt ĐM quay thấp hơn (2,6% so với 3,4%) từ đó cho thấy rằng đường vào đoạn xa ĐM quay thoải mái hơn và an toàn hơn cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thành công của mở đường vào đoạn xa ĐM quay cao (90,3%), mức độ đau, khó chịu, tê bì, sưng nề, bầm tím bàn tay thấp và các biến chứng tại vị trí chọc mạch thấp chỉ có

1,4% bấm tím bàn tay, can thiệp được các tổn thương ĐMV phức tạp. Do đó đường vào này hoàn toàn có thể là lựa chọn thay thế cho đường vào ĐM quay truyền thống. Như rất nhiều nghiên cứu trên thế giới đã khẳng định: Đường vào đoạn xa ĐM quay là “tương lai của can thiệp tim mạch”.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Khắc Linh và cộng sự (2022), “ Kết quả sử dụng đường vào đoạn xa động mạch quay trong chụp và can thiệp động mạch vành qua da”, *Tạp chí Tim mạch Việt Nam*, số 100, tr 67-73.
2. Shan – Shan li, et al (2022), “Analysis of the Risk Factors Related to the Success Rate of Distal Transradial Artery Access in Patients with Coronary Heart Disease”, *Risk Management and Healthcare Policy*, pp. 657-663
3. Liu J, Fu XH, Xue L, Wu WL, Gu XS, Li SQ, (2014),” A comparative study of transulnar and transradial artery access for percutaneous coronary intervention in patients with acute coronary syndrome.” *J Intervent Cardiol* ;27(5):525-530.
4. Roghani F, Shirani B, Hashemifard O. (2016), “The effect of low dose versus standard dose of arterial heparin on vascular complications following transradial coronary angiography: Randomized controlled clinical trial.” *ARYA Atheroscler.* 12(1), pp.10-17.
5. Venkitachalam L, Kip KE, Selzer F, et al (2009) “Twenty-year evolution of percutaneous coronary intervention and its impact on clinical outcomes: a report from the National Heart, Lung, and Blood Institute-sponsored, multicenter 1985-1986 PTCA and 1997-2006 Dynamic Registries.” *Circ Cardiovasc Interv*, 2(1) pp.6-13.
6. Hamandi M, Saad M, Hasan R, et al (2020) “Distal Versus Conventional Transradial Artery Access for Coronary Angiography and Intervention: A Meta-Analysis.” *Cardiovasc Revasc Med*, 21(10), pp.1209-1213.
7. Norimatsu K, Kusumoto T, Yoshimoto K, et al (2019) “ Importance of measurement of the diameter of the distal radial artery in a distal radial approach from the anatomical snuffbox before coronary catheterization.” *Heart Vessels*, 34(10), 1615-1620.
8. Vefalı V, Sariçam E. (2020) “The Comparison of Traditional Radial Access and Novel Distal Radial Access for Cardiac Catheterization. *Cardiovasc Revasc Med*, 21(4), pp.496-500.
9. Ferdinand Kiemeneij (2021) “Left distal transradial access in the anatomical snuffbox for coronary angiography (ldTRA) and interventions (ldTRI) - EuroIntervention.” Accessed October 15.
10. Liang C, Han Q, Jia Y, Fan C, Qin G. (2021) “Distal Transradial Access in Anatomical Snuffbox for Coronary Angiography and Intervention: An Updated MetaAnalysis.” *J Intervent Cardiol* ,pp.709-804

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ RỐI LOẠN TRẦM CẢM CHỦ YẾU VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA TÂM THẦN BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Nguyễn Hương Bảy, Nguyễn Thị Hoàng Oanh,
Nguyễn Phước Thi, Nguyễn Đình Vũ

TÓM TẮT

Mở đầu: Rối loạn trầm cảm chủ yếu với các biểu hiện ức chế toàn bộ hoạt động tâm thần. Bệnh nhân có khí sắc buồn rầu ủ rũ, tự cho mình là hèn kém, thường hoang tưởng bị tội, đưa đến bệnh nhân có ý tưởng tự sát và ý nghĩ về cái chết xảy ra trên 2/3 số bệnh nhân này, đây là nguyên nhân dẫn đầu của tự sát. Đánh giá đúng mức độ giai đoạn trầm cảm đối với từng bệnh nhân, giúp cho người bác sĩ có những tiên lượng và can thiệp phù hợp giúp giảm thiểu tỉ lệ kết cục tử vong và tàn tật đối với những bệnh nhân trầm cảm.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá mức độ rối loạn trầm cảm chủ yếu với thang điểm BECK (BDI-II). Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mức độ trầm cảm của bệnh nhân trầm cảm chủ yếu.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, mẫu được chọn thuận tiện theo tiêu chuẩn chọn bệnh, bao gồm những bệnh nhân trầm cảm đến khám ngoại trú hoặc điều trị nội trú tại khoa tâm thần Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang. Tiến hành thăm khám và phỏng vấn bệnh nhân hoặc thân nhân người bệnh theo bảng thu thập số liệu, thang điểm BDI – II được người bệnh tự đánh giá. Số liệu sau khi thu thập sẽ được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

Kết quả: Nghiên cứu gồm 96 bệnh nhân, đánh giá mức độ trầm cảm theo thang điểm BDI - II cho kết quả: giai đoạn trầm cảm nặng chiếm tỉ lệ cao nhất là 54,2%, giai đoạn trầm cảm vừa chiếm 38,5% và giai đoạn trầm cảm nhẹ là 7,3%. Triệu chứng loạn thần của nhóm giai đoạn trầm cảm nặng bao gồm: hoang tưởng tự buộc tội chiếm 76,9%, hoang tưởng ghen tuông chiếm 57,7%. Các yếu tố có ảnh hưởng đến mức độ trầm cảm bao gồm: số lần nhập viện tái phát, tình trạng gia đình, tiền sử hành vi tự sát - doạ tự sát và sự tuân thủ điều trị ($p < 0,05$).

Kết luận: Mức độ nặng chiếm đa số trong các bệnh nhân rối loạn trầm cảm chủ yếu, các yếu tố ảnh hưởng đến các mức độ trầm cảm khảo sát được, là các yếu tố có khả năng phòng tránh trên lâm sàng.

Từ khóa: rối loạn trầm cảm chủ yếu, mức độ trầm cảm, thang điểm Beck (BDI-II).

ABSTRACT

ASSESSMENT OF MAJOR DEPRESSIVE DISORDER LEVEL AND RELATED FACTORS IN PATIENTS TREATED AT THE PSYCHIATRY DEPARTMENT

AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Background: Major depressive disorder with symptoms of inhibition of all mental activities. Patients have a sad and gloomy mood, consider themselves inferior, often have delusions of guilt, leading to suicidal ideation and thoughts of death occurring in 2/3 of these patients, this is the leading cause of suicide. Correctly assessing the level of depression for each patient helps doctors have appropriate prognoses and interventions to help reduce the rate of death and disability for depressed patients.

Objectives: Assess the severity of major depressive disorder with the BECK scale (BDI-II). Explore some factors related to the severity of depression in patients with major depression.

Methods: Cross-sectional descriptive study, the sample was conveniently selected according to the patient selection criteria, including depressed patients who came for outpatient or inpatient treatment at the psychiatry department of An Giang Central General

Hospital. Examination and interview of patients or relatives of patients according to the data collection form, BDI-II scale was self-assessed by patients. After collection, the data will be processed using SPSS 20.0 statistical software.

Results: The study included 96 patients, assessing the level of depression according to the BDI - II scale with the following results: severe depression accounted for the highest rate of 54.2%, moderate depression accounted for 38.5% and mild depression was 7.3%. Psychotic symptoms of the severe depression group included: self-accusatory delusions accounting for 76.9%, jealous delusions accounting for 57.7%. Factors affecting the level of depression included: number of recurrent hospitalizations, family status, history of suicidal behavior - suicide threats and treatment compliance ($p < 0.05$).

Conclusions: Severity is predominant in patients with major depressive disorder, and the factors influencing depression severity examined are clinically preventable.

Key words: major depressive disorder, depression severity, Beck depression index (BDI-II).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn trầm cảm là một rối loạn khí sắc rất phổ biến trong lâm sàng tâm thần, các triệu chứng bao gồm buồn bã, chán nản, giảm tập trung, mất sinh lực,.. Người rối loạn trầm cảm thường bị mất sức khỏe nghiêm trọng, giảm sút khả năng lao động, học tập, dễ dẫn tới lạm dụng thuốc, nghiện rượu, nghiện ma túy, tan vỡ cuộc sống gia đình và đặc biệt là vấn đề tự sát. Giai đoạn trầm cảm chủ yếu, có biểu hiện ức chế toàn bộ hoạt động tâm thần. Bệnh nhân có khí sắc buồn rầu ủ rũ, giảm mọi quan tâm thích thú, cảm thấy tương lai ảm đạm, tư duy chậm chạp, liên tưởng khó khăn, tự cho mình là hèn kém, giảm sút lòng tự tin, thường hoang tưởng bị tội, đưa đến bệnh nhân có ý tưởng tự sát và ý nghĩ về cái chết xảy ra trên 2/3 số bệnh nhân này, đây là nguyên nhân dẫn đầu của tự sát, 10-15% toan tự sát, năm 2006 ở châu Âu có ít nhất 59.000 bệnh nhân tự sát thành công và nguy cơ này hiện diện trong suốt quá trình bệnh lý [8].

Trong những năm gần đây, gánh nặng về các rối loạn tâm thần ngày một gia tăng với sự tác động nghiêm trọng lên sức khỏe và các hậu quả về kinh tế, chức năng xã hội và quyền con người trên tất cả các quốc gia trên thế giới. Theo số liệu thống kê của nghiên cứu GBD năm 2017, có khoảng 264 triệu người trên thế giới đã trải qua trầm cảm, chiếm từ 2-6% dân số. Các rối loạn trầm cảm vẫn nằm trong nhóm nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật ở năm 1990 và cả 2017, với thứ hạng của YLDs ở vị trí thứ 4 lên thứ 3 và có khả năng trở thành nguyên nhân hàng đầu gây ra tàn tật trên toàn thế giới vào năm 2030 [5].

Tại Khoa tâm thần Bệnh viện đa khoa trung tâm An giang, cùng với tâm thần phân liệt và rối loạn loạn thần do chất, rối loạn trầm cảm chủ yếu là một trong 3 nhóm bệnh lý phổ biến hàng đầu tại khoa với các mức độ nhập viện từ trung bình đến nặng, hay có kèm triệu chứng loạn thần. Nhằm đánh giá tình trạng bệnh một cách khách quan và cụ thể hơn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Đánh giá mức độ rối loạn trầm cảm chủ yếu và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân điều trị tại khoa tâm thần bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang” với những mục tiêu cụ thể sau:

Đánh giá mức độ trầm cảm chủ yếu theo thang điểm BECK (Beck Depression Inventory).

Xác định một số yếu tố liên quan đến mức độ trầm cảm người bệnh rối loạn trầm cảm chủ yếu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Bệnh nhân tuổi từ > 15 tuổi, đến khám và điều trị tại Khoa tâm thần bệnh viện đa khoa trung tâm An giang.

Được chuẩn đoán Giai đoạn trầm cảm theo các tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế thế giới ICD 10 mục F32.

Có đại diện người thân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

Nghi ngờ bệnh đang trong giai đoạn cấp tính với các tổn thương thần kinh thực tổn hay các bệnh lý nội khoa khác.

Nghi ngờ các biểu hiện loạn thần kể cả triệu chứng cảm xúc và hành vi do lạm dụng sử dụng các chất.

Người bệnh hoặc thân nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2024 đến tháng 08/2024.

Cỡ mẫu nghiên cứu: chọn lựa mẫu thuận tiện, đưa vào nghiên cứu tất cả các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn lựa và không có các tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian thu thập số liệu.

Phương Pháp:

Chọn lựa bệnh nhân theo các tiêu chuẩn chẩn đoán phù hợp theo mã chẩn đoán ICD 10 là F32 – Giai đoạn trầm cảm, bao gồm bệnh nhân đến Khám tại phòng khám ngoại trú hoặc đang điều trị nội trú tại Khoa tâm thần Bệnh viện đa khoa trung tâm An giang.

Tiến hành phỏng vấn bệnh nhân và/hoặc thân nhân bệnh nhân theo mẫu thu thập số liệu, bệnh nhân tự đánh giá mức độ trầm cảm theo thang điểm BECK (BDI-II).

Tra cứu hồ sơ bệnh án cũ còn lưu trữ trên hệ thống điện tử.

3. Thu thập và xử lý số liệu

Sử dụng mẫu thu thập số liệu, kết quả ghi nhận được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Các biến liên tục được trình bày dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn. Các biến rời rạc được trình bày theo tỷ lệ phần trăm. Phép kiểm T so sánh hai số trung bình, X2 để so sánh hai biến tỷ lệ. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0.05$.

4. Đạo đức nghiên cứu

Bệnh nhân được giải thích và đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Các thông tin cá nhân và các số liệu thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Giới: Có 96/96 bệnh được khảo sát, nữ chiếm tỷ lệ cao hơn với 70,8% (68 bệnh nhân), nam là 29,2% (28 bệnh nhân). Tỷ lệ nữ : nam xấp xỉ 2,4 : 1.

Tuổi: bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có độ tuổi từ 19 đến 72. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $46,6 \pm 15,07$, trong đó nhóm tuổi từ 30 đến 49 chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ 58,3% (56 bệnh nhân), nhóm tuổi từ 50 trở lên là 25% (24 bệnh nhân) và nhóm tuổi từ 19 đến 29 chiếm tỷ lệ thấp hơn là 16,75% (16 bệnh nhân).

Dân tộc: dân tộc kinh chiếm đa số với 93,8%, các dân tộc khác chiếm 6,2%.

Tình trạng gia đình: Số bệnh nhân sống cùng người thân, có sự quan tâm chăm sóc của người thân là 81/96 chiếm 84,4%; nhóm bệnh nhân không sống cùng gia đình, người thân là 15,6%.

Kinh tế: Bệnh nhân có nguồn kinh tế ổn định chiếm 79,2% (76/96 bệnh nhân), không đi làm – không có kinh tế ổn định có thu nhập là 20,8%.

Đối tượng bệnh nhân khảo sát: bệnh nhân nội trú 34,4% (63/96 bệnh nhân) và bệnh nhân khám phòng khám ngoại trú 34,4% (33/96 bệnh nhân).

Số lần nhập viện tái phát điều trị trầm cảm: chưa nhập viện điều trị trước đây chiếm tỷ lệ 9,4% (09/96 bệnh nhân), có từ 1 - 2 lần nhập viện trước đây 38,5% (37/96 bệnh nhân) và có từ trên 2 lần nhập viện 52,1% (33/96 bệnh nhân).

Tuân thủ điều trị: tự ý ngưng thuốc bỏ điều trị có 30/96 bệnh nhân chiếm 31,3%; tuân thủ điều trị tốt chiếm 68,7% (66/96 bệnh nhân).

Các bệnh lý nội khoa đi kèm: có mắc các bệnh lý nội khoa phổ biến kèm (tăng huyết áp, đái tháo đường type 2, thoái hoá cột sống,...) chiếm tỷ lệ 40,6% (39/96 bệnh nhân); không ghi nhận có bệnh nội khoa đi kèm 59,4% (57/96 bệnh nhân).

Hành vi tự sát hoặc dọa tự sát: tiền sử từng có hành vi tự sát hoặc dọa tự sát trước đây chiếm 39,6% (38/96 bệnh nhân); không có hành vi tự hoặc sát dọa tự sát chiếm 60,4% (58/96 bệnh nhân).

2. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng cơ bản: Dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức y tế thế giới (WHO) ICD 10, ta thống kê các triệu chứng lâm sàng giai đoạn trầm cảm trong mẫu nghiên cứu như sau [1]

Bảng 1. Các triệu chứng lâm sàng Giai đoạn trầm cảm

Triệu chứng trầm cảm		Tần suất (N = 96)	%
Nhóm triệu chứng chủ yếu	Khí sắc trầm	86	89,5
	Mất quan tâm, thích thú	80	83,3
	Giảm năng lượng, mệt mỏi	92	95,8
Nhóm triệu chứng phổ biến	Giảm sự tập trung chú ý	76	79,1
	Giảm tính tự trọng và lòng tự tin	60	62,5
	Ý tưởng bị tội, không xứng đáng	40	41,7
	Nhìn vào tương lai thấy ảm đạm, bi quan	66	68,8
	Ý tưởng, hành vi tự hủy hoại hoặc tự sát	38	39,6
	Rối loạn giấc ngủ	94	97,9
	Rối loạn ăn uống	56	58,3

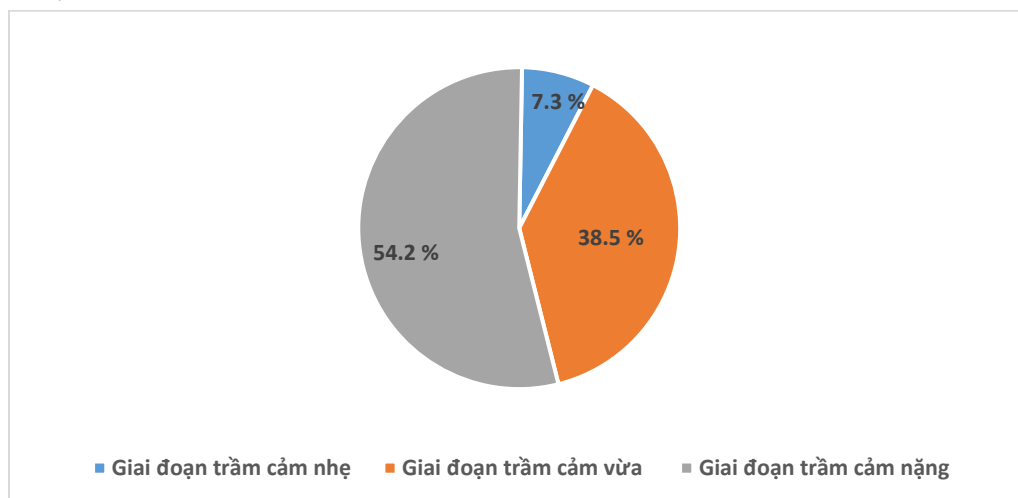
Các triệu chứng chủ yếu chiếm tỉ lệ cao hơn các triệu chứng phổ biến, cao nhất là triệu chứng giảm năng lượng mệt mỏi 95,8%, triệu chứng khí sắc trầm chiếm 89,5%. Trong các triệu chứng phổ biến thì chiếm tỉ lệ cao nhất 97,9% là triệu chứng rối loạn giấc ngủ, kế đến là triệu chứng giảm sự tập trung chú ý chiếm 79,1%, còn số bệnh nhân có ý tưởng hành vi tự sát chiếm 39,6%.

Đánh giá mức độ trầm cảm theo thang điểm BECK: [2] thang điểm có 21 mục, ở mỗi mục có gồm 4 câu trả lời được cho điểm từ 0 – 3 theo mức độ nặng dần của triệu chứng.

Bảng 2. Mức độ trầm cảm theo thang điểm BECK (BDI-II)

Mức độ giai đoạn trầm cảm	Tần suất (N = 96)	Tỉ lệ %
Giai đoạn trầm cảm nhẹ (14 – 19 điểm)	07	7,3
Giai đoạn trầm cảm vừa (20 – 29 điểm)	37	38,5
Giai đoạn trầm cảm nặng (≥ 30 điểm)	52	54,2

Tỉ lệ bệnh nhân giai đoạn trầm cảm nặng chiếm tỉ lệ cao nhất 54,2% (52/96 bệnh nhân), tỉ lệ giai đoạn trầm cảm vừa chiếm 38,5% (37/96 bệnh nhân) và giai đoạn trầm cảm nhẹ chiếm tỉ lệ thấp nhất 7,3%.



Biểu đồ. Phân bố mức độ trầm cảm theo thang điểm BECK

Đặc điểm triệu chứng loạn thần: Với số bệnh nhân có giai đoạn trầm cảm nặng, ta tiến hành khảo sát các triệu chứng loạn thần trên nhóm bệnh nhân này:

Bảng 3. Các triệu chứng loạn thần trên bệnh nhân trầm cảm nặng

Triệu chứng loạn thần		Tần suất (N = 52)	%
Ảo giác	Ảo thanh	4	7,7
	Ảo thị	6	11,5
Hoang tưởng	Hoang tưởng tự buộc tội	40	76,9
	Hoang tưởng theo dõi, truy hại	12	23,1
	Hoang tưởng ghen tuông	30	57,7

Tỉ lệ bệnh nhân có các triệu chứng hoang tưởng chiếm đa số hơn: hoang tưởng tự buộc tội 76,9%, hoang tưởng truy hại 23,1% và hoang tưởng ghen tuông 57,7%. Các triệu chứng ảo giác chiếm tỉ lệ thấp hơn: ảo thanh 7,7% và ảo thị 11,5%.

3. Các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng mức độ trầm cảm

Dựa trên đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu, cũng như dựa vào cấu trúc của thang điểm đánh giá trầm cảm BECK, nhóm tác giả đã chọn lọc một số yếu tố có khả năng ảnh hưởng đến mức độ trầm cảm.

Bảng 4: Các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ trầm cảm

Yếu tố ảnh hưởng		Mức độ trầm cảm		Tổng	OR	p
		Nhẹ - vừa	Nặng			
Tuổi	≥ 40 tuổi	24	28	52	1.25	0.17
	< 40 tuổi	20	24	44		
Giới tính	Nam	15	13	28	0.88	0.39

	Nữ	29	39	68		
Kinh tế	Có kinh tế ổn định	32	44	76	1,04	0,87
	Không có	12	8	20		
Số lần nhập viện tái phát	Từ 2 lần trở lên	18	32	50	3,25	0,001
	Nhập viện ≤ 1 lần	26	20	46		
Tình trạng gia đình	Có sự quan tâm gia đình, người thân	42	39	81	4,38	0,004
	Không có	2	13	15		
Bệnh nội khoa đi kèm	Có bệnh lý nội khoa đi kèm	18	21	39	0,94	0,56
	Không có	26	31	57		
Hành vi tự sát	Từng có hành vi tự sát, dọa tự sát.	10	28	38	3.47	0.002
	Không có	34	24	58		
Tuân thủ điều trị	Tự ý ngưng thuốc bỏ điều trị	7	23	30	5,08	0.001
	Tuân thủ điều trị tốt	37	29	66		

Các yếu tố có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) bao gồm: số lần nhập viện tái phát, tình trạng gia đình, hành vi tự sát và tuân thủ điều trị. Các yếu tố không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) là: tuổi, giới tính, kinh tế và bệnh nội khoa đi kèm.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nữ chiếm đa số với 70,8% so với nam là 29,2%, phù hợp với dịch tễ học công bố của Tổ chức y tế thế giới ước tính tỉ lệ trầm cảm của dân số toàn cầu khoảng 5,1% đối với nữ và 3,6% đối với nam [5]. Độ tuổi trung bình bệnh trầm cảm của Tổ chức y tế thống kê gặp nhiều nhất ở độ tuổi trung niên cao tuổi 55 -74, so với nghiên cứu thì nhóm tuổi trên 50 chiếm 25% có sự khác biệt, cho thấy sự quan tâm và đánh giá trầm cảm trên đối tượng người cao tuổi ở nước ta hiện chưa được quan tâm. Trong một nghiên cứu năm 2023 tác giả Phạm Thị Phương [6] có kết quả khảo sát tương tự của chúng tôi độ tuổi trung bình là $50,2 \pm 15,4$ với tỉ lệ bệnh nhân nữ chiếm 70,4% và tỉ lệ bệnh nhân nam là 29,6%. Tác giả Nguyễn Thái Thông [7] cũng nhận thấy tỉ lệ nữ chiếm đa số hơn với 72,1% so với nam 27,9% trong một nghiên cứu năm 2022 tại Cần thơ.

Nghiên cứu của chúng tôi khảo sát một số yếu tố đặc thù liên quan bệnh trầm cảm. Ghi nhận yếu tố tình trạng gia đình, với ý nghĩa bệnh nhân trầm cảm được sự quan tâm hỗ trợ động viên của người thân với 84,4%; nhóm bệnh nhân không được sự hỗ trợ của người thân là 15,6%. Trong bối cảnh, các điều trị tâm lý chưa được triển khai ở tỉnh An Giang, thì đây là yếu tố về mặt tâm lý trong điều trị bệnh nhân trầm cảm. Yếu tố bệnh lý nội khoa đi kèm cho thấy, có 40,6% bệnh nhân có mắc các bệnh lý nội khoa phổ biến kèm. Còn theo nghiên cứu của Nguyễn Thái Thông [7] năm 2022 có tới 33,8% bệnh nhân tăng huyết áp, đái tháo đường type 2 có trầm cảm đồng mắc. Nhóm tác giả Nguyễn Thái Thông cũng thấy có 33,8% bệnh nhân có kinh tế khá – giàu, 66,2% bệnh nhân không khá – giàu [7]. Nghiên cứu chúng tôi cũng đánh giá có 79,2% bệnh nhân có nguồn kinh tế ổn định và 20,8% bệnh nhân không đi làm – không có kinh tế ổn định, đây là yếu tố chúng tôi nghĩ có khả năng liên quan đến sự tái phát và độ nặng của bệnh trầm cảm.

Ý nghĩ và hành vi tự sát là một đặc điểm quan trọng của bệnh nhân trầm cảm, 1% bệnh nhân trầm cảm tự sát trong vòng 12 tháng kể từ khi phát bệnh, đối với các trường hợp trầm cảm

tái diễn 15% chết do tự sát [8]. Tác giả Phạm Thị Phương cho thấy có tới 66,7% bệnh nhân rối loạn trầm cảm tái diễn có ý tưởng tự sát [6]. Trong nghiên cứu chúng tôi có 39,6% (38/96 bệnh nhân) với tiền sử từng có hành vi tự sát hoặc dọa tự sát trước đây.

Giai đoạn toàn phát của trầm cảm chủ yếu bao gồm 3 triệu chứng đặc trưng và 07 triệu chứng chủ yếu. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng giảm năng lượng mệt mỏi chiếm 95,8%, triệu chứng khí sắc trầm chiếm 89,5% và triệu chứng mất quan tâm thích thú chiếm 83,3%. Tác giả Vũ Sơn Tùng trong nghiên cứu đặc điểm của rối loạn trầm cảm tái diễn, cũng cho thấy tỉ lệ các triệu chứng nhóm đặc trưng chiếm tỉ lệ cao: khí sắc trầm chiếm 92,7%, mất quan tâm thích thú 92,7% và giảm năng lượng mệt mỏi chiếm 99,0% [9]. Các triệu chứng trong nhóm triệu chứng phổ biến của tác giả Vũ Sơn Tùng cũng chiếm tỉ lệ cao, cao nhất là rối loạn giấc ngủ 95,8% và thấp nhất là ý tưởng – hành vi tự sát 42,7% [9]. Nghiên cứu của chúng tôi về nhóm triệu chứng này cũng cho kết quả, chiếm tỉ lệ cao nhất 97,9% là rối loạn giấc ngủ, còn có ý tưởng hành vi tự sát chiếm 39,6%.

Thang trầm cảm Beck (BDI) được xem như là một thang đo tiêu chuẩn vàng do bệnh nhân tự đánh giá. Thang này được thiết kế lần đầu vào năm 1961, phiên bản thứ hai của thang khảo sát trầm cảm Beck ra đời (BDI - II) và được xuất bản lần đầu vào năm 1996 [2]. Qua đánh giá mức độ trầm cảm của những bệnh nhân trong nghiên cứu, kết quả là: Tỉ lệ bệnh nhân giai đoạn trầm cảm nặng là 54,2%, giai đoạn trầm cảm vừa là 38,5% và giai đoạn trầm cảm nhẹ có tỉ lệ thấp là 7,3%. Tác giả Henndy Ginting trong một nghiên cứu năm 2013 tại Indonesia với một nhóm bệnh nhân trầm cảm nội viện bằng thang điểm BDI – II với điểm trung bình $24,7 \pm 12,1$ và cho thấy thang điểm có độ nhạy và độ đặc hiệu cao với điểm cut-off là 17 [3].

Các triệu chứng loạn thần như ảo giác, hoang tưởng hay gặp trên nhóm đối tượng trầm nặng trong nghiên cứu này là: hoang tưởng tự buộc tội 76,9%, hoang tưởng truy hại 23,1% và hoang tưởng ghen tuông 57,7%. Các triệu chứng ảo giác chiếm tỉ lệ thấp hơn: ảo thanh 7,7% và ảo thị 11,5%. Nghiên cứu của tác giả Vũ Sơn Tùng cũng cho thấy chiếm tỉ lệ cao nhất là hoang tưởng tự buộc tội 87,5% [9]. Kết quả của chúng tôi được xem là khác biệt so với một nghiên cứu tổng hợp của tác giả Gaudiano B. A đối với giai đoạn trầm cảm nặng có 68% bị ảo giác với ảo giác phổ biến nhất là ảo giác thính giác và 20% bị hoang tưởng chiếm đa số là hoang tưởng bị hại [4]. Do nghiên cứu chúng tôi thực hiện trong hoàn cảnh các bệnh nhân nhập viện điều trị, nên nhóm đối tượng thường là trầm cảm nặng với các triệu chứng loạn thần, ý định tự sát do vậy tỉ lệ nhóm triệu chứng loạn thần cao hơn.

Nhóm nghiên cứu đã tìm ra các yếu tố liên quan đến mức độ của giai đoạn trầm cảm chủ yếu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ như sau: Nhóm bệnh nhân có từ 2 lần nhập viện trở lên ảnh hưởng đến mức độ nặng của bệnh hơn so với nhóm bệnh nhân có dưới 1 lần nhập viện, số lần nhập viện nhiều lần chứng tỏ bệnh nhân có nhiều đợt tái phát trở lại vì nhiều yếu tố, nhưng nó cũng phản ánh khả năng đáp ứng với điều trị ngoại trú kém. Yếu tố tình trạng gia đình, nhóm bệnh nhân không ở cùng người thân hoặc không có sự quan tâm động viên từ người thân thì mức độ nặng sẽ cao hơn nhóm bệnh nhân có sự quan tâm hỗ trợ của gia đình, điều này khá hiển nhiên vì ngoài điều trị hoá dược thì yếu tố tâm lý là một phần quan trọng trong điều trị trầm cảm và với sự theo dõi sát sao của gia đình cũng giúp phòng ngừa tốt hơn các hành vi tự sát. Nhóm bệnh nhân có tiền sử hành vi tự sát hoặc dọa tự sát có mức độ nặng cao gấp 3,47 lần bệnh nhân chưa từng có hành vi tự sát trước đây, điều này là phù hợp với mức độ trầm cảm nặng với các triệu chứng loạn thần chi phối hành vi. Yếu tố tuân thủ điều trị, thực tế là sau một giai đoạn bệnh ổn định, người bệnh có xu hướng tự ngưng điều trị nên rất dễ xảy ra hiện tượng tái phát và dẫn đến mức độ trầm cảm tăng lên, nghiên cứu cho thấy không tuân thủ điều trị làm tăng 5,08 lần mức độ nặng của trầm cảm.

Các yếu tố: tuổi, giới tính, kinh tế và bệnh nội khoa đi kèm không cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ nặng của giai đoạn trầm cảm chủ yếu ($p > 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát, nghiên cứu và phân tích 96 bệnh nhân được chẩn đoán Giai đoạn trầm cảm đến phòng khám ngoại trú và điều trị nội trú tại Khoa tâm thần bệnh viện đa khoa trung tâm an giang, chúng tôi ghi nhận:

Đánh giá theo thang điểm BECK (BDI – II) cho thấy tỉ lệ bệnh nhân giai đoạn trầm cảm nặng chiếm tỉ lệ cao nhất 54,2%, tỉ lệ giai đoạn trầm cảm vừa chiếm 38,5% và giai đoạn trầm cảm nhẹ chiếm tỉ lệ thấp nhất 7,3%. Trong nhóm bệnh nhân trầm cảm nặng các triệu chứng loạn thần phổ biến bao gồm: hoang tưởng tự buộc tội 76,9%, hoang tưởng truy hại 23,1%, hoang tưởng ghen tuông 57,7%, ảo thanh 7,7% và ảo thị 11,5%.

Các yếu tố có ảnh hưởng đến mức độ trầm cảm của bệnh nhân bao gồm: số lần nhập viện tái phát, tình trạng gia đình có người thân quan tâm chăm sóc, tiền sử hành vi tự sát hay dọa tự sát trước đây và yếu tố sự tuân thủ điều trị, với $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- American Psychiatric Association (2013), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Depressive disorders, American Psychiatric Association, Washington DC.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck depression inventory–II. Psychological assessment.
- Ginting, H., Näring, G., Van Der Veld, W. M., Srisayekti, W., & Becker, E. S. (2013). Validating the Beck Depression Inventory-II in Indonesia's general population and coronary heart disease patients. *International Journal of clinical and health psychology*, 13(3), 235-242.
- Gaudiano, B. A., Dalrymple, K. L., & Zimmerman, M. (2009). Prevalence and clinical characteristics of psychotic versus nonpsychotic major depression in a general psychiatric outpatient clinic. *Depression and anxiety*, 26(1), 54-64.
- World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders – Global Health Estimates. Geneva; 2017: 1-2.
- Phạm Thị Phương, et al. (2023), Đặc điểm lâm sàng ý tưởng tự sát ở người bệnh rối loạn trầm cảm tái diễn điều trị nội trú, *Tạp chí nghiên cứu y học*, 170 (9) – 2023: 188 – 194.
- Nguyễn Thái Thông, et al. (2022), Khảo sát tỉ lệ trầm cảm chủ yếu và mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và trầm cảm trên bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp và đái tháo đường nằm viện nội trú trong đợt bùng phát dịch Covid-19 lần thứ 4, *Tạp chí y dược Cần Thơ*, 45 – 2022.
- Ngô Văn Truyền, Nguyễn Văn Thống (2020), Trầm cảm chủ yếu, *Trường đại học Y dược Cần thơ, Nhà xuất bản Y Học*, 7, 91.
- Vũ Sơn Tùng, et al. (2022), Đặc điểm lâm sàng rối loạn trầm cảm tái diễn ở người bệnh nội trú tại cơ sở sức khỏe tâm thần, *Tạp chí nghiên cứu y học*, 150 (2) – 2022: 116 – 123.

ĐIỀU TRỊ NGỘ ĐỘC CẤP BẰNG QUẢ LỌC HẤP PHỤ HA 230 TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Phạm Ngọc Kiều, Nguyễn Huỳnh Bích Phượng,
Phù Kỳ Thạnh, Phan Công Thọ

TÓM TẮT

Mở đầu: Ngộ độc thuốc nói chung là vấn đề khó khăn đối với các thầy thuốc lâm sàng do càng ngày có nhiều thuốc mới mà không có chất đối kháng, khi đó vấn đề điều trị chủ yếu điều trị ngộ độc chung, giải quyết một số vấn đề lâm sàng như rửa dạ dày, than hoạt, hỗ trợ tuần hoàn, hô hấp... nhưng tỷ lệ thành công rất thấp. Gần đây lọc máu hấp phụ bằng quả lọc HA 230 là một phương pháp mang lại lợi ích to lớn cho các bệnh nhân ngộ độc [1,2,3,4].

Phương pháp: Nghiên cứu hàng loạt ca. Các bệnh nhân ngộ độc cấp được điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực và chống độc Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang

Kết quả: Từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 09 năm 2024 có 12 ca được đưa vào nghiên cứu, bao gồm 03 ca ngộ độc diệt cỏ Glufosinat, 02 ca thuốc trừ sâu Butachlor, 02 ca thuốc diệt chuột, 02 ca thuốc trừ sâu Pyrrthroid, 01 ca Amitriptylin liều cao và 01 ca ngộ độc thuốc an thần số lượng lớn. Tất cả đều được lọc máu với quả lọc hấp phụ HA230, kết quả chỉ có 01 ca tử vong, tỷ lệ thành công 92%.

Kết luận: Lọc máu hấp phụ bằng quả lọc hấp phụ HA 230 là một phương pháp cho kết quả rất tốt, điều trị hiệu quả cho những trường hợp ngộ độc các loại thuốc mà hiện nay không có tác nhân đối kháng.

Treatment of acute poisoning with HA 230 absorption filters at the ICU of An Giang central general hospital

SUMMARY

Background: Drug poisoning in general is a difficult problem for clinicians because there are more and more new drugs without antagonists. At that time, the main treatment problem is treating general poisoning, solving some clinical problems such as gastric lavage, activated charcoal, circulatory and respiratory support... but the success rate is very low. Recently, hemodialysis with HA 230 filter is a method that brings great benefits to poisoning patients [1,2,3,4].

Methods: Case series study. Patients with acute poisoning are treated at the Intensive Care and Poison Control Department of An Giang Central General Hospital

Result: From January 2024 to September 2024, 12 cases were included in the study, including 03 cases of Glufosinate herbicide poisoning, 02 cases of Butachlor pesticide, 02 cases of rat poison, 02 case of Pyrrthroid pesticide, 01 case of high dose Amitriptyline and 01 case of poisoning with a large quantity of sedatives. All were dialyzed with HA230 adsorbent filter, As a result, there was only 01 death and 92% success rate.

Conclusion: Hemodialysis using the HA 230 adsorption filter is a method that gives very good results, effectively treating cases of poisoning with drugs for which there is currently no antagonist.

I- ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay có rất nhiều loại thuốc và hoá chất lưu hành trên thị trường, khi bệnh nhân bị ngộ độc do vô tình hay cố ý đều diễn biến rất phức tạp khó lường, các thuốc đối kháng hiện có rất ít cho một vài loại như ngộ độc phospho hữu cơ, ngộ độc heroin. Còn lại rất nhiều thuốc và hoá chất khác không có chất đối kháng như các thuốc trừ sâu thế hệ mới, thuốc diệt cỏ, thuốc kích thích hệ mới, các thuốc an thần... Trước đây chỉ điều trị triệu chứng như các biện pháp cấp cứu ban đầu như rửa dạ dày, than hoạt tính để hấp thu chất độc trong đường tiêu hoá, hỗ trợ về

tuần hoàn như truyền dịch, hỗ trợ hô hấp oxy, máy giúp thở... nhưng tỷ lệ thành công rất thấp. Hiện nay lọc máu hấp phụ bằng quả lọc HA 230 là một phương pháp cứu cánh mang lại lợi ích to lớn cho người bệnh. Bệnh viện Chợ Rẫy đã áp dụng kỹ thuật lọc máu hấp phụ bằng quả lọc HA 230 cho nhiều bệnh nhân ngộ độc trong đó có nhiều bệnh nhân ngộ độc paraquat và đã cho kết quả rất tốt [3,4]. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: “*Điều trị ngộ độc cấp bằng quả lọc hấp phụ HA 230 tại Khoa Hồi sức Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang*”

MỤC TIÊU ĐỀ TÀI

Đánh giá hiệu quả điều trị ngộ độc cấp bằng quả lọc hấp phụ HA 230.

II- PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả bệnh nhân ngộ độc cấp vào Khoa Hồi sức mà độc chất là loại không có thuốc đối kháng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh ngộ độc chất có thuốc đối kháng và những bệnh nhân không đồng ý điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: Hàng loạt ca

- Cỡ mẫu: Thuận tiện trong quá trình nghiên cứu
- Địa điểm: Khoa Hồi Sức tích cực BVĐKTT An Giang.
- Các biến số nghiên cứu: Các đặc điểm chung: tuổi, giới, loại thuốc và hoá chất gây ngộ độc cấp. Hiệu quả của lọc máu hấp phụ: đánh giá các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng và thang điểm SOFA, APACHE II ngay trước khi lọc hấp phụ (T0) và thời điểm chuyển khoa (T1).

Cách tiến hành:

+Bệnh nhân vào Khoa Hồi Sức được chẩn đoán ngộ độc cấp các loại thuốc (người nhà mang nhãn hiệu vào) tác nhân mắc phải thường không có chất đối kháng

+Điều trị cơ bản theo phác đồ thải trừ chất độc chung: rửa dạ dày, than hoạt, sorbitol, kiềm hóa nước tiểu...

+Lọc máu hấp phụ với quả lọc HA230.

+Kiểm tra các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng mỗi 24- 48 giờ, đánh giá thang điểm SOFA, APACHE II

Đo lường các biến: Các biến định lượng được trình bày theo giá trị trung bình và độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$), các biến định tính được trình bày theo tỷ lệ phần trăm (%), Kiểm định sự khác biệt của các biến. Các biến định lượng: sử dụng các test tham số (t-test, ANOVA test) cho biến phân bố chuẩn và test phi tham số (sign test, Mann-Whitney test, Kruskal-Wallis test) cho biến phân bố không chuẩn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các biến định tính: sử dụng Z test, test χ^2 hoặc Fisher's exact test. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 26

III- KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Trong khoảng thời gian từ tháng 01/2024 đến 09/2024, có 12 bệnh nhân nhập khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang đủ tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu. Trong số 12 bệnh nhân giới nữ 06, nam 06; tuổi trung bình $33,92 \pm 15,56$ tuổi, thấp nhất 18, cao nhất 61, tỷ lệ thành công 100%, thời gian nằm khoa Hồi sức trung bình là $6,33 \pm 3,6$ ngày.

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu lúc nhập Khoa ICU

STT	Thông số	TB $\pm$ SD
1	Tuổi	33,92 $\pm$ 15,56
2	Nữ / Nam	06/04
3	Điểm Glasgow	5,97 $\pm$ 3,44
4	Mạch	110,07 $\pm$ 19,19
5	HATB	56,05 $\pm$ 6,35
7	Nhịp thở	24,76 $\pm$ 5,09
8	SOFA	6,76 $\pm$ 2,6
9	APACHE II	19,76 $\pm$ 3,7
10	GFR	35,61 $\pm$ 7,23
11	pH	7,13 $\pm$ 0,16
12	Số quả lọc/bệnh	3,2 $\pm$ 1,2
13	Tỷ lệ thành công	92%
14	Thời gian nằm ICU (ngày)	5,83 $\pm$ 3,6

Nhận xét: các chỉ số đều ở mức độ nặng lúc vào viện

3.2. Các loại thuốc ngộ độc

Bảng 2: Các loại thuốc ngộ độc

Stt	Thuốc ngộ độc	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Diệt cỏ Glufosinate	3	25
2	Trừ sâu Butachlor	2	16,6
3	Thuốc diệt chuột	2	16,6
4	Trừ sâu Pyrethroid	2	16,6
5	Amitriptyline	1	8,4
6	Thuốc an thần	1	8,4
7	Thuốc diệt cỏ 2,4D	1	8,4
	Tổng số	12	100

Nhận xét: Nhóm thuốc diệt cỏ Glufosinate chiếm tỷ lệ cao nhất, kế đến thuốc trừ sâu Butacklor, Pyrethriod, thuốc diệt chuột.

2.3. Triệu chứng lâm sàng chung

Bảng 3: Các triệu chứng lâm sàng thường gặp

Stt	Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Buồn nôn, nôn	8	66,6
2	Tiêu chảy	4	33,3

3	Đau bụng	5	41,6
4	Lơ mơ	4	33,3
5	Hôn mê	8	66,6
6	Co giật	3	25
7	Suy hô hấp	11	91,6
8	Hạ huyết áp	6	50
9	Rối loạn nhịp tim	2	16,6

Nhận xét: Phần lớn đều có rối loạn tiêu hóa, rối loạn tri giác, suy hô hấp và hạ huyết áp

3.3. Đánh giá hiệu quả của lọc máu với quả HA230

Bảng 4: Hiệu quả lọc máu

Thông số	Trước lọc TB $\pm$ SD	Sau lọc TB $\pm$ SD	p
Điểm GCS	5,97 $\pm$ 3,44	12,40 $\pm$ 2,6	0,00
HATB(mmHg)	56,05 $\pm$ 6,35	70,98 $\pm$ 16,82	0,01
GFR	35,61 $\pm$ 7,23	56,53 $\pm$ 43,67	0,02
AST	184,07 $\pm$ 77,94	56,23 $\pm$ 12,5	0,00
ALT	127,91 $\pm$ 82,73	45,12 $\pm$ 11,8	0,00
GGT	113,62 $\pm$ 82,71	44,23 $\pm$ 9,63	0,00
SOFA	6,76 $\pm$ 2,6	2,27 $\pm$ 0,98	0,00
APACHE II	19,76 $\pm$ 3,7	9,33 $\pm$ 1,52	0,00

Nhận xét: Tất cả các chỉ số sau khi lọc máu đều cải thiện có ý nghĩa thống kê với $p < 0,005$.

IV BÀN LUẬN

Đặc điểm chung

Trong 12 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, phần lớn là thuốc diệt cỏ (03 ca Glufosinate, 01 ca 2,4D), kế đến là thuốc trừ sâu (02 ca Butachlor, 02 ca Pyrethroid), 02 ca thuốc diệt chuột, 01 ca Amitriptylin và 01 ca thuốc an thần liều cao. Về giới tính, nữ và nam bằng nhau 06/06 chiếm tỷ lệ 50% khác với tác giả Lương Quốc Chính nữ chiếm 29,4% [1], Nguyễn Thị Ngọc [2] nữ chỉ chiếm 30% [2]. Tuổi trung bình là 33,92 $\pm$ 15,56. Kết quả này tương đồng với tác giả Lương Quốc Chính 36 $\pm$ 13 [1], Nguyễn Thị Ngọc có tuổi trung bình 39 $\pm$ 14 [2], Su-Jin Seok có tuổi trung bình 49,8 $\pm$ 15,4 [10], như vậy có thể nói ngộ độc thường gặp ở người trẻ tuổi.

4.2. Đánh giá hiệu quả của lọc máu với quả HA230

Đánh giá hiệu quả của lọc máu liên tục với chỉ số lâm sàng như tình trạng tri giác thể hiện ở thang điểm Glasgow trước lọc là 5,97 $\pm$ 3,44 điểm, sau lọc tăng lên 12,40 $\pm$ 2,6 điểm sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tương đương các tác giả Lương Quốc Chính [1], Nguyễn Thị Ngọc [2].

Chức năng thận và chức năng gan sau quá trình lọc hấp phụ đều giảm có ý nghĩa thống kê trong đó độ lọc cầu thận từ 35,61 $\pm$ 7,23 tăng lên 56,53 $\pm$ 43,67ml/phút. AST từ 184,07 $\pm$ 77,94 giảm xuống còn 56,23 $\pm$ 12,5U/l. Tương đương các nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc [2], Kenan Bek [7], Su-Jin Seok [10].

Thang điểm SOFA giảm lần lượt là $6,76 \pm 2,6$ (thời điểm T_0) xuống còn $2,27 \pm 0,98$ (ở thời điểm kết thúc lọc máu T_1), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Lương Quốc Chính [1], Samel Park [3], Baylis S [8]. Thang điểm APACHE II tại thời điểm trước lọc và sau lọc lần lượt $19,76 \pm 3,7$ và $9,33 \pm 1,52$. Sự giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc [2], Marc Ghannoud [6].

Thời gian đến Bệnh viện: Thời gian từ lúc uống đến khi vào Khoa ICU trung bình 4,9 giờ cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc là 4,5 giờ [2] sau uống. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Su-Jin Seok là 3 giờ [10], có thể do điều kiện phương tiện di chuyển của mỗi nơi, người nhà phát hiện sớm hay muộn.

Đặc điểm lâm sàng: Trong nghiên cứu của chúng tôi những triệu chứng lâm sàng thường gặp: buồn nôn, nôn (66,6%), đau bụng đi ngoài (33,3%), suy hô hấp 91,6%, tụt huyết áp 50%, rối loạn nhịp tim (16,6%), Các triệu chứng nặng như suy giảm ý thức chiếm 66,6%, co giật 25%. Ngộ độc Glufosinat biểu hiện chủ yếu ở cơ quan tiêu hóa (66,6%), tiếp theo là cơ quan thần kinh (66%), tim mạch (16,6%), hô hấp (91,6%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Lương Quốc Chính [1], Nguyễn Thị Ngọc [2], Kenan Bek [7]. Tuy nhiên các thuốc diệt cỏ thường để lại di chứng thần kinh nhiều hơn các thuốc khác.

4.3. Kết quả điều trị

Trong 12 ca đưa vào nghiên cứu, có 01 ca tử vong do uống thuốc diệt cỏ glufosinat, người nhà phát hiện quá muộn sau 12 giờ, người bệnh vào khoa trong tình trạng hôn mê sâu kéo dài, não đã bị tổn thương nặng nề nên điều trị không hiệu quả. Còn lại đều có kết quả tốt tỷ lệ thành công 92%. Kết quả này gần với kết quả của Nguyễn Thị Ngọc là 96% [2], tác giả Samel Park tỷ lệ thành công 80,1%, tác giả Lương Quốc Chính có tỷ lệ thành công 35% trong nghiên cứu ngộ độc paraquat.

V-KẾT LUẬN

Ngộ độc nói chung đặc biệt là các hóa chất diệt cỏ, thuốc trừ sâu gây tổn thương đa cơ quan, điều trị khó khăn, tỷ lệ tử vong cao do các hóa chất này không thuốc đối kháng. Việc áp dụng kỹ thuật lọc máu liên tục kết hợp lọc hấp phụ bằng quả lọc HA 230 là một phương pháp cho kết quả rất tốt, tỷ lệ thành công rất cao nếu phát hiện sớm và điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lương Quốc Chính (2023). Nhận xét kết quả điều trị bệnh nhân ngộ độc cấp thuốc diệt cỏ Diquat tại trung tâm chống độc bệnh viện bạch mai. Tạp chí Y Học Việt Nam Tập 125. Số 02. 02/2023.
2. Nguyễn Thị Ngọc (2022). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân ngộ độc cấp hóa chất diệt cỏ Glufosinat. Tạp chí Y Học Việt Nam Tập 519. Số 02. 10/2022.
3. Samel Park; Sunhyo Lee (2016). Concurrent Hemoperfusion and Hemodialysis in Patients with Acute Pesticide Intoxication. Research Articles October 22 2016. Blood Purif (2016) 42 (4): 329–336. <https://doi.org/10.1159/000451051>
4. Jianting Ke; Yuting Wei; Binhuan Chen (2024). Application of Hemoperfusion in the Treatment of Acute Poisoning. Subject Area: Nephrology Blood Purif (2024) 53 (1): 49–60. doi.org/10.1159/000532050. PubMed: 37918359
5. He Z et al. The Efficacy of Resin Hemoperfusion Cartridge on Inflammatory Responses during Adult Cardiopulmonary Bypass. Blood Purify 2022; 51:31-37. Doi: 10.1159/000514149
6. Marc Ghannoud (2019). Hemoperfusion for the Treatment of Poisoning: Technology, Determinants of Poison Clearance, and Application in Clinical Practice. May 2014. Seminars in Dialysis 27(4) 27(4) DOI:10.1111/sdi.12246
7. Kenan Bek, Ozan Ozkaya (2018). Charcoal haemoperfusion in amitriptyline poisoning: experience in 20 children. Nephrology (Carlton) 13(3):193-7. doi: 10.1111/j.1440-1797.2008.00922.x.
8. Baylis S, Costa-Pinto R, Hodgson S, Bellomo R, Baldwin I. Combined Hemoperfusion and Continuous Veno-Venous Hemofiltration for Carbamazepine Intoxication. Blood Purif. 2022;51(9):721-725. doi:10.1159/000520520
9. Dong H, Weng YB, Zhen GS, Li FJ, Jin AC, Liu J. Clinical emergency treatment of 68 critical patients with severe organophosphorus poisoning and prognosis analysis after rescue. Medicine (Baltimore). 2017;96(25):e7237. doi:10.1097/MD.00000000000007237
10. Su-Jin Seok, Sang Cheon Choi. Acute Oral Poisoning Due to Chloracetanilide Herbicides. Original article Occupation & Environmental Medicine. <http://dx.doi.org/10.3346/jkms.2012.27.2.111> • J Korean Med Sci 2012; 27: 111-114
11. J. LIU và cộng sự (2021). Clinical study and observation on the effect of hemoperfusion therapy treatment on central nervous system injury in patients with 2,4-dichlorophenoxyacetic acid poisoning. European Review for Medical and Pharmacological Sciences. 2021; 25: 2403-2408

GIÁ TRỊ THANG ĐIỂM HESTIA VÀ SPESI TRONG DỰ ĐOÁN TỬ VONG NGẮN HẠN Ở BỆNH NHÂN THUYỀN TẮC ĐỘNG MẠCH PHỔI CẤP TẠI AN GIANG

Phạm Huỳnh Minh Trí, Đinh Lê Uyên Nhi,
Nguyễn Phước Thịnh, Đào Minh Thông

TÓM TẮT

Thuyên tắc động mạch phổi cấp là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong nếu không được điều trị kịp thời. Việc sử dụng các bộ tiêu chuẩn HESTIA và thang điểm sPESI (Simplified Pulmonary Embolism Severity Index) giúp phân tầng nguy cơ và tiên lượng tử vong trong 30 ngày. Mục tiêu của nghiên cứu là so sánh giá trị tiên lượng tử vong trong 30 ngày của chỉ số HESTIA và thang điểm sPESI ở bệnh nhân thuyên tắc động mạch phổi cấp tại An Giang. Nghiên cứu mô tả hồi cứu được tiến hành trên 73 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, với độ tuổi trung bình là $62,8 \pm 15$ tuổi. Phân tầng nguy cơ theo sPESI và HESTIA cho thấy sPESI có độ nhạy cao hơn (80%) so với HESTIA (60%), cùng với giá trị tiên đoán âm tính là 90,9% so với 84,6%. Tỷ lệ tử vong trong nhóm nguy cơ thấp theo HESTIA là 15,3%, trong khi đó sPESI chỉ có 9,1%. Kết luận, sPESI có giá trị tiên lượng tốt hơn HESTIA, đặc biệt trong việc phát hiện các trường hợp nguy cơ thấp, và nên được ưu tiên sử dụng trong quản lý bệnh nhân thuyên tắc động mạch phổi cấp tại An Giang.

Từ khóa: HESTIA, sPESI, thuyên tắc phổi cấp, tiên lượng tử vong 30 ngày.

ABSTRACT

COMPARISON OF HESTIA AND SPESI SCORES IN 30-DAY MORTALITY PREDICTION FOR ACUTE PULMONARY EMBOLISM PATIENTS: A STUDY IN AN GIANG

Acute pulmonary embolism is a leading cause of mortality if not treated promptly. The use of scoring systems such as HESTIA and the Simplified Pulmonary Embolism Severity Index (sPESI) assists in risk stratification and 30-day mortality prediction. This study aims to compare the 30-day mortality predictive value of the HESTIA score and the sPESI in patients with acute pulmonary embolism in An Giang. A retrospective descriptive study was conducted on 73 patients aged 18 and above, with a mean age of $62,8 \pm 15$ years. Risk stratification showed that sPESI had a higher sensitivity (80%) compared to HESTIA (60%), with a negative predictive value (NPV) of 90,9% versus 84,6%. The 30-day mortality rate in the low-risk group was 15,3% for HESTIA and only 9,1% for sPESI. In conclusion, sPESI demonstrated superior predictive value compared to HESTIA, especially in identifying low-risk patients, and should be prioritized in the management of acute pulmonary embolism in An Giang.

Keywords: acute pulmonary embolism, HESTIA, sPESI, 30-day mortality prediction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giá trị tiên lượng tử vong trong 30 ngày trên bệnh nhân thuyên tắc động mạch phổi cấp (TTĐMP) là một yếu tố quan trọng trong việc đánh giá mức độ nghiêm trọng và đưa ra các quyết định điều trị kịp thời. Đây là một trong những tình trạng cấp cứu tim mạch nguy hiểm với tỷ lệ tử vong cao nếu không được xử lý đúng cách. Việc phân tầng nguy cơ tử vong sớm giúp xác định bệnh nhân có nguy cơ tử vong cao để đưa ra những can thiệp thích hợp, hoặc ngược lại, nhận diện bệnh nhân có nguy cơ thấp, từ đó đưa ra quyết định điều trị ngoại trú, giảm tải cho các cơ sở y tế. Để làm được điều này, thang điểm HESTIA và chỉ số sPESI (Simplified Pulmonary Embolism Severity Index) đã được phát triển và sử dụng rộng rãi trong lâm sàng nhằm tiên lượng tử vong ngắn hạn cho các bệnh nhân thuyên tắc động mạch phổi cấp.

Thang điểm HESTIA được xây dựng dựa trên 11 tiêu chí bao gồm các yếu tố liên quan đến tình trạng huyết động, khả năng chảy máu và các yếu tố khác liên quan đến khả năng điều trị ngoại trú, chẳng hạn như nhu cầu oxy dài hạn, suy thận, và bệnh lý nền nghiêm trọng. Điểm

manh của HESTIA là đơn giản, dễ sử dụng, và tập trung vào việc phân loại bệnh nhân có thể điều trị ngoại trú an toàn. Ngược lại, chỉ số sPESI được phát triển từ chỉ số PESI gốc, với mục tiêu đơn giản hóa quá trình đánh giá nhưng vẫn giữ nguyên tính chính xác. sPESI bao gồm 6 yếu tố: tuổi >80, ung thư, bệnh tim mạn tính, bệnh phổi mạn tính, huyết áp tâm thu <100 mmHg, nhịp tim ≥ 110 lần/phút, và độ bão hòa oxy <90%. Chỉ số này đã được chứng minh là có khả năng tiên lượng tốt về nguy cơ tử vong ngắn hạn ở bệnh nhân thuyên tắc động mạch phổi cấp.

Tiêu chuẩn HESTIA (Có 1 tiêu chí thì chỉ định điều trị nội trú)	Thang điểm sPESI	
1. Rối loạn huyết động? (HA tâm thu <100mmHg)	- HA tâm thu <100mmHg	+1
2. Cần oxy liệu pháp hơn 24h để SpO ₂ >90%?	- SpO ₂ <90%	+1
3. Đang chảy máu hoặc nguy cơ chảy máu cao?	- Mạch từ 110l/ph trở lên	+1
4. Cần điều trị tiêu sợi huyết hay lấy huyết khối?	- Ung thư	+1
5. Thuyên tắc phổi được chẩn đoán trong khi đang điều trị kháng đông?	- Suy tim mạn	+1
6. Cơ đau nghiêm trọng cần điều trị thuốc giảm đau tĩnh mạch > 24h?	- Tuổi trên 80	+1
7. Có nguyên nhân y tế hoặc xã hội phải điều trị nội viện trên 24h? (Nhiễm trùng, ung thư, không có trợ giúp tại nhà...)	Tổng điểm sPESI = ?	
8. Độ thanh thải creatinin dưới 30ml/phút?	Phân loại theo thang điểm sPESI	
9. Bệnh gan hoặc suy gan nặng?	Nguy cơ tử vong thấp	0 điểm
10. Thai kỳ?	Nguy cơ tử vong cao	1 điểm
11. Tiền sử giảm tiểu cầu liên quan Heparin (HIT)?		
Tổng điểm HESTIA = ?/11 → Phân loại HESTIA		
Nguy cơ tử vong thấp: 0 điểm		
Nguy cơ tử vong cao: từ 1 điểm trở lên		

Hình 1. Tiêu chuẩn HESTIA với 11 tiêu chí và thang điểm sPESI với 6 tiêu chí trong đánh giá phân loại nguy cơ tử vong trên bệnh nhân thuyên tắc động mạch phổi cấp

Nghiên cứu về giá trị tiên lượng tử vong 30 ngày của thang điểm HESTIA và chỉ số sPESI có vai trò đặc biệt quan trọng trong việc hỗ trợ ra quyết định điều trị. Việc xác định đúng nhóm bệnh nhân có nguy cơ tử vong thấp sẽ giúp bác sĩ tự tin hơn trong việc quản lý bệnh nhân ngoại trú, từ đó giảm thiểu tình trạng quá tải bệnh viện. Mặt khác, bệnh nhân có nguy cơ tử vong cao cần được nhập viện điều trị và theo dõi để giảm nguy cơ biến chứng nặng cũng như tử vong. Điều này không chỉ giúp tối ưu hóa nguồn lực y tế mà còn nâng cao hiệu quả điều trị, cải thiện kết cục lâm sàng cho bệnh nhân.

Trên thế giới, đã có nhiều nghiên cứu được thực hiện để so sánh giá trị tiên lượng tử vong của HESTIA và sPESI. Nghiên cứu của Zondag và cộng sự (2013) trên 468 bệnh nhân cho thấy rằng chỉ số sPESI có độ nhạy cao hơn trong dự đoán tử vong ngắn hạn, đặc biệt là ở nhóm bệnh nhân có bệnh lý nền nghiêm trọng như ung thư và bệnh tim mạch. Tương tự, nghiên cứu của Vanni và cộng sự (2018) cho thấy sPESI có giá trị tiên lượng tốt hơn, với độ chính xác cao hơn ở nhóm bệnh nhân có bệnh lý tim phổi mạn tính. Trong khi đó, các nghiên cứu về HESTIA cho thấy thang điểm này có lợi ích trong việc xác định nhóm bệnh nhân có thể điều

trị ngoại trú an toàn, đặc biệt là những người có tình trạng huyết động ổn định, không mắc các bệnh lý mạn tính nghiêm trọng.

Tại Việt Nam, đã có nghiên cứu bước đầu về giá trị tiên lượng của sPESI và HESTIA. Nghiên cứu của Hoàng Bùi Hải và cộng sự (2020) thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Bạch Mai cho thấy sPESI có độ nhạy cao trong việc dự đoán tử vong 30 ngày ở bệnh nhân thuyên tắc động mạch phổi cấp, và được đề xuất làm công cụ phân tầng nguy cơ chính tại Việt Nam. Tuy nhiên, các nghiên cứu này chủ yếu tập trung ở các trung tâm y tế lớn với điều kiện cơ sở vật chất và nguồn nhân lực đầy đủ. Trong khi đó, ở các tỉnh nhỏ hơn như An Giang, chưa có nghiên cứu chính thức nào đánh giá và so sánh giá trị tiên lượng của hai công cụ này. Điều này đặc biệt quan trọng trong bối cảnh địa phương với nguồn lực y tế hạn chế, nơi mà việc xác định đúng bệnh nhân có nguy cơ tử vong cao để điều trị nội trú và ngược lại, điều trị ngoại trú cho bệnh nhân nguy cơ thấp, tác động lớn đến kết quả điều trị.

Một số yếu tố có liên quan đến giá trị tiên lượng tử vong 30 ngày của thang điểm HESTIA và chỉ số sPESI đã được xác định trong các nghiên cứu trước đây. Các yếu tố này bao gồm tuổi tác, tiền sử bệnh lý nền (như bệnh tim mạch, bệnh phổi mạn tính, ung thư), nhịp tim, huyết áp tâm thu và độ bão hòa oxy. Nghiên cứu của Jiménez và cộng sự (2010) cho thấy rằng các yếu tố này có mối liên hệ mật thiết với nguy cơ tử vong ở bệnh nhân thuyên tắc động mạch phổi, đặc biệt là ở những bệnh nhân cao tuổi hoặc có bệnh lý nền nghiêm trọng. Bệnh nhân có độ bão hòa oxy thấp (<90%) thường có nguy cơ tử vong cao hơn, liên quan đến tình trạng suy hô hấp hoặc các biến chứng liên quan đến thuyên tắc phổi. Việc kết hợp các yếu tố này vào thang điểm sPESI giúp công cụ này có giá trị tiên lượng cao hơn so với HESTIA trong một số trường hợp lâm sàng đặc thù.

Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu quốc tế và trong nước về giá trị tiên lượng của HESTIA và sPESI, nhưng hiện tại chưa có nghiên cứu nào được thực hiện tại tỉnh An Giang. Đây là một tỉnh thuộc khu vực ĐBSCL, với hệ thống y tế và cơ sở hạ tầng còn nhiều hạn chế so với các trung tâm y tế lớn như Hà Nội hay Thành phố Hồ Chí Minh. Ngoài ra, cơ cấu dân số của An Giang cũng đặc thù, với tỷ lệ người cao tuổi và người mắc các bệnh lý nền mạn tính như bệnh tim mạch và phổi mạn tính khá cao. Sự khác biệt này đòi hỏi cần có những nghiên cứu cụ thể tại địa phương để đánh giá tính hiệu quả và áp dụng của các thang điểm tiên lượng như HESTIA và sPESI trong quản lý bệnh nhân thuyên tắc động mạch phổi cấp. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu "So sánh giá trị tiên lượng tử vong trong 30 ngày của thang điểm HESTIA và chỉ số sPESI ở bệnh nhân thuyên tắc động mạch phổi cấp tại An Giang". Kết quả nghiên cứu sẽ cung cấp thêm dữ liệu thực tế về khả năng ứng dụng hai thang điểm này tại An Giang, đồng thời hỗ trợ cải thiện chiến lược quản lý bệnh nhân, góp phần giảm tỷ lệ tử vong và tối ưu hóa nguồn lực y tế địa phương.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả cắt ngang

2. Cỡ mẫu

Chọn mẫu thuận tiện. Danh sách bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị thuyên tắc động mạch phổi cấp tham gia nghiên cứu sẽ được thu thập từ hồ sơ bệnh án. Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn sẽ được đưa vào mẫu nghiên cứu cho đến khi đạt đủ cỡ mẫu.

3. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân nhập viện khoa Tim mạch Lão học (Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang) thỏa tiêu chí chọn bệnh và không có tiêu chí loại trừ từ tháng 01/2023 đến tháng 8/2023. *Tiêu chuẩn chọn*: bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán xác định thuyên tắc động mạch phổi cấp thông qua chụp CLVT động mạch phổi (theo “Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí thuyên tắc động mạch phổi cấp” của Hội Tim Châu Âu năm 2019”) và đồng ý tham gia nghiên cứu. *Tiêu chuẩn loại trừ*: BN đang mắc bệnh lý nghiêm trọng gây ảnh hưởng tiên lượng tử vong như suy thận mạn giai đoạn cuối, suy gan nặng, hoặc ung thư giai đoạn cuối, sốc nhiễm khuẩn huyết;

BN không đủ thông tin lâm sàng và cận lâm sàng để tính điểm theo thang điểm Hestia và sPESI; BN không theo dõi được tình trạng tử vong hoặc không có số liên lạc gia đình để xác minh sau 30 ngày.

4. Biến số nghiên cứu

Biến kết cục: tử vong 30 ngày (Tử vong do bất kỳ nguyên nhân nào xảy ra trong vòng 30 ngày kể từ khi bệnh nhân nhập viện hoặc được chẩn đoán thuyên tắc động mạch phổi cấp).

Biến độc lập: Thang điểm Hestia gồm 11 tiêu chí đánh giá mức độ huyết động, nguy cơ chảy máu, và khả năng điều trị ngoại trú. Chỉ số sPESI: gồm 6 YTNC như tuổi >80, tiền sử ung thư, suy tim, bệnh phổi mạn, nhịp tim ≥ 110 lần/phút, huyết áp tâm thu <100 mmHg, độ bão hòa oxy < 90%. Các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng khác: tuổi, giới tính, tiền sử bệnh lý, các triệu chứng lâm sàng (mạch, huyết áp, nhịp thở), và kết quả xét nghiệm (công thức máu, siêu âm tim, cắt lớp vi tính động mạch phổi).

5. Nội dung nghiên cứu

Đánh giá và so sánh giá trị tiên lượng tử vong trong 30 ngày của thang điểm Hestia và chỉ số sPESI. Dữ liệu LS và CLS được thu thập từ HSBA và theo dõi kết quả trong 30 ngày từ thời điểm nhập viện. Cả hai thang điểm Hestia và sPESI được tính dựa trên các yếu tố LS và CLS thu thập từ HSBA. Điểm Hestia được tính dựa trên 11 tiêu chí và điểm sPESI dựa trên 6 chỉ số, mỗi chỉ số sẽ được đánh giá và ghi nhận cụ thể. Dữ liệu được thu thập từ HSBA và từ các phiếu khảo sát lâm sàng. Bệnh nhân được theo dõi sau 30 ngày từ thời điểm nhập viện hoặc chẩn đoán thuyên tắc động mạch phổi để xác nhận tình trạng sống sót, thực hiện bằng cách liên hệ gia đình bệnh nhân qua điện thoại.

6. Xử lý và phân tích số liệu

Đối với biến định lượng có phân phối chuẩn, số liệu được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Đối với biến định lượng có phân phối không chuẩn, số liệu được trình bày dưới dạng trung vị (khoảng tứ phân vị). Tần số, tỉ lệ phần trăm đối với biến định tính. Các phép kiểm Mann-Whitney, T-test. So sánh hiệu quả tiên lượng của thang điểm Hestia và sPESI sử dụng các chỉ số độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán âm tính (NPV) và giá trị dự đoán dương tính (PPV). Sử dụng phép kiểm Chi bình phương (hoặc Fisher's exact test) để so sánh tỷ lệ tử vong giữa các nhóm nguy cơ thấp và cao của cả hai thang điểm. $p < 0,05$ được xem là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

7. Sai số và cách khống chế

Sai số chọn mẫu do chọn mẫu thuận tiện có thể không đại diện toàn bộ quần thể bệnh nhân thuyên tắc động mạch phổi cấp. Sai số thông tin do dữ liệu có thể không được ghi nhận đầy đủ trong HSBA. Cách khống chế: đảm bảo kiểm tra và thu thập kỹ dữ liệu từ HSBA để tránh thiếu sót. Các tiêu chuẩn chọn rõ ràng để tránh sai lệch khi chọn mẫu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổng cộng có 73 bệnh nhân được chẩn đoán thuyên tắc động mạch phổi cấp và tham gia vào nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $62,8 \pm 15$ tuổi, trong đó, bệnh nhân cao tuổi nhất là 88 tuổi và trẻ nhất là 34 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 0,4, với tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 28,8% (N=21) và nữ chiếm 71,2% (N=52).

Bảng 1. Kết quả tiên lượng tử vong 30 ngày đầu tiên của mô hình sPESI và Hestia.

N=73	Phân tầng nguy cơ N (%)		Tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân N (%)	Giá trị tiên lượng tử vong
sPESI	Cao	62 (84,9%)	4 (6,5%)	Độ nhạy: 80%
	Thấp	11 (15,1)	1 (9,1%)	Độ đặc hiệu: 14,7% NPV: 90,9% (*)

				PPV: 6,4% (**) AUC: 0,634
HESTIA	Cao	60 (82,2%)	3 (5%)	Độ nhạy: 60% Độ đặc hiệu: 16,2%
	Thấp	13 (17,8%)	2 (15,4%)	NPV: 84,6% (*) PPV: 5% (**) AUC: 0,562

(*) NPV: Giá trị chẩn đoán âm tính, (**) PPV: giá trị chẩn đoán dương tính.

Các yếu tố lâm sàng chính được ghi nhận bao gồm tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử bệnh tim mạch là 79,5% (N=58), bệnh phổi mạn tính chiếm 58,9% (N=43), và bệnh nhân có tiền sử ung thư chiếm 4,1% (N=3). Các chỉ số sinh tồn khi nhập viện cho thấy nhịp tim trung bình là 95 ± 20 nhịp/phút, huyết áp tâm thu trung bình là 110 ± 18 mmHg, và độ bão hòa oxy trung bình là $92\% \pm 3$.

Phân tầng nguy cơ tử vong trong 30 ngày theo thang điểm HESTIA và chỉ số sPESI cho thấy có sự tương đồng trong phân loại nguy cơ. sPESI phân loại 84,9% (N=62) bệnh nhân vào nhóm nguy cơ cao và 15,1% (N=11) bệnh nhân vào nhóm nguy cơ thấp, còn HESTIA phân loại 82,2% (N=60) bệnh nhân vào nhóm nguy cơ cao và 17,8% (N=13) bệnh nhân vào nhóm nguy cơ thấp. Tuy nhiên, sự khác biệt về tỷ lệ tử vong trong 30 ngày giữa hai công cụ này được ghi nhận. Trong nhóm nguy cơ thấp theo HESTIA, có 2 bệnh nhân (15,3%) tử vong, trong khi đó nhóm nguy cơ thấp theo sPESI chỉ ghi nhận 1 trường hợp (9,1%) tử vong. Ở nhóm nguy cơ cao, tỷ lệ tử vong là 6,5% (N=4) theo sPESI, trong khi theo HESTIA là 5% (N=3).

Khi so sánh giá trị tiên lượng tử vong do mọi nguyên nhân trong 30 ngày, chỉ số sPESI có độ nhạy là 80%, cao hơn so với HESTIA là 60%. Giá trị tiên đoán âm tính (NPV) của sPESI là 90,9%, vượt trội hơn so với HESTIA là 84,6%. Diện tích dưới đường cong ROC (AUC) của sPESI đạt 0,634, trong khi HESTIA chỉ đạt 0,562, cho thấy sPESI có khả năng phân tầng nguy cơ tử vong tốt hơn.

Bảng 2. So sánh tỉ lệ tử vong dưới nhóm khi sử dụng mô hình sPESI và Hestia

Dưới nhóm		Mô hình sPESI		Mô hình Hestia	
		NC thấp N (%)	NC cao N (%)	NC thấp N (%)	NC cao N (%)
Tuổi <80 (N=58)	Sống	10 (17,2)	45 (77,6)	39 (67,2)	16 (27,6)
	Tử vong	0 (0)	3 (5,2)	2 (8,6)	1 (1,7)
Ung thư	Sống	0 (0)	2 (66,7)	1 (33,3)	1 (33,3)
	Tử vong	0 (0)	1 (33,3)	1 (33,3)	0

Mô hình sPESI có tỉ lệ bệnh nhân tử vong trong nhóm nguy cơ cao là cao hơn mô hình HESTIA trong cả 2 nhóm < 80 tuổi và ung thư.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng chỉ số sPESI có giá trị tiên lượng tử vong trong 30 ngày cao hơn so với thang điểm HESTIA ở bệnh nhân thuyên tắc động mạch phổi cấp. sPESI có độ nhạy và giá trị tiên đoán âm tính (NPV) cao hơn so với HESTIA, điều này cho thấy khả năng phát hiện các bệnh nhân nguy cơ thấp tốt hơn, từ đó giảm thiểu nguy cơ tử vong bị phân loại nhầm. Trong nhóm nguy cơ thấp, tỷ lệ tử vong theo HESTIA là 15,3% (N=2), cao hơn so với tỷ lệ 9,1% (N=1) theo sPESI, cho thấy rằng sPESI có độ chính xác cao hơn trong việc xác định các bệnh nhân có nguy cơ thấp thực sự.

So sánh với các nghiên cứu trước, kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Zondag và cộng sự (2013), nơi chỉ số sPESI cũng cho thấy độ nhạy cao hơn trong tiên lượng tử vong ngắn hạn so với HESTIA, đặc biệt ở những bệnh nhân có bệnh lý nền nghiêm trọng như ung thư và bệnh tim mạch. Trong nghiên cứu này, sPESI có độ nhạy 80%, cao hơn HESTIA là 60%, điều này phù hợp với kết quả của Zondag khi sPESI dựa trên các yếu tố lâm sàng quan trọng liên quan đến nguy cơ tử vong. Ngoài ra, nghiên cứu của Vanni và cộng sự (2018) cũng cho thấy rằng sPESI có giá trị tiên lượng cao hơn ở nhóm bệnh nhân có bệnh lý tim phổi mạn tính, điều này cũng được xác nhận trong nghiên cứu của chúng tôi.

Bảng 3. So sánh giá trị tiên lượng tử vong do mọi nguyên nhân của hai thang điểm

<i>Nghiên cứu</i>		<i>Độ nhạy (%)</i>	<i>Giá trị dự đoán âm tính (%)</i>	<i>AUC</i>
Zondag, et al N=468	sPESI	91%	100%	0,756
	Hestia	82%	99%	0,679
Vanni, et al N=547	sPESI	96,8%	99,3%	N/A
	Hestia	62,5%	98,7%	N/A
Quezada, et al N=488	sPESI	96,8%	99,3%	N/A
	Hestia	90,3%	97,7%	N/A
Trần Sơn Hải N=162	sPESI	93%	96%	0,769
Lê Thị Quỳnh Trang N=147	sPESI	94,12%	97,14%	0,654
	Hestia	83,35%	91,43%	0,576
Chúng tôi	sPESI	80%	90,9%	0,634
	Hestia	60%	84,6%	0,562

Một trong những yếu tố giúp sPESI có độ chính xác cao hơn là do công cụ này tập trung vào các yếu tố có liên quan trực tiếp đến tử vong như tuổi, tiền sử bệnh lý mạn tính và tình trạng huyết động. Mặt khác, HESTIA chủ yếu tập trung vào đánh giá khả năng điều trị ngoại trú, do đó có thể bỏ qua các yếu tố lâm sàng quan trọng trong việc dự đoán nguy cơ tử vong ngắn hạn. Điều này cũng được thể hiện qua tỷ lệ tử vong cao hơn trong nhóm nguy cơ thấp của HESTIA, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân có tiền sử ung thư, với 1 trường hợp tử vong trong khi sPESI không có trường hợp tử vong nào ở nhóm này.

Một kết quả đáng chú ý khác là tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân trên 80 tuổi. Cả hai thang điểm đều cho thấy tỷ lệ tử vong cao hơn ở nhóm bệnh nhân này, nhưng sPESI vẫn cho thấy hiệu quả tiên lượng tốt hơn trong nhóm này. Đối với bệnh nhân sau phẫu thuật, tỷ lệ tử vong tương đồng ở cả hai thang điểm, cho thấy rằng yếu tố phẫu thuật không ảnh hưởng lớn đến khả năng phân tầng nguy cơ tử vong giữa HESTIA và sPESI.

Nghiên cứu này có một số hạn chế cần lưu ý. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện có thể dẫn đến sai lệch về tính đại diện của mẫu, làm giảm khả năng tổng quát hóa kết quả cho toàn bộ quần thể bệnh nhân thuyên tắc động mạch phổi cấp. Cỡ mẫu mặc dù đủ cho phân tích tổng thể nhưng còn hạn chế trong các phân tích dưới nhóm, đặc biệt là nhóm bệnh nhân ung thư và sau phẫu thuật. Thời gian theo dõi chỉ giới hạn trong 30 ngày, chưa đủ để đánh giá các biến chứng dài hạn như tái phát thuyên tắc phổi hoặc các biến chứng khác.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu này đã chỉ ra rằng chỉ số sPESI có giá trị tiên lượng tử vong trong 30 ngày cao hơn so với thang điểm HESTIA ở bệnh nhân thuyên tắc động mạch phổi cấp, đặc biệt là trong nhóm bệnh nhân nguy cơ thấp. sPESI thể hiện rõ ưu thế về độ nhạy, giá trị tiên đoán âm tính (NPV), và diện tích dưới đường cong ROC (AUC) so với HESTIA, giúp phân tầng nguy cơ tử vong ngắn hạn chính xác hơn. Trong khi HESTIA có thể giúp xác định bệnh nhân có khả năng điều trị ngoại trú, kết quả nghiên cứu cho thấy công cụ này có thể không đủ chính xác trong một số trường hợp, đặc biệt là ở nhóm bệnh nhân có bệnh lý nền như ung thư và bệnh phổi mạn tính.

Do đó, sPESI nên được ưu tiên sử dụng trong việc phân tầng nguy cơ tử vong ở bệnh nhân thuyên tắc động mạch phổi cấp, đặc biệt khi cần quyết định về việc nhập viện hay điều trị ngoại trú. Việc sử dụng sPESI không chỉ giúp cải thiện hiệu quả tiên lượng mà còn tối ưu hóa nguồn lực y tế, giảm bớt gánh nặng điều trị nội trú cho các bệnh nhân có nguy cơ tử vong thấp.

Nghiên cứu này cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tiếp tục thực hiện các nghiên cứu mở rộng, với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn, nhằm đánh giá sâu hơn về hiệu quả dài hạn của cả HESTIA và sPESI. Đồng thời, việc tích hợp các yếu tố xã hội, kinh tế và điều kiện y tế tại các khu vực khác nhau cũng là cần thiết để đảm bảo các thang điểm tiên lượng có thể áp dụng một cách hiệu quả trong thực hành lâm sàng tại các địa phương như An Giang.

Từ những kết quả và kết luận này, chúng tôi khuyến nghị nên áp dụng sPESI là công cụ chính trong phân tầng nguy cơ tử vong ngắn hạn cho bệnh nhân thuyên tắc động mạch phổi cấp tại An Giang, với sự hỗ trợ của HESTIA trong các quyết định điều trị ngoại trú.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Bùi Hải, Đỗ Doãn Lợi, Nguyễn Đạt Anh và cộng sự (2014), “So sánh mô hình PESI kinh điển và mô hình PESI giản lược để tiên lượng tử vong trong tháng đầu tiên do tắc động mạch phổi cấp”, Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2014; Phụ trương 91(5):42-5.
2. Trần Sơn Hải, Hoàng Bùi Hải, Phạm Mạnh Hùng và cộng sự (2019), “Vai trò độc lập của thang điểm PESI giản lược trong tiên lượng tử vong 30 ngày ở bệnh nhân Tắc động mạch phổi cấp”, Tạp chí Tim mạch học Việt Nam 2019; số 90: trang 134-140.
3. Lê Thị Quỳnh Trang, Bùi Thị Hương Thảo, Đỗ Giang Phúc và cộng sự (2023), “Giá trị của thang điểm Hestia và sPESI trong tiên lượng tử vong 30 ngày ở bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp”, Tạp Chí Nghiên cứu Y học, 160(12V1), 69-76. <https://doi.org/10.52852/tcncyh.v160i12V1.1094>
4. Nguyễn Văn Trí, Đinh Thị Thu Hương, Nguyễn Thanh Hiền, và cộng sự (2016), “Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch”, Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam; 2016.
5. Zondag W, den Exter PL, Crobach MJT, et al. (2013), “Comparison of two methods for selection of out of hospital treatment in patients with acute pulmonary embolism”, Thromb Haemost. 2013;109(01):47-52. doi: 10.1160/TH12-07- 0466.
6. Vanni S, Becattini C, Nazerian P, et al. (2018), “Early discharge of patients with pulmonary embolism in daily clinical practice: A prospective observational study comparing clinical gestalt and clinical rules”, Thromb Res. 2018;167:37- 43, doi: 10.1016/j.thromres.2018.05.008.
7. Quezada CA, Bikdeli B, Villén T, et al. (2019), “Accuracy and interobserver reliability of the simplified pulmonary embolism severity index versus the hestia criteria for patients with pulmonary embolism”, Acad Emerg Med. 2019;26(4):394-401. doi: 10.1111/acem.13561
8. Weeda E.R., Christine G. Kohn, Gregory J. Fermann et al. (2016), "External validation of prognostic rules for early post-pulmonary embolism mortality", Thrombosis Journal 14, Article number 7(2016), <https://doi.org/10.1186/s12959-016-0081-5>.
9. Jiménez, D., et al. (2010). "Simplification of the pulmonary embolism severity index for prognostication in patients with acute symptomatic pulmonary embolism", Journal of Internal Medicine, 2010 Aug 9;170(15):1383-9, doi: 10.1001/archinternmed.2010.199.

GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG CỦA THANG ĐIỂM ELAN-HF Ở NGƯỜI BỆNH SUY TIM CÓ PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM

Đoàn Công Du, Nguyễn Hữu Ngân,
Đinh Trần Quang Thái, Nguyễn Quốc Trung

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy tim là hội chứng thường gặp và là giai đoạn cuối của hầu hết các bệnh tim mạch. Vấn đề đặt ra cho các bác sĩ lâm sàng khi đứng trước bệnh nhân suy tim là làm thế nào để có thể tiên lượng đúng tình trạng bệnh hiện tại cũng như lâu dài, để từ đó có kế hoạch phân tầng điều trị và theo dõi sau ra viện cho phù hợp. Mục tiêu nghiên cứu: Xác định giá trị tiên lượng của thang điểm ELAN-HF ở nhóm bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 91 bệnh nhân suy tim có PSTM giảm tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang. Kết quả: Tuổi trung bình $63,50 \pm 10,65$; 56,04% nam giới mắc suy tim PSTM giảm. Điểm ELAN-HF ở nhóm bệnh nhân có biến cố gộp ($3,89 \pm 1,65$) cao hơn rõ rệt so với nhóm không có biến cố ($2,51 \pm 1,24$) với $p < 0,05$. Qua phân tích hồi quy COX, điểm ELAN-HF là yếu tố có giá trị tiên lượng độc lập biến cố gộp (HR = 3,68; KTC 95%: 1,95-6,82). NT-proBNP ra viện > 5000 pg/ml và mức giảm NT-proBNP $< 30\%$ là yếu tố nguy cơ có giá trị tiên lượng độc lập biến cố gộp tái nhập viện và tử vong sau ra viện 6 tháng với HR (KTC 95%) 1,42 (1,35- 1,88) với $p < 0,05$ và HR (KTC 95%) 1,22 (1,12- 1,38) với $p < 0,05$. Thang điểm ELAN-HF tiên đoán tử vong 6 tháng mức độ trung bình (AUC=0,72, KTC95%: 0,62-0,83) nhưng tiên đoán biến cố gộp tốt (AUC=0,86, KTC 95%: 0,80-0,92). Kết luận: ELAN-HF là thang điểm đơn giản, dễ áp dụng và tiên lượng biến cố gộp tốt ở bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm.

Từ khóa: ELAN-HF, suy tim phân suất tổng máu giảm.

ABSTRACT

PREDICTIVE VALUE OF THE ELAN-HF SCORE IN HEART FAILURE PATIENTS WITH REDUCED EJECTION FRACTION

Background: Heart failure is a common clinical syndrome and is the final stage of most cardiovascular diseases. The question for clinicians to think about when facing patients is how to properly determine the current and long-term condition of the disease, from which to stratify treatment and follow-up plans. Follow up appropriately after hospital discharge. Objectives: To evaluate external validation of the ELAN-HF score in heart failure patients with reduced ejection fraction. Materials and methods: We performed the cross-sectional study on 91 patients with heart failure reduced ejection fraction at An Giang Center General Hospital.

Results: The mean age of the patients with this condition was $63,50 \pm 10,65$ years; 56,04% patients was male. The median risk score in patients with events was significantly higher than that in patients without events ($3.89 \pm 1,655$ and $2,51 \pm 1,24$, respectively, $p < 0.05$). The results of COX regression analysis showed that ELAN-HF score was an independent predictor of the combined endpoint of mortality or hospitalization due to HF (HR = 3,68; 95%CI: 1,95-6,82) NT-proBNP levels greater than 5000 pg/ml at discharge and a reduction in NT-proBNP of less than 30% are independent risk factors for predicting the composite outcome of readmission and death within 6 months post-discharge, with a hazard ratio (95% CI) of 1.42 (1.35-1.88) with $p < 0.05$ and a hazard ratio (95% CI) of 1.22 (1.12-1.38) with $p < 0.05$. The ELAN-HF score demonstrated modestly for 6-month mortality (AUC=0,72, 95% CI 0.62-0.83) but showed good discrimination capacity for combined mortality and HF hospitalization (AUC=0.86, 95% CI 0.80-0.92).

Conclusions: The ELAN-HF risk score is a simple, easy-to-use, yet powerful stratification method for both mortality and HF hospitalization in HF with reduced ejection fraction.

Keywords: ELAN-HF, Heart failure with reduced ejection fraction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một hội chứng thường gặp trên lâm sàng, là giai đoạn diễn biến cuối của các bệnh lý tim mạch. Bệnh có tỷ lệ hiện mắc, tử vong và chi phí điều trị cao. Mặc dù điều trị nội khoa tối ưu kết hợp với điều trị can thiệp đã giúp cải thiện đáng kể các triệu chứng và dấu hiệu của suy tim nhưng kết cục sau ra viện của các bệnh nhân suy tim vẫn còn rất xấu. Vấn đề đặt ra cho các bác sỹ lâm sàng khi đứng trước bệnh nhân suy tim là làm thế nào để có thể tiên lượng đúng tình trạng bệnh hiện tại cũng như lâu dài, để từ đó có kế hoạch phân tầng điều trị và theo dõi sau ra viện cho phù hợp. ELAN-HF là thang điểm mới ra đời năm 2014 dựa trên phân tích gộp gồm 7 nghiên cứu thuần tập với 1301 BN suy tim, dùng để tiên lượng nguy cơ tử vong trong vòng 3 tháng, 6 tháng sau ra viện[8]. Thang điểm này chỉ có 8 thông số, các thông số này khá đơn giản, thuận tiện cho việc áp dụng trên lâm sàng. Khác biệt lớn nhất của thang điểm ELAN-HF so với các thang điểm tiên lượng khác trong suy tim là chỉ số NT-ProBNP được ưu tiên đánh giá với mức phân tầng khá chi tiết và có hệ số điểm số khá cao trong tổng điểm[4],[5],[7]. Nghiên cứu của các tác giả nước ngoài cho thấy ELAN-HF tiên lượng chính xác tỷ lệ tử vong trong 6 tháng ở bệnh nhân suy tim. Tại Việt Nam chưa có nhiều tác giả nghiên cứu giá trị của thang điểm này, đặc biệt trên nhóm bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm – những đối tượng được quan tâm nhiều hơn về điều trị và tiên lượng. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài: “Nghiên cứu giá trị tiên lượng của thang điểm ELAN-HF ở bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm” với mục tiêu cụ thể:

Đánh giá thang điểm ELAN-HF ở bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm.

Xác định giá trị tiên lượng của thang điểm ELAN-HF ở nhóm bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán suy tim phân suất tống máu giảm vào khoa Tim mạch – Lão học bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang từ 1/2024-9/2024.

* Tiêu chuẩn chọn mẫu

- BN được chẩn đoán là suy tim phân suất tống máu giảm theo tiêu chuẩn ESC 2023.
- BN được làm đầy đủ các xét nghiệm cần thiết theo mẫu bệnh án nghiên cứu, các xét nghiệm được làm ít nhất 2 lần trong thời gian nằm viện (1 lần khi mới bắt đầu nhập viện, 1 lần trước khi ra viện).
- BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ

- Thực hiện các thủ thuật, phẫu thuật tim mạch có ảnh hưởng lớn đến tiên lượng suy tim: can thiệp, phẫu thuật sửa chữa bệnh lý tim bẩm sinh, bệnh van tim, can thiệp động mạch vành, CABG, cấy máy CRT, CRT – D,...trong quá trình theo dõi.
- Có bệnh lý trầm trọng khác kèm theo làm giảm thời gian sống và ảnh hưởng đến tái nhập viện của BN: Ung thư giai đoạn cuối, suy gan, suy thận giai đoạn cuối...
- Bệnh nhân không thu thập đủ số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi dọc, các BN được đánh giá tại thời điểm nhập viện, trước ra viện và 6 tháng sau.

3. Cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ trong quần thể

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Với n: cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ nhất hợp lý.

Đối với khoảng tin cậy 95%, Z=1,96.

p: Tỷ lệ biến cố gộp (tử vong và tái nhập viện) trong vòng 6 tháng ở bệnh nhân suy tim EF < 40% theo nghiên cứu Nguyễn Thị Tuyết và cộng sự là 62,5%; p = 0,625. Cỡ mẫu tính toán được: n = 91[1].

d: mức chính xác của nghiên cứu (sai số cho phép), chọn d là 10%.

Tính được n=91. Vậy cỡ mẫu nhỏ nhất là 91 mẫu. Thực tế chúng tôi thu thập được 91 BN.

4. Địa điểm

Khoa Nội Tim mạch – Lão học bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

5. Cách tiến hành

- Các bệnh nhân suy tim nhập Khoa Tim Mạch Lão Học từ tháng 1/2024 đến 9/2024 đều được khám lâm sàng, làm xét nghiệm máu cơ bản, siêu âm tim. Những bệnh nhân có EF < 40% được chọn vào nghiên cứu.

- Trước khi ra viện: Đánh giá lại các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

- Theo dõi trong vòng 6 tháng đánh giá biến cố: Tái nhập viện lần thứ 1 vì suy tim, tử vong do mọi nguyên nhân theo bộ câu hỏi phỏng vấn.

-Thu thập đầy đủ các biến số và chỉ số, tiến hành xử lý và phân tích số liệu.

6. Xử lý và phân tích số liệu

- Các biến liên tục có phân phối chuẩn trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn ($X \pm SD$), các biến phân loại trình bày dưới dạng tần số quan sát, tỷ lệ phần trăm (n, %). So sánh các đặc điểm giữa 2 nhóm có và không có biến cố trong 6 tháng theo dõi, sử dụng kiểm định T – test cho biến liên tục có phân phối chuẩn, kiểm định χ^2 cho biến phân loại.

- Sử dụng mô hình hồi quy COX đơn biến và đa biến để tìm hiểu mối tương quan giữa điểm ELAN –HF và một số yếu tố tiên lượng khác khi tiên lượng biến cố gộp. Sử dụng đường cong ROC, tính diện tích dưới đường cong để đánh giá giá trị tiên lượng các biến cố của mô hình ELAN-HF. Giá trị $p < 0,05$ được coi là khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Các số liệu được xử lý bằng các thuật toán thống kê với phần mềm SPSS 20.0.

* Thang điểm ELAN- HF

TT	Yếu tố tiên lượng	Điểm
1	Mức giảm NT – proBNP $\leq 30\%$	1
2	NT – proBNP ra viện, pg/ml	
	1500 – 5000	1
	5001 – 15000	3
	> 15000	4
3	Tuổi ≥ 75	1
4	Phù chân nhập viện	1
5	HATT nhập viện ≤ 115 mmHg	1
6	Natri máu nhập viện < 135 mmol/l	1
7	Ure máu ra viện ≥ 15 mmol/l	1

8	NYHA ra viện III/IV	1

Điểm ELAN-HF	Nguy cơ
≤ 2	Thấp
3-4	Trung bình
5-7	Cao
≥ 8	Rất cao

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Kết quả (n = 91)
Tuổi, $X \pm SD$		$63,5 \pm 10,65$
Giới tính	Nam (n, %)	51(56,04%)
	Nữ (n, %)	40(43,96%)
Nguyên nhân suy tim	Bệnh cơ tim thiếu máu (n,%)	44 (48,36%)
	Tăng huyết áp (n,%)	30 (32,97%)
	Bệnh cơ tim giãn (n,%)	5 (5,49%)
	Bệnh van tim (n,%)	10 (10,98%)
	Bệnh tim bẩm sinh (n,%)	2 (2,20%)
NYHA nhập viện, $X \pm SD$		$3,2 \pm 0,54$
NYHA ra viện	$X \pm SD$	$2,30 \pm 0,58$
	$\geq III$ (n,%)	29 (31,89%)
Phù chi dưới nhập viện (n,%)		39 (42,86%)
Rale ẩm nhập viện (n,%)		45 (49,45%)
Huyết áp tâm thu nhập viện, $X \pm SD$		$105,95 \pm 23,20$
Tần số tim nhập viện, $X \pm SD$		$98,65 \pm 24,56$
Tái nhập viện vì suy tim (n,%)		44 (48,35%)
Tử vong (n,%)		16 (17,58%)
Biến cố gộp (n,%)		60 (65,93%)

Nhận xét: Dân số chúng tôi nghiên cứu có tuổi trung bình là $63,5 \pm 10,65$; tỉ lệ nam chiếm 56,04%. Tỉ lệ biến cố gộp sau 6 tháng ra viện khá cao 65,93%.

2. Xác định giá trị tiên lượng của thang điểm ELAN- HF trên bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm

Bảng 2. Đặc điểm NT-proBNP của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm NT-ProBNP		Kết quả
NT-ProBNP nhập viện	X± SD	8957,65± 5898,32
	>1800	85 (93,40%)
NT-ProBNP ra viện	X± SD	4459,87 ± 1475,25
	<1500	8 (8,79%)
	1500 – 5000	48 (52,74%)
	>5000	35 (38,46%)
Mức giảm NT-ProBNP (%)	X± SD	45,56 ±16,78
	>50%	30 (32,97%)
	30–50 %	48 (52,74%)
	≤ 30%	13 (14,29%)

Nhận xét: Mức giảm Nt- proBNP trung bình 45,56 ±16,78%

Bảng 3. Tỷ lệ các biến cố theo điểm ELAN-HF

Điểm ELAN-HF	Kết quả		Biến cố tử vong (n,%) ¹	Biến cố gộp (n,%) ²	Giá trị p
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)			
Nhóm nguy cơ thấp (ELAN –HF: 1-2)	14	15,38	1(7,14)	4 (28,57)	p ¹ < 0,05 p ² < 0,05
Nhóm nguy cơ TB (ELAN-HF: 3-4)	49	53,85	6 (12,24)	28 (57,14)	
Nhóm nguy cơ cao (ELAN-HF ≥ 5)	28	30,77	9 (32,14)	27 (96,42)	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân thuộc nguy cơ trung bình và cao có tỉ lệ xảy ra biến cố gộp lần lượt là 57,14% và 96,42% với p < 0,05

Bảng 4. So sánh một số đặc điểm giữa nhóm có và không có biến cố sau ra viện

Đặc điểm	Nhóm có biến cố gộp (n=60)	Nhóm không biến cố (n=31)	Giá trị p
Tuổi (năm)	62,74 ± 15,9	58,44 ± 14,35	>0,05
NYHA ra viện	2,42 ± 0,49	2,06 ± 0,239	<0,01
Phù chi nhập viện (%)	45,2%	11,8%	<0,05
Tần số tim nhập viện (ck/ph)	109,87 ± 22,65	98,38 ± 20,65	>0,05
HATT nhập viện (mmHg)	104,03 ± 25,36	126,32 ± 26,40	>0,05
NT - ProBNP nhập viện (pg/ml)	11117,22 ± 7976,51	7326,64 ± 3552,76	<0,05

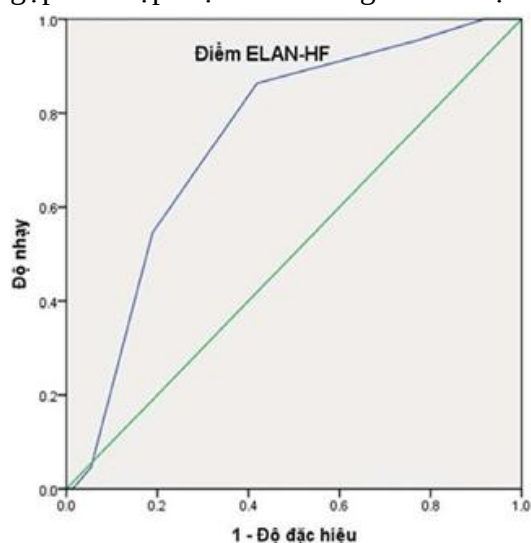
NT - ProBNP ra viện (pg/ml)	4660,72 ± 1332, 1	2982,50 ± 1220,81	<0,05
NT-ProBNP ra viện >5000 (pg/ml)	50%	5,6%	<0,01
Mức giảm NT - ProBNP (%)	48,97 ± 16,10	58,21 ± 10,41	<0,05
EF (%)	27,38 ± 6,17	34,59 ± 5,77	<0,05
Điểm ELAN-HF	3,89 ± 1,65	2,51 ± 1,24	<0,05

Nhận xét: Nhóm Bn có biến cố gộp có điểm ELAN- HF (3,89± 1,65) cao rõ rệt hơn nhóm BN không có biến cố gộp (2,51 ± 1,24) với p < 0,05.

Bảng 5. Phân tích hồi quy Cox đa biến giữa tỉ lệ biến cố gộp trong 6 tháng theo dõi với các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm	HR (KTC 95%)	Giá trị p
Tuổi > 75	0,98 (0,95 – 1,05)	>0,05
NYHA ra viện	2,17 (0,87 – 5,46)	>0,05
HATT nhập viện	0,97 (0,97 – 1,12)	>0,05
HATT nhập viện <115 mmHg	2,11 (0,81 – 3,81)	>0,05
Na ⁺ máu nhập viện	0,94 (0,84 – 1,12)	>0,05
Na máu nhập viện < 135 mmol/L	1,42 (0,78 – 1,75)	>0,05
NT - ProBNP ra viện	1,34 (1,28-1,66)	<0,05
NT - ProBNP ra viện > 5000 pg/ml	1,42 (1, 35 -1,88)	<0,05
Mức giảm NT - ProBNP (%)	0,98 (0,45-2,1)	>0,05
Mức giảm NT - ProBNP ≤ 30%	1,22 (1,12 -1,38)	<0,05
Điểm ELAN-HF	3,68(1,95 – 6,82)	<0,001

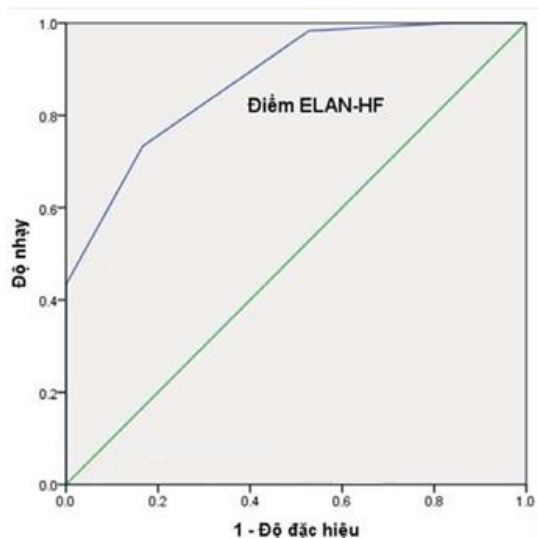
Nhận xét: Điểm ELAN-HF là một yếu tố nguy cơ có giá trị tiên lượng độc lập biến cố gộp tái nhập viện và tử vong sau ra viện 6 tháng với HR (KTC 95%): 3,68 (1,95-6,82).



AUC 95%CI=0,72 (0,62-0,83), **p<0,05**

Biểu đồ 1. Đường cong ROC thể hiện giá trị tiên lượng tử vong sau ra viện 6 tháng của thang điểm ELAN-HF

Nhận xét: Thang điểm ELAN-HF có giá trị tiên lượng biến cố tử vong trong vòng 6 tháng sau ra viện mức độ trung bình với AUC= 0,72 (KTC 95%: 0,62 – 0,83, $p<0,05$).



AUC 95%CI=0,86 (0,80-0,92), $p<0,05$

Biểu đồ 2. Đường cong ROC thể hiện giá trị tiên lượng biến cố gộp của thang điểm ELAN-HF sau ra viện 6 tháng

Nhận xét: Thang điểm ELAN-HF có giá trị tiên lượng tốt biến cố gộp tử vong hoặc tái nhập viện trong vòng 6 tháng sau ra viện với AUC= 0,86 (KTC 95%: 0,80 – 0,92, $p<0,05$).

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Qua 91 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình là $63,5 \pm 10,65$; tỉ lệ nam chiếm 56,04% kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết và các cộng sự ($62,1 \pm 15,16$). Nguyên nhân gây suy tim trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu do thiếu máu cục bộ cơ tim (48,36%) và tăng huyết áp (32,97%) cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết do các bệnh lý như van tim và tim bẩm sinh được can thiệp và theo dõi ở các tuyến cao hơn bệnh viện của chúng tôi. NYHA nhập viện trung bình $3,2 \pm 0,54$, NYHA ra viện $2,30 \pm 0,58$ tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết và các cộng sự.[1]

Trong nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ tái nhập viện (48,35%) và tỉ lệ biến cố gộp (65,93%) cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết và các cộng sự (39,6%; 62,5%) do bệnh nhân của chúng tôi thường có nguồn tài chính khó khăn nên không tái khám thường xuyên và không theo đuổi được điều trị tối ưu (các thuốc tốt trong tứ trụ của điều trị suy tim).[1]

2. Xác định giá trị tiên lượng của thang điểm ELAN- HF trên bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm

NT-proBNP nhập viện trung bình là $8957 \pm 5898,32$ tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết. Tuy nhiên mức giảm Nt- proBNP $>50\%$ (32,97%) lại bé hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết có thể do bệnh viện của chúng tôi còn thiếu một số thuốc trong quá trình điều trị tối ưu và 2 nhóm dân số nguyên cứu có bệnh đồng mắc khác nhau [1].

Phân mức nguy cơ theo điểm ELAN-HF, các bệnh nhân suy tim trong nghiên cứu của chúng tôi khi ra viện được phân thành 3 nhóm nguy cơ, trong đó nhóm nguy cơ trung bình và cao chiếm tỷ lệ chủ yếu với giá trị lần lượt là 53,85% và 30,77%. Tỷ lệ biến cố gộp sau ra viện 6 tháng cũng tăng theo các mức nguy cơ : 28,57% ở nhóm nguy cơ thấp, 57,14% ở nhóm nguy cơ trung bình, 96,42% nhóm nguy cơ cao tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết với $p < 0,05$ [1].

Kết quả phân tích cho thấy điểm ELAN-HF là yếu tố nguy cơ có giá trị tiên lượng độc lập biến cố gộp tái nhập viện do suy tim hoặc tử vong sau ra viện 6 tháng. Trong nghiên cứu

của chúng tôi, nhóm bệnh nhân có biến cố gộp sau ra viện 6 tháng có điểm ELAN-HF cao hơn rõ rệt so với nhóm không có biến cố ($3,89 \pm 1,65$ so với $2,51 \pm 1,24$, $p < 0,05$)[1].

Khi xây dựng thang điểm ELAN-HF, tác giả Khibar Salah và cộng sự nhấn mạnh nồng độ NT-ProBNP trước ra viện theo các mức phân tầng và mức giảm NT-ProBNP trong thời gian điều trị có vai trò chính quyết định hệ số tính điểm của thang điểm này[8]. Hồi quy Cox đa biến trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả NT-ProBNP trước ra viện, đặc biệt là NT-ProBNP trước ra viện > 5000 pg/ml là các yếu tố nguy cơ tiên lượng độc lập biến cố gộp sau 6 tháng ra viện với HR (KTC 95%) lần lượt là 1,34 (1,28 – 1,66); 1,42(1,35-1,88).

Theo ACC/AHA 2017, dùng NT-ProBNP để tiên lượng bệnh nhân khi nhập viện là chỉ định loại I, khi xuất viện là chỉ định loại IIa[5]. Nghiên cứu Khibar Salah và cộng sự năm 2014, NT-ProBNP khi ra viện là yếu tố chính tiên lượng độc lập biến cố tử vong sau ra viện 6 tháng, mức độ nguy cơ tăng theo mức phân tầng NT-ProBNP với các ngưỡng 1500 – 5000 pg/ml, 5001 – 15000 pg/ml, và > 15000 pg/ml[2]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết 2023, Paullo Bettencourt năm 2004 và Khibar Salah năm 2014 nhóm bệnh nhân với mức giảm NT-proBNP trong thời gian điều trị $\leq 30\%$ có nguy cơ tử vong cao gấp trên 2 lần so với nhóm bệnh nhân có mức giảm NT-ProBNP $> 30\%$ [1],[2],[8]. Đặc biệt điểm ELAN-HF là một yếu tố nguy cơ có giá trị tiên lượng độc lập biến cố gộp tái nhập viện và tử vong sau ra viện 6 tháng với HR (KTC 95%) 3,68 (1,95- 6,82) với $p < 0,001$ tương tự như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Tuyết 2023[1].

Diện tích dưới đường cong (AUC) của điểm ELAN-HF tiên đoán tử vong 6 tháng trong nghiên cứu của chúng tôi là 0,72 (KTC 95%: 0,62 – 0,83) với $p < 0,05$, khả năng dự đoán tử vong mức độ trung bình. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nhiều tác giả khác trên thế giới và trong nước. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Tuyết có AUC = 0,74 (KTC 95%: 0,64 – 0,85). Theo Khibar Salah và cộng sự năm 2014, các tác giả nhận thấy AUC của ELAN-HF là 0,78 (KTC 95%: 0,74 – 0,82). 2 Trong thử nghiệm PRIMA II, AUC = 0,77 (KTC 95%: 0,69 – 0,84)[10]. Lê Ngọc Anh và cộng sự năm 2018 đã so sánh giá trị một số mô hình tiên lượng sau ra viện ở bệnh nhân suy tim, kết quả thang điểm ELAN-HF có giá trị cao nhất so với các mô hình OPTIMIZE, MUSIC, SHFM...trong tiên lượng tử vong tại các thời điểm 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng với AUC lần lượt là 0,85; 0,86; 0,74[5][7][6][11][12]. Đối với tiên lượng biến cố gộp sau 6 tháng, trong nghiên cứu của chúng tôi, ELAN-HF có AUC = 0,88 (KTC 95%: 0,81 – 0,94), cho thấy khả năng dự đoán mức độ tốt.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu giá trị tiên lượng của thang điểm ELAN-HF trên 91 bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

- Tuổi trung bình bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm là $63,5 \pm 10,65$ chủ yếu là nam giới 56,04%.
- NT-proBNP ra viện > 5000 pg/ml và mức giảm NT-proBNP $< 30\%$ là yếu tố nguy cơ có giá trị tiên lượng độc lập biến cố gộp tái nhập viện và tử vong sau ra viện 6 tháng với HR (KTC 95%) 1,42 (1,35- 1,88) với $p < 0,05$ và HR (KTC 95%) 1,22 (1,12- 1,38) với $p < 0,05$.
- Điểm ELAN-HF là một yếu tố nguy cơ có giá trị tiên lượng độc lập biến cố gộp tái nhập viện và tử vong sau ra viện 6 tháng với HR (KTC 95%) 3,68 (1,95- 6,82) với $p < 0,001$.
- ELAN-HF là thang điểm đơn giản, dễ sử dụng và tiên lượng biến cố gộp tốt ở bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Tuyết và cộng sự (2023), “Giá trị tiên lượng của thang điểm ELAN-HF ở người bệnh suy tim có phân suất tống máu giảm”, *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, tr. 58-66.
2. Bettencourt P, Azevedo A, Pimenta J, Friões F, Ferreira S, Ferreira A (2004), “N-terminal-pro-brain natriuretic peptide predicts outcome after hospital discharge in heart failure patients”, *Circulation*, 110(15):2168-2174. doi:10.1161/01.CIR.0000 144310.04433.BE
3. Hoang TH, Nguyen TBY, Nguyen TTH, Do DL (2016), “Prognostic value of left ventricular longitudinal strain by spekle - tracking echocardiography in patients with chronic heart failure”, *Journal of Vietnamese Cardiology*.
4. Heidenreich PA, Albert NM, Allen LA, et al (2013), “Forecasting the impact of heart failure in the United States: a policy statement from the American Heart Association”, *Circ Heart Fail*, 6(3):606-619. doi:10.1161/HHF.0b013e318291329a
5. Khanam SS, Choi E, Son JW, et al (2018), “Validation of the MAGGIC (Meta-Analysis Global Group in Chronic Heart Failure) heart failure risk score and the effect of adding natriuretic peptide for predicting mortality after discharge in hospitalized patients with heart failure”, *PloS One*, 13(11):e0206380. doi:10.1371/journal.pone.0206380
6. Le NA, Nguyen NQ (2017), “Evaluation of survival in patients with end-stage chronic heart failure and some related factors at Vietnam National Heart Institute”, *Journal of Vietnamese Cardiology*.
7. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al (2016), “2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC”, *Eur Heart J*, 37(27):2129-2200. doi:10.1093/eurheartj/ehw128
8. Salah K, Kok WE, Eurlings LW, et al (2014), “A novel discharge risk model for patients hospitalised for acute decompensated heart failure incorporating N-terminal pro-B-type natriuretic peptide levels: a European collaboration on Acute decompensated Heart Failure: ELAN-HF Score”, *Heart Br Card Soc*, 100(2):115-125. doi:10.1136/heartjnl-2013-303632
9. Salah K, Stienen S, Moons AHM, et al (2019), “External Validation of the ELAN-HF Score, Predicting 6-Month All-Cause Mortality in Patients Hospitalized for Acute Decompensated Heart Failure”, *J Am Heart Assoc*, 8(14):e010309. doi:10.1161/JAHA.118.010309
10. Sawano M, Shiraishi Y, Kohsaka S, et al (2018), “Performance of the MAGGIC heart failure risk score and its modification with the addition of discharge natriuretic peptides”, *ESC Heart Fail*, 5(4):610-619. doi:10.1002/ehf2.12278
11. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al (2017), “2017 ACC/AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America”, *Circulation*, 136(6):e137-e161. doi:10.1161/CIR.00000000000005096
12. Zile MR, Claggett BL, Prescott MF, et al. (2016), “Prognostic Implications of Changes in N-Terminal Pro-B-Type Natriuretic Peptide in Patients With Heart Failure”, *J Am Coll Cardiol*, 68(22):2425-2436. doi:10.1016/j.jacc.2016.09.931

GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG CỦA THÔNG SỐ CHỨC NĂNG THẤT PHẢI (TAPSE, E/E') TRÊN SIÊU ÂM DOPPLER TIM Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH CẤP ĐÃ ĐƯỢC CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA TẠI BVĐKTT AN GIANG

Đoàn Công Du, Trần Thị Huyền Trân,
Lê Trần Xuân Phương, Bùi Thị Bé Phương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu giá trị của thông số TAPSE và E/E' van ba lá trong tiên lượng sớm các biến cố tim mạch chính (MACE) ở bệnh nhân hội chứng vành cấp đã được can thiệp động mạch vành qua da.

Đối tượng và phương pháp: đối tượng là các bệnh nhân nhập khoa Tim mạch lão học với chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp lần đầu và được can thiệp động mạch vành qua da thành công. Tất cả bệnh nhân đều được siêu âm Doppler tim trong vòng 48 giờ sau can thiệp để đánh giá chức năng thất trái và chỉ số TAPSE, chỉ số E/E' van ba lá. Các bệnh nhân được theo dõi dọc tại các thời điểm nằm viện, 3 tháng và kết thúc nghiên cứu bằng cách ghi nhận các biến cố tim mạch chính, bao gồm: tử vong do mọi nguyên nhân, tái nhồi máu cơ tim, tái nhập viện vì suy tim, đột quỵ không tử vong.

Kết quả: Trong 120 bệnh nhân được theo dõi trong 9 tháng (10/2023-6/2024), có 31 bệnh nhân xuất hiện biến cố, TAPSE trung bình ở nhóm có biến cố thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không biến cố ($15,65 \pm 2,24$ (mm) so với $18,17 \pm 2,25$ (mm), $p < 0,001$); tỉ lệ TAPSE < 17mm và E/E' > 6 nhóm có biến cố thấp hơn nhóm không biến cố (các thông số lần lượt là 39,7% vs 60,3%; $p < 0,001$ và 19,5% vs 80,5%; $p = 0,011$). **Kết luận:** chỉ số chức năng thất phải (TAPSE và E/E') là các thông số có giá trị trong tiên lượng sớm ở các bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp đã được điều trị bằng can thiệp động mạch vành qua da.

Từ khóa: Chức năng thất phải, TAPSE, E/E', biến cố tim mạch chính, nhồi máu cơ tim.

PROGNOSTIC VALUE OF RIGHT VENTRICULAR FUNCTION (TAPSE, E/E') ON ECHOCARDIOGRAPHY IN PATIENTS AFTER ACUTE CORONARY SYNDROME TREATED WITH PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

AT AN GIANG GENERAL HOSPITAL

ABSTRACT

Objective: To study the value TAPSE and E/E' of tricuspid valve in early prognostic the major adverse cardiac event in patients after acute coronary syndrome treated with percutaneous coronary intervention.

Subject and methods: Patients at Department of cardiology and gerontology diagnosed acute myocardial infarction treated with primary percutaneous coronary intervention underwent echocardiography within 48 hours of treatment to assess left ventricular and right ventricular function (TAPSE and E/E'). Patients were followed at the time of hospitalization, 3 months after discharge and the study ended, by recording major adverse cardiac events (MACE). The MACE was defined as a composite of mortality, reinfarction, hospitalization for heart failure and stroke.

Results: 120 patients were followed during a mean follow-up in 9 months (10/2023-6/2024), 31 patients reached as a composite end point, the average TAPSE in the event group was statistically significantly lower than the non-event group ($15,65 \pm 2,24$ (mm) vs $18,17 \pm 2,25$ (mm), $p < 0,001$); TAPSE ratio < 17mm and E/E' > 6 in the event group lower than the non-event group (39,7% vs 60,3%; $p < 0,001$ and 19,5% vs 80,5%; $p = 0,011$). **Conclusion:** Right ventricular function index (TAPSE, E/E') are valuable in early prognostic in patients after acute myocardial infarction treated with percutaneous coronary intervention.

Keywords: right ventricular function, TAPSE, E/E', the major adverse cardiac event, myocardial infarction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở các nước phát triển cũng như các nước đang phát triển. Hiện nay đã có nhiều tiên bộ trong chẩn đoán và điều trị bệnh, đặc biệt là can thiệp động mạch vành qua da giúp cải thiện đáng kể tiên lượng của các bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim nhưng nhồi máu cơ tim cấp vẫn là một bệnh có tiên lượng nặng, có nhiều biến chứng và tỉ lệ tử vong cao. Siêu âm tim với các thông số đánh giá chức năng thất trái như chỉ số rối loạn vận động vùng, phân suất tống máu thất trái (EF) đã được chứng minh là các thông số có giá trị tiên lượng tốt ở các bệnh nhân này. Gần đây một số nghiên cứu đã cho thấy vai trò của các chỉ số chức năng thất phải (như TAPSE, E/E' van ba lá) trong tiên lượng bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim. Ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về vai trò của chức năng thất phải trên siêu âm tim để đánh giá tiên lượng ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài: “Giá trị tiên lượng của thông số chức năng thất phải (TAPSE, E/E') trên siêu âm doppler tim ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp đã được can thiệp động mạch vành qua da tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang” với mục tiêu cụ thể như sau:

Tìm hiểu giá trị của thông số TAPSE và E/E' trong tiên lượng sớm các biến cố tim mạch chính ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Gồm những bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng mạch vành cấp lần đầu (gồm cả ST chênh lên và không ST chênh lên) và được siêu âm tim trong vòng 48 giờ sau can thiệp, thời gian từ 10/2023 - 6/2024

* *Tiêu chuẩn chọn mẫu*

Bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng mạch vành cấp lần đầu (gồm cả ST chênh lên và không ST chênh lên) và được siêu âm tim trong vòng 48 giờ sau can thiệp. Các bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*

Bệnh nhân có tiền sử nhồi máu cơ tim, đã đặt stent động mạch vành hoặc đã được phẫu thuật bắc cầu nối chủ vành, bệnh nhân có chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD).

2. Phương pháp nghiên cứu: : Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có theo dõi dọc theo thời gian.

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ trong quần thể

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Với n: cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ nhất hợp lý.

Đối với khoảng tin cậy 95%, Z=1,96. d=0,07.

p: Tỷ lệ biến cố gộp trong vòng 3 tháng ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp theo nghiên cứu Trần Thị Hương và cộng sự [2] là 17,65%; p = 0,1765. Cỡ mẫu tính toán được: n = 120

- Cách chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Thu thập các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn, không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

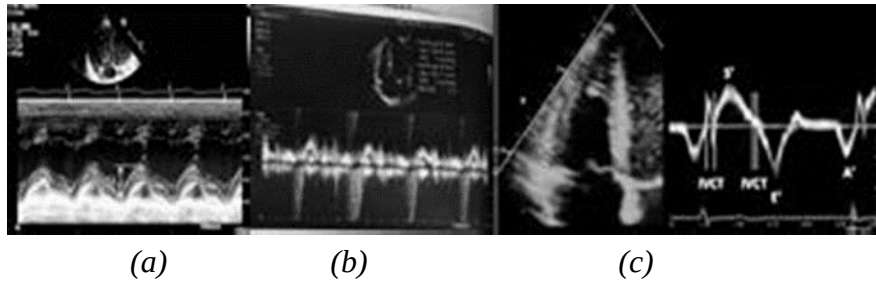
* *Quy trình nghiên cứu*

- Các bệnh nhân được khám lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng, điện tâm đồ, men tim.

- Chụp ĐMV và can thiệp ĐMV qua da tại phòng DSA khoa Tim mạch – Lão học. Can thiệp thành công khi sau can thiệp dòng chảy TIMI III.

- Siêu âm tim được tiến hành trong vòng 48 giờ tại Phòng Siêu âm Tim – Khoa Tim mạch Lão học. Đo đạc các thông số chức năng thất trái (Dd, Ds, EF) và chỉ số chức năng thất phải (TAPSE,

E' thành bên vòng van ba lá và tỉ lệ E/E') theo hướng dẫn của Hội Siêu âm Tim Hoa Kỳ 2015. Ngưỡng chẩn đoán suy chức năng thất phải: TAPSE <17mm, E<7,8cm/s và E/E' >6.



Hình 1. Cách đo TAPSE (a), E van ba lá (b), E' van ba lá (c)

- Bệnh nhân được theo dõi tại các thời điểm nằm viện, sau ra viện 3 tháng (bộ câu hỏi phỏng vấn) ghi nhận các biến cố tim mạch chính (tử vong, tái nhồi máu cơ tim, đột quỵ, tái nhập viện vì suy tim).

2.2 Xử lý và phân tích số liệu

- Các biến liên tục có phân phối chuẩn trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($X \pm SD$), các biến phân loại trình bày dưới dạng tần số quan sát, tỷ lệ phần trăm (n, %).

- So sánh các đặc điểm giữa 2 nhóm có và không có biến cố trong 3 tháng theo dõi, sử dụng kiểm định T – test cho biến liên tục có phân phối chuẩn, kiểm định χ^2 cho biến phân loại.

- Giá trị $p < 0,05$ được coi là khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Các số liệu được xử lý bằng các thuật toán thống kê với phần mềm SPSS 20.0

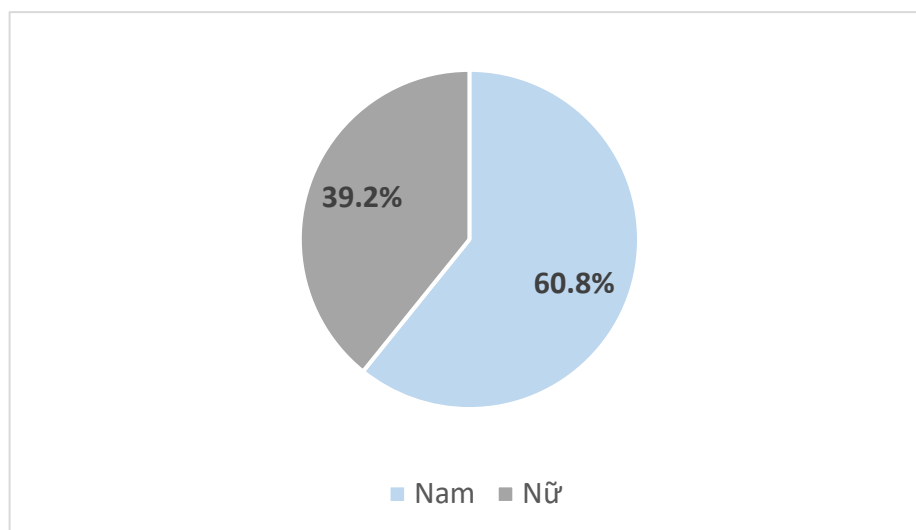
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi (năm) ($\bar{X} \pm SD$)	63,89 $\pm$ 12,46 (Cao nhất: 93; thấp nhất: 32)
Giới nữ (n, %)	47 (39,2%)
Yếu tố nguy cơ	
Tiền sử hút thuốc lá (n, %)	74 (61,67%)
Tiền sử đái tháo đường (n, %)	62 (51,67%)
Tiền sử tăng huyết áp (n, %)	98 (81,67%)
Tiền sử rối loạn chuyển hóa lipid (n, %)	78 (65%)
Các thông số lâm sàng và xét nghiệm	
Độ Killip ≥ 2 (n, %)	38 (31,67%)
NMCT thành trước (n, %)	48 (40%)
NMCT ST chênh lên (n, %)	88 (73,33%)
ĐMV thủ phạm là RCA (n, %)	42 (35%)
Tổn thương ≥ 2 nhánh ĐMV (n, %)	61 (50,83%)
Hs Troponin (nhập viện) (ng/L) ($\bar{X} \pm SD$)	1214,12 $\pm$ 1654,95
NT-pro BNP (nhập viện) (pg/ml) ($\bar{X} \pm SD$)	642,39 $\pm$ 1018,53
Các thông số siêu âm tim	
Vd (ml) ($\bar{X} \pm SD$)	71,55 $\pm$ 13,48

Vs (ml) ($\bar{X} \pm SD$)	37,61±10,24
EF biplane (%) ($\bar{X} \pm SD$)	40,2±11,83
Hở hai lá vừa hoặc nhiều (n, %)	18 (15%)
RL vận động vùng (n, %)	102 (85%)

Nhận xét: tuổi trung bình trong nghiên cứu là 63,89±12,46 tuổi. Lớn nhất là 93, thấp nhất là 32. Phần lớn là nam giới chiếm 60,8%. Hầu hết bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp chiếm 81.67%.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ giới tính ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp

Nhận xét: tỷ lệ hội chứng mạch vành cấp ở nam nhiều hơn nữ

Bảng 2. Tỷ lệ biến cố tim mạch chính và tử vong cộng dồn khi theo dõi dọc (n=120)

Biến cố	Nằm viện	Sau 3 tháng	Kết thúc NC
Tử vong chung	4 (3,33%)	10 (8,33%)	14 (11,67%)
NMCT tái phát không tử vong	0 (0%)	3 (2,5%)	3 (2,5%)
Đột quỵ não không tử vong	2 (1,67%)	4 (3,33%)	6 (5%)
Tái nhập viện vì suy tim	0 (0%)	8 (6,67%)	8 (6,67%)
Biến cố gộp	6 (5%)	25 (20,83%)	31 (25,83%)

Nhận xét: Ngoài 4 bệnh nhân tử vong khi nằm viện, chúng tôi theo dõi được 116 bệnh nhân. Thời gian theo dõi trung bình 9 tháng. Các biến cố tim mạch chính được ghi nhận là tử vong, tái nhồi máu cơ tim, đột quỵ, tái nhập viện vì suy tim sau 3 tháng và tại thời điểm kết thúc nghiên cứu

Bảng 3. Đặc điểm chức năng thất phải trên siêu âm Doppler tim

Các thông số	Kết quả
TAPSE ($X \pm SD$)(mm)	17,52±2,49
TAPSE < 17mm (n, %)	58 (48,3%)
E' ($X \pm SD$)(cm/s)	8,21±1,51 (5,2-11,7)
E' < 7,8 (cm/s) (n, %)	64 (53,3%)
E/E' ($X \pm SD$)	6,86±1,08 (4,8-8,6)
E/E' > 6 (n, %)	87 (72,5%)

Nhận xét: Chỉ số TAPSE trung bình là 17,52±2,49, TAPSE <17 mm chiếm tỉ lệ 48,3%

Bảng 4. So sánh chức năng thất phải giữa nhóm có biến cố và không biến cố

Đặc điểm	Có biến cố (n=31)	Không biến cố (n=89)	p
TAPSE (mm)	15,65±2,24	18,17±2,25	<0,001
E van ba lá (cm/s)	43,55±10,52	52,3±8,41	<0,001
E' van ba lá (cm/s)	7,12±0,99	8,58±1,49	<0,05
E/E'	6,29±1,06	7,06±1,02	<0,001
TAPSE<17mm	23 (39,7%)	35 (60,3%)	<0,001
E/E'>6	17 (19,5%)	70 (80,5%)	0,011

Nhận xét:

- TAPSE trung bình ở nhóm có biến cố thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không biến cố (15,65± 2,24 (mm) so với 18,17 ± 2,25 (mm), $p < 0,001$).

- E'van ba lá trung bình ở nhóm có biến cố cũng thấp hơn nhóm không biến cố (7,12±0,99(cm/s) so với 8,58 ± 1,49 (cm/s), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$)

- Chỉ số E/E' trung bình ở nhóm có biến cố thấp hơn nhóm không biến cố, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (6,29±1,06 vs 7,06±1,02; $p < 0,001$).

- Ở nhóm bệnh nhân có biến cố, tỉ lệ TAPSE<17mm và E/E' > 6 thấp hơn nhóm bệnh nhân không biến cố (các thông số lần lượt là 39,7%vs 60,3%; $p < 0,001$ và 19,5% vs 80,5%; $p=0,011$).

BÀN LUẬN

Khi so sánh chức năng thất phải ở nhóm có biến cố so với nhóm không biến cố, chúng tôi thấy TAPSE và E' trung bình ở nhóm có biến cố thấp hơn so với nhóm không biến cố (các thông số lần lượt là 15,65 ± 2,24 vs 18,17 ± 2,25; $p < 0,001$ và 7,12 ± 0,99 vs 8,58 ± 1,49; $p < 0,001$). Nghiên cứu của Nguyễn Duy Toàn và cộng sự (2023) [1] trên 61 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng mạch vành mạn tính ghi nhận chỉ số TAPSE là 20,36 ± 3,35 mm, cao hơn so với chỉ số TAPSE của chúng tôi. Điều này có thể lý giải do đối tượng nghiên cứu này là những bệnh nhân hội chứng mạch vành mạn tính, trong khi đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp.

Samad và cộng sự (2002) [5] nghiên cứu 194 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp lần đầu được can thiệp động mạch vành qua da và theo dõi biến cố tử vong trong thời gian 2 năm cũng nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh TAPSE trung bình giữa nhóm tử vong

(n = 19) và nhóm không tử vong (n = 175) ($15,1 \pm 3,9$ (mm) vs $20,1 \pm 4,6$ (mm), $p < 0,02$). Kanar và cộng sự (2018) [4] nghiên cứu giá trị của chức năng thất phải trong tiên lượng tử vong sớm ở 81 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp thành dưới được can thiệp động mạch vành qua da cũng cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của chỉ số TAPSE giữa 2 nhóm tử vong (n = 9) và nhóm sống sót (n = 72) ($11,4 \pm 4,0$ (mm) vs $16,0 \pm 3,8$ (mm); $p = 0,001$). Tuy nhiên, giá trị trung bình của TAPSE ở cả 2 nhóm trong nghiên cứu này thấp hơn giá trị TAPSE trung bình của chúng tôi. Điều này có thể lý giải do đối tượng trong nghiên cứu này là những bệnh nhân nhồi máu cơ tim thành dưới, trong khi đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có bao gồm cả nhồi máu cơ tim thành trước.

Dokainish và cộng sự (2005) [3] khi nghiên cứu giá trị của siêu âm Doppler mô trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh nhân NMCT cấp ST chênh lên thành dưới được can thiệp động mạch vành (n = 50) cũng cho thấy E' trung bình ở nhóm có biến cố (n = 22) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không biến cố (n = 28) ($6,3 \pm 2,3$ vs $7,9 \pm 2,6$; $p < 0,05$). Tuy nhiên, trong nghiên cứu này giá trị E' trung bình ở cả 2 nhóm cũng thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi do đối tượng trong nghiên cứu này cũng là các bệnh nhân nhồi máu cơ tim thành dưới.

Trần Thị Hương và cộng sự (2019) [2] nghiên cứu 119 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp lần đầu được can thiệp động mạch vành qua da, theo dõi trung bình trong 6,5 tháng (từ 3 tháng đến 11 tháng), cũng cho thấy TAPSE trung bình ở nhóm có biến cố thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không biến cố ($15 \pm 4,1$ (mm) so với $17,9 \pm 3,3$ (mm), $p < 0,001$), E' van ba lá trung bình ở nhóm có biến cố cũng thấp hơn nhóm không biến cố ($7,7 \pm 2,1$ (cm/s) so với $9,3 \pm 2,9$ (cm/s), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tuy nhiên, tỉ lệ TAPSE < 17 mm và $E/E' > 6$ cao hơn hẳn nhóm bệnh nhân không biến cố (các thông số lần lượt là 66,7% vs 30,6%; $p < 0,01$ và 38,1% vs 14,3%; $p < 0,05$), trong khi đó, nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ TAPSE < 17 mm và $E/E' > 6$ thấp hơn nhóm bệnh nhân không biến cố (các thông số lần lượt là 39,7% vs 60,3%; $p < 0,001$ và 19,5% vs 80,5%; $p = 0,011$). Điều này có thể lý giải do cỡ mẫu và thời gian theo dõi khác nhau giữa 2 nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 120 bệnh nhân hội chứng vành cấp được can thiệp động mạch vành qua da thì đầu tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, chúng tôi rút ra một số kết luận:

- TAPSE trung bình ở nhóm có biến cố thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không biến cố
- E' van ba lá trung bình ở nhóm có biến cố cũng thấp hơn nhóm không biến cố
- Chỉ số E/E' trung bình ở nhóm có biến cố thấp hơn nhóm không biến cố, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê
- Ở nhóm bệnh nhân có biến cố, tỉ lệ TAPSE < 17 mm và $E/E' > 6$ thấp hơn nhóm bệnh nhân không biến cố
- Do đó chức năng thất phải có giá trị tiên đoán mạnh mẽ các biến cố tim mạch chính ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp đã can thiệp động mạch vành qua da. E/E' là yếu tố tiên lượng độc lập với biến cố tim mạch. TAPSE, mặc dù không là yếu tố tiên lượng độc lập cho biến cố tim mạch chính, nhưng vẫn cung cấp thông tin tiên lượng quan trọng. Lượng giá chức năng thất phải với TAPSE và E/E' giúp phân tầng nguy cơ ở bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Duy Toàn và cộng sự (2023), “Nghiên cứu chỉ số TAPSE và sức căng dọc thất phải bằng siêu âm đánh dấu mô cơ tim ở bệnh nhân hội chứng động mạch vành mạn tính”, *Tạp chí Y dược lâm sàng* 108, tr. 38-43.
2. Trần Thị Hương và cộng sự (2019), “Giá trị tiên lượng của thông số chức năng thất phải (TAPSE, E/E') trên siêu âm doppler tim ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp đã được can thiệp động mạch vành qua da”, *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, tr. 95-102.
3. Dokainish H., Abbey H., Gin K., et al (2005), “Usefulness of tissue Doppler imaging in the diagnosis and prognosis of acute right ventricular infarction with inferior wall acute left ventricular infarction”, *Am J Cardiol*, 95(9), 1039–1042.
4. Kanar B.G., Tigen M.K., Sunbul M., et al (2018), “The impact of right ventricular function assessed by 2-dimensional speckle tracking echocardiography on early mortality in patients with inferior myocardial infarction”, *Clin Cardiol*, 41 (3), 413 - 418.
5. Samad B.A., Alam M., and Jensen-Urstad K (2002), “Prognostic impact of right ventricular involvement as assessed by tricuspid annular motion in patients with acute myocardial infarction”, *Am J Cardiol*, 90(7), 778–781.

HIỆU QUẢ LỌC MÁU LIÊN TỤC VỚI QUẢ OXIRIS TRONG KẾT HỢP ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP TIỀN TRIỂN Ở NGƯỜI LỚN (ARDS) TẠI KHOA HỒI SỨC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Phạm Ngọc Kiều, Nguyễn Phú Quốc,
Đoàn Minh Trí, Lê Minh Tân

TÓM TẮT

Mở đầu: Hội chứng suy hô hấp cấp nặng ở người lớn (ARDS) là một hội chứng lâm sàng với biểu hiện khó nặng khởi phát nhanh, thiếu oxy máu, và thâm nhiễm phổi lan tỏa dẫn đến suy hô hấp. Đã có rất nhiều hướng dẫn, quy trình về điều trị ARDS được đưa ra và áp dụng, tuy nhiên ARDS vẫn là vấn đề lớn nhất trong hồi sức cấp cứu với tỉ lệ dẫn đến tử vong lên tới 45% - 60% [7]. Liệu pháp lọc máu liên tục (CRRT) với quả Oxiris đã được chứng minh là có tác dụng có làm giảm quá trình viêm bằng việc loại bỏ các hóa chất trung gian gây viêm như các cytokine, tăng khả năng oxy hóa máu, tăng khả năng sống sót, giảm tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân mắc ARDS [1,2,3].

Phương pháp: Phương pháp tiến cứu, Bệnh nhân vào khoa ICU được chẩn đoán ARDS, làm các xét nghiệm thường quy, đo nồng độ các chất gây viêm Interleukin-6, các marker phản ánh viêm nhiễm CRP, Procalcitonin, bạch cầu, Khí máu động mạch, tỷ số $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$, chức năng thận, đánh giá độ nặng bằng thang điểm SOFA, APACHE II. Bệnh nhân được điều trị bằng các phương pháp thường qui kết hợp với lọc máu liên tục với quả lọc Oxiris. Kết quả được so sánh lúc nhập (T_0) và lúc rời khoa ICU (T_e).

Kết quả: Từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 09 năm 2024 có 51 bệnh nhân đủ điều kiện đưa vào nghiên cứu, tỷ lệ nữ/nam 28/23. Tuổi trung bình $57,92 \pm 13,95$. Nồng độ các chất CRP, procalcitonin, lactate, cytokin IL6, tỷ số $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$, chức năng thận, thang điểm SOFA và APACHE II giảm có ý nghĩa thống kê tại thời điểm T_0 so với T_e . Tỷ lệ tử vong là 29.5% so với tỷ lệ 45-60% khi điều trị thông thường. Thời gian nằm khoa Hồi sức trung bình là $10,33 \pm 3,6$ ngày.

Kết luận: Lọc máu liên tục (CRRT) với quả Oxiris đối với ARDS cho kết quả lâm sàng rất tốt, có sự cải thiện đáng kể về oxy hóa máu, giảm nồng độ các chất CRP, cytokin IL6, procalcitonin, lactate, chức năng thận, thang điểm SOFA, APACHEII, giảm tỷ lệ tử vong và giảm thời gian nằm ICU.

Từ khóa: ARDS, lọc máu liên tục.

Efficacy of Continuous Renal Replacement Therapy in the treatment of ARDS at the ICU department of An giang central general hospital.

SUMMARY

Introduction: Adult severe acute respiratory distress syndrome (ARDS) is a clinical syndrome characterized by rapid onset of severe malaise, hypoxemia, and diffuse pulmonary infiltrates leading to respiratory failure. There have been many guidelines and procedures for ARDS treatment given and applied, however ARDS is still the biggest problem in emergency resuscitation with a mortality rate of up to 45% - 60% [7]. Continuous hemodialysis therapy (CRRT) with Oxiris fruit has been shown to reduce inflammation by removing inflammatory mediators such as cytokines, increasing blood oxygenation, and increasing survival, reducing mortality in patients with ARDS [1,2,3].

Methods: Prospective method, patients admitted to the ICU were diagnosed with ARDS, performed routine tests, measured the concentration of inflammatory substances Interleukin-6, markers reflecting inflammation CRP, Procalcitonin, leukocytes, Arterial blood gases, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ ratio, kidney function, severity assessment using SOFA, APACHE II scale. Patients were treated with conventional methods combined with continuous hemodialysis with an Oxiris filter. Results were compared at admission (T_0) and at discharge from the ICU (T_e).

Results: From January 2024 to August 2024, there were 51 patients eligible for inclusion in the study, female/male ratio 28/23. Average age $57,92 \pm 13,95$. Concentrations of cytokines, inflammatory substances, lactate, CRP, procalcitonin, creatinine, PaO_2/FiO_2 rate, SOFA and APACHE II scores decreased statistically significantly at To compared to Te. The mortality rate is 29,5% compared to 45-60% with conventional treatment. The average length of stay in the Intensive Care Department was $10,33 \pm 3,6$ days.

Conclusion: Continuous hemodialysis (CRRT) with Oxiris for ARDS gives very good clinical results, with significant improvement in blood oxygenation, reduction in the concentration of substances such as CRP, cytokine IL6, procalcitonin, lactate, and renal function, reduced SOFA, APACHEII score, reduced mortality rate and reduced ICU stay.

Keywords: ARDS, CRRT

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng nguy ngập hô hấp cấp (ARDS) là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở bệnh nhân khoa Hồi sức tích cực dù được điều trị với kháng sinh và các biện pháp hồi sức hiện đại. ARDS là một chuỗi phức tạp các đáp ứng viêm và kháng viêm, các phản ứng dịch thể và tế bào, các bất thường về tuần hoàn. Đặc trưng bởi khó thở, giảm oxy hoá máu, thâm nhiễm phổi lan toả hai trường phổi, diễn biến cấp tính, tiến triển nhanh [1,2]. Tổn thương cơ bản trong ARDS là tổn thương màng phế nang - mao mạch lan toả, không đồng nhất, có thể bắt đầu từ phế nang hay từ mao mạch [4,5]. ARDS luôn có tình trạng giảm oxy hóa máu trợ với các liệu pháp oxy. Cơ chế bệnh sinh chính là do đáp ứng viêm quá mức của cơ thể với trung tâm là các cytokine viêm được giải phóng ra [1,2]. Diễn tiến của ARDS là đi đến sốc nhiễm khuẩn (SNK), sốc không hồi phục, suy đa tạng và tử vong. Khi bệnh đã tiến triển nặng, suy đa tạng thì việc điều trị trở nên kém hiệu quả. Một trong các biện pháp điều trị có hiệu quả là lọc máu liên tục (LMLT). LMLT với quả lọc Oxiris có khả năng loại bỏ các cytokine rất tốt, do đó cắt được vòng xoắn bệnh lý gây suy đa tạng, cải thiện tình trạng oxy hóa máu, giảm nồng độ các chất gây viêm, tăng độ lọc cầu thận, làm giảm tỉ lệ tử vong. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài: “Nghiên cứu hiệu quả lọc máu liên tục với quả lọc Oxiris trong kết hợp điều trị ARDS tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang”.

I. MỤC TIÊU ĐỀ TÀI

Đánh giá hiệu quả lọc máu liên tục với quả lọc Oxiris trong kết hợp điều trị ARDS bằng lâm sàng, cận lâm sàng và các thang điểm SOFA, APACHE II.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Các bệnh vào khoa ICU được chẩn đoán ARDS dựa vào các triệu chứng lâm sàng như: Khó thở tăng nhanh, tím môi và đầu chi. Đáp ứng kém với oxy liệu pháp.

X quang ngực: tổn thương phế nang lan toả hai bên, tiến triển nặng dần.

Khí máu động mạch: oxy máu giảm, $PaO_2/FiO_2 \leq 300$ mmHg với PEEP ≥ 5 cmH₂O. Phân độ nặng theo tiêu chuẩn Berlin 2012. ARDS được chia thành ba mức độ nặng dựa vào tỷ lệ PaO_2/FiO_2 : nhẹ (201-300), trung bình (101-200), và nặng (≤ 100 mmHg) [4].

Tất cả bệnh nhân được điều trị hỗ trợ hô hấp, bù dịch, thuốc kháng sinh, kết hợp với lọc máu bằng quả lọc Oxiris đây là quả lọc có khả năng loại bỏ các cytokin tốt nhất

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân dưới 16 tuổi, sốc kháng trị, bệnh nhân có rối loạn đông máu nặng, giảm tiểu cầu do Heparin, người thân của bệnh nhân không đồng ý thực hiện LMLT.

Phương pháp nghiên cứu

Tiến cứu, có can thiệp

Cở mẫu: Thuận tiện trong quá trình nghiên cứu

Địa điểm: Khoa Hồi Sức tích cực. BVĐKTT An Giang

Các biến số nghiên cứu: Các đặc điểm chung: tuổi, giới, nguồn gốc nhiễm trùng, bệnh nền kèm theo. Đánh giá hiệu quả của LMLT: dựa vào các chỉ số lâm sàng, liều vận mạch Noradrenalin, các thông số máy thở cài đặt. Kết quả cận lâm sàng (Ure, creatinin, lactate, CRP, Procalcitonin, PaO₂/FiO₂). Thang điểm SOFA và APACHE II. Các biến số trên được đo trước khi LMLT (ký hiệu T₀), Kiểm tra mỗi 24h (T₁,T₂,T₃..) và thời điểm kết thúc lọc máu (Te).

Đo lường các biến: Các biến định lượng được trình bày theo giá trị trung bình và độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$). Các biến định tính được trình bày theo tỷ lệ phần trăm (%). Kiểm định sự khác biệt của các biến. Các biến định lượng: sử dụng các test tham số (t-test, ANOVA test) cho biến phân bố chuẩn và test phi tham số (sign test, Mann-Whitney test, Kruskal-Wallis test) cho biến phân bố không chuẩn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các biến định tính: sử dụng Z test, test χ^2 hoặc Fisher's exact test. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 26

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Trong khoảng thời gian từ năm tháng 01/2024 đến 09/2024, có 51 bệnh nhân nhập khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang đủ tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu.

Trong số 51 bệnh nhân giới nữ 28, nam 23; tuổi trung bình $57,92 \pm 13,95$ tuổi, thấp nhất 32, cao nhất 86, tỷ lệ tử vong 29.5%, thời gian nằm khoa Hồi sức trung bình là $10,33 \pm 3,6$ ngày.

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu lúc nhập Khoa ICU

STT	Thông số	TB $\pm$ SD
1	Tuổi	57,92 $\pm$ 13,95
2	Nữ / Nam	28/23
3	Điểm Glasgow	10,47 $\pm$ 3,4
4	Mạch	110,07 $\pm$ 19,19
5	HATB	52,05 $\pm$ 8,35
6	Nhiệt độ	38,54 $\pm$ 0,8
7	Nhịp thở	28,76 $\pm$ 5,09
8	Bạch cầu	22,15 $\pm$ 8,06
9	SOFA	11,76 $\pm$ 1,6
10	APACHE II	25,76 $\pm$ 3,7
11	CRP	224,87 $\pm$ 136,71
12	Procalcitonin	55,35 $\pm$ 38,68
13	GFR	31,86 $\pm$ 18,53
14	Lactate	8,09 $\pm$ 4,01
15	pH	7,13 $\pm$ 0,16
16	IL-6	2562,51 $\pm$ 1123,26
17	D-dimer	6156,87 $\pm$ 5184,94
18	Tỷ lệ tử vong	29.5%
19	Thời gian nằm ICU (ngày)	10,33 $\pm$ 3,6

Nhận xét: các chỉ số đều ở mức độ nặng lúc vào viện

Bảng 2: Tỷ lệ các bệnh nền

Stt	Bệnh nền	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Đái tháo đường typ 2	18	35,3
2	Suy thận	13	25,5
3	Tăng huyết áp	7	13,7
4	COPD	7	13,7
5	Xơ gan	6	11,8
	Tổng số	51	100

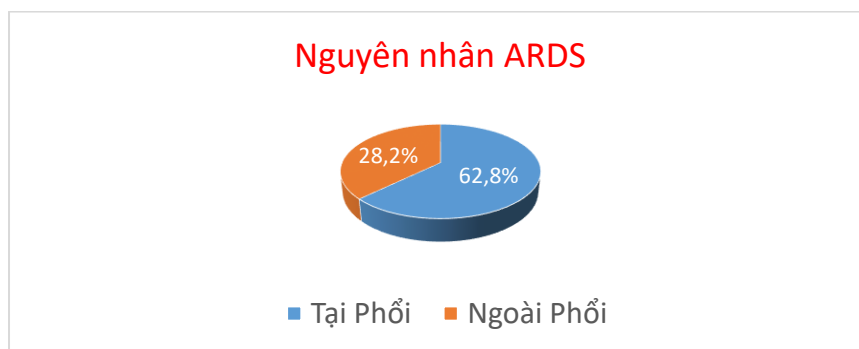
Nhận xét: Đái tháo đường typ 2 là bệnh nền chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là suy thận, tăng huyết áp COPD và xơ gan.

3.2 Nguồn gốc nhiễm khuẩn

Bảng 3: Nguồn gốc nhiễm khuẩn

Nguồn gốc	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tại phổi	32	62,8
Ngoài phổi	19	28,2
Tổng	51	100

Nhận xét: Các nguyên nhân phần lớn từ đường hô hấp



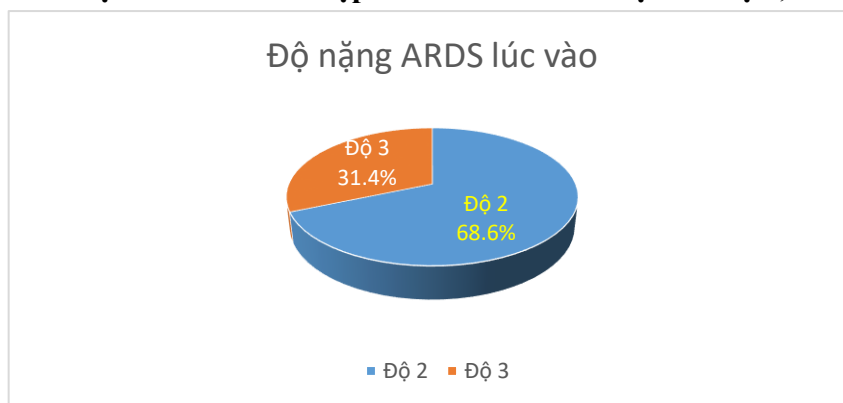
Biểu đồ 1: Nguồn gốc ARDS chủ yếu tại phổi

3.3 Độ nặng của ARDS lúc đầu (dựa vào tỷ số $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ -Theo tiêu chuẩn Berlin 2012)

Bảng 4: Độ nặng ARDS lúc vào khoa

Phân độ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Độ 1	0	0
Độ 2	35	68,6
Độ 3	16	31,4

Nhận xét: Tất bệnh ARDS lúc nhập khoa ICU đều từ độ 2 và độ 3, không có độ 1



Biểu đồ 2: Độ nặng ARDS lúc vào

Đánh giá hiệu quả của lọc máu liên tục với quả Oxiris

Bảng 5: Hiệu quả lọc máu

Thông số	Trước lọc TB $\pm$ SD	Sau lọc TB $\pm$ SD	p
Điểm GCS	7,76 $\pm$ 4,07	12,40 $\pm$ 2,6	0,00
HATB(mmHg)	52,05 $\pm$ 6,35	70,98 $\pm$ 16,82	0,00
CRP	224,87 $\pm$ 136,71	51,23 $\pm$ 17,42	0,00
Procalcitonin	84,71 $\pm$ 16,41	6,18 $\pm$ 4,61	0,00
Lactate	8,09 $\pm$ 4,01	2,18 $\pm$ 0,14	0,00
IL-6	2562,51 $\pm$ 1123,26	21,59 $\pm$ 13,65	0,00
GFR	31,86 $\pm$ 18,53	56,53 $\pm$ 43,67	0,00
SOFA	11,76 $\pm$ 1,6	3,97 $\pm$ 0,98	0,00
APACHE II	25,76 $\pm$ 3,7	9,33 $\pm$ 1,52	0,00
PaO ₂ /FiO ₂	116.55 $\pm$ 3.72	231.38 $\pm$ 11.65	0,00
Liều Noradrenalin (μ g/kg/phút)	0,67 $\pm$ 0,16	0,29 $\pm$ 0,15	0,00

Nhận xét: Tất cả các chỉ số sau khi lọc máu đều cải thiện có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả giữa hai nhóm sống và nhóm tử vong

Bảng 6: So sánh giữa hai nhóm

Thông số	Thời điểm	Sống (n=36)	Tử vong (n=15)	p
IL-6	T ₀	1625,75 $\pm$ 2069,83	4400,82 $\pm$ 1130,71	0,00
	Te	182,32 $\pm$ 598,95,26	1814,06 $\pm$ 777,76	0,00
CRP	T ₀	208,77 $\pm$ 133,48	260,89 $\pm$ 140,6	0,21
	Te	51,72 $\pm$ 59,09	161,16 $\pm$ 57,15	0,00

Lactate	T ₀	8,09± 4,18	8,8 ± 3,23	0,5
	Te	2,94 ± 2,6	5,79 ± 1,24	0,00
PaO ₂ /FiO ₂	T ₀	111,04 ± 28,03	114,51±23,52	0,71
	Te	268,29 ± 49,7	119,45±41,8	0,00
Liều Noradrenalin	T ₀	0,65 ±0,18	0,72 ± 0,09	0,1
	Te	0,12 ± 0,17	1,63 ± 0,46	0,00
SOFA	T ₀	11,75 ±1,79	11,80±1,46	0,92
	Te	5.39 ± 3.36	9.67 ±1.79	0,00
APACHE II	T ₀	25,53 ± 3,56	26,33± 2,94	0,47
	Te	12,03±4,79	19,73±5,16	0,00

Nhận xét: Các chỉ số ở hai nhóm sống và nhóm tử vong có sự thay đổi sau khi lọc máu (Te), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

V. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung

Tuổi và giới: Trong 51 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, giới nữ cao hơn nam 28/23 chiếm tỷ lệ 55% tương đương kết quả của Nguyễn Hữu Nhượng tỷ lệ nữ là 62,5% [2]. Tuổi trung bình là $57,92 \pm 13,95$. Kết quả này tương đồng với tác giả Phạm Quốc Dũng $58,93 \pm 15,99$ [3], Trịnh Xuân Khánh có tuổi trung bình 57, như vậy có thể nói ARDS có thể gặp ở mọi lứa tuổi.

Bệnh nền:

Bệnh nền trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là đái tháo đường type 2 (35,3%), tiếp theo là suy thận, tăng huyết áp COPD và xơ gan. Trong nghiên cứu của tác giả Joshua Dill cũng cho thấy đái tháo đường chiếm tỷ lệ cao nhất 35% [10].

Nguồn gốc nhiễm khuẩn:

Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn các bệnh nhân ARDS có nguồn gốc tại phổi là 62,8% và ngoài phổi 28,2%, thấp hơn kết quả của Nguyễn Hữu Nhượng các bệnh có nguồn gốc tại phổi 87,5% và ngoài phổi 12,5% [2], Tác giả Wenmim Yang tại phổi 56,7% ngoài phổi 43,3% [9] cho thấy nguyên nhân ARDS chủ yếu từ đường hô hấp.

4.2 Tỷ lệ độ nặng lúc vào

Các bệnh nhân ARDS lúc vào khoa có độ nặng từ trung bình (68,6%) đến nặng (31,4%), tương đương kết quả của Nguyễn Hữu Nhượng mức độ trung bình chiếm 62,5% và độ nặng là 37,5% [2]. Tác giả Trịnh Xuân Khánh mức độ trung bình chiếm 52,3% và độ nặng là 47,7% [1]. Wenmim Yang có mức độ trung bình 52,3% và độ nặng 47,7% [9] cho thấy các bệnh được chọn lọc máu thường có mức độ từ trung bình tới nặng.

Đánh giá hiệu quả của lọc máu liên tục với quả Oxiris

Đánh giá hiệu quả của lọc máu liên tục với chỉ số lâm sàng như tình trạng tri giác thể hiện ở thang điểm Glasgow trước lọc là $7,76 \pm 4,07$ điểm, sau lọc $12,40 \pm 2,6$ điểm sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tương đương các tác giả Phạm Quốc Dũng [3], Lê Hữu Nhượng [2] và Fang Han [8].

Huyết áp trung bình trước lọc là $52,05 \pm 6,35$ mmHg sau lọc $70,98 \pm 16,82$ mmHg, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,00$. Tuy nhiên sự cải thiện huyết áp trung bình còn có sự trợ giúp của dịch truyền, thuốc vận mạch và kháng sinh... Nghiên cứu của chúng tôi giống các nghiên cứu của Wenmim Yang có huyết áp trung bình sau lọc là 70,08 [9].

Nồng độ cytokin như IL-6 đã có nhiều nghiên cứu cho thấy cytokin có vai trò trong việc chẩn đoán sớm nhiễm khuẩn huyết và có vai trò tiên lượng đối với bệnh nhiễm khuẩn huyết nặng và sốc nhiễm khuẩn, trong các cytokin thì Bệnh viện chúng tôi chỉ xét nghiệm được Interleukin-6 (IL-6) sau quá trình lọc máu liên tục cho thấy chất này cũng giảm nhanh từ $2562,51 \pm 1123,26$ xuống còn $21,59 \pm 13,65$ sau lọc. Tuy nhiên chỉ giảm nhiều ở nhóm sống và giảm ít ở nhóm tử vong. Tương tự tác giả Lê Hữu Nhượng [2], Trịnh Xuân Khánh [1].

Các chất phản ánh tình trạng viêm nhiễm như CRP, procalcitonin, giảm mạnh sau quá trình LMLT (Bảng 5), Tuy nhiên nhóm tử vong giảm ít hơn nhóm bệnh nhân còn sống. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của Lê Hữu Nhượng [2], Trịnh Xuân Khánh [1], Fang Han [9]. Sự giảm procalcitonin trong lọc máu liên tục là do procalcitonin có kích thước nhỏ (13kDa) được thanh thải một phần qua màng lọc Oxiris, mặt khác, sự giảm các yếu tố viêm, tiền viêm, các cytokines cũng làm giảm kích thích sản xuất procalcitonin [7].

Nồng độ lactate máu sau quá trình LMLT giảm từ $8,09 \pm 4,01$ mmol/l (ở thời điểm T_0) xuống còn $2,18 \pm 0,14$ mmol/l (Te) sự giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tác giả Lê Hữu Nhượng cho thấy nồng độ Lactat máu xu hướng giảm dần từ 2.31 ± 1.08 xuống còn 1.28 ± 0.62 mmol/l [2]. Tuy nhiên ở nhóm tử vong nồng độ lactate giảm ít hơn nhóm sống.

Tỷ lệ $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ cải thiện dần từ 116.55 ± 3.72 ở thời điểm T_0 lên $268,29 \pm 49,7$ ở Te, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Lê Hữu Nhượng tỷ lệ $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ cải thiện dần theo thời gian lọc máu bằng quả lọc pháp phụ cytokines [3], Các nghiên cứu của một số tác giả như Trịnh Xuân Khánh [1], Fang Han [8] Wenmin Yang [9] cũng cho kết quả tương tự.

Liều Noradrenalin: Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết bệnh nhân có sốc nên cần sử dụng liều noradrenalin tương đối cao ($0,67 \pm 0,16 \mu\text{g/kg/p}$) trước lọc, nhằm duy trì huyết động trước khi tiến hành lọc máu dù đã được hồi sức tích cực dịch truyền. Sau quá trình lọc máu liều Noradrenalin còn ($0,29 \pm 0,15 \mu\text{g/kg/p}$) giảm nhanh hơn khi điều trị thường qui. Điều này tương đương với một số nghiên cứu như của Lê Hữu Nhượng [2], Fang Han [9] và Wenmin Yang [10].

Thang điểm SOFA giảm lần lượt là $11,76 \pm 1,6$ (thời điểm T_0) xuống còn $3,97 \pm 0,98$ (ở thời điểm kết thúc lọc máu Te), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Lê Hữu Nhượng [2], Trịnh Xuân Khánh [1], Fang Han [8] và Wenmin Yang [9].

Thang điểm APACHE II tại thời điểm T_0 và Te lần lượt $26,67 \pm 5,50$ và $9,33 \pm 1,52$. Sự giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Trịnh Xuân Khánh [1], Fang Han [8] và Lê Hữu Nhượng [2].

4.3 Kết quả điều trị

Trong 51 ca đưa vào nghiên cứu, tỷ lệ tử vong là 29,5%. Kết quả này gần với kết quả của Lê Hữu Nhượng là 31,20% [2], cao hơn Wenmin Yang trong nghiên cứu 30 ca tỷ lệ tử vong 25% [9], thấp so với nghiên cứu của Phạm Quốc Dũng 51,6% [3].

VI. KẾT LUẬN

Lọc máu liên tục với quả lọc Oxiris có hiệu quả tốt trong phối hợp điều trị ARDS. Quá trình lọc máu sẽ làm giảm các hóa chất trung gian gây viêm (IL-6), các marker phản ánh tình trạng viêm nhiễm (CRP, Procalcitonin), cải thiện tình trạng oxy hóa máu ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$), cải thiện chức năng thận, cải thiện tri giác cũng như huyết áp trung bình thể hiện qua sự giảm thang điểm SOFA và APACHE II trước và sau khi lọc máu liên tục có ý nghĩa thống kê. Kết quả giảm tỷ lệ tử vong còn 29,5% so với tỷ lệ tử vong chung là 40-60% khi điều trị mà không có lọc máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Trịnh Xuân Khánh, Lưu Quang Thùy. Đánh giá sự thay đổi nồng độ cytokine và các chỉ số hô hấp trong lọc máu liên tục bằng màng lọc resin HA330 trong hỗ trợ điều trị hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển. Tạp chí Y Học Việt Nam. Tập 522 – Số 02 -01/2023
- Lê Hữu Nhượng (2016). Nhận xét kết quả lọc máu liên tục bằng quả lọc Oxiris trong phối hợp điều trị ARDS, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Phạm Quốc Dũng, Lê Thị Việt Hoa. Nghiên cứu hiệu quả giảm cytokine của lọc máu liên tục CVVH sử dụng màng lọc Oxiris ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. Tạp chí y dược lâm sàng 108. Tập 14 - Số 2/2019.
- Ranieri V.M. Rubenfeld G.D. Thompson B.T. et al. Acute respiratory distress syndrome: the Berlin Definition. JAMA. 2012; 307: 2526-2533
- Hamacher J. Lucas R. Lijnen H.R. et al. Tumor necrosis factor-alpha and angiostatin are mediators of endothelial cytotoxicity in bronchoalveolar lavages of patients with acute respiratory distress syndrome. Am J Respir Crit Care Med. 2002; 166: 651-656.
- Giacomo Bellani, John G Laffey. Epidemiology, Patterns of Care, and Mortality for Patients With Acute Respiratory Distress Syndrome in Intensive Care Units in 50 Countries. JAMA 2016 Feb 23;315(8):788-800. Doi: 10.1001/jama.2016.0291.
- Gauri Shankar Sharma, Madhvi Narwal. CytoSorb® in Combination with CRRT in A Patient Suffering from Septic Shock, Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) and Acute Kidney Injury (AKI): A Case Report. International Journal of Health Sciences and Research Vol.13; Issue: 10; October 2023 Website: www.ijhsr.org ISSN: 2249-9571. DOI: <https://doi.org/10.52403/ijhsr.20231046>
- Fang Han, MD Renhua Sun, MD Yin Ni. Early Initiation of Continuous Renal Replacement Therapy Improves Clinical Outcomes in Patients With Acute Respiratory Distress Syndrome. Clinical Investigation| Volume 349, ISSUE 3, P199-205, March 2019. DOI: <https://doi.org/10.1097/MAJ.0000000000000379>
- Wenmin Yang, MD Jie Hong, MD. Improvement of Oxygenation in Severe Acute Respiratory Distress Syndrome With High-Volume Continuous Veno-venous Hemofiltration Global Pediatric Health Volume3:1–6©TheAuthor(s)2016Reprintsand permissions:sagepub.com/journalsPermissions.nav DOI: 10.1177/2333794X16645699.
- Joshua Dill, Billie Bixby, Huthayfa Ateeli. Renal replacement therapy in patients with acute respiratory distress syndrome: a single-center retrospective study. International Journal of Nephrology and Renovascular Disease 2018;11 249–257. <http://dx.doi.org/10.2147/IJNRD.SI64628>.

KHẢO SÁT CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ Ở BỆNH NHÂN CHẠY THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ BẰNG CHỈ SỐ CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ PITTSBURGH

Huỳnh Trinh Trí, Trần Ngọc Giải,
Trần Thị Phương Lan, Phan Trần Bảo Duy

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chất lượng giấc ngủ kém thường xảy ra ở những bệnh nhân đang chạy thận nhân tạo, chất lượng giấc ngủ kém có thể ảnh hưởng tiêu cực đến cảm xúc cá nhân, quá trình nhận thức, động lực và khả năng tập trung, dẫn đến chán ăn, lo lắng, hồi hộp và trầm cảm.

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân đang chạy thận nhân tạo, tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả, cắt ngang ở 172 bệnh nhân lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 2/2024 đến tháng 08/2024. Các chỉ số nghiên cứu bao gồm: đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể BMI), các đặc điểm lâm sàng (ngứa, khó thở về đêm, thời gian lọc máu, ca lọc máu), sinh hóa máu (phospho, và hemoglobin), thang điểm PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index).

Kết quả: Trong tổng số 172 bệnh nhân lọc máu, chất lượng giấc ngủ kém $PSQI > 5$ chiếm 76,7% và chất lượng giấc ngủ tốt $PSQI \leq 5$ chiếm 23,3%. Chỉ số PSQI trung bình $9,00 \pm 4,29$. Nhóm bệnh nhân khó thở về đêm và tình trạng thiếu máu có mối liên quan đến chỉ số rối loạn giấc ngủ PSQI lần lượt với $OR=5,47$, $p= 0,001$ và $OR = 0,39$, $p= 0,02$. Các yếu tố nhóm tuổi, giới, thời gian lọc máu, số lần lọc máu, ca lọc máu, chỉ số BMI, ngứa, tăng phospho máu cho thấy không ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ.

Kết luận: Chất lượng giấc ngủ kém thường xảy ra ở những bệnh nhân đang chạy thận nhân tạo. Cần có những nghiên cứu sâu hơn để hiểu rõ hơn về các yếu tố nguy cơ liên quan đến chất lượng giấc ngủ kém để tìm ra phương pháp điều trị khả thi cho những bệnh nhân này.

Từ khóa: Rối loạn giấc ngủ, thang đo chất lượng giấc ngủ Pittsburgh, lọc máu chu kỳ, bệnh thận mạn.

ABSTRACT

SLEEP QUALITY IN PATIENTS UNDERGOING HEMODIALYSIS USING THE PITTSBURGH SLEEPQUALITY INDEX

Background: Poor quality of sleep is very frequent in patients on maintenance hemodialysis. A poor quality of sleep can negatively affect personal emotions, cognitive processes, motivations, and the ability to focus, leading to loss of appetite, anxiety, nervousness, and depression.

Objectives: To evaluate sleep quality in patients undergoing hemodialysis and its associated factors.

Methods: A descriptive cross-sectional study design was employed on 172 patients undergoing periodic hemodialysis at An giang central general Hospital from February 2023 to August 2024. Study indices included: characteristics of the study subjects (age, gender, body mass index (BMI)), clinical signs (itchy, dysnea breathing at night, anemia, duration of dialysis, dialysis sessions), blood biochemistry (phospho and hemoglobin), PSQI score (Pittsburgh Sleep Quality Index).

Results: From a total of 172 dialysis patients, poor quality of sleep ($PSQI > 5$) was frequent in 76.7%, and 23.3% had good quality of sleep ($PSQI \leq 5$). The mean PSQI score was 9.00 ± 4.29 . The group of patients dysnea breathing at night and anemia was associated with PSQI score with $OR = 5.47$, $p = 0.001$ and $OR = 0.39$, $p = 0.02$, respectively. Factors such as age group, gender, duration of dialysis, number of dialysis sessions, dialysis sessions, BMI index, itching, and hyperphosphatemia showed to have no significant effect on the quality of sleep.

Conclusions: Poor quality of sleep is very frequent in patients on maintenance hemodialysis. Further studies are required for better understanding of risk factors associated with the poor quality of sleep to find possible treatments for these patients.

Keywords: Sleep disturbances, Pittsburgh Sleep Quality Index, Hemodialysis, Chronic Kidney Disease.

I-ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo phổ biến và có thể ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của họ, cho nên ngoài việc quan tâm đến chất lượng lọc máu và kiểm soát các biến chứng thì gần đây vấn đề nâng cao chất lượng cuộc sống ở nhóm bệnh nhân này được các nhà khoa học trên thế giới và Việt Nam đặt ra và là thách thức lớn trong việc chăm sóc sức khỏe, trong đó cải thiện tình trạng rối loạn giấc ngủ là một vấn đề cần thiết. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ có tỉ lệ rối loạn giấc ngủ cao. Một nghiên cứu của tác giả Alaa A.Sabry và cộng sự đưa ra tỉ lệ rối loạn giấc ngủ là 79,5% [5], nghiên cứu của Samrad Mehrabi trên 179 bệnh nhân lọc máu có 90,86% có chất lượng giấc ngủ kém [11], hay nghiên cứu của tác giả Pai MF 122/164 bệnh nhân, chiếm 74,39% có rối loạn giấc ngủ [9].

Có nhiều chỉ số lượng giá rối loạn giấc ngủ, trong đó chỉ số chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index - PSQI) được dịch và lượng giá phổ biến nhất trên thế giới. Tại Việt Nam năm 2014, thang điểm PSQI được dịch ra phiên bản tiếng Việt và chứng minh có tính tin cậy và giá trị cao [4],[6].

Rối loạn giấc ngủ ở nhóm bệnh nhân lọc máu chu kỳ liên quan đến nhiều yếu tố: thừa dịch, thiếu máu, tăng huyết áp, khó thở về đêm... Tại Việt Nam, chưa có nhiều công trình nào đánh giá bằng cách sử dụng chỉ số lượng giá tình trạng rối loạn giấc ngủ Pittsburgh PSQI trên bệnh nhân lọc máu chu kỳ. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài “Khảo sát chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ bằng chỉ số chất lượng giấc ngủ Pittsburgh” với hai mục tiêu sau:

- + Khảo sát tỉ lệ rối loạn giấc ngủ của bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ bằng thang điểm PSQI.
- + Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ.

II- PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối chạy thận nhân tạo chu kỳ tại khoa thận nhân tạo bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh :

+ Bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối chạy thận nhân tạo chu kỳ 2,3 lần/1 tuần, kéo dài 4 tiếng.

+ Thời gian lọc ổn định > 3 tháng.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân lọc máu cấp cứu.

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

nghiên cứu cắt ngang mô tả.

3. Cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ.

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu;

Tỉ lệ rối loạn giấc ngủ (PSQI > 5) ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo trong nghiên cứu của Alaa A Sabry với p là 79,5% [5].

α : mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha=0,05 \rightarrow Z_{1-\alpha/2}=1,96$.

d: sai số cho phép 10% (d= 0,10).

Cỡ mẫu dự kiến : 63 (p= 79,5% => n= 63) .

4. Địa điểm

Khoa thận nhân tạo – Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

5. Cách tiến hành

- Kỹ thuật tiến hành:

+ Các bệnh nhân nghiên cứu được lọc máu chu kỳ 2,3 lần/tuần.

+ Các đối tượng nghiên cứu được thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng theo mẫu bệnh án chung với một số biến số về lâm sàng (tuổi, giới, BMI, thời gian lọc máu(năm), số lần lọc máu trong tuần, ca lọc máu (sáng, chiều), ngứa, khó thở về đêm), cận lâm sàng (Hemoglobin, phospho/máu).

+ Bộ câu hỏi phỏng vấn nghiên cứu chất lượng giấc ngủ PSQI.

Phỏng vấn bằng thang đo chỉ số chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (PSQI). Thang đo PSQI là tổng hợp điểm của một bảng gồm 21 câu hỏi: 4 câu hỏi mở, 14 câu hỏi khi trả lời cần dựa trên tần suất sự kiện (không, ít hơn 1 lần/ tuần, 1-2 lần/ tuần, 3 hoặc trên 3 lần/tuần) trên 7 phương diện: Chất lượng giấc ngủ theo đánh giá chủ quan, thời gian để đi vào giấc ngủ, hiệu quả giấc ngủ theo thói quen (tỉ lệ toàn bộ thời gian ngủ và thời gian nằm trên giường), các yếu tố ảnh hưởng đến giấc ngủ, việc sử dụng thuốc kích thích giấc ngủ (bao gồm cả thuốc được kê đơn và không kê đơn) và những bất thường về thời gian ngủ trong ngày. Với số điểm dao động từ 0 đến 21 điểm, với điểm càng cao thì chất lượng giấc ngủ càng kém, nếu tổng điểm PSQI > 5 điểm thì được đánh giá là chất lượng giấc ngủ kém. Thang điểm này với độ nhạy chẩn đoán là 89,6% và độ đặc hiệu là 86,5% [6].

6. Xử lý số liệu

Theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 16.0.

Các PP thống kê, so sánh:

Biến định tính: tần số, tỉ lệ %, kiểm định χ^2 .

Biến định lượng: trung bình $\pm$ ĐLC, kiểm định T, phân tích phương sai.

Xác định mối liên hệ: OR và KTC.

$p < 0,05$: có ý nghĩa thống kê.

7. Đo lường các biến

- Tuổi: (năm);- Giới: nam/nữ;- Thời gian lọc máu: (năm);- Số lần lọc máu: 2 lần/ tuần; 3 lần /tuần;- Số ca lọc máu: ca sáng (ca 7h, ca 11h), ca chiều (15h);- Ngứa: có/không;- Khó thở về đêm: có/không;- BMI: kg/m²;- Hemoglobin: g/dl;-Phospho: (mmol/l).

* Tiêu chuẩn đánh giá BMI cho người Châu Á theo WHO [12].

Loại	BMI (Kg/m ²)
Gầy	< 18.5
Bình thường	18.5 – 22.9
Thừa cân	≥ 23 -29.9
Béo phì	≥ 30

* Chẩn đoán rối loạn phospho máu ở bệnh nhân LMCK theo K/DOQI 2003 [7]:

Bình thường: 1,13-1,78 mmol/L.

Tăng: > 1,78 mmol/L. Giảm: < 1,13 mmol/L.

* Phân loại mức độ rối loạn giấc ngủ theo thang điểm PSQI:

- PSQI > 5: Chất lượng giấc ngủ kém.

- PSQI ≤ 5 : Chất lượng giấc ngủ tốt.

III-KẾT QUẢ

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	N	Thấp nhất	Cao nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Tuổi	172	19	86	48,55	12,19
Hemoglobin	172	4	15	9,17	2,19
Thời gian lọc máu	172	1	19	3,30	3,38
BMI	172	16	79	22,39	3,90
Phospho máu	172	0,41	2,52	1,20	0,43
PSQI	172	1	19	9,00	4,29

Nhận xét: Trong nghiên cứu này được thực hiện trên 172 bệnh nhân đang chạy thận nhân tạo chu kỳ, tổng điểm PSQI thay đổi trong khoảng từ 1 đến 19. Điểm trung bình PSQI là $9,00 \pm 4,92$. Tuổi trung bình $48,55 \pm 12,19$. Thời gian lọc máu trung bình $3,30 \pm 3,38$ năm. Hemoglobin trung bình $9,17 \pm 2,19$ g/dl , Phospho trung bình $1,2 \pm 0,43$ mmol/l. BMI trung bình $22,39 \pm 3,90$.

Bảng 2. Tỷ lệ rối loạn giấc ngủ PSQI và các yếu tố

Yếu tố		N (172)	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	<50	93	54,1
	≥50	79	45,9
Giới	Nữ	77	44,8
	Nam	95	55,2
Thời gian lọc máu	<24 tháng	103	59,9
	≥24 tháng	69	40,1
Số lần lọc máu	2 lần/tuần	46	26,7
	3 lần/tuần	126	73,3
Ca lọc máu	Ca sáng	117	70,9
	Ca chiều	55	29,1
BMI	<23	113	65,7
	≥23	59	34,3
Ngứa	Không ngứa	94	54,7
	Có ngứa	78	45,3
Khó thở về đêm	Không khó thở	82	47,7

	Có khó thở	90	52,3
Hemoglobin	<10 g/dl	138	80,2
	≥10g/dl	34	19,8
Phospho	Không tăng	155	90,1
	Tăng	17	9,9
Rối loạn giấc ngủ PSQI	PSQI ≤5	40	23,3
	PSQI>5	132	76,7
TỔNG		172	100,0

Nhận xét: Trong tổng số 172 bệnh nhân, 132 bệnh nhân (76,7%) có chất lượng giấc ngủ kém(PSQI > 5) và 40 bệnh nhân (23,3%) có chất lượng giấc ngủ tốt (PSQI ≤ 5). Tỷ lệ bệnh nhân ngứa chiếm 45,3 %. Tỷ lệ bệnh nhân khó thở về đêm là 52,3 %. Tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu Hb < 10g/dl chiếm 80,2 %. Tỷ lệ tăng Phospho 9,9 %. Tỷ lệ BMI ≥ 23 chiếm 34,3%. Tỷ lệ lọc máu ca sáng là 70,9%, ca chiều là 29,1%. Tỷ lệ lọc máu 2 lần trong tuần là 26,7%, lọc máu 3 lần /tuần là 73,3%. Thời gian lọc máu ≥ 24 tháng chiếm 40,10% , < 24 tháng chiếm 59,9%. Nhóm tuổi <50 chiếm 54,1%, nhóm tuổi ≥ 50 chiếm 45,9%. Tỷ lệ nữ chiếm 44,8%, nam chiếm 55,2%.

Bảng 3. Mối liên quan giữa các yếu tố và chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (PSQI) ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ

Yếu tố		Chất lượng giấc ngủ		Tỉ số chênh OR	Khoảng tin cậy 95%	P
		PSQI≤5	PSQI>5			
Nhóm tuổi	<50	25 (26,9%)	68 (73,1%)	1,56	0,75-3,24	0,222
	≥50	15 (19,0%)	64 (81,0%)			
Giới	Nữ	13 (16,9%)	64 (83,1%)	0,51	0,24- 1,07	0,075
	Nam	27 (28,4%)	68 (71,6%)			
Thời gian lọc máu	<24 tháng	22 (21,4%)	81 (78,6%)	0,77	0,37-1,57	0,47
	≥24 tháng	18 (26,1%)	51 (73,9%)			
Số lần lọc máu	2 lần/tuần	9 (19,6%)	37 (80,4%)	0,75	0,32- 1.71	0,489
	3 lần/tuần	31 (24,6%)	95 (75,4%)			
Ca lọc máu	Ca sáng	33 (27,0%)	89 (73,0%)	2,27	0,93-5,56	0,06

	Ca chiều	7 (14,0%)	43 (86,0%)			
BMI	<23	23 (20,4%)	90 (79,6%)	0,63	0,30-1,30	0,21
	≥23	17 (28,8%)	42 (71,2%)			
Ngừa	Không ngừa	25 26,6%	69 73,4%	1,52	0,74- 3,14	0,25
	Có ngừa	15 (19,2%)	63 (80,8%)			
Khó thở về đêm	Không khó thở	31 (37,8%)	51 (62,2%)	5,47	2,40-12,42	0,00
	Có khó thở	9 (10,0%)	81 (90,0%)			
Hemoglobin	<10 g/dl	27 (19,6%)	111 (80,4%)	0,39	0,17-0,88	0,02
	≥10 g/dl	13 (38,2%)	21 (61,8%)			
PHOSPHO	Không tăng	34 (21,9%)	121 (78,1%)	0,52	0,17-1,49	0,22
	Tăng	6 (35,3%)	11 (64,7%)			

Nhận xét: Không có mối liên quan thống kê giữa rối loạn giấc ngủ với nhóm tuổi ≥ 50 (OR = 1,56, P= 0,222), với giới (OR= 0,51, P=0,07), với thời gian lọc máu ≥ 24 tháng (OR = 0,77, P = 0,47).

Trong lọc máu chu kỳ, không tìm thấy mối liên quan giữa rối loạn giấc ngủ với số lần lọc máu 2 lần mỗi tuần, 3 lần mỗi tuần (OR=0,75, P= 0,48), với ca lọc máu sáng, chiều (OR=2,27, P= 0,06).

Không có mối liên quan thống kê giữa rối loạn giấc ngủ với BMI ≥ 23 (OR= 0,63, P=0,21), với ngừa (OR= 1,52, P=0,25), với tăng phospho máu (OR= 0,52, P=0,22).

Rối loạn giấc ngủ ghi nhận ở 2 nhóm gồm nhóm hemoglobin <10g/dl có 111 bệnh nhân và nhóm hemoglobin ≥ 10 g/dl có 21 bệnh nhân, hai nhóm có mối liên quan giữa rối loạn giấc ngủ và mức hemoglobin với OR= 0,39, P= 0,02.

Nhóm khó thở về đêm và nhóm không khó thở về đêm có mối liên quan đến rối loạn giấc ngủ với OR= 5,47, P=0,001.

IV-BÀN LUẬN

Trong tổng số 172 bệnh nhân, có chất lượng giấc ngủ kém (PSQI>5) chiếm 76,7% và chất lượng giấc ngủ tốt (PSQI $\leq$ 5) chỉ có 23,3%, so với nghiên cứu của tác giả Trần Thái Anh có tỉ lệ PSQI >5 là 60,2% [1], của tác giả Nguyễn Thị Ngọc có tỉ lệ PSQI >5 là 44,3% [3], của tác giả Masomeh có tỉ lệ PSQI >5 chiếm 59,6% [8], của tác giả Reem El Sayed Hashem có tỉ lệ PSQI >5 chiếm 70% [10], của tác giả Mei-Fen Pai có PSQI > 5 là 74,4% [9] và của tác giả Samrad Mehrabi là 90,86% [11].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình $48,55 \pm 12,19$ tuổi, nhóm tuổi ≥ 50 chiếm 45,9%, nhóm tuổi <50 chiếm 54,1%, không có mối liên hệ giữa 2 nhóm tuổi này với chỉ số rối loạn giấc ngủ. So với nghiên cứu của tác giả Trần Thái Anh tuổi trung bình ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo là $50,3 \pm 1,6$ tuổi [1], của tác giả Nguyễn Thị Ngọc tuổi trung bình là $38,33 \pm 10,83$ tuổi, ghi nhận nhóm tuổi ≥ 50 có chất lượng giấc ngủ tốt hơn [3]. Trong nghiên cứu của Samrad Mehrabi sau 70 tuổi càng cao chất lượng giấc ngủ tốt hơn [11].

Trong 172 bệnh nhân nghiên cứu, tỉ lệ nam chiếm 55,2%, nữ chiếm 44,8%, không có mối liên quan giữa chỉ số rối loạn giấc ngủ với giới tính. So với tác giả Nguyễn Thị Ngọc tỉ lệ nam chiếm 57,4% [3], của Trần Thái Anh tỉ lệ nam chiếm 48% [1], của Samrad Mehrabi ghi nhận cho thấy không có mối liên hệ nào giữa giới tính và chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo [11], điều này tương tự với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Thời gian lọc máu trung bình của chúng tôi $3,30 \pm 3,38$ năm, thời gian lọc máu <24 tháng chiếm 59,9%, thời gian lọc máu ≥ 24 tháng là 40,1%, không có mối liên hệ nào giữa 2 nhóm thời gian lọc máu và chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo. So với nghiên cứu của Trần Thái Anh thời gian lọc máu trung bình là $4,4 \pm 3,1$ năm, có mối tương quan thuận giữa thời gian lọc máu và rối loạn giấc ngủ với hệ số tương quan 0,307, $p < 0,05$ [1]. tác giả Nguyễn Thị Ngọc cho thấy thời gian lọc máu ≥ 24 tháng có chất lượng giấc ngủ tốt hơn 0,6 lần so với thời gian lọc máu dưới 12 tháng [3].

Số lần lọc máu 2 lần mỗi tuần chiếm 26,7%, lọc máu 3 lần mỗi tuần chiếm 73,3%, chúng tôi ghi nhận không có mối liên hệ nào giữa 2 nhóm lọc máu 2 lần, 3 lần mỗi tuần với chỉ số rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo, điều này tương tự với nghiên cứu của Samrad Mehrabi cho thấy không có mối liên quan giữa 2 nhóm lọc máu 2 lần, 3 lần mỗi tuần với chỉ số rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân lọc máu [11].

Về số ca lọc máu chúng tôi ghi nhận ca lọc máu sáng chiếm 70,9%, ca lọc máu chiều chiếm 29,1%, không có mối liên quan giữa 2 ca với chỉ số rối loạn giấc ngủ. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc cho thấy ca lọc máu buổi chiều có chất lượng giấc ngủ tốt hơn 1,9 lần so với ca lọc máu buổi sáng [3], trong nghiên cứu của Samrad Mehrabi cho thấy không có mối quan hệ có ý nghĩa nào giữa ca chạy thận và chất lượng giấc ngủ [11], tương tự như kết quả của chúng tôi.

Về chỉ số khối cơ thể BMI < 23 chiếm 65,7%, BMI ≥ 23 chiếm 34,3%, không có mối liên hệ giữa 2 nhóm BMI này với chỉ số rối loạn giấc ngủ, so với tác giả Trần Thái Anh tỉ lệ bệnh nhân có BMI < 23 chiếm 86,8% [1] cao hơn của chúng tôi. Trong nghiên cứu của Samrad Mehrabi cho thấy rằng những bệnh nhân thừa cân và béo phì (BMI ≥ 23) có chất lượng giấc ngủ thấp hơn những người có chỉ số BMI bình thường hoặc những bệnh nhân thiếu cân [11].

Tỉ lệ bệnh nhân lọc máu có triệu chứng ngứa chiếm 45,3%, nhóm lọc máu không có triệu chứng ngứa chiếm 54,7% và không có mối liên quan giữa 2 nhóm này với chỉ số rối loạn giấc ngủ. Nghiên cứu của tác giả Trần Thái Anh cho thấy nhóm lọc máu có triệu chứng ngứa có tình trạng rối loạn giấc ngủ cao hơn nhóm bệnh không ngứa ($p < 0,05$) [1].

Tỉ lệ bệnh nhân lọc máu có khó thở về đêm chiếm 52,3%, nhóm không khó thở về đêm chiếm 47,7 %, có mối liên quan với chỉ số rối loạn giấc ngủ với OR = 5,47, $p = 0,001$. Nghiên cứu của Trần Thái Anh cho thấy nhóm bệnh nhân khó thở về đêm có tình trạng rối loạn giấc ngủ cao hơn nhóm không khó thở về đêm [1], kết quả tương tự nghiên cứu của chúng tôi.

Về chỉ số hemoglobin, thiếu máu hemoglobin $< 10\text{g/dl}$ chiếm tỉ lệ cao 80,2 %, nhóm hemoglobin $\geq 10\text{g/dl}$ chiếm 19,8%, có mối liên quan đến tình trạng rối loạn giấc ngủ ở 2 nhóm này với OR= 0,39, $p=0,02$. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Dũng cho thấy thiếu máu ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo có mối tương quan thuận khá chặt chẽ với tỉ lệ rối loạn giấc ngủ [2], nghiên cứu của tác giả Trần Thái Anh cho thấy có sự tương quan nghịch giữa nồng độ hemoglobin và chỉ số PSQI [1].

Về chỉ số phospho máu, tỉ lệ tăng phospho máu chỉ có 9,9%, nhóm lọc máu không có tăng phospho máu chiếm 90,1%, không có mối liên quan giữa chỉ số rối loạn giấc ngủ với 2

nhóm này. Trong nghiên cứu của Samrad Mehrabi cho thấy nồng độ phospho trong huyết thanh không có ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng giấc ngủ [11], tương tự như nghiên cứu của chúng tôi.

V-KẾT LUẬN

Trong tổng số 172 bệnh nhân lọc máu, chất lượng giấc ngủ kém PSQI >5 chiếm 76,7% và chất lượng giấc ngủ tốt PSQI ≤5 chiếm 23,3%. Chỉ số PSQI trung bình $9,00 \pm 4,29$.

Nhóm bệnh nhân khó thở về đêm và tình trạng thiếu máu có mối liên quan đến chỉ số rối loạn giấc ngủ lần lượt với OR=5,47, p= 0,001 và OR = 0,39, p= 0,02.

Các yếu tố nhóm tuổi, giới, thời gian lọc máu, số lần lọc máu, ca lọc máu, chỉ số BMI, ngứa, tăng phospho máu cho thấy không ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thái Anh, Trần Ngọc Việt(2021). “Nghiên cứu rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân suy thận mạn thận nhân tạo chu kỳ tại bệnh viện hữu nghị Việt Nam Cu Ba Đồng Hới” . Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế. Báo cáo hội nghị.
2. Nguyễn Dũng, Nguyễn Thùy Lam(2020) “khảo sát chất lượng giấc ngủ bằng chỉ số Pittsburgh ở bệnh nhân suy thận mạn chạy thận nhân tạo chu kỳ tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định”. *Internet* ngày 29/ 12/2020.
3. Nguyễn Thị Ngọc, Phạm Ngọc Thảo, Phạm Quốc Toàn(2024). “Đặc điểm rối loạn giấc ngủ ở người bệnh lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Quân Y 103”. *Tạp chí Y Dược Huế* - Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế, tháng 8, 549-554.
4. Tô Minh Ngọc, Nguyễn Đỗ Nguyên, Phùng Khánh Lâm (2014). “Thang đo chất lượng giấc ngủ Pittsburgh phiên bản tiếng việt”. *Y Học TP. Hồ Chí Minh*. Tập 18, phụ bản của số 6.
5. Alaa A Sabry et al (2010). “Sleep disorders in hemodialysis patients”. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. Mar.21(2):300-5.
6. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ (1989). “ The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research”. *Psychiatry research*. May. 28(2):193 - 213.
7. KDOQI 2003. “K/DOQI clinical practice guidelines for bone metabolism and disease in chronic kidney disease. *American Journal of Kidney Diseases*. Vol 42, No 4, Suppl 3 (October).
8. Masomeh Norozi Firoz, MSc, Vida Shafipour, and Jamshid Yazdani (2017). “Relationship of Hemodialysis Shift With Sleep Quality and Depression in Hemodialysis Patients”. *Clinical Nursing Research*. September, Volume 28, Issue 3.
9. Mei-Fen Pai et al (2007). “Sleep disturbance in chronic hemodialysis patients: the impact of depression and anemia”. *Ren Fail*. 29(6):673-7.
10. Reem El Sayed Hashem, Tarek Asaad Abdo, Iman Ibrahim Sarhan and Amr Mohammed Mansour(2022). “Sleep pattern in a group of patients undergoing hemodialysis compared to control”. *Middle East Current Psychiatry*. 29:3.
11. Samrad Mehrabi, Saman Sarikhani, and Jamshid Roozbeh (2017). “Sleep Quality in Patients Undergoing Long-term Hemodialysis Using the Pittsburgh Sleep Quality Index”. *Nephrourol Mon*. March; 9(2):e44278.
12. WHO/IASO/IOTF (2000), "The Asia-Pacific perspective: redefining obesity and its treatment", *Health Communications Australia*. Melbourne 2000.

KHẢO SÁT RỐI LOẠN CHỨC NĂNG THẤT TRÁI BẰNG SIÊU ÂM DOPPLER TIM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI KHOA NỘI TIẾT BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Nguyễn Huỳnh Nguyễn, Nguyễn Thành An
Hồ Bảo Hoàng, Phan Thiên Ngân

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ rối loạn chức năng thất trái bằng siêu âm doppler tim trên bệnh nhân đái tháo đường type 2. Khảo sát yếu tố liên quan đến rối loạn chức năng thất trái trên bệnh nhân đái tháo đường type 2.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang. Chọn bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị tại khoa Nội tiết, Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang từ 01/2024 đến 09/2024.

Kết quả: có 94 trường hợp được chọn. Giới: nữ (57.4%), nam (42.6%). Tuổi: 67.38 ± 11.26 , thời gian mắc đái tháo đường: 9.08 ± 5.63 năm. Bệnh lý đi kèm: THA (36.2%), RL Lipid máu (57.4%), thừa cân-béo phì (36.2%). Tỉ lệ rối loạn chức năng tâm trương thất trái: 48.6%, với 100% rối loạn mức độ I.

Kết luận: Nữ nhiều hơn nam. Độ tuổi trung bình 67.38 ± 11.26 . Tỉ lệ rối loạn chức năng tâm trương thất trái: 48.6%. Có sự liên quan giữa rối loạn chức năng tâm trương thất trái với tuổi, thời gian mắc đái tháo đường, THA, RL Lipid máu, thừa cân-béo phì.

Từ khóa: đái tháo đường, chức năng tâm trương thất trái, siêu âm doppler tim

SUMMARY

THE STUDY OF LEFT VENTRICULAR DYSFUNCTION BY ECHOCARDIOGRAPHY AND SOME RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT ENDOCRINOLOGY OF AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Objectives: To determine the prevalence of left ventricular dysfunction by echocardiography in patients with type 2 diabetes. To determine the factors associated with left ventricular dysfunction in patients with type 2 diabetes.

Research object and method: A cross-sectional study. Collected samples were patients with type 2 diabetic at endocrinology of AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL from 01/2024 to 09/2024.

Results: 94 patients were selected. Gender: female (57.4%), male (42.6%). Age: 67.38 ± 11.26 . Duration of Diabetes: 9.08 ± 5.63 years. Comorbidities: Hypertension (36.2%), Dyslipidemia (57.4%), Overweight (36.2%). The prevalence of left ventricular diastolic dysfunction in patients with type 2 diabetes were 48.6%, all of that dysfunction were in level 1.

Conclusion: female more than male. The age 67.38 ± 11.26 . The prevalence of left ventricular diastolic dysfunction in patients with type 2 diabetes were 48.6%. LV diastolic dysfunction was associated with Age, duration of DM, Hypertension, Dyslipidemia, and Overweight.

Keywords: Diabetes, LV diastolic function, echocardiography.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là bệnh lý chuyển hoá thường gặp đứng hàng đầu và không ngừng gia tăng trên thế giới. Dù là một bệnh không lây nhiễm, nhưng đái tháo đường đã được xem là một đại dịch của toàn cầu.

Theo thống kê của Hiệp hội Đái tháo đường Thế giới (IDF), hiện nay toàn thế giới có gần 500 triệu người trong độ tuổi 20-79 mắc đái tháo đường, dự kiến sẽ ở mức 578 triệu người vào năm 2030 và 700 triệu người vào năm 2045.

Tại Việt Nam, tỉ lệ bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường đang gia tăng một cách nhanh chóng, số bệnh nhân tăng gấp đôi trong vòng 10 năm trở lại đây. Cứ khoảng 8 người sẽ có 1 người mắc bệnh đái tháo đường hoặc tiền đái tháo đường. Dự đoán đến năm 2045, con số này sẽ tăng lên chiếm 7.7% dân số.

Trước sự gia tăng nhanh chóng của bệnh đái tháo đường, biến chứng do đái tháo đường gây ra ngày càng nhiều, trong đó có biến chứng tim mạch. Cụm từ bệnh tim do đái tháo đường đã ngày càng phổ biến và trở thành gánh nặng cho người bệnh và hệ thống y tế. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *Đánh giá rối loạn chức năng thất trái bằng siêu âm doppler tim và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị tại khoa Nội tiết Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2024*. Với mục tiêu:

Xác định tỉ lệ rối loạn chức năng thất trái ở bệnh nhân đái tháo đường.

Xác định yếu tố liên quan đến rối loạn chức năng thất trái ở bệnh nhân đái tháo đường.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 94 bệnh nhân đái tháo đường type 2 nhập viện điều trị tại khoa Nội Tiết Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, từ tháng 01/2024 đến tháng 9/2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân vào nghiên cứu:

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân đái tháo đường type 2 nhập viện điều trị tại khoa Nội tiết Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại trừ:

- Bệnh nhân có bệnh tim mạch không do đái tháo đường (NMCT, BTTMCB, bệnh lí van tim, bệnh cơ tim, rối loạn nhịp tim)
- Bệnh nhân có bệnh đi kèm: cường giáp, COPD, bệnh thận mạn giai đoạn 3 trở lên.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện trong khoảng thời gian từ tháng 1/2024 đến tháng 9/2024.

Phương pháp tiến hành:

Bệnh nhân đái tháo đường nhập viện khoa Nội tiết Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, đồng ý tham gia, được đưa vào nghiên cứu: hỏi bệnh sử, tiền sử; đo chiều cao, cân nặng, tính BMI, khám lâm sàng; xét nghiệm máu, siêu âm tim.

Phương pháp thu thập số liệu: thông tin được thu thập thông qua phiếu nghiên cứu.

Xử lý và phân tích dữ liệu: dữ liệu được xử lí và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0

3. KẾT QUẢ

3.1. Các đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm về giới: Nam: 40 bệnh nhân (42.6%); Nữ: 54 bệnh nhân (57.4%).

Đặc điểm về tuổi: Tuổi trung bình: 67.38 ± 11.26 (nhỏ nhất 42, lớn nhất 86).

Thời gian mắc ĐTĐ: 9.08 ± 5.63 năm (thấp nhất 1 năm, lâu nhất 22 năm).

BMI trung bình: 22.33 ± 2.95 , tỉ lệ thừa cân-béo phì chiếm 36.2%.

Bệnh lí đi kèm:

- *Tăng huyết áp*: 56 bệnh nhân trong nghiên cứu có THA, chiếm 59.6%.
- *Rối loạn Lipid máu*: 54 bệnh nhân trong nghiên cứu có RL Lipid máu, chiếm 57.4%. Với đặc điểm RL Lipid máu được trình bày trong bảng bên dưới.

Bảng 1. Đặc điểm RL Lipid máu

RL Lipid máu	N	%
Tăng Cholesterol	14	26
Tăng Triglyceride	0	0
Tăng LDLc	20	37
Giảm HDLc	2	3.7
Hỗn hợp	18	33.3
Tổng	54	100

Nhận xét: Đứng đầu là tăng LDLc chiếm 37%, tiếp đến là RL Lipid máu hỗn hợp chiếm 33.3%, kế đến là tăng Cholesterol và giảm HDLc. Trong nghiên cứu không có tăng Triglyceride máu đơn thuần.

3.2. Chức năng thất trái

3.1.1. Đánh giá chức năng tâm thu thất trái

Bảng 2. Chức năng tâm thu thất trái

Chỉ số	Trung bình (%)
ES	34.04 ± 3.43
EF	64.85 ± 4.52

Nhận xét: 94 bệnh nhân trong nghiên cứu, có chỉ số phân suất tống máu (EF %) và phân suất có rút (FS %) đều nằm trong giới hạn bình thường.

Cả 94 bệnh nhân trong nghiên cứu đều không có rối loạn chức năng tâm thu thất trái trên siêu âm tim.

3.1.2. Tỷ lệ rối loạn chức năng tâm trương thất trái

Bảng 3. Tỷ lệ rối loạn chức năng tâm trương thất trái

CNTTr	N	%
Bình thường	50	53.2
RL CNTTr thất trái	44	46.8
Độ I	44	46.8
Độ II	0	0
Độ III	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ rối loạn chức năng tâm trương thất trái ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 trong nghiên cứu là 46.8% với 44 bệnh nhân. Tất cả 44 bệnh nhân rối loạn chức năng tâm trương thất trái đều ở độ I.

3.2. Rối loạn chức năng thất trái và một số yếu tố liên quan

3.2.1. Mối liên hệ giữa rối loạn chức năng tâm trương thất trái với tuổi

Bảng 4. Rối loạn chức năng tâm trương thất trái theo tuổi

CNTTr		<60 tuổi	≥ 60 tuổi	Tổng
BT	n	20	30	50
	%	21.3%	31.9%	53,2%
RL	n	2	42	44
	%	2.1%	44.7%	46,8%
Tổng	n	22	72	94
	%	23.4%	76.6%	100%

Nhận xét: Tỷ lệ rối loạn chức năng tâm trương thất trái ở nhóm bệnh nhân đái tháo đường ≥ 60 tuổi cao hơn nhóm bệnh nhân đái tháo đường < 60 tuổi, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (với $p = 0.004$).

3.2.2. Mối liên hệ giữa rối loạn chức năng tâm trương thất trái với giới tính

Bảng 5. Rối loạn chức năng tâm trương thất trái theo giới

CNTTr		Nam	Nữ	Tổng
BT	n	24	26	50
	%	25.5%	27.7%	53,2%
RL	n	16	28	44
	%	17.0%	29.8%	46,8%
Tổng	n	40	54	94
	%	42.6%	57.4%	100%

Nhận xét: Tỷ lệ rối loạn chức năng tâm trương thất trái ở nhóm bệnh nhân nữ mắc đái tháo đường cao hơn nhóm bệnh nhân nam mắc đái tháo đường, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (với $p = 0.421$).

3.2.3. Mối liên hệ giữa RL chức năng tâm trương thất trái với thời gian đái tháo đường

Bảng 6. Rối loạn chức năng tâm trương thất trái theo thời gian đái tháo đường

CNTTr		Thời gian mắc ĐTĐ (năm)		Tổng
		< 5	≥ 5	
BT	n	28	22	50
	%	29.8%	23.4%	53,2%
RL	n	0	44	44
	%	0%	46.8%	46,8%
Tổng	n	28	66	94
	%	29.8%	70.2%	100%

Nhận xét: Tỷ lệ rối loạn chức năng tâm trương thất trái ở nhóm mắc đái tháo đường ≥ 5 năm cao hơn nhóm mắc đái tháo đường < 5 năm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (với $p < 0.05$).

3.2.4. Mối liên hệ giữa rối loạn chức năng tâm trương thất trái với BMI

Bảng 7. Rối loạn chức năng tâm trương thất trái theo BMI

CNTTr		Thừa cân-béo phì	Ko Thừa cân-béo phì	Tổng
BT	n	10	40	50
	%	42.5%	10.6%	53,2%
RL	n	24	20	44
	%	25.5%	21.3%	46,8%
Tổng	n	34	40	94
	%	36.2%	63.8%	100%

Nhận xét: Bệnh nhân thừa cân-béo phì ($BMI \geq 23$) có tỉ lệ rối loạn chức năng tâm trương thất trái cao hơn nhóm không có thừa cân-béo phì, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p = 0.014$).

3.2.5. Mối liên hệ giữa rối loạn chức năng tâm trương thất trái với RL Lipid máu

Bảng 8. Rối loạn chức năng tâm trương thất trái theo RL Lipid máu

CNTTr		RL Lipid máu	Ko RL Lipid máu	Tổng
BT	n	10	40	50
	%	10.6%	42.6%	53,2%
RL	n	44	0	44
	%	46.8%	0%	46,8%
Tổng	n	54	40	94
	%	57.4%	42.6%	100%

Nhận xét: Tỉ lệ rối loạn chức năng tâm trương thất trái ở nhóm có RL Lipid máu cao hơn nhóm không có RL Lipid máu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (với $p < 0.05$).

3.2.6. Mối liên hệ giữa rối loạn chức năng tâm trương thất trái với THA

Bảng 9. Rối loạn chức năng tâm trương thất trái theo THA

CNTTr		THA	Ko THA	Tổng
BT	n	20	30	50
	%	21.3%	31.9%	53,2%
RL	n	36	8	44
	%	38.3%	8.5%	46,8%
Tổng	n	56	38	94
	%	59.6%	40.4%	100%

Nhận xét: Tỉ lệ rối loạn chức năng tâm trương thất trái ở nhóm đái tháo đường có kèm THA cao hơn nhóm không kèm THA, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (với $p = 0.004$).

4. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu:

Qua khảo sát 94 bệnh nhân đái tháo đường type 2, chúng tôi ghi nhận giới tính nữ chiếm 57.4%, nam chiếm 42.6%, với độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 67.38 ± 11.26 (lớn nhất là 86 tuổi, nhỏ nhất là 42 tuổi). Ở nghiên cứu của Nguyễn Thế Vinh và cộng sự có độ tuổi trung bình 60.7 tuổi, của Nguyễn Bằng Phong và cộng sự là 65.93 tuổi, của Châu Trần Phương Tuyền và cộng sự là 70.31 tuổi. Như vậy, có sự tương đồng về độ tuổi trung bình so với các nghiên cứu khác.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, BMI trung bình là 22.33 ± 2.95 , với tỉ lệ thừa cân-béo phì chiếm 36.2% so với nghiên cứu của Nguyễn Thế Vinh và cộng sự là 22.30 ± 2.79 , của Châu Trần Phương Tuyền và cộng sự là 22.20 ± 2.60 . Có sự tương đồng về BMI so với nghiên cứu của nhiều tác giả khác.

Thời gian mắc đái tháo đường trong nghiên cứu là 9.08 ± 5.63 năm, cao hơn so với nghiên cứu của Châu Trần Phương Tuyền và cộng sự là 6.92 ± 5.7 năm,

Tỉ lệ THA, RL Lipid máu trong nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu khác:

Bảng 10. Tỉ lệ THA, RL Lipid máu ở một số nghiên cứu

Nghiên cứu	THA	RL Lipid máu
Chúng tôi	59.6%	57.4%
Châu Trần Phương Tuyền và cs		85.2%
Nguyễn Thế Vinh và cs	41.5%	87%

Do nằm trong nhóm các bệnh lí chuyển hoá đi kèm, nên ở nhóm các bệnh nhân đái tháo đường type 2 trong hầu hết các nghiên cứu đều có tỉ lệ THA và RL Lipid máu rất cao.

Rối loạn chức năng thất trái:

4.2.1. Chức năng tâm thu thất trái

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chức năng tâm thu thất trái không bị ảnh hưởng. Điều này tương đồng với nghiên cứu của Zabalgoitia và cộng sự, cũng ghi nhận chức năng tâm thu thất trái bình thường ở tất cả các đối tượng nghiên cứu. Ở nghiên cứu của Nguyễn Thế Vinh và cộng sự, tỉ lệ này cũng rất thấp, chỉ 0.8% (với 1/123 mẫu nghiên cứu).

4.2.2. Chức năng tâm trương thất trái

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ rối loạn chức năng tâm trương thất trái được ghi nhận là 46.8%, và tất cả 44 trường hợp rối loạn này đều ở mức độ I, kết quả này tương đồng với nghiên cứu Nguyễn Thế Vinh và cộng sự cũng chỉ ghi nhận độ I.

Bảng 11. Tỉ lệ rối loạn CNTTr thất trái ở một số nghiên cứu

Nghiên cứu	Tỉ lệ RLCN TTr	Đối tượng
Chúng tôi	46.8%	Nội trú
Châu Trần Phương Tuyền và cs	71.3%	Nội trú
Nguyễn Thế Vinh và cs	25.2%	Nội trú + ngoại trú
Lý Thụy Đoan Trinh và cs	47.7%	Nội trú + ngoại trú

Tỉ lệ rối loạn chức năng tâm trương thất trái ở nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thế Vinh và cộng sự (25.2%), thấp hơn so với nghiên cứu của Châu Trần Phương Tuyền và cộng sự (71.3%), kết quả tương đồng với nghiên cứu của Lý Thụy Đoan

Trình và cộng sự (47.7%). Sự khác biệt này có thể giải thích do chênh lệch về cỡ mẫu và khác biệt đối tượng nghiên cứu (nội trú, ngoại trú).

Chức năng tâm trương thất trái và một số yếu tố liên quan:

Bệnh nhân ≥ 60 tuổi có tỉ lệ rối loạn chức năng tâm trương thất trái cao hơn nhóm bệnh nhân < 60 tuổi, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0.004$). Như vậy, có sự liên quan giữa tuổi và chức năng tâm trương thất trái ở bệnh nhân đái tháo đường. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Châu Trần Phương Tuyền, Nguyễn Thế Vinh. Tuổi càng tăng, tình trạng xơ cứng của thất trái càng tăng, giảm khả năng đàn hồi của thất trái, do đó hay gặp rối loạn chức năng tâm trương thất trái.

Nữ có tỉ lệ rối loạn chức năng thất trái cao hơn nam, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0.421$). Như vậy, không có sự liên quan giữa giới tính và chức năng tâm trương thất trái.

Thời gian mắc đái tháo đường ≥ 5 năm có tỉ lệ rối loạn chức năng tâm trương thất trái cao hơn nhóm mắc đái tháo đường < 5 năm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Như vậy, có sự liên quan giữa tuổi và chức năng tâm trương thất trái ở bệnh nhân đái tháo đường. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Châu Trần Phương Tuyền và cộng sự. Tăng glucose máu kéo dài làm tăng độ cứng thất trái vì xơ hoá tổ chức kẽ tích lũy theo thời gian trong cơ tim bệnh nhân đái tháo đường. Từ đó, gia tăng tỉ lệ rối loạn chức năng tâm trương thất trái.

Thừa cân-béo phì, THA, RL Lipid máu đi kèm ở bệnh nhân đái tháo đường đều làm gia tăng tỉ lệ rối loạn chức năng tâm trương thất trái cao hơn nhóm bệnh nhân đái tháo đường không đi kèm thừa cân-béo phì, THA, RL Lipid máu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Như vậy, có sự liên quan giữa thừa cân-béo phì, THA, RL Lipid máu với chức năng tâm trương thất trái ở bệnh nhân đái tháo đường. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Châu Trần Phương Tuyền, Nguyễn Thế Vinh. Đái tháo đường, THA, RL Lipid máu, thừa cân-béo phì đều nằm trong nhóm bệnh lý chuyển hoá, tác động lâu dài lên tế bào cơ tim, biến đổi thành tim, biểu hiện sớm rối loạn chức năng tâm trương thất trái.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 94 bệnh nhân đái tháo đường type 2 nhập viện điều trị tại khoa Nội Tiết Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 01/2024 đến tháng 9/2024, chúng tôi ghi nhận một số kết quả sau:

Tỉ lệ nữ nhiều hơn nam.

Độ tuổi trung bình: 67.38 ± 11.26 .

Thời gian mắc đái tháo đường: 9.08 ± 5.63 năm.

Tỉ lệ thừa cân-béo phì: 36.2% ; THA: 59.6% ; RL Lipid máu: 57.4%.

Tỉ lệ RLCNTT thất trái: 48.6% , và 100% rối loạn ở mức độ I.

RLCNTT thất trái không liên quan đến giới tính

RLCNTT thất trái có liên quan đến các yếu tố:

Tuổi (≥ 60 tuổi).

Thời gian mắc đái tháo đường (≥ 5 năm).

Thừa cân-béo phì.

RL Lipid máu.

THA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bằng Phong, Hoàng Đăng Mịch (2010). Nghiên cứu chức năng tâm trương thất trái ở bệnh nhân đái tháo đường không tăng huyết áp bằng siêu âm Doppler tim. Tạp chí Y học Việt Nam. Publish online 2010.
2. Nguyễn Thế Vinh, Vũ Bích Nga (2023). Thực trạng rối loạn chức năng thất trái bằng siêu âm doppler tim ở bệnh nhân đái tháo đường và một số yếu tố liên quan. Tạp chí Y học Việt Nam. Publish online 2023.
3. Châu Trần Phương Tuyền, Đinh Minh Tân (2010). Khảo sát hình thái và chức năng tâm trương thất trái ở bệnh nhân có tuổi đái tháo đường type 2. Chuyên đề Tim mạch học, Hội Tim Mạch Tp Hồ Chí Minh. 2-2010.
4. Trần Quang Khánh (2021), Nội tiết học lâm sàng. TP HCM: NXB Y học.
5. Poirier P, Bogaty P, Garneau C, Marois L, Dumesnil JG (2001). Diastolic dysfunction in normotensive men with well-controlled type 2 diabetes: importance of maneuvers in echocardiographic screening for preclinical diabetic cardiomyopathy. *Diabetes Care*.2001; 24(1):5-10. doi:10.2337/diacare.24.1.56.
6. Bouthoorn S, Valstar GB, Gohar A, et al (2018). The prevalence of left ventricular diastolic dysfunction and heart failure with preserved ejection fraction in men and women with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diab Vasc Dis Res*. 2018;15(6):477-493. doi:10.1177/1479164118787415.
7. M Z, Mf I, L A, Fa M (2001). Prevalence of diastolic dysfunction in normotensive, asymptomatic patients with well-controlled type 2 diabetes mellitus. *The American journal of cardiology*. 2001;87(3). doi:10.1016/s0002-9149(00)01366-7.
8. Sagara, R., Inoue, T., Sonoda, N., Yano, C., Motoya, M., et al. (2022), Association between cortisol and left ventricular diastolic dysfunction in patients with diabetes mellitus. *J Diabetes Investig*, 2022. 13(2): p. 344-350. Doi: 10.1111/jdi.13653.

KHẢO SÁT SỬ DỤNG SGLT-2i TRÊN BỆNH NHÂN SUY TIM CẤP GIAI ĐOẠN ỔN ĐỊNH TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN TIM MẠCH AN GIANG NĂM 2023

Bùi Trọng Nhân, Nguyễn Thành Tuyên, Bùi Hữu Minh Trí
Bệnh viện Tim Mạch An Giang

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Khảo sát sử dụng SGLT-2i trên bệnh nhân suy tim cấp giai đoạn ổn định tại khoa Hồi Sức Tích Cực Bệnh Viện Tim Mạch An Giang Năm 2023. Tỷ lệ tái nhập viện và tử vong trong 30 ngày sau nhập viện.

Đối tượng: Tất cả bệnh nhân suy tim cấp nhập khoa hồi sức tích cực Bệnh Viện Tim Mạch An Giang từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 10 năm 2023 theo tiêu chuẩn chẩn đoán suy tim cấp: theo tiêu chuẩn chẩn đoán suy tim cấp.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang. Kết quả: Trong 203 bệnh nhân thỏa tiêu chí nghiên cứu, tỷ lệ nam nữ tương đương, tuy nhiên nhóm tuổi >70t chiếm đa số với tỷ lệ 56,7% trung vị 71 tuổi. Hầu hết các bệnh nhân đều có tiền sử tăng huyết áp trước đó, chiếm tỷ lệ cao kế tiếp là suy tim, nhồi máu cơ tim và đái tháo đường. Thể suy tim cấp: Suy tim mới phát hiện, suy tim mất bù, phù phổi cấp, sốc tim lần lượt là 5,45%; 42,4%; 24,6%; 27,6%, với tỷ lệ EF $\leq$ 40% là 61,5%. Bệnh nhân được khởi trị SGLT2-2i là 100%. Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng SGLT-2i sau khi xuất viện là 100%. Tỷ lệ kết hợp đủ 4 nhóm điều trị suy tim là 62%, 30 ngày sau xuất viện 80%. Tỷ lệ tác dụng phụ khi sử dụng 4 nhóm thuốc điều trị suy tim là nhiễm trùng tiểu 1,5%; tụt huyết áp 29,5%; tăng kali máu 2,9%; nhịp chậm 1,4%; hạ đường huyết 8,8%; tổn thương thận cấp 20,6%. Sau 30 ngày theo dõi, tỷ lệ tái nhập viện 19,3%, với các nguyên nhân suy tim cấp 84,4%, tim mạch khác 3,5%, ngoài tim mạch 12,5%. Tỷ lệ tử vong 21,1%, với tử vong nội viện 18,2%, tỷ lệ tử vong 30 ngày sau xuất viện 3,6%.

Kết luận: Việc sử dụng SGLT2i trên lâm sàng đối với bệnh nhân suy tim cấp ổn định tương đối thuận tiện, bệnh nhân dung nạp thuốc khá tốt, không cần phải tăng hay giảm liều điều trị. Sử dụng sớm SGLT-2i trong giai đoạn suy tim cấp ổn định góp giảm tỷ lệ tử vong sau 30 ngày và giảm tỷ lệ tái nhập viện sau 30 ngày. Tỷ lệ tử vong nội viện còn cao do bệnh lý đi kèm và các yếu tố thúc đẩy nặng.

Từ viết tắt: Suy tim cấp (STC); STMMBC: suy tim mạn mất bù cấp; Nhồi máu cơ tim (NMCT), eGFR (glomerular filtration rate): độ lọc cầu thận; ACE-I: ức chế men chuyển; ARNI: ức chế kép angiotensin và neprilysin; ARB: chặn thụ thể angiotensin; BB: chặn beta; MRA đối kháng thụ thể aldosterone; SGLT-2i: ức chế kênh đồng vận chuyển natri – glucose 2.

Abstract

Objective: To study the use of SGLT-2i in patients with stable-stage Acute Heart Failure at Intensive Care Unit of AN GIANG Cardiovascular Hospital in 2023. Rate of re-hospitalization and death within 30 days of hospitalization. Subject: All patients with Acute Heart Failure were admitted to Intensive Care Unit of AN GIANG Cardiovascular Hospital from March 2023 to October 2023 according to the criteria for diagnosis of Acute Heart Failure: according to the diagnostic criteria of Acute Heart Failure of the Vietnamese Ministry Of Health. Method: Descriptive study, cross-section. Results: 203 patients met the criteria. The ratio is equal to that of men and women, but the age group is over 70 with a majority of 56.7% of the average age of 71. Most patients had a history of hypertension, followed by heart failure, myocardial infarction and diabetes. HF characteristics: acute de novo, acute decompensated chronic, acute pulmonary edema, cardiogenic shock at 5.45%; 42.4%; 24.6%; 27.6%, with EF $\leq$ 40% being 61.5%. Patients were initiated on SGLT2-2i 100%. The rate of patients using SGLT-2i after discharge was 100%. The rate of combining all 4 groups of heart failure treatment was 62%, 30 days after discharge was 80%. The rate of side effects when using 4 - drugs to treat heart failure was urinary tract infection 1.5%; hypotension 29.5%; hyperkalemia 2.9%; bradycardia 1.4%; hypoglycemia 8.8%; acute kidney injury 20.6%. After 30 days of

follow-up, the readmission rate was 19.3%, with causes of acute heart failure 84.4%, other cardiovascular 3.5%, non-cardiovascular 12.5%. Mortality rate was 21.1%, with in-hospital mortality 18.2%, 30-day mortality after discharge 3.6%. Conclusion: The clinical use of SGLT2i for patients with stable acute heart failure is relatively convenient, patients tolerate the drug quite well, without the need to increase or decrease the treatment dose. Early use of SGLT-2i in the stage of stable acute heart failure helps reduce the 30-days mortality rate and the 30-days readmission rate. The in-hospital mortality rate is still high due to comorbidities and severe precipitating factors.

Abbreviations: Acute heart failure (STC); STMMBC: acute decompensated chronic heart failure; Myocardial infarction (MI), eGFR (eGFR): glomerular filtration rate; ACE-I: angiotensin-converting enzyme inhibitor; ARNI: dual angiotensin-neprilysin inhibitor; ARB: angiotensin receptor blocker; BB: beta blocker; MRA aldosterone receptor antagonist; SGLT-2i: sodium-glucose cotransporter 2 inhibitor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim cấp (STC) là sự xuất hiện nhanh chóng của các dấu hiệu và triệu chứng mới hoặc xấu đi của suy tim, có khả năng đe dọa đến tính mạng, cần phải nhập viện và điều trị cấp cứu[11]. Tỷ lệ tử vong bệnh viện từ 4% - 10%, tử vong sau xuất viện 1 năm từ 25% - 30%; có thể lên tới hơn 45% tử vong và tái nhập viện. STC có thể gặp là STC mới khởi phát lần đầu tiên hoặc suy tim mạn mất bù cấp (STMMBC). STC khởi phát lần đầu tiên có tỷ lệ tử vong trong bệnh viện cao, tuy nhiên sau xuất viện thì tỷ lệ tử vong và tái nhập viện thấp hơn. Bệnh nhân STMMBC thường xảy ra khi có yếu tố thúc đẩy trên nền suy tim mạn [5].

Bệnh nhân suy tim cấp cần được đánh giá và xử trí cấp cứu với thuốc đường tĩnh mạch (lợi tiểu, dẫn mạch, tăng co bóp...) hoặc thủ thuật. Các nhóm thuốc nền tảng điều trị suy tim bao gồm nhóm thuốc ức chế men chuyển (ACE-I)/ ức chế kép angiotensin và neprilysin (ARNI) /chẹn thụ thể angiotensin (ARB); nhóm chẹn beta (BB); nhóm đối kháng thụ thể aldosterone (MRA) và nhóm ức chế kênh đồng vận chuyển natri – glucose 2 (SGLT-2i) đã được chứng minh có hiệu quả trên bệnh nhân suy tim mạn với EF giảm[3], [12]. Nghiên cứu EMPULSE đã chứng minh nhóm thuốc SGLT-2i có lợi trên bệnh nhân suy tim cấp huyết động ổn định [9], [10], [13], [14]. Tại Bệnh Viện Tim Mạch An Giang hiện còn ít nghiên cứu chứng minh hiệu quả cũng như lợi ích của nhóm thuốc nền tảng mới này khi khởi trị sớm trên bệnh nhân suy tim cấp, nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu “*Khảo sát sử dụng SGLT-2i trên bệnh nhân suy tim cấp giai đoạn ổn định tại khoa hồi sức tích cực Bệnh Viện Tim Mạch An Giang từ tháng 3/2023 đến tháng 10/2023*” với mục tiêu:

Khảo sát sử dụng SGLT-2i trên bệnh nhân suy tim cấp giai đoạn ổn định tại khoa hồi sức tích cực.

Tỷ lệ tái nhập viện và tử vong trong 30 ngày sau xuất viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng

Bệnh nhân suy tim cấp nhập khoa hồi sức tích cực Bệnh Viện Tim Mạch An Giang từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 10 năm 2023

Tiêu chuẩn chẩn đoán suy tim cấp: theo tiêu chuẩn chẩn đoán suy tim cấp trong “hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn” của Bộ Y Tế 2022 [3], [5]

Mẫu nghiên cứu: tất cả bệnh nhân suy tim cấp thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và không có tiêu chuẩn loại trừ từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 10 năm 2023

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Tất cả bệnh nhân suy tim cấp thỏa tiêu chuẩn ổn định.

- Tiêu chuẩn ổn định [10], [13]

HA tâm thu ≥ 100 mmHg.

Không tăng liều thuốc lợi tiểu tĩnh mạch trong 6 giờ trước đó.

Không có thuốc giãn mạch đường tĩnh mạch bao gồm nitrat trong vòng 6 giờ trước đó.

Không dùng thuốc tăng co bóp đường tĩnh mạch trong 24 giờ.

Ngừng sử dụng thuốc vận mạch (NorAdrenalin, Adrenalin).

2.1.3 Tiêu chuẩn loại trừ

Nhập viện hiện tại vì suy tim cấp tính chủ yếu do thuyên tắc phổi, tai biến mạch máu não.

Nhập viện vì suy tim cấp tính không phải do quá tải thể tích nội mạch: rối loạn nhịp nguy hiểm (nhịp nhanh thất kéo dài, hoặc rung nhĩ/cuồng nhĩ với đáp ứng thất >160 nhịp mỗi phút, hoặc nhịp tim chậm với rối loạn nhịp thất kéo dài <40 nhịp mỗi phút), nhiễm trùng huyết/ sốc nhiễm trùng, hoặc đợt cấp của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD).

Cấy thiết bị trị liệu tái đồng bộ, hỗ trợ tim hoặc bất kỳ loại hỗ trợ tuần hoàn cơ học nào khác (CRT, ICD).

Bệnh van tim nguyên phát chưa sửa chữa.

Bệnh cơ tim, tim bẩm sinh, hoặc màng ngoài tim.

Các biến chứng cơ học gây tình trạng tim mất bù cấp tính

Suy giảm chức năng thận khi bệnh nhân ổn định (eGFR < 20 mL/phút/1,73 m² đối với Dapagliflozin và eGFR < 30 mL/phút/1,73 m² đối với Empagliflozin) hoặc cần lọc máu định kỳ.

Bệnh đái tháo đường type 1.

Dấu hiệu của bệnh gan nặng (AST, ALT hoặc phosphatase kiềm tăng trên 3 lần giới hạn trên của mức bình thường) hoặc tiền sử xơ gan.

Thiếu máu nặng (Huyết sắc tố < 9 g/dl).

Tiền sử nhiễm toan ceton, bao gồm DKA.

Phẫu thuật đường tiêu hóa hoặc rối loạn đường tiêu hóa có thể cản trở việc hấp thụ thuốc thử nghiệm theo ý kiến của nhóm nghiên cứu.

Bệnh lý ác tính đang hoạt động.

Suy tim ở giai đoạn chăm sóc giảm nhẹ.

Dị ứng hoặc quá mẫn với các thuốc ức chế SGLT2 hoặc bất kỳ tá dược nào của sản phẩm thuốc nghiên cứu.

Phụ nữ đang mang thai, cho con bú.

Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc mất dấu sau 30 ngày xuất viện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, cắt ngang.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Nội dung nghiên cứu

2.3.1. Đặc điểm bệnh nhân suy tim cấp lúc nhập viện

Tuổi, nhóm tuổi (<70t, ≥70t), giới tính, BMI

Tiền sử bệnh: đái tháo đường, tăng huyết áp, nhồi máu cơ tim, có PCI, tình trạng suy tim...

Lâm sàng: thể bệnh suy tim cấp, nhịp tim, HA, thở máy (NIV, xâm lấn), bóng đối xung (IABP), lọc máu cấp cứu (CRRT)

Cận lâm sàng: Creatinin, eGFR (mL/phút/1,73 m²) khi nhập viện, EF, EF (≤40%, >40%), NT-proBNP.

Thuốc sử dụng trong giai đoạn cấp: vận mạch sử dụng (dobutamin, NorAdrenalin, ...), loại thuốc lợi tiểu và liều trong giai đoạn cấp (nếu có).

Các yếu tố thúc đẩy: hội chứng vành cấp, tăng huyết áp cấp cứu, rối loạn nhịp, nhiễm trùng, bỏ thuốc, gắng sức.

* Không tuân thủ điều trị hoặc bỏ thuốc: được định nghĩa khi bệnh nhân được chẩn đoán suy tim nhưng không sử dụng các thuốc trong 4 nhóm thuốc nền tảng điều trị suy tim liên tục trong vòng 1 tháng.

* Gắng sức (bao gồm gắng sức về thể chất và gắng sức về tinh thần): một trạng thái sức khỏe đang cạn kiệt nhiều sau một hoạt động thể lực (chạy bộ, leo cầu thang, mang vật nặng...) đến mức bạn có thể cảm thấy kiệt sức, ngoài ra còn căng thẳng về tinh thần hoặc cảm xúc do những hoàn cảnh quá vui hoặc bất lợi hoặc rất khó khăn.

2.3.2. Khảo sát sử dụng thuốc nền tảng điều trị suy tim trên bệnh nhân suy tim cấp giai đoạn ổn định

2.3.2.1. Thời gian khởi trị SGLT-2i với ARNi/ACE/ARB, MRA, BB: số ngày từ lúc nhập viện đến khi bắt đầu dùng thuốc.

2.3.2.2. Tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc SGLT-2i, ARNi/ACE/ARB, MRA, BB khi xuất viện.

2.3.2.3. Tỷ lệ đạt so với liều đích các nhóm thuốc SGLT-2i, ARNi/ACE/ARB, MRA, BB khi xuất viện:

Liều đích: theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn” của Bộ Y Tế 2022 [3], được phân vào các nhóm đạt so với liều đích: <25%; 25 - 49%; 50-99%; 100% (phụ lục)

- Tỷ lệ chung các mức liều thuốc đã sử dụng so với liều đích khi xuất viện và 30 ngày sau xuất viện

- Tỷ lệ các mức liều thuốc đã sử dụng so với liều đích trên bệnh nhân $EF \leq 40\%$ khi xuất viện và 30 ngày sau xuất viện

- Tỷ lệ các mức liều thuốc đã sử dụng so với liều đích trên bệnh nhân $EF > 40\%$ khi xuất viện và 30 ngày sau xuất viện

2.3.3. Tỷ lệ một số biến cố trong thời gian nằm viện, tái nhập viện và tử vong trong 30 ngày sau xuất viện

2.3.3.1. Tỷ lệ một số tác dụng phụ của các thuốc: nhiễm trùng tiểu, hạ đường huyết, tụt huyết áp, tăng kali máu, rối loạn nhịp chậm, tổn thương thận cấp...

* Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm trùng tiểu: tất cả bệnh nhân có triệu chứng lâm như (tiểu khó, tiểu gắt, tiểu buốt, tiểu nhiều lần và tiểu gấp) được cấy nước tiểu dương tính sau khi sử dụng nhóm thuốc SGLT-2i.

* Tiêu chuẩn chẩn đoán hạ đường huyết: Hạ đường huyết là tình trạng lượng đường (glucose) trong máu hạ dưới mức 70 mg/dL (Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2 của Bộ Y Tế 2022)

* Tiêu chuẩn chẩn đoán tụt huyết áp: Tụt huyết áp được chẩn đoán xác định khi đo huyết áp có chỉ số huyết áp tâm thu nhỏ hơn 90mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương nhỏ hơn hoặc bằng 60mmHg.

* Tiêu chuẩn chẩn đoán tăng kali máu: Kali [K] máu >5 mEq/l (theo phác đồ Bệnh Viên Tim Mạch An Giang).

* Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn nhịp chậm: Gọi là nhịp tim chậm khi tần số tim đập chậm dưới 60 nhịp mỗi phút (nhịp/phút).

* Tiêu chuẩn chẩn đoán tổn thương thận cấp: Creatinin huyết thanh tăng $0,3\text{mg/dL}$ ($26,5\mu\text{mol/L}$) trong 48 giờ hoặc Creatinin huyết thanh tăng gấp 1,5 lần so với creatinin nền hoặc Thể tích nước tiểu $<0,5\text{ml/kg/giờ}$ trong 6 giờ. Theo KDIGO Clinican practice Guideline for Acute Kidney Injuri 2012.

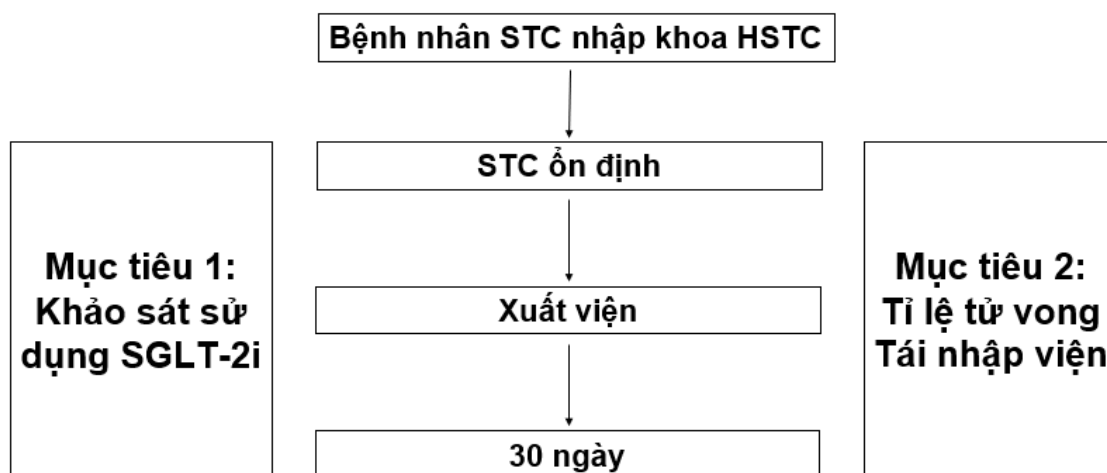
2.3.3.2. Tỷ lệ tử vong (nội trú và trong 30 ngày sau xuất viện)

2.3.3.3. Tỷ lệ tái nhập viện: vì suy tim cấp, vì nguyên nhân tim mạch khác (đột quỵ...), vì nguyên nhân ngoài tim mạch

2.3.4. Cách tiến hành nghiên cứu

Bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn và không bị tiêu chuẩn loại trừ, nhận mẫu nghiên cứu, đặc điểm bệnh nhân suy tim cấp lúc nhập viện, xét nghiệm chức năng thận lại trước khi sử dụng thuốc SGLT2i, siêu âm tim đánh giá EF và sử dụng thuốc đúng theo hướng dẫn điều trị suy tim cấp và mạn theo Bộ Y Tế. Khi xuất viện và theo dõi 30 ngày sau khi xuất viện, nghiên cứu quan sát không can thiệp vào quá trình điều trị.

2.4. Sơ đồ nghiên cứu



3. KẾT QUẢ

Qua nghiên cứu 203 bệnh nhân suy tim cấp nhập khoa hồi sức tích cực Bệnh Viện Tim Mạch An Giang từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 10 năm 2023, chúng tôi ghi nhận 1 số kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm bệnh nhân suy tim cấp lúc nhập viện

3.1.1. Đặc điểm chung

Khảo sát 203 ca chúng tôi ghi nhận kết quả như sau:

Bảng 3.1.1: Đặc điểm chung bệnh nhân suy tim cấp lúc nhập viện

	n	Tỉ lệ (%)
Tuổi	Trung vị: 71t (Nhỏ nhất: 41t – Lớn nhất: 94t)	
Nhóm tuổi (≥70t)	115	56,7
Nữ	105	51,7
BMI	Trung vị: 21,4 (Nhỏ nhất: 15 – Lớn nhất: 43,3)	
Tiền sử		
Bệnh đái tháo đường	108	53,2
Tăng huyết áp	201	99
Nhồi máu cơ tim	148	72,9
Suy tim	176	86,7
CABG hoặc PCI	24	11,8

Bệnh van tim	99	48,8
Rung nhĩ	71	35

Nhận xét: tỉ lệ nam nữ tương đương, tuy nhiên nhóm tuổi >70t chiếm đa số với tỉ lệ 56,7% trung vị 71 tuổi. Hầu hết các bệnh nhân đều có tiền sử tăng huyết áp trước đó, chiếm tỉ lệ cao kế tiếp là suy tim, nhồi máu cơ tim và đái tháo đường.

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng suy tim cấp lúc nhập viện

Khảo sát 203 ca, chúng tôi ghi nhận kết quả như sau

Bảng 4.1.2. Đặc điểm lâm sàng suy tim cấp lúc nhập viện

	n	Tỉ lệ (%)
Nhịp tim	Trung bình: 108 lần/phút $\pm$ 30.25 (Nhỏ nhất: 40 – Lớn nhất: 180 lần/phút)	
Huyết áp (mmHg) + <i>Tâm thu</i> + <i>Tâm trương</i>	Trung bình: 118 mmHg $\pm$ 36.55 (Nhỏ nhất: 50 - Lớn nhất: 240 mmHg) Trung bình: 67 mmHg $\pm$ 18.05 (Nhỏ nhất: 30 - Lớn nhất: 120 mmHg)	
Vận mạch sử dụng	63	31
+ <i>NorAdrenalin</i>	61	30
+ <i>Liều sử dụng</i>	Trung bình: 10,9 $\pm$ 7,9 (Nhỏ nhất: 3 μ g – Lớn nhất: 32 μ g)	
+ <i>Adrenalin</i>	18	8,9
+ <i>Liều sử dụng</i>	Trung bình: 4,3 $\pm$ 2,7 (Nhỏ nhất: 3 μ g – Lớn nhất: 10 μ g)	
<i>Thuốc co bóp cơ tim</i>	160	78,8
Dobutamin	Trung bình: 4,9 $\pm$ 2,2 (Nhỏ nhất: 3 μ g – Lớn nhất: 10 μ g)	
Sử dụng lợi tiểu + Lợi tiểu quai + Spironolacton + Thiazid	197 203 4	97 100 2
Liều lợi tiểu quai	Trung bình: 69 $\pm$ 41,3 (Nhỏ nhất: 20mg – Lớn nhất: 300mg)	
Thở máy	77	37,9
IABP	1	0,5
CRRT	1	0,5

Nhận xét: Ghi nhận huyết áp tâm thu trung bình: 118 mmHg $\pm$ 36,55 (50 và 240 mmHg), tâm trương trung bình: 67 mmHg $\pm$ 18,05 (30 -120 mmHg), hầu hết các bệnh nhân đều sử dụng lợi tiểu quai khi nhập khoa, can thiệp thở máy chiếm tỉ lệ cao.

3.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Khảo sát 203 ca, chúng tôi ghi nhận kết quả như sau

Bảng 3.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng suy tim cấp lúc nhập viện

	n	Tỉ lệ (%)
EF(%)	Trung bình: 40 $\pm$ 12,6 (Nhỏ nhất: 17 – Lớn nhất: 74)	
Tỉ lệ EF <40%	125	61,5
NT-proBNP (pg/mL)	Trung bình: 14236,11 $\pm$ 11917,64 (Nhỏ nhất: 60 – Lớn nhất: 35.000)	
eGFR (mL/phút/1,73 m ²)	Trung bình: 49,62 $\pm$ 12,61 (Nhỏ nhất: 10 – Lớn nhất: 110)	
eGFR $\leq$ 30 mL/phút/1,73 m ²	42	20,7
eGFR $\leq$ 20 mL/phút/1,73 m ²	13	6,4

Nhận xét: suy tim EF giảm vẫn chiếm đa số (61%)

3.1.4. Thể suy tim cấp

Khảo sát 203 ca, chúng tôi ghi nhận kết quả như sau

Bảng 3.1.4. Đặc điểm thể suy tim cấp lúc nhập viện

	n	Tỉ lệ (%)
STC mới phát hiện	28	13,8
STC mất bù	86	42,4
Phù phổi cấp	50	24,6
Sốc tim	56	27,6

Nhận xét: suy tim cấp mất bù chiếm tỉ lệ cao (42,4%), kế tiếp là sốc tim (27,6%)

3.1.5 Các yếu tố thúc đẩy

Khảo sát 203 ca, chúng tôi ghi nhận kết quả như sau

Bảng 3.1.5 Các yếu tố thúc đẩy

	n	Tỉ lệ (%)
Hội chứng vành cấp	174	85,7
Tăng huyết áp cấp cứu	44	21,7
Rối loạn nhịp	89	43,8
Nhiễm trùng	138	68
Chèn ép tim	4	2

Bỏ thuốc	11	5,4
Gắng sức	13	6,4

Nhận xét: hội chứng vành cấp vẫn là yếu tố thúc đẩy chủ yếu (85,7%), đứng hàng thứ hai là nhiễm trùng (68%). Yếu tố gắng sức tuy ít nhưng cũng thúc đẩy vào cơn suy tim cấp (6,4%).

3.2. Khảo sát sử dụng thuốc nền tảng điều trị suy tim trên bệnh nhân suy tim cấp

3.2.1. Tỷ lệ sử dụng thuốc tại thời điểm ổn định và thời gian khởi trị

Bảng 4.2.1. Tỷ lệ sử dụng thuốc tại thời điểm ổn định và thời gian khởi trị

Thuốc		n	Tỷ lệ (%)	Thời gian khởi trị (ngày – tính từ lúc nhập khoa)
SGLT-2i		203	100	Trung bình: $3,01 \pm 1,69$ (Ngắn nhất: 1 - dài nhất: 12)
	Empagliflozin	78	38,4	
	Dapagliflozin	125	61,6	
ARNi/ACE/ARB		203	100	Trung bình: $3,91 \pm 1,56$ (Ngắn nhất: 1 - dài nhất: 12)
Thuốc ức chế beta		109	53,7	Trung bình: $6,52 \pm 2,59$ (Ngắn nhất: 2 - dài nhất: 24)
MRA		203	100	Trung bình: $2,89 \pm 1,32$ (Ngắn nhất: 1 - dài nhất: 10)

Nhận xét: nhóm ARNi/ACE/ARB được sử dụng ngay khi tình trạng suy tim cấp ổn định (100%) với thời gian khởi trị trung bình: $3,91 \pm 1,56$ (Ngắn nhất: 1 - dài nhất: 12), MRA với trung bình: $2,89 \pm 1,32$ (Ngắn nhất: 1 - dài nhất: 10), 100% đều sử dụng SGLT-2i, thời gian khởi trị trung bình trung bình: $3,01 \pm 1,69$ (Ngắn nhất: 1 - dài nhất: 12), ức chế beta khởi động chậm hơn (Trung bình: $6,52 \pm 2,59$ (Ngắn nhất: 2 - dài nhất: 24)).

3.2.2. Tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc

Bảng 4.2.2. Tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc

Thuốc		Khi xuất viện (N=166)		Xuất viện 30 ngày (N= 160)	
		n	Tỷ lệ	n	Tỷ lệ
SGLT-2i	Empagliflozin	61	36,7	57	35,6
	Dapagliflozin	105	63,3	103	64,3
ARNi/ACE/ARB		164	98,8	160	100
Thuốc ức chế beta		102	51,4	130	81,2
MRA		166	100	160	100

Nhận xét: tỷ lệ sử dụng thuốc ức chế beta tăng đáng kể sau khi xuất viện. Các nhóm thuốc SGLT-2i, ARNi/ACE/ARB, MRA sử dụng gần như 100% trong giai đoạn ổn định.

3.2.3. Tỷ lệ kết hợp SGLT-2i với các nhóm khác

Bảng 4.2.3. Tỷ lệ kết hợp SGLT-2i với các nhóm khác

Thuốc	Khi xuất viện		Xuất viện 30 ngày	
	n	Tỷ lệ	n	Tỷ lệ
SGLT-2i + 1 nhóm	1	0,6	2	1,2
SGLT-2i + 2 nhóm	62	37,3	30	18,7
SGLT-2i + 3 nhóm	103	62	128	80

Nhận xét: SGLT-2i kết hợp với 3 nhóm thuốc chiếm tỷ lệ cao trong giai đoạn ổn định

3.2.4. Tỷ lệ các mức liều thuốc đã sử dụng so với liều đích:

3.2.4.1. Tỷ lệ chung các mức liều thuốc đã sử dụng so với liều đích

Bảng 3.2.4.1. Tỷ lệ chung các mức liều thuốc đã sử dụng so với liều đích

Thuốc (n)	Tỷ lệ đạt so với liều đích(%)							
	Khi xuất viện (n = 166)				Xuất viện 30 ngày (n = 160)			
	<25	25-49	50-99	100	<25	25-49	50-99	100
SGLT-2i	n = 166				n = 160			
				100				100
ACE	(n= 27)				(n= 27)			
	18,5	18,5	59,3	3,7	14,8	25,9	59,3	
ARB	(n= 113)				(n= 112)			
	2,7	97,3			2,7	97,3		
ARNi	(n=24)				(n=21)			
		66,7	25	8,3		71,4	23,8	4,8
BB	(n= 82)				(n= 112)			
	90,2	9,8			83,1	16,9		
MRA	(n=166)				(n=160)			
		1,2		98,8		8,8		91,3

Nhận xét: nhóm SGLT-2i do liều cố định cũng chính là liều đích, nhóm ACE tỷ lệ đạt liều đích tập trung mức liều đích (50-99), nhóm ARB/ARNi tập trung ở mức liều đích (25-49), nhóm BB tuy có tăng sử dụng sau xuất viện nhưng liều chỉ tập trung ở mức liều <25, nhóm MRA tập trung cao ở mức liều đích 100 trong 30 ngày sau xuất viện.

3.2.4.2. Tỷ lệ các mức liều thuốc đã sử dụng so với liều đích trên bệnh nhân EF ≤ 40%

Bảng 4.2.4.2. Tỷ lệ các mức liều thuốc đã sử dụng so với liều đích trên bệnh nhân EF ≤ 40%

Thuốc (n)	Tỷ lệ đạt so với liều đích(%)							
	Khi xuất viện				Xuất viện 30 ngày			
	<25	25-49	50-99	100	<25	25-49	50-99	100
SGLT-2i	(n=96)				(n=93)			
				100				100
ACE	(n=12)				(n=13)			
	16,7	25,0	50,0	8,3	15,4	30,8	53,8	
ARB	(n=64)				(n=64)			
	1,6	98,4			3,1	96,9		
ARNi	(n=17)				(n=16)			
		70,6	17,6	11,8		75	25	
BB	(n=64)				(n=75)			
	84,4	15,6			77,3	22,7		
MRA	(n=96)				(n=93)			
		1		99		8,6		91,4

Nhận xét: nhóm SGLT-2i do liều cố định nên không có liều đích, nhóm ACE tỷ lệ đạt liều đích tập trung mức liều đích (50-99), nhóm ARB/ARNi tập trung ở mức liều đích (25-49), nhóm BB tuy có tăng sử dụng sau xuất viện nhưng liều chỉ tập trung ở mức liều <25, nhóm MRA tập trung cao ở mức liều đích 100 trong 30 ngày sau xuất viện

3.2.4.3. Tỷ lệ các mức liều thuốc đã sử dụng so với liều đích trên bệnh nhân EF>40%
Bảng 4.2.4.3. Tỷ lệ các mức liều thuốc đã sử dụng so với liều đích trên bệnh nhân EF >40%

Thuốc (n)	Tỷ lệ đạt so với liều đích(%)							
	Khi xuất viện				Xuất viện 30 ngày			
	<25	25-49	50-99	100	<25	25-49	50-99	100
SGLT-2i	n = 70				n = 67			
				100				100
ACE	n = 15				n = 14			
	20	13,3	66,7		14,3	21,4	64,3	
ARB	n = 49				n = 48			
	4,1	95,9			2,1	97,9		
ARNi	n = 7				n = 5			
		57.1 (n=4)	42.9 (n=3)			60 (n=3)	40 (n=2)	
BB	n = 38				n = 55			
	100				92,7	7,3		
MRA	n =70				n =67			
		1.4		100		9		91

Nhận xét: nhóm SGLT-2i do liều cố định nên không có liều đích, nhóm ACE tỷ lệ đạt liều đích tập trung mức liều đích (50-99), nhóm ARB/ARNi tập trung ở mức liều đích (25-49), nhóm BB tuy có tăng sử dụng sau xuất viện nhưng liều chỉ tập trung ở mức liều <25, nhóm MRA tập trung cao ở mức liều đích 100 trong 30 ngày sau xuất viện

3.3. Tỷ lệ một số biến cố trong thời gian nằm viện, tái nhập viện và tử vong trong 30 ngày sau xuất viện

3.3.1. Tỷ lệ một số biến cố trong thời gian nằm viện

Bảng 4.3.1. Tỷ lệ một số tác dụng phụ trong thời gian nằm viện

Tác dụng phụ	N=203	Tỷ lệ (%)
Nhiễm trùng tiểu	3	1.5
Tụt huyết áp	60	29.5
Tăng Kali/ máu	6	2.9
Nhiễm khuẩn	3	1.4
Hạ đường huyết	18	8.8
Tổn thương thận cấp	42	20,6

Nhận xét: Tụt huyết áp chiếm tỷ lệ cao, kể đến là Tổn thương thận cấp.

3.3.2. Tỷ lệ tử vong – Nguyên nhân

Bảng 3.3.2.1. Tỷ lệ tử vong

	n	Tỷ lệ (%)
TV chung	43	21,1 (n= 203)
TV Nội viện	37	18,2 (n= 203)
TV 30 ngày sau xuất viện	6	3,6 (n= 166)

Bảng 4.3.2.2. Nguyên nhân tử vong

	n	Tỷ lệ (%)
Suy tim nặng lên - Sốc tim	10	23,3
Rối loạn nhịp	22	51,2
Nhiễm trùng	11	25,6

3.3.3. Tỷ lệ và nguyên nhân tái nhập viện

Bảng 4.3.3.1. Tỷ lệ và nguyên nhân tái nhập viện

	n	Tỷ lệ (%)
Tái nhập viện	32	19,3 (n =166)
Nguyên nhân		
Suy tim cấp	27	84,4
Tim mạch khác	1	3,1
Ngoài tim mạch	4	12,5

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân suy tim cấp lúc nhập viện

Qua nghiên cứu 203 bệnh nhân suy tim cấp vào khoa, chúng tôi ghi nhận:

Qua nghiên cứu 203 bệnh nhân suy tim cấp vào khoa, chúng tôi ghi nhận tuổi 71t (41 - 94) tương đồng với độ tuổi trong nghiên cứu EMPULSE là 71t (62–78)[9], [14] và tác giả Đinh Thị Lan Anh tại Viện tim mạch - Bệnh viện TWQĐ 108 tuy nhiên tuổi > 70 chiếm tỉ lệ cao (56,7%)[2]. Về giới tính, trong nghiên cứu chúng tôi tỉ lệ nữ và nam tương đương nhau (nữ 51,7%) tương đồng với nghiên cứu của tác giả Văn Đức Hạnh[4], khác với trong nghiên cứu EMPULSE (nam 67,5%) và tác giả Đinh Thị Lan Anh (nam 63,3%). Trong nghiên cứu EMPULSE chỉ số BMI 28,3 (24,5 – 32,5) cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi (Nhỏ nhất: 15 – Lớn nhất: 43,3, trung vị: 21,4) điều này có thể do khác biệt về chủng tộc châu Á có vóc dáng nhỏ hơn.

Kết quả khảo sát tiền sử bệnh của bệnh nhân ghi nhận đa số bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp chiếm 99% phù hợp với nghiên cứu EMPULSE (77,4%) và tác giả Đinh Thị Lan Anh (64,2%), tác giả Văn Đức Hạnh (57,8%), tác giả Hoàng Văn Sỹ (55,6%). Tỷ lệ tiền sử suy tim và nhồi máu cơ tim của nghiên cứu chúng tôi lần lượt là 86,7% và 72,9% cao hơn trong nghiên cứu EMPULSE (24,9%) trong khi đó tiền sử bệnh van tim trong nghiên cứu chúng tôi (48,8%) thấp hơn nhiều so với nghiên cứu EMPULSE (65,3%).

Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận huyết áp tâm thu trung bình: 118 mmHg (50 và 240 mmHg), tâm trương trung bình: 67 mmHg (30 -120 mmHg) tương đồng với nghiên cứu EMPULSE (tâm thu 120 (109,0–135,0), tâm trương 72,0 (64,0–82,0)), nghiên cứu của tác giả Văn Đức Hạnh (tâm thu 134 (108,0–160,0)[4], tâm trương 80,0 (65,0–95,0)). Suy tim EF giảm ($\leq 40\%$) trong nghiên cứu chúng tôi là 61,5% chiếm tỉ lệ cao phù hợp trong nghiên cứu EMPULSE (68,7%) tuy nhiên nghiên cứu của Đinh Thị Lan Anh có tỉ lệ thấp hơn (41,4%) điều này có thể giải thích do bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi đa số nặng bao gồm nhóm bệnh nhân nhập viện với tình trạng sốc tim, có tiền sử suy tim, nhồi máu cơ tim cao. Khảo sát độ lọc cầu thận (eGFR) ghi nhận Trung bình: 49,62 (Nhỏ nhất: 10 – Lớn nhất: 110), tỉ lệ $eGFR \leq 30$ mL/phút/1,73 m² là 20,7%, $eGFR \leq 30$ mL/phút/1,73 m² là 6,4% cao hơn trong nghiên cứu EMPULSE (10,2%) và thấp hơn nghiên cứu của Đinh Thị Lan Anh (13,6%)

Trong nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ thể suy tim cấp mất bù 42,4% thấp hơn nghiên cứu EMPULSE (66,8%) tuy nhiên vẫn chiếm tỉ lệ cao nhất trong các thể suy tim cấp trong nghiên cứu chúng tôi. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận thêm phù phổi cấp và sốc tim theo tỉ lệ lần lượt là 24,6 và 27,6, với tỉ lệ bệnh nhân nhập viện vì sốc tim chiếm tỉ lệ cao thứ 2 sau suy tim mất bù. Tỷ lệ suy tim cấp mới phát hiện (6,4%) thấp hơn nhiều so với nghiên cứu EMPULSE (33,2%).

Hội chứng vành cấp vẫn là yếu tố thúc đẩy chủ yếu (85,7%), đứng hàng thứ hai là nhiễm trùng (68%). Yếu tố gắng sức tuy ít nhưng cũng thúc đẩy vào cơn suy tim cấp (6,4%). Tỷ lệ bỏ thuốc dẫn đến suy tim cấp cũng được ghi nhận với tỷ lệ thấp (5,4%)

4.2. Khảo sát sử dụng thuốc nền tảng điều trị suy tim trên bệnh nhân suy tim cấp

Tại thời điểm suy tim cấp ổn định, chúng tôi ghi nhận: 100% đều sử dụng SGLT-2i, thời gian khởi trị trung bình trung bình 3 ngày (Ngắn nhất: 1 - dài nhất: 12), tỷ lệ sử dụng Empagliflozin và Dapagliflozin lần lượt là 38,4% (78/203), 61,6% (125/203). Tương đồng về thời gian khởi trị nhóm SGLT-2i giữa chúng tôi và nghiên cứu EMPULSE.

Trong nghiên cứu chúng tôi khảo sát 203 mẫu, tất cả bệnh nhân sau khi ổn định suy tim cấp đều được sử dụng nhóm SGLT-2i là 100%, ghi nhận: nhóm SGLT-2i + nhóm ACE/ARB/ARNI: đạt tỷ lệ đạt 100%, nhóm SGLT-2i + nhóm MRA: đạt tỷ lệ đạt 100%, nhóm SGLT-2i + nhóm BB: chiếm tỷ lệ đạt 51,4%, nhóm SGLT-2i + nhóm lợi tiểu: chiếm tỷ lệ đạt 88,6%. Nhận thấy nhóm SGLT2 kết hợp với ACE/ARB/ARNI và nhóm SGLT2 kết hợp với MRA chiếm tỷ lệ cao nhất là 100%, cao hơn với nghiên cứu EMPULSE lần lượt là 70,2% và 57%. Nhóm SGLT2i với BB có tỷ lệ kết hợp thấp nhất là 51,4% thấp hơn so với nghiên cứu EMPULSE là 80,4%, có thể do sự thận trọng của các bác sĩ trong thực hành lâm sàng với BB khi bệnh nhân vừa mới ổn định. Khảo sát tiếp tục khi xuất viện, tỷ lệ kết hợp nhóm SGLT2i với BB là 51,4%, không tăng, tuy nhiên sau xuất viện 30 ngày trong nghiên cứu chúng tôi, tỷ lệ kết hợp nhóm SGLT2i với BB tăng lên 70%, điều này có thể do bác sĩ còn thận trọng đối với bệnh nhân vừa xuất viện, tuân thủ theo phác đồ điều trị suy tim.

Tất cả bệnh nhân sau khi ổn định suy tim cấp đều được sử dụng nhóm SGLT-2i là 100% được duy trì sử dụng ổn định giữa 2 nhóm khi xuất viện và sau xuất viện 30 ngày, tỷ lệ kết hợp SGLT2i với ACE/ARB/ARNI khi xuất viện là 98,8 % (164/166) và sau xuất viện 30 ngày là 100% (160/160), ở nhóm này tỷ lệ bệnh nhân nhận liều điều trị so với liều đích tập trung mức liều đích (50-99), ở nhóm kết hợp BB tuy có tăng từ 51,4% lên 70% sau xuất viện 30 ngày nhưng liều chỉ tập trung ở mức liều <25, nhóm MRA tập trung cao ở mức liều đích 100% ở cả khi xuất viện và sau xuất viện 30 ngày.

Trong phân nhóm suy tim EF $\leq$ 40% khi xuất viện (96 mẫu), ghi nhận tỷ lệ sử dụng các nhóm ACE/ARB/ARNI, SGLT2i, BB, MRA cao hơn so với nghiên cứu của Điều Thanh Hùng[1], lần lượt là 96,8 so với 93,6, 66,7 so với 30,4, 100% so với 77,6. Tuy nhiên, tỷ lệ đạt liều đích theo hướng dẫn điều trị suy tim của Bộ Y Tế, chúng tôi đạt tỷ lệ khá tốt ở nhóm SGLT2 và MRA. So với nghiên cứu của tác giả Đ.T.Hùng về tỷ lệ đạt liều đích ghi nhận ở nghiên cứu chúng tôi thấp hơn ở các nhóm ACE/ARB/ARNi lần lượt là 1,2%; 0,2, 1% với 3,4%; 1,8%; 2,6%, tỷ lệ đạt liều đích ở nhóm BB của chúng tôi và của tác giả Đ.T.Hùng tương tự nhau là 0, điều này giải thích cho việc các bác sĩ còn thận trọng và e ngại khi tăng liều nhóm BB.

Trong phân nhóm suy tim EF > 40%. Tất cả bệnh nhân sau khi ổn định suy tim cấp được sử dụng nhóm SGLT-2i là 100% được duy trì sử dụng ổn định giữa 2 nhóm khi xuất viện và sau xuất viện 30 ngày, tỷ lệ kết hợp SGLT2i với ACE/ARB/ARNI khi xuất viện là 96,8 % (93/96) và sau xuất viện 30 ngày là 100% (93/93), ở nhóm này tỷ lệ bệnh nhân nhận liều điều trị so với liều đích tập trung mức liều đích (50-99), ở nhóm kết hợp BB tuy có tăng từ 66,7% lên 80,6% sau xuất viện 30 ngày nhưng liều chỉ tập trung ở mức liều <25, nhóm MRA tập trung cao ở mức liều đích 100% ở cả khi xuất viện và sau xuất viện 30 ngày.

4.3. Tỷ lệ một số biến cố trong thời gian nằm viện, tử vong và tái nhập viện 30 ngày sau xuất viện

4.3.1. Tỷ lệ một số biến cố trong thời gian nằm viện

Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tụt huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (29,5%), kể đến là tổn thương thận cấp (20,6%).

Tỷ lệ tụt huyết áp cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu EMPULSE 29,5% so với 1,2%, cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Điều Thanh Hùng là 5,7%[1]; điều này có thể giải thích do nghiên cứu chúng tôi có thể do đặc điểm lâm sàng bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi sốc tim chiếm

tỉ lệ khoảng ¼ mẫu bệnh nhân (56/203), sử dụng các thuốc ảnh hưởng đến huyết áp như lợi tiểu, ACE/ARB/ARNI, MRA, BB. Nhóm bệnh nhân được khởi động lại SGLT2i chiếm tỉ lệ 61,7% (37/60).

Tổn thương thận cấp chiếm tỉ lệ 20,6% cao hơn nghiên cứu EMPULSE với tỉ lệ 3,8%, cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Điều Thanh Hùng là 4,1%, nguyên nhân do bệnh diễn tiến suy tim nặng lên dẫn đến tổn thương thận cấp, nhiễm trùng nặng và đa số các bệnh nhân này thuộc nhóm bệnh nhân tử vong nội viện, nhóm bệnh nhân được khởi động lại SGLT2i chiếm tỉ lệ 42,8% (18/42).

Tỉ lệ hạ đường huyết chiếm tỉ lệ 8,8% cao hơn so với nghiên cứu EMPULSE 1,9%, cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Điều Thanh Hùng là 0%, nguyên nhân liên quan đến nhóm bệnh nhân có Đái Tháo Đường có sử dụng Insullin. Ngoài ra, trong nghiên cứu chúng tôi tỉ lệ hạ đường huyết chiếm 8,8% cao hơn so với thông tin hướng dẫn sử dụng thuốc được cty Astrazeneca ban hành. Nhóm bệnh nhân được khởi động lại SGLT2i chiếm tỉ lệ 77,8% (14/18).

Tỉ lệ Tăng Kali/ máu chiếm tỉ lệ 2,9% cao hơn nghiên cứu EMPULSE với tỉ lệ 0,77%, thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Điều Thanh Hùng là 5,1%, nhóm bệnh nhân được khởi động lại SGLT2i chiếm tỉ lệ 83,3% (5/6).

Tỉ lệ Nhịp chậm chiếm tỉ lệ 1,4% cao hơn nghiên cứu EMPULSE với tỉ lệ 1,15%, thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Điều Thanh Hùng là 5,3%, nhóm bệnh nhân được khởi động lại SGLT2i chiếm tỉ lệ 100% (3/3).

Tỉ lệ nhiễm trùng tiểu chiếm tỉ lệ 1,5% thấp hơn so với nghiên cứu EMPULSE với tỉ lệ 4,2%, cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Điều Thanh Hùng là 1,3%. Và cũng thấp hơn so với 4,7% được đưa ra trong hướng dẫn sử dụng thuốc được cty Astrazeneca ban hành. Trong nghiên cứu chúng tôi, tất cả bệnh nhân ghi nhận nhiễm trùng tiểu đều được khởi động lại nhóm SGLT2i.

Trong nghiên cứu chúng tôi, cũng như nghiên cứu EMPULSE, tác giả Điều Thanh Hùng, và thông tin kê toa chưa ghi nhận trường hợp nhiễm toan ceton do SGLT2i.

4.3.2. Tỉ lệ tử vong

Tỉ lệ tử vong:

Nghiên cứu 203 bệnh nhân suy tim cấp ghi nhận tỉ lệ tử vong chung 21,1% (trong đó tử vong nội viện chiếm 18,2% và tỉ lệ tử vong 30 ngày sau xuất viện là 3,6%).

Đối với các nghiên cứu có hiện diện SGLT2i. Nghiên cứu 203 bệnh nhân suy tim cấp ghi nhận tỉ lệ tử vong chung cao hơn so với nghiên cứu EMPULSE là 4,2% và tác giả Hoàng Văn Sỹ là 14,8%[8], tỉ lệ tử vong của chúng tôi cao có thể do bệnh nhập khoa Hồi sức tích cực đều nặng, trong đó sốc tim và phù phổi cấp chiếm tỉ lệ hơn một nửa số bệnh nhân và có yếu tố thúc đẩy là hội chứng vành cấp hoặc nhiễm trùng kèm theo trong lúc nằm viện, ngoài ra có thể thấy độ tuổi nhập viện vì suy tim cấp của các bệnh nhân đều tương đối cao, những bệnh nhân ở độ tuổi này thường mắc nhiều bệnh kèm theo nên việc điều trị, hồi sức thường gặp nhiều khó khăn. Ngoài ra cỡ mẫu của của 3 nghiên cứu là chưa tương đồng 203, 265 và 111 và thời gian theo dõi kết cuộc của EMPULSE là 90 ngày, với nghiên cứu của chúng tôi là 30 ngày.

So sánh tỉ lệ tử vong nội viện, mặc dù nhóm bệnh nhân được khởi động 4 nhóm thuốc nhưng tỉ lệ tử vong nội viện vẫn cao hơn so với tác giả Văn Đức Hạnh 6,8%. Điều đó có thể giải thích độ tuổi nhập viện vì suy tim cấp của các bệnh nhân đều tương đối cao, những bệnh nhân ở độ tuổi này thường mắc nhiều bệnh kèm theo nên việc điều trị, hồi sức thường gặp nhiều khó khăn. Đồng thời, có thể giải thích do đặc điểm nhóm bệnh nhân chúng tôi sốc tim chiếm ¼ tổng mẫu nghiên cứu.

So sánh về tử vong 30 ngày sau xuất viện, chúng tôi chỉ ghi nhận tỉ lệ 3,6% thấp hơn với các nghiên cứu của Bùi Thị Hương Quỳnh[7] và Văn Đức Hạnh lần lượt là 4,7%, 10,4%, sự khác biệt này có thể giải thích là do trong nghiên cứu chúng tôi, bệnh nhân được hưởng lợi từ việc khởi động SGLT2i kết hợp với RAAsi, MRA, BB thuốc điều trị suy tim làm giảm tỉ lệ tử vong sau 30 ngày.

Nguyên nhân tử vong chủ yếu là rối loạn nhịp chiếm tỉ lệ cao nhất, tiếp đến sốc tim và nhiễm trùng.

4.3.3. Tỉ lệ tái nhập viện

Khảo sát 166 bệnh nhân xuất viện chúng tôi ghi nhận tỉ lệ tái nhập viện 19,3% cao hơn so với EMPULSE là 5,3%. Nguyên nhân chủ yếu là suy tim cấp (84,4%) điều này phù hợp vì tỉ lệ bệnh nhân có tiền sử suy tim chiếm tỉ lệ cao. So sánh đối với các nhóm nghiên cứu không có sự hiện diện SGLT2i, chúng tôi khảo sát 166 bệnh nhân xuất viện ghi nhận tỉ lệ tái nhập viện 19,3% tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Dương Khang (18,5%)[6], thấp hơn các nghiên cứu của Labrosciano (22,3%)[15], Bùi Thị Hương Quỳnh (30,2%). Trong các nghiên cứu Nguyễn Dương Khang, nghiên cứu của Labrosciano, Bùi Thị Hương Quỳnh không sử dụng nhóm SGLT2i, điều này cho thấy sử dụng SGLT2i có thể mang lợi ích cho bệnh nhân sau suy tim cấp ổn định, tuy nhiên điều này cần nghiên cứu thêm. Nguyên nhân tái nhập viện chủ yếu là suy tim cấp (84,4%) điều này phù hợp vì tỉ lệ bệnh nhân có tiền sử suy tim chiếm tỉ lệ cao.

Sự khác biệt về tỉ lệ tái nhập viện giữa các nghiên cứu có thể do đặc điểm không tương đồng về cấu trúc tuổi dân số, vùng địa lý cũng như sự khác biệt về tình trạng bệnh, sự tuân thủ điều trị của người bệnh, cỡ mẫu và phương pháp thống kê. Kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi đã gợi ý việc cần chú trọng cải thiện chất lượng chăm sóc và theo dõi trên người bệnh cao tuổi có suy tim cấp.

V. KẾT LUẬN

Việc sử dụng SGLT2i trên lâm sàng đối với bệnh nhân suy tim cấp ổn định tương đối thuận tiện, bệnh nhân dung nạp thuốc khá tốt, không cần phải tăng hay giảm liều điều trị.

Sử dụng sớm SGLT-2i trong giai đoạn suy tim cấp ổn định góp phần giảm tỉ lệ tử vong sau 30 ngày và giảm tỉ lệ tái nhập viện sau 30 ngày. Tỉ lệ tử vong nội viện còn cao do bệnh lý đi kèm và các yếu tố thúc đẩy nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Điều Thanh Hùng, (2022), "Khảo sát sử dụng thuốc trong điều trị suy tim phân suất tống máu giảm tại Bệnh viện Tim Mạch An Giang".
2. Đinh Thị Lan Anh, (2023), "Phân tích đặc điểm sử dụng nhóm thuốc ức chế SGLT-2i trên người bệnh suy tim nội trú tại viện tim mạch", *Tạp chí y học Việt Nam*, tập 526 - tháng 5 - số 1B, tr. 355-359.
3. Bộ Y tế, (2022), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn", tr. 19-25.
4. Văn Đức Hạnh, Lưu Thanh Hùng, Lương Minh Tuấn, Nguyễn Đức Huỳnh, et al, (2019), "Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng tử vong ngắn hạn ở bệnh nhân suy tim cấp tại Bệnh viện Đa khoa Hùng Vương", *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, (88), tr. 74-82.
5. Hội Tim Mạch học Việt Nam, (2022), *Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị bệnh suy tim cấp và suy tim mạn tính 2022*, tr. 69-82.
6. Nguyễn Dương Khang, (2020), *Nghiệm pháp đi bộ 6 phút trước xuất viện và tỉ lệ tái nhập viện trong vòng 30 ngày ở bệnh nhân suy tim*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
7. Bùi Thị Hương Quỳnh, (2022), "Tỷ lệ và các yếu tố liên quan tới tái nhập viện hoặc tử vong ở người bệnh suy tim cấp tại bệnh viện Thống Nhất", *Tạp chí Y học Việt Nam tập 511 - tháng 2 - số 2*, tr. 246-252.
8. Hoàng Văn Sỹ, (2022), "Các yếu tố tiên lượng tử vong hoặc tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện trên bệnh nhân suy tim", *Tạp chí y học Việt Nam*, tập 520, tr. 114-119.
9. Biegun J, Voors A A, Collins S P, Kosiborod M N, et al, (2023), "Impact of empagliflozin on decongestion in acute heart failure: the EMPULSE trial", 44 (1), pp. 41-50.
10. Kosiborod M N, Angermann C E, (2022), "Effects of Empagliflozin on Symptoms, Physical Limitations, and Quality of Life in Patients Hospitalized for Acute Heart Failure: Results From the EMPULSE Trial", 146 (4), pp. 279-288.
11. Kurmani S, Squire I, (2017), "Acute Heart Failure: Definition, Classification and Epidemiology", *Curr Heart Fail Rep*, 14 (5), pp. 385-392.
12. McDonagh T A, Metra M, Adamo M, Gardner R S, et al, (2021), "2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC", *European Heart Journal*, 42 (36), pp. 3599-3726.
13. Tromp J, Ponikowski P, Salsali A, Angermann C E, et al, (2021), "Sodium-glucose co-transporter 2 inhibition in patients hospitalized for acute decompensated heart failure: rationale for and design of the EMPULSE trial", *Eur J Heart Fail*, 23 (5), pp. 826-834.
14. Voors A A, Angermann C E, (2022), "The SGLT2 inhibitor empagliflozin in patients hospitalized for acute heart failure: a multinational randomized trial", 28 (3), pp. 568-574.
15. Labrosciano C, Horton D, Air T, Tavella R, et al, (2021), "Frequency, trends and institutional variation in 30-day all-cause mortality and unplanned readmissions following hospitalisation for heart failure in Australia and New Zealand", *Eur J Heart Fail*, 23 (1), pp. 31-40.

PHỤ LỤC1: THUỐC DÙNG TRONG HFrEF THEO BỘ Y TẾ 2022 VÀ ESC 2021

Nhóm thuốc	Liều bắt đầu	Liều tối đa (VN)	Liều đích (ESC2021)
Lợi tiểu			
Furosemide	20 – 40 mg	400 mg	
Hydrochlorthiazide	25 mg	100 mg	
ACEI			
Captopril	6,25 mg x 3 lần	50 mg x 3 lần	150 mg
Enalapril	2,5 mg x 2 lần	10-20mg x 2 lần	40 mg
Lisinopril	2,5 – 5,0 mg	20 – 35 mg	35 mg
Ramipril	1,25 – 2,5 mg x 2 lần	5,0 mg x 2 lần	10 mg

Trandolapril	0,5 mg	4 mg	4 mg
ARB			
Valsartan	40 mg x 2 lần	160 mg x 2 lần	320 mg
Candesartan	4 mg	32 mg	32 mg
Losartan	12,5 mg	50 mg	150 mg
ARNI			
Sacubitril/Valsartan	50 mg x 2 lần hoặc 100 mg x 2 lần	200 mg x 2 lần	400 mg
Thuốc chặn beta			
Carvedilol	3,125 mg x 2 lần	25 - 50 mg x 2 lần	50 mg
Bisoprolol	1,25 mg	10 mg	10 mg
Metoprolol succinate (CR/XL)	12,5 – 25 mg	100 – 200 mg	200 mg
Nebivolol	1,25 mg	10 mg	10 mg
MRA			
Spirolactone	12,5 – 25 mg	25 - 50 mg	50 mg
Ức chế SGLT-2			
Dapagliflozin	10 mg	10 mg	10 mg
Empagliflozin	10 mg	10 mg	10 mg

KHẢO SÁT TÁC DỤNG PHỤ CỦA CORTICOSTEROID TRONG ĐIỀU TRỊ ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH NHẬP VIỆN BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Huỳnh Thị Huyền Trang, Nguyễn Sơn Nam,
Tô Hồng Ánh, Đỗ Thị Thu Thảo

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) được xem như một biến cố nghiêm trọng trong diễn tiến tự nhiên của bệnh, vì các tác động bất lợi lên sức khỏe, tỷ lệ nhập viện và tiến triển xấu của bệnh. Cùng với việc kết hợp các thuốc giãn phế quản dạng hít, corticosteroid là nền tảng trong điều trị ban đầu đợt cấp và được khuyến cáo mạnh trong các hướng dẫn điều trị hiện hành.

Mục tiêu đề tài: Khảo sát tác dụng phụ của corticosteroid đường toàn thân và đường khí dung trong điều trị đợt cấp BPTNMT nhập viện. **Phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi chọn 89 bệnh nhân đợt cấp BPTNMT nhập viện, được sử dụng corticosteroid trong điều trị. Tiêu chuẩn chẩn đoán đợt cấp BPTNMT theo GOLD, theo Anthonisen 1987.

Phương pháp nghiên cứu: quan sát mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình $63 \pm 10,92$ tuổi, đa phần thuộc nhóm >50 tuổi. Liều corticosteroid đường toàn thân (MethylPrednisolone) trung bình $56,9 \pm 21,93$ mg với $7,94 \pm 1,99$ điều trị; liều corticosteroid đường khí dung (Budesonide) trung bình là $7,93 \pm 1,41$ mg với $6,59 \pm 1,39$ ngày điều trị. Corticosteroid đường toàn thân không làm tăng huyết áp có ý nghĩa trong 5 ngày điều trị ($p > 0,05$), trong khi đó corticosteroid đường khí dung mặc dù không làm tăng huyết áp tâm thu có ý nghĩa ($p > 0,05$), nhưng lại làm tăng huyết áp tâm trương ($p < 0,05$). Đối với đường huyết mao mạch, trong 03 ngày đầu sử dụng corticosteroid đường toàn thân, tăng cao hơn đường huyết bất kỳ lúc nhập viện có ý nghĩa ($p < 0,05$); nhưng đối với những bệnh nhân sử dụng corticosteroid đường khí dung thì không có khác biệt có ý nghĩa ($p > 0,05$). Không có sự thay đổi ion đồ máu (Na^+ và K^+) trong những ngày điều trị bằng corticosteroid ($p > 0,05$).

Từ khoá: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, tác dụng phụ, corticosteroid

ABSTRACT

SURVEY SIDE EFFECTS OF CORTICOSTEROIDS IN TREATING ADMISSION EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN AN GIANG GENERAL CENTER HOSPITAL

Background: Exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (ECOPD) are considered as significant events in COPD's natural progress because of the negative impact on health status, hospitalization rates and worth progressions. Besides combining bronchodilators, corticosteroids are a basement treatment of AECOPD and are recommended strongly in current guidelines.

Objective: To survey the side effects of systemic corticosteroid and aerosol corticosteroid in treating AECOPD.

Methods: There are 89 patients with ECOPD selected in this study who had got corticosteroids. Diagnostic criteria for ECOPD: according to GOLD, Anthonisen in 1987. **Methods:** a prospective observational study. **Results:** Mean age of this study was $63 \pm 10,92$, with the group >50 years having the highest ratio. Systemic corticosteroid dose (MethylPrednisolone) was $56,9 \pm 21,93$ mg using in $7,94 \pm 1,99$ days; aerosol corticosteroid dose (Budesonide) was $7,93 \pm 1,41$ mg using in $6,59 \pm 1,39$ days. In 5 days of treatment, the hypertension condition did not differ significantly ($p > 0,05$) in the group treating systemic corticosteroid; another side, although systolic pressure did not differ significantly ($p > 0,05$), diastolic pressure was increased clearly ($p < 0,05$) in the group treating aerosol corticosteroid. With random capillary glucose, in the first 3 days, there had increased significantly in the group

treating systemic corticosteroid ($p < 0,05$), but had not differed in the group treating aerosol corticosteroid ($p > 0,05$). In addition, there had been no change in plasma ions (Na^+ and K^+) during the days treated with corticosteroids ($p > 0,05$).

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, side effect, corticosteroid

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là một bệnh về phổi không đồng nhất, đặc trưng bởi các triệu chứng hô hấp mạn tính (khó thở, ho, khạc đàm) do những bất thường đường dẫn khí (viêm phế quản, viêm tiểu phế quản) và/hoặc phế nang (khí phế thũng), gây ra tình trạng tắc nghẽn đường dẫn khí dai dẳng và thường tiến triển. Đợt cấp BPTNMT rất thường gặp và làm gia tăng tỷ lệ tử vong lên đứng hàng thứ 3 trên thế giới. Mỗi bệnh nhân trải qua 1-2 đợt kịch phát/năm mà làm giảm dần chức năng phổi, chất lượng cuộc sống và thời gian sống còn. Chi phí điều trị BPTNMT mỗi năm lên tới trên 50 tỷ đô la. Ở Việt Nam, vào năm 2009, tỷ lệ mắc bệnh ở người > 40 tuổi là 4,2% . Việc kết hợp cùng với giãn phế quản dạng hít, corticosteroid toàn thân là nền tảng trong điều trị ban đầu đợt cấp và được khuyến cáo mạnh trong các hướng dẫn điều trị hiện hành. Corticosteroid toàn thân kiểm soát đợt cấp nhằm mục tiêu rút ngắn thời gian phục hồi bệnh, cải thiện chức năng phổi, cải thiện oxy, giảm nguy cơ tái phát sớm, giảm thất bại điều trị và thời gian nằm viện. Bên cạnh đó corticosteroid khí dung cũng cho thấy có khả năng cải thiện đợt cấp và có thể có hiệu quả tương tự như corticosteroid toàn thân. Mặc dù, corticosteroid khí dung được tin rằng khả năng gây tác dụng phụ nặng tiềm tàng thấp hơn corticosteroid toàn thân. Tuy nhiên, vẫn ghi nhận có nhiều tác dụng phụ liên quan đến việc sử dụng corticosteroid toàn thân và corticosteroid khí dung trong thời gian ngắn cũng như thời gian kéo dài. Chúng tôi thực hiện đề tài này với mong muốn khảo sát tác dụng phụ của corticosteroid trong thời gian điều trị đợt cấp BPTNMT với mục tiêu cụ thể sau:

Khảo sát tác dụng phụ của corticosteroid đường toàn thân và đường khí dung trong điều trị đợt cấp BPTNMT nhập viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán BPTNMT tại khoa Nội hô hấp và khoa Nội Tổng hợp - bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang.

** Tiêu chuẩn chọn mẫu*

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định COPD theo GOLD: (khi có cả 3 tiêu chuẩn)
 - + Tuổi từ 40 trở lên.
 - + Có triệu chứng ho và/hoặc khạc đàm mạn tính, khó thở khi gắng sức mạn tính.
 - + Đo thông khí phổi có $\text{FEV1}/\text{FVC} < 0,7$ sau nghiệm pháp hồi phục phế quản.
- Có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán đợt cấp BPTNMT trong 24 giờ nhập viện theo Anthonisen:
 - + *Đợt cấp COPD nhẹ*: Có 1 trong 3 triệu chứng nặng là khó thở, số lượng đờm, màu đục/vàng và các triệu chứng đi kèm khác như: ho, tiếng rít, sốt không lý do. Trong 5 ngày trước đó có xảy ra hiện tượng nhiễm khuẩn đường hô hấp. Nhịp thở, nhịp tim tăng > 20% so với ban đầu.
 - + *Đợt cấp COPD trung bình*: có 2 trong 3 triệu chứng nặng sau: khó thở, số lượng đờm, màu đục/vàng hơn. Lúc này, người bệnh nên sử dụng kháng sinh nếu màu sắc của đờm không tốt.
 - + *Đợt cấp COPD nặng*: có cả 3 triệu chứng nặng sau: khó thở, số lượng đờm, màu đục/vàng hơn. Bệnh nhân được khuyến nghị dùng kháng sinh.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

** Tiêu chuẩn loại trừ*

Bệnh nhân đang mắc các bệnh phổi khác (viêm phổi, lao phổi, ung thư phổi)
Bệnh nhân gù vẹo lồng ngực, biến dạng lồng ngực do nguyên nhân bẩm sinh hoặc chấn thương.
Bệnh nhân bị tràn dịch, tràn khí màng phổi.

Bệnh nhân mắc các bệnh cấp tính kèm theo là nguyên nhân nhập viện nổi trội hơn đợt cấp BPTNMT như: viêm cơ tim, suy tim cấp... Bệnh nhân đã thở máy từ tuyến dưới, hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Quan sát mô tả tiến cứu có phân tích.

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ trong quần thể

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Với n: cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ nhất hợp lý.

Đối với khoảng tin cậy 95%, Z=1,96.

p: tỷ lệ bệnh nhân tăng đường huyết sau khi sử dụng corticosteroid ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhập viện. Theo nghiên cứu của Donihi AC và cộng sự vào năm 2006 khi quan sát trên bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhập viện mà chưa có tiền sử đái tháo đường trước đây, tỷ lệ bệnh nhân tăng đường huyết sau khi sử dụng corticosteroid là 68%. Vì vậy chúng tôi ước lượng p=0,68.

d: mức chính xác của nghiên cứu (sai số cho phép), chọn d là 10%.

Tính được n=84. Vậy cỡ mẫu nhỏ nhất hợp lý là 84 mẫu. Thực tế chúng tôi thu thập được 89 bệnh nhân.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất, tần số, tỷ lệ phần trăm. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm văn hóa xã hội đối tượng nghiên cứu

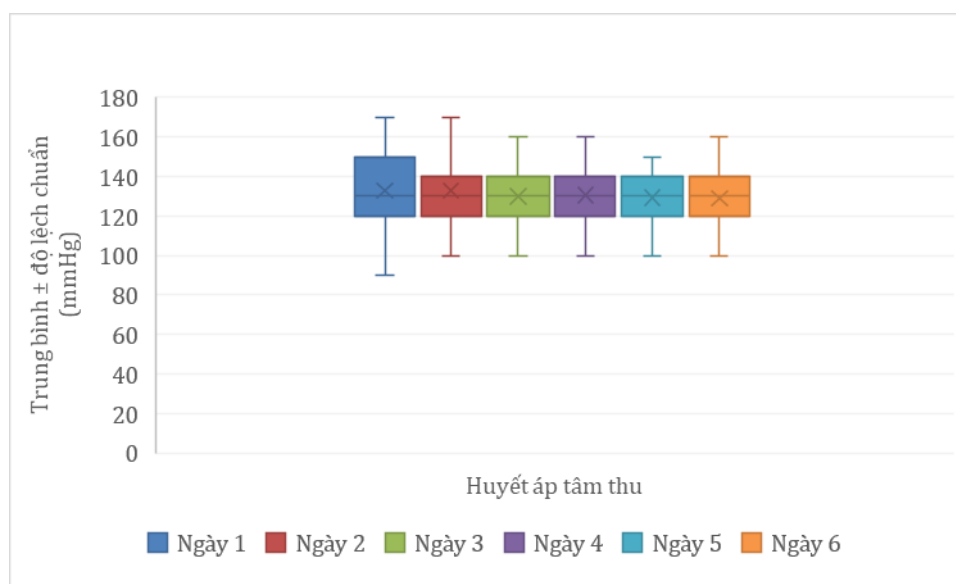
		Tần số	Tỷ lệ %	Trung bình
Giới	Nam	89	100	
	Nữ	0	0	
Tuổi	≤ 20	0	0	63 $\pm$ 10,92
	21-30	0	0	
	31-40	1	1,1	
	41-50	14	15,7	
	51-60	28	31,5	
	61-70	25	28,1	
	71-80	19	21,4	
	>80 tuổi	2	2,2	
Nơi cư trú	Thành thị	24	27	
	Nông thôn	65	73	

Nhận xét: 100% nam giới đến khám và nhập viện mắc COPD. Phần lớn bệnh nhân nhập viện có độ tuổi >50 chiếm 83,2%. 73% sống ở nông thôn. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 63 $\pm$ 10,92.

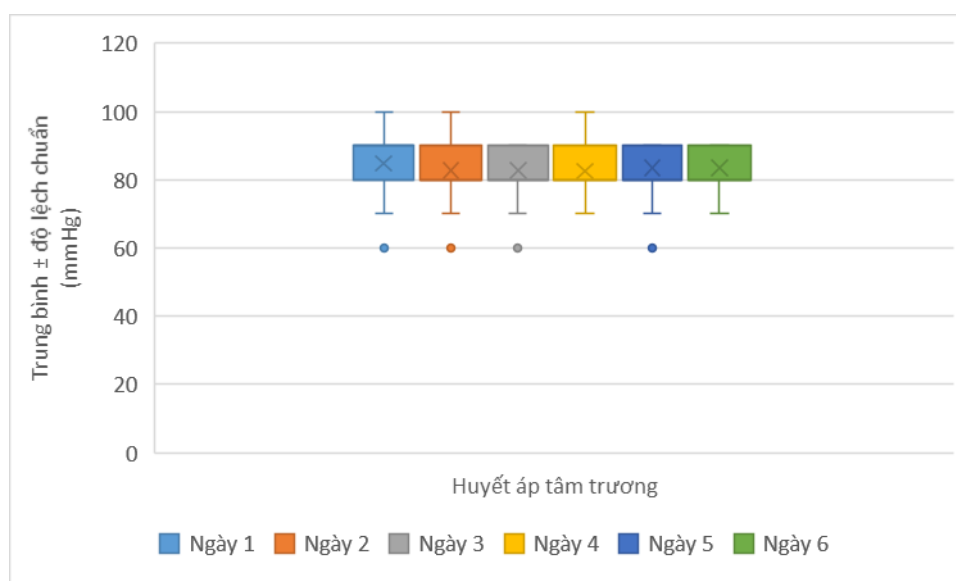
Bảng 2. Liều corticosteroid

Corticosteroid (TB ± DLC)	Liều (mg)	Ngày
Đường toàn thân (n= 62) (Methylprednisolone)	56,9±21,93	7,94±1,99
Đường khí dung (n=27) (Budesonide)	7,93±1,41	6,59±1,39

Nhận xét: Liều corticosteroid đường toàn thân trung bình 56,9±21,93mg với số ngày trung bình 7,94±1,99 ngày. Liều khí dung trung bình 7,93±1,41mg với số ngày trung bình 6,59±1,39



Hình 1. Dao động huyết áp tâm thu theo ngày trên bệnh nhân sử dụng corticosteroid đường toàn thân



Hình 2. Dao động huyết áp tâm trương theo ngày trên bệnh nhân sử dụng corticosteroid đường toàn thân

Bảng 3. Mức độ huyết áp trung bình ở bệnh nhân sử dụng corticosteroid đường toàn thân

Huyết áp	HATT trung bình $\pm$ ĐLC (mmHg)	p	HATTr trung bình $\pm$ ĐLC (mmHg)	p
Ngày 1 (lúc NV)	132,74 $\pm$ 18,57		84,84 $\pm$ 7,63	
Ngày 2	132,9 $\pm$ 15,93	0,908	82,74 $\pm$ 8,72	0,096
Ngày 3	129,84 $\pm$ 14,77	0,095	82,74 $\pm$ 8,13	0,079
Ngày 4	130,48 $\pm$ 12,6	0,222	82,58 $\pm$ 7,67	0,056
Ngày 5	129,18 $\pm$ 10,74	0,061	83,55 $\pm$ 7,04	0,289
Ngày 6	129,03 $\pm$ 13,15	0,077	83,39 $\pm$ 6,51	0,182

Nhận xét: Khác biệt cả mức huyết áp tâm thu và tâm trương ở bệnh nhân sử dụng corticosteroid đường toàn thân so với ngày đầu lúc nhập viện không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 4. Mức độ huyết áp trung bình ở bệnh nhân sử dụng corticosteroid đường khí dung

Huyết áp	HATT trung bình $\pm$ ĐLC (mmHg)	p	HATTr trung bình $\pm$ ĐLC (mmHg)	p
Ngày 1 (lúc NV)	136,3 $\pm$ 18,84		83,33 $\pm$ 6,2	
Ngày 2	132,22 $\pm$ 14,23	0,078	84,81 $\pm$ 6,43	0,256
Ngày 3	131,85 $\pm$ 13,02	0,069	87,78 $\pm$ 5,06	0,016
Ngày 4	132,22 $\pm$ 13,68	0,086	86,67 $\pm$ 6,79	0,026
Ngày 5	130 $\pm$ 11,77	0,019	87,04 $\pm$ 6,69	0,039
Ngày 6	131,48 $\pm$ 12,31	0,119	82,59 $\pm$ 7,12	0,678

Nhận xét: Nhìn chung sự thay đổi huyết áp tâm thu trung bình ở những bệnh nhân sử dụng corticosteroid đường khí dung không có ý nghĩa thống kê. Đối với huyết áp tâm trương trung bình ở ngày 3, ngày 4 và ngày 5 thì cao hơn so với ngày đầu nhập viện, tất cả các khác biệt đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5. Mức độ đường máu mao mạch bất kỳ ở bệnh nhân sử dụng corticosteroid đường toàn thân và khí dung

Đường máu mao mạch bất kỳ	Đường toàn thân		Đường khí dung	
	Trung bình $\pm$ ĐLC (mmol/L)	p	Trung bình $\pm$ ĐLC (mmol/L)	p
Ngày 1 (lúc NV)	7,29 $\pm$ 1,95		6,95 $\pm$ 2,15	
Ngày 2	7,48 $\pm$ 1,98	0,008	7,09 $\pm$ 2,13	0,199
Ngày 3	7,69 $\pm$ 2,24	0,002	7,17 $\pm$ 2,06	0,097
Ngày 4	7,53 $\pm$ 1,59	0,038	7,07 $\pm$ 1,75	0,405
Ngày 5	7,49 $\pm$ 1,61	0,104	7,15 $\pm$ 1,93	0,092
Ngày 6	7,35 $\pm$ 1,34	0,756	7,15 $\pm$ 1,84	0,278

Nhận xét: Đối với những bệnh nhân sử dụng corticosteroid đường toàn thân thì mức đường máu mao mạch bất kỳ ở ngày 2, ngày 3, ngày 4 thì cao hơn so với ngày đầu nhập viện với $p < 0,05$. Khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ở những bệnh nhân sử dụng corticosteroid đường khí dung.

Bảng 6. Ion đồ máu ở những bệnh nhân sử dụng corticosteroid đường toàn thân

Ion đồ	Na ⁺ (mmol/L) (TB ± ĐLC)	p	K ⁺ (mmol/L) (TB ± ĐLC)	p
Lúc NV	132,26±4,85		3,22±0,48	
Ngày 3	133,03±3,64	0,075	3,27±0,3	0,251
Ngày 5	133,16±4,85	0,076	3,31±0,19	0,109

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ Na⁺ và K⁺ ở những bệnh nhân sử dụng corticosteroid đường toàn thân.

Bảng 7. Ion đồ máu ở những bệnh nhân sử dụng corticosteroid đường khí dung

Ion đồ	Na ⁺ (mmol/L) (TB ± ĐLC)	p	K ⁺ (mmol/L) (TB ± ĐLC)	p
Lúc NV	132,63±3,77		3,18±0,16	
Ngày 3	133,04±1,74	0,457	3,24±0,12	0,067
Ngày 5	132,85±1,89	0,725	3,31±0,11	<0,001

Nhận xét: Đối với những bệnh nhân sử dụng corticosteroid đường khí dung thì nồng độ K⁺ máu ở ngày 5 cao hơn so với ngày đầu nhập viện với $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu trên 89 bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhập viện tại khoa Nội hô hấp Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

Chúng tôi ghi nhận, tuổi trung bình trong nghiên cứu là 63±10,92 tuổi; hơn ¾ số bệnh nhân thuộc nhóm tuổi >50 tuổi, chiếm tỷ lệ 83,2%.

Tác giả (năm)	Tuổi trung bình ± độ lệch chuẩn (năm)
Shi QF (2021)	77,57±7,22
Nguyễn Quang Đợi (2019)	70,2±9,3
Chúng tôi	63±10,92

Khi so sánh với các nghiên cứu của các tác giả khác, độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với độ tuổi trung bình của các nhóm tác giả Shi QF, Nguyễn Quang Đợi. Điều khác biệt trên có lẽ do ảnh hưởng của các yếu tố môi trường sống (thuốc lá thụ động, chủ động, các loại khói bụi giao thông, công nghiệp,...) làm cho tuổi mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính càng trẻ hoá.

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trên người lớn tuổi gây áp lực lớn về chi phí điều trị, dẫn đến việc gia tăng sử dụng các dịch vụ chăm sóc y tế, tỷ lệ nhập viện, thời gian nằm viện, tỷ lệ tái nhập viện và tử vong do đợt cấp.

Đợt cấp BPTNMT là biến cố thường gặp trong bệnh cảnh tự nhiên của bệnh và cũng là biến chứng nặng nề bất kể tuổi tác. Tuy nhiên, suất độ của đợt cấp BPTNMT tăng dần theo độ tuổi và kết cục ở những người cao tuổi thường xấu hơn so với những người trẻ tuổi hơn. Người ta còn nhận thấy tuổi cao là một yếu tố nguy cơ độc lập của đợt cấp BPTNMT. Cứ tăng mỗi 10 tuổi thì tăng 20% nguy cơ vào đợt cấp BPTNMT và tăng đến 30% tỷ lệ tử vong do đợt cấp. Đợt cấp BPTNMT là biến cố quan trọng trong việc kiểm soát bệnh vì chúng tác động xấu đến sức khỏe, tỷ lệ nhập viện và tái nhập viện, cũng như tiến triển của bệnh. Ngoài ra, bệnh nhân BPTNMT cũng làm gia tăng nguy cơ các biến cố cấp tính khác xuất hiện, đặc biệt là suy tim mất bù, viêm phổi hay thuyên tắc phổi. Mục tiêu điều trị đợt cấp BPTNMT là làm tối thiểu hoá các tác động tiêu cực của các đợt cấp và phòng ngừa chúng. Sử dụng corticosteroid trong đợt cấp BPTNMT làm giảm thời gian tái phát và cải thiện chức năng phổi (FEV1). Đồng thời, chúng cũng cải thiện oxy, nguy cơ tái phát sớm, thất bại điều trị cũng như kéo dài thời gian nằm viện.

2. Liều corticosteroid

Trong nghiên cứu của mình, chúng tôi nhận thấy thời gian và liều lượng corticosteroid đường toàn thân được sử dụng tương tự như khuyến cáo của GOLD 2023 và của nhóm tác giả Ding Z năm 2016.

3. Tác dụng phụ

Trong điều trị đợt cấp BPTNMT, bên cạnh giãn phế quản dạng hít, kháng sinh khi có chỉ định, corticosteroid đường toàn thân là nền tảng trong điều trị ban đầu đợt cấp và được khuyến cáo mạnh trong các hướng dẫn điều trị hiện hành. Corticosteroid đường toàn thân kiểm soát đợt cấp nhằm mục tiêu rút ngắn thời gian phục hồi bệnh, cải thiện chức năng phổi, cải thiện oxy, giảm nguy cơ tái phát sớm, giảm thất bại điều trị và thời gian nằm viện. Bên cạnh đó, corticosteroid đường khí dung cũng cho thấy có khả năng cải thiện đợt cấp và có thể có hiệu quả tương tự như corticosteroid đường toàn thân. Mặc dù, corticosteroid đường khí dung được tin rằng khả năng gây tác dụng phụ nặng tiềm tàng thấp hơn corticosteroid đường toàn thân. Tuy nhiên, vẫn ghi nhận có nhiều tác dụng phụ liên quan đến việc sử dụng corticosteroid đường toàn thân và corticosteroid đường khí dung trong thời gian ngắn cũng như thời gian kéo dài.

3.1. Tăng huyết áp

Tăng huyết áp là nguyên nhân về tỷ lệ tử vong và tỷ suất mắc bệnh về tim mạch thường gặp có thể phòng ngừa. Tỷ lệ hiện mắc về tăng huyết áp giữa những người sử dụng corticosteroid hơn 30% và dao động từ 25 – 93% ở bệnh nhân có hội chứng Cushing. Tác động của bệnh lý tăng huyết áp lên bệnh nhân có vẻ cao hơn ở những người mắc bệnh lý mạn tính. Sử dụng corticosteroid liều cao có thể khởi phát tình trạng giữ nước, đặc biệt trên những bệnh nhân có bệnh lý thận hoặc tim nền. Điều này là không nghiêm trọng đối với những người không bệnh vì tình trạng thoát mineralocorticoid ngăn tình trạng quá tải dịch tiến triển. Tăng huyết áp được biết như là một tác dụng phụ của việc sử dụng corticosteroid; tuy nhiên, tác dụng phụ này liên quan đến liều lượng thuốc sử dụng và không có vẻ xảy ra trên những bệnh nhân sử dụng liều thấp corticosteroid. Đến nay, cơ chế làm tăng huyết áp trên những bệnh nhân sử dụng corticosteroid chưa được hiểu rõ hoàn toàn.

* Sử dụng corticosteroid đường toàn thân

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chọn theo dõi liên tục huyết áp 5 ngày sau khi bắt đầu sử dụng corticosteroid vì số ngày sử dụng trung bình corticosteroid trong nghiên cứu của chúng tôi dao động trong 6 – 7 ngày. Chúng tôi nhận thấy, khi so sánh huyết áp cả tâm thu lẫn tâm trương ở bệnh nhân sử dụng corticosteroid đường toàn thân trong 5 ngày liên tiếp với huyết áp ban đầu lúc nhập viện thì không có sự khác biệt về độ dao động huyết áp có ý nghĩa thống kê. Điều này có thể giải thích, mặc dù sử dụng corticosteroid đường toàn thân liều cao, nhưng sử

dụng ngăn ngày nên đa phần tình trạng thoát mineracocorticoid trên bệnh nhân tốt. Từ đó, ngăn ngừa được tình trạng giữ muối, nước. Từ đó, chúng tôi khuyến nghị điều trị corticosteroid đường toàn thân theo khuyến cáo của GOLD 2023 trong điều trị đợt cấp BPTNMT vừa có tác dụng điều trị, vừa không làm tăng huyết áp có ý nghĩa.

*** Sử dụng corticosteroid đường khí dung**

Đối với những bệnh nhân sử dụng corticosteroid đường khí dung, chúng tôi nhận thấy không có sự thay đổi huyết áp tâm thu có nghĩa trong những ngày sử dụng thuốc, nhưng huyết áp tâm trương lại có sự thay đổi (tăng) có ý nghĩa giữa ngày 3, ngày 4, ngày 5 so với ngày 1 (là lúc nhập viện) ($P < 0,05$).

Từ đó, chúng tôi khuyến nghị vẫn tiếp tục sử dụng corticosteroid đường khí dung trong điều trị ban đầu đợt cấp BPTNMT với liều trung bình 4mg/ngày, và đặc biệt cần quan tâm đến tình trạng tăng huyết áp tâm trương trong những ngày sử dụng thuốc. Và từ đó có kế hoạch theo dõi và điều trị khi cần thiết.

3.2. Đường huyết

Tăng đường huyết là một trong nhiều tác dụng phụ quan trọng được biết đến khi điều trị bằng corticosteroid đường toàn thân, đặc biệt trên những bệnh nhân phải sử dụng corticosteroid liều cao. Một nghiên cứu quan sát đã ghi nhận tỷ lệ hiện mắc bệnh lý đái tháo đường mới xuất hiện lên đến 46% bệnh nhân sau khởi phát điều trị corticosteroid. Đái tháo đường mới xuất hiện xảy ra trong khoảng 10 – 20% các trường hợp ghép tạng trong vòng một vài năm sau khi khởi động điều trị bằng corticosteroid. Ngoài ra, việc sử dụng corticosteroid là yếu tố nguy cơ độc lập với tình trạng tăng đường huyết trên bệnh nhân bệnh nặng mà không có bệnh đái tháo đường. Những bệnh nhân tăng đường huyết mới xuất hiện làm tăng tỷ lệ tử vong và thời gian nằm viện so với những bệnh nhân không tăng đường huyết.

*** Sử dụng corticosteroid đường toàn thân**

Trong nghiên cứu, chúng tôi chọn đường máu mao mạch bất kỳ lúc nhập viện và trong 5 ngày tiếp theo sau đó để theo dõi và đánh giá tình trạng tăng đường huyết của bệnh nhân. Chúng tôi nhận thấy, trong 3 ngày đầu sau khi bắt đầu khởi động điều trị bằng corticosteroid đường toàn thân thì có tình trạng tăng đường huyết có ý nghĩa so với lúc mới nhập viện ($p < 0,05$). Trong 2 ngày tiếp theo sau đó, thì không có tình trạng tăng đường huyết có ý nghĩa so với lúc nhập viện. Điều này có thể lý giải là do bệnh nhân được theo dõi sát tình trạng đường huyết khi được sử dụng corticosteroid đường toàn thân, nên khi có tình trạng tăng đường huyết xuất hiện thì bệnh nhân đều được kiểm soát bằng chế độ ăn và thuốc hạ đường huyết (insulin). Và cũng có thể, khi tình trạng bệnh của bệnh nhân những ngày sau bắt đầu cải thiện dần, thì tình trạng căng thẳng của bệnh nhân giảm dần, do đó cũng có thể làm đường huyết không tăng cao. Từ đó, chúng tôi đề nghị trên lâm sàng, khi bắt đầu sử dụng corticosteroid đường toàn thân, đặc biệt liều cao, trong điều trị đợt cấp BPTNMT thì các nhà lâm sàng cần phải theo dõi sát tình trạng đường huyết của bệnh nhân. Từ đó, có những phương pháp kiểm soát thích hợp để tránh tình trạng tăng đường huyết quá mức dẫn đến hôn mê tăng đường huyết.

*** Sử dụng corticosteroid đường khí dung**

Khi sử dụng corticosteroid đường khí dung để kiểm soát đợt cấp BPTNMT, trong nghiên cứu na, chúng tôi ghi nhận không có sự gia tăng đường huyết bất kỳ có ý nghĩa thống kê so với đường huyết bất kỳ tại thời điểm nhập viện ($p > 0,05$). Điều này có thể được giải thích là do tác dụng của corticosteroid đường khí dung chủ yếu là tại chỗ, tức là tại đường thở. Do đó, ít có ảnh hưởng đến sự gia tăng đường huyết toàn thân do ức chế trục hạ đồi – tuyến yên – tuyến thượng thận. Từ đó, chúng tôi đề nghị sử dụng corticosteroid đường khí dung trong kiểm soát đợt cấp BPTNMT. Nên sử dụng thay thế cho corticosteroid đường toàn thân trong một vài trường hợp corticosteroid đường toàn thân có chống chỉ định hay khi bệnh nhân có nguy cơ cao bị tác dụng phụ xấu khi sử dụng corticosteroid đường toàn thân.

3.3. Ion đồ máu

Corticosteroid là yếu tố điều hoà chính của trạng thái cân bằng nội mô toàn cơ thể. Tác dụng của corticosteroid rất phổ biến, bao gồm những thay đổi sâu sắc trong chuyển hoá carbohydrate, protein và lipid, và điều hoà cân bằng nước và điện giải. Tác động của corticosteroid có thể được phân thành 2 nhóm chung: glucocorticoid (chuyển hoá trung gian, tình trạng viêm, miễn dịch, chữa lành vết thương, tính toàn vẹn của cơ tim và cơ) và mineralocorticoid (chuyển hoá muối, nước và chất khoáng).

Tác động chính của mineralocorticoid là điều hoà bài tiết điện giải ở thận. Điểm đặc trưng ban đầu của thừa quá mức mineralocorticoid là cân bằng Na^+ dương, gia tăng thể tích dịch ngoại bào, Na^+ máu bình thường hoặc tăng nhẹ, hạ K^+ máu và kiềm máu. Tác động của glucocorticoid trên thận khác với mineralocorticoid. Glucocorticoid làm tăng thải nước, tăng độ lọc cầu thận và tăng lưu lượng huyết tương qua thận. Mặc dầu tình trạng gia tăng giữ Na^+ và thải K^+ xảy ra với cortisol, nhưng không có tình trạng tăng thải H^+ . Sự thay đổi điện giải cũng xảy ra ngoài thận để đáp ứng với điều trị bằng mineralocorticoid, ở niêm mạc đường tiêu hoá, tuyến mô hôi và nước bọt, và tuyến tụy ngoại tiết.

Trong nghiên cứu của mình, trên những bệnh nhân điều trị đợt cấp bằng corticosteroid đường toàn thân, chúng tôi nhận thấy không có sự thay đổi Na^+ và K^+ máu lúc nhập viện so với 2 lần theo dõi tiếp theo sau đó có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Tương tự vậy, ở những bệnh nhân sử dụng corticosteroid đường khí dung cũng không làm thay đổi điện giải đồ (Na^+ và K^+) máu trong lần đầu. Tuy nhiên, vào lần thứ hai thì nồng độ K^+ trung bình cao hơn có ý nghĩa thống kê so với lúc nhập viện có lẽ do bệnh nhân được bác sĩ bù K^+ .

Ngoài ra, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào trong nghiên cứu của mình có tình trạng loạn thần cấp, rối loạn tiêu hoá, viêm phổi sau điều trị bằng corticosteroid trong kiểm soát đợt cấp BPTNMT.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 89 bệnh nhân nhập viện khoa Hồi sức Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang vì đợt cấp BPTNMT, được sử dụng corticosteroid trong kiểm soát đợt cấp BPTNMT. Chúng tôi nhận thấy:

- Tuổi trung bình >50 tuổi chiếm hơn 3/4 số lượng bệnh nhân.
- Corticosteroid đường toàn thân không làm tăng huyết áp tâm thu hay tâm trương. Nhưng đường khí dung lại làm tăng huyết áp tâm trương ($p<0,05$).
- Corticosteroid đường toàn thân làm tăng đường huyết bất kỳ có ý nghĩa trong 03 ngày đầu điều trị ($<0,05$). Nhưng corticosteroid đường khí dung thì không làm tăng đường huyết bất kỳ có ý nghĩa ($p>0,05$).
- Cả 2 đường dùng corticosteroid đều không làm thay đổi điện giải đồ trong máu trong thời gian theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Đợi (2019), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ tắc động mạch phổi cấp ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
2. Phan Quang Hiếu, Lê Tiến Dũng (2023), “Khảo sát tác dụng phụ của corticosteroid trong điều trị đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhập viện”, *Chuyên đề Hội hô hấp Thành phố Hồ Chí Minh*.
3. Bộ Y Tế (2018), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính*, Nhà xuất bản Y học.
4. Ding Z, Li X, Lu Y, et al (2016), “A randomized, controlled multicentric study of inhaled budesonide and intravenous methylprednisolone in the treatment on acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease”, *Respir Med*, 121:39-47. doi:10.1016/j.rmed.2016.10.013
5. Donihi AC, Raval D, Saul M, et al (2006), “Prevalence and predictors of corticosteroid-related hyperglycemia in hospitalized patients”, *Endocr Pract*, 12(4):358-62. doi:10.4158/EP.12.4.358
6. GOLD (2023), “Report: Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease”, *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*, Chapter 5:134-147.
7. Kenneth GS, Daniel EF, Kenneth JW, et al (2022), *Major side effects of systemic glucocorticoids*, UpToDate.
8. Lorraine IM, John AC, Kufe DW, Pollock RE, Weichselbaum RR, et al (2003), “Physiologic and Pharmacologic Effects of Corticosteroids”, ed. *Hollad-Frei Cancer Medicin*, Pmph USA Ltd.
9. Mebrahtu TF, Morgan AW, West RM, et al (2020), “Oral glucocorticoids and incidence of hypertension in people with chronic inflammatory diseases: a population-based cohort study”, *CMAJ*, 192(12):E295-E301. doi:10.1503/cmaj.191012 .
10. Shi QF, Sheng Y, Zhu N, et al (2019), “The v-DECAF score can predict 90-day all-cause mortality in patients with COPD exacerbation requiring invasive mechanical ventilation”, *Clin Respir J*. Jul, 13(7):438-445. doi:10.1111/crj.13028

KHẢO SÁT TỶ LỆ ĐẠT MỤC TIÊU LDL-C VỚI STATIN TỐI ƯU TRÊN BỆNH NHÂN NGOẠI TRÚ NGUY CƠ TIM MẠCH CAO TẠI AN GIANG

Quảng Thị Huyền Trang, Mai Thanh Bình, Đặng Văn Thanh

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn lipid máu là một yếu tố nguy cơ tim mạch chính làm tăng tỷ lệ mắc và tử vong trên toàn thế giới. Đạt mục tiêu LDL-C tối ưu thông qua liệu pháp statin đặc biệt quan trọng trong phòng ngừa bệnh tim mạch nguyên phát và thứ phát, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao. Tuy nhiên, dữ liệu về hiệu quả của phác đồ statin hiếm khi đạt mục tiêu LDL-C ở một số nhóm đối tượng vẫn còn hạn chế.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C $<1.4\text{mmol/L}$ ở bệnh nhân ngoại trú có nguy cơ tim mạch cao và rất cao đang được điều trị bằng liệu pháp statin tối ưu tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

Phương pháp: mô tả cắt ngang theo dõi dọc. Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên, đánh giá nguy cơ tim mạch theo SCORE ở nhóm nguy cơ cao hoặc rất cao (ESC 2019), theo dõi trong 3 tháng khi sử dụng liệu pháp statin cường độ cao (atorvastatin 40mg hoặc rosuvastatin 20mg hoặc statin hoạt lực cao phối hợp với ezetimibe). Kết quả: 93 bệnh nhân ngoại trú được chọn tham gia nghiên cứu, trong đó có 61,3% bệnh nhân đạt mục tiêu LDL-C ($<1,4\text{ mmol/L}$). Bệnh đồng mắc phổ biến nhất là tăng huyết áp (89,2%) và hội chứng mạch vành mạn (80,6%). Nhóm bệnh nhân sử dụng atorvastatin 40mg đơn trị chiếm tỷ lệ cao nhất (63,4%), tiếp theo là rosuvastatin 20mg đơn trị (17,2%). Sau 3 tháng, mức giảm giá trị LDL-C trung bình có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Không ghi nhận tác dụng phụ nghiêm trọng liên quan đến liệu pháp statin.

Kết luận: Liệu pháp statin cường độ cao, có hoặc không phối hợp với ezetimibe có hiệu quả cao trong điều trị giảm LDL-C ở bệnh nhân ngoại trú có nguy cơ tim mạch cao và rất cao. Tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C trong nghiên cứu này là 61,3%.

ABSTRACT

Evaluation of LDL-C Target Achievement with Optimal Statin Therapy in High Cardiovascular Risk Outpatients in An Giang.

Background: Dyslipidemia is a major cardiovascular risk factor, significantly contributing to morbidity and mortality worldwide. Achieving optimal LDL-C levels through statin therapy plays a crucial role in the primary and secondary prevention of cardiovascular diseases, particularly in high-risk patients. However, data on the effectiveness of statin regimens in achieving LDL-C targets for specific patient populations remain limited.

Objective: To determine the rate of LDL-C target achievement among high and very high cardiovascular risk outpatients treated with optimal statin therapy at An Giang General Hospital.

Methods: This study employed a cross-sectional design with follow-up. Participants were patients aged 40 years or older, classified as high or very high cardiovascular risk (ESC 2019), and monitored for 3 months while receiving high-intensity statin therapy (atorvastatin 40 mg or rosuvastatin 20 mg) or combination therapy with ezetimibe.

Results: Among the 93 patients enrolled, 61.3% achieved the LDL-C target ($<1.4\text{ mmol/L}$). The most common comorbidities were hypertension (89.2%) and chronic coronary syndrome (80.6%). The largest proportion of patients (63.4%) were treated with atorvastatin 40 mg monotherapy, followed by rosuvastatin 20 mg (17.2%). After 3 months, the average reduction in LDL-C was statistically significant ($p<0.05$). No severe adverse effects related to statin therapy were reported. Conclusion: High-intensity statin therapy, with or without

ezetimibe, is highly effective in reducing LDL-C levels among high and very high cardiovascular risk outpatients. The rate of LDL-C target achievement in this study was 61.3%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lipid máu là một trong những yếu tố nguy cơ hàng đầu gây tử vong do các bệnh tim mạch liên quan đến xơ vữa động mạch, bệnh mạch vành, và bệnh mạch máu não [4][12]. Ước tính trên toàn cầu vào năm 2020, có khoảng 19,05 triệu người tử vong vì bệnh tim mạch. Tại Việt Nam, năm 2017, bệnh tim mạch đã gây ra số tử vong cao nhất với 201,14 nghìn người. Nguy cơ này tăng cao hơn khi rối loạn lipid máu kết hợp với các yếu tố nguy cơ khác như hút thuốc lá, tăng huyết áp, đái tháo đường, lối sống ít vận động, thừa cân, và béo phì [16][19][21]. Trong 20 năm qua, ngày càng có nhiều công trình nghiên cứu trên thế giới khẳng định tầm quan trọng của việc quản lý rối loạn lipid máu nhằm phòng ngừa nguyên phát và thứ phát các bệnh mạch máu do xơ vữa động mạch, đặc biệt là bệnh động mạch vành. Tuy nhiên, rối loạn lipid máu vẫn chưa được quan tâm đúng mức và điều trị hiệu quả, dẫn đến tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị còn thấp. Kết quả từ nghiên cứu CEPHEUS – Pan Asia thực hiện tại 8 quốc gia Châu Á bao gồm Việt Nam, cho thấy chỉ khoảng 40,1% bệnh nhân đạt được mục tiêu LDL-C, và trong nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao và rất cao, tỷ lệ đạt mục tiêu càng thấp hơn. Do đó, nhằm góp phần nâng cao hiệu quả điều trị rối loạn lipid máu, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu với mục tiêu cụ thể trong bối cảnh này. Các hướng dẫn hiện nay càng đưa mục tiêu LDL-c cụ thể hơn, chặt chẽ hơn với mục đích để ứng dụng trong thực hành lâm sàng cũng như hạn chế tối đa các biến cố tim mạch. Nghiên cứu CEPHEUS – Pan Asia cho thấy mức nguy cơ tim mạch càng cao thì tỷ lệ đạt LDL-C theo mục tiêu điều trị càng thấp, chỉ có 34,9% bệnh nhân có nguy cơ rất cao đạt mục tiêu điều trị đối với LDL-C [17].

Tại Việt Nam, nghiên cứu DYSIS II ACS được thực hiện tại 4 trung tâm: Viện Tim Mạch Quốc Gia, bệnh viện Chợ Rẫy, bệnh viện Tim Tâm Đức và Viện Tim TP Hồ Chí Minh với 205 bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu LDL-C là 26,9% và tỷ lệ LDL-C đạt mục tiêu ở nhóm nguy cơ rất cao là 40,1% [6][9].

Tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, chúng ta chưa đánh giá đầy đủ tỷ lệ đạt mục tiêu trên nhóm bệnh nhân nguy cơ tim mạch cao và rất cao. Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài “Khảo sát tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C trên bệnh nhân nguy cơ tim mạch cao và rất cao điều trị bằng statin liều tối ưu tại Khoa Khám bệnh - Bệnh Viện Đa khoa Trung tâm An Giang” với 2 mục tiêu:

1. *Đặc điểm rối loạn lipid máu trên bệnh nhân nguy cơ tim mạch cao và rất cao.*
2. *Xác định tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-c sau 3 tháng trên bệnh nhân nguy cơ tim mạch cao và rất cao điều trị ngoại trú bằng statin liều cao.*

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả cắt ngang, theo dõi dọc.

2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện. Cỡ mẫu được áp dụng dựa theo công thức ước lượng một tỷ lệ ($n=93$), dựa vào đối tượng nghiên cứu của tác giả Nguyễn Giang Phúc Khánh (2022).

3. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân ngoại trú tại khoa Khám Bệnh (BVĐK Trung tâm An Giang) thuộc nhóm nguy cơ tim mạch cao và rất cao từng được điều trị tại khoa Tim mạch lão học từ tháng 1/2024 đến tháng 7/2024. Sau đó xuất viện tái khám tại khoa Khám Bệnh với liều statin tối ưu bệnh nhân có thể dung nạp.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ tim mạch cao và rất cao và có LDL-C chưa đạt mục tiêu điều trị theo ESC 2019.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN tử vong nội viện hoặc trong thời gian sau 3 tháng theo dõi; BN thuộc nhóm nguy cơ tim mạch cao và rất cao nhưng có các bệnh lý: tắc nghẽn ống mật, xơ gan mất

bù, tăng men gan, đang dùng những thuốc làm tăng lipid máu (corticoid kéo dài, lợi tiểu nhóm thiazide, thuốc chẹn beta)...; BN tăng men gan (AST, ALT $\geq$ gấp 3 lần ngưỡng bình thường cao) trong quá trình điều trị nội trú và ngoại trú; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

4. Biến số nghiên cứu

* *Statin tối ưu hay cường độ cao*: ACC/AHA xác định cường độ của liệu pháp statin dựa trên tỉ lệ phần trăm hạ LDL-C so với mức ban đầu. Liệu pháp được gọi là cường độ cao (high-intensity therapy) nếu liều dùng mỗi ngày hạ LDL-C $\geq 50\%$. Được xếp loại cường độ cao chỉ có Atorvastatin liều 40-80mg/ngày và Rosuvastatin liều 20-40mg/ngày. Ngoài ra, nếu cần thiết, liệu pháp statin tối ưu có thể phối hợp thêm Ezetimibe 10mg nhằm đạt mục tiêu LDL-C.

* *Nguy cơ rất cao bao gồm các đối tượng có bất kì một hoặc những YTNC sau*:

- Bệnh tim mạch đã được chẩn đoán xác định bằng các thăm dò xâm lấn hoặc không xâm lấn (như chụp mạch vành, xạ hình tưới máu cơ tim, siêu âm tim gắng sức, mảng xơ vữa động mạch cảnh trên siêu âm), tiền sử NMCT, hội chứng mạch vành cấp, can thiệp mạch vành qua da, phẫu thuật bắc cầu nối chủ - vành và các thủ thuật can thiệp động mạch khác, đột quỵ do thiếu máu cục bộ, bệnh động mạch ngoại biên.
- Bệnh nhân đái tháo đường type 2.
- Bệnh thận mạn mức độ trung bình-nặng (MLCT <30 ml/phút/1,73m²da).
- Điểm SCORE $\geq 10\%$ (Systematic Coronary Risk Estimation: Ước tính nguy cơ mạch vành).

* *Nguy cơ cao bao gồm các đối tượng có bất kì một hoặc những YTNC sau*:

- Tăng các yếu tố nguy cơ đơn lẻ, cụ thể là TC >8mmol/L (>310mg/dL), LDL-c >4.9mmol/L (>190mg/dL), hoặc HA > 180/110 mmHg.
- Bệnh thận mạn trung bình (eGFR: 30-59 ml/ phút/ 1,73m²)
- Suy tim mà không có các yếu tố nguy cơ chính.
- Bệnh đái tháo đường mà không có tổn thương cơ quan đích.
- Điểm SCORE $\geq 5\%$ và < 10% [16].

Bảng 1. Chẩn đoán rối loạn lipid máu theo tiêu chuẩn NCEP ATP III 2001

Xét nghiệm Lipoprotein lúc đói (mmol/L)		
TC (Cholesterol toàn phần)	<5,17	Bình thường
	5,17-6,18	Giới hạn cao
	$\geq 6,2$	Cao
TG (Triglycerid)	<1,69	Bình thường
	1,69-2,25	Giới hạn cao
	2,26-5,6	Cao
	$\geq 5,65$	Rất cao
LDL-c	< 2,6	Tối ưu
	2,6-3,3	Gần tối ưu
	3,36-4,11	Giới hạn cao
	4,13-4,88	Cao
	$\geq 4,9$	Rất cao
HDL-c	<1,03	Thấp
	$\geq 1,55$	Cao

5. Nội dung nghiên cứu

- *Nhóm bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu bằng phiếu thập dữ liệu theo mẫu thiết kế, bao gồm*:

- Đặc điểm chung: giới, tuổi, BMI.
- Sinh hiệu vào viện: Huyết áp, mạch, nhiệt độ, nhịp thở, SpO₂.

- Yếu tố nguy cơ tim mạch: hút thuốc lá, béo phì, đái tháo đường...
- Bệnh lý kèm theo: Nhồi máu não, suy tim, suy thận, bệnh mạch vành...
- Xét nghiệm: ECG, XQuang, siêu âm tim, bụng tổng quát, ure, creatinin, AST, ALT, NT-proBNP, Troponin T.... lipid máu trong 24 giờ đầu nhập viện và thời điểm sau 3 tháng xuất viện. Xét nghiệm về chỉ số lipid máu (Cholesterol, triglycerid, HDL-c, LDL-c) tại phòng xét nghiệm BVTM, máy sinh hóa bán, bệnh nhân được dặn dò nhịn ăn trong vòng 12 giờ trước đó, không uống nước ngọt, cà phê sữa, hút thuốc... Thời điểm lấy máu xét nghiệm tốt nhất là vào buổi sáng, xác định tình trạng rối loạn lipid máu theo tiêu chuẩn NCEP-ATP III 2001 [4].

* *Mục tiêu điều trị LDL-C nguy cơ tim mạch cao và rất cao (ESC 2019):*

+ Nhóm nguy cơ cao và rất cao: LDL-C $\leq 1,4$ mmol/L (≤ 55 mg/dL).

* *Các bước điều trị tăng LDL-C:*

- Phân tầng nguy cơ tim mạch của bệnh nhân: cao, rất cao.
- Xác định mức LDL-C mục tiêu tùy theo phân tầng nguy cơ của bệnh nhân.
- Chọn loại statin cường độ cao: atorvastatin 40mg/24h và rosuvastatin 20mg/24h.
- Theo dõi hiệu quả và tác dụng phụ của Statin: tăng men gan, đau cơ, nổi ban dị ứng, rối loạn tiêu hóa: tiêu chảy, buồn nôn...
- Tăng men gan: ALT, AST $\geq$ gấp 3 lần ngưỡng bình thường cao thì ngưng sử dụng statin [4].

Dữ liệu được thu thập từ HSBA và từ các phiếu khảo sát lâm sàng. Bệnh nhân được theo dõi sau 3 tháng từ thời điểm khám ngoại trú hoặc chẩn đoán rối loạn lipid máu để xác nhận tình trạng tuân trị thuốc cũng như xét nghiệm lại bilan lipid máu sau 3 tháng, thực hiện bằng cách thăm khám bệnh nhân trực tiếp tại khoa khám bệnh thời điểm 3 tháng.

6. Xử lý và phân tích số liệu

Phân tích thống kê bằng phần mềm SPSS 26. Các biến liên tục: tuổi, nồng độ lipid máu... được trình bày dưới dạng: trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ. So sánh tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị LDL-C sau 3 tháng điều trị với lúc nhập viện bằng phép kiểm T-test. Kiểm định có ý nghĩa thống kê được thực hiện với $p < 0,05$. Kết quả được trình bày bằng bảng hoặc biểu đồ.

7. Sai số và cách không chế: Sai số chọn mẫu do chọn mẫu thuận tiện có thể không đại diện toàn bộ quần thể bệnh nhân. Sai số thông tin do dữ liệu có thể không được ghi nhận đầy đủ trong HSBA. Cách không chế: đảm bảo kiểm tra và thu thập kỹ dữ liệu từ HSBA để tránh thiếu sót. Các tiêu chuẩn chọn rõ ràng để tránh sai lệch khi chọn mẫu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm	Tần suất (n=93)	Tỷ lệ (%)
<i>Tuổi trung bình</i>	60,8 $\pm$ 8,7	
<i>Nhóm tuổi</i>		
<40	6	6,5
40-75	71	76,3
>75	16	17,2
<i>Giới</i>		
Nam	42	45,1
Nữ	51	54,9

<i>Bệnh đồng mắc</i>		
Hội chứng mạch vành mạn	75	80,6
Tăng huyết áp	83	89,2
Đái tháo đường týp 2	47	50,5
Bệnh thận mạn	26	28
Đột quỵ não cũ	18	19,4
Béo phì với BMI trên 25	7	7,5

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân được điều trị hạ lipid máu với liều tối ưu có độ tuổi từ 40-75 (chiếm 76,3%), thuộc giới nữ (chiếm 54,9%). Bệnh đồng mắc thường gặp nhất là tăng huyết áp và hội chứng mạch vành mạn chiếm lần lượt là 89,2% và 80,6%.

Bảng 2. Thang điểm SCORE trong nhóm nguy cơ tim mạch

	Nguy cơ cao	Nguy cơ rất cao
SCORE	58 (62,3%)	35 (37,6%)

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có điểm nguy cơ tim mạch SCORE ở mức nguy cơ cao nhiều hơn nhóm có nguy cơ rất cao với tỷ lệ lần lượt là 62,3% so với 37,6%.

Bảng 3. Đặc điểm liệu pháp statin tối ưu cho đối tượng nghiên cứu

Thuốc	n	(%)
Atorvastatin 40mg	59	63,4
Atorvastatin 40mg + Ezetimibe 10mg	13	14
Rosuvastatin 20mg	16	17,2
Rosuvastatin 20mg + Ezetimibe 10mg	5	5,4

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân được điều trị với Atorvastatin 40mg và nhóm được điều trị với Rosuvastatin 20mg chiếm tỉ lệ cao nhất lần lượt với 63,4% và 17,2%. Các nhóm còn lại có sự phối hợp thêm với Ezetimibe 10mg thì chiếm tỉ lệ thấp hơn, lần lượt là 14% ở nhóm Atorvastatin 40mg + Ezetimibe 10mg và 5,4% ở nhóm Rosuvastatin 20mg + Ezetimibe 10mg.

Bảng 4. Tỷ lệ các dạng rối loạn lipid máu từng phần tại thời điểm nhập viện

Dạng rối loạn lipid máu	Nhóm nguy cơ		Tổng
	Cao n (%)	Rất cao n (%)	
Tăng Cholesterol TP	28 (30,1%)	35 (37,6%)	63 (67,7%)
Tăng Triglyceride	15 (16%)	19 (20,4%)	34 (36,5%)
Giảm HDL-c	17 (18,2%)	9 (9,7%)	26 (27,9%)
Tăng LDL-c	31 (33,3%)	44 (47,3%)	75 (80,6%)

Nhận xét: Dạng rối loạn lipid máu phổ biến nhất trong đối tượng nghiên cứu là tăng LDL-C và tăng cholesterol máu toàn phần, chiếm lần lượt là 80,6% và 67,7%. Các dạng còn lại như tăng triglyceride máu và giảm HDL-C chiếm tỷ lệ thấp hơn với tỷ lệ lần lượt là 36,5% và 27,9%.

Bảng 5. Giá trị lipid máu lúc tái khám và thời điểm 3 tháng sau xuất viện

Đặc điểm	Lúc tái khám lần đầu		Sau 3 tháng		p
	Cao	Rất cao	Cao	Rất cao	
Triglyceride (mmol/L)	3,6 ± 0,8	4,1 ± 1,2	2,2 ± 0,7	1,8 ± 0,5	p<0,05
LDL-C (mmol/L)	3,3 ± 0,9	5,1 ± 1,4	1,6 ± 0,7	1,4 ± 0,6	p<0,05

Nhận xét: Khi được điều trị ngoại trú với statin liều cao và/hoặc phối hợp thuốc thì giá trị trung bình rối loạn lipid máu ước tính theo nồng độ cho thấy mức giảm đáng kể ở LDL-C.

Bảng 6. Tỷ lệ đạt LDL-C mục tiêu <1.4 mmol/L

Đặc điểm	Đạt	Không đạt
LDL-C	57 (61,3%)	36 (38,71%)

Nhận xét: Khi phân tích về tỷ lệ đạt LDL-C mục tiêu dưới 1.4 mmol/L, nghiên cứu cho thấy có 61,3% đạt mục tiêu kiểm soát LDL-C. Trong khi đó, tỷ lệ không đạt mục tiêu dù đã dùng statin liều cao ở mức 38,71%.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên nhóm đối tượng gồm 93 bệnh nhân, với độ tuổi trung bình 60,8 ± 8,7 tuổi; tuổi cao nhất là 86 tuổi; tuổi thấp nhất là 35 tuổi. Tỷ lệ nữ nhiều hơn nam (54,9% so với 45,1%). Về đặc điểm chung của quần thể nghiên cứu, khi so sánh với tác giả Bùi Thị Mỹ Lệ và cộng sự, tuổi trung bình của chúng tôi thấp hơn (60,8 tuổi so với 70,2 tuổi) còn tỷ lệ nữ giới lại cao hơn đáng kể (54,9% so với 30,6%). Điều này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn ít, cách chọn mẫu thuận tiện cũng như do đặc thù dịch tễ bệnh viện tại khu vực ĐBSCL với bệnh nhân nữ có tâm lý “quan tâm và tự chăm sóc bệnh” tốt hơn nam giới.

Đặc điểm bệnh đồng mắc của đối tượng nghiên cứu chúng tôi, tỷ lệ hội chứng vành mạn và tăng huyết áp của chúng tôi là rất cao (80,6% và 89,2%) trong khi nhóm bệnh đồng mắc cao nhất của nhóm tác giả Nguyễn Giang Phúc Khánh và cộng sự khảo sát năm 2022 cũng là bệnh mạch vành kèm tăng huyết áp (chỉ 25,7%). Vấn đề phân nhóm cũng như tiêu chí chọn bệnh có thể là một nguyên nhân dẫn đến sai khác về tỷ lệ, vì đối tượng tái khám ngoại trú trong nghiên cứu chúng tôi là hội chứng vành cấp đã xuất viện tại BVĐK Trung tâm An Giang, còn nhóm tác giả chọn bệnh nhân được điều trị rối loạn lipid máu đến khám tại phòng khám Nội Tổng hợp. Phân tầng nguy cơ tim mạch theo thang điểm SCORE thì tỷ lệ nhóm nguy cơ tim mạch cao chiếm đa số với 62,3%. Vì bệnh nhân trong nghiên cứu đã được chẩn đoán hội chứng vành cấp xuất viện nên khi đánh giá nguy cơ, hầu hết đều thuộc nhóm nguy cơ cao hoặc rất cao.

Về liệu pháp điều trị statin tối ưu thì chúng tôi ghi nhận trên toa thuốc ngoại trú của bệnh nhân có 4 liệu pháp được lựa chọn: gồm Atorvastatin 40mg đơn trị hoặc Atorvastatin 40mg phối hợp thêm Ezetimibe 10mg, Rosuvastatin 20mg đơn trị hoặc Rosuvastatin 20mg phối hợp thêm Ezetimibe 10mg. Tỷ lệ bệnh nhân được kê toa với Atorvastatin 40mg đơn trị chiếm tỷ lệ cao nhất với 63,4%, tiếp theo là Rosuvastatin 20mg đơn trị chiếm tỷ lệ 17,2%. Khi so sánh với tác giả Bùi Thị Mỹ Lệ và cộng sự khi nghiên cứu vào năm 2023, chúng tôi nhận thấy liệu pháp khởi trị ngoại trú của chúng tôi cao hơn đáng kể với statin cường độ cao liều cao, đôi khi còn phối hợp thêm nhóm hạ lipid máu thứ hai là Ezetimibe trong quá trình điều trị. Nguyên nhân khởi trị liều cao tối ưu là do bệnh nhân từng mắc hội chứng vành cấp đã xuất viện, nên

chúng tôi ưu tiên sử dụng liều cao – tối ưu, kết hợp theo dõi sát chức năng gan – thận cho bệnh nhân.

Dạng rối loạn lipid máu thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là tăng LDL-C và tăng cholesterol TP (với tỉ lệ lần lượt là 80,6% và 67,7%). Giá trị trung bình Triglyceride và LDL-C sau khi điều trị ngoại trú tại Khoa khám bệnh BVĐKTTAG giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ở cả hai nhóm nguy cơ tim mạch cao và rất cao.

Tỉ lệ điều trị rối loạn lipid máu với mục tiêu LDL-C $< 1.4\text{mmol/L}$ đạt được 61,3% trong nghiên cứu của chúng tôi là vô cùng tích cực. So sánh với tỉ lệ 41,8% của tác giả Bùi Thị Mỹ Lệ, tỉ lệ đạt của chúng tôi cao hơn có thể giải thích rằng liệu pháp điều trị ngoại trú của chúng tôi là liều lượng cao hơn và có kết hợp thuốc nhằm đạt liều statin tối ưu, bên cạnh đó phác đồ điều trị của chúng tôi cao hơn nhằm phù hợp cho đối tượng nguy cơ tim mạch cao và rất cao mà chúng tôi đã chọn. Ngoài ra, việc tuân trị ở nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là tốt cũng như chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp nào xảy ra biến cố liên quan đến thuốc điều trị rối loạn lipid máu. Những yếu tố chủ quan lẫn khách quan vừa mô tả góp phần khiến tỉ lệ đạt mục tiêu LDL-C của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu trước.

Tuy nhiên còn những hạn chế cần lưu ý ở nghiên cứu mà chúng tôi nhận thấy rằng cỡ mẫu nghiên cứu chúng tôi còn nhỏ ($n=93$), thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả (dù có theo dõi dọc 3 tháng), phương pháp chọn mẫu thuận tiện, vì vậy kết quả nghiên cứu này chỉ mang tính tham khảo và gợi mở thêm cho những nghiên cứu trong tương lai.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Liệu pháp điều trị statin cường độ cao hoặc thậm chí là phối hợp thêm nhóm Ezetimibe cho bệnh nhân tái khám ngoại trú sau hội chứng vành cấp có nguy cơ tim mạch cao – rất cao là một liệu pháp hiệu quả với tỉ lệ đạt mục tiêu hạ LDL-C dưới 1.4mmol/L 61,3%, trong đó atorvastatin 40mg đơn trị được sử dụng nhiều nhất chiếm 63,4%. Cập nhật thêm khuyến cáo hiện tại về điều trị rối loạn lipid máu, cá thể hóa từng bệnh nhân, phối hợp liệu pháp đa thuốc là giải pháp tối ưu để có thể đạt mục tiêu điều trị cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Giang Phúc Khánh (2022), “Nghiên cứu tình hình sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu trên bệnh nhân điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2021-2022”, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 50/2022, trang 171-179.
2. Bùi Thị Mỹ Lê (2023), “Khảo sát tỉ lệ đạt mục tiêu LDL-C ở bệnh nhân hội chứng mạch vành mạn”, Tạp Chí Y học Việt Nam, 533(1B). <https://doi.org/10.51298/vmj.v533i1B.7816>.
3. Nguyễn Văn Bé Hai (2018), “Khảo sát kiểm soát lipid máu tại phòng khám tim mạch Bệnh viện Thống Nhất”, Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 22(6):50-53.
4. Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam (2015), "Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị rối loạn lipid máu 2015", tr.21.
5. Trần Thị Thanh Diệu (2020), “Nghiên cứu statin và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân hội chứng vành cấp cao tuổi tại Bệnh viện Thống Nhất”, Luận văn thạc sỹ Y học. Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
6. Nguyễn Văn Sĩ và cộng sự (2022), “Tỷ lệ đạt mục tiêu LDL cholesterol theo khuyến cáo của hội tim mạch châu Âu 2019 trên bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao và rất cao”, Tạp chí y học cộng đồng, Tập 63 Số 4 (2022).
7. Vương Hữu Tiến (2021), “Thực trạng kiểm soát low-density lipoprotein cholesterol huyết thanh ở người cao tuổi tại phòng khám Ban bảo vệ chăm sóc sức khỏe cán bộ tỉnh Cà Mau”, Tạp chí phát triển khoa học và công nghệ - Khoa học sức khỏe, 2(2):257- 264.
8. Nguyễn Vĩnh Trinh (2016), “Khảo sát tình hình điều trị rối loạn lipid máu ở bệnh nhân hội chứng vành cấp”, Luận văn Thạc sĩ Y, Đại học Y dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
9. Giao Thị Thoa, Hoàng Anh Tiến, Nguyễn Lâm Hiếu (2014), “Nghiên cứu bilan lipid máu trên bệnh nhân hội chứng động mạch vành cấp”, Tim Mạch Học Việt Nam, 68:214-219.
10. Phạm Nguyễn Vinh, Nguyễn Lâm Việt, Trương Quang Bình (2009), “Nghiên cứu quan sát điều trị bệnh nhân nhập viện do hội chứng động mạch vành cấp (MEDI-ACS study)”, Tim Mạch Học Việt Nam, 58:12-25.
11. Trương Quang Anh Vũ, Lê Đình Thanh (2016), “Khảo sát đặc điểm và kết quả kiểm soát rối loạn lipid máu ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp tại Bệnh viện Thống Nhất TP. Hồ Chí Minh”, Luận văn chuyên khoa II, Học viện Quân Y.
12. Adult Treatment Panel III, National Cholesterol Education Program (2001), “Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults”, NIH publication, 1-3670.
13. Andresdottir MB, Sigurdsson G, Sigvaldason H, et al (2002). Fifteen percent of myocardial infarctions and coronary revascularizations explained by family history unrelated to conventional risk factors. The Reykjavik Cohort Study Eur Heart J, 23(21):1655-1663.
14. Chow CK, Islam S, Bautista L, et al (2011) Parental history and myocardial infarction risk across the world: the INTERHEART Study. J Am Coll Cardiol, 57(5):619-627.
15. Chiang C. E., Ferrières J., Gotcheva N. N., et al. (2016), "Suboptimal Control of Lipid Levels: Results from 29 Countries Participating in the Centralized PanRegional Surveys on the Undertreatment of Hypercholesterolaemia (CEPHEUS)". J Atheroscler Thromb, 23(5): pp. 567-587.
16. Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al (2019). 2019 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST- segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J, pp.8-9.
17. Park JE, Chiang CE, Munawar M, et al (2012). Lipid-lowering treatment in hypercholesterolaemic patients: the CEPHEUS Pan-Asian survey. Eur J Prev Cardiol, 19(4):781-794.
18. Bruckert E, “Proportion of High-Risk/Very High-Risk Patients in Europe with LowDensity Lipoprotein Cholesterol at Target According to European Guidelines: A Systematic Review,” Adv. Ther., vol. 37, no.
19. Ferrières J., Rouyer M. V., Lautsch D., et al. (2017), "Suboptimal achievement of low-density lipoprotein cholesterol targets in French patients with coronary heart disease. Contemporary data from the DYSIS II ACS/CHD study". Arch Cardiovasc Dis, 110(3): pp. 167-178.
20. Vicent L., Ariza-Sole A., Diez-Villanueva P., et al. (2019), "Statin Treatment and Prognosis of Elderly Patients Discharged after Non-ST Segment Elevation Acute Coronary Syndrome". Cardiology, 143(1): pp. 14-21.
21. Wei C. C., Lee S. H. (2017), "Predictors of Mortality in Elderly Patients with Non- ST Elevation Acute Coronary Syndrome - Data from Taiwan Acute Coronary Syndrome Full Spectrum Registry". Acta Cardiol Sin, 33(4): pp. 377-383.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN BIẾN CHỨNG THẦN KINH NGOẠI VI DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI KHOA NỘI TIẾT BVĐKTT AN GIANG

Hồ Bảo Hoàng, Nguyễn Thành An,
Nguyễn Huỳnh Nguyên, Nguyễn Thanh Hùng

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân biến chứng thần kinh ngoại vi do Đái tháo đường type 2 tại Khoa Nội Tiết Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang.

Đối tượng: 109 bệnh nhân đái tháo đường type 2 có biến chứng thần kinh ngoại vi.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Kết quả: Bệnh nhân là nữ giới chiếm đa số (56.9%). Độ tuổi trung bình là $60,06 \pm 10,89$ (tuổi); thời gian mắc bệnh đa số 5-10 năm (64.2%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp là tê bì, nóng rát, kim châm chủ yếu ở bàn chân (94.5%). Mức độ kiểm soát đường huyết kém ($HbA1c > 9\%$) tại thời điểm khám chiếm 16.5%. Ipswich Touch Test chiếm tỉ lệ 53.2%, giảm phản xạ gân gót chiếm ưu thế (74.3%). Tổn thương thần kinh gây giảm dẫn truyền cảm giác và vận động chiếm tỷ lệ cao (68.8% và 67.9%).

Từ khóa: Lâm sàng, cận lâm sàng, đái tháo đường type 2, biến chứng thần kinh ngoại vi

RESEARCH ON CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH PERIPHERAL NEUROLOGICAL COMPLICATIONS DUE TO TYPE 2 DIABETES AT THE DEPARTMENT OF ENDOCRINOLOGY OF AN GIANG HOSPITAL

ABSTRACT

Objective: Survey of clinical and subclinical characteristics of patients with peripheral neurological complications due to type 2 diabetes at the Department of Endocrinology, An Giang Central General Hospital

Subjects: 109 patients with peripheral neuropathy complications due to type 2 diabetes.

Methods: A cross-sectional descriptive study.

Results: Female patients account for the majority (56.9%). The median age was 60.06 ± 10.89 (years); the duration of the disease is mostly 5-10 years (64.2%). Common clinical symptoms are numbness, burning, needles mainly in the feet (94.5%). Poor blood glucose control ($HbA1c > 9\%$) at the time of examination accounted for 16.5%. Ipswich Touch Test accounted for 53.2%, reducing the dominant heel tendon reflex (74.3%). Nerve damage causes a high proportion of decreased sensory and motor conduction (68.8% and 67.9%).

Keywords: Clinical, Preclinical, Type 2 diabetes, Peripheral neuropathy complications

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một trong những vấn đề sức khỏe cấp bách toàn cầu có tốc độ gia tăng nhanh nhất của thế kỷ 21. Theo thống kê có khoảng 60 – 70% bệnh nhân đái tháo đường mắc biến chứng thần kinh, chủ yếu gặp biến chứng thần kinh ngoại biên và thần kinh thực vật. Rất nhiều bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán phát hiện bệnh tiểu đường, đái tháo đường đã có biến chứng thần kinh. Nghiên cứu đa trung tâm về sự phổ biến của bệnh thần kinh ngoại vi do ĐTD trên 6487 bệnh nhân ĐTD tại bệnh viện Đa khoa Vương quốc Anh thì tỷ lệ bệnh nhân bị biến chứng thần kinh ngoại vi (BCTKNV) do ĐTD là 28,5%[5]. Với mong muốn đánh giá đúng và sớm tình trạng của bệnh để giảm biến chứng nặng như loét, hoại tử, cắt cụt chi dưới, chúng tôi tiến hành “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân biến chứng thần kinh ngoại vi do đái tháo đường type 2 tại Khoa Nội Tiết BVĐKTT An Giang năm 2024 với 2 mục tiêu :

Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân biến chứng thần kinh ngoại vi do đái tháo đường type 2 tại khoa Nội Tiết BVĐKTT An Giang

Mối liên quan mức độ kiểm soát đường huyết (HbA1C) với biến chứng thần kinh ngoại vi do đái tháo đường type 2

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng

-Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa Nội Tiết BVĐKTTAG được chẩn đoán BCTKNV do ĐTĐ type 2 theo tiêu chuẩn của bộ sàng lọc từ Vương quốc Anh [5]. Tự nguyện tham gia nghiên cứu, không phân biệt nghề nghiệp, giới tính, tuổi > 25.

-Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân kèm theo các bệnh lý thần kinh do: di truyền, suy thận nặng, nghiện rượu, bệnh máu, ung thư, nhiễm khuẩn, tiêu chảy, bệnh ngoài da, tiền sử dùng thuốc gây độc thần kinh ngoại biên, thiếu vitamin nhóm B.

2.2 Phương pháp

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang:

2.2.2 Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn tất cả bệnh nhân ĐTĐ có BCTKNV tại khoa Nội tiết BVĐKTT An Giang từ tháng 2/2024 đến tháng 9/2024

2.2.3 Biến số, chỉ số nghiên cứu

+ Các đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu: tuổi, giới, BMI, thời gian mắc bệnh, phác đồ kiểm soát đường huyết.

+ Lâm sàng:

- Triệu chứng cơ năng: cảm giác, vị trí, thời điểm bệnh nặng lên, thời điểm đỡ triệu chứng, đánh thức ban đêm (có/không).

- Triệu chứng thực thể: Ipswich Touch Test, phản xạ gân gót, cảm giác rung, cảm giác nhiệt, phân biệt nhọn tù (Neurotip)

+ Cận lâm sàng: Glucose máu, HbA1c, đo điện dẫn truyền thần kinh chi dưới.

2.3 Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm phần SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

- Tuổi: Tuổi trung bình: 60.06 ± 10.89 (nhỏ nhất 27, lớn nhất 84).

- Giới tính: Nam 47 (43.1%) Nữ 62 (56.9%).

- Thời gian mắc bệnh: Đa số trong khoảng 5-10 năm (64.2%).

- BMI: BMI trung bình: 22.2772 ± 1.99691 (nhỏ nhất 17.4, lớn nhất 28.3).

- Điều trị: 7 BN dùng thuốc viên (6.4%), 94 BN dùng Insulin (86.2%), 8 BN dùng cả hai (7.3%).

3.2 Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

3.2.1 Cảm giác

		N	%
Cảm giác	Còn	104	95.4
	Mất	5	4.6
	Tổng	109	100

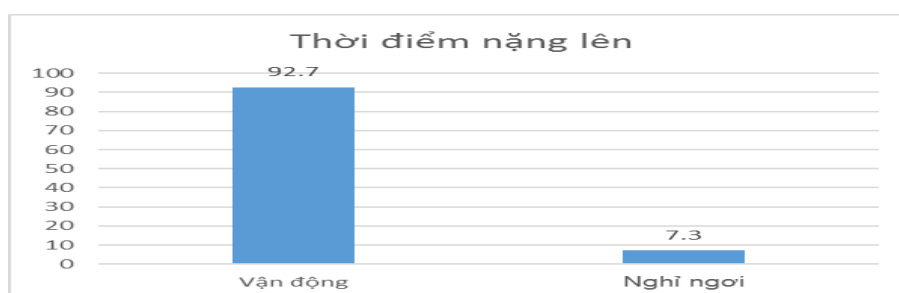
Nhận xét: Đa số BN còn cảm giác. Trong đó 104 BN còn cảm giác (95.4%), 5 BN mất cảm giác (4.6%).

3.2.2 Vị trí tê bì

		N	%
Vị trí	Chân	103	94.5
	Tay	2	1.8
	Hai vị trí trở lên	4	3.7
	Tổng	109	100

Nhận xét: Vị trí tê bì thường gặp ở chân có 103 BN (94.5%), ở tay có 2 BN (1.8%) và từ hai vị trí trở lên có 4 BN (3.7%).

3.2.3 Thời điểm nặng lên của triệu chứng



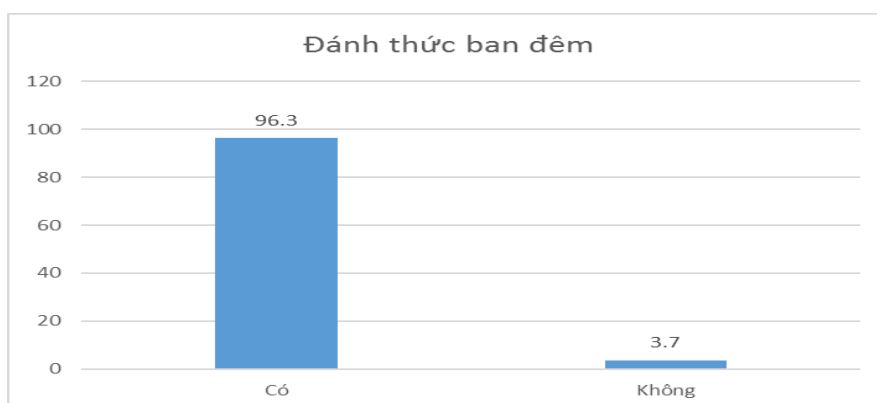
Nhận xét: Hầu hết các triệu chứng của BN thường nặng lên khi vận động chiếm 92.7% và khi nghỉ ngơi chiếm 7.3%.

3.2.4 Thời điểm giảm triệu chứng

		N	%
Thời điểm giảm triệu chứng	Sáng	99	90.8
	Tối	10	9.2
	Tổng	109	100

Nhận xét: Trong 109 BN, có 99 BN (90.8%) giảm cảm giác tê bì, châm chích ở chân vào buổi sáng.

3.2.5 Đánh thức ban đêm



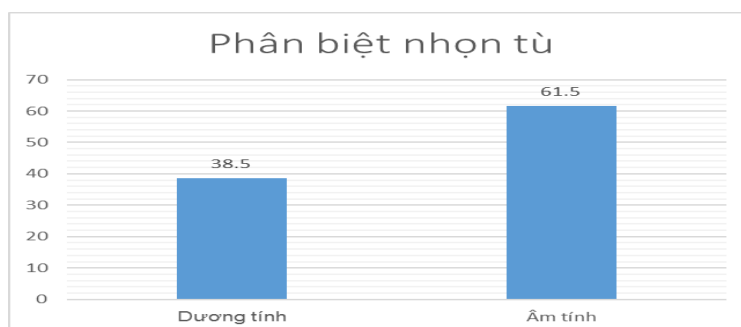
Nhận xét: Đa số bệnh nhân thường có cảm giác đau bị đánh thức về đêm (96.3%).

3.2.6 Phản xạ gân gót

		N	%
Phản xạ gân gót	Dương tính	28	25.7
	Âm tính	81	74.3
	Tổng	109	100

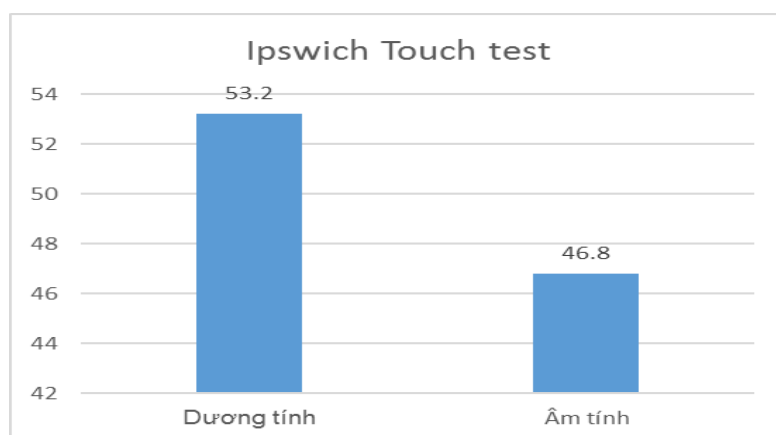
Nhận xét: 81 BN giảm phản xạ gân gót, chiếm 74.3%.

3.2.7 Phân biệt nhận biết nhọt tù



Nhận xét: Giảm nhận biết nhọt, tù chiếm 61.5%.

3.2.8 Ipswich Touch test



Nhận xét: Nghiệm pháp Ipswich Touch test: Tỷ lệ bệnh nhân giảm cảm giác chiếm 53.2%.

3.3 Đặc điểm CLS của nghiên cứu:

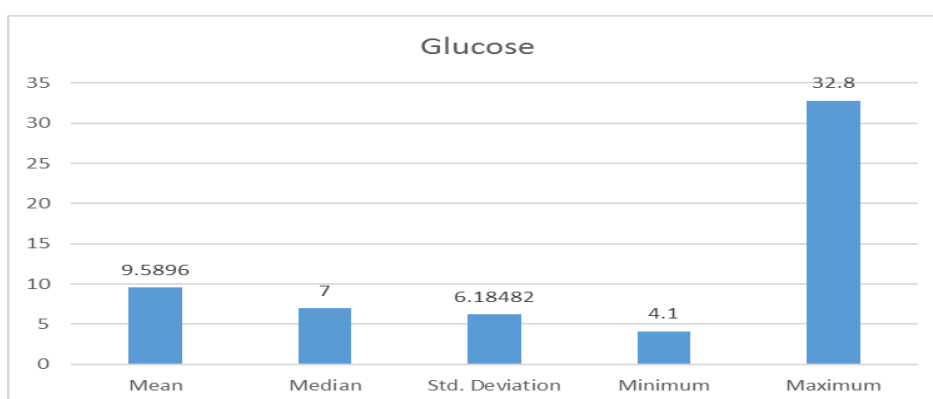
♦ HbA1C:

		N	%
HbA1C	Tốt ($\leq 6.5\%$)	49	45
	Khá ($> 6.5 - 7.5\%$)	16	14.7
	Trung bình ($> 7.5 - 9\%$)	26	23.9
	Kém ($\geq 9\%$)	18	16.5
	Tổng	109	100

♦ Glucose:

Glucose	Trung bình	9.5896
	Trung vị	7
	Độ lệch chuẩn	6.18482
	Nhỏ nhất	4.1
	Lớn nhất	32.8

Nhận xét: Đa số bệnh nhân vào viện có tình trạng đường huyết ở mức cao . mặc dù tình trạng kiểm soát HbA1C ở mức trung bình, tốt.



♦ Đo thần kinh:

▪ Dẫn truyền cảm giác:

		N	%
Dẫn truyền cảm giác	Âm tính	34	31.2
	Dương	75	68.8
	Tổng	109	100

▪ Dẫn truyền vận động:

		N	%
Dẫn truyền vận động	Âm tính	35	32.1
	Dương tính	74	67.9
	Tổng	109	100

Nhận xét: Trong 109 BN nhóm nghiên cứu, đa số bệnh nhân mất, giảm dẫn truyền thần kinh cảm giác và vận động chiếm tỷ lệ >65%.

IV. BÀN LUẬN

Trên lâm sàng, các triệu chứng khởi đầu của BCTKNV thường nghèo nàn, âm thầm khiến bệnh nhân không chú ý đến dẫn đến phát hiện muộn. Tê bì là triệu chứng chủ quan hay gặp, ưu thế ở ngón chi và chi dưới. Triệu chứng này giúp phát hiện các tổn thương biến chứng TKNV ở người ĐTĐ và cũng là triệu chứng khó chịu nhất khiến bệnh nhân phải nhập viện điều trị. Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Duy Mạnh [1], Thái Hồng Quang [3] thì triệu chứng

này đều chiếm tỷ lệ cao. Điều này chứng tỏ tê bì là triệu chứng có giá trị trong phát hiện BCTKNV. Triệu chứng “kim châm” cũng là triệu chứng phổ biến, đặc biệt ở đầu chi và thường nặng hơn về đêm. Các rối loạn cảm giác của bệnh nhân xuất hiện chủ yếu ở bàn chân gây ra trên lâm sàng các tổn thương thực thể như: biến dạng, chai chân, chân phẳng...

Ipswich Touch là test thường dùng để đánh giá cảm giác bảo vệ của bàn chân và có liên quan chặt chẽ tới nguy cơ loét chân. Tổn thương thần kinh trong ĐTĐ làm mất hoặc gián đoạn bao Myelin của sợi thần kinh, làm cho dẫn truyền thần kinh bị chậm hoặc mất biểu hiện trên lâm sàng là giảm hoặc mất phản xạ gân xương. Các rối loạn cảm giác của bệnh nhân xuất hiện chủ yếu ở bàn chân, hầu hết bệnh nhân ĐTĐ type 2 có BCTKNV có bất thường về phản xạ gân Achille. Giảm và mất phản xạ gân Achille luôn thấy cả hai bên. Theo Thomas và Zochodne, mất phản xạ gân xương đặc biệt là phản xạ gân gót có thể được gọi là dấu hiệu sớm của BCTKNV do ĐTĐ vì phản xạ gân gót có sợi trục dài nhất cơ thể nên giảm sớm nhất và hay gặp nhất [4]. Bất thường về khám cảm giác rung và nhiệt cũng chiếm tỷ lệ cao. Theo nhiều tác giả trên thế giới, giảm/mất cảm giác rung là dấu hiệu quan trọng giúp phát hiện sớm BCTKNV do ĐTĐ. Qua kết quả nghiên cứu, Dyck và cộng sự đã đề xuất nên đưa khám cảm giác rung vào chương trình khám bệnh nhân ĐTĐ [7]. Tuy nhiên, có một điểm lưu ý là cảm giác đau có xu hướng giảm theo tuổi. Khi khám cảm giác đau, do ngưỡng cảm nhận đau của mỗi bệnh nhân khác nhau nên việc khám cảm giác đau và châm chích có tính chất chủ quan. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng nghiên cứu đa phần là độ tuổi từ 60 - 84 tuổi, cảm nhận cảm giác đau khi khám có phần kém hơn bệnh nhân trẻ.

HbA1c là huyết sắc tố gắn glucose, khi glucose máu tăng, độ tập trung glucose trong hồng cầu cao dẫn đến tỷ lệ HbA1c gắn glucose tăng. Đời sống của hồng cầu 120 ngày nên định lượng HbA1c đánh giá được tình trạng glucose máu trong vòng 03 tháng. Tỷ lệ HbA1c là một thông số quan trọng giúp đánh giá kiểm soát glucose máu và được coi như một tiêu chí để đánh giá kết quả của sự ổn định về chuyển hóa trên bệnh nhân bị ĐTĐ. Trong một nghiên cứu của nhóm bệnh nhân có HbA1c > 8,5% có nguy cơ mắc biến chứng thần kinh ngoại vi tăng gấp 4,3 lần [2]. Hầu hết các bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi đa số đều kiểm soát đường huyết ở mức trung bình và kém, đường huyết trung bình lúc đói tại thời điểm nhập viện cao (32.8%). Việc kiểm soát đường huyết không tốt là nguyên nhân chính dẫn đến các biến chứng của ĐTĐ trong đó có BCTKNV. Vì vậy, cần tư vấn bệnh nhân khám định kỳ đều đặn để đường huyết được kiểm soát tốt.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ tập trung đối tượng ĐTĐ type 2 có BCTKNV ở chi dưới vì vậy chúng tôi chỉ tiến hành thăm dò dẫn truyền thần kinh của các cặp dây thần kinh chi dưới. Tổn thương sợi nhỏ biểu hiện bằng mất cảm giác đau, cảm giác nhiệt, nên bệnh nhân có nguy cơ bị bỏng do không có cảm giác. Tổn thương sợi nhỏ thường xuất hiện trước các tổn thương sợi lớn và xuất hiện sớm ngay từ giai đoạn rối loạn dung nạp đường huyết. Tổn thương sợi lớn ảnh hưởng chủ yếu là cảm giác sâu và cảm giác sờ tinh vi, gây giảm cảm giác đau và giảm phản xạ gân xương.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân là nữ giới chiếm đa số (56.9%). Độ tuổi trung bình là $60,06 \pm 10,89$ (tuổi); thời gian mắc bệnh đa số 5-10 năm (64.2%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp là tê bì, nóng rát, kim châm chủ yếu ở bàn chân (94.5%). Mức độ kiểm soát đường huyết kém (HbA1c > 9%) tại thời điểm khám chiếm 16.5%. Ipswich Touch Test chiếm tỉ lệ 53.2%, giảm phản xạ gân gót chiếm ưu thế (74.3%). Tổn thương thần kinh gây giảm dẫn truyền cảm giác và vận động chiếm tỷ lệ cao (68.8% và 67.9%). Biến chứng thần kinh ngoại biên ở bệnh tiểu đường thường gây ảnh hưởng đến hai chi dưới với các triệu chứng giảm cảm giác đồng đều ở 2 chân, chủ yếu là bàn chân, nổi bật cảm giác tê bì chân (94.5%), gia tăng khi vận động (92.7%) và giảm khi nghỉ ngơi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Duy Mạnh (2007). Nghiên cứu biểu hiện tổn thương đa dây thần kinh ở bệnh nhân đái tháo đường type 2. Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Lê Thị Minh Nguyệt (2016). Biến chứng thần kinh ngoại vi ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 cao tuổi có hội chứng chuyển hóa. Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Thái Hồng Quang (1989). Góp phần nghiên cứu các biến chứng mạn tính trong bệnh ĐTĐ. Luận án PTS khoa học, trường Đại học Y Hà Nội, tr.74.
4. Thomas G.N.S.Y, Janus E.D, et al (2005) “ The Us National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Prevalance of the metabolic syntrome in Chirfes population” . Diabetes Care, 22, pp.1211-7.
5. Young MJ, Boulton AJ, MacLeod AF, Williams DR, Sonksen PH. A multicentre study of the prevalence of diabetic peripheral neuropathy in the United Kingdom hospital clinic population. Diabetologia. 1993; 36(2): 150-154. doi:10.1007/BF00400697.
6. Nam Han Cho (2015). International Diabetes Federation (IDF) diabetes atlas Committe 7th Edition.
7. Dyck P.J., Davies J.L., Wilson D.M. và cộng sự. (1999). Risk factors for severity of diabetic polyneuropathy: intensive longitudinal assessment of the Rochester Diabetic Neuropathy Study cohort. Diabetes Care, 22(9), 1479–1486.

NGUYÊN NHÂN ĐỘT CẤP VÀ ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở BỆNH NHÂN MẮC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG 2024

Tô Hồng Anh, Trương Văn Lâm,
Ngô Thị Mộng Cẩm, Dương Thị Kim Cương

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) tiến triển nặng dần theo thời gian, gây suy giảm chất lượng cuộc sống, dẫn đến mất khả năng lao động và thậm chí là không tự chăm sóc được bản thân. mục tiêu: tìm hiểu nguyên nhân gây đợt cấp và đánh giá chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân COPD tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang

Đối tượng và nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân ho mạn tính tại phòng khám hô hấp-bệnh viện ĐKTTAG trong thời gian từ 01/2024 đến 10/2024

Kết quả:Trong nghiên cứu chúng tôi, có 167 bệnh nhân, tuổi trung bình $68,96 \pm 11,88$, tuổi thấp nhất 33, tuổi cao nhất 95, nam chiếm 92,8%. nữ chiếm 7,2%; các nguyên nhân gây đợt cấp COPD là nhiễm trùng hô hấp chiếm 61,1% , thay đổi thời tiết chiếm 18,6%, tiếp xúc khói bụi chiếm 7,2%, ngưng thuốc duy trì đợt ngọt chiếm 10,2%., đánh giá chất lượng cuộc sống, người bệnh COPD có điểm CAT ở mức độ ảnh hưởng nặng và rất nặng đến CLCS.

Kết luận: Các nguyên nhân gây đợt cấp COPD là nhiễm trùng hô hấp chiếm 61,1% , thay đổi thời tiết chiếm 18,6%, tiếp xúc khói bụi chiếm 7,2%, ngưng thuốc duy trì đợt ngọt; đánh giá chất lượng cuộc sống, người bệnh COPD có điểm CAT ở mức độ ảnh hưởng nặng và rất nặng đến CLCS.

Từ khoá: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

ABSTRACT

CAUSES OF EXACERBATION AND ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN PATIENT WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2024

Background: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) progresses over time, causing a decline in quality of life, leading to loss of work capacity and even inability to take care of oneself.

Objective: To investigate the causes of acute exacerbations and assess the quality of life in COPD patients at An Giang Central General Hospital

Subjects and study: All patients with chronic cough at the respiratory clinic - An Giang General Hospital from January 2024 to October 2024

Results: In our study, there were 167 patients, average age 68.96 ± 11.88 , the youngest age 33, the oldest age 95, male accounting for 92.8%. Female accounting for 7.2%; The causes of acute COPD exacerbations are respiratory infections accounting for 61.1%, weather changes accounting for 18.6%, dust exposure accounting for 7.2%, and sudden cessation of maintenance medication accounting for 10.2%., assessing quality of life, COPD patients have CAT scores at levels of severe and very severe impact on assessing quality of life.

Conclusion: The causes of acute COPD exacerbations are respiratory infections accounting for 61.1%, weather changes accounting for 18.6%, dust exposure accounting for 7.2%, and sudden cessation of maintenance medication; assessing quality of life, COPD patients have CAT scores at levels of severe and very severe impact on assessing quality of life.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu chứng minh bộ câu hỏi COPD Assessment Test (CAT) là một công cụ hợp lệ với độ tin cậy cao có thể được sử dụng để đo lường chất lượng cuộc sống (CLCS) của bệnh nhân bệnh phổi mạn tính tắc nghẽn (COPD) [8]. CAT là bộ câu hỏi ngắn gọn dễ dàng áp dụng trong thực hành. Tại Việt Nam, bộ câu hỏi CAT cũng được cập nhật trong Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của Bộ Y tế và được khuyến cáo sử dụng trong quá trình thực hành lâm sàng [3].

Theo nghiên cứu của Sarah Houben-Wilke và cộng sự tại Hà Lan năm 2018, tổng điểm CAT trung bình của bệnh nhân là 22 điểm. Có 94,4% bệnh nhân (n=497) có tổng điểm CAT ≥ 10 điểm, trong đó tỷ lệ bệnh nhân có tổng điểm CAT ≥ 18 điểm là 75,1% [9].

BPTNMT tiến triển nặng dần theo thời gian, gây suy giảm chất lượng cuộc sống, dẫn đến mất khả năng lao động và thậm chí là không tự chăm sóc được bản thân. Việc hiểu rõ được những ảnh hưởng của BPTNMT đối với bệnh nhân sẽ giúp ích cho cả bác sĩ và điều dưỡng trong quá trình điều trị, chăm sóc.

Mục tiêu: tìm hiểu nguyên nhân gây đợt cấp và đánh giá chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân COPD tại bệnh viện đa khoa trung tâm an giang

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

$Z_{1-\alpha/2}$ (Hệ số tin cậy) = 1,96 (thang phân vị chuẩn ở mức ý nghĩa = 0,05)

p = tỷ lệ ước đoán, lấy p = 0.806 (theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Khuyển tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 [6]).

d: sai số cho phép, chọn d = 0,06.

Thay vào công thức tính được cỡ mẫu là n= 167.

Trong nghiên cứu chúng tôi chọn được 167 bệnh nhân

Đối tượng nghiên cứu:

Bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhập viện điều trị tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

Tiêu chuẩn đưa vào

Bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định BPTNMT tuổi từ 18 trở lên,

Bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân mắc các bệnh phổi kết hợp như lao phổi, nấm phổi, ung thư phổi...

Địa điểm: nghiên cứu được thực hiện tại khoa Nội tổng hợp và khoa hô hấp Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

Cách tiến hành:

Tiến hành thu thập dữ liệu mỗi ngày trong khoảng thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 10/2024 tại khoa Nội tổng hợp và khoa hô hấp -Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang cho đến khi đủ số lượng mẫu.

Xử lý số liệu: dữ liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học, sử dụng chương trình SPSS phiên bản 22.0.

Đo lường các biến:

2.1. Đánh giá chất lượng cuộc sống theo thang điểm CAT

Bảng điểm CAT gồm 8 câu hỏi, cho bệnh nhân tự đánh giá mức độ từ nhẹ tới nặng, mỗi câu đánh giá có 6 mức độ, từ 0 -5, tổng điểm từ 0 đến 40 điểm [4, tr.58].

Đánh giá: 40-31 điểm: ảnh hưởng rất nặng, 30-21 điểm: ảnh hưởng nặng, 20-11 điểm: ảnh hưởng trung bình, ≤ 10 điểm: ít ảnh hưởng

Bảng điểm CAT

Bộ câu hỏi này sẽ giúp ông/bà và các nhân viên y tế đánh giá tác động của BPTNMT ảnh hưởng lên sức khỏe và cuộc sống hàng ngày của ông/bà. Nhân viên y tế sẽ sử dụng những câu trả lời của ông/bà và kết quả đánh giá để giúp họ nâng cao hiệu quả điều trị BPTNMT của ông/bà và giúp ông/bà được lợi ích nhiều nhất từ việc điều trị. Đối với mỗi mục dưới đây, có các ô điểm số từ 0 đến 5, xin vui lòng đánh dấu (X) vào ô mô tả đúng nhất tình trạng hiện tại của ông/bà. Chỉ chọn một trả lời cho mỗi câu hỏi.		
		Điểm
Tôi hoàn toàn không ho	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	Tôi ho thường xuyên
Tôi không có chút đàm (đờm) nào trong phổi	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	Trong phổi tôi có rất nhiều đàm (đờm)
Tôi không có cảm giác nặng ngực	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	Tôi có cảm giác rất nặng ngực
Tôi không bị khó thở khi lên dốc hoặc lên một tầng lầu (gác)	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	Tôi rất khó thở khi lên dốc hoặc lên một tầng lầu (gác)
Tôi không bị hạn chế trong các hoạt động ở nhà	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	Tôi rất bị hạn chế trong các hoạt động ở nhà
Tôi yên tâm ra khỏi nhà dù tôi có bệnh phổi	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	Tôi không yên tâm chút nào khi ra khỏi nhà bởi vì tôi có bệnh phổi
Tôi ngủ ngon giấc	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	Tôi không ngủ ngon giấc vì có bệnh phổi
Tôi cảm thấy rất khỏe	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	Tôi cảm thấy không còn chút sức lực nào
		Tổng điểm

2.2. Nguyên nhân gây đợt cấp của bệnh nhân COPD

- Nhiễm trùng hô hấp: bệnh nhân có biểu hiện : sốt cao, ho, đàm đục, môi khô lưỡi đỏ, Bạch cầu tăng cao > 10 k/l, Định lượng CRP tăng > 10 mg%.

- Thời tiết thay đổi: Thay đổi thời tiết là một hiện tượng tự nhiên xảy ra khi các yếu tố như nhiệt độ, độ ẩm, áp suất không khí, và tốc độ gió thay đổi trong một khoảng thời gian nhất định

- Tiếp xúc khói, bụi: bệnh nhân có tiếp xúc khói, bụi
- Ngưng thuốc điều trị duy trì đợt ngạt: có: khi bệnh nhân ngưng thuốc đợt ngạt; hoặc không
- Nguyên nhân khác: bệnh nhân không rõ

III.KẾT QUẢ

1.Đặc điểm chung

Tuổi trung bình $68,96 \pm 11.88$, tuổi nhỏ nhất 33, tuổi cao nhất 95

Nam có 155 (chiếm 92,8%). Nữ có 12 (chiếm 7,2%)

2.Nguyên nhân gây đợt cấp ở bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Nguyên nhân đợt cấp COPD	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Nhiễm trùng hô hấp	102	61.1
Thời tiết thay đổi	31	18.6
Tiếp xúc khói bụi	12	7,2
Ngưng thuốc điều trị duy trì đợt ngạt	17	10.2
Nguyên nhân khác	5	3
Tổng	76	100

Nhận xét: nhiễm trùng hô hấp chiếm tỉ lệ cao nhất 61.15%.kể đến thay đổi thời tiết chiếm 18.6%, nguyên nhân khác chiếm thấp nhất là 3%

3. Đánh giá chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo thang điểm CAT

Đánh giá: 40-31 điểm: ảnh hưởng rất nặng, 30-21 điểm: ảnh hưởng nặng, 20-11 điểm: ảnh hưởng trung bình, ≤ 10 điểm: ít ảnh hưởng.

Đánh giá chất lượng cuộc sống	Số lượng(n)	Tỉ lệ(%)
30-21 điểm: ảnh hưởng nặng	114	68.3
40-31 điểm: ảnh hưởng rất nặng	40	24
20-11 điểm, ảnh hưởng trung bình	13	7.9

Nhận xét: ảnh hưởng nặng chiếm tỉ lệ cao nhất là 68.3%, kể đến là ảnh hưởng rất nặng chiếm 24%, ảnh hưởng trung bình chiếm tỉ lệ thấp nhất 7,9%

IV.BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung bệnh nhân

Trong nghiên cứu chúng tôi có 167 bệnh nhân .Tuổi trung bình $68,96 \pm 11.88$, tuổi nhỏ nhất 33, tuổi cao nhất 95. Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 95,8%, nữ 4,2%. Kết quả này phù hợp với cứu trong và ngoài nước [3], [10], như tác giả Trần Văn Ngọc [3] cho thấy, tuổi trung bình của bệnh nhân COPD là $72,59 \pm 11,38$ tuổi. Nam giới chiếm hầu hết trong dân số nghiên cứu với tỉ lệ cao 90,3%, nữ giới chỉ chiếm tỉ lệ 9,7%.

4.2Nguyên nhân gây đợt cấp ở bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Nghiên cứu chúng tôi, nguyên nhân gây đợt cấp COPD gồm: nhiễm trùng hô hấp, ngưng thuốc điều trị duy trì đợt ngạt, tiếp xúc khói, bụi chiếm tỉ lệ tương đối cao.

-Theo nghiên cứu chúng tôi, Nhiễm trùng hô hấp là nguyên nhân gây đợt cấp chiếm tỉ lệ cao nhất 61,1%, cũng phù hợp một số tác giả trong và ngoài nước như nghiên cứu của tác giả Trần Văn Ngọc [3] (năm 2018) nhiễm trùng hô hấp chiếm tỉ lệ cao gây đợt cấp COPD, như tác giả Hurst J. (2006) [13], nhiễm trùng hô hấp là nguyên nhân hàng đầu gây đợt cấp COPD. Tác giả Kruif M.D [14] (2010), cũng cho thấy nhiễm trùng hô hấp là nguyên nhân gây đợt cấp COPD, Tác giả Durmuş U và cộng sự [12], nghiên cứu năm 2018, Thổ Nhĩ Kỳ, tổng cộng có 495 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu. cho thấy nhiễm trùng là nguyên nhân gây đợt cấp COPD. Tác giả Brasil Santos D [10], Nghiên cứu tại Brazil, 91 bệnh nhân, cho thấy nhiễm trùng hô hấp là nguyên nhân gây đợt cấp COPD, Như vậy, nhiễm trùng hô hấp là nguyên nhân hàng đầu gây đợt cấp COPD cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước.

- Theo nghiên cứu chúng tôi, bệnh nhân ngưng thuốc điều trị duy trì đợt ngột là nguyên nhân đợt cấp COPD, cũng tương tự tác giả Nguyễn Thị Thắm, năm 2023, bệnh nhân sử dụng thuốc không đúng, ngưng thuốc duy trì là nguyên nhân gây đợt cấp COPD [7].

- Theo nghiên cứu chúng tôi, bệnh nhân tiếp xúc khói, bụi là nguyên nhân đợt cấp COPD, cũng tương tự tác giả Trần Văn Ngọc [3], năm 2018, bệnh nhân sử dụng thuốc không đúng, ngưng thuốc duy trì là nguyên nhân gây đợt cấp COPD

3. Đánh giá chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo thang điểm CAT.

Trong nghiên cứu chúng tôi có 167 bệnh nhân, trong đó bệnh nhân ảnh hưởng CLCS nặng chiếm tỉ lệ cao nhất là 68.3%, kế đến là bệnh nhân ảnh hưởng CLCS rất nặng chiếm 24%, bệnh nhân ảnh hưởng CLCS trung bình chiếm thấp nhất là 7,9%

Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp một số nghiên cứu khác, như Theo nghiên cứu tác giả Nguyễn Thị Khuyên [5], nghiên cứu 89 bệnh nhân COPD, năm 2021, bệnh nhân 108, cũng cho thấy rằng, người bệnh COPD có điểm CAT ảnh hưởng chất lượng cuộc sống ở mức độ nặng và rất nặng, cũng tương tự tác giả Nguyễn Xuân Tĩnh[8], nghiên cứu 90 bệnh nhân COPD, năm 2018, bệnh nhân ảnh hưởng CLCS rất nặng và nặng chiếm tỉ lệ cao.

Như vậy, bệnh nhân COPD có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và rất nặng

V. KẾT LUẬN

-Nguyên nhân gây đợt cấp COPD gồm: nhiễm trùng hô hấp, tiếp xúc khói, bụi, ngưng thuốc điều trị duy trì đợt ngột, thời tiết thay đổi, nguyên nhân khác,

-Đánh giá CLCS của 167 bệnh nhân COPD cho thấy rằng 100% bệnh nhân mắc COPD đều ảnh hưởng rõ CLCS, người bệnh COPD có điểm CAT ở mức độ ảnh hưởng nặng và rất nặng đến CLCS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2023), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính*, Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BYT ngày tháng năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế, Hà Nội.
- Hoàng Ngọc Chương và cộng sự (2007), *Điều dưỡng cơ bản 2*, Bộ Y tế, Nhà xuất bản giáo dục, Hà Nội, tr.25-39.
- Trần Văn Ngọc, Mã Vinh Đạt (2018), “Đặc điểm lâm sàng và yếu tố thúc đẩy vào đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhập viện thường xuyên nhóm nguy cơ cao”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh* (22)2,tr.186 – 193.
- Vũ Phi Hùng và cộng sự (2022), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nồng độ CRP, NT-ProBNP ở người bệnh đợt cấp của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tổng hội Y học Việt Nam, tập 518 (2), tr.269-271.
- Nguyễn Thị Khuyển và cộng sự (2021), “Đánh giá chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Khoa Nội hô hấp, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108”, *Tạp chí Y dược lâm sàng 108*, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, tập 16 (8), tr.105-110.
- Đỗ Khánh Linh và cộng sự (2013), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân gây đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại trung tâm hô hấp Bệnh viện Bạch Mai”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tổng hội Y học Việt Nam, tập 407 (1), tr.90-94.
- Nguyễn Thị Thắm và cộng sự (2023), “ một số yếu tố liên quan mắc nhiều đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của bệnh nhân điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh quãn nain năm 2022”, *tạp chí y học Việt Nam*, tập 27, trang 18-22.
- Nguyễn Xuân Tĩnh và cộng sự (2018), “Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống ở bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh nam định 2017”, *khoa học điều dưỡng*, tập 2 (số 1). Tr.69-71.
- Bafadhel M, McKenna S, Terry S, et al (2011), “ Acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: identification of biologic clusters and their biomarkers”. *Am J Respir Crit Care Med*.184(6):pp. 662-71.
- Brasil Santos D, de Assis Viegas CA (2009), “Correlation of levels of obstruction in COPD with lactate and six-minute walk test”. *Rev Port Pneumol*.15(1):pp.11-25.
- . Charles Batte et al. (2023), "Cross-sectional validation of the COPD Assessment Test (CAT) among chronic obstructive pulmonary disease patients in rural Uganda", *PLOS Global Public Health*, vol 3 (6), <https://journals.plos.org/globalpublichealth/article?id=10.1371/journal.pgph.0002013>.
- Durmuş U, Doğan NÖ, Pekdemir M, et al(2018)“The value of lactate clearance in admission decisions of patients with acute exacerbation of COPD”. *Am J Emerg Med*, 36(6):pp.972-976.
- Hurst JR, Perera WR, Wilkinson TM, et al (2016)“ Exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: pan-airway and systemic inflammatory indices”. *Proc Am Thorac Soc*. 2006 Aug;3(6):481-2.
- Kruif M.D. et al (2010)“Additional value of procalcitonin for diagnosis ofinfection in patients with fever at the emergency department”. *Crit Care Med*, 38(2): pp. 457-63.
- Sarah Houben-Wilke et al. (2018), "Contribution of individual COPD assessment test (CAT) items to CAT total score and effects of pulmonary rehabilitation on CAT scores", *Health and Quality of Life Outcomes*, vol. 16 (205).
- World Health Organization (2023), *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*, truy cập ngày 16 tháng 03 năm 2023, [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)).

TẦN SUẤT VÀ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA HẠ NATRI MÁU Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN GIAI ĐOẠN 3 – 5 TẠI KHOA NỘI THẬN BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Lữ Công Trung, Huỳnh Nhật Duy
Trần Ngọc Bích, Lê Thị Mãi

TÓM TẮT

Mở đầu: Hạ natri máu là rối loạn điện giải thường gặp trên lâm sàng. Bệnh nhân hạ natri máu có tỉ lệ nhập viện tăng do nhiễm trùng, giảm nhận thức và tăng tử vong

Mục tiêu: Xác định tần suất hạ Natri máu trên bệnh thận mạn giai đoạn 3-5 và so sánh đặc điểm lâm sàng bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 3-5 có hạ và không hạ natri máu

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Kết quả: Nghiên cứu 59 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn 3-5, kết quả cho thấy có 28 bệnh nhân hạ natri máu (47.46%), chủ yếu là mức độ nhẹ (57.14%). Nhóm hạ natri máu có dấu hiệu mất nước, sốt và sử dụng lợi tiểu nhiều hơn nhóm không hạ natri máu. Bệnh nhân nhập viện chủ yếu vì sốt, phù và khó thở; bệnh nhân hạ natri máu có triệu chứng thần kinh chiếm 32.14%. Nhóm hạ natri máu có tỉ lệ nhiễm trùng cao hơn nhóm không hạ natri (85.71% so với 32.26%)

Kết luận: Hạ natri máu rất thường gặp ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn 3-5, và thường đi kèm nhiễm trùng.

Từ khóa: hạ Natri máu, suy thận mạn giai đoạn 3-5

FREQUENCY AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF HYPONATREMIA IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE STAGES 3-5 IN THE NEPHROLOGY DEPARTMENT OF AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL

ABSTRACT

Background: Hyponatremia is a common electrolyte abnormality encountered in clinical practice. Hyponatremic CKD populations increased the risk for several adverse outcomes, such as hospitalization for infection, impaired cognitive function, and increased mortality.

Objectives: To determine the frequency of hyponatremia in chronic kidney disease stages 3-5 and to compare the clinical characteristics of patients with and without hyponatremia in chronic kidney disease stages 3-5

Method: A cross-sectional study.

Results: Studying 59 patients with chronic kidney disease stages 3-5, the results showed that 28 patients had hyponatremia (47.46%), mainly mild (57.14%). The Hyponatremia group had signs of dehydration, fever, and diuretic use more than the non-hyponatremia group. Patients were hospitalized primarily because of fever, edema, and dyspnea; hyponatremia patients with neurological symptoms accounted for 32.14%. Hyponatremia group had a higher rate of infection than the non-hyponatremia group (85.71% vs. 32.26%)

Conclusion: Hyponatremia is very common in patients with CKD stages 3-5, and is often accompanied by infection.

Keywords: hyponatremia, chronic kidney disease stages 3-5

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hạ Natri máu làm rối loạn điện giải thường gặp trên lâm sàng, ở bệnh nhân suy thận mạn nhiều nghiên cứu cho thấy tần suất hạ natri máu dao động từ 12 - 44%. Giai đoạn đầu suy thận mạn giảm tái hấp thu natri ở quai Henle và ống lượn xa gây tăng thải natri trong nước tiểu để giữ thể tích dịch trong cơ thể bình thường. Giai đoạn sau thận mạn tiến triển, ANP (Atrial

Natruetic Peptides) giảm tác dụng dẫn đến giảm tái hấp thu natri làm tăng thể tích dịch do đó dẫn đến giảm natri trong máu. Biểu hiện lâm sàng của hạ natri máu bao gồm: chán ăn, đau đầu, lú lẫn, hôn mê, động kinh, thậm chí tử vong. Thực tế lâm sàng hạ Natri máu chưa được quan tâm đúng mức.

Với những lý do trên, chúng tôi thực hiện đề tài này với 2 mục tiêu: (1) Xác định tần suất hạ Natri máu trên bệnh thận mạn giai đoạn 3-5 nhập khoa Nội thận bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang và (2) So sánh đặc điểm lâm sàng bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 3-5 có hạ và không hạ natri máu

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả cắt ngang

2.2. Cỡ mẫu

Thuận tiện, chúng tôi thu thập được 59 bệnh nhân suy thận mạn

2.3 Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn 3 -5 nhập viện tại khoa Nội thận

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đã được làm các biện pháp thay thế thận (Lọc máu lọc màng bụng, ghép thận), bệnh nhân không đủ dữ liệu.

Địa điểm : Khoa Nội Thận bệnh viện Đa khoa Trung Tâm An Giang

2.5 Cách tiến hành

- Suy thận mạn định nghĩa theo KDIGO 2012

+Suy thận mạn giai đoạn 3 eGFR: 30 -59 ml/phút/1,73m² da

+Suy thận mạn giai đoạn 4 eGFR: 15 - 30 ml/phút/1,73m² da

+Suy thận mạn giai đoạn 5 eGFR: < 15 ml/phút/1,73m² da

- Hạ Natri máu được định nghĩa theo Bộ y tế 2015 là < 135 mmol/l. Mức độ:

+ Nhẹ: 130 – 134,9 mmol/L

+ Trung bình: 125 – 129,9 mmol/L

+ Nặng: <125 mmol/L

- Chọn nồng độ natri thấp nhất trong 48h

- Dấu mất nước bao gồm: dấu véo da (+), khát nước, môi khô, lưỡi khô, mắt trũng, hạ huyết áp tư thế.

- Chẩn đoán suy thận mạn có ít nhất 1 trong 3 tiêu chí sau: (theo KDIGO)

+ eGFR <60 ml/phút/1,73m² da kéo dài ít nhất 3 tháng

+ Siêu âm bụng, đo chiều dài thận <80 mm, mất phân biệt vỏ tủy

+ Rối loạn chuyển hóa calci phosphor với PTH > 100 pg/mL

2.6 Xử lý số liệu

Xử lý số liệu dựa vào phần mềm Stata 13.0. Phép kiểm chi bình phương, phép kiểm Shapiro – Wilk test, có giá trị khi p < 0,05

Đo lường các biến:

Các biến định tính: giới, dấu hiệu mất nước, dấu hiệu thần kinh, dấu hiệu nhiễm trùng, dấu mất nước, phù, sử dụng thuốc lợi tiểu, tạo FAV

Các biến định lượng: nồng độ Na, ure creatinine, eGFR,

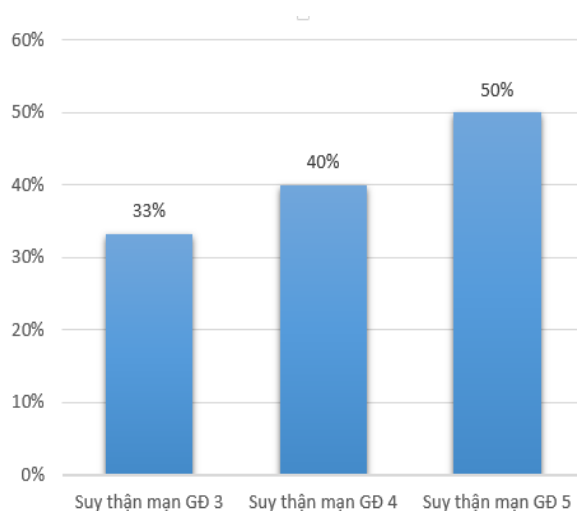
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian 8 tháng, chúng tôi thu thập được 59 bệnh nhân nhập khoa Nội thận bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang đủ điều kiện tham gia nghiên cứu

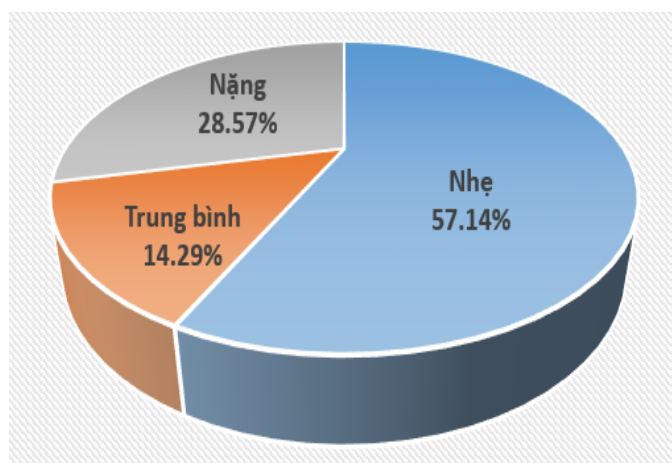
3.1 Tần suất hạ Natri máu

Với ngưỡng chẩn đoán hạ natri máu khi natri máu < 135 mmol/l, chúng tôi có 28 bệnh nhân hạ natri máu trong tổng số 59 bệnh nhân trong nghiên cứu, tần suất là 47.46%. Khi theo dõi ion đồ nội viện ở những bệnh nhân không hạ natri máu lúc nhập viện, có 3/31 (9.68%) xuất hiện hạ natri máu sau 24 giờ.

Khi phân giai đoạn bệnh thận mạn, chúng tôi có bệnh thận mạn giai đoạn 3 là 3 bệnh nhân, giai đoạn 4 là 10 bệnh nhân, giai đoạn 5 là 46 bệnh nhân. Tần suất hạ natri máu theo từng giai đoạn lần lượt là 33.33% ở giai đoạn 3, 40% ở giai đoạn 4 và nhiều nhất là 50% ở giai đoạn 5. Khi phân độ nặng hạ natri máu, tần suất hạ natri máu nhẹ là nhiều nhất chiếm 57.14%, mức độ trung bình là 14.29% và nặng là 28.57%.



Biểu đồ 3.1 Tần suất hạ Natri máu theo từng giai đoạn suy thận mạn



Biểu đồ 3.2 Phân mức độ hạ Natri máu

3.2 So sánh đặc điểm lâm sàng giữa 2 nhóm hạ và không hạ natri máu

3.2.1 Về chức năng thận

Bảng 3.1 Đặc điểm chức năng thận của bệnh nhân trong nghiên cứu

Xét nghiệm	Chung (N = 59)	Hạ natri máu (N = 28)	Không hạ natri máu (N = 31)	P
Ure (mmol/l)	22.80 (5.6 -48.1)	24.45 (6.6 – 48.1)	21.31 5.6 -42.5)	0.28
Creatinin (μmol/l)	538.04 (108 – 1447.5)	574.03 (142.1 – 1356)	505.53 (108 – 1447.5)	0.43
eGFR (ml/phút/1.73m ² da)	12.01 (2.27 – 47.93)	10.50 (2.3 – 31.74)	13.18 (2.27 – 49.93)	0.25
Giai đoạn bệnh thận mạn dựa eGFR (ml/phút/1.73m ² da) (n,%)				
G3: 30 – 60	3 (5.08%)	1 (3.57%)	2 (6.45%)	0.75
G4: 15 -30	10 (16.95%)	4 (14.29%)	6 (19.35%)	
G5 <15	46 (77.97%)	23 (82.14%)	23 (74.19%)	

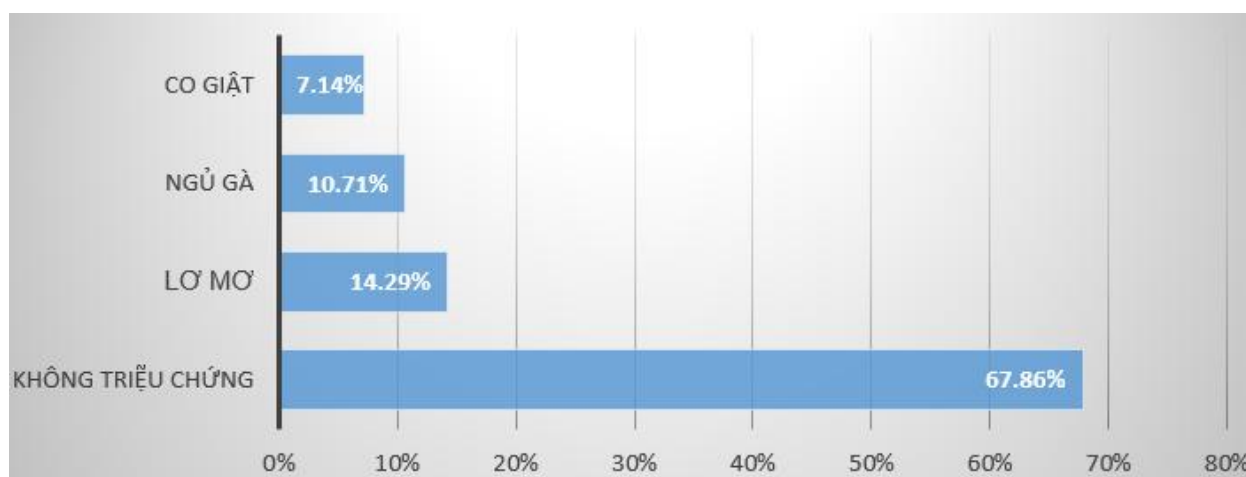
Nhận xét: không có sự khác biệt chức năng thận giữa 2 nhóm hạ natri và không hạ natri

3.2.2. Về đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.2 Đặc điểm lâm sàng chung của bệnh nhân trong nghiên cứu

Đặc điểm	Chung (N = 59)	Hạ natri máu (N = 28)	Không hạ natri máu (N = 31)	P
Tuổi (năm)	64.54 (23 – 89)	62.41 (30 -87)	66.19 (23 – 89)	0.36
Giới nữ (n, %)	43 (72.88)	22 (78.57)	21 (67.74)	0.35
Tiền căn đái tháo đường (n, %)	22 (37.29)	12 (43.86)	10 (32.26)	0.40
Tiền căn suy tim (n, %)	32 (54.24)	14 (50)	18 (58.06)	0.54
Phù (n, %)	22 (32.29)	9 (32.14)	13 (41.94)	0.44
Có dấu mất nước (n, %)	13 (22.03)	11 (39.29)	2 (6.45)	0.002
Dùng thuốc lợi tiểu (n, %)	36 (61.02)	24 (85.71)	12 (38.71)	0.001
Truyền dịch NS (n, %)	11 (18.64)	6 (21.43)	5 (16.13)	0.60

Nhận xét: Nhóm hạ natri máu trên lâm sàng có dấu mất nước nhiều hơn, tần suất sử dụng thuốc lợi tiểu nhiều hơn nhóm không hạ natri máu có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Không có sự khác biệt về tuổi, giới tính, tiền căn, triệu chứng phù và truyền dịch Natriclorua 0.9% giữa hai nhóm



Biểu đồ 3.3 Tần suất các triệu chứng của nhóm bệnh nhân hạ natri máu

Nhận xét: Bệnh nhân hạ natri máu không triệu chứng chiếm nhiều nhất trong các trường hợp chiếm 67.86%, có triệu chứng thần kinh chiếm 32.14%

3.2.3 Về lý do nhập viện

Bảng 3.3 Lý do nhập viện của BN trong nghiên cứu

Lý do nhập viện (n, %)	Chung (N= 59)	Hạ natri máu (N= 28)	Không hạ natri máu (N=31)	p
Khó thở	17 (28.81)	6 (21.43)	11 (35.48)	0.35
Phù	22 (37,29)	9 (32,14)	13 (41.94)	0.44
Tăng kali máu	9 (15.25)	6 (21.43)	3 (9.68)	0.21
Mổ tạo FAV	1 (1.69)	0	1 (3.23)	0.34
Làm CAPD	2 (3.39)	2 (7.14)	0	0.13
Rối loạn đi tiểu	4 (6.78)	2 (7.14)	2 (6.45)	0.92
Sốt	31 (52.54)	24 (85.71)	7 (22.58)	0.001
Khác	14 (23.73)	7 (25)	7 (22.58)	0.83

Nhận xét: Bệnh nhân chủ yếu nhập viện vì sốt (chiếm 54.54%), phù (37.29%) và khó thở (28.81%). Lý do nhập viện là sốt gặp chủ yếu ở nhóm bệnh nhân hạ natri máu có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$)

3.2.4 Về nhiễm trùng

Tình trạng nhiễm trùng (n, %)	Chung (N= 59)	Hạ natri máu (N = 28)	Không hạ natri máu (N=31)	p
Nhiễm trùng chung	34 (57.63)	24 (85.71)	10 (32.26)	0.001
Theo từng cơ quan nhiễm trùng				
Viêm phổi	3 (5.08)	0	3 (9.68)	0.09
Nhiễm trùng tiểu	7 (11.86)	3 (10.71)	4 (12.9)	0.80

Nhiễm trùng tiêu hóa	21 (35.59)	21 (75)	3 (9.68)	0.001

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm trùng đường tiêu hóa của nhóm hạ natri máu cao hơn nhóm không hạ natri máu có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$)

IV. BÀN LUẬN

4.1 Tần suất hạ Natri máu

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tần suất hạ natri máu ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn 3-5 chưa điều trị thay thế thận là 47.46%. Tại khoa Nội thận bệnh viện Chợ Rẫy, nghiên cứu của Trần Phương Thảo (2023) trên 226 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn 3-5 chưa điều trị thay thế thận, tần suất hạ natri máu là 52.6%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn có thể do: khác nhau về đặc điểm dân số nghiên cứu, cỡ mẫu nhỏ hơn. Ngoài ra, một số bệnh nhân Đái tháo đường và tình trạng tăng đường huyết ảnh hưởng đến giá trị natri máu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân bệnh thận mạn chủ yếu ở giai đoạn 5, chiếm 77.97% nghiên cứu. Tần suất hạ natri máu ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn 5 là cao nhất, chiếm 50%. Điều này được giải thích là do khi chức năng thận suy giảm, ống thận cũng giảm khả năng pha loãng dịch lọc. Do vậy, khi bệnh nhân uống nước nhiều hơn khả năng pha loãng, cơ thể sẽ giữ nước và gây ra hạ natri máu, đặc biệt ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối.

Về độ nặng hạ natri máu, trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tần suất hạ natri máu nhẹ là cao nhất, chiếm 57.14%, kết quả này tương tự nghiên cứu của Trần Phương Thảo (2023) là 57.10%. Hạ natri máu, dù mức độ nhẹ, cũng liên quan đến gia tăng tử vong ở bệnh nhân nhập viện.

4.2. So sánh đặc điểm lâm sàng giữa hai nhóm hạ và không hạ natri máu

Đánh giá dấu mất nước trên bệnh nhân hạ natri máu là một cách để đánh giá tình trạng dịch cơ thể giảm, phản ánh mất natri máu nguyên phát. Trong nghiên cứu của chúng tôi, dấu mất nước gặp ở nhóm hạ natri máu nhiều gấp 5,5 lần nhóm không hạ natri máu, điều này tương tự như trong nghiên cứu Trần Phương Thảo (2023) mặc dù cỡ mẫu giữa hai nghiên cứu có sự chênh lệch lớn. Bên cạnh đó tần suất sử dụng thuốc lợi tiểu cũng xuất hiện nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân có hạ natri máu (gấp 2 lần nhóm không hạ natri máu).

Triệu chứng lâm sàng tùy thuộc mức độ hạ natri máu. Khi natri máu giảm một cách từ từ trong vài ngày đến vài tuần (hạ natri máu mạn), natri máu có thể xuống tới 110 mmol/l thì mới có triệu chứng nhẹ. Ngược lại, cũng với mức giảm như trên nhưng diễn ra trong 24-48 giờ (hạ natri máu cấp) thì cơ chế bù trừ của cơ thể sẽ bị vượt quá giới hạn và dẫn đến các triệu chứng thần kinh. Do vậy sự xuất hiện triệu chứng thần kinh tùy thuộc vào hạ natri máu cấp tính hay mạn tính và tùy thuộc khả năng thích nghi của từng bệnh nhân. Trong nghiên cứu chúng tôi, có 7.14% bệnh nhân co giật, 10.71% bệnh nhân ngủ gà, 14.29% bệnh nhân lơ mơ gợi ý tình trạng hạ natri cấp tính; có 67.86% bệnh nhân hạ natri máu không triệu chứng gợi ý tình trạng hạ natri mạn tính. Kết quả này khá cao so với nghiên cứu của Đỗ Thị Thắm (2015) trên 172 bệnh nhân hạ natri máu ở BV Thống Nhất là 2,9% bệnh nhân co giật, 1,7% ngủ gà, 0,6% bệnh nhân lơ mơ. Nguyên nhân dẫn đến sự khác biệt có thể do mẫu nghiên cứu chúng tôi nhỏ hơn và có thể có sự chồng lấp giữa bệnh cảnh thần kinh trong hội chứng ure máu cao so với triệu chứng thần kinh của hạ natri máu trên những bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn 5 chưa điều trị thay thế thận chiếm phần lớn trong nghiên cứu.

Về nhiễm trùng, chúng tôi ghi nhận nhiễm trùng ở 34 bệnh nhân (chiếm 57.63%). Trong đó nhóm hạ natri máu (85.71%) cao hơn nhóm không hạ natri máu (32.26%), chủ yếu là nhiễm trùng tiêu hóa (75%). Nhiễm trùng tiêu hóa ngoài gây mất muối, nước (ối, sốt, tiêu chảy, ăn uống kém) thì các yếu tố trung gian gây viêm cũng gây tăng tiết ADH, góp phần làm thêm hạ natri máu. Kết quả này cũng tương tự kết quả Trần Phương Thảo (2023) tỷ lệ bệnh nhân nhiễm trùng ở nhóm hạ natri máu (59.6%) cao hơn nhóm bệnh nhân nhiễm trùng không hạ natri máu (41.2%).

V. KẾT LUẬN

Tần suất hạ natri máu trên bệnh nhân bệnh thận mạn cao (nghiên cứu của chúng tôi là 47.46%) phản ánh mức độ thường gặp trên thực hành lâm sàng. Khi theo dõi ion đồ nội viện, có 9.68% bệnh nhân xuất hiện hạ natri máu sau 24 giờ. Chủ yếu là hạ natri máu nhẹ (57.14%) và mạn tính (67.86%), phần lớn trên những bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn 5, nhóm đối tượng có tỉ lệ nhập viện cao nhất.

Những đặc điểm thường gặp trên bệnh nhân suy thận mạn có hạ natri máu gồm: sốt, tình trạng phù, sử dụng thuốc lợi tiểu, có dấu mất nước nhiều hơn và tình trạng nhiễm trùng đi kèm nhiều hơn so với nhóm bệnh nhân không hạ natri máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Thị Thắm, Đặng Thị Thùy Quyên, (2015) Khảo sát các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của hạ natri máu tại khoa nội điều trị theo yêu cầu ở bệnh viện Thống Nhất, Y học Thành phố Hồ Chí Minh .
2. Trần Phương Thảo, (2023), Tần suất hạ Natri máu ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn 3 – 5 ở bệnh viện Chợ Rẫy, Y học Việt Nam, tập 528, trang :500 – 507
3. Arzhan S et al (2021), Dysnatremias in chronic Kidney Disease: Pathophysiology, Manifestation and Treatment, Frontiers in Medicine, 8:769287
4. Anomynous. Kidney Disease Improving Global outcome (KDIGO 2012), clinical practice guideline for the evaluation and Management of chronic Kidney Disease.

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TỚI TRẢI NGHIỆM CỦA NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BVĐKTT AN GIANG NĂM 2024

Nguyễn Tấn Thành, Huỳnh Tuyền Khanh,
Lâm Võ Hùng, Nguyễn Thị Hữu Ngọc

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trải nghiệm của người bệnh trong quá trình điều trị nội trú đóng vai trò quan trọng trong việc đánh giá chất lượng dịch vụ y tế và hiệu quả của hệ thống chăm sóc sức khỏe.

Mục tiêu: Mô tả và phân tích các yếu tố trải nghiệm của người bệnh điều trị nội trú Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2024.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Người bệnh điều trị nội trú trên 3 ngày và hoàn thành đợt điều trị, chuẩn bị xuất viện tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 5 đến tháng 6 năm 2024. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Kết quả: Người bệnh có mức độ đánh giá tích cực về trải nghiệm mà họ đã trải qua tại bệnh viện với điểm đánh giá tổng thể trung bình ở mức 8,89 (độ lệch chuẩn 1,25). Đồng thời tới 79,5% đối tượng trả lời họ dự kiến quay trở lại trong tương lai. Ba khía cạnh mà người bệnh có tỷ lệ đánh giá tích cực thấp nhất theo thứ tự từ dưới lên là Trải nghiệm trước khi xuất viện (28%), Trải nghiệm chi trả viện phí (76,5%) và Trải nghiệm cơ sở vật chất – tiện ích phục vụ người bệnh (77,5%). Còn khía cạnh còn lại về trải nghiệm đều có tỷ lệ người đánh giá tích cực đạt cao với khoảng trên 80% đối tượng.

Kết luận: Tinh thần thái độ phục vụ tốt, cung cấp thông tin quá trình điều trị đầy đủ, cơ sở vật chất đảm bảo tiện nghi sinh hoạt và các quy trình, quy định rõ ràng, nhất quán sẽ tạo điều kiện mang lại trải nghiệm tích cực cho người bệnh. Ngược lại các yếu tố này chưa tốt sẽ là rào cản không mang lại trải nghiệm tích cực, thậm chí tạo ra trải nghiệm tiêu cực cho người bệnh.

ABSTRACT

CURRENT SITUATION AND SOME FACTORS AFFECTING THE EXPERIENCE OF INPATIENTS AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2024

Background: Patient experiences during inpatient treatment play an important role in evaluating the quality of medical services and the effectiveness of the health care system.

Objective: Describe and analyze experience factors of inpatients at An Giang Central General Hospital in 2024.

Subjects and research methods: Patients who were hospitalized for more than 3 days and completed the treatment period, preparing to be discharged at An Giang Central General Hospital from March to June 2024.

Research method: cross-sectional description.

Result: Patients had a positive rating for their hospital experience with an average overall rating of 8.89 (standard deviation 1.25). At the same time, up to 79.5% of the subjects responded that they expected to return in the future. The three aspects that patients have the lowest positive rating rate from bottom to top are Experience before discharge (28%), Experience paying hospital fees (76.5%), and Facility experience material and amenities to serve patients (77.5%). The remaining aspects of the experience all have a high rate of positive reviews with about 80% of subjects. Conclusion: Good service attitude, provision of complete treatment information, facilities to ensure living comfort, and clear and consistent processes and regulations will create conditions to bring good results. positive experience for the patient. On the contrary, if these factors are not good, they will be a barrier to bringing a positive experience, or even create a negative experience for the patient.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trải nghiệm của người bệnh trong quá trình điều trị nội trú đóng vai trò quan trọng trong việc đánh giá chất lượng dịch vụ y tế và hiệu quả của hệ thống chăm sóc sức khỏe. Trên thực tế, nhiều cơ sở y tế các nước phát triển đã và đang xem việc cải thiện “trải nghiệm người bệnh” là một trong những vấn đề trọng tâm.

Hiện nay, tại Việt Nam đã có một số cơ sở y tế tiến hành nghiên cứu đo lường TNNB điều trị nội trú tại bệnh viện thay cho các nghiên cứu về sự hài lòng của người bệnh như trước đây.

Tại An Giang, Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang là bệnh viện hạng I trực thuộc Sở Y tế tỉnh An Giang, được đầu tư xây dựng mới và đi vào hoạt động năm 2015. Ban giám đốc và toàn thể cán bộ viên chức đã triển khai thực hiện quyết liệt, có hiệu quả các phương hướng, kế hoạch, đề án với mục tiêu lấy người bệnh làm trung tâm phục vụ, kết quả được người dân đánh giá cao thể hiện qua số lượt khám bệnh tăng qua từng năm cả về ngoại trú lẫn nội trú. Chính vì thế, nghiên cứu “Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng tới trải nghiệm của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2024” đã được xây dựng với mong muốn đóng góp một phần cho hoạt động quản lý bệnh viện.

II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng điều tra định lượng là người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang

Tiêu chí lựa chọn:

- Người bệnh điều trị nội trú trên 3 ngày và hoàn thành đợt điều trị, chuẩn bị xuất viện tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang
- Từ 18 tuổi trở lên, tỉnh táo, đủ sức khỏe để giao tiếp và trả lời câu hỏi

Tiêu chí loại trừ:

- Người bệnh không có khả năng tham gia nghiên cứu như: người bệnh yếu, người bệnh có rối loạn tâm thần hay tình trạng bệnh nặng

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: mô tả, cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Công thức tính cỡ mẫu ước lượng cho một tỷ lệ

$$n = z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: Là cỡ mẫu nghiên cứu

p = 84,8% là tỷ lệ trải nghiệm tích cực chung lấy từ nghiên cứu Nguyễn Văn Đại, trải nghiệm của người bệnh điều trị nội trú và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện truyền máu huyết học thành phố Hồ Chí Minh năm 2022 (1)

d = 0,05 là độ chính xác tuyệt đối mong muốn.

$z_{(1-\frac{\alpha}{2})} = 1,96$ ($\alpha = 0,05$, với độ tin cậy 95%)

Thay vào công thức ta được n = 200 là số đối tượng tối thiểu cần tham gia vào điều tra định lượng (dự trừ 10% số mẫu không đạt yêu cầu) nên số mẫu cần lấy là 220.

2.3. Nội dung nghiên cứu

Bộ công cụ được sử dụng trong nghiên cứu là “Phiếu khảo sát trải nghiệm người bệnh trong thời gian điều trị nội trú tại bệnh viện” của Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh, phiên bản 3.0

2.4. Xử lý và phân tích số liệu

Xử lý trên phần mềm SPSS phiên bản 26.0

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Địa chỉ cư ngụ	An giang	162	81
	Tỉnh khác	38	19
Giới tính	Nam	87	43,5
	Nữ	113	56,5
Nhóm tuổi	≤ 40 tuổi	64	32
	> 40 tuổi	136	68
	Mean ± SD	50,59 ± 16,25	
Tình trạng học vấn	< THPT	92	46
	≥ THPT	108	54

Nhận xét: Đa số người bệnh tham gia nghiên cứu sống ở An Giang (81%). Tỷ lệ người bệnh nữ tham gia nghiên cứu cao hơn người bệnh nam (56,5% - 43,5%). Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 50,59, nhỏ nhất là 19 tuổi và lớn nhất là 89 tuổi. Người bệnh tham gia nghiên cứu có trình độ học vấn dưới THPT chiếm tỷ lệ (46%) rồi đến trình độ PTTH trở lên (54%).

3.2. Đặc điểm tình trạng khi điều trị nội trú của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
BHYT	Có	187	93,5
	không	13	6,5
Khả năng chi trả cho lần điều trị này	Miễn phí	14	7
	Đủ khả năng chi trả	179	89,5
	Phải vay mượn	7	3,5
Đã từng điều trị tại bệnh viện	Đã điều trị 1 đợt	114	57
	Điều trị nhiều đợt	86	43
Số ngày điều trị nội trú	≤ 5 ngày	96	48
	> 5 ngày	104	52
Tình trạng nhập viện	Khoa cấp cứu	171	85,5
	Khoa khám bệnh	29	14,5
Tình trạng xuất viện	Khỏi	51	25,5
	Đỡ giảm	149	74,5

Nhận xét: Đa số người bệnh tham gia nghiên cứu sử dụng BHYT (93,5%), đủ khả năng chi trả (89,5%), đã từng điều trị 1 đợt (57%), nhập viện nhiều ở khoa cấp cứu (85,5%), tình trạng xuất viện đa số đỡ giảm (74,5%).

3.3. Đánh giá tích cực chung về bệnh viện của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang

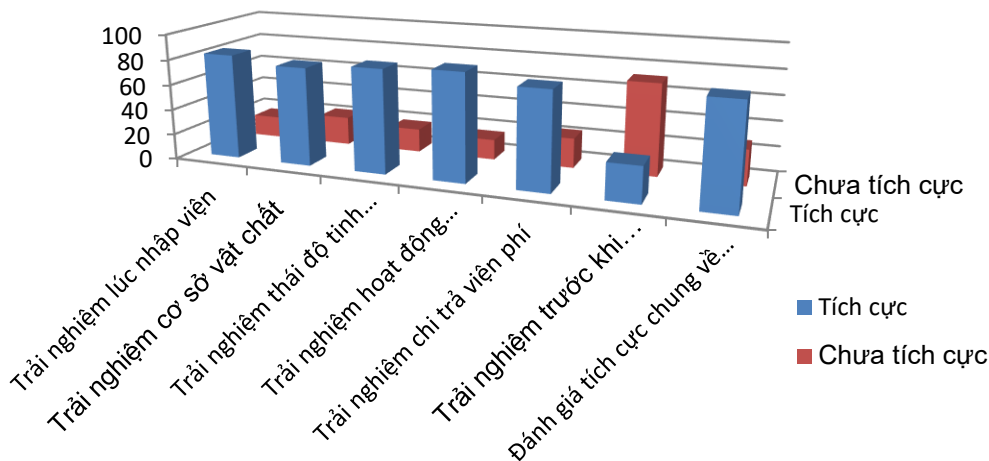
Mã	Nội dung trải nghiệm	Chưa tích cực n (%)	Tích cực n (%)
F1	Trải nghiệm người bệnh về bệnh viện (từ 8 đến 10 điểm)	40 20%	160 80%
	Điểm trung bình	Mean $\pm$ SD: 8,89 $\pm$ 1,25	
F2	Lựa chọn quay lại điều trị tại bệnh viện	41 20,5%	159 79,5%

Nhận xét: 80% người bệnh đánh giá điểm trải nghiệm về bệnh viện từ 8 đến 10 điểm (thang điểm từ 1-10 tăng dần theo trải nghiệm tích cực), 79.5% người bệnh lựa chọn sẽ quay lại điều trị tại bệnh viện.

3.4. Trải nghiệm chung của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang

STT	Nội dung trải nghiệm	Chưa tích cực (%)	Tích cực (%)
1	Trải nghiệm lúc nhập viện	17%	83%
2	Trải nghiệm cơ sở vật chất – tiện ích phục vụ người bệnh	22,5%	77,5%
3	Trải nghiệm thái độ tinh thần phục vụ NVYT	18.5%	81,5%
4	Trải nghiệm hoạt động khám chữa bệnh	16%	84%
5	Trải nghiệm chi trả viện phí	23,5%	76,5%
6	Trải nghiệm trước khi xuất viện	72%	28%
7	Đánh giá tích cực chung về bệnh viện	20%	80%

BIỂU ĐỒ TRẢI NGHIỆM CHUNG



Nhận xét: Có 84% người bệnh có trải nghiệm tích cực hoạt động khám chữa bệnh. Trải nghiệm tích cực trước khi xuất viện là thấp nhất (28%).

3.5. Mối liên quan giữa một số đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh với đánh giá tích cực chung về bệnh viện

Đặc điểm		Đánh giá tích cực chung về bệnh viện		OR 95%CI	p
		N	%		
Giới tính	Nam	77	88,5	0,38 (0,17 – 0,78)	<0,01
	Nữ	83	73,5		
Trình độ học vấn	Dưới THPT	83	90,2	0,27 (0,12 – 0,6)	< 0,01
	THPT trở lên	77	71,3		
Tuổi	≤ 40 tuổi	64	32	11,12 (4,95 – 24,99)	< 0,01
	> 40 tuổi	136	68		
Tình trạng kinh tế	Nghèo/ Cận nghèo/ Trung bình	67	83,8	0,67 (0,32 – 1,39)	0,28
	Khá/ Giàu	93	77,5		
BHYT	Có	149	79,7	1,4 (0,3 – 6,6)	0,67
	không	11	84,6		
Đã từng điều trị tại bệnh viện	≤ một lần	94	82,5	0,7 (0,35 – 1,41)	0,32
	> một lần	66	76,7		
Số ngày điều trị nội trú	≤ 5 ngày	74	77,1	1,42 (0,71 – 2,85)	0,32
	> 5 ngày	86	82,7		
Nhập viện qua phòng cấp cứu	Có	141	82,5	0,41 (0,17 – 0,96)	0,035
	Không	19	65,5		

Nhận xét: kết quả phân tích đơn biến mối liên quan giữa một số đặc điểm nhân khẩu học của NB với Đánh giá tích cực chung về bệnh viện. Bảng này tìm thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê của 4 biến liên quan tới đặc điểm nhân khẩu học là: Giới tính (Nam giới có tỉ lệ trải nghiệm tích cực cao hơn Nữ giới với $OR=0,38$, $95\%CI: 0,17 - 0,78$, $P: <0,01$), Trình độ học vấn (Dưới THPT có tỉ lệ trải nghiệm tích cực cao hơn THPT trở lên với $OR=0,27$, $95\%CI: 0,12 - 0,6$, $P: <0,01$), Tuổi (Người ≤ 40 tuổi có tỉ lệ trải nghiệm tích cực thấp hơn người > 40 tuổi với $OR=11,12$, $95\%CI: 4,95 - 24,99$, $P: <0,01$), Nhập viện qua khoa cấp cứu (Nhập viện qua khoa cấp cứu có tỉ lệ trải nghiệm tích cực cao hơn khoa khác với $OR=0,41$, $95\%CI: 0,17 - 0,96$, $P: 0,035$).

VI. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu về thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng tới trải nghiệm của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2024 được tiến hành với tổng số mẫu là 200 người bệnh tham gia nghiên cứu. Trong đó, tỷ lệ người bệnh là nữ tham gia nghiên cứu cao hơn người bệnh nam (56,5% và 43,5%), độ tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là $50,59 \pm 16,25$ (nhỏ nhất là 19 tuổi và lớn nhất là 89 tuổi), tỉ lệ này tương đương so với nghiên cứu Nguyễn Phương Linh đánh giá trải nghiệm của người bệnh nội trú và một số yếu tố ảnh hưởng tại các khoa điều trị nội Bệnh viện ung bướu Hà Nội năm 2023 tỉ lệ này (51,5% và 48,6%) (2). Tuy 81% người bệnh tham gia nghiên cứu sống ở An Giang, nhưng trình độ học vấn 54% người bệnh tham gia nghiên cứu có trình độ học vấn từ THPT trở lên, tỉ lệ khá tương đương nghiên cứu Nguyễn Minh Luân, thực trạng trải nghiệm của người bệnh điều trị nội trú và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện đa khoa khu vực Tân Châu, tỉnh An Giang năm 2021, tỉ lệ này ($\geq$ THPT 63,2%) (3), tỉ lệ này thấp hơn nghiên cứu Nguyễn Văn Đại trải nghiệm của người bệnh điều trị nội trú và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Truyền máu Huyết học thành phố Hồ Chí Minh năm 2022 (81,2%) (1) điều này hợp lý vì bệnh viện Tân Châu và An Giang nằm cùng tỉnh còn bệnh viện truyền máu huyết học nằm địa bàn Tp.HCM nên trình độ học vấn cao hơn.

Có 93,5% người bệnh tham gia nghiên cứu là đối tượng được hưởng BHYT, tỉ lệ này tương đương cứu Nguyễn Văn Đại trải nghiệm của người bệnh điều trị nội trú và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Truyền máu Huyết học thành phố Hồ Chí Minh năm 2022 tỉ lệ này (94%) (1) hoàn toàn phù hợp với Quyết định của Thủ tướng Chính phủ về phê duyệt đề án thực hiện lộ trình tiến tới BHYT toàn dân. Điều này cho thấy phần lớn người dân đã có nhận thức về giá trị của BHYT. Đồng thời cũng thấy được lợi ích mang lại từ chính sách thông tuyến BHYT, tạo thuận lợi cho người dân khi khám chữa bệnh BHYT tại bệnh viện tuyến trên nói chung và Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang nói riêng.

4.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến trải nghiệm của người bệnh

Phân tích mối liên quan tới trải nghiệm của người bệnh cho thấy yếu tố tuổi là yếu tố có ý nghĩa thống kê tới các khía cạnh trải nghiệm khác nhau của người bệnh như Đánh giá tích cực chung về bệnh viện. Trải nghiệm về Cơ sở vật chất – Tiện ích phục vụ người bệnh. Trải nghiệm về thái độ và tinh thần phục vụ của NVYT, v.v... Kết quả này cũng tương đồng các nghiên cứu trên thế giới khi những người bệnh trẻ tuổi thường có trải nghiệm kém tích cực hơn người bệnh nhiều tuổi (4). Điều này có thể do việc thiếu kinh nghiệm của người bệnh trẻ trong sử dụng dịch vụ CSSK hoặc kỳ vọng quá cao về dịch vụ. Đồng thời, thường với độ tuổi cao hơn khả năng chịu đựng của người bệnh cũng được cải thiện và họ giảm kỳ vọng về dịch vụ y tế. Do đó, cải thiện chất lượng dịch vụ thường tập trung vào cải thiện trải nghiệm của người bệnh trẻ tuổi nhiều hơn. Trình độ học vấn cũng là yếu tố có ý nghĩa thống kê ảnh hưởng đến trải nghiệm tích cực của người bệnh. Nhóm người bệnh có trình độ học vấn dưới THPT có trải nghiệm tích cực hơn về đánh giá chung về bệnh viện, cơ sở vật chất, tinh thần thái độ phục vụ so với nhóm người bệnh có trình độ học vấn trên THPT khác với nghiên cứu Bệnh viện ung bướu Hà Nội năm 2023 (2).

Giới tính là yếu tố có ý nghĩa thống kê tới các khía cạnh đánh giá tích cực chung về bệnh viện, nam có tỉ lệ trải nghiệm tích cực cao hơn nữ, điều này có thể do nam giới tính cách phóng khoáng hơn, chịu đựng tốt hơn nữ giới vì thế cải tiến chất lượng dịch vụ bệnh viện nên tập trung vào nữ giới.

Trải nghiệm tích cực về đánh giá chung bệnh viện nhập viện qua khoa Cấp Cứu so với khoa khác cũng khác biệt có ý nghĩa thống kê điều này cho thấy người bệnh nhập viện qua khoa Cấp Cứu được NVYT cấp cứu kịp thời (thời gian chờ thăm khám trung bình 21,7 phút), chăm sóc chu đáo tăng trải nghiệm tích cực, còn nhập viện khoa khác thường bệnh không trong tình trạng cấp cứu NVYT không khẩn cấp, tích cực làm giảm trải nghiệm tích cực người bệnh.

Các yếu tố nhân khẩu học khác dù chưa thể chỉ ra ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu này nhưng mức độ nặng của bệnh, thời gian nằm viện, kết quả điều trị, tình trạng kinh tế và khả năng chi trả. Những yếu tố này cũng được đề cập trong nhiều nghiên cứu tương tự tại Việt Nam và trên thế giới (5). Các nghiên cứu cho thấy không có bảo hiểm y tế, không có khả năng chi trả thời gian nằm viện lâu đều là các yếu tố ảnh hưởng tới TNNB chưa tích cực (5). Ngoài ra, người bệnh có bệnh lý phức tạp, mắc nhiều bệnh hoặc yếu tố tâm lý về bệnh tật cũng là đối tượng cần lưu ý vì họ thường có trải nghiệm kém tích cực hơn nhóm còn lại. Về thời gian nằm viện, bệnh nhân có số ngày nằm viện dài liên quan đến tình trạng bệnh tật có thể nặng hơn thời gian phải nằm viện nhiều ngày rất dễ gây ra cho bệnh nhân cảm giác stress, chán nản khó chịu dẫn tới trải nghiệm sẽ kém tích cực hơn cho dù dịch vụ y tế không đổi. Đây là yếu tố khách quan khó thay đổi. Tuy vậy, việc cải thiện môi trường bệnh viện để tạo điều kiện cho người bệnh thoải mái trong thời gian nằm viện có thể giảm cảm giác khó chịu của bệnh nhân khi phải nằm viện nhiều ngày (6). Về kết quả điều trị, tương tự như các nghiên cứu trên thế giới, kết quả của chúng tôi chỉ ra mối liên hệ chặt chẽ và qua lại giữa TNNB tích cực và kết quả điều trị tốt.

Những trải nghiệm tích cực liên quan đến quá trình và kết quả điều trị tốt. Ngược lại, người bệnh có kết quả điều trị tốt cũng thường có trải nghiệm tích cực hơn. Về tình trạng kinh tế cũng như khả năng chi trả, Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang là bệnh viện tuyến cuối của tỉnh nên chi phí cũng cao hơn so với các bệnh viện tuyến dưới, khi tốn chi phí điều trị nhóm tự có khả năng chi trả sẽ không bị gánh nặng áp lực như nhóm phải vay mượn đây có thể là yếu tố liên quan trực tiếp tới trải nghiệm của bệnh nhân. Chi phí y tế cao có thể gây ra thảm họa về tài chính cho người bệnh và gia đình họ. Nghiên cứu này cho thấy Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang đã có các chính sách giúp tăng cường hài lòng và trải nghiệm người bệnh thông qua quy trình kiểm tra và giám sát quy trình cung cấp dịch vụ, quy định và quy trình về an toàn người bệnh và các hoạt động hỗ trợ khác.

Các nghiên cứu nhấn mạnh mối liên quan chặt chẽ giữa các yếu tố cơ sở vật chất và TNNB. Cơ sở vật chất và trang thiết bị là yếu tố ảnh hưởng trực tiếp tới hoạt động khám chữa bệnh, công tác đảm bảo an toàn người bệnh cũng như an toàn cho NVYT. Đồng thời việc bố trí và sắp đặt chưa hợp lý cũng dẫn đến việc vận chuyển người bệnh khó khăn. Nghiên cứu của chúng tôi, các nghiên cứu khác đều chỉ ra rằng cơ sở vật chất khang trang, sạch sẽ và trang thiết bị hiện đại là một trong những yếu tố mấu chốt ảnh hưởng tới trải nghiệm và hài lòng người bệnh (1-4).

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, tỷ lệ người bệnh có trải nghiệm tích cực trong quá trình điều trị tại bệnh viện là 80% và khi được khảo sát có 79,5% người bệnh khẳng định sẽ vẫn tiếp tục quay lại điều trị tại bệnh viện hoặc giới thiệu cho người khác tới bệnh viện điều trị khi có nhu cầu.

Trải nghiệm tích cực đánh giá chung về bệnh viện có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với các yếu tố Giới tính, Trình độ học vấn, Tuổi, Nhập viện qua khoa cấp cứu của người bệnh lúc nhập viện và trong quá trình nằm điều trị tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Đại. Trải nghiệm của người bệnh điều trị nội trú và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Truyền máu Huyết học thành phố Hồ Chí Minh năm 2022.
2. Nguyễn Phương Linh. Đánh giá trải nghiệm của người bệnh nội trú và một số yếu tố ảnh hưởng tại các khoa điều trị nội Bệnh viện ung bướu Hà Nội năm 2023.
3. Nguyễn Minh Luân. Thực trạng trải nghiệm của người bệnh điều trị nội trú và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện đa khoa khu vực Tân Châu, tỉnh An Giang năm 2021.
4. Xie J, Hu Y, Lu C, Fu Q, Carbone JT, Wang L, et al. What Are the Risk Factors of Negative Patient Experience? A Cross-Sectional Study in Chinese Public Hospitals. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. 2019. 2019.
5. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013.
6. Jha D, Frye AK, Schlimgen J. Evaluating variables of patient experience and the correlation with design. *Patient Experience Journal*. 2017.

VAI TRÒ CỦA TỶ LỆ SV2/RV3 TRÊN ĐIỆN TÂM ĐỒ TRONG CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT NGOẠI TÂM THU THẤT CÓ NGUỒN GỐC ĐƯỜNG RA THẤT PHẢI VÀ ĐƯỜNG RA THẤT TRÁI

Phạm Trọng Tiến, Nguyễn Kim Chi,
Nguyễn Sơn Nam, Lý Thanh Đồng

TÓM TẮT

Việc dự đoán trước vị trí rối loạn nhịp thất đóng góp vai trò quan trọng trong thành công và giảm thiểu thời gian của thủ thuật triệt đốt, vì vậy nhiều tiêu chuẩn trên điện tâm đồ đã được phát triển và áp dụng để phục vụ mục đích này.

Mục tiêu: mô tả các đặc điểm điện tâm đồ bề mặt của ngoại tâm thu thất có nguồn gốc từ đường ra thất phải và đường ra thất trái, tìm hiểu vai trò của tỷ lệ SV2/RV3 trên điện tâm đồ trong chẩn đoán phân biệt ngoại tâm thu thất có nguồn gốc đường ra thất phải và đường ra thất trái.

Đối tượng và phương pháp: Gồm 66 bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn nhịp tim có chỉ định thăm dò điện sinh lý.

Kết quả: Tỷ lệ SV2/RV3 của nhịp ngoại tâm thu ở đường ra thất trái nhỏ hơn đáng kể so với đường ra thất phải có ý nghĩa thống kê ($1,36 \pm 0,64$ so với $6,12 \pm 3,31$ and $p < 0,001$). Diện tích dưới đường cong (AUC) cho chỉ số SV2/RV3 là 0,936 (95% CI: 0,877-0,995), với ngưỡng cắt là $\leq 1,64$ dự đoán ngoại tâm thu thất đường ra thất trái với độ nhạy 88,7% và độ đặc hiệu là 92,3%. So sánh chỉ số này với 1 số các chỉ số khác nhận thấy chỉ số SV2/RV3 cho kết quả cao nhất về giá trị dưới đường cong ROC và độ nhạy, độ đặc hiệu.

Kết luận: Chỉ số SV2/RV3 rất có giá trị ứng dụng lâm sàng, tính toán khá dễ dàng và nhanh chóng chỉ với điện tâm đồ thường quy 12 chuyển đạo. Từ khóa: rối loạn nhịp tim, triệt đốt bằng sóng tần số radio, điện sinh lý tim, vị trí ngoại tâm thu.

ABSTRACT

ROLE OF ELECTROCARDIOGRAPHIC SV2/RV3 RATIO IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF VENTRICULAR EXTRASYSTOLE ORIGINATING FROM RIGHT VENTRICULAR OUTFLOW TRACT AND LEFT VENTRICULAR OUTFLOW TRACT

Background: Predicting the location of ventricular arrhythmias plays an important role in the success and reduction of ablation procedure time, so many electrocardiographic criteria have been developed and applied to serve this purpose.

Objective: to describe the surface electrocardiographic features of ventricular extrasystoles originating from right ventricular outflow tract and from left ventricular outflow tract; and also explore the role of SV2/RV3 ratio on surface electrocardiogram in differential diagnosis of ventricular extrasystoles originating in left ventricular outflow tract and right ventricular outflow tract.

Subject and method: A descriptive study was performed on 66 patients with arrhythmias.

Results: The SV2/RV3 ratio is the S wave amplitude in lead V2 divided by the R wave amplitude in lead V3 of a ventricular ectopic beat. The results of SV2/RV3 index in the left ventricular outflow tract were statistically significant smaller than in the right ventricular outflow tract ($1,36 \pm 0,64$ versus $6,12 \pm 3,31$ and $p < 0,001$). The area under the curve (AUC) for the SV2/RV3 index was 0,936, with a critical value of $\leq 1,64$ predicting left ventricular outflow tract extrasystoles with a sensitivity of 88,7% and a specificity of 92,3 %.

Conclusions: The SV2/RV3 ratio is very valuable in the differential diagnosis of left ventricular outflow tract and right ventricular outflow tract extrasystoles.

Keywords: electrophysiology study; outflow tract ventricular arrhythmias; ECG.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn nhịp tim (RLNT) là một vấn đề khá thường gặp và rất phức tạp trong bệnh học tim mạch. Các thuốc chống loạn nhịp đã giúp rất nhiều trong việc khống chế các rối loạn nhịp tim. Tuy vậy, việc điều trị bằng thuốc là biện pháp tạm thời, phải dùng thuốc lâu dài và chỉ có tác dụng giảm bớt tần suất xuất hiện các rối loạn nhịp. Hơn nữa các thuốc chống rối loạn nhịp tim đồng thời cũng chính là các thuốc gây ra rối loạn nhịp tim và nhiều bệnh nhân không đáp ứng với điều trị bằng thuốc hoặc có các chống chỉ định đối với thuốc. Trong đó, các rối loạn nhịp thất trên người không có bệnh tim thực tồn, hay còn được gọi là các rối loạn nhịp thất vô căn (idiopathic ventricular arrhythmias) chiếm tỷ lệ cao, đa phần đều khởi phát từ đường ra tâm thất. Phân biệt ngoại tâm thu thất từ đường ra thất phải và đường ra thất trái chẩn đoán còn khó khăn, đặc biệt là rối loạn nhịp thất có dạng block nhánh trái với chuyển tiếp tại V3. Mục tiêu của nghiên cứu chúng tôi là: mô tả các đặc điểm điện tâm đồ bề mặt của ngoại tâm thu thất có nguồn gốc từ đường ra thất phải và đường ra thất trái; đồng thời tìm hiểu vai trò của tỷ lệ SV2/RV3 trên điện tâm đồ bề mặt trong chẩn đoán phân biệt ngoại tâm thu thất có nguồn gốc ở đường ra thất trái và đường ra thất phải. Nhằm nâng cao chất lượng điều trị cho các bệnh nhân rối loạn nhịp tim tại khoa Tim mạch Lão học. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện “*Tìm hiểu vai trò của tỷ lệ SV2/RV3 trên điện tâm đồ trong chẩn đoán phân biệt ngoại tâm thu thất có nguồn gốc đường ra thất phải và đường ra thất trái*”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2. Đối tượng nghiên cứu

66 bệnh nhân rối loạn nhịp tim có ngoại tâm thu thất vô căn dạng block nhánh trái, được thăm dò điện sinh lý và triệt đốt RF thành công xác định vị trí ổ ngoại tâm thu tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

* Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân được chẩn đoán ngoại tâm thu thất, nhịp nhanh thất từ buồng thất được thăm dò điện sinh lý và/hoặc triệt đốt bằng sóng có tần số radio.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Sử dụng công thức tính cỡ mẫu nghiên cứu đánh giá diện tích dưới đường cong ROC (AUC) với diện tích AUC kì vọng theo nghiên cứu Nguyễn Thị Lan Anh và cộng sự là 0.931. Cỡ mẫu tối thiểu là $n = 14$ để phù hợp với tình hình triệt đốt rối loạn nhịp tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang chúng tôi chọn cỡ mẫu $n = 66$ (bệnh nhân).

* Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân mắc các bệnh lý nặng khác (ngoại tâm thu thất do hẹp nhĩ thất, hội chứng mạch vành cấp, suy tim nặng, rối loạn đông máu nặng,...). Bệnh nhân mắc các bệnh ác tính giai đoạn cuối, mắc các bệnh nhiễm trùng. Bệnh nhân không đồng ý làm thủ thuật.

3. Xử lý và phân tích số liệu

Xác định vị trí khởi phát của ổ rối loạn nhịp thất: lập bản đồ nội mạc điện học bằng tạo nhịp (Pace mapping) và lập bản đồ điện học bằng phương pháp tìm hoạt động điện thế sớm nhất (Activation mapping).

Quy trình đo các thông số điện học: Các thông số được đo trên hệ thống thăm dò điện sinh lý tim với thanh công cụ chính xác (chữ số thập phân thứ 03 sau dấu phẩy) để hạn chế sai số. Các đối tượng được chia vào 2 nhóm ngoại tâm thu ở đường ra thất trái và đường ra thất phải, từ đó tính toán các thông số sau:

+ Chỉ số tỷ lệ SV2/RV3: được tính bằng biên độ sóng S tại chuyển đạo V2 chia cho biên độ sóng R tại chuyển đạo V3 của ngoại tâm thu.

+ Chỉ số thời gian sóng R: thời gian sóng R ngoại tâm thu chia thời gian sóng R nhịp xoang.

- + Chỉ số biên độ sóng R/S: được tính bằng giá trị lớn hơn của tỷ số biên độ R/S của ngoại tâm thu.
- + Tỷ số chuyển tiếp V2: được tính bằng tỷ số sóng R/(R+S) ngoại tâm thu chia cho tỷ số R/(R+S) của nhịp xoang tại chuyển đạo V2.



Giá trị các biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hay trung vị và giá trị nhỏ nhất, lớn nhất khi phân phối lệch. So sánh trung bình bằng kiểm định T-test hoặc hiệu chỉnh Fisher. Số liệu định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm (%). So sánh tỷ lệ bằng test Chi-square (χ^2) hay Fisher's Exact test khi số liệu trong nhóm <5 . Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Áp dụng bảng 2x2 khi so sánh 2 tỷ lệ. Chọn ngưỡng $p=0,05$ để xác định mối liên quan giữa các biến trong phân tích và khẳng định sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Sử dụng thuật toán đường cong ROC để tính toán diện tích dưới đường cong (AUC), tìm điểm cắt, xác định độ nhạy, độ đặc hiệu của tiêu chuẩn SV2/RV3 để phân biệt ngoại tâm thu thất đường ra thất trái và đường ra thất phải, so sánh với các tiêu chuẩn khác. Trình bày kết quả bằng bảng và biểu đồ. Sử dụng chương trình xử lý số liệu thống kê Excel 2010 và SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu

		Nhóm chung	ĐRTP	ĐRTT	P Value
Thể lâm sàng		66	53 (80.3%)	13 (19.7%)	
Giới	Nam	29	25 (86.2%)	9 (24.3%)	
	Nữ	37	28 (75.7%)	4 (13.8)	
Tuổi trung bình		48,7 $\pm$ 13.42	48.92 $\pm$ 13.25	47.78 $\pm$ 14.67	
EAT (ms)		30.24 $\pm$ 4.80	30.58 $\pm$ 4.95	28.85 $\pm$ 4.02	0.283
Số lần triệt đốt		2.5 $\pm$ 1.13	2.36 $\pm$ 1.11	3.08 $\pm$ 1.04	0.105

Nhận xét: độ tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 48.7 (nhỏ nhất 20, lớn nhất 78 tuổi), không có sự khác biệt về thời gian thời gian hoạt động điện thể sớm của ngoại tâm thu (EAT) ($p=0.283$), số lần triệt đốt giữa các nhóm ($p= 0.105$).

Bảng 2. Đặc điểm điện tâm đồ bề mặt

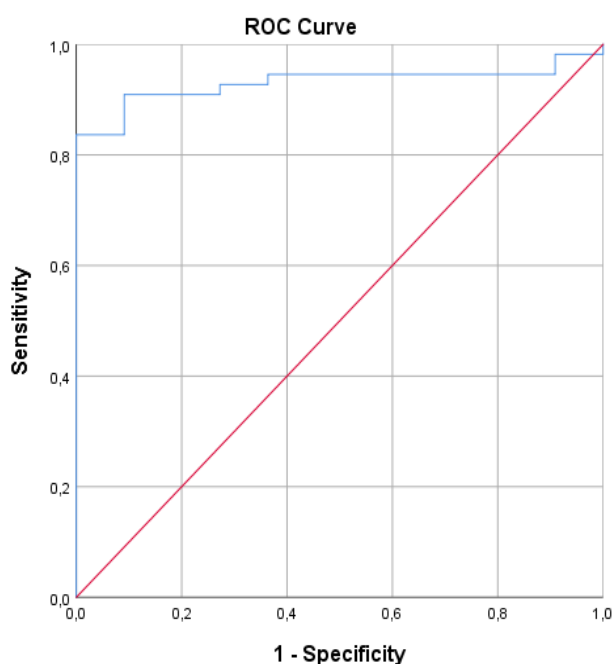
	Nhóm chung	ĐRTP	ĐRTT	P
Khoảng ghép NTTT (ms)	466.06 $\pm$ 90.16	468.60 $\pm$ 93.62	455.69 $\pm$ 76.90	0.493
Thời gian QRS (ms)	151.59 $\pm$ 18.60	153.45 $\pm$ 18.55	144.00 $\pm$ 17.44	0.105
QRS dương ở DII, DIII, aVF	100%			
Tỷ lệ thời gian sóng RV2 (%)	44.06 $\pm$ 6.83	42.42 $\pm$ 6.38	50.78 $\pm$ 3.92	<0.01
Chỉ số biên độ R/S V2 (%)	27.63 $\pm$ 8.95	24.76 $\pm$ 6.36	39.33 $\pm$ 8.64	<0.01

Tỷ số chuyển tiếp V2	0.54 ± 0.24	0.49 ± 0.22	0.76 ± 0.023	0.02
Tỷ lệ SV2/RV3	5.18 ± 3.53	6.12 ± 3.31	1.36 ± 0.64	<0.01

Nhận xét: Không có khác biệt về khoảng ghép ngoại tâm thu, thời gian QRS ngoại tâm thu giữa hai nhóm đường ra thất phải và đường ra thất trái (P lần lượt là 0,493, 0,105).Phức QRS ngoại tâm thu ở chuyển đạo DII, DIII, aVF luôn dương. Tỷ lệ thời gian sóng R ở V2, chỉ số biên độ R/S, tỷ số chuyển tiếp V2, tỷ lệ SV2/RV3 khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm đường ra thất phải và đường ra thất trái (P <0,05).

2. Vai trò của tỷ lệ SV2/RV3 trong chẩn đoán phân biệt ngoại tâm thu thất có nguồn gốc đường ra thất phải (ĐRTP) và đường ra thất trái (ĐRTT)

2.1. Đặc điểm của tỷ lệ SV2/RV3 với hai nhóm ĐRTT và ĐRTP(dưới dạng đường cong ROC).



Độ nhạy: 88,7%
Độ đặc hiệu: 92,3%
Điểm cắt $\leq 1,64$

Hình 1. Đường cong ROC của tỷ lệ SV2/RV3

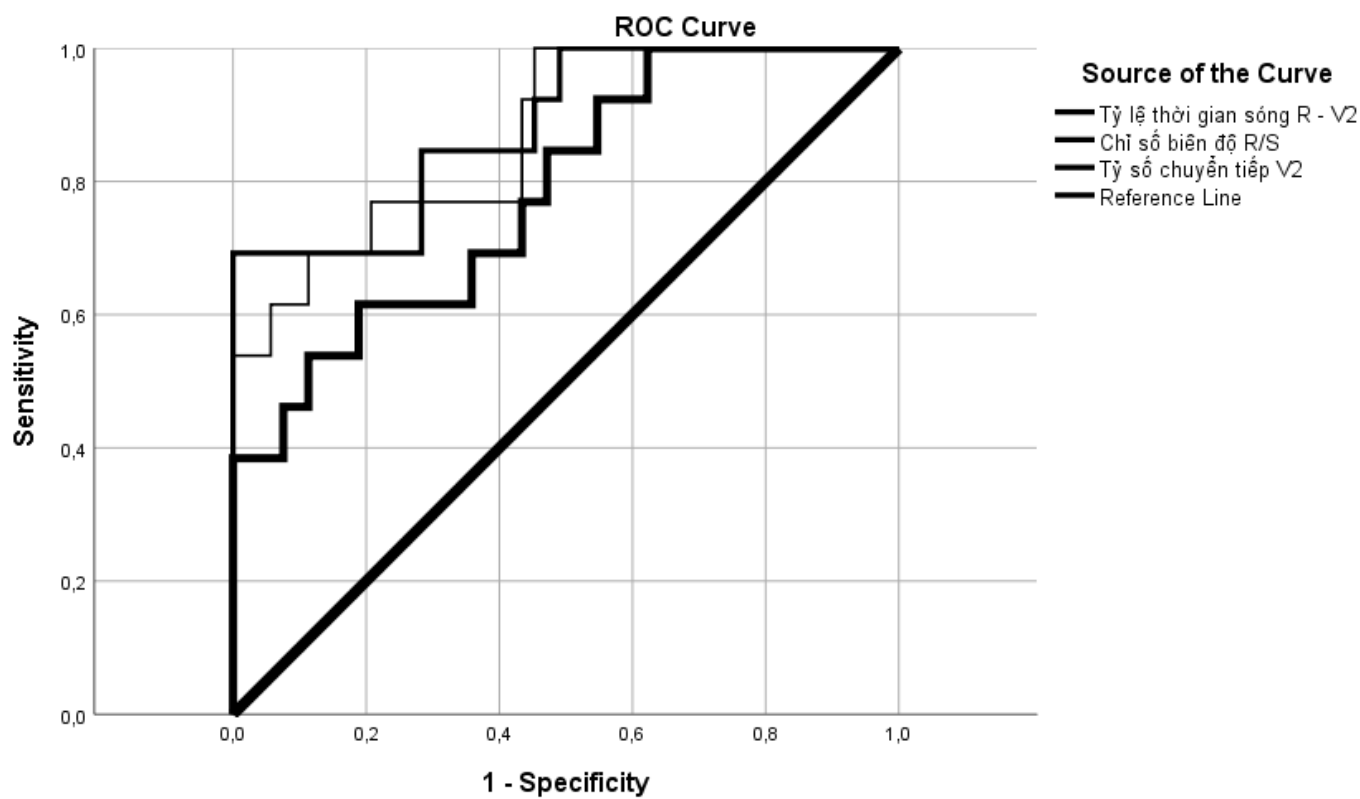
Dựa vào hệ số Jouden's index chúng tôi ghi nhận điểm cắt 1.642 với chỉ số SV2/RV3 nhỏ hơn hoặc bằng giá trị này đạt độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 88,7% và 92.3%, diện tích dưới đường cong ROC: 0.936 (95% CI: 0.877-0.995) trong chẩn đoán ngoại tâm thu thất từ đường ra thất trái.

Bảng 3. Liên quan tỷ lệ SV2/RV3 và vị trí ngoại tâm thu với cắt 1.64

		ROVT	LVOT	OR (CI 95%)	P
Tỷ lệ SV2/RV3 ≤ 1.64	Âm tính	47 (88,7%)	1 (7,7%)	0,011(0,001-0,097)	<0,01
	Dương tính	6 (11,3%)	12 (92,3%)		
Tổng		53	13		

Nhận xét: Bệnh nhân ngoại tâm thu thất trái có tỷ lệ SV2/RV3 < 1,64 là 92,3% cao hơn nhóm bệnh nhân ngoại tâm thu đường ra thất phải 7,7%, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

2.2. So sánh trị chẩn đoán của tỷ lệ SV2/RV3 với 1 số tiêu chuẩn trên nhóm nghiên cứu



Hình 2. Đường cong ROC tỷ lệ thời gian sóng RV2, chỉ số biên độ R/S, Tỷ số chuyển tiếp V2

Điểm cắt 49% chỉ số thời gian sóng R lớn hơn hoặc bằng giá trị này đạt độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 69.2% và 88.7% trong chẩn đoán ngoại tâm thu thất từ đường ra thất trái.

Điểm cắt 35% chỉ số biên độ sóng R/S lớn hơn hoặc bằng giá trị này đạt độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 69.2% và 100% trong chẩn đoán ngoại tâm thu thất từ đường ra thất trái.

Điểm cắt 0.7% tỷ lệ chuyển tiếp V2 lớn hơn hoặc bằng giá trị này đạt độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 61.5% và 81.1% trong chẩn đoán ngoại tâm thu thất từ đường ra thất trái.

Bảng 4. So sánh giá trị chẩn đoán của các tiêu chuẩn trên những bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu nói chung

Tiêu chuẩn	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	PPV %	NPV%	AUC (95% CI)
Tỷ lệ SV2/RV3 ≤ 1.64	88,7	92,3	92,3	85,7	0.936 (CI: 0.877-0.995)
Chỉ số thời gian sóng R $\geq 49\%$	69,2	88,7	69,2	86,8	0.869 (CI: 0.762 -0.977)
Chỉ số biên độ sóng R/S $\geq 35\%$	69,2	100	69,2	100	0.884 (CI: 0.777-0.990)

Tỷ lệ chuyển tiếp V2 >0.7	61,5	81,1	61,5	81,1	0.784 (0.646–0.922)

Nhận xét: tiêu chuẩn tỷ lệ $SV2/RV3 \leq 1,64$ có diện tích dưới đường cong (AUC: 0,936), độ nhạy (88,7%), độ đặc hiệu 92,3% lớn nhất so với một số tiêu chuẩn khác.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi gồm 66 bệnh nhân, với độ tuổi trung bình $48,7 \pm 13,42$ (thấp nhất 20, cao nhất 78), không có sự khác nhau về tỷ lệ giới tính giữa các nhóm.

Đặc điểm ngoại tâm thu luôn dương ở DII, DIII, aVF phù hợp ý văn do vị trí khởi phát là đường ra của tâm thất, không có sự khác biệt về thời gian thời gian hoạt động điện thế sớm của ngoại tâm thu (EAT) ($p=0,283$), số lần triệt đốt giữa các nhóm ($p=0,105$) phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan Anh(2021)¹.

Các chỉ số đều khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Tỷ lệ biên độ R/S ở nhóm ĐRTT tại V2 đều lớn hơn nhóm ĐRTP có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước kia của Ouyang (2002)⁶, Yoshida (2011)⁸, Phan Đình Phong (2014)², Jiao (2016)⁵. Chỉ số chuyển tiếp tại V2 lần V3 của nhóm đường ra thất trái đều lớn hơn nhóm ĐRTP có ý nghĩa thống kê ($p = 0,005$ và $p < 0,001$); trong khi đó nghiên cứu của Bentensky chỉ có sự khác biệt ở tỷ số chuyển tiếp tại V2. Chỉ số SV2/RV3 trong nghiên cứu của chúng tôi có giá trị trung bình ở nhóm ĐRTT thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm ĐRTP ($p < 0,001$), tương tự kết quả nghiên cứu của Yoshida (2014)⁹. Đặc biệt tỷ lệ SV2/RV3 trong nghiên cứu khá dễ tính toán và ứng dụng trên lâm sàng.

4.2 Vai trò của tỷ lệ SV2/RV3 trong chẩn đoán ngoại tâm thu thất có nguồn gốc đường ra thất trái và đường ra thất phải

Nghiên cứu của chúng tôi trên 66 bệnh nhân ngoại tâm thu thất có dạng block nhánh trái, trong đó 53 bệnh nhân ngoại tâm thu thất khởi phát đường ra thất phải, 13 bệnh nhân ngoại tâm thu từ đường ra thất trái, chúng tôi cho kết quả tỷ lệ SV2/RV3 có giá trị trung bình của nhóm đường ra thất trái nhỏ hơn nhóm đường ra thất phải có ý nghĩa thống kê ($1,36 \pm 0,64$ so với $6,12 \pm 3,31$ và $p < 0,001$). Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Yoshida và cộng sự (2014)⁹, là trung bình của tỷ lệ SV2/RV3 ở nhóm ĐRTT là 0,8 so với nhóm ĐRTP là 4,1 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), Nguyễn Thị Lan Anh và cộng sự (2021)¹ với tỷ lệ SV2/RV3 ở nhóm ĐRTT $1,23 \pm 0,78$ so với nhóm ĐRTP $6,07 \pm 6,32$ ($p < 0,001$). Áp dụng thuật toán đường cong ROC để tính giá trị của tỷ lệ này với nhóm nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả chỉ số V2S/V3R có diện tích dưới đường cong là 0,936 (95% CI: 0,877-0,995). Điểm cắt tối ưu 1,64, với chỉ số SV2/RV3 nhỏ hơn hoặc bằng giá trị này đạt độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 88,7% và 92,3% trong chẩn đoán NTTT từ ĐRTT. Các tiêu chuẩn khác như chỉ số thời gian sóng, chỉ số biên độ sóng R/S, tỷ lệ chuyển tiếp V2 có diện tích dưới đường cong lần lượt là 0,869 (95% CI: 0,762-0,977), 0,884 (95% CI: 0,777-0,990), 0,784 (95% CI: 0,646 – 0,922) đều có ý nghĩa chẩn đoán phân biệt vị trí khởi phát ngoại tâm thu, nhưng diện tích dưới đường cong, độ nhạy và độ đặc hiệu đều thấp hơn so với tỷ lệ SV2/RV3, phù hợp nghiên cứu Nguyễn Thị Lan Anh và cộng sự (2021)¹.

V. KẾT LUẬN

Tiêu chuẩn tỷ lệ SV2/RV3 trong nghiên cứu của chúng tôi có giá trị chẩn đoán phân biệt ngoại tâm thu từ đường ra thất trái và đường ra thất phải, với giá trị diện tích dưới đường cong là cao nhất (AUC= 0,936) so với các chỉ khác, điểm cắt ≤ 1.64 dự đoán vị trí khởi phát rối loạn nhịp từ đường ra thất trái với độ nhạy 88,7% và độ đặc hiệu 92,3%. Trên thực hành lâm sàng, tỷ lệ SV2/RV3 là thông số có thao tác đo đơn giản, dễ áp dụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Lan Anh, Phạm Trần Linh. Tìm hiểu vai trò của tỷ lệ sv2/rv3 trên điện tâm đồ trong chẩn đoán phân biệt ngoại tâm thu thất có nguồn gốc đường ra thất phải và đường ra thất trái. Tạp chí y học việt nam tập 508 - tháng 11 – Số 1 - 2021
2. Vai trò của điện tâm đồ bề mặt trong chẩn đoán phân biệt rối loạn nhịp thất khởi phát từ xoang valsalva với khởi phát từ đường ra thất phải. https://www.facebook.com/Vien.Tim.mach.Viet.Nam/?ref=aymt_homepage_panel. Accessed September 6, 2021. <http://vientimmach.vn/vi/chi-dao-tuyen-va-bv-vetinh/vai-tro-cua-dien-tam-do-be-mat-trong-chandoan-phan-biet-roi-loan-nhip-that-khoi-phat-tu-xoang-valsalva-voi-khoi-phat-tu-duong-ra-that-phai.html>
3. Betensky BP, Park RE, Marchlinski FE, et al. The V(2) transition ratio: a new electrocardiographic criterion for distinguishing left from right ventricular outflow tract tachycardia origin. *J Am Coll Cardiol*. 2011;57(22):2255-2262. doi:10.1016/j.jacc.2011.01.035
4. Hiss RG, Lamb LE. Electrocardiographic findings in 122,043 individuals. *Circulation*. 1962;25:947- 961. doi:10.1161/01.cir.25.6.9475. Jiao ZY, Li YB, Mao J, et al. Differentiating origins of outflow tract ventricular arrhythmias: a comparison of three different electrocardiographic algorithms. *Braz J Med Biol Res*. 2016;49. doi:10.1590/1414-431X201652066. Ouyang F, Fotuhi P, Ho SY, et al. Repetitive monomorphic ventricular tachycardia originating from the aortic sinus cusp: electrocardiographic characterization for guiding catheter ablation. *J Am Coll Cardiol*. 2002;39(3):500-508. doi:10.1016/s0735-1097(01)01767-3
7. Tanner H, Hindricks G, Schirdewahn P, et al. Outflow tract tachycardia with R/S transition in lead V3: six different anatomic approaches for successful ablation. *J Am Coll Cardiol*. 2005;45(3):418-423. doi:10.1016/j.jacc.2004.10.037
8. Yoshida N, Inden Y, Uchikawa T, et al. Novel transitional zone index allows more accurate differentiation between idiopathic right ventricular outflow tract and aortic sinus cusp ventricular arrhythmias. *Heart Rhythm*. 2011;8(3):349-356. doi:10.1016/j.hrthm.2010.11.023
9. Yoshida N, Yamada T, Mcelderry HT, et al. A Novel Electrocardiographic Criterion for Differentiating a Left from Right Ventricular Outflow Tract Tachycardia Origin: The V2S/V3R Index: V2S/V3R Index Distinguishes LVOT from RVOT Origins. *Journal of Cardiovascular Electrophysiology*. 2014;25(7):747-753. doi:10.1111/jce.12392

YẾU TỐ TIỀN ĐOÁN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO DẪN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN TẠI KHOA NỘI TIÊU HÓA HUYẾT HỌC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024

Hồ Hiền Sang, Nguyễn Phong Phú,
Nguyễn Thị Thủy Ngọc, Đào Thanh Ngọc

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định các yếu tố tiên đoán xuất huyết tiêu hóa do dẫn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan tại Khoa Nội Tiêu hóa Huyết học, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2024.

Phương pháp: Đây là một nghiên cứu hồi cứu, thực hiện trên 83 bệnh nhân xơ gan có biến chứng dẫn tĩnh mạch thực quản. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, bao gồm các yếu tố như tuổi, giới tính, chỉ số Child-Pugh, bilirubin, albumin, tiểu cầu, APTT, tiền sử xuất huyết tiêu hóa và dịch ổ bụng. Phân tích hồi quy logistic được sử dụng để xác định các yếu tố tiên đoán xuất huyết tiêu hóa.

Kết quả: Phân tích hồi quy logistic cho thấy các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến nguy cơ xuất huyết tiêu hóa gồm: Child-Pugh C: Tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa (OR = 2.45, $p = 0.02$). Bilirubin cao: Tăng nguy cơ xuất huyết (OR = 1.15, $p < 0.001$). Albumin thấp: Tăng nguy cơ xuất huyết (OR = 0.85, $p = 0.01$). Tiểu cầu thấp: Tăng nguy cơ xuất huyết (OR = 0.98, $p = 0.04$). APTT kéo dài: Tăng nguy cơ xuất huyết (OR = 1.18, $p = 0.002$). Tiền sử xuất huyết tiêu hóa: Tăng nguy cơ tái phát xuất huyết (OR = 3.72, $p = 0.006$). Dịch ổ bụng: Liên quan đến nguy cơ xuất huyết tiêu hóa (OR = 1.93, $p = 0.04$).

Kết luận: Các yếu tố như Child-Pugh C, bilirubin cao, albumin thấp, tiểu cầu thấp, APTT kéo dài, tiền sử xuất huyết tiêu hóa và dịch ổ bụng có vai trò quan trọng trong tiên đoán nguy cơ xuất huyết tiêu hóa ở bệnh nhân xơ gan. Bệnh nhân có những yếu tố này cần được theo dõi và điều trị phòng ngừa để giảm thiểu nguy cơ xuất huyết.

Abstract

Objective: This study aimed to identify the predictive factors for gastrointestinal bleeding due to esophageal varices in cirrhotic patients at the Department of Gastroenterology and Hematology, An Giang Provincial General Hospital, in 2024.

Methods: A retrospective study was conducted on 83 cirrhotic patients with esophageal varices. Data were collected from medical records, including factors such as age, gender, Child-Pugh score, bilirubin, albumin, platelets, APTT, history of gastrointestinal bleeding, and ascites. Logistic regression analysis was used to identify independent predictors of gastrointestinal bleeding.

Results: Logistic regression analysis revealed statistically significant factors associated with gastrointestinal bleeding: Child-Pugh C: Increased risk of bleeding (OR = 2.45, $p = 0.02$). High bilirubin: Increased risk of bleeding (OR = 1.15, $p < 0.001$). Low albumin: Increased risk of bleeding (OR = 0.85, $p = 0.01$). Low platelets: Increased risk of bleeding (OR = 0.98, $p = 0.04$). Prolonged APTT: Increased risk of bleeding (OR = 1.18, $p = 0.002$). History of gastrointestinal bleeding: Increased risk of recurrent bleeding (OR = 3.72, $p = 0.006$). Ascites: Associated with an increased risk of bleeding (OR = 1.93, $p = 0.04$).

Conclusion: Factors such as Child-Pugh C, high bilirubin, low albumin, low platelets, prolonged APTT, history of gastrointestinal bleeding, and ascites play a crucial role in predicting gastrointestinal bleeding in cirrhotic patients. Patients with these risk factors should be closely monitored and managed to prevent bleeding complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là một trong những bệnh lý mạn tính nguy hiểm, với nhiều biến chứng nặng nề, trong đó xuất huyết tiêu hóa do dẫn tĩnh mạch thực quản là biến chứng đáng lo ngại nhất [2]. Khi xơ gan tiến triển, sự tắc nghẽn tuần hoàn gan dẫn đến tăng áp lực trong hệ thống tĩnh mạch cửa, gây dẫn tĩnh mạch thực quản. Tỷ lệ xuất huyết tiêu hóa ở bệnh nhân xơ gan có dẫn tĩnh mạch thực quản rất cao, và một khi xảy ra, nó thường đe dọa tính mạng do mất máu cấp tính, rối loạn đông máu và suy gan nặng thêm.

Xuất huyết tiêu hóa do dẫn tĩnh mạch thực quản chiếm khoảng 10-15% trong tổng số các nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa trên, với tỷ lệ tử vong có thể lên đến 20% ngay trong đợt xuất huyết đầu tiên, dù có các can thiệp y tế hiện đại [1]. Tái xuất huyết thường xảy ra ở 60-70% bệnh nhân trong vòng 1 năm đầu nếu không được kiểm soát tốt. Điều này khiến cho việc xác định các yếu tố tiên đoán xuất huyết tiêu hóa trở thành một thách thức lớn trong thực hành lâm sàng [4].

Nhiều yếu tố nguy cơ đã được chỉ ra có liên quan đến khả năng xuất huyết tiêu hóa ở bệnh nhân xơ gan, bao gồm mức độ dẫn tĩnh mạch thực quản, chỉ số Child-Pugh, mức độ bilirubin, albumin, tiểu cầu, và các yếu tố khác [3]. Tuy nhiên, chưa có sự thống nhất rõ ràng về vai trò tiên đoán chính xác của từng yếu tố này trong cộng đồng bệnh nhân Việt Nam. Việc phân tích các yếu tố nguy cơ trong một quần thể bệnh nhân cụ thể là điều cần thiết để có được những bằng chứng lâm sàng phù hợp, từ đó tối ưu hóa việc phòng ngừa và điều trị xuất huyết tiêu hóa do dẫn tĩnh mạch thực quản.

Với mong muốn xác định rõ hơn các yếu tố nguy cơ tiên đoán xuất huyết tiêu hóa ở bệnh nhân xơ gan tại Việt Nam, nghiên cứu này được tiến hành nhằm khảo sát các yếu tố liên quan đến xuất huyết tiêu hóa do dẫn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan điều trị tại Khoa Nội Tiêu hóa Huyết học, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. Từ đó, chúng tôi hy vọng sẽ cung cấp thêm các bằng chứng thực tiễn để hỗ trợ việc dự phòng và điều trị tốt hơn cho các bệnh nhân này.

II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

1. Đối tượng nghiên cứu

-Tiêu chí lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan và có biến chứng dẫn tĩnh mạch thực quản, được điều trị tại Khoa Nội Tiêu hóa Huyết học, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang trong thời gian từ tháng 1 đến tháng 8 năm 2024.

-Tiêu chí loại trừ: Bệnh nhân không có hồ sơ bệnh án đầy đủ hoặc thiếu các thông tin cần thiết cho nghiên cứu. Bệnh nhân có các nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa khác ngoài dẫn tĩnh mạch thực quản. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc rút khỏi nghiên cứu giữa chừng.

2. Thiết kế nghiên cứu

-Loại nghiên cứu: Đây là nghiên cứu hồi cứu mô tả và phân tích trên các hồ sơ bệnh án của bệnh nhân xơ gan có dẫn tĩnh mạch thực quản. Nghiên cứu áp dụng phương pháp thống kê mô tả và phân tích hồi quy logistic để xác định các yếu tố tiên đoán xuất huyết tiêu hóa.

3. Cỡ mẫu nghiên cứu: cỡ mẫu thuận tiện

-Cỡ mẫu nghiên cứu được xác định dựa trên số lượng bệnh nhân có dẫn tĩnh mạch thực quản nhập viện và điều trị trong khoảng thời gian trên, với tổng số mẫu là 83 bệnh nhân đáp ứng đầy đủ các tiêu chí nghiên cứu.

4. Thu thập dữ liệu

Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân, bao gồm các thông tin như tuổi, giới tính, chỉ số Child-Pugh, nguyên nhân xơ gan, các xét nghiệm lâm sàng (bilirubin, albumin, hemoglobin, tiểu cầu, APTT), và các biến số lâm sàng khác liên quan đến xuất huyết tiêu hóa. Tất cả thông tin này đã được chuẩn hóa và mã hóa trong bảng số liệu nghiên cứu.

5. Phương pháp phân tích dữ liệu

-Phân tích mô tả: Sử dụng các phương pháp thống kê mô tả như tính trung bình, độ lệch chuẩn, tỉ lệ phần trăm để mô tả các đặc điểm chung của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu.

-Phân tích so sánh: Sử dụng kiểm định Chi-squared (χ^2) cho các biến định tính và kiểm định T-test hoặc Mann-Whitney U test cho các biến định lượng nhằm so sánh các yếu tố giữa nhóm bệnh nhân có xuất huyết tiêu hóa và nhóm không có xuất huyết tiêu hóa.

-Phân tích hồi quy logistic: Phân tích hồi quy logistic được thực hiện để xác định các yếu tố tiên đoán độc lập của xuất huyết tiêu hóa.

Kết quả phân tích được báo cáo dưới dạng tỷ lệ odds ratio (OR) cùng với khoảng tin cậy 95% (95% CI).

Mức ý nghĩa thống kê được xác định tại giá trị $p < 0.05$.

III. Kết quả

1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu (n = 83)

Biến số	Kết quả
Tuổi trung bình (năm)	54.3 ± 8.7
Giới tính (Nam giới %)	61.4%
Child-Pugh A (%)	25.3%
Child-Pugh B (%)	32.5%
Child-Pugh C (%)	42.2%
Nguyên nhân xơ gan do rượu (%)	43.4%
Nguyên nhân xơ gan do virus B (%)	35%
Nguyên nhân xơ gan do virus C (%)	15%
Tiền sử xuất huyết tiêu hóa (%)	74.7%
Dịch ổ bụng nhẹ (%)	45.8%
Dịch ổ bụng trung bình (%)	28.9%
Dịch ổ bụng nhiều (%)	25.3%
Bilirubin trung bình ($\mu\text{mol/L}$)	28.07 ± 12.36
Albumin trung bình (g/L)	26.7 ± 4.68
Tiểu cầu trung bình (G/L)	111.0 ± 51.6
APTT trung bình (giây)	35.0 ± 7.0

-Tuổi: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 54.3 tuổi, cho thấy đây là một quần thể bệnh nhân chủ yếu ở độ tuổi trung niên đến cao tuổi. Đây là nhóm tuổi dễ bị ảnh hưởng bởi các biến chứng của xơ gan, bao gồm dẫn tĩnh mạch thực quản.

-Giới tính: Nam giới chiếm 61.4% số bệnh nhân, cho thấy xơ gan và các biến chứng của nó như xuất huyết tiêu hóa do dẫn tĩnh mạch thực quản có xu hướng gặp nhiều hơn ở nam giới. Điều này có thể liên quan đến tỷ lệ sử dụng rượu cao hơn ở nam giới.

-Chỉ số Child-Pugh: Chỉ số Child-Pugh được sử dụng để đánh giá mức độ suy gan. Trong nghiên cứu này, 42.2% bệnh nhân thuộc nhóm Child-Pugh C, cho thấy nhóm bệnh nhân có tình trạng xơ gan giai đoạn nặng chiếm tỷ lệ lớn.

-Nguyên nhân xơ gan: Rượu (43.4%) là nguyên nhân phổ biến nhất gây xơ gan trong mẫu nghiên cứu này, tiếp theo là viêm gan virus B (35%) và C (15%).

-Tiền sử xuất huyết tiêu hóa: Có tới 74.7% bệnh nhân có tiền sử xuất huyết tiêu hóa, một dấu hiệu quan trọng cho thấy nguy cơ tái xuất huyết tiêu hóa trong nhóm bệnh nhân này là rất cao.

-Dịch ổ bụng: Dịch tự do ổ bụng, một dấu hiệu lâm sàng của tình trạng tăng áp lực tĩnh mạch cửa, xuất hiện ở 45.8% bệnh nhân với mức độ nhẹ và ở 28.9% bệnh nhân với mức độ trung bình. Điều này cho thấy nhiều bệnh nhân đang ở giai đoạn xơ gan tiến triển.

-Bilirubin và Albumin: Nồng độ bilirubin trung bình là 28.07 $\mu\text{mol/L}$ và albumin trung bình là 26.7 g/L. Nồng độ bilirubin cao và albumin thấp là dấu hiệu của suy giảm chức năng gan.

-Tiểu cầu và APTT: Số lượng tiểu cầu trung bình là 111 G/L và thời gian APTT là 35 giây. Cả hai chỉ số này đều liên quan đến tình trạng rối loạn đông máu ở bệnh nhân xơ gan, làm tăng nguy cơ xuất huyết.

2. So sánh giữa nhóm có XHTH và nhóm không có XHTH

Bảng 2: So sánh giữa nhóm có và không có xuất huyết tiêu hóa (n = 83)

<i>Biến số</i>	<i>Nhóm có xuất huyết (n=54)</i>	<i>Nhóm không xuất huyết (n=29)</i>	<i>p-value</i>
Tuổi trung bình (năm)	56.1 $\pm$ 8.9	51.4 $\pm$ 7.6	0.02*
Giới tính (Nam giới %)	63.0%	58.6%	0.67
Child-Pugh A (%)	14.8%	41.4%	0.03*
Child-Pugh B (%)	33.3%	31.0%	0.79
Child-Pugh C (%)	51.8%	27.6%	0.03*
Nguyên nhân xơ gan do rượu (%)	44.4%	41.4%	0.81
Nguyên nhân xơ gan do virus B (%)	33.3%	37.9%	0.77
Nguyên nhân xơ gan do virus C (%)	14.8%	17.2%	0.78
Tiền sử xuất huyết tiêu hóa (%)	68.5%	20.7%	<0.001*
Dịch ổ bụng (%)	53.7%	34.5%	0.04*
Bilirubin trung bình ($\mu\text{mol/L}$)	32.5 $\pm$ 12.6	21.3 $\pm$ 9.8	<0.001*
Albumin trung bình (g/L)	25.2 $\pm$ 5.1	28.6 $\pm$ 3.7	0.01*
Tiểu cầu trung bình (G/L)	101.2 $\pm$ 45.6	130.5 $\pm$ 56.3	0.02*
APTT trung bình (giây)	37.1 $\pm$ 7.2	30.5 $\pm$ 5.3	<0.001*

* Các giá trị $p < 0.05$ cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

-Tuổi: Nhóm bệnh nhân có xuất huyết tiêu hóa có tuổi trung bình lớn hơn (56.1 tuổi) so với nhóm không có xuất huyết (51.4 tuổi), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0.02$).

-Chỉ số Child-Pugh: Phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm Child-Pugh C (51.8%) trong nhóm có xuất huyết tiêu hóa, so với chỉ 27.6% trong nhóm không có xuất huyết. Điều này cho thấy rằng tình trạng xơ gan nặng hơn (Child-Pugh C) có liên quan đến nguy cơ xuất huyết tiêu hóa cao hơn ($p = 0.03$).

-Tiền sử xuất huyết tiêu hóa: Có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ tiền sử xuất huyết tiêu hóa giữa hai nhóm, với 68.5% trong nhóm có xuất huyết hiện tại và chỉ 20.7% trong nhóm không có xuất huyết ($p < 0.001$). Điều này cho thấy tiền sử xuất huyết là một yếu tố nguy cơ mạnh cho xuất huyết tái phát.

-Dịch ổ bụng: Nhóm bệnh nhân có xuất huyết tiêu hóa có tỷ lệ dịch ổ bụng cao hơn đáng kể (53.7%) so với nhóm không có xuất huyết (34.5%) với $p = 0.04$, cho thấy mối liên hệ giữa dịch ổ bụng và xuất huyết tiêu hóa.

-Bilirubin và Albumin: Nhóm có xuất huyết tiêu hóa có nồng độ bilirubin cao hơn ($32.5 \mu\text{mol/L}$) và albumin thấp hơn (25.2 g/L) so với nhóm không có xuất huyết (bilirubin $21.3 \mu\text{mol/L}$ và albumin 28.6 g/L). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.001$ và $p = 0.01$), cho thấy rằng chức năng gan bị suy giảm nghiêm trọng hơn ở nhóm có xuất huyết.

-Tiểu cầu và APTT: Nhóm có xuất huyết có số lượng tiểu cầu thấp hơn (101.2 G/L) và thời gian APTT kéo dài hơn (37.1 giây), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0.02$ và $p < 0.001$), cho thấy rối loạn đông máu là một yếu tố nguy cơ quan trọng cho xuất huyết tiêu hóa.

3. Kết quả phân tích hồi quy logistic

Biến số	OR (Odds Ratio)	95% CI	p-value
Tuổi	1.12	1.01 - 1.24	0.03*
Child-Pugh C so với A	2.45	1.18 - 5.07	0.02*
Bilirubin	1.15	1.07 - 1.24	<0.001*
Albumin	0.85	0.75 - 0.96	0.01*
Tiểu cầu	0.98	0.96 - 0.99	0.04*
APTT	1.18	1.07 - 1.29	0.002*
Tiền sử xuất huyết tiêu hóa	3.72	1.45 - 9.53	0.006*
Dịch ổ bụng	1.93	1.01 - 3.67	0.04*

* Các giá trị $p < 0.05$ cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

-Tuổi: Tuổi cao hơn có liên quan đến nguy cơ xuất huyết tiêu hóa tăng lên. Cụ thể, với mỗi năm tăng thêm, khả năng xuất huyết tiêu hóa tăng lên 12% ($\text{OR} = 1.12$, $p = 0.03$).

-Child-Pugh C: Bệnh nhân có chỉ số Child-Pugh C có nguy cơ xuất huyết tiêu hóa cao hơn 2.45 lần so với bệnh nhân thuộc nhóm Child-Pugh A ($p = 0.02$). Điều này nhấn mạnh mối liên hệ giữa mức độ suy gan nặng và nguy cơ xuất huyết tiêu hóa.

-Bilirubin: Nồng độ bilirubin cao là một yếu tố nguy cơ mạnh, với mỗi đơn vị tăng của bilirubin, nguy cơ xuất huyết tiêu hóa tăng 15% ($\text{OR} = 1.15$, $p < 0.001$).

-Albumin: Nồng độ albumin thấp có liên quan đến nguy cơ xuất huyết tiêu hóa cao hơn, với mỗi đơn vị giảm albumin làm giảm 15% nguy cơ xuất huyết ($\text{OR} = 0.85$, $p = 0.01$).

-Tiểu cầu: Số lượng tiểu cầu thấp cũng liên quan đến nguy cơ xuất huyết tiêu hóa. Mỗi đơn vị giảm trong tiểu cầu làm tăng nguy cơ xuất huyết 2% ($\text{OR} = 0.98$, $p = 0.04$).

-APTT: APTT kéo dài có liên quan đến tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa. Mỗi giây tăng thêm của APTT làm tăng nguy cơ xuất huyết 18% ($\text{OR} = 1.18$, $p = 0.002$).

-Tiền sử xuất huyết tiêu hóa: Bệnh nhân có tiền sử xuất huyết tiêu hóa có nguy cơ tái phát xuất huyết cao hơn 3.72 lần so với bệnh nhân không có tiền sử ($p = 0.006$).

-Dịch ổ bụng: Sự hiện diện của dịch ổ bụng cũng liên quan đến nguy cơ cao hơn, với $\text{OR} = 1.93$ ($p = 0.04$), cho thấy bệnh nhân có dịch ổ bụng dễ bị xuất huyết tiêu hóa hơn.

Phân tích hồi quy logistic cho thấy các yếu tố tiên đoán độc lập có liên quan đến xuất huyết tiêu hóa ở bệnh nhân xơ gan bao gồm tuổi, chỉ số Child-Pugh, bilirubin, albumin, tiểu cầu, APTT,

tiền sử xuất huyết tiêu hóa và dịch ổ bụng. Những yếu tố này có thể được sử dụng trong lâm sàng để tiên đoán và phòng ngừa xuất huyết tiêu hóa, từ đó cải thiện kết quả điều trị cho bệnh nhân xơ gan.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi xác định nhiều yếu tố có liên quan đến xuất huyết tiêu hóa ở bệnh nhân xơ gan, bao gồm Child-Pugh, bilirubin, albumin, tiểu cầu, APTT, tiền sử xuất huyết tiêu hóa, và dịch ổ bụng. Những phát hiện này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đó, nhưng cũng có một số điểm mới đáng chú ý.

1. Child-Pugh và bilirubin

Child-Pugh: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân có chỉ số Child-Pugh C có nguy cơ xuất huyết tiêu hóa cao gấp 2.45 lần so với nhóm Child-Pugh A ($p = 0.02$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của García-Tsao và cộng sự (2005), khi chỉ số Child-Pugh C được xác định là yếu tố tiên đoán chính cho xuất huyết [5]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng nhấn mạnh rằng những bệnh nhân suy gan nặng (Child-Pugh C) cần được theo dõi chặt chẽ hơn.

Bilirubin: Bilirubin là một dấu hiệu của tổn thương gan và tắc mật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ bilirubin cao làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa ($OR = 1.15$, $p < 0.001$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của D'Amico và cộng sự (2006), khi bilirubin $> 34 \mu\text{mol/L}$ được chỉ ra là yếu tố nguy cơ lớn [6]. Những bệnh nhân có nồng độ bilirubin cao thường bị suy giảm chức năng gan nghiêm trọng, làm tăng nguy cơ dẫn tĩnh mạch thực quản và xuất huyết.

2. Albumin

Nồng độ albumin thấp phản ánh suy dinh dưỡng và giảm chức năng tổng hợp của gan. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ albumin thấp là yếu tố tiên đoán cho xuất huyết tiêu hóa, với mỗi đơn vị giảm albumin làm tăng nguy cơ xuất huyết ($OR = 0.85$, $p = 0.01$). Nghiên cứu của Goulis và cộng sự (2017) cũng xác nhận rằng albumin thấp hơn 28 g/L liên quan đến nguy cơ xuất huyết cao, tương tự với kết quả của chúng tôi [10].

3. Tiểu cầu và APTT

Tiểu cầu thấp và APTT kéo dài là hai yếu tố quan trọng liên quan đến rối loạn đông máu, làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa ở bệnh nhân xơ gan. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng tiểu cầu thấp ($OR = 0.98$, $p = 0.04$) và APTT kéo dài ($OR = 1.18$, $p = 0.002$) có liên quan chặt chẽ với nguy cơ xuất huyết. Những phát hiện này nhất quán với nghiên cứu của Thomopoulos và cộng sự (2010), trong đó các yếu tố rối loạn đông máu được xác định là yếu tố dự báo cho xuất huyết tiêu hóa [7]. Điều này khẳng định rằng rối loạn đông máu là biến chứng thường gặp ở bệnh nhân xơ gan và cần được chú ý trong việc dự phòng xuất huyết.

4. Tiền sử xuất huyết tiêu hóa

Tiền sử xuất huyết tiêu hóa là một yếu tố dự báo mạnh cho nguy cơ tái phát xuất huyết. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng bệnh nhân có tiền sử xuất huyết có nguy cơ tái phát cao gấp 3.72 lần ($p = 0.006$), phù hợp với kết quả của Bosch và cộng sự (2011), khi bệnh nhân có tiền sử xuất huyết có nguy cơ tái phát gấp 3-4 lần so với bệnh nhân không có tiền sử [8]. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc dự phòng và quản lý chặt chẽ ở nhóm bệnh nhân này.

5. Dịch ổ bụng

Một phát hiện đáng chú ý trong nghiên cứu của chúng tôi là dịch ổ bụng ($OR = 1.93$, $p = 0.04$) có liên quan đến nguy cơ xuất huyết tiêu hóa. Dịch ổ bụng phản ánh tình trạng tăng áp lực tĩnh mạch cửa, một yếu tố quan trọng trong việc dẫn tĩnh mạch thực quản và tăng nguy cơ xuất huyết. Mặc dù chưa có nhiều nghiên cứu tập trung vào mối liên hệ này, nghiên cứu của Berzigotti và cộng sự (2013) đã đề cập đến vai trò của tăng áp lực tĩnh mạch cửa trong tiên đoán xuất huyết tiêu hóa [9]. Kết quả của chúng tôi cho thấy rằng dịch ổ bụng cũng là một yếu tố nguy cơ cần xem xét trong đánh giá lâm sàng của bệnh nhân.

6. So sánh tổng quát

Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nhiều nghiên cứu trước đây về các yếu tố nguy cơ xuất huyết tiêu hóa, đặc biệt là Child-Pugh, bilirubin, albumin, tiểu cầu và tiền sử xuất huyết tiêu hóa. Tuy nhiên, chúng tôi đã bổ sung thêm thông tin về vai trò của dịch ổ bụng, điều này gợi ý rằng cần có sự chú ý đặc biệt đến yếu tố này khi đánh giá nguy cơ xuất huyết ở bệnh nhân xơ gan.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này đã xác định được nhiều yếu tố liên quan đến nguy cơ xuất huyết tiêu hóa do dẫn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan, bao gồm tuổi, Child-Pugh, bilirubin, albumin, tiểu cầu, APTT, tiền sử xuất huyết tiêu hóa, và dịch ổ bụng. Những phát hiện chính từ nghiên cứu bao gồm:

Chỉ số Child-Pugh C có liên quan chặt chẽ với nguy cơ xuất huyết tiêu hóa, với nguy cơ tăng gấp 2.45 lần so với bệnh nhân Child-Pugh A. Điều này nhấn mạnh rằng những bệnh nhân có tình trạng xơ gan nặng hơn cần được theo dõi và điều trị phòng ngừa cẩn thận hơn.

Bilirubin cao và albumin thấp là những dấu hiệu cho thấy suy giảm chức năng gan nghiêm trọng, đồng thời là những yếu tố tiên đoán mạnh cho nguy cơ xuất huyết tiêu hóa. Nồng độ bilirubin tăng làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa, trong khi nồng độ albumin giảm làm gia tăng khả năng biến chứng xuất huyết.

Tiểu cầu thấp và APTT kéo dài, đại diện cho rối loạn đông máu, cũng đóng vai trò quan trọng trong việc tiên đoán xuất huyết tiêu hóa. Bệnh nhân có rối loạn đông máu cần được chú ý đặc biệt để tránh các biến chứng xuất huyết.

Tiền sử xuất huyết tiêu hóa là một yếu tố tiên đoán quan trọng cho nguy cơ tái phát xuất huyết, với bệnh nhân có tiền sử xuất huyết có nguy cơ tái phát cao gấp 3.72 lần. Do đó, cần có chiến lược dự phòng và theo dõi cẩn thận cho những bệnh nhân này.

Dịch ổ bụng cũng được phát hiện là một yếu tố tiên đoán cho xuất huyết tiêu hóa, phản ánh tình trạng tăng áp lực tĩnh mạch cửa, một yếu tố có vai trò trong việc dẫn tĩnh mạch thực quản và xuất huyết. Việc đánh giá tình trạng dịch ổ bụng cần được xem xét kỹ lưỡng trong quá trình quản lý bệnh nhân xơ gan.

Kiến nghị

Dựa trên những phát hiện của nghiên cứu, chúng tôi khuyến nghị rằng: Bệnh nhân xơ gan, đặc biệt là những người thuộc nhóm Child-Pugh C, có nồng độ bilirubin cao, albumin thấp, và rối loạn đông máu, cần được quản lý chặt chẽ hơn để dự phòng xuất huyết tiêu hóa. Những bệnh nhân có tiền sử xuất huyết tiêu hóa cần được theo dõi và điều trị phòng ngừa tái phát xuất huyết một cách tích cực. Sự hiện diện của dịch ổ bụng cần được đánh giá như một yếu tố nguy cơ quan trọng, và các biện pháp can thiệp để giảm áp lực tĩnh mạch cửa cần được áp dụng sớm.

Hạn chế của nghiên cứu

Đây là nghiên cứu hồi cứu dựa trên dữ liệu hồ sơ bệnh án, do đó có thể có một số sai lệch trong thu thập thông tin. Cỡ mẫu nghiên cứu tương đối nhỏ ($n = 83$), nên cần có thêm các nghiên cứu với quy mô lớn hơn để khẳng định các kết quả tìm thấy. Nghiên cứu chỉ được thực hiện tại một trung tâm duy nhất, do đó khả năng khái quát hóa kết quả cho các quần thể khác có thể bị hạn chế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Song Hào, Trần Văn Hưng. Đánh giá hiệu quả điều trị và các yếu tố tiên lượng xuất huyết tiêu hóa do giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2016;12(1):45-52.
2. Nguyễn Quang Lộc. Phác đồ điều trị xuất huyết tiêu hóa trên ở bệnh nhân xơ gan. Nhà xuất bản Y học. 2019.
3. Phạm Thị Minh Đức. Các yếu tố tiên lượng và xử trí xuất huyết tiêu hóa trên ở bệnh nhân xơ gan. *Tạp chí Y học Thực hành*. 2015;10(986):12-18.
4. Trần Ngọc Ánh, Nguyễn Quang Tuấn. Các yếu tố nguy cơ xuất huyết tiêu hóa ở bệnh nhân xơ gan tại bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2018;4(2):78-84.
5. García-Tsao G, Bosch J, Groszmann RJ. Portal hypertension and variceal bleeding – unresolved issues. Summary of an American Association for the Study of Liver Diseases and European Association for the Study of the Liver Single-Topic Conference. *Hepatology*. 2008;47(5):1764-72.
6. D’Amico G, Garcia-Tsao G, Pagliaro L. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: a systematic review of 118 studies. *J Hepatol*. 2006;44(1):217-31.
7. Thomopoulos KC, Labropoulou-Karatza C, Mimidis KP, Katsakoulis EC, Iconomou G, Nikolopoulou VN. Liver cirrhosis-related bleeding risk factors: role of procoagulant imbalance, platelets, and varices. *World J Gastroenterol*. 2010;16(42):5533-40.
8. Bosch J, Abraldes JG, Berzigotti A, García-Pagán JC. The clinical use of HVPG measurements in chronic liver disease. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2009;6(10):573-82.
9. Berzigotti A, Seijo S, Arena U, Abraldes JG, Vizzutti F, García-Pagán JC, et al. Elastography, spleen size, and platelet count identify portal hypertension and varices in patients with compensated cirrhosis. *Gastroenterology*. 2013;144(1):102-11.
10. Goulis J, Armonis A, Patch D, Sabin C, Greenslade L, Burroughs AK. Bacterial infection is independently associated with failure to control bleeding in cirrhotic patients with gastrointestinal hemorrhage. *Hepatology*. 1998;27(5):1207-12.

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ LAO KHÁNG THUỐC Ở BỆNH NHÂN LAO KÈM ĐÁI THÁO ĐƯỜNG - BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Phan Thanh Dũng, Nguyễn Quang Thương,
Nguyễn Hoàng Khoa, Bùi Tòng Nguyễn

TÓM TẮT

Một nghiên cứu đoàn hệ tương lai kết hợp hồi cứu được thực hiện tại khoa Lao Bệnh viện Đa khoa An Giang, trong thời gian từ tháng 10/2023 đến 10/2024.

Mục tiêu: Để khảo sát các yếu tố nguy cơ kháng thuốc ở bệnh nhân mắc lao và tiểu đường.

Kết quả: Tổng cộng có 236 bệnh nhân mắc lao phổi kèm bệnh đái tháo đường được đưa vào phân tích cuối cùng. Trong số này, lao phổi đái tháo đường không kháng thuốc (Non-MDR TB with DM) là 156(66%), lao phổi đái tháo đường kháng thuốc (MDR TB with DM) là 44(44%). HbA1c và tiền sử điều trị lao là các yếu tố nguy cơ độc lập đối với lao đa kháng ở bệnh nhân lao và tiểu đường (OR: 1.145 ; 95% CI: 1.01 - 1.13 ; p= 0.02 and (OR: 3.915 ; 95% CI: 1.62 – 9.41 ; p= 0.01).

Kết luận: Nghiên cứu của chúng tôi kết luận rằng HbA1c và tiền sử điều trị lao là những yếu tố nguy cơ độc lập đối với lao kháng thuốc (MDR) ở bệnh nhân mắc lao và tiểu đường.

Summary:

One a retrospective prospective cohort study was performed at tuberculosis papartment of An giang general hospital, from 10/2023 to 10/2024.

Objectives: To study the risk factors of multidrug resistance in patients with tuberculosis and diabetes.

Results: A total of 236 tuberculosis patients with diabetes in the final analysis. In these patients, non-MDR TB patients were 156 (66%) and MDR TB patients were 80(34%). HbA1c, and a history of tuberculosis treatment were independent risk factors for multidrug resistance in patients with tuberculosis and diabetes(OR: 1.145 ; 95% CI: 1.01 - 1.13 ; p= 0.02 and (OR: 3.915 ; 95% CI: 1.62 – 9.41 ; p= 0.01) .

Conclusion: Our study concluded that HbA1c and a history of TB treatment were independent risk factors for MDR in patients with TB and DM.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao (TB) là một trong những bệnh truyền nhiễm nguy hiểm nhất trên thế giới. Mặc dù tỷ lệ mắc bệnh lao giảm chậm nhưng bệnh lao vẫn là một vấn đề sức khỏe cộng đồng lớn trên toàn cầu. Tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường (DM) ngày càng tăng đã nổi lên như một trong những thách thức lớn về sức khỏe toàn cầu và có thể dẫn đến sự gia tăng gánh nặng bệnh lao. [3]

Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng do chức năng miễn dịch của bệnh nhân đái tháo đường bị suy giảm nên nguy cơ mắc bệnh lao hoạt động tăng gấp 3 lần [3]. DM cũng dẫn đến sự xuất hiện của bệnh lao đa kháng thuốc (MDR TB) ở một mức độ nhất định [5], điều này có mối tương quan thuận với sự xuất hiện của bệnh lao MDR [4]. Lao MDR được định nghĩa là bệnh lao kháng ít nhất cả rifampicin và isoniazid [5]. Việc xác định sớm các yếu tố nguy cơ mắc bệnh lao MDR ở bệnh nhân mắc bệnh lao và bệnh đái tháo đường có thể làm giảm nguy cơ mắc bệnh lao MDR và đồng thời có thể tạo điều kiện thuận lợi cho việc chẩn đoán và điều trị sớm cho bệnh nhân.

Các nghiên cứu đã báo cáo rằng trên toàn cầu, tỷ lệ mắc bệnh đa kháng thuốc ở bệnh nhân lao mới được chẩn đoán và điều trị trước đó lần lượt là 3,6% và 17% [4]. Ở nước ta, tỷ lệ mắc kháng đa thuốc ở bệnh nhân lao mới được chẩn đoán và điều trị trước đó là 7,1% và 24%

[2] và An giang vào năm 2021, ước tính có khoảng 2,5% trường hợp mới và 16% trường hợp đã điều trị trước đó mắc bệnh lao đa kháng thuốc (MDR-TB). Tiền sử điều trị bệnh lao là một yếu tố nguy cơ độc lập dẫn đến sự xuất hiện tình trạng kháng đa thuốc, do đó, những bệnh nhân có tiền sử điều trị bệnh lao cần được chú ý nhiều hơn.

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát các yếu tố nguy cơ bệnh lao kháng thuốc ở bệnh nhân lao, đái tháo đường.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu cắt ngang mô tả. Cở mẫu: Thuận tiện. Tất cả bệnh nhân > 18 tuổi được thu dung mắc bệnh lao và đái tháo đường (bao gồm cả T1DM và T2DM) trong tỉnh, từ tháng 10 năm 2023 đến tháng 10 năm 2024. Cả hai bệnh nhân bệnh lao phổi (PTB) và lao ngoài phổi (ETB) được đưa vào nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu: Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được chẩn đoán lao và đái tháo đường. Tiêu chuẩn loại nghiên cứu: Dưới 18 tuổi, mang thai và bệnh nhân thiếu năng trí tuệ. Bệnh nhân không được cấy đờm và xét nghiệm độ nhạy cảm với thuốc; bệnh nhân có chẩn đoán bệnh đái tháo đường không rõ ràng và bệnh nhân có dữ liệu không đầy đủ. Địa điểm: khoa Lao BVĐKTT AG. Cách tiến hành: Tất cả bệnh nhân lao có kèm đái tháo đường và loại ra những mẫu không đủ tiêu chuẩn sẽ được thu thập thông tin chi tiết gồm các dữ liệu lâm sàng sau đây của bệnh nhân: giới tính, tuổi tác, tiền sử hút thuốc, tiền sử nghiện rượu, tiền sử điều trị bệnh lao và các bệnh đồng mắc (bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bệnh tim mạch vành, tăng huyết áp, nhồi máu não, HIV), CT ngực cho thấy khoang, chỉ số xét nghiệm (HbA1c), tốc độ lắng hồng cầu, số lượng bạch cầu, bạch cầu trung tính, huyết sắc tố, tiểu cầu, transaminase glutamic-pyruvic (ALT), glutamic oxaloacetic transaminase (AST), albumin, axit uric, creatinine). Dữ liệu trên là dữ liệu của bệnh nhân tại thời điểm đăng ký theo hướng dẫn bộ y tế. [1] Tất cả thông tin thu thập sẽ được phân tích theo như mục tiêu nghiên cứu đưa ra. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có tất cả 236 BN đưa vào nghiên cứu. Trong số này, lao phổi đái tháo đường không kháng thuốc là 156, lao phổi đái tháo đường kháng thuốc là 80 .

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu (n=236)

ĐẶC ĐIỂM	LAO PHỔI ĐTĐ KHÔNG KHÁNG(n=156, 66%)	LAO PHỔI ĐTĐ CÓ KHÁNG(n=80, 34%)	P
Nam, %	99 (63,5%)	44(55%)	0.132
Tuổi<65	110(70%)	26(32%)	0.000
Hút thuốc lá	63(40%)	32(40%)	0.534
Tiền sử điều trị lao	12(7,7%)	19(23.8%)	0.01
COPD	19(12,2%)	5(20.9%)	0.119
HIV	9(5.8%)	5(6,3%)	.545
HbA1C,%	8.94 ± 2.45	11.12 ± 2.46	0.06
Bệnh mạn tính khác	53(34%)	30(37,7%)	0.345

Nhận xét: Phân tích đơn biến thì tuổi < 65, mức HbA1c và tiền sử điều trị lao là các yếu tố nguy cơ đối với lao kháng thuốc ở bệnh nhân mắc lao và tiểu đường (p < 0,05).

Bảng 2. Phân tích đa biến yếu tố nguy cơ đa kháng thuốc ở bệnh nhân lao và ĐTĐ

ĐẶC ĐIỂM	Odds ratio(OR)	Khoảng tin cậy 95%	Gía trị P
Tiền sử điều trị lao	3.915	1.62 – 9.41	0.01
HbA1C,%	1.145	1.01 - 1.13	0.02
Tuổi<65	0.714	0.41 – 1.31	0.284

Nhận xét: Phân tích đa biến thì HbA1c và tiền sử điều trị lao là những yếu tố nguy cơ độc lập với lao kháng thuốc (MDR) ở bệnh nhân mắc lao và tiểu đường với $p < 0.05$

IV.BÀN LUẬN

Bệnh lao kết hợp với tiểu đường là rất cao. Tiểu đường có thể dẫn đến rối loạn miễn dịch và thay đổi mức độ cytokine cũng như trạng thái kích hoạt của đại thực bào. Trong khi đó, môi trường axit có nồng độ glucose cao có thể thuận lợi cho sự phát triển của lao kháng đa thuốc (MDR TB), điều này có thể làm giảm hiệu quả của thuốc chống lao và tăng nguy cơ kháng thuốc. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng 20% bệnh nhân lao kháng đa thuốc đã tử vong trong quá trình điều trị. Các nghiên cứu trước đây chủ yếu tập trung vào các yếu tố nguy cơ của lao kháng đa thuốc. Tuy nhiên, rất ít nghiên cứu được thực hiện về các yếu tố nguy cơ của kháng thuốc trong lao và tiểu đường. Việc xác định sớm các yếu tố nguy cơ của lao kháng thuốc ở bệnh nhân mắc lao và tiểu đường có thể giảm nguy cơ lao kháng đa thuốc và đồng thời tạo điều kiện cho việc chẩn đoán và điều trị sớm cho bệnh nhân. Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng nghiện rượu, hút thuốc, điều trị không đều, tuổi dưới 65, tiểu đường và dương tính với HIV có thể là các yếu tố nguy cơ cho bệnh lao kháng đa thuốc (MDR-TB) [3]. Bocar Baya [4] đã kết luận rằng tuổi < 65, thất bại trong điều trị lao trước đó, số lần điều trị lao trước đó < 2, và tiếp xúc gần với bệnh nhân lao là các yếu tố nguy cơ cho MDR-TB. Tuy nhiên, có rất ít nghiên cứu được thực hiện về các yếu tố nguy cơ đa kháng thuốc trong lao và tiểu đường. Trong nghiên cứu của chúng tôi, mức HbA1c là một yếu tố nguy cơ độc lập đa kháng trong lao và tiểu đường. Các lý do như sau: mức HbA1c cao được coi là yếu tố dẫn đến thiếu oxy mô bằng cách tăng ái lực của hemoglobin với oxy, trong khi nồng độ oxy mô thấp có thể dẫn đến stress oxy hóa. Có các phân tích tổng hợp cho thấy bệnh nhân lao đa kháng thuốc (MDR-TB) có khả năng cao hơn là dưới 65 tuổi [5]. Một nghiên cứu đã chỉ ra rằng độ tuổi từ 45 đến 64 là yếu tố nguy cơ gây ra kháng thuốc ở những trường hợp lao tiểu đường đã được điều trị lại, trong khi độ tuổi từ 65 trở lên là yếu tố bảo vệ khỏi việc phát triển kháng thuốc [5]. Nghiên cứu của chúng tôi kết luận rằng độ tuổi dưới 65 là yếu tố nguy cơ đối với kháng đa thuốc ở bệnh nhân mắc lao và tiểu đường, điều này nhất quán với nghiên cứu của Faustini và cộng sự [5]. Lý do được xem xét là bệnh nhân MDR-TB thường trẻ hơn so với bệnh nhân không mắc MDR-TB [4]. Các nghiên cứu trước đây đã phát hiện rằng MDR-TB phổ biến hơn ở những bệnh nhân dưới 65 tuổi vì họ thường bận rộn với công việc hoặc học tập hơn so với những bệnh nhân lớn tuổi và do đó có nguy cơ tiếp xúc nhiều hơn với MDR-TB [3].

Có hai cơ chế cho bệnh lao kháng thuốc (DR-TB): (1) kháng thuốc do tiếp nhận (hoặc kháng thuốc thứ phát): Các chủng Mycobacterium tuberculosis phát triển kháng thuốc trong quá trình điều trị lao, và kháng thuốc do tiếp nhận được định nghĩa là xảy ra khi kết quả xét nghiệm độ nhạy ban đầu cho thấy nhạy cảm in vitro, kết quả xét nghiệm độ nhạy cuối cùng cho thấy kháng thuốc in vitro. (2) kháng thuốc do lây truyền (hoặc kháng thuốc nguyên phát): nhiễm trùng với một chủng kháng thuốc. Đã có sự đồng thuận rộng rãi rằng lịch sử điều trị không đầy đủ là lý do chính dẫn đến kháng thuốc do tiếp nhận ở bệnh nhân lao. Trong số 80 bệnh nhân lao kháng đa thuốc (MDR TB) có bệnh tiểu đường (DM) trong nghiên cứu của chúng tôi, 19 người có lịch sử điều trị lao, 19 người được coi là kháng MDR do tiếp nhận và 61 người là kháng MDR nguyên phát. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi là tiền sử điều trị lao là một yếu tố nguy cơ lao kháng thuốc ở bệnh nhân mắc lao và bệnh tiểu đường với $p < 0.05$

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi kết luận rằng tuổi < 65 tuổi, HbA1c và tiền sử điều trị lao là những yếu tố nguy cơ lao đa kháng (MDR) ở bệnh nhân mắc lao và tiểu đường. Những bệnh nhân có tiền sử điều trị bệnh lao, đái tháo đường, và tuổi còn trẻ cần được chú ý nhiều hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn chẩn đoán điều trị và dự phòng bệnh lao (Ban hành kèm theo Quyết định số: 1314/QĐ-BYT ngày 24 tháng 3 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Hướng dẫn quản lý biến cố bất lợi trong điều trị lao kháng thuốc (cập nhật 2018)

Duan Q, Chen Z, Chen C, et al. *The Prevalence of Drug-Resistant Tuberculosis in Mainland China: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis*. *PLoS ONE*. 2016;11(2):e148041. doi: 10.1371/journal.pone.0148041. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

.Lyu M, Wang D, Zhao J, et al. *A novel risk factor for predicting anti-tuberculosis drug resistance in patients with tuberculosis complicated with type 2 diabetes mellitus*. *Int J Infect Dis*. 2020;97:69–77. doi: 10.1016/j.ijid.2020.05.080. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

Faustini A, Hall AJ, Perucci CA. *Risk factors for multidrug resistant tuberculosis in Europe: a systematic review*. *Thorax*. 2006;61(2):158–163. doi: 10.1136/thx.2005.045963. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

NGOẠI KHOA – KHOA, PHÒNG KHÁC

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ GIÁ TRỊ CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY TRONG CHẨN ĐOÁN VIÊM TỤY CẤP TẠI BVĐKTT AN GIANG NĂM 2024

Lê Tấn Đạt, Nguyễn Châu Cao Minh
Lê Thị Mãi, Lê Nguyễn Huyền Trân

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm tụy cấp là một trong những bệnh lý ổ bụng phức tạp với tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong cao. Đây là bệnh lý viêm nhiễm của tụy, xảy ra do sự tiết dịch tụy chứa enzyme ly giải protein vào mô kẽ tụy và vào mô xung quanh dẫn đến sự tự tiêu của nhu mô tụy, hoại tử mô kẽ và viêm mạch máu hoại tử.

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm hình ảnh và vai trò của cắt lớp vi tính đa dãy trong chẩn đoán viêm tụy cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2024.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, trên 48 bệnh nhân có hình ảnh chẩn đoán viêm tụy cấp được khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 1 năm 2024 đến tháng 9 năm 2024. Bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy cấp và được chụp cắt lớp vi tính đa dãy có hình ảnh viêm tụy cấp.

Kết quả: Đa số nam giới bị viêm tụy cấp nhiều hơn nữ giới chiếm tỉ lệ 79,2%, những người viêm tụy cấp có tăng triglyceride tỉ lệ là 81,3% . về hình thái bệnh viêm tụy cấp chủ yếu kích thước tăng, thể phù nề lần lượt chiếm tỉ lệ là 87,5% và 72,9% , 100% có thâm nhiễm mỡ quanh tụy, không tìm thấy ca nào có tràn dịch màng phổi bên phải đơn độc, chỉ có tràn dịch màng phổi hai bên chiếm khá cao 52,1% trong tất cả các loại dịch màng phổi. Bên cạnh đó theo phân độ Balthazar thì mức D chiếm tỉ lệ cao nhất là 47,9% , song song đó trong nghiên cứu chúng tôi thấy nhu mô tụy không hoại tử chiếm tỉ lệ cao 57,8%. Còn mức độ trầm trọng bệnh theo chỉ số CTSI từ 4-6 điểm chiếm đa số khoảng 55,4%. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giữa phân độ Balthazar và thể bệnh hoại tử hay phù nề có liên quan chặt chẽ với nhau sự liên quan này có ý nghĩa thống kê, về phía chỉ số CTSI và thể bệnh hoại tử hay phù nề có liên quan chặt chẽ với nhau sự liên quan này có ý nghĩa thống kê với tuyệt đối.

Kết luận: Tỉ lệ bệnh nhân nam chiếm đại đa số và có tăng triglyceride, phân độ Balthazar và mức độ trầm trọng CTSI có liên quan chặt chẽ với hình ảnh CT thể hoại tử hay thể phù nề.

Từ khóa: viêm tụy cấp, chụp cắt lớp vi tính, đặc điểm lâm sàng

IMAGING CHARACTERISTICS AND THE VALUE OF MULTI-DETECTOR COMPUTED TOMOGRAPHY IN DIAGNOSING ACUTE PANCREATITIS AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2024

ABSTRACT

Background: Acute pancreatitis is a complex abdominal condition with high morbidity and mortality rates. It is characterized by inflammation of the pancreas due to the release of pancreatic enzymes, leading to autodigestion of pancreatic tissue, fat necrosis, and necrotizing vasculitis.

Objective: This study aims to investigate the imaging characteristics and the role of multi-detector computed tomography (MSCT) in diagnosing acute pancreatitis at An Giang Central General Hospital in 2024.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 48 patients diagnosed with acute pancreatitis at the hospital from January to September 2024. All patients underwent MDCT imaging to confirm the diagnosis.

Results: The study found that 79.2% of patients were male, and 81.3% exhibited hypertriglyceridemia. The predominant imaging findings included increased pancreatic size (87.5%) and edematous changes (72.9%). All patients showed peripancreatic fat infiltration,

with 52.1% presenting bilateral pleural effusion. According to the Balthazar grading system, grade D was the most common (47.9%), while non-necrotic pancreatic tissue accounted for 57.8%. The severity of the condition, assessed using the CTSI score, revealed that 55.4% of patients scored between 4 and 6 points. A significant statistical correlation was found between the Balthazar classification and the presence of necrotizing or edematous forms, as well as between the CTSI score and these forms.

Conclusion: The study indicates a predominance of male patients with elevated triglycerides in acute pancreatitis cases. Furthermore, the Balthazar classification and CTSI score are closely associated with CT imaging findings related to necrotizing or edematous forms.

Keywords: acute pancreatitis, computed tomography, clinical features.

I- ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là một trong những bệnh lý ổ bụng phức tạp với tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong cao. Đây là bệnh lý viêm nhiễm của tụy, xảy ra do sự tiết dịch tụy chứa enzyme ly giải protein vào mô kẽ tụy và vào mô xung quanh dẫn đến sự tự tiêu của nhu mô tụy, hoại tử mô kẽ và viêm mạch máu hoại tử [3].

Tỷ lệ mắc viêm tụy cấp tăng từ 40 ca mỗi 100 000 dân vào năm 1998 đến 70 ca mỗi 100 000 dân vào 2002. Hầu hết các trường hợp tự khỏi, 20% bệnh nhân có đáp ứng viêm hệ thống tiến triển nặng với suy đa cơ quan với tỷ lệ tử vong cao. Tử vong trong 2 tuần đầu thường do suy đa cơ quan. Tử vong sau 2 tuần thường do nhiễm trùng thứ phát của hoại tử tụy hoặc quanh tụy [3].

Việc chẩn đoán sớm, đánh giá mức độ tổn thương, phát hiện biến chứng mang một ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng và điều trị viêm tụy cấp.

Chẩn đoán và đánh giá mức độ nặng của viêm tụy cấp cần dựa vào nhiều yếu tố: lâm sàng, sinh hóa, chẩn đoán hình ảnh. Có nhiều phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện đại được sử dụng trong viêm tụy cấp như siêu âm bụng, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ,... Trong đó, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) tỏ ra ưu thế hơn, cho phép chẩn đoán độ nặng, đánh giá tổn thương hoại tử tại tụy và ngoài tụy, những thay đổi viêm nhiễm, hình thái các ổ tụ dịch, góp phần tiên lượng, quyết định phương pháp điều trị và theo dõi đáp ứng điều trị [3].

Với mong muốn góp phần thêm trong chẩn đoán và điều trị hiệu quả viêm tụy cấp, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và vai trò của cắt lớp vi tính đa dãy trong chẩn đoán viêm tụy cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2024” với hai mục tiêu:

Mô tả đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính đa dãy có tiêm thuốc tương phản trong chẩn đoán viêm tụy cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2024.

Vai trò của cắt lớp vi tính đa dãy có tiêm thuốc tương phản trong tiên lượng độ nặng viêm tụy cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân VTC được chụp CLVT và được điều trị tại Bệnh viện Đa Khoa Trung tâm An Giang.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Bệnh nhân được chẩn đoán VTC theo tiêu chuẩn của Atlanta hiệu chỉnh 2012 và được chụp CLVT có tiêm thuốc tương phản đường tĩnh mạch.

Bệnh nhân mọi lứa tuổi, không phân biệt giới tính.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Viêm tụy cấp trên nền viêm tụy mạn, bệnh lý u tụy.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 01/2024 đến tháng 09/2024

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiền cứu, cắt ngang mô tả.

2.2.2 Cỡ mẫu

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot p(1-p) / d^2$$

Trong đó:

+ n là cỡ mẫu tối thiểu cần thiết.

+ $Z_{1-\alpha/2}$ là hệ số tin cậy với $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ tương ứng $\alpha = 0,05$.

+ d là sai số cho phép 5%.

+ Chọn p = 97,1% (độ nhạy của CTSI trong phát hiện mức độ nặng VTC) [5].

Từ đó tính ra được cỡ mẫu tối thiểu là 44.

2.2.3 Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện: lấy toàn bộ những bệnh nhân đã đủ tiêu chuẩn vào mẫu nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính

Vai trò cắt lớp vi tính trong tiên lượng độ nặng viêm tụy cấp

Phương pháp hạn chế sai số

Thiết kế bộ câu hỏi, mẫu thu thập số liệu thống nhất khi viết đề cương nghiên cứu, có điều chỉnh cho phù hợp thực tế khi tiến hành lấy mẫu.

Sai số thu thập thông tin, bệnh nhân vào viện trong tình trạng nặng khả năng cung cấp thông tin bị hạn chế, khắc phục bằng cách hỏi người nhà chăm sóc bệnh nhân.

Làm đúng quy trình các bước tiến hành thu thập số liệu.

Tất cả các trường hợp được đọc kết quả bởi bác sĩ chuyên khoa Chẩn đoán hình ảnh có kinh nghiệm.

Tiêu chuẩn xác định giá trị các biến số giống nhau ở tất cả bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu.

Phương pháp xử lý số liệu

Nhập số liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0.

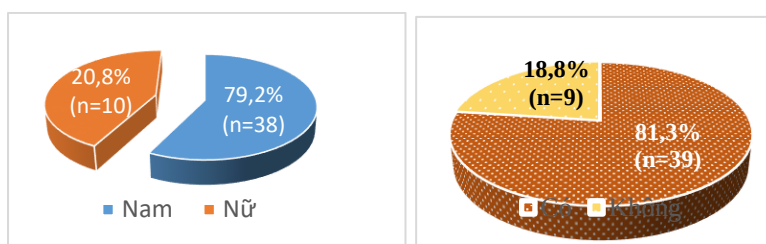
Mô tả: *Biến định lượng*: Trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị min, max.

Biến định tính: Tần suất, tỷ lệ % áp dụng với các biến

Kiểm định với biến định tính: sử dụng test so sánh test χ^2 , các so sánh sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (sử dụng test Fisher-exact có hiệu chỉnh khi hệ số mong đợi nhỏ hơn 5).

Tuân thủ nguyên tắc đạo đức của người làm nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU và BÀN LUẬN

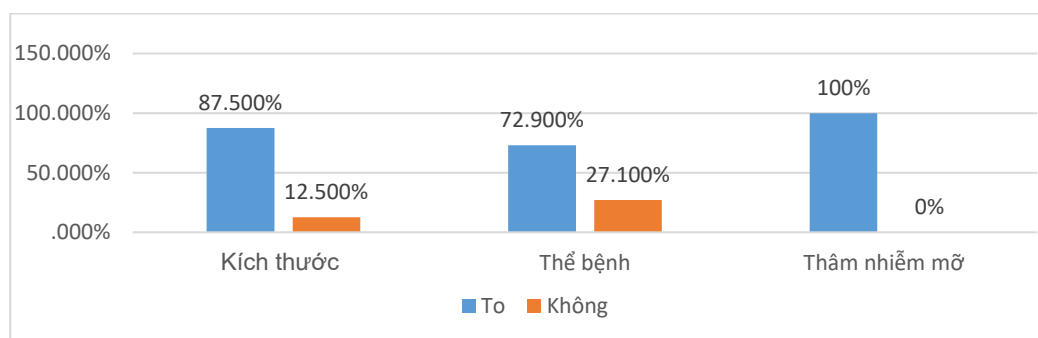


Bảng 3.1. Giới tính

Bảng 3.2. Tăng Triglyceride

Về giới tính, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân nam có tăng Glyceride tham gia nghiên cứu nhiều nhất với tỷ lệ lần lượt là 79,2% và 81,3%. Các kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của Tô Nhật Đăng (2022) là nam chiếm đại số và có giá trị tăng Triglyceride. [5]

Bảng 3.3. Hình ảnh CT



Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các bệnh nhân đều có thâm nhiễm mỡ quanh tụy, kích thước tụy to và thể bệnh phù nề chiếm đại đa số lần lượt là 87,5% và 72,9% , nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ cao hơn Trần thị Tuyết Ly (2018) là chúng tôi chỉ phân chung là to và không to , còn thể bệnh thì tương đồng với nghiên cứu [1], [6], tỉ lệ thâm nhiễm mỡ của chúng tôi là toàn bộ , nghiên cứu của Lê Bá Khánh Minh(2020), Trường Đại học Y dược Huế có thâm nhiễm mỡ rất cao chiếm 93,8%.[1]

Bảng 3.4. Tràn dịch màng phổi

Vị trí	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không dịch	25	52,1
Bên trái	5	10,4
Cả hai bên	18	37,5
Tổng số	48	100,0

Trong nghiên cứu chúng tôi không thấy có dịch màng phổi tỉ lệ 52,1%, dịch cả hai bên chiếm 37,5% , không thấy dịch đơn thuần một bên phải, nghiên cứu này có kết quả tương đương với nghiên cứu Lê Bá Khánh Minh(2020), Trường Đại học Y dược Huế là 40,6%[1]

Bảng 3.5. Tổn thương theo phân loại của Balthazar

Bậc	Số lượng	Tỷ lệ (%)
A	0	0
B	1	2,1
C	17	35,4
D	23	47,9
E	7	14,6

Bậc A: không có trường hợp nào. Bậc B: tụy to toàn bộ hoặc khu trú chiếm tỷ lệ thấp nhất với 2,1%. Bậc C: tụy không đồng nhất, có thâm nhiễm mỡ xung quanh chiếm 35,4%. Bậc D: tụ dịch một ổ quanh tụy chiếm nhiều nhất 47,9%. Bậc E: tụ dịch hai hoặc nhiều ổ chiếm tỷ lệ cao nhất với 14,6%.

Bảng 3.6. Mức độ hoại tử nhu mô tụy

Hoại tử	Số lượng	Tỉ lệ
Không hoại tử	48	57,8
<30%	18	21,7
30-50%	4	4,8
>50%	13	15,7

Không hoại tử chiếm 57,8% trường hợp. Hoại tử <30% chiếm 21,7% trường hợp. Hoại tử 30-50% chiếm 4,8% trường hợp. Hoại tử >50% chiếm 15,7% trường hợp.

Bảng 3.7. Chỉ số trầm trọng theo tổn thương trên chụp cắt lớp vi tính

Điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
0-3	20	24,1
4-6	46	55,4
7-10	17	20,5

CTSI 0-3 điểm (mức độ nhẹ) chiếm 24,1% trường hợp. CTSI 4-6 điểm (mức độ vừa) chiếm tỷ lệ cao nhất 55,4%. CTSI 7-10 điểm (mức độ nặng) chiếm 20,5% trường hợp. Nghiên cứu chúng tôi cũng có kết quả tương đồng với nghiên cứu của Lê Bá Khánh Minh(2020), Trường Đại học Y dược Huế[1]

Bảng 3.8. Đánh giá hoại tử với thang điểm balthazar

	Balthazar				
Hoại tử tụy	B	C	D	E	Total
Phù nề	1(2,1%)	17(35,4%)	13(27,1%)	4(8,3%)	35(72,9%)
Hoại tử	0	0	10(20,8%)	3(6,3%)	13(27,1%)
Tổng	1(2,1%)	17(35,4%)	23(47,9%)	7(14,6%)	48(100%)

$p = 0,013$ (Fisher's exact test)

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giữa phân độ Balthazar và thể bệnh hoại tử hay phù nề có liên quan chặt chẽ với nhau sự liên quan này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,013 < 0,05$.

Bảng 3.9. Đánh giá hoại tử với chỉ số CTSI

	CTSI			
Hoại tử tụy	0-3 điểm	4-6 điểm	7-10 điểm	Total
Phù nề	30(24,1%)	5(10,4%)	0	35(72,9%)
Hoại tử	3(6,3%)	6(12,5%)	4(8,3%)	13(27,1%)
Tổng	33(68,8%)	11(22,9%)	4(8,3%)	48(100%)

$p = 0,00$

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giữa chỉ số CTSI và thể bệnh hoại tử hay phù nề có liên quan chặt chẽ với nhau sự liên quan này có ý nghĩa thống kê với tuyệt đối.

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chụp cắt lớp vi tính 48 bệnh nhân VTC từ tháng 1 năm 2024 đến tháng 9 năm 2024 tại Bệnh viện Đa Khoa Trung tâm An Giang chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Đa số nam giới bị viêm tụy cấp nhiều hơn nữ giới chiếm tỉ lệ 79,2%, những người viêm tụy cấp đại đa số đều tăng triglyceride với tỉ lệ 81,3% . về hình thái bệnh viêm tụy cấp chủ yếu kích thước tăng, thể phù nề lần lượt chiếm tỉ lệ là 87,5% và 72,9% , 100% có thâm nhiễm mỡ quanh tụy, không tìm thấy ca nào có tràn dịch màng phổi bên phải đơn độc, chỉ có tràn dịch màng phổi hai bên chiếm khá cao 52,1% trong tất cả các loại dịch màng phổi. Bên cạnh đó theo phân độ Balthazar thì mức D chiếm tỉ lệ cao nhất là 47,9% , song song đó trong nghiên cứu chúng tôi thấy nhu mô tụy không hoại tử chiếm tỉ lệ cao 57,8%. Còn mức độ trầm trọng bệnh theo chỉ số CTSI từ 4-6 điểm chiếm đa số khoảng 55,4%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giữa phân độ Balthazar và thể bệnh hoại tử hay phù nề có liên quan chặt chẽ với nhau sự liên quan này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,013 < 0,05$, về phía chỉ số CTSI và thể bệnh hoại tử hay phù nề có liên quan chặt chẽ với nhau sự liên quan này có ý nghĩa thống kê với tuyệt đối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Lê Bá Khánh Minh (2020) Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh viêm tụy cấp trên siêu âm, cắt lớp vi tính và giá trị tiên lượng cầu thang điểm CTSI, *luận văn thạc sĩ y học*, trường Đại học Y dược Huế.
- Lê Hồng Phúc (2023), Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh siêu âm và chụp cắt lớp vi tính trên bệnh nhân viêm tụy cấp tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, *Luận văn Tiến sĩ Y học*, Tạp chí Y học Việt Nam.
- Quyết định 4068/QĐ-BYT qui trình chuyên môn khám chữa bệnh viêm tụy cấp.
- Nguyễn Quang Quyền (2013), “ Tá tràng và tụy”, *Bài giảng giải phẫu học tập 2*, Bộ môn Giải phẫu – Đại học y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Nhà xuất bản y học TP. Hồ Chí Minh, tr. 119-132.
- Tô Nhật Đăng (2022) Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và vai trò của cắt lớp vi tính đa dãy trong chẩn đoán viêm tụy cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2020-2022
- Trần Thị Tuyết Ly (2018), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá kết quả điều trị và ứng dụng của thang điểm BISAP trong tiên lượng sớm độ nặng của viêm tụy cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2016-2018, *Luận văn Bác sĩ nội trú*, Đại học Y dược Cần Thơ.
- Trương Diệu Linh (2013), Nghiên cứu hình ảnh siêu âm và cắt lớp vi tính viêm tụy cấp, *Luận văn Thạc sĩ của Bác sĩ nội trú*, Trường Đại học Y dược Huế.
- Allison L (2020), Hypertriglyceridemia and acute pancreatitis, *Pancreatology*, Volume 20, Issue 5, p.795-800
- Brizi M, Perillo F, et al (2021), The role of imaging in acute pancreatitis, *Radiol Med*, 126(8), p.1017-1029.
- Liao Q, He W, et al (2022), Evaluation of severity and prognosis of acute pancreatitis by CT severity index and modified CT severity index, *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*, 102(26), p.2011-2017.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TÁC ĐỘNG LÊN KẾT CỤC ĐIỀU TRỊ CỦA HỘI CHỨNG NUÔI ĂN LẠI TRÊN BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT HOẶC SỐC NHIỄM TRÙNG KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC NGOẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024

Lê Nguyễn Quang Thái, Lê Hồ Tiến Phương,
Nguyễn Trịnh Thanh Trúc, Nguyễn Duy Tân

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng nuôi ăn lại (Refeeding syndrome - RFS) là một hội chứng nghiêm trọng thường gặp trên lâm sàng nhưng dễ bị bỏ qua trên lâm sàng, có thể gây tử vong, đặc biệt là trên các bệnh nhân nặng, bệnh nhân có tình trạng suy dinh dưỡng kéo dài, gây tăng tỷ lệ tử vong, kéo dài thời gian điều trị. Bên cạnh đó, việc thiếu chế phẩm điều trị tại cơ sở cũng là một vấn đề đáng lưu tâm trong điều trị và phòng ngừa RFS.

Mục tiêu: Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng về dinh dưỡng của bệnh nhân có hội chứng nuôi ăn lại và đánh giá tác động của nguy cơ RFS trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn tại khoa SICU

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi dọc trên 86 bệnh nhân được chẩn đoán Nhiễm khuẩn huyết hoặc Sốc nhiễm khuẩn tại khoa Hồi sức tích cực ngoại khoa (SICU). Mô tả đặc điểm lâm sàng về tình trạng dinh dưỡng (BMI, điểm NRS), cận lâm sàng (nồng độ các chất điện giải) và đánh giá tác động của RFS lên kết cục điều trị (tỷ lệ tử vong, số ngày nằm viện, số ngày thở máy, số ngày nằm tại khoa SICU).

Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ RFS là 64%; BMI ở nhóm có nguy cơ RFS là $19.2 (\pm 2)$ kg/m²; điểm NRS ở nhóm có nguy cơ RFS là 5 (3–6)đ; nồng độ các chất điện giải Kali, Magie, Phosphor ở nhóm có RFS lần lượt là: $3.49 (\pm 0.78)$ mmol/L, $0.63 (0.46–0.75)$ mmol/L và $0.87 (0.58–1.06)$ mmol/L; tỷ lệ tử vong trên bệnh nhân có nguy cơ RFS là 56.4%, $P = 0.032$, OR (KTC 95%): $0.369 (0.147 – 0.927)$; số ngày nằm tại SICU và số ngày thở máy ở nhóm có nguy cơ RFS dài hơn, lần lượt là 6 (4–13) ($P=0.004$), 3 (0–9) ngày ($P=0.035$).

Kết luận và kiến nghị: Hội chứng nuôi ăn lại là một hội chứng nghiêm trọng, tác động xấu đến kết cục điều trị, cần được quan tâm nhiều hơn cũng như bổ sung chế phẩm điều trị tại cơ sở để điều trị và phòng ngừa hiệu quả, giảm biến chứng và tử vong.

Từ khóa: Hội chứng nuôi ăn lại, suy dinh dưỡng

Từ viết tắt: RFS: Hội chứng nuôi ăn lại ; SDD: suy dinh dưỡng ; SICU: Khoa Hồi sức tích cực ngoại

ABSTRACT

Background: Refeeding syndrome (RFS) is a serious clinical syndrome often encountered but easily overlooked in practice. It can be life-threatening, especially in critically ill patients and those with prolonged malnutrition, leading to increased mortality and prolonged treatment durations. Moreover, the lack of therapeutic products at our hospital is also a significant issue in the treatment and prevention of RFS.

Research objectives: To explore the clinical and nutritional laboratory characteristics of patients with refeeding syndrome and assess the impact of RFS risk on patients with sepsis and septic shock in the SICU.

Methods: A prospective cross-sectional study was conducted on 86 patients diagnosed with sepsis or septic shock in the Surgical Intensive Care Unit (SICU). The study describes clinical characteristics related to nutritional status (BMI, NRS score), laboratory findings (electrolyte levels), prevalence of RFS risk and evaluates the impact of RFS on treatment

outcomes (prevalance of mortality, length of hospital stay, duration of mechanical ventilation, and SICU lenght of stay).

Results: The prevalance of patients at risk of RFS was 64%; BMI in the at-risk group was 19.2 (± 2) kg/m²; the NRS score in the at-risk group was 5 (3–6); the electrolyte levels of potassium, magnesium, and phosphorus in the RFS group were 3.49 (± 0.78) mmol/L, 0.63 (0.46–0.75) mmol/L, and 0.87 (0.58–1.06) mmol/L, respectively. The proportion of mortality among patients at risk of RFS was 56.4%, $P = 0.032$, OR (95% CI): 0.369 (0.147–0.927); the length of SICU stay and mechanical ventilation duration were longer in the at-risk group, at 6 (4–13) days ($P = 0.004$) and 3 (0–9) days ($P = 0.035$), respectively.

Conclusion: Refeeding syndrome is a serious condition that adversely affects treatment outcomes. It warrants more attention, as well as the provision of therapeutic products at medical facilities to effectively treat and prevent complications and reduce mortality.

Keywords: Refeeding syndrome, malnutrition

Abbreviations: Refeeding syndrome: RFS; SDD: malnutrition; SICU: Surgical Intensive Care Unit

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng nuôi ăn lại là một hội chứng nghiêm trọng nhưng dễ bị bỏ qua [11] có thể gây tử vong, thường gặp trên lâm sàng nhưng dễ bị bỏ qua, đặc biệt là các bệnh nhân nặng, bệnh nhân có tình trạng suy dinh dưỡng kéo dài [4]. An Giang là 1 tỉnh nông nghiệp, hiện tại tình hình kinh tế cũng còn gặp nhiều khó khăn [2], đa phần bệnh nhân có thu nhập thấp và đây là 1 yếu tố nguy cơ của suy dinh dưỡng kéo dài. Hội chứng nuôi ăn lại đặc trưng bởi tình trạng tăng tiết đột ngột insulin, rối loạn điện giải (Phospho, Kali, Magie), giữ muối-nước dẫn đến khởi phát suy tim hoặc rối loạn nhịp tim nặng, yếu liệt cơ, đặc biệt là cơ hô hấp, kéo dài ngày điều trị, tăng tỉ lệ tử vong, ảnh hưởng xấu đến kết cục điều trị. Bên cạnh đó, việc thiếu chế phẩm điều trị, cụ thể là Vitamin B1 đường tiêm (hiện tại chỉ có chế phẩm đường uống tại bệnh viện, không điều trị được trên nhóm bệnh nhân có chống chỉ định dung nạp qua đường tiêu hóa) và đặc biệt là Phospho cũng là một vấn đề đáng quan tâm trong điều trị hội chứng nuôi ăn lại.

Vì thế, chúng tôi nghiên cứu đề tài “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tác động lên kết quả điều trị của hội chứng nuôi ăn lại tại khoa Hồi sức tích cực ngoại khoa Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2024” với các mục tiêu:

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng về dinh dưỡng của bệnh nhân có nguy cơ RFS
2. Tác động của nguy cơ RFS lên kết cục điều trị

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thiết kế nghiên cứu và đối tượng nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi dọc, tiến hành trên bệnh nhân được chẩn đoán Nhiễm khuẩn huyết hoặc Sốc nhiễm trùng tại khoa Hồi sức tích cực Ngoại khoa - Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 02/2024 – 09/2024.

2. Cỡ mẫu

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ

Với phương pháp chọn mẫu toàn bộ, mẫu thu thập được là: 86

3. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Tiêu chí chọn vào

Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết hoặc sốc nhiễm trùng nằm tại khoa SICU ≥ 3 ngày và được sự đồng ý tham gia nghiên cứu của thân nhân hoặc bệnh nhân

- Tiêu chuẩn loại trừ:

Tử vong hoặc xin về trước 3 ngày, không có chẩn đoán Sốc nhiễm trùng hoặc Nhiễm khuẩn huyết, thân nhân không đồng ý nghiên cứu.

Chúng tôi sử dụng biểu mẫu thu thập dữ liệu được thiết kế sẵn để thu thập dữ liệu nhân khẩu học xã hội và nhân trắc học (tuổi, giới tính, cân nặng, chiều cao, BMI) và các yếu tố nguy cơ liên quan đến Hội chứng nuôi ăn lại như tình trạng suy dinh dưỡng (điểm NRS-2002), nồng độ các chất điện giải Kali, Magie, Phospho và bệnh đồng mắc.

4. Tiêu chuẩn chẩn đoán

4.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán Nguy cơ hội chứng nuôi ăn lại - RFS (theo Hiệp hội Dinh dưỡng lâm sàng Hoa Kỳ - ASPEN, năm 2020) [3]

Tiêu chuẩn	Nguy cơ trung bình Có ít nhất 2 tiêu chuẩn	Nguy cơ cao Có ít nhất 1 tiêu chuẩn
BMI	16 – 18.5kg/m ²	<16kg/m ²
Sụt cân	5% trong 1 tháng	7.5% trong 3 tháng hoặc > 10% trong 6 tháng
Lượng calo cung cấp	Không ăn uống được hoặc ăn uống không đáng kể trong 5-6 ngày HOẶC Cung cấp < 75% nhu cầu năng lượng ước tính > 7 ngày trong tình trạng bệnh cấp tính hay chấn thương HOẶC cung cấp < 75% nhu cầu năng lượng ước tính > 1 tháng	Không ăn uống được hoặc ăn uống không đáng kể trong > 7 ngày HOẶC Cung cấp < 50% nhu cầu năng lượng ước tính > 5 ngày trong tình trạng bệnh cấp tính hay chấn thương HOẶC cung cấp < 50% nhu cầu năng lượng ước tính > 1 tháng
Rối loạn nồng độ Kali, Phospho, Magie trước khi nuôi ăn	Giảm không đáng kể hoặc bình thường và gần đây cần bổ sung điện giải liều thấp hoặc đơn liều	Giảm vừa phải/đáng kể hoặc bình thường và gần đây cần bổ sung điện giải liều cao hoặc nhiều liều
Mất lớp mỡ dưới da	Mức độ trung bình	Mức độ nặng
Mất khối cơ	Mức độ trung bình	Mức độ nặng
Các bệnh đồng mắc nguy cơ cao	Bệnh đồng mắc mức độ trung bình	Bệnh đồng mắc mức độ nặng

Điều trị: Mỗi bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán có nguy cơ hội chứng nuôi ăn lại tại đơn vị chúng tôi đều được điều trị với Thiamine (Vitamin B1) 250mg đường uống mỗi 24 giờ trong ít nhất 72 giờ đầu (tham khảo liều điều trị đường uống của tác giả Hisham Mehanna [6]).

4.2 Tiêu chuẩn chẩn đoán Nhiễm khuẩn huyết và Sốc nhiễm trùng [9]

Nhiễm khuẩn huyết (Sepsis): Bằng chứng nhiễm khuẩn + SOFA $\geq$ 2;

Sốc nhiễm khuẩn (Septic Shock): Nhiễm khuẩn huyết + Cần phải sử dụng thuốc vận mạch để duy trì huyết áp trung bình 65mmHg và lactate máu >2 mmol/L dù đã bù đủ dịch.

4.3. Tiêu chuẩn sàng lọc Suy dinh dưỡng bằng công cụ Nutrition Risk Screening (NRS-2002) cải tiến [3]:

Câu hỏi tầm soát ban đầu	Có	Không
BMI < 20.5 hoặc vòng cánh tay < 25 cm		
Sụt cân không chủ ý trong 3 tháng qua		
Ăn giảm trong tuần qua		
Có bệnh nặng kèm theo (chế độ chăm sóc tích cực)		
Nếu trả lời “Không” cho tất cả các câu hỏi thì đánh giá lại sau 1 tuần Nếu trả lời “Có” cho bất kỳ 1 câu hỏi nào thì tiến hành đánh giá theo bảng bên dưới		
Suy giảm tình trạng dinh dưỡng	Mức độ nặng của bệnh	
0đ Tình trạng dinh dưỡng bình thường	0đ Nhu cầu dinh dưỡng bình thường	
1đ Sụt cân > 5% trong 3 tháng qua hay chế độ ăn tuần trước cung cấp 50 - 75% nhu cầu bình thường.	1đ Gãy xương chậu, biến chứng cấp bệnh mạn tính: xơ gan, đái tháo đường, COPD, chạy thận nhân tạo, ung thư,...	
2đ Sụt cân > 5% trong 2 tháng qua hay BMI trong khoảng 18.5 – 20.5 + chế độ ăn tuần trước cung cấp 25 – 60% so với nhu cầu bình thường	2đ Đột quỵ, viêm phổi nặng, bệnh máu ác tính, đại phẫu vùng bụng,...	
3đ Sụt cân > 5% trong 1 tháng qua (hay >15% trong 3 tháng) hay BMI < 18.5 + tổng trạng yếu hay chế độ ăn tuần trước cung cấp < 25% so với nhu cầu bình thường	3đ Chấn thương đầu, ghép tủy, bệnh nhân cần chăm sóc đặc biệt – hồi sức,...	
Tổng điểm = điểm tình trạng dinh dưỡng + điểm mức độ nặng của bệnh Nếu bệnh nhân > 70t sẽ +1đ vào tổng điểm Chẩn đoán: < 3đ: không có nguy cơ suy dinh dưỡng, chưa cần can thiệp dinh dưỡng ≥ 3đ: có nguy cơ suy dinh dưỡng, cần can thiệp dinh dưỡng đặc trị sớm, cải thiện tốt ≥ 5đ: nguy cơ cao suy dinh dưỡng, cần chế độ dinh dưỡng bắt buộc, cải thiện chậm [3]		

5. Định nghĩa biến số

Suy dinh dưỡng/Nguy cơ suy dinh dưỡng được phân loại có hoặc không (theo thang điểm NRS-2002 cải tiến [3]); tổng số ngày nằm viện được tính = ngày ra – ngày vào, tổng số ngày nằm viện tại khoa SICU được tính = (ngày rời khoa – ngày nhập khoa) + 1, tổng số ngày thở máy = ngày ngưng thở máy - ngày đầu thở máy; kết cục điều trị được phân loại là bệnh tử vong/nặng xin về hoặc bệnh ổn, chuyển khoa khác điều trị tiếp; Nguy cơ mắc hội chứng nuôi ăn lại được phân loại là có hoặc không (theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ASPEN 2020) ; Nhu cầu năng lượng được căn cứ theo Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam của Viện Dinh dưỡng, Bộ Y tế [1].

6. Phân tích và xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS phiên bản 22.0 để phân tích dữ liệu. Đối với các biến phân loại, các giá trị được biểu thị dưới dạng số và phần trăm, trong khi đối với các biến liên tục, các giá trị được biểu thị dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn (SD) hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị (IQR) tùy theo trường hợp. Kiểm định Chi-square hoặc kiểm định Fisher được sử dụng để phân tích dữ liệu phân loại. Kiểm định T của Student hoặc kiểm định Mann Whitney U được sử dụng để phân tích dữ liệu liên tục theo tính hợp lệ của phân phối chuẩn. Mô hình hồi quy logistic hai biến được sử dụng để xác định các biến độc lập liên quan đến kết cục điều trị ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết hoặc sốc nhiễm khuẩn. Giá trị P nhỏ hơn 0.05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm nhân xã hội học của quần thể nghiên cứu

Có 86 bệnh nhân được chẩn đoán Nhiễm khuẩn huyết hoặc Sốc nhiễm khuẩn đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu. Trong đó, nhóm tuổi nguy cơ (>70 tuổi) chiếm tỉ lệ thấp hơn với 33.7% (n = 29) với độ tuổi trung bình là 64.57 ± 13.088 , trong đó bệnh nhân có RFS có độ tuổi theo trung vị (tứ phân vị) là 68 (55-75). Giới tính nữ chiếm hơn một nửa trong quần thể nghiên cứu, với tỉ lệ 60.5% (n = 52). (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm nhân xã hội học

Đặc điểm	Phân loại	Có RFS, N=55, n(%)	Không có RFS, N=31, n(%)	Tổng, N=86, n(%)
Nhóm tuổi	> 70	21 (38.2)	8 (25.8)	29 (33.7)
	≤ 70	34 (61.8)	23 (74.2)	57 (66.3)
Giới	Nam	23 (41.8)	11 (35.5)	34 (39.5)
	Nữ	32 (58.2)	20 (64.5)	52 (60.5)
	Mô tả			
Tuổi	Median (IQR)	68 (55 – 75)	62 (55 – 71)	66 (55 – 74)

Đặc điểm lâm sàng của quần thể nghiên cứu

Trong tổng số 86 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tỉ lệ bệnh nhân có BMI thấp và rất thấp lần lượt là 14% (n = 12) và 5.8% (n = 5); bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng theo NRS-2002 chiếm tỉ lệ cao với 69.8% (n = 60), trong đó nhóm nguy cơ suy dinh dưỡng chiếm 31.4% (n = 27) và nhóm nguy cơ cao suy dinh dưỡng chiếm 38.4% (n = 33) và tỉ lệ bệnh nhân có nguy cơ mắc hội chứng nuôi ăn lại là khá cao với 64% (n = 55). Tổng số ngày nằm viện trung vị là 12.5 (7 – 18) ngày, số ngày nằm tại khoa SICU trung vị là 5 (3 – 12) ngày và số ngày thở máy trung vị là 1.5 (0 – 6.25) ngày. (Bảng 2, 2a, 2b).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của quần thể nghiên cứu

Đặc điểm	Phân loại	Có nguy cơ RFS, N (%)	Không nguy cơ RFS, N (%)
BMI (Kg/m ²)	≥ 18.5	38 (69.1)	31 (100)
	< 18.5	17 (30.9)	0 (0)
Tình trạng dinh dưỡng	NRS < 3đ (Không SDD)	12 (21.8)	14 (45.2)

	5đ > NRS ≥ 3đ (Nguy cơ SDD)	14 (25.5)	13 (41.9)
	NRS ≥ 5đ (Nguy cơ cao SDD)	29 (52.7)	4 (12.9)
	Có nguy cơ RFS		Không nguy cơ RFS
BMI (kg/m ²) – Mean (SD)	19.2 ± 2		20.5 ± 1.4
Điểm NRS - Median (IQR)	5 (3 – 6)		3 (2 – 3)

Bảng 2a. Tỷ lệ có nguy cơ hội chứng nuôi ăn lại

Đặc điểm	N, (n %)	
Nguy cơ RFS	Có	55 (64)
	Không	31 (36)

Bảng 2b. Tổng số ngày điều trị, số ngày nằm tại SICU, số ngày thở máy

Đặc điểm	Median (IQR)
Tổng số ngày nằm viện	12.5 (7 – 18)
Số ngày nằm tại SICU	5 (3 – 12)
Số ngày thở máy	1.5 (0 – 6.25)

Đặc điểm cận lâm sàng của quần thể nghiên cứu

Trong nghiên cứu này, giá trị trung bình của nồng độ Kali máu trung bình là 3.73 ± 0.84 mmol/L, đối với nồng độ Magie máu có trung vị (tứ phân vị) là 0.68 (0.50 – 0.81) mmol/L và nồng độ Phosphor máu có trung vị (tứ phân vị) là 0.98 (0.68 – 1.23) mmol/L (Bảng 3).

Bảng 3. Nồng độ các chất điện giải Kali, Magie, Phosphor trong quần thể nghiên cứu

Nồng độ điện giải	Có nguy cơ RFS	Không nguy cơ RFS	Tổng
Kali (mmol/L)	3.49 (± 0.78)	4.1 (± 0.8)	3.73 (±0.84)
Magie (mmol/L)	0.63 (0.46–0.75)	0.73 (0.66–0.92)	0.68 (0.50 – 0.81)
Phosphor (mmol/L)	0.87 (0.58–1.06)	1.13 (0.98–1.81)	0.98 (0.68 – 1.23)

Tác động của Hội chứng nuôi ăn lại lên kết cục điều trị:

- Đối với tỉ lệ tử vong, có sự khác biệt giữa nhóm có nguy cơ RFS và nhóm không có nguy cơ RFS và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P = 0.032$, $OR = 0.369$ (KTC 95%: 0.147 – 0.927). (Bảng 4)

- Đối với số ngày nằm tại khoa SICU và số ngày thở máy thì có nguy cơ RFS sẽ gây kéo dài thời gian thở máy và thời gian nằm tại khoa SICU lâu hơn so, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P lần lượt là 0.035 và 0.004 (đều < 0.05). (Bảng 5)

Bảng 4. Liên quan giữa nguy cơ RFS và tỷ lệ tử vong/bệnh nặng xin về

	Tử vong/nặng xin về (%)	Bệnh ổn (%)	Tổng cộng (%)	P OR (KTC 95%)
Có nguy cơ RFS	31 (56.4)	24 (43.6)	55 (100)	0.032 ^a 0.369 (0.147 – 0.927)
Không nguy cơ RFS	10 (32.3)	21 (67.7)	31 (100)	
Tổng cộng	41 (47.7)	45 (52.3)	86 (100)	

^a: Chi-square Test

Bảng 5. Liên quan giữa nguy cơ RFS và số ngày thở máy, số ngày nằm tại khoa SICU

Kết cục	Có nguy cơ RFS	Không nguy cơ RFS	P
Số ngày nằm SICU, Median (IQR)	6 (4 – 13)	4 (3 – 6)	0.004 ^b
Số ngày thở máy, Median (IQR)	3 (0 – 9)	0 (0 – 4)	0.035 ^b
Tổng số ngày nằm viện	13 (8 – 19)	12 (7 – 16)	0.106 ^b

^b: Mann-Whitney U Test

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm nhân chủng học, tỉ lệ nam giới trong nghiên cứu chiếm 39.5%, trong đó tỉ lệ nam giới có nguy cơ RFS là 41.8%, thấp hơn tương đối so với nghiên cứu của Natalie Friedli [8] là 59.6%. Đối với độ tuổi, độ tuổi trung vị của nhóm có RFS là 68 (55-75) và cũng không chênh lệch nhiều so với nghiên cứu của Natalie Friedli [8] là 73 (63 – 80), còn với độ tuổi trung vị của nhóm không có RFS là 62 (55 – 71), thấp hơn không đáng kể so với nghiên cứu của Minoru Yoshida [12] là 70 (52 – 80). Có thể thấy đa phần bệnh nhân có nguy cơ RFS thường lớn tuổi (>60), vì lớn tuổi có thể giảm cảm giác ngon miệng và thèm ăn cùng dẫn đến khẩu phần ăn không đạt về chất lượng và số lượng, gây nên tình trạng suy dinh dưỡng – là 1 yếu tố nguy cơ của RFS.

Về đặc điểm lâm sàng, tỉ lệ bệnh nhân có BMI thấp và rất thấp lần lượt là 14% ($n = 12$) và 5.8% ($n = 5$), trong đó BMI trung bình ở nhóm có nguy cơ RFS là $19.2 \pm 2 \text{ kg/m}^2$, tương đương so với nhóm RFS nguy cơ cao trong nghiên cứu của Minoru Yoshida [12] là $20.9 (18-24) \text{ kg/m}^2$ và cao hơn so với nghiên cứu của Emily Brodie [5] là $15.5 (14.1-17.3) \text{ kg/m}^2$. Điểm NRS ở nhóm có nguy cơ suy dinh dưỡng (3-4đ) chiếm tỉ lệ 25.5% và nhóm nguy cơ cao suy dinh dưỡng (≥ 5 đ) là 52.7%, tương đồng khi so với nghiên cứu của Julia Marchetti [7] là 55%, còn khi so với nghiên cứu của Natalie Friedli [8] thì nhóm nguy cơ suy dinh dưỡng (NRS 3-4đ) của tác giả này cao hơn đáng kể, với 62.5% và nhóm nguy cơ cao suy dinh dưỡng ($NRS \geq 5$ đ) chiếm tỉ lệ 37.6% thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt này có thể do mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi là các bệnh nhân nằm tại khoa Hồi sức Ngoại khoa mà hầu hết là các

bệnh nhân nặng và có tình trạng suy dinh dưỡng kéo dài nên điểm nguy cơ suy dinh dưỡng theo NRS sẽ cao hơn.

Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ RFS trong nghiên cứu của chúng tôi là 64%, cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Natalie Friedli [8] với 14.6% có RFS thực sự, cũng cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Surat Tongyoo [10] với 27.3% và của Emily Brodie [5] với 33% tiến triển thành RFS thực sự. Điều này có thể do điều kiện kinh tế thấp của quần thể nghiên cứu, khẩu phần ăn thiếu về số lượng hoặc đủ về số lượng nhưng thiếu chất lượng kéo dài dẫn đến nguy cơ mắc RFS trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều so với nghiên cứu ở các nước phát triển như của các tác giả trên.

Đối với tổng số ngày nằm viện thì trung vị (tứ phân vị) là 12.5 (7 – 18) ngày, thấp hơn so với nghiên cứu của Emily Brodie [5] là 35 (± 7.3) ngày, số ngày nằm tại khoa SICU trung vị là 5 (3 – 12) ngày và số ngày thở máy trung vị là 1.5 (0 – 6.25) ngày. Sự khác biệt về tổng số ngày nằm viện có thể do tình trạng quá tải bệnh viện, dẫn đến có thể cho bệnh nhân ra viện sớm hơn hoặc một phần do quần thể nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân nặng, có tỷ lệ tử vong/nặng xin về cao hơn so với quần thể nghiên cứu của tác giả Emily Brodie.

Về đặc điểm cận lâm sàng, giá trị trung bình của nồng độ Kali, Magie và Phosphor máu ở nhóm có nguy cơ RFS lần lượt là 3.49 (± 0.78) mmol/L, 0.62 (± 0.19) mmol/L và 0.86 (± 0.33) mmol/L. Giá trị trung bình nồng độ Kali và Magie máu của nhóm có nguy cơ RFS trong nghiên cứu này tương đương với nghiên cứu của Natalie Friedli [8], lần lượt là 3.46 (± 0.43) mmol/L và 0.67 (± 0.14) mmol/L. Điều này là phù hợp vì những bệnh nhân có nguy cơ RFS thường có giảm nồng độ ít nhất 1 trong 3 chất điện giải Kali, Magie, Phosphor trước khi nuôi ăn, theo tiêu chuẩn chẩn đoán nguy cơ hội chứng nuôi ăn lại của ASPEN 2020 [3].

Về kết cục điều trị, tuy không có sự khác biệt về tổng số ngày nằm viện giữa 2 nhóm có nguy cơ RFS và không nguy cơ RFS, lần lượt là 13 (8–19) và 12 (7–16), $P = 0.106$ (>0.05) nhưng có sự khác biệt giữa số ngày thở máy và số ngày nằm tại khoa SICU ở nhóm có nguy cơ RFS, lần lượt là 3 (0–9) và 6 (4–13) so với nhóm không có nguy cơ RFS, với P lần lượt là 0.035 và 0.004 (< 0.05), và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận tỷ lệ tử vong/nặng xin về ở nhóm có nguy cơ RFS với tỉ lệ 56.4%, cao hơn ở nhóm không có RFS là 32.3%, và sự khác biệt này cũng có ý nghĩa thống kê với $P = 0.032$ (< 0.05), (OR : 0.369, KTC 95%: 0.147–0.927), cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Natalie Friedli [8], với tử vong sau 180 ngày theo dõi ở nhóm có RFS là 29.8%, nhóm không có RFS là 21.9% và cũng tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi về sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ tử vong giữa 2 nhóm (OR hiệu chỉnh: 1.53, KTC 95%: 1.02–2.29, $P = 0.038$). Điều này là phù hợp về lâm sàng và cơ chế bệnh sinh của RFS trên bệnh nhân nặng vì RFS gây ra các rối loạn điện giải, dẫn đến các biến chứng như nhược cơ, đặc biệt là nhược cơ hô hấp, tăng giữ muối nước, thúc đẩy tình trạng suy tim,... Từ những biến chứng này dẫn đến tình trạng bệnh nhân nặng nề hơn, phải nằm điều trị tại khoa SICU lâu hơn, bên cạnh đó việc thiếu chế phẩm điều trị đặc hiệu như vitamin B1 đường tiêm cho những bệnh nhân chống chỉ định qua đường tiêu hóa hoặc thiếu Phosphor đường tiêm cũng góp phần làm tăng tỷ lệ tử vong trên nhóm bệnh nhân nguy cơ.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Dữ liệu trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy Hội chứng nuôi ăn lại là 1 hội chứng nguy hiểm, dễ bị bỏ qua nhưng lại có tác động xấu đến kết cục điều trị, tăng tỉ lệ tử vong và kéo dài thời gian điều trị, đặc biệt là kéo dài thời gian thở máy và thời gian nằm tại khoa bệnh nặng. Bên cạnh đó, việc thiếu chế phẩm điều trị (Vitamin B1 đường tiêm và Phosphor đường truyền) cũng là 1 vấn đề đáng được lưu tâm trong điều trị các biến chứng của hội chứng nuôi ăn lại. Cần sớm bổ sung chế phẩm điều trị cũng như chú trọng hơn đến Hội chứng nuôi ăn lại trong công tác điều trị, đặc biệt là trên các bệnh nhân nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế - Viện Dinh dưỡng. Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam, page 33-34.
2. Cục Thống kê tỉnh An Giang. Báo cáo số: 379/BC-CTK về tình hình kinh tế - xã hội tỉnh An Giang tháng 6 và 6 tháng năm 2023, ngày 26 tháng 06 năm 2023.
3. da Silva JSV, Seres D, Sabino K et al. ASPEN Consensus recommendations for refeeding syndrome. *Nutr Clin Pract* 2020; 35(2):178–195. <https://doi.org/10.1002/ncp.10474>
4. Dharam Persaud-Sharma, Sayoni Saha, Arvin W. Trippensee. Refeeding syndrome, In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan. Last update: 2022 Nov 7.
5. Emily Brodie et al. The incidence of refeeding syndrome and the nutrition management of severely malnourished inpatients with eating disorders: An observational study. *Int J Eat Disord*. 2024 Mar; 57(3):661-670. DOI: 10.1002/eat.24151.
6. Hisham Mehanna, Paul C Nankivell, Jamil Moledina, Jane Travis. Refeeding syndrome – awareness, prevention and management. *Head Neck Oncol*. 2009 Jan 26;1:4. DOI: 10.1186/1758-3284-1-4.
7. Julia Marchetti, Audrey Machado dos Reis, Amanda Forte dos Santos, Oellen Stuaní Franzosi, Vivian Cristine Luft, Thais Steemburgo. High nutritional risk is associated with unfavorable outcomes in patients admitted to an intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva* 2019; 31(3):326-332. DOI: 10.5935/0103-507X.20190041.
8. Natalie Friedli et al. Refeeding syndrome is associated with increased mortality in malnourished medical inpatients, Secondary analysis of a randomized trial. *Medicine* 2020; 99(1). DOI: 10.1097/MD.00000000000018506.
9. Singer M, Deutschman C.S., Seymour C.W. et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA* 2016; 315(8):801-810.
10. Surat Tongyoo et al. Prevalence, predictive factors, and outcomes of refeeding syndrome among medically critically ill patients: A retrospective cohort study. *Nutr Clin Pract* 2024 Jun 12. DOI: 10.1002/ncp.11160.
11. Valentino Ponzio, Marianna Pellegrini et al. The Refeeding Syndrome: a neglected but potentially serious condition for inpatients. A narrative review. *Internal and Emergency Medicine* 2021; 16:49–60.
12. Yoshida M et al. Association between Poor Outcomes and Risk of Refeeding Syndrome among Patients Urgently Admitted to the High Dependency Unit: A Single-Center Cohort Study in Japan. *Nutrients* 2024; 16:3287. <https://doi.org/10.3390/nu16193287>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ÁP XE THẬN VÀ ÁP XE QUANH THẬN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024

Trần Đức Anh, Trần Văn Quốc,
Nguyễn Trọng Tuệ, Bùi Duy Lễ

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của áp xe thận và áp xe quanh thận; Đánh giá kết quả điều trị của áp xe thận và áp xe quanh thận.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán áp xe thận và áp xe quanh thận điều trị tại khoa Ngoại thận tiết niệu Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 01/2024 đến 09/2024.

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu - tiến cứu, mô tả hàng loạt trường hợp. Gồm 44 trường hợp được chẩn đoán và điều trị hoại thư áp xe thận và áp xe quanh thận tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang tháng 01/2024 đến tháng 09/2024..

Kết quả: Tỷ lệ nam – nữ: 36,36% và 63,64%, độ tuổi trung bình $50,66 \pm 10,403$, thấp nhất là 31 và cao nhất 76, có trên 95%, đái tháo đường là yếu tố thuận lợi thường gặp nhất chiếm tỷ lệ cao nhất là 61,36%.

Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất của AXT và AXQT là sốt và đau hông lưng chiếm 84,09% và 81,82%, ấn đau hông lưng là triệu chứng thực thể thường gặp nhất chiếm tỷ lệ 86,4%, chụp điện toán cắt lớp có độ chính xác cao trong chẩn đoán AXT và AXQT chiếm 68,18%. E.coli là vi khuẩn thường gặp nhất trong mẫu cấy bệnh phẩm ở bệnh nhân áp xe thận và áp xe quanh thận chiếm 60,71%. Nhóm kháng sinh được sử dụng nhiều nhất là Amikacin (43,18%), tiếp theo là Ceftriaxone và Imipenem (36,36%), kể đến là Metronidazol (29,55%).

Tỷ lệ can thiệp ngoại khoa trong điều trị AXT và AXQT cao chiếm 82,05%, mổ mở để dẫn lưu ổ nhiễm khuẩn và giải quyết các yếu tố nguy cơ gây nhiễm khuẩn chiếm tỷ lệ 77,14%.

Kết luận: Can thiệp ngoại khoa để điều trị AXT và AXQT luôn chiếm tỷ lệ cao hơn giúp dẫn lưu ổ nhiễm khuẩn và phương pháp mổ mở để dẫn lưu và giải quyết các yếu tố nguy cơ chiếm ưu thế. AXT và AXQT khi có chỉ định can thiệp ngoại khoa, cần can thiệp sớm giúp giảm thời gian sử dụng kháng sinh và thời gian nằm viện, điều trị kháng sinh phù hợp góp phần giảm tỷ lệ tử vong của người bệnh.

Từ khóa: Áp xe thận, áp xe quanh thận, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND OUTCOMES OF RENAL AND PERINEPHRIC ABSCESES AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2024

ABSTRACT

Objective: Determining clinical and laboratory findings characteristics of renal abscesses, perinephric abscesses; Evaluating the results of the outcome of renal abscesses, perinephric abscesses at An Giang Central General Hospital in 2024.

Methods: Retrospective – prospective study, descriptive case series study, including 44 cases diagnosed and treated for renal abscess and perirenal abscess at An Giang Central General Hospital from January 2024 to September 2024.

Results: Male-female ratio was 36.36% and 63.64%, average age was 50.66 ± 10.403 with lowest value is 31 and highest age is 76, over 95%, diabetes is the most common predisposing factor accounting for the highest rate of 61,36%.

The most common functional symptoms of renal and perinephric abscesses are fever and flank pain, accounting for 84,09% and 81,82%, pressing on flank pain is the most common physical symptom with the rate of 86,4%, CT scan has high accuracy in diagnosing renal and

perinephric abscesses, with the percentage of 68,18%. *E.coli* is the most common bacteria in culture specimens in patients with renal abscess and perirenal abscess, accounting for 60,71%. The most commonly used antibiotic group is Amikacin (43,18%), followed by Ceftriaxone and Imipenem (36,36%), followed by Metronidazole (29,55%).

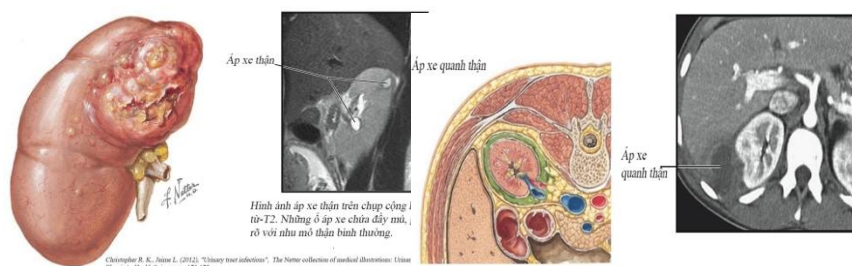
The rate of surgical intervention in the treatment of renal abscess and perirenal abscess is high with the rate of 82,05%, open surgery to drain the infected site and address risk factors for infection accounts for 77,14%.

Conclusion: Surgical intervention to treat renal abscess and perirenal abscess always accounts for a higher rate to help drain the infection and open surgery to drain and resolve the predominant risk factors. When surgical intervention is indicated for renal abscess and perirenal abscess, early intervention is needed to help reduce the duration of antibiotic use and hospital stay, appropriate antibiotic treatment contributes to reducing patient mortality.

Keywords: Renal abscesses, perinephric abscesses, An Giang central general hospital.

I- ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp xe là sự tích tụ và nung mủ bên trong mô, cơ quan hay một vùng của cơ thể. Áp xe có thể vi thể hoặc đại thể. Đa số các ổ áp xe là cấp tính nhưng có một số trường hợp là mạn tính. Áp xe thận là sự tích mủ trong nhu mô thận, là hậu quả của tình trạng nhiễm khuẩn trầm trọng dẫn đến hoá dịch của nhu mô thận, vùng bị tổn thương sau đó sẽ được bao lại, tạo thành áp xe. Áp xe quanh thận hay viêm tấy quanh thận là sự tích mủ ở khoang quanh thận, được bao bọc bên ngoài bởi cân Gerota (1).



Hình 1.1: Hình ảnh áp xe thận và áp xe quanh thận

Áp xe thận và áp xe quanh thận là những thể đặc biệt của nhiễm khuẩn ở thận, là hậu quả của tình trạng nhiễm khuẩn trong hoặc quanh thận. Bệnh xảy ra ở mọi lứa tuổi với các hình thái lâm sàng đa dạng. Tại Mỹ, tần suất của áp xe thận hoặc áp xe quanh thận dao động từ 0,9-13 trên mỗi 10000 trường hợp nhập viện hàng năm, với tỉ lệ tử vong 21- 56 % (2).

Việc chẩn đoán và điều trị áp xe thận và áp xe quanh thận vẫn còn là một thách thức không nhỏ đối với các bác sĩ do triệu chứng lâm sàng mờ nhạt và kém đặc hiệu. Chỉ 15-25% bệnh nhân được chẩn đoán chính xác ở thời điểm nhập viện (3). Chẩn đoán và xử trí chậm trễ sẽ đưa đến những biến chứng nặng nề cho người bệnh như áp xe dưới hoành, tràn mủ màng phổi, rò vào đường tiêu hoá, áp xe cơ thắt lưng chậu, vỡ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc nhiễm khuẩn thứ phát, hoặc nhiễm khuẩn huyết, nếu nhiễm khuẩn nặng có thể tiến triển đến suy thận và đòi hỏi phẫu thuật cắt bỏ một phần hoặc toàn bộ thận. Những biến chứng này có tiên lượng xấu và tỉ lệ tử vong cao. Vì thế vấn đề cấp thiết là làm sao để chẩn đoán sớm và chính xác áp xe thận cũng như áp xe quanh thận.

Điểm then chốt của điều trị áp xe thận và áp xe quanh thận là dẫn lưu có hiệu quả và kháng sinh trị liệu tối ưu. Điều trị kinh điển cho áp xe thận gồm phẫu thuật thám sát, dẫn lưu hoặc cắt thận (4). Tuy nhiên, với sự ra đời của điều trị ít xâm hại vào đầu những năm 1970, và xu hướng điều trị bảo tồn ngày càng phổ biến hơn nhờ vào sự tiến bộ trong kỹ thuật hình ảnh và kháng sinh thế hệ mới (5). Tuy nhiên vẫn còn tồn tại nhiều quan điểm điều trị khác nhau và hiện chưa có một phác đồ hướng dẫn điều trị thống nhất cho các bác sĩ lâm sàng.

Trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu về áp xe thận và áp xe quanh thận. Với những đặc thù riêng về vi khuẩn học của nước ta, nên các hướng dẫn thực hành kháng sinh của nước ngoài về nhiễm khuẩn tiết niệu không thể áp dụng trong mọi tình huống ở Việt Nam (6). Tại Việt Nam nói chung và An Giang nói riêng đã có những báo cáo riêng lẻ nhưng chưa có một báo cáo tổng kết. Bên cạnh đó sự ra đời của những thế hệ kháng sinh mới đã làm thay đổi về phổ vi khuẩn gây bệnh. Do đó cần thiết phải có nghiên cứu để giúp bác sĩ lâm sàng có định hướng trong việc điều trị, lựa chọn phương pháp điều trị, chọn lựa kháng sinh điều trị theo kinh nghiệm cho phù hợp cũng như tổng kết quá trình điều trị bệnh lý áp xe thận và áp xe quanh thận tại Khoa Ngoại thận – Tiết niệu trong năm 2024.

Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này với mục tiêu: *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị áp xe thận và áp xe quanh thận tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2024.*

I. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của áp xe thận và áp xe quanh thận
2. Đánh giá kết quả điều trị của áp xe thận và áp xe quanh thận.

II- ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Phương pháp nghiên cứu

Hồi cứu - tiền cứu, mô tả hàng loạt trường hợp.

2. Cỡ mẫu:

Do là nghiên cứu mô tả hàng loạt trường hợp nên không sử dụng công thức tính cỡ mẫu

3. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán áp xe thận và áp xe quanh thận điều trị tại khoa Ngoại thận tiết niệu Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 01/2024 đến 09/2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Áp xe thận và áp xe quanh thận được chẩn đoán dựa vào lâm sàng và hình ảnh học, hoặc chẩn đoán sau mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân được chẩn đoán áp xe cơ thắt lưng nguyên phát; Những bệnh nhân không thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán.

4. Địa điểm

Khoa Ngoại thận – Tiết niệu Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang

5. Cách tiến hành

Chọn bệnh thỏa tiêu chuẩn, Ghi nhận những biến số theo hồ sơ.

6. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22. Đo lường các biến: giới, tuổi, triệu chứng lâm sàng, hình ảnh học khối áp xe, kết quả cấy, tỉ lệ đề kháng kháng sinh, kết quả điều trị.

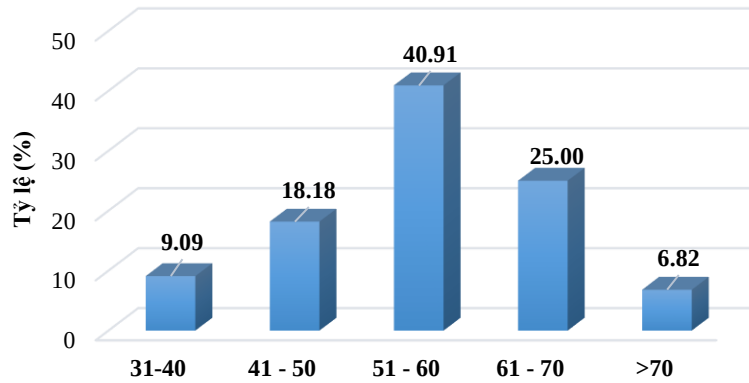
III- KẾT QUẢ - BÀN LUẬN

3.1. Một số đặc điểm chung

3.1.1 Tuổi

Độ tuổi trung bình là $50,66 \pm 10,403$ tuổi, nhỏ nhất là 31, lớn nhất là 76. Trong số 44 trường hợp (TH), nhóm tuổi từ 51 – 60 tuổi chiếm đa số (40,91%). Nhóm tuổi từ 31 – 40, 41 – 50, 61 – 70 và lớn hơn 70 tuổi lần lượt chiếm 9,09%, 18,18%, 25% và 6,82%.

Tỷ lệ phân bố nhóm tuổi (%)

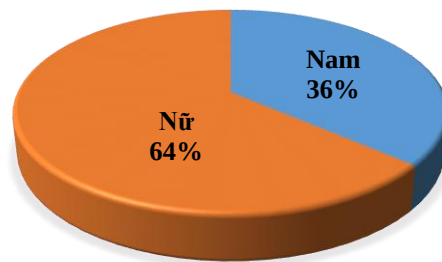


Biểu đồ 3.1: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Theo kết quả một số nghiên cứu gần đây, kết quả nghiên cứu này thấp hơn nghiên cứu của Lý Hoài Tâm (2016) với độ tuổi trung bình là 55,5 ± 15,8 tuổi (7).

3.1.2 Giới tính

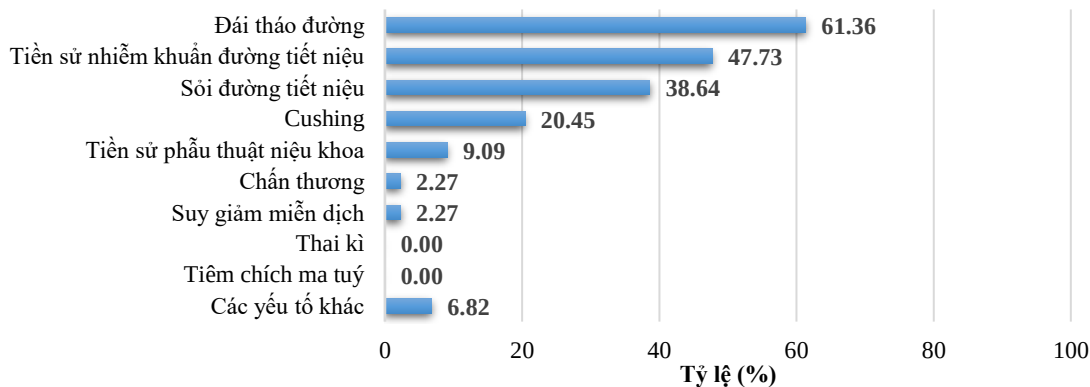
Có 16 nam và 28 nữ chiếm tỷ lệ lần lượt là 36,36% và 63,64% (N = 44). Tỷ lệ áp xe thận (AXT) và áp xe quanh thận (AXQT) ở nữ giới cao gấp 1,44 nam giới, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).



Biểu đồ 3.2: Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Theo nghiên cứu của Lý Hoài Tâm (2016) tỷ lệ nữ/nam là 1,7 (31 BN nam và 52 BN nữ) (7). Theo nghiên cứu của Shu và cs. (2003) cũng cho thấy tỉ lệ bệnh ở nữ (81%) cao hơn so với nam (19%) (8). Như vậy, ta thấy tỷ lệ áp xe thận (AXT) và áp xe quanh thận (AXQT) ở nữ giới trong các nghiên cứu luôn cao hơn tỷ lệ nam giới.

3.1.3 Các yếu tố thuận lợi



Biểu đồ 3.3: Phân bố bệnh nhân theo yếu tố thuận lợi

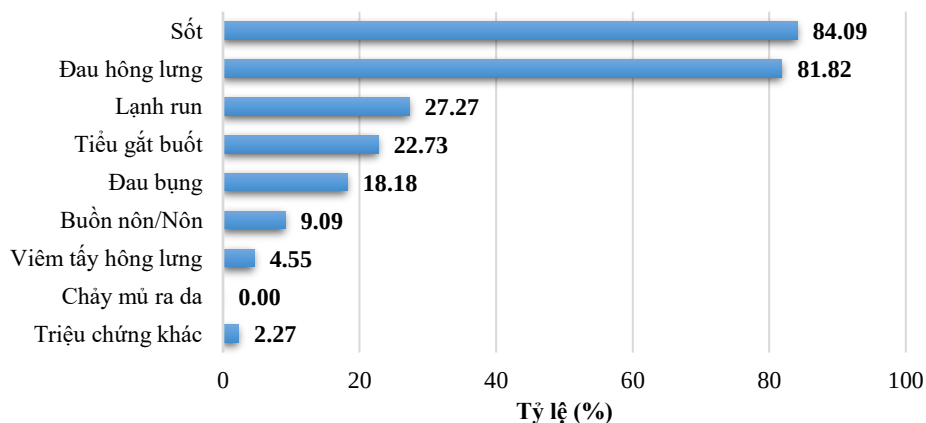
Đái tháo đường là yếu tố thuận lợi thường gặp nhất chiếm tỉ lệ cao nhất là 61,36%, tiền sử nhiễm khuẩn niệu và sỏi đường tiết niệu là hai yếu tố thuận lợi thường gặp chiếm tỉ lệ lần lượt là 47,73% và 38,64%, các yếu tố thuận lợi khác như: cushing, tiền sử phẫu thuật niệu khoa và một số yếu tố khác chiếm tỉ lệ lần lượt 20,45%; 9,09% và 6,82%. Tiền sử chấn thương, suy giảm miễn dịch ít gặp nhất, cùng chiếm tỉ lệ 2,27%. Nghiên cứu của Lý Hoài Tâm (2016) và nghiên cứu của Shu và cs. (2003) cũng cho thấy tỉ lệ bệnh lý đái tháo đường chiếm tỉ lệ cao nhất trong các yếu tố thuận lợi gây AXT và AXQT lần lượt là 62% và 47% (7 - 8).

Số bệnh nhân có 1 và 2 yếu tố thuận lợi thường gặp nhất chiếm tỉ lệ lần lượt là 34,09% và 29,55%, có 3 và 4 yếu tố chiếm tỷ lệ 22,73% và 6,82%, có 41/44 TH có từ một yếu tố thuận lợi trở lên (chiếm 93,18%), chỉ có 03 bệnh nhân không có yếu tố thuận lợi nào (chiếm 6,82%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

3.2.1 Triệu chứng cơ năng và triệu chứng thực thể

Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất của bệnh nhân AXT và AXQT là sốt và đau hông lưng chiếm 84,09% và 81,82%, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lee và cs. năm 2008 (9), lạnh run, tiểu gắt buốt và đau bụng chiếm tỉ lệ thấp hơn, lần lượt là 27,27%; 22,73% và 18,18%. Thời gian bệnh thường kéo dài từ 1-8 ngày trước khi nhập viện điều trị, đa số các trường hợp đến sớm khi nhập viện từ 1-3 ngày chiếm tỉ lệ 70,45%, tối đa là có triệu chứng đến khi nhập viện là 8 ngày (tỉ lệ 4-8 ngày) chiếm 29,55%.



Biểu đồ 3.4: Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng cơ năng

Ấn đau hông lưng là triệu chứng thực thể thường gặp nhất chiếm tỉ lệ 86,4%, tiếp theo là rung thận dương tính chiếm 38,6%

Bảng 3.1: Triệu chứng thực thể của AXT và AXQT

Triệu chứng	Số TH (n=44)	Tỉ lệ %
Ấn đau hông lưng	38	86,4
Rung thận (+)	17	38,6
Sờ thấy một khối vùng bụng/ hông lưng	2	4,5

3.2.2 Chỉ số bạch cầu, Neutrophil, CRP, lactate và Procalcitonin

Số lượng bạch cầu tăng có giá trị chẩn đoán chiếm 88,64%, phần trăm Neutrophil có giá trị chiếm 81,82%, có 39 trường hợp được thử CRP trong đó có 38 trường hợp tăng chiếm tỉ lệ 97,44%, có 12 trường hợp thử lactate máu trong đó có 10 trường hợp tăng chiếm tỉ lệ 83,33%. Qua kết quả cận lâm sàng cho thấy, đa số các bệnh nhân nhập viện trong tình trạng nhiễm khuẩn, có 10 trường hợp theo dõi nhiễm khuẩn huyết và 9 trường hợp được chẩn đoán theo dõi sốc nhiễm khuẩn.

Bảng 3.2: Chỉ số bạch cầu, Neutrophil, CRP, lactate và Procalcitonin

	Số TH			Tỷ lệ (%)		
Bạch cầu (x10/mm ³)	<10	>10	Tổng	<10	>10	Tổng
	5	39	44	11,36	88,64	100
NEU (BC/□L)	<75%	>75%	Tổng	<75%	>75%	Tổng
	8	36	44	18,18	81,82	100
CRP (mg/L)	<2,5	<2,5	Tổng	<2,5	<2,5	Tổng
	1	38	39	2,56	97,44	100
Lactate (mmol/L)	<2	>2	Tổng	<2	>2	Tổng
	2	10	12	16,67	83,33	100
Procalcitonin (ng/mL)	<0,25	>0,25	Tổng	<0,25	>0,25	Tổng
	1	9	10	10	90	100

Các trường hợp có triệu chứng đến khi nhập viện đa số đến muộn, phân tầng nguy cơ cao và cận lâm sàng tăng có giá trị chẩn đoán, điều này cho thấy tiếp nhận bệnh nhân đến khám và điều trị là 1 thách thức trong chẩn đoán, xử trí và điều trị kịp thời.

3.2.3 Các xét nghiệm hình ảnh học

Trong nghiên cứu hiện tại có 44/44 TH chỉ được siêu âm, 34/44 TH được chụp cắt lớp điện toán. Kết quả cho thấy chụp điện toán cắt lớp có độ chính xác cao trong chẩn đoán AXT và AXQT (68,18%). Siêu âm có giá trị chẩn đoán chính xác AXT và AXQT thấp hơn (34,09%). Các tác giả có cùng quan điểm rằng trong chẩn đoán AXT và AXQT, chụp cắt lớp điện toán là công cụ chẩn đoán tốt nhất giúp chẩn đoán xác định bệnh độ chính xác 38,1- 94,6% (7).

Bảng 3.3: Giá trị chẩn đoán AXT và AXQT của các xét nghiệm hình ảnh học

Xét nghiệm hình ảnh học	Chẩn đoán chính xác		Có thông tin chẩn đoán	
	Số TH	Số TH	Số TH	Tỉ lệ %
Siêu âm	15	34,09	22	50,00
Chụp cắt lớp điện toán	30	68,18	4	9,09

Thường gặp áp xe có kích thước lớn (>5cm), chiếm tỉ lệ 56,82. Kế đến là ổ áp xe có kích thước trung bình < 3 cm, chiếm 22,73%, ổ áp xe có kích thước từ 3 – 5 cm chiếm tỉ lệ 20,45%. AXT và AXQT gặp ở bên trái và bên phải với tỉ lệ lần lượt là 47,73% và 45,45%.

Bảng 3.4: Đặc điểm của AXT và AXQT trên xét nghiệm hình ảnh học

Đặc điểm	Số TH	Tỉ lệ %
Kích thước		
< 3 cm	10	22,73
3 – 5 cm	9	20,45
> 5 cm	25	56,82
Bên		
Bên trái	21	47,73

Bên phải	20	45,45
Cả 2 bên	3	6,82

Có 9/44 trường hợp AXT, chiếm tỉ lệ thấp nhất 20,45%. Có 15/44 TH áp xe hỗn hợp, chiếm tỉ lệ 34,09%. Áp xe quanh thận chiếm tỉ lệ cao nhất 45,45%.

Bảng 3.5: Vị trí ổ áp xe trên xét nghiệm hình ảnh học

Vị trí	Số TH	Tỉ lệ %
Thận	9	20,45
Quanh thận	20	45,45
Hỗn hợp	15	34,09

3.2.4. Cây nước tiểu, cây máu và cây mủ trước phẫu thuật

Có 29/44 TH được cấy nước tiểu với tỉ lệ dương tính trong khoảng 31,03%. Có 25/44 TH được cấy máu, tỉ lệ cấy máu dương tính trong nghiên cứu khoảng 32%. Có 23 trường hợp cấy mủ/dịch tiết trong đó có 19 trường hợp có kết quả dương tính chiếm 82,61%.

Bảng 3.6: Kết quả cấy bệnh phẩm trước phẫu thuật

Mẫu bệnh phẩm	Số TH	Tỉ lệ %	
		Âm tính	Dương tính
Nước tiểu	29	68,97	31,03
Máu	25	68,00	32,00
Mủ/dịch tiết	23	17,39	82,61
Đàn	1	100	0

So sánh với tỉ lệ nuôi cấy vi khuẩn (+) với một số tác giả khác cho thấy tỷ lệ cấy mủ cho tỷ lệ cao hơn tỷ lệ cấy máu và nước tiểu. Tỷ lệ cấy mủ (+) của nghiên cứu hiện tại cao hơn nghiên cứu của Shu và cs. (2004) và nghiên cứu của Lý Hoài Tâm (2016) lần lượt là 67% và 69%. Bên cạnh đó, tỉ lệ cấy máu và cấy nước tiểu trước mổ dương tính trong NC này tương đương với kết quả của Shu và cs. (2004) và thấp hơn nghiên cứu của Lý Hoài Tâm (2016).

3.3. Đặc điểm vi khuẩn trong AXT và AXQT

3.3.1 Tỉ lệ vi khuẩn

Trong nghiên cứu hiện tại, có 43 TH cấy tìm được tác nhân gây bệnh trong tổng số 44 TH. VK thường gặp nhất là VK gram âm, trong đó *E.coli* là vi khuẩn thường gặp nhất trong mẫu cấy bệnh phẩm ở bệnh nhân áp xe thận và áp xe quanh thận (chiếm tỉ lệ 60,71%).

Bảng 3.7: Tỉ lệ vi khuẩn với kết quả cấy dương tính

	Số TH	Tỷ lệ (%)
Vi khuẩn Gram âm		
<i>E.coli</i>	17	60,71
<i>Klebsiella</i> sp	5	17,86
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	3,57
<i>Citrobacter amalonaticus</i>	1	3,57
CPO	1	3,57
Vi khuẩn Gram dương		

<i>Staphylococcus aureus</i>	1	3,57
<i>Staphylococcus epidemidis</i>	1	3,57
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	1	3,57
Tổng	28	100

3.3.2 Tỷ lệ ESBL

Trong 44 TH được cấy, có 12 TH sinh ESBL dương tính chiếm 27,27%, tỉ lệ âm tính chiếm 72,73%.

Bảng 3.8: Tỷ lệ ESBL các nhóm bệnh nhân

Phân tầng nguy cơ	TH	Tỷ lệ (%)
Âm tính	32	72,73
Dương tính	12	27,27
Tổng	44	100

3.4. Kết quả điều trị

3.4.1 Thời gian chẩn đoán và phân nhóm nguy cơ

Trong 44 TH nghiên cứu, thời gian chẩn đoán AXT và AXQT dưới 5 ngày là 42 TH và 2 TH trên 5 ngày. Các TH đều được chẩn đoán sớm do các triệu chứng lâm sàng được gợi ý sớm trong khám chẩn đoán ban đầu và hội chẩn.

Phân tầng nguy cơ ở các bệnh nhân có bệnh lý AXT và AXQT, nhóm nguy cơ cao chiếm tỉ lệ 70,45%, nhóm trung bình chiếm tỉ lệ 29,55%. Đa số bệnh nhân với các yếu tố nguy cơ, bệnh lý nền kèm theo và tự điều trị tự trước đó khi triệu chứng diễn tiến nặng đến khi nhập viện chủ yếu thuộc nhóm nguy cơ cao.

Bảng 3.9: Phân tầng nguy cơ ở các nhóm bệnh nhân

Phân tầng nguy cơ	TH	Tỷ lệ (%)
Trung bình	13	29,55
Cao	31	70,45
Tổng	44	100

3.4.2 Điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm

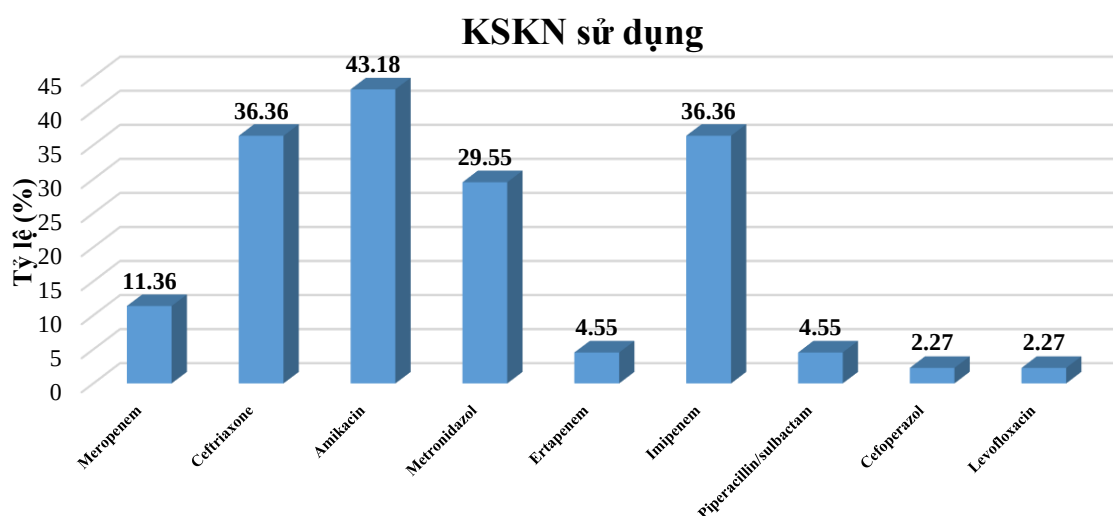
Trong 44 TH nhập viện có 09 TH sử dụng kháng sinh (KS) trước khi lấy mẫu cấy vi khuẩn.

Để điều trị AXT và AXQT trong nghiên cứu này, thường gặp nhất là sử dụng phối hợp hai nhóm KS để điều trị theo kinh nghiệm (chiếm tỉ lệ 54,55%), sử dụng một loại KS điều trị theo kinh nghiệm chiếm tỉ lệ cao thứ hai (20,45%). Tỉ lệ phải phối hợp từ 3 loại kháng sinh trở lên chiếm tỉ lệ 13,64%.

Bảng 3.10: Số lượng kháng sinh được sử dụng

Số loại KSKN	Số TH	Tỉ lệ %
0	5	11,36
1	9	20,45
2	24	54,55
3	6	13,64
Tổng	44	100

Nhóm kháng sinh được sử dụng nhiều nhất là Amikacin (43,18%), tiếp theo là Ceftriaxone và Imipenem (36,36%), kế đến là Metronidazol (29,55%), cuối cùng là Meropenem (11,36%), Ertapenem, Piperacillin/sulbactam (4,55%), Cefoperazol và Levofloxacin (2,27%).

**Biểu đồ 3.6: Các loại kháng sinh sử dụng điều trị theo kinh nghiệm**

3.4.3 Điều trị áp xe thận và áp xe quanh thận

Có 40/40 TH áp xe thận được điều trị nội khoa hoặc can thiệp ngoại khoa, trong đó tỷ lệ điều trị nội khoa chiếm 17,95%. Số TH cần can thiệp ngoại khoa chiếm tỉ lệ cao hơn 82,05%.

Bảng 3.11: Tỷ lệ can thiệp ngoại khoa và điều trị nội khoa

	Số TH	Tỉ lệ %
Chỉ điều trị nội khoa	7	17,95
Có can thiệp ngoại khoa	32	82,05
Tổng	39	100

So sánh với các nghiên cứu trước đó, tỷ lệ can thiệp ngoại khoa và điều trị nội khoa ở nghiên cứu của chúng tôi cũng cho tỉ lệ tương đồng với một số nghiên cứu của các tác giả trước đây, tỷ lệ can thiệp ngoại khoa để điều trị AXT và AXQT luôn chiếm tỉ lệ cao hơn giúp dẫn lưu ổ nhiễm khuẩn.

Bảng 3.12: So sánh tỉ lệ các phương pháp điều trị AXT và AXQT

Phương thức điều trị	Nghiên cứu hiện tại	Lee và cs (9)	Lý Hoài Tâm (7)
	n= 44	n=25	n=61
Điều trị nội khoa	17,95%	16%	21%
Can thiệp ngoại khoa	82,05%	84%	79%
Tổng	100%	100%	100%

3.4.4 Thời điểm can thiệp ngoại khoa và phương pháp vô cảm

Trong 32 TH có can thiệp ngoại khoa trong điều trị AXT và AXQT, có 18 TH được can thiệp ngoại khoa sau 24 giờ nhập viện, chiếm tỉ lệ 56,25%.

Bảng 3.13: Các phương pháp vô cảm

Phương pháp vô cảm	Số TH	Tỉ lệ %
Mê nội khí quản	28	87,50
Tiền mê/Tê tại chỗ	4	12,50
Tổng	32	100

Có 87,50% bệnh nhân được mê nội khí quản và 12,50% bệnh nhân được tiền mê hoặc tê tại chỗ. Kết quả này gần như tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Lý Hoài Tâm năm 2016 (7).

3.4.5 Các phương pháp điều trị ngoại khoa

Đa số các trường hợp AXT và AXQT phải mổ mở để dẫn lưu ổ nhiễm khuẩn và giải quyết các yếu tố nguy cơ gây nhiễm khuẩn chiếm tỉ lệ 77,14%, tỷ lệ được đặt JJ chiếm tỉ lệ thấp hơn 22,86%.

Bảng 3.14: Các phương pháp điều trị ngoại khoa

Điều trị ngoại khoa	Số TH	Tỉ lệ %
Đặt JJ	8	22,86
Mổ mở để dẫn lưu	27	77,14
Tổng	35	100

3.4.6 Kết quả điều trị

Trong 44 TH nghiên cứu, trường hợp AXT và AXQT đa số được trị khỏi, có 41/44 trường hợp được điều trị khỏi, chiếm 93,18%, 02/44 TH tử vong chiếm 4,55% và 01 TH chuyển tuyến chiếm 2,27%.

Bảng 3.15: Kết quả điều trị

Kết quả điều trị	Số TH	Tỉ lệ %
Sống sót	41	93,18
Tử vong	2	4,55

Chuyển tuyến	1	2,27
Tổng	44	100

IV- KẾT LUẬN

Kết luận: Đa số các bệnh nhân đến muộn, với các triệu chứng điển hình của AXT và AXQT với cận lâm sàng thể hiện rõ dấu hiệu nhiễm khuẩn. Trong 44 TH nghiên cứu với độ tuổi trung bình $50,66 \pm 10,403$, có trên 95%, đái tháo đường là yếu tố thuận lợi thường gặp nhất chiếm tỉ lệ cao nhất là 61,36%. Triệu chứng AXT và AXQT đa dạng, đau hông lưng và sốt là các triệu chứng thường gặp nhất. Siêu âm bụng và chụp cắt lớp điện toán là hai xét nghiệm hình ảnh quan trọng giúp chẩn đoán bệnh. Siêu âm là cận lâm sàng đầu tay. Chụp cắt lớp điện toán được thực hiện hầu hết những trường hợp nghi ngờ AXT và AXQT. Cây máu, cây nước tiểu và cấy mủ là ba xét nghiệm quan trọng giúp chẩn đoán tác nhân gây bệnh. VK thường gặp nhất là VK gram âm, trong đó *E.coli* là vi khuẩn thường gặp nhất.

Đa số bệnh nhân được chẩn đoán sớm trong vòng 24 giờ, nhưng thời gian can thiệp sau 24 giờ vì các vấn đề kèm theo dẫn đến thời gian can thiệp phù hợp là vấn đề đặt ra cho bác sĩ lâm sàng. Khi có chỉ định can thiệp ngoại khoa, cần can thiệp sớm giúp giảm thời gian sử dụng kháng sinh và thời gian nằm viện, thêm vào đó điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm phù hợp là yếu tố góp phần giảm tỉ lệ thất bại điều trị hoặc tử vong của người bệnh.

Kiến nghị: Sử dụng tuân thủ chặt chẽ Hướng dẫn điều trị của bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang, Nhiễm Khuẩn Đường Tiết Niệu của Hội Tiết Niệu-Thận Học Việt Nam, và kết quả vi sinh được báo cáo tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

Việc can thiệp sớm dẫn lưu áp xe cần được cân nhắc thực hiện sớm trong phác đồ phối hợp điều trị bao gồm kháng sinh liệu pháp + dẫn lưu ổ nhiễm khuẩn + điều trị bệnh lý kèm theo và nâng đỡ thể trạng.

Phổ biến kiến thức chẩn đoán bệnh lý áp xe thận và áp xe quanh thận, phân tầng nguy cơ, sử dụng kháng sinh ban đầu phù hợp ở các cơ sở y tế tuyến trước cũng như áp dụng cận lâm sàng tối ưu trong chẩn đoán và điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hội tiết niệu thận học Việt Nam (2021), "*Nhiễm khuẩn đường tiết niệu phức tạp*", Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu. tr 136-172.
- Grabe M, Bartoletti R, Cai T, et al. (2015), "Guidelines on urological infections.", *EAU Guidelines*, pp. 23-26.
- Saiki J., Vaziri N. D., Barton C. (1982), "Perinephric and intranephric abscesses: a review of the literature", *West J Med*, 136 (2), pp. 95-102.
- Wagenlehner F. M. E., Pilatz A., Weidner W., et al. (2015), "Urosepsis: Overview of the Diagnostic and Treatment Challenges", *Microbiology spectrum*, 3 (5).
- Anderson K. A., McAninch J. W. (1980), "Renal abscesses: classification and review of 40 cases", *Urology*, 16 (4), pp. 333-338.
- Alessandro F., Jeffrey R. B. (2016), "Kidney and renal pelvis", *Diagnostic Imaging Genitourinary*, Elsevier's Health Science, pp. 156-159
- Lý Hoài Tâm, Ngô Xuân Thái (2016), "*Chẩn đoán điều trị áp xe thận và áp xe quanh thận tại Bệnh viện Chợ Rẫy*", Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y dược Tp. HCM.
- Angel C., Shu T., Green J., et al. (2003), "Renal and peri-renal abscesses in children: proposed physio-pathologic mechanisms and treatment algorithm", *Pediatric surgery international*, 19 (1-2), pp. 35-39.
- Lee B. E., Seol H. Y., Kim T. K., et al. (2008), "Recent clinical overview of renal and perirenal abscesses in 56 consecutive cases", *The Korean journal of internal medicine*, 23 (3), pp. 140-148.
- Shu T., Green J. M., Orihuela E. (2004), "Renal and perirenal abscesses in patients with otherwise anatomically normal urinary tracts", *The Journal of Urology*, 172 (1), pp. 148-150.
- Nguyễn Minh Tiểu (2014), "*Kết quả chẩn đoán và điều trị nhiễm trùng huyết xuất phát từ đường tiết niệu*", Luận văn thạc sĩ y học, Trường đại học y dược TPHCM.
- Trần Lê Duy Anh, Ngô Xuân Thái (2015), "*Kết quả chẩn đoán nhiễm khuẩn đường tiết niệu do vi khuẩn tiết ESBL và hiệu quả kháng sinh liệu pháp tại khoa Tiết niệu Bệnh viện Nhân Dân Gia Định*", Trường đại học y dược TPHCM.
- Trần Quang Bính (2013), "*Hướng dẫn sử dụng kháng sinh Bệnh Viện Chợ Rẫy*", Chiến lược sử dụng kháng sinh và chương trình quản lý kháng sinh trong bệnh viện. tr 09-11.

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG VÔNG MẠC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 CÓ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI KHOA TIM MẠCH LÃO HỌC VÀ KHOA MẮT BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Lê Thị Thanh Trúc, Huỳnh Kim Bình,
Phạm Huỳnh Trung Hiếu, Trần Thị Đào

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu đặc điểm tổn thương võng mạc mắt và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có tăng huyết áp.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 94 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có tăng huyết áp đến khám và điều trị tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 1/2024 đến tháng 09/2024. Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân tổn thương võng mạc chiếm 18,1%; bệnh lý võng mạc không tăng sinh chiếm 7,5%, bệnh lý hoàng điểm chiếm 2,1%, bệnh lý võng mạc tiền tăng sinh 5,3% và bệnh lý võng mạc tăng sinh 3,2%. Nguy cơ tổn thương võng mạc mắt tăng cao hơn ở nữ so với nam; thời gian phát hiện đái tháo đường ≥ 10 năm; mức tăng huyết áp từ độ II trở lên với hệ số OR lần lượt là: 4,32; 6,25; 4,79. Bệnh nhân có nồng độ cholesterol $>5,2\text{mmol/L}$, nồng độ triglycerid $>1,88\text{mmol/L}$ có nguy cơ tổn thương võng mạc mắt cao hơn với hệ số OR lần lượt là: 3,97; 5,05. Bệnh nhân không tuân thủ điều trị có nguy cơ tổn thương võng mạc mắt lớn gấp 31,67 lần bệnh nhân tuân thủ điều trị. Kết luận: Tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương võng mạc mắt là 18,1%, nguy cơ tăng cao ở nhóm bệnh nhân nữ; thời gian phát hiện đái tháo đường ≥ 10 năm; tăng huyết áp độ II trở lên; cholesterol $>5,2\text{mmol/L}$, triglycerid $>1,88\text{mmol/L}$ và không tuân thủ điều trị.

Từ khóa: đái tháo đường típ 2, tăng huyết áp, tổn thương võng mạc mắt.

CHARACTERISTICS OF DIABETIC RETINOPATHY IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AND HYPERTENSION AT CARDIOLOGY- GERONTOLOGY AND OPHTHALMOLOGY DEPARTMENT IN AN GIANG GENERAL CENTER HOSPITAL

ABSTRACT

Objective: To study the characteristics of the diabetic retinopathy and some related factors in patients with type 2 diabetes and hypertension.

Subject and methods: A cross-sectional descriptive study on 94 patients with type 2 diabetes and hypertension to be examined and treated in An Giang genertal center hospital from January to September 2024.

Results: The percentage of patients with damage to the retina accounts for 18,1%, of which, 7,5% were non-proliferative retinopathy, 2,1% were macular disease, 5,3% were pre-proliferative retinopathy and 3,2% were proliferative retinopathy. The risk of retinal damage increased higher in women than in men; the OR coeffecient of subgroups, diabetic duration ≥ 10 years, hypertension with level II, III, were 4,32; 6,25; 4,79 respectively. Patients with total cholesterol $>5,2\text{mmol/L}$, triglyceride $>1,88\text{mmol/L}$ had higher risk of retinopathy with OR coefficient of 3,97; 5,05 respectively. Patients who were non-compliance with treatment had 31,67 times higher risk of retinopathy than those who complied with treatment.

Conclusion: The percentage of patients with retinopathy was 18,1%, the risk of retinopathy increased in patients with one of the following characteristics: female, duration of diabetes ≥ 10 years, hypertension with more than level II, cholesterol $>5,2\text{mmol/L}$, triglyceride $>1,88\text{mmol/L}$. and non-compliance with treatment.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, hypertension, retinopathy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) ảnh hưởng đến hơn 400 triệu người trên toàn thế giới và dự kiến sẽ ảnh hưởng lên 642 triệu người vào năm 2040. Tại Việt Nam, tỷ lệ người trưởng thành mắc bệnh ĐTĐ ngày càng tăng cao cùng với sự phát triển của kinh tế xã hội. Bệnh vồng mạc ĐTĐ (BVMĐTĐ) là một trong những biến chứng phổ biến nhất của bệnh ĐTĐ và là nguyên nhân gây mù lòa ở người lớn. Giai đoạn đầu của BVMĐTĐ được đặc trưng bởi tổn thương các vi mạch, xuất huyết chấm, đốm và xuất tiết. Ở giai đoạn sau, tân mạch vồng mạc và các biến chứng của nó là rõ ràng. Phù điểm vàng do ĐTĐ có thể xảy ra ở bất kỳ giai đoạn nào của BVMĐTĐ được gây ra bởi sự tăng tính thấm của mạch và dẫn đến rò rỉ protein và dịch tiết lipid trong điểm vàng. Cơ chế bệnh sinh của BVMĐTĐ phức tạp và có liên quan đến quá trình viêm mạn tính trong sinh lý bệnh của ĐTĐ. Các nghiên cứu đã chỉ ra biến chứng về BVMĐTĐ xuất hiện ở 1/3 số người mắc bệnh ĐTĐ týp 2 có thời gian trung bình là 9 năm tỷ lệ này tăng cao khi thời gian phát hiện bệnh càng dài, đến sau 20 năm bị bệnh thì 100% bệnh nhân bị BVMĐTĐ, vì vậy, cần sàng lọc BVMĐTĐ giúp phát hiện những bệnh nhân có nguy cơ tiến triển BVMĐTĐ sớm và can thiệp kịp thời. Hiện nay, các nghiên cứu về BVMĐTĐ tại Việt Nam còn hạn chế, đặc biệt trên bệnh nhân vừa mắc đái tháo đường và tăng huyết áp. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài: “Đặc điểm tổn thương vồng mạc đái tháo đường ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 có tăng huyết áp tại khoa Tim mạch Lão học và khoa Mắt bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang”. Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu cụ thể sau:

1. Tìm hiểu đặc điểm tổn thương vồng mạc mắt đái tháo đường ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 có tăng huyết áp.
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến bệnh vồng mạc đái tháo đường ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 có tăng huyết áp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm những bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường týp 2 và tăng huyết áp nhập khoa Tim mạch Lão học và khoa Mắt bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

** Tiêu chuẩn chọn mẫu*

Bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ týp 2 có tăng huyết áp tuổi từ 30 - 80 tuổi, được chụp đáy mắt không huỳnh quang cả 2 mắt để chẩn đoán bệnh lý vồng mạc. Các bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

** Tiêu chuẩn loại trừ*

Bệnh nhân đang có tình trạng bệnh nặng hoặc cấp tính: Hôn mê, tiền hôn mê, hạ glucose máu, lao, viêm phổi, HIV, viêm gan, suy thận nặng, thiếu máu nặng, có thai, tai biến mạch máu não, nhồi máu cơ tim, rối loạn đông máu, suy kiệt nặng, rối loạn tâm thần.

Bệnh nhân đã có bệnh lý vồng mạc mắt từ trước, glaucoma, phẫu thuật can thiệp mắt.

Bệnh nhân không hợp tác, không thu thập đủ chỉ tiêu nghiên cứu. 2

2. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả cắt ngang có phân tích

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ trong quần thể

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Với n: cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ nhất hợp lý.

Đối với khoảng tin cậy 95%, Z=1,96. d=0,1.

p: tỷ lệ bệnh vồng mạc đái tháo đường. Theo nghiên cứu Vũ Thanh Bình và cộng sự (2021) là 42,5%; p = 0,425. Cỡ mẫu tính toán được: n = 94. Và thực tế chúng tôi thu thập được 94 bệnh nhân.

- Cách chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Thu thập các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn, không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

* Nội dung nghiên cứu

- Khám lâm sàng: Hỏi thời gian phát hiện ĐTĐ, tiền sử bệnh lý...; thăm khám tổng quát các cơ quan: Hô hấp, tim mạch, tiêu hóa, thần kinh, tiết niệu... Cận lâm sàng và thăm dò chức năng: Các chỉ số sinh hóa máu cơ bản: Glucose máu, HbA1c và các xét nghiệm cơ bản khác.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ theo khuyến cáo của ADA (American Diabetes Association) năm 2021.

- Phân loại tăng huyết áp dựa vào tiêu chuẩn của Hội Tăng huyết áp và Tim mạch châu Âu (2021).

- Phân loại BMI (Body Mass Index) theo tiêu chuẩn phân loại của Hiệp hội ĐTĐ châu Á - Thái Bình Dương 2000.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán và phân loại tổn thương mắt: Tất cả các bệnh nhân được chụp đáy mắt không huỳnh quang, được thực hiện và đọc kết quả bởi bác sĩ chuyên khoa mắt. Đánh giá các giai đoạn của bệnh VMĐTĐ được phân loại theo ETDRS (Early Treatment Diabetic Retinopathy Study):

Bệnh lý võng mạc không tăng sinh: Tổn thương bao gồm: Phình mao mạch võng mạc, xuất huyết nhẹ, ứ đọng các chất tiết trong võng mạc.

Bệnh lý hoàng điểm do ĐTĐ: Bệnh lý hoàng điểm khu trú: Vùng rò rỉ giới hạn rõ kèm xuất tiết cứng; bệnh lý hoàng điểm lan tỏa: Phù hoàng điểm dạng nang; bệnh lý hoàng điểm thiếu máu cục bộ: Giảm thị lực kèm biểu hiện tương đối bình thường của hoàng điểm mặc dù có xuất huyết, xuất tiết nơi khác; bệnh lý hoàng điểm hỗn hợp phù hoàng điểm lan tỏa, thiếu máu cục bộ

Bệnh lý võng mạc ĐTĐ tiền tăng sinh: Tổn thương thiếu máu cục bộ, xuất huyết, xuất tiết.

Bệnh lý võng mạc ĐTĐ giai đoạn tăng sinh: Có sự tăng sinh các tân mạch bất thường, xuất huyết tái diễn liên tục, tổ chức hóa và co kéo võng mạc, tổn thương nặng võng mạc, rách hoặc bong võng mạc.

3. Xử lý và phân tích số liệu

- Các biến liên tục có phân phối chuẩn trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($X \pm SD$), các biến phân loại trình bày dưới dạng tần số quan sát, tỷ lệ phần trăm (n, %).

- Giá trị $p < 0,05$ được coi là khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Các số liệu được xử lý bằng các thuật toán thống kê với phần mềm SPSS 20.0

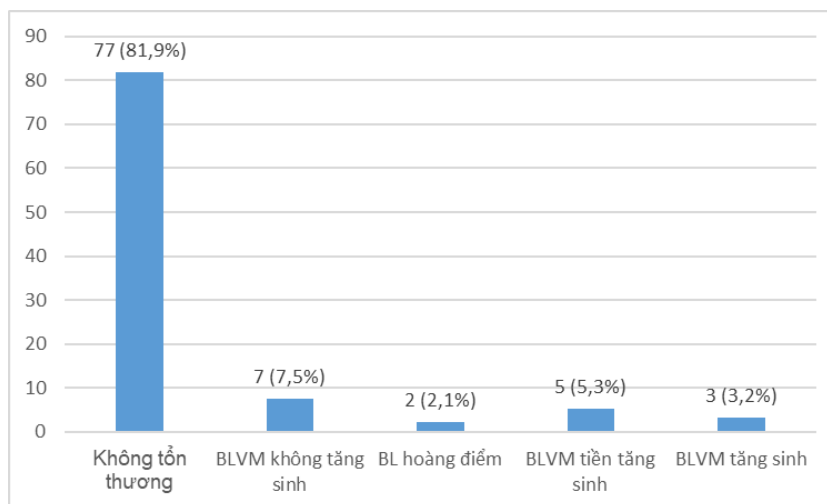
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi (năm) ($X \pm SD$) (n=94)	65,49 $\pm$ 9,18 (Lớn tuổi nhất: 90; Thấp tuổi nhất: 37)
Giới nữ (n, %)	54 (57,45%)
Tiền sử hút thuốc lá (n, %)	12 (12,8%)
Tiền sử rối loạn chuyển hóa lipid (n, %)	93 (98,9%)
BMI trung bình	23,7 $\pm$ 3,3
Glucose trung bình (mmol/L)	13,29 $\pm$ 7,73
HbA1C trung bình (%)	8,26 $\pm$ 1,78

Cholesterol trung bình (mmol/L)	4,75±1,51
Triglycerid trung bình (mmol/L)	1,27±0,39
HDL-C trung bình (mmol/L)	2,27±1,5
LDL-C trung bình (mmol/L)	2,34±1,15

Nhận xét: tuổi trung bình trong nghiên cứu là 65,49±9,18 tuổi. Lớn tuổi nhất là 90, thấp nhất là 37 tuổi. Phần lớn là nữ giới chiếm 57,45%. Hầu hết bệnh nhân có tiền sử rối loạn lipid máu chiếm 98,9%.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ tổn thương võng mạc ĐTĐ

Nhận xét: tỷ lệ không tổn thương võng mạc đái tháo đường chiếm cao nhất 81,9%. Kế đến là bệnh lý võng mạc không tăng sinh chiếm 7,5%. Thấp nhất là bệnh lý hoàng điểm chiếm 2,1%.

Bảng 2. Mối liên quan giữa bệnh lý VMDĐTĐ

Đặc điểm		Tổn thương võng mạc (n=17)	Không tổn thương võng mạc (n=77)	OR (95% CI)	p
Giới tính	Nữ	14 (25,9%)	40 (74,1%)	4,32 (1,15-16,24)	0,029 (Fisher's Exact)
	Nam	3 (7,5%)	37 (92,5%)		
Thời gian ĐTĐ	≥10 năm	15 (26,3%)	42 (73,7%)	6,25 (1,34-29,21)	0,013 (Fisher's Exact)
	<10 năm	2 (5,4%)	35 (94,6%)		
Tuân thủ điều trị	Không	5 (83,3%)	1 (16,7%)	31,67 (3,39-294,99)	0,001 (Fisher's Exact)
	Có	12 (13,6%)	76 (86,4%)		
BMI (kg/m ²)	≥23	11 (19,6%)	45 (80,4%)	1,3 (0,43-3,89)	0,634
	<23	6 (15,8%)	32 (84,2%)		
Tăng huyết áp	Độ II,III	14 (26,9%)	38 (73,1%)	4,79 (1,27-18)	0,016 (Fisher;s Exact)
	Độ I	3 (7,1%)	39 (92,9%)		
Glucose	≥7	15 (20%)	60 (80%)	2,13	0,509

(mmol/L)	<7	2 (10,5%)	17 (89,5%)	(0,44-10,22)	(Fisher's Exact)
HbA1C (%)	≥7	12 (17,1%)	58 (82,9%)	0,78	0,685
	<7	5 (20,8%)	19 (79,2%)	(0,25-2,52)	
Cholesterol (mmol/L)	>5,2	9 (34,6%)	17 (65,4%)	3,97	0,016
	≤5,2	8 (11,8%)	60 (88,2%)	(1,33-11,86)	
Triglycerid (mmol/L)	>1,88	14 (27,5%)	37 (72,5%)	5,05	0,014
	≤1,88	3 (7%)	(93%)	(1,34-18,97)	

Nhận xét: khi khảo sát các yếu tố liên quan đến tổn thương võng mạc trên bệnh nhân đái tháo đường có tăng huyết áp chúng tôi ghi nhận những bệnh nhân nữ giới, có thời gian mắc ĐTĐ ≥10 năm, không tuân thủ điều trị, tăng huyết áp độ II trở lên, cholesterol máu >5,2mmol/L và triglycerid máu >1,88mmol/L có khả năng tổn thương võng mạc cao hơn, tất cả các khác biệt đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu bệnh mắt 94 bệnh nhân ĐTĐ có tăng huyết áp tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, có độ tuổi trung bình $65,49 \pm 9,18$ tuổi cho thấy: Chỉ số BMI trung bình nhóm nghiên cứu là $23,7 \pm 3,3$ (Kg/m²). Kết quả nghiên cứu cho thấy có 98,9% bệnh nhân có tiền sử rối loạn lipid máu; kết quả này cao hơn nghiên cứu của Đỗ Đình Tùng cho thấy tỷ lệ tăng triglycerid máu là 40,8%, tỷ lệ tăng LDL máu là 14%. Tỷ lệ này tương đương với tỷ lệ rối loạn lipid máu Nguyễn Hương Thanh thực hiện năm 2010. Tại thời điểm nghiên cứu đa số các bệnh nhân có glucose máu $\geq 7,0$ mmol/L (79,8%). Có tới 70 bệnh nhân kiểm soát HbA1c kém (74,5%).

2. Một số yếu tố liên quan đến bệnh lý VMĐTĐ

Tỷ lệ không tổn thương võng mạc đái tháo đường chiếm cao nhất 81,9%. Kế đến là bệnh lý võng mạc không tăng sinh chiếm 7,5%. Thấp nhất là bệnh lý hoàng điểm chiếm 2,1%. Tỷ lệ không tổn thương VMĐTĐ cao hơn so với nghiên cứu của Vũ Thanh Bình và cộng sự (57,5%) có lẽ do đối tượng nghiên cứu khác nhau và bệnh nhân khi mắc nhiều bệnh đồng mắc như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu có xu hướng quan tâm đến vấn đề sức khỏe đi khám và điều trị tốt hơn.

Nhiều nghiên cứu đã xác nhận, tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ nói chung có bệnh võng mạc mắt dao động từ 20 - 30%. Người bị ĐTĐ có nguy cơ bị mù lòa nhiều gấp 10-20 lần so với người bình thường. Có nhiều yếu tố nguy cơ dẫn đến bệnh võng mạc do ĐTĐ như: Thời gian bị ĐTĐ, kiểm soát glucose máu kém, tăng huyết áp, biến chứng thần kinh ngoại vi... Hiện nay, có nhiều phương pháp chẩn đoán biến chứng BVMĐTĐ sớm và khá chính xác như chụp đáy mắt dưới màn hình tăng sáng huỳnh quang, chụp đáy mắt không huỳnh quang, chụp OCT, soi đáy mắt... Tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang là bệnh viện hạng I của tỉnh đã triển khai được kỹ thuật chụp đáy mắt không huỳnh quang (hình màu) trong chẩn đoán BVMĐTĐ nhằm phát hiện sớm các biến chứng võng mạc đặc biệt trên cơ địa mắc đái tháo đường và tăng huyết áp, do vậy, góp phần nâng cao trong việc chăm sóc sức khỏe nhân dân cho tỉnh nhà. Kết quả nghiên cứu này cho thấy, tỷ lệ có tổn thương võng mạc mắt chiếm 18,1%, trong đó bệnh lý võng mạc không tăng sinh chiếm 7,5%, bệnh lý võng mạc tiền tăng sinh 5,3% và bệnh lý võng mạc tăng sinh có 1 mắt chiếm 3,2%, có 2,1% số mắt bị bệnh lý hoàng điểm với biểu hiện chủ yếu là mất ánh trung tâm. Kết quả này phù hợp với các tài liệu y văn thế giới đã công bố cho thấy tại thời điểm mới chẩn đoán có 20-40% bệnh nhân ĐTĐ có bệnh võng mạc mắt do ĐTĐ. Kết quả nghiên cứu thấp hơn các tác giả Wang WQ (n = 474) thấy tỷ lệ BN có bệnh võng mạc ĐTĐ là 21,9%, Phạm Thị Hồng Hoa thấy tỷ lệ bệnh nhân có biến chứng mắt là 30,0%, trong đó bệnh võng mạc không tăng sinh chiếm 7,6%, bệnh võng mạc tăng sinh 5,2%. Võ Quang Hồng Điểm

thấy tỷ lệ tổn thương mắt là 37,6%. Sự khác biệt này có lẽ do đối tượng nghiên cứu của tác giả có thời gian phát hiện ĐTĐ khác nhau và cần quan tâm hơn nữa tới biến chứng mắt ở bệnh nhân ĐTĐ ở An Giang. Kết quả nghiên cứu này cho thấy, giới nữ có nguy cơ tổn thương cao võng mạc hơn nam giới. Theo Nguyễn Trọng Khải và Hejlesen, tỷ lệ phù điểm hoàng ở nữ chiếm ưu thế hơn. Nhiều tác giả đặt giả thiết vai trò của yếu tố giới trong việc thúc đẩy bệnh lý võng mạc ĐTĐ. Theo Hejlesen, vai trò của nữ dường như làm tăng thêm các tổn thương mắt, có thể là vai trò của hormone nữ. BVMĐTĐ tăng theo thời gian bị bệnh, theo Françoise khi mắc bệnh ĐTĐ dưới 5 năm tỷ lệ BVMĐTĐ là 10-20%, trên 15 năm ĐTĐ thì bệnh võng mạc ĐTĐ đã gặp 40-60% và sau 25 năm 100% BN bị BVMĐTĐ. Theo Helen Mosnier- Pudar khi bệnh ĐTĐ diễn biến 15 năm thì đa số bệnh nhân bị bệnh võng mạc ĐTĐ. Kết quả nghiên cứu này cũng cho thấy, nguy cơ tổn thương võng mạc ở người bị mắc ĐTĐ trên 10 năm cao hơn gấp 6,25 lần so với BN mắc ĐTĐ dưới 10 năm. Theo Nguyễn Trọng Khải, khả năng bệnh nhân mắc BVMĐTĐ tăng lên theo thời gian mắc ĐTĐ, nguy cơ mắc BVMĐTĐ tăng 1,76 lần ở bệnh nhân mắc ĐTĐ từ 5 - 10 năm và 8,78 lần với thời gian mắc trên 10 năm. Theo Emeily tỷ lệ này tương ứng là 1,25 lần (sau 5 năm); 1,6 lần (sau 10 năm) và nghiên cứu của Jack JK với nguy cơ là 6,43 lần (sau 15 năm). Bên cạnh đó, các bệnh nhân không tuân thủ điều trị có nguy cơ bị tổn thương võng mạc cao gấp 31,67 lần so với bệnh nhân tuân thủ nghiêm túc.

Các nghiên cứu cho thấy, có mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với nguy cơ mắc BVMĐTĐ, những người có tình trạng dinh dưỡng không tốt dẫn đến nguy cơ mắc BVMĐTĐ rất cao. Kết quả nghiên cứu này cho thấy những người có chỉ số BMI $\geq 23\text{Kg/m}^2$ có nguy cơ tổn thương võng mạc cao gấp 1,3 lần, tuy nhiên khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu khác cho thấy có mối liên quan giữa bệnh võng mạc mắt và các chỉ số BMI, vòng eo, vòng hông... Bệnh nhân có BMI $25\text{-}30\text{Kg/m}^2$ mắc bệnh võng mạc cao gấp đôi so với người có BMI $< 25\text{Kg/m}^2$. Tăng huyết áp cũng là một trong các yếu tố nguy cơ của sự phát triển và tiến triển của BVMĐTĐ, kết quả nghiên cứu này cho thấy, ở bệnh nhân có tăng huyết áp độ II trở lên nguy cơ tổn thương võng mạc cao gấp 4,79 lần so với bệnh nhân tăng huyết áp độ I hoặc tiền tăng huyết áp. Nghiên cứu của Nguyễn Trọng Khải cho kết quả là ở bệnh nhân tăng huyết áp thì tỷ lệ tổn thương võng mạc mắt tăng 1,57 lần.

Tiến triển tự nhiên của bệnh ĐTĐ cuối cùng cũng dẫn đến biến chứng, nhưng sự xuất hiện biến chứng sớm hay muộn còn tùy thuộc vào hiệu quả kiểm soát đa yếu tố, đặc biệt quan trọng nhất là glucose và HbA1c, như vậy, việc quản lý bệnh nhân ĐTĐ có kiểm soát đã giúp làm chậm tiến triển biến chứng mắt cho bệnh nhân. Bệnh nhân ĐTĐ tít 2 kiểm soát đường máu chưa đạt mục tiêu và HbA1c tăng cao có nguy cơ bị tổn thương võng mạc cao gấp 2,13 và 0,78 lần (tuy nhiên khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê). Nguyễn Trọng Khải (2018) thấy rằng bệnh nhân có mức đường máu $>9\text{mmol/L}$ có nguy cơ mắc bệnh tăng gấp đôi so với bệnh nhân giữ được mức đường máu bình thường, những bệnh nhân có tỷ lệ HbA1c thấp $\leq 7\%$ thường mắc phù hoàng điểm thể khu trú, nhẹ hơn so với nhóm có tỷ lệ HbA1c cao, Phan Văn Năm cũng có kết quả tương tự. Đồng thời, trong nghiên cứu này của chúng tôi cho thấy bệnh nhân ĐTĐ tít 2 có tăng nồng độ cholesterol máu có nguy cơ bị tổn thương võng mạc gấp 3,97 lần; tăng triglycerid máu nguy cơ tổn thương võng mạc mắt cao gấp 5,05 lần. Lipid máu đã được nhiều nghiên cứu đề cập và có tác động đến quá trình tiến triển và phát triển của bệnh võng mạc ĐTĐ. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng tăng lipid, triglycerid máu làm tăng nguy cơ bệnh lý võng mạc ĐTĐ, bệnh lý võng mạc ở người ĐTĐ tăng tịnh tiến với tăng tỷ lệ cholesterol, tăng triglycerid máu...

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 94 bệnh nhân đái tháo đường có tăng huyết áp tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Tỷ lệ bệnh nhân tổn thương võng mạc chiếm 18,1%; bệnh lý võng mạc không tăng sinh chiếm 7,5%; bệnh lý võng mạc tiền tăng sinh 5,3%; bệnh lý võng mạc tăng sinh 3,2% và bệnh lý hoàng điểm 2,1%.

- Nguy cơ tổn thương võng mạc cao hơn ở nữ so với nam; thời gian phát hiện ĐTĐ ≥ 10 năm cao hơn < 10 năm; không tuân thủ điều trị cao hơn tuân thủ điều trị với hệ số OR lần lượt là 4,32; 6,25; 31,67; tất cả các khác biệt đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.
- Những bệnh nhân có tăng huyết áp từ độ II trở lên, nồng độ cholesterol máu $> 5,2 \text{ mmol/L}$, nồng độ triglycerid $> 1,88 \text{ mmol/L}$ có nguy cơ tổn thương cao hơn với hệ số OR lần lượt là 4,79; 3,97; 5,05; tất cả các khác biệt đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Thanh Bình và cộng sự (2021), “Đặc điểm tổn thương võng mạc mắt đái tháo đường ở bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2 tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình”, Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, tr. 65-71.
2. Võ Quang Hồng Điềm (2011), “Khảo sát phù hoàng điểm trong bệnh lý võng mạc đái tháo đường bằng chụp cắt lớp võng mạc OCT”, Y học TP. Hồ Chí Minh, Tập 15, Số 2, tr. 107-112
3. Phạm Thị Hồng Hoa (2009), Nghiên cứu kết quả kiểm soát một số chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng, biến chứng ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 quản lý và điều trị ngoại trú, Luận án Tiến sỹ y học, Học viện Quân Y.
4. Nguyễn Trọng Khải (2018), Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ, lâm sàng bệnh võng mạc đái tháo đường và hiệu quả biện pháp can thiệp tại tỉnh Hà Nam, Luận án tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Phan Văn Năm (2012), “Bệnh lý võng mạc đái tháo đường”, Kỷ yếu hội nghị Nội tiết - ĐTĐ toàn quốc lần VI, quyển 2, ISSN 1859 - 4727 (7), tr. 86-93.
6. Đỗ Đình Tùng, Nguyễn Viết Thịnh (2023), “ Nghiên cứu mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, glucose, HbA1C với bệnh lý võng mạc mắt ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2”, Tạp chí Y học Việt Nam, tr. 360-363.
7. Emeily Y Chew (2000), “Pathophysiology of diabetes retinopathy”, Diabetes mellitus, Secon Edition: 890-897.
8. Hejlesen (2000), “Screening for diabetic retinopathy using computer based image analysis and statistical classification”, Virtual Centre for Health Informatic, Department of Medical informatic and image analisia Denmark, Medline: 333.
9. Kevin Shotliff and Grant Duncan (2005), “Diabetes and the Eye”, Diabetes in Practice, 1, pp. 1-19.
10. Omolase CO, Adekanle O, Owoeye JF et al (2010), “Diabetic retinopathy in a Nigerian community”, Singapore Med J, 51(1): 56-59.

ĐÁNH GIÁ BIẾN CỐ BẤT LỢI LIÊN QUAN ĐẾN LINEZOLID THÔNG QUA CHƯƠNG TRÌNH QUẢN LÝ KHÁNG SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Lâm Võ Hùng, Nguyễn Minh Loan,
Huỳnh Ngọc Hoàn Mỹ, Phan Huỳnh Kim Trang,

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: linezolid là kháng sinh dự trữ để điều trị các nhiễm khuẩn do vi khuẩn gram dương kháng thuốc.

Mục tiêu: phân tích thực trạng sử dụng linezolid và đánh giá sử dụng linezolid thông qua chương trình quản lý kháng sinh tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: hồi cứu và mô tả cắt ngang. Kết quả: 95 HSBA được đưa vào nghiên cứu, mức độ tiêu thụ linezolid ngày càng tăng dẫn đến gia tăng tương tác thuốc mức độ chống chỉ định và nghiêm trọng, xuất hiện nhiều biến cố bất lợi của linezolid như giảm tiểu cầu, nhiễm toan lactic.

Kết luận: cần xây dựng Hướng dẫn trong quản lý sử dụng linezolid tại bệnh viện và triển khai giám sát nồng độ vancomycin trong máu để bác sĩ cân nhắc chuyển sang sử dụng kháng sinh dự trữ linezolid khi không có đủ điều kiện tối ưu sử dụng vancomycin.

ABSTRACTS

Background: linezolid is a reserve antibiotic used to treat infections caused by drug-resistant gram-positive bacteria.

Objectives: analysis of the current status of linezolid use and evaluation of linezolid use through the antibiotic management program at An Giang Central General Hospital.

Methods and subjects: retrospective and cross-sectional.

Result: 95 medical records were selected in the study, increasing linezolid consumption has led to increased drug interactions of contraindications and majors, as well as the appearance of several side effects such as thrombocytopenia and lactic acidosis.

Conclusion: guidelines for the management of linezolid use in hospitals and implementation of therapeutic vancomycin monitoring are needed to doctor consider to switch to linezolid reserve antibiotics when optimal conditions for vancomycin use are not available.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Linezolid là một trong số ít các kháng sinh có phổ tác dụng trên các vi khuẩn Gram (+) kháng thuốc (Staphylococcus aureus kháng methicilin - MRSA, Enterococci kháng vancomycin) và được phân loại trong nhóm kháng sinh “dự trữ”. Nhiều nghiên cứu gần đây đã ghi nhận xu hướng tiêu thụ linezolid ngày càng tăng. Tình trạng này tiềm ẩn nguy cơ sử dụng kháng sinh không hợp lý làm gia tăng tỷ lệ đề kháng với linezolid và có thể gây ra phản ứng có hại (ADR) cho người bệnh. Phản ứng có hại đặc trưng của linezolid là ức chế tủy xương dẫn đến thiếu máu, giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu. Các phản ứng này được ghi nhận với tỷ lệ khá cao (giảm tiểu cầu từ 13 – 55%, thiếu máu 10 – 47%, giảm bạch cầu trung tính 3 – 6%) và thường được ghi nhận hơn trên bệnh nhân có suy giảm chức năng thận, sử dụng thuốc dài ngày và có số lượng tiểu cầu thấp tại thời điểm bắt đầu dùng thuốc. Bên cạnh đó nhiễm toan lactic là phản ứng có hại hiếm gặp nhưng nghiêm trọng liên quan đến linezolid, có thể dẫn tới hậu quả nghiêm trọng như suy đa tạng, tử vong. Đây là các phản ứng có hại có ý nghĩa trên lâm sàng, cần đánh giá lợi ích - nguy cơ liên quan khi sử dụng thuốc. Tuy nhiên, các phản ứng có hại này ít được ghi nhận do khó nhận biết, dễ nhầm lẫn với một số diễn tiến lâm sàng khác, phản ứng trên huyết học và toan lactic thường chỉ phát hiện được thông qua các xét nghiệm cận lâm sàng. Vì vậy hoạt động giám sát tích cực phản ứng có hại liên quan đến linezolid là hết sức cần thiết giúp kịp thời xử trí, giảm thiểu hậu quả và dự phòng ADR. Vì thế chúng tôi tiến hành đề tài với

mục tiêu phân tích thực trạng sử dụng linezolid và đánh giá sử dụng linezolid thông qua chương trình quản lý kháng sinh tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu và mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu và đối tượng nghiên cứu: Tất cả hồ sơ bệnh án của bệnh nhân điều trị nội trú được chỉ định linezolid có thời gian nhập viện từ ngày 01/07/2023 đến ngày 30/06/2024

Địa điểm: các khoa lâm sàng có chỉ định linezolid

Xử lý số liệu: Microsoft excel 2023

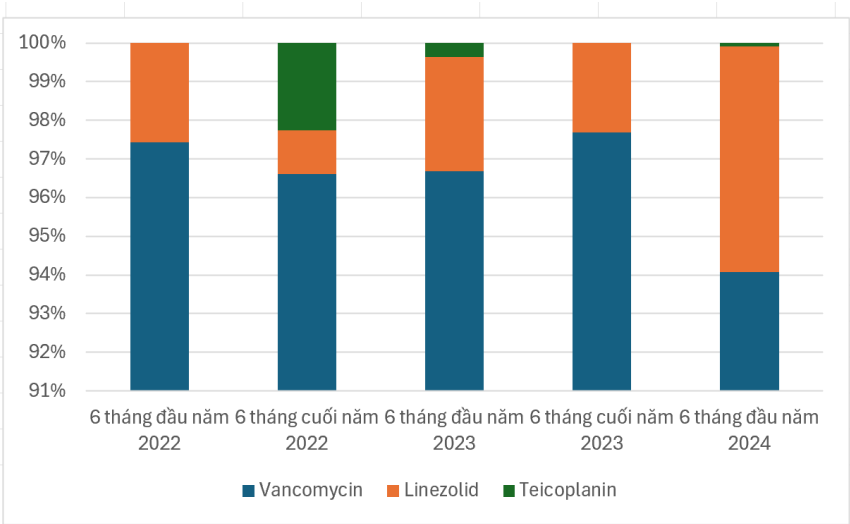
III. Kết quả nghiên cứu

Sau khi loại những HSBA không thỏa điều kiện nghiên cứu, kết quả thu được 95 HSBA đưa vào phân tích và đánh giá.

Bảng 1: Tổng số HSBA được chỉ định linezolid trong mẫu nghiên cứu

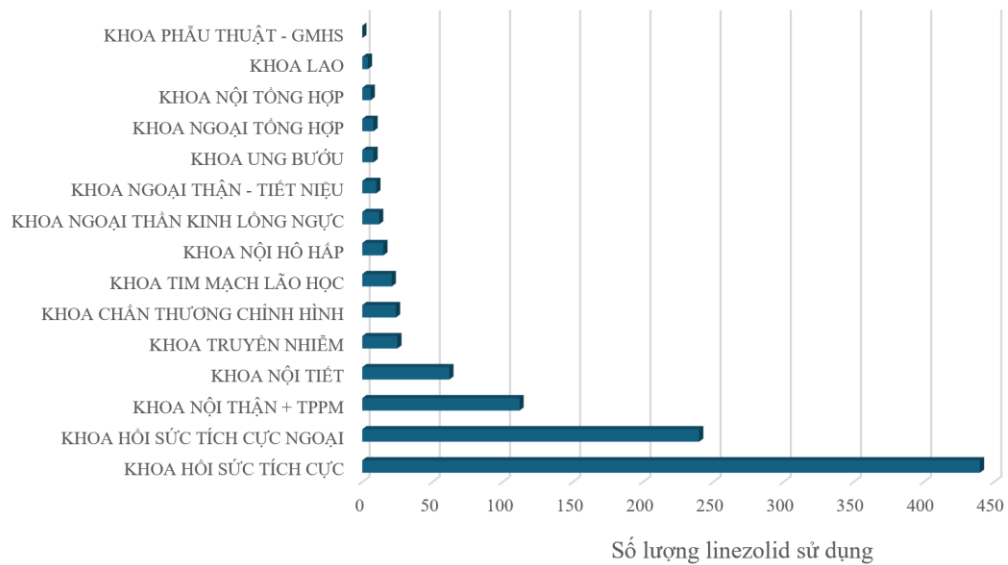
Khoa lâm sàng chỉ định	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Hồi sức tích cực	51	53.68
Hồi sức tích cực ngoại khoa	31	32.63
Nội tiết	6	6.32
Nội thận	3	3.16
Nhiễm	2	2.11
Chấn thương chỉnh hình	1	1.05
Tim mạch lão học	1	1.05
Tổng số HSBA giám sát	95	100.00

3.1 Phân tích thực trạng sử dụng linezolid tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang



Biểu đồ 1: Mức độ tiêu thụ kháng sinh điều trị MRSA trong giai đoạn 2022-2024

Nhận xét: vancomycin, teicoplanin, linezolid là các kháng sinh điều trị MRSA tại bệnh viện. Tổng lượng tiêu thụ linezolid tăng dần qua các năm, nhiều nhất là 6 tháng đầu năm 2024.



Biểu đồ 2: Mức độ tiêu thụ Linezolid tại các khoa lâm sàng

Nhận xét: về mức độ tiêu thụ, ba khoa lâm sàng sử dụng linezolid nhiều nhất lần lượt là hồi sức tích cực, hồi sức tích cực ngoại khoa, nội thận.

3.2 Phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh linezolid tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang

Bảng 2: Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị	Tỷ lệ (%)
Tuổi	62.5	
Giới tính		
Nam	51	53.68
Nữ	44	46.32
Bệnh mắc kèm		
Bệnh lý tim mạch	78	82.11
Bệnh lý nội tiết	31	32.63
Suy thận	26	27.37
Hội chứng Cushing	6	6.32
U ác tính (tử cung, gan, khí quản, phổi)	4	4.21
Suy gan	2	2.11
Rối loạn tâm thần	2	2.11
Rối loạn điện giải	1	1.05
Chức năng thận, CrCl (ml/phút)		
CrCl $\geq$ 60	36	37.89
$30 \leq$ CrCl < 60	22	23.16
CrCl < 30	37	38.95

Thời gian nằm viện	13.59	
Tình trạng ra viện		
Khỏi/đỡ giảm	30	31.58
Không thay đổi/nặng hơn	60	63.16
Chuyển viện/xin về	5	5.26
Chỉ định		
<i>Chỉ định theo trong tờ hướng dẫn sử dụng</i>		
Viêm phổi bệnh viện, viêm phổi cộng đồng	36	37.89
Nhiễm khuẩn da và mô mềm	29	30.53
<i>Chỉ định chưa đề cập trong tờ hướng dẫn sử dụng</i>		
Nhiễm khuẩn vết mổ	9	9.47
Nhiễm khuẩn đường ruột	8	8.42
Nhiễm khuẩn tiết niệu	7	7.37
Viêm màng não	5	5.26
Viêm nội tâm mạc	1	1.05
<i>Vị trí trong phác đồ</i>		
Ban đầu	81	85.26
Thay thế sau khi có KSD	6	6.32
Thay thế kháng sinh nhóm glycopeptid	8	8.42

Nhận xét: tuổi trung bình của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu là 62 tuổi, tỉ lệ nam cao hơn nữ. Bệnh lý mắc kèm nhiều nhất là bệnh lý tim mạch (82%), kế tiếp là bệnh lý nội tiết (32%) và suy thận (27%). Bệnh nhân suy thận (CrCl < 60) chiếm tỉ lệ cao (58%). Thời gian nằm viện trung bình 13 ngày. Tỉ lệ bệnh nhân khỏi/đỡ giảm 31%, bệnh nhân không thay đổi/nặng hơn với tỉ lệ 63% và 5% bệnh nhân chuyển viện/xin về. Chỉ định theo tờ hướng dẫn sử dụng chiếm tỉ lệ hơn 68% và 32% là chỉ định chưa đề cập trong tờ hướng dẫn sử dụng. Hơn 85% linezolid được chỉ định trong phác đồ ban đầu, 6% được chỉ định sau khi có kháng sinh đồ và 8% được chỉ định thay thế nhóm glycopeptid.

Bảng 3: Các loại phác đồ, liều dùng, cách dùng, thời gian sử dụng linezolid

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Loại phác đồ		
<i>Phác đồ đơn độc</i>	5	5.26
<i>Phác đồ phối hợp</i>		
Phối hợp 2 kháng sinh	64	67.37
Phối hợp 3 kháng sinh	26	27.37
Kháng sinh phối hợp		
Carbapenem	62	65.26
Cephalosporin thế hệ 3 + 4	15	15.79

Beta-lactam/chất ức chế beta-lactamase	8	8.42
Quinolon	3	3.16
Fosfomycin	1	1.05
Metronidazol	1	1.05
Liều dùng		
600mg mỗi 12 giờ	95	100.00
Đường dùng		
Truyền tĩnh mạch	95	100.00
Thời gian sử dụng Linezolid (ngày)		
T < 7	57	60.00
7 ≤ T ≤ 14	35	36.84
T > 14	3	3.16

Nhận xét: phác đồ phối hợp 2 kháng sinh được sử dụng nhiều nhất (67%), 27% là tỉ lệ phác đồ phối hợp 3 kháng sinh và linezolid được chỉ định phác đồ đơn độc với tỉ lệ 5%. Kháng sinh nhóm carbapenem được phối hợp với linezolid nhiều nhất với tỉ lệ hơn 65%, kế tiếp là kháng sinh nhóm cephalosporin thế hệ 3 và 4. Linezolid được chỉ định với liều dùng 600mg mỗi 12 giờ, truyền tĩnh mạch. Thời gian sử dụng linezolid dưới 7 ngày chiếm tỉ lệ cao (60%), 3% bệnh nhân được sử dụng trên 14 ngày.

Bảng 4: Tương tác thuốc bất lợi của linezolid

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ (%)
<i>Tương tác thuốc chống chỉ định (Theo QĐ 5948/QĐ-BYT)</i>		
Linezolid - Nefopam	1	1.05
Linezolid - Methyldopa	1	1.05
<i>Tương tác thuốc chống chỉ định có điều kiện (Theo QĐ 5948/QĐ-BYT)</i>		
Linezolid - Fentanyl	10	10.53
<i>Tương tác thuốc nghiêm trọng (Theo Drugs.com)</i>		
Linezolid - Noreadrenalin	39	41.05
Linezolid - Dobutamin	7	7.37
Linezolid - Adrenalin	2	2.11
Tổng số tương tác thuốc	60	63.16

Bảng 5: Biến cố bất lợi được ghi nhận trong quá trình điều trị

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tổng số bệnh nhân xuất hiện biến cố	37	38.95
<i>Giảm tiểu cầu (PLT < 75% so với trước khi sử dụng)</i>	32	33.68

BN suy thận nặng ($\text{CrCl} < 30$)	12	12.63
BN suy thận vừa ($30 \leq \text{CrCl} < 60$)	8	8.42
<i>Nhiễm toan lactic</i>	5	5.26
Số bệnh nhân không làm xét nghiệm huyết học	21	22.11

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện biến cố khi sử dụng linezolid tương đối cao, chiếm 38% số bệnh nhân, trong đó giảm tiểu cầu chiếm tỷ lệ 33%, tỷ lệ giảm tiểu cầu xuất hiện ở bệnh nhân suy thận nặng cao hơn bệnh nhân suy thận vừa. Có 5% bệnh nhân nhiễm toan lactic, đây là biến cố ít gặp trên lâm sàng nhưng có thể dẫn đến hậu quả nghiêm trọng như suy đa tạng, tử vong.

Bảng 6: Đánh giá sử dụng Linezolid

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ
Chỉ định		
Điều trị kinh nghiệm	81	85.26
Điều trị đích	14	14.74
Chỉ định không phù hợp	30	31.58
Không thỏa mãn điều kiện sử dụng linezolid thay thế kháng sinh nhóm glycopeptid (KSD nhạy Vancomycin)	4	4.21
Chức năng thận tốt ($\text{CrCl} > 60$ ml/phút)	25	26.32
Tiểu cầu ban đầu thấp (*)	1	1.05

(*) tiểu cầu ban đầu 33 K/uL

Nhận xét: Tỷ lệ chỉ định linezolid trong phác đồ điều trị kinh nghiệm khá cao, chiếm tỷ lệ 85% và 14% phác đồ được chỉ định sau khi có kháng sinh đồ. Có 31% bệnh nhân chỉ định linezolid không phù hợp, phần lớn chỉ định linezolid thay vì vancomycin khi chức năng thận tốt (26%), 4% bệnh nhân chỉ định linezolid khi kháng sinh đồ còn nhạy vancomycin và 1% chỉ định khi tiểu cầu ban đầu rất thấp (33 K/uL).

V. BÀN LUẬN

Trong giai đoạn 2022-2024, mức độ tiêu thụ linezolid tăng dần qua từng năm, cao nhất là 6 tháng đầu năm 2024, ba khoa có tỷ lệ sử dụng linezolid cao nhất là hồi sức tích cực, hồi sức tích cực ngoại khoa và nội thận. Do mô hình bệnh tật của hai khoa hồi sức là các nhiễm khuẩn nặng trên nhiều bệnh nền, đặc biệt là bệnh nhân suy thận có hoặc không có lọc máu. Tuy nhiên mức độ tiêu thụ linezolid gia tăng không tương ứng với tỷ lệ phân lập MRSA và mức độ tiêu thụ của vancomycin, teicoplanin, sự gia tăng tiêu thụ tương ứng với tỷ lệ sử dụng không phù hợp và tỷ lệ phân lập được các chủng đề kháng. Nghiên cứu của Bai (2019) đã chỉ ra rằng mức độ tiêu thụ linezolid cao sẽ tạo điều kiện phát triển đề kháng linezolid ở các chủng *Enterococcus* spp.

Độ tuổi trung bình bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu là 62 tuổi, tỷ lệ nam giới cao hơn nữ. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu đánh giá sử dụng linezolid tại 3 bệnh viện tại Pháp của tác giả Dentan (2017), trung vị tuổi là 66, dao động từ 53 - 78, nam giới chiếm 65%. Bệnh nhân có nhiều bệnh lý mắc kèm như bệnh lý tim mạch, nội tiết và hơn một nửa số bệnh nhân có suy giảm chức năng thận ($\text{CrCl} < 60$ ml/phút). Các giá trị này phản ánh bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi ở mức độ tương đối nặng. Những bệnh nhân này có thể là những đối tượng được ưu tiên chỉ định linezolid thay thế cho vancomycin do độc tính trên thận của vancomycin nhưng cũng là đối tượng có nguy cơ gặp tác dụng không mong muốn gây giảm tiểu cầu của linezolid. Phần lớn bệnh nhân ra viện với tình trạng không thay đổi/nặng hơn (63%)

cao hơn kết quả của nghiên cứu của Bệnh viện nhiệt đới trung ương (35%) vì bệnh nhân của chúng tôi chủ yếu là bệnh nhân nặng, nhiều can thiệp xâm lấn và ngoài nhiễm khuẩn do MRSA còn có nguy cơ nhiễm khuẩn các chủng gram âm đa kháng.

Về chỉ định, hơn 68% bệnh nhân được kê đơn theo chỉ định được đề cập trong tờ hướng dẫn sử dụng bao gồm viêm phổi bệnh viện, viêm phổi cộng đồng và nhiễm khuẩn da, mô mềm. Chỉ định theo các Hướng dẫn điều trị nhưng chưa đề cập trong tờ hướng dẫn sử dụng là 32%, trong đó là nhiễm trùng vết mổ (9%), nhiễm khuẩn đường ruột (8%), nhiễm khuẩn tiết niệu (7%), viêm màng não (5%) và viêm nội tâm mạc (1%). Linezolid được chỉ định trong phác đồ kinh nghiệm khá cao (85%), cao hơn kết quả nghiên cứu của Bệnh viện nhiệt đới trung ương (46%). Theo Quyết định 5631/QĐ-BYT ngày 31/12/2020 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện”, linezolid được xếp vào nhóm kháng sinh cần ưu tiên quản lý - nhóm kháng sinh dự trữ, là lựa chọn cuối cùng trong điều trị các nhiễm khuẩn nặng khi đã thất bại hoặc kém đáp ứng với các phác đồ kháng sinh trước đó. Do đó, linezolid không phải lựa chọn đầu tay trong điều trị nhiễm khuẩn do vi khuẩn Gram (+), mặc dù phổ tác dụng còn nhạy cảm với chủng vi sinh vật nghi ngờ hoặc xác định.

Linezolid chủ yếu được sử dụng trong phác đồ phối hợp với tỉ lệ trên 67%, tỉ lệ này cao hơn so với nghiên cứu Đoàn Thị Phương (2016), với tỷ lệ 41.5% và thấp hơn nghiên cứu của Bệnh viện Thanh Nhàn (2021), với tỷ lệ 100%. Điều này phù hợp với bệnh nhân trong nghiên cứu có thể nghi ngờ hoặc xác định mắc nhiễm trùng do nhiều căn nguyên vi sinh gây ra. Linezolid được sử dụng phối hợp với đa dạng các nhóm kháng sinh, trong đó nhiều nhất là phối hợp với kháng sinh nhóm carbapenem (65%), kết quả tương đồng với nghiên cứu ở Bệnh viện nhiệt đới trung ương (60%). Tất cả bệnh nhân đều được chỉ định liều 600mg mỗi 12 giờ, theo đường truyền tĩnh mạch phù hợp với khuyến cáo của nhà sản xuất. Thời gian sử dụng linezolid dưới 7 ngày chiếm tỉ lệ cao (60%), 36% bệnh nhân sử dụng từ 7 đến 14 ngày và 3% bệnh nhân được sử dụng trên 14 ngày. Thời gian điều trị bằng linezolid càng kéo dài thì nguy cơ xuất hiện các tác dụng không mong muốn của thuốc càng cao. Một số nghiên cứu cho thấy thời gian sử dụng linezolid ≥ 7 ngày làm tăng nguy cơ xuất hiện biến cố giảm tiểu cầu và thời gian sử dụng linezolid ≥ 9 ngày làm tăng nguy cơ xuất hiện biến cố nhiễm toan lactic trên bệnh nhân sử dụng linezolid. Do đó, việc sử dụng linezolid kéo dài cần được cân nhắc một cách thận trọng và cần giám sát chặt chẽ các tác dụng không mong muốn như giảm tiểu cầu, nhiễm toan lactic của thuốc.

Tỉ lệ bệnh nhân có tương tác chống chỉ định hoặc nghiêm trọng với linezolid khá cao (63%), tương đương với kết quả nghiên cứu của Bùi Thị Ngọc Thực (2021) (62.5%), có 2% bệnh nhân có tương tác chống chỉ định tuyệt đối là tương tác của linezolid với nefopam và methyldopa. Tỉ lệ bệnh nhân có tương tác chống chỉ định có điều kiện với fentanyl là 10%. Tương tác nghiêm trọng thường được ghi nhận với các thuốc vận mạch như noreadrenalin, dobutamin và adrenalin với tỷ lệ lần lượt là 41%, 7% và 2%. Như vậy, tỷ lệ bệnh nhân sử dụng linezolid có tương tác chống chỉ định có điều kiện hoặc ở mức độ nghiêm trọng tương đối phổ biến. Đối với những bệnh nhân này, cần theo dõi chặt chẽ huyết áp và các triệu chứng của hội chứng serotonin để có biện pháp xử trí kịp thời.

Tỉ lệ biến cố giảm tiểu cầu khi sử dụng linezolid tương đối cao (38%), cao hơn nghiên cứu của Cazavet (2020), Đoàn Thị Phương (2016), Bùi Thị Ngọc Thực (2021) ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân giảm tiểu cầu lần lượt là 13,8%; 25,4%; 14,5% thấp hơn kết quả của Dai Ying (2020) là 35.9%. Đây là biến cố huyết học điển hình của linezolid, thường gặp ở bệnh nhân suy giảm chức năng thận, lọc máu hoặc sử dụng linezolid dài ngày. Nhiễm toan lactic là một biến cố hiếm gặp nhưng có thể gây tử vong của linezolid, do đó cần cân nhắc lợi ích - nguy cơ của việc tiếp tục dùng linezolid trên những bệnh nhân xuất hiện biến cố này. Tỉ lệ ghi nhận biến cố nhiễm toan lactic là 5%, thấp hơn nghiên cứu của Bệnh viện nhiệt đới trung ương (11%).

Tỉ lệ bệnh nhân chỉ định linezolid không phù hợp khá cao (31%), trong đó 25% bệnh nhân được chỉ định khi chức năng thận còn tốt ($\text{CrCl} > 60 \text{ ml/phút}$), 4% chỉ định linezolid khi kháng sinh

đều còn nhạy vancomycin. Việc sử dụng linezolid không hợp lý dẫn tới gia tăng tình hình đề kháng thuốc và xuất hiện các biến cố bất lợi của thuốc.

VI. KẾT LUẬN

Sau khi nghiên cứu đánh giá biến cố bất lợi liên quan đến linezolid, chúng tôi nhận thấy mức độ tiêu thụ linezolid tăng dần qua các năm. Nhằm hạn chế sử dụng linezolid chưa phù hợp, chúng tôi kiến nghị cần xây dựng Hướng dẫn trong quản lý sử dụng linezolid tại bệnh viện và triển khai giám sát nồng độ vancomycin trong máu là rất cần thiết để bác sĩ cân nhắc chuyển sang sử dụng kháng sinh dự trữ linezolid khi không có đủ điều kiện tối ưu sử dụng vancomycin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2023), Dược thư quốc gia Việt Nam
- Bộ Y tế (2021), Hướng dẫn Quốc gia về Cảnh giác Dược
- Bộ Y tế (2021), “Danh mục tương tác thuốc chống chỉ định trong thực hành lâm sàng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh”, ban hành kèm theo Quyết định 5948/QĐ-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2021.
- Bộ Y tế (2020), "Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện", ban hành kèm theo Quyết định số 5631/QĐ-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2020.
- Khuất Thị Oanh (2023), Triển khai can thiệp quản lý sử dụng linezolid thông qua hoạt động dược lâm sàng tại Bệnh viện nhiệt đới Trung ương, Luận văn tốt nghiệp dược sĩ chuyên khoa II, Đại học dược Hà Nội.
- Trịnh Thị Thu Thủy (2023), Giám sát phản ứng có hại liên quan đến linezolid thông qua chương trình quản lý kháng sinh tại Bệnh viện Thanh Nhàn, Luận văn tốt nghiệp dược sĩ, Đại học dược Hà Nội.
- Bùi Thị Ngọc Thực Nguyễn Thị Tuyền, et al. (2021), "Phân tích thực trạng sử dụng linezolid tại Bệnh viện Bạch Mai", Tạp chí Nghiên cứu Dược và Thông tin thuốc, 6, pp. 201-208.
- Đặng Thị Lan Anh Võ Thị Thùy, et al. (2021), "Phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh linezolid tại Bệnh viện Thanh Nhàn", Journal of 108-Clinical Medicine and Pharmacy, pp.
- Dentan C, Forestier E, et al. (2017), "Assessment of linezolid prescriptions in three French hospitals", European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases, 36(7), pp. 1133-1141.
- Cossu AP, Musu Mario, et al. (2014), "Linezolid-induced thrombocytopenia in impaired renal function: is it time for a dose adjustment? A case report and review of literature", European journal of clinical pharmacology, 70, pp. 23-28.
- Gould Ian M, Cauda Roberto, et al. (2011), "Management of serious meticillin-resistant Staphylococcus aureus infections: what are the limits?", International journal of antimicrobial agents, 37(3), pp. 202-209.

ĐÁNH GIÁ CÔNG TÁC BÁO CÁO SỰ CỐ Y KHOA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024

*Phan Văn Bé, Nguyễn Kim Chi,
Trần Thị Tố Nữ, Trần Thị Kim Hoa*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Quản lý sự cố y khoa là hệ thống nhận diện, theo dõi, báo cáo và phân tích nguyên nhân xác định xu hướng, các tình huống xung quanh sự cố từ đó đưa ra các biện pháp phòng ngừa lặp lại sự cố. Việc thiết lập một hệ thống quản lý sự cố y khoa sẽ góp phần kiểm soát, phát hiện sớm và làm giảm các sự cố y khoa có thể ngăn ngừa được, hệ thống quản lý sự cố yếu kém sẽ là nguyên nhân gây gia tăng sự cố.

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá thực trạng và xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến quản lý sự cố y khoa tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 01- 9/2024 tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang trên đối tượng là nhân viên y tế đang làm việc tại bệnh viện nhằm mục tiêu xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động quản lý sự cố y khoa tại Bệnh viện.

Kết quả: bệnh viện ghi nhận 43 sự cố y khoa được báo cáo do nhân viên y tế tự nguyện báo cáo. Một số kết luận chính về thực trạng báo cáo sự cố y khoa trong nghiên cứu chúng tôi xin tóm tắt như sau: đa phần đối tượng thực hiện báo cáo là do điều dưỡng báo cáo, báo cáo tự nguyện 100%, thông tin cung cấp trong báo cáo sự cố phần lớn được mô tả ngắn gọn về sự cố theo mẫu báo cáo 100%. Có 90,25% nhân viên y tế có biết khái niệm về báo cáo sự cố y khoa, có 296 nhân viên y tế có thái độ tích cực về báo cáo sự cố y khoa chiếm 74%, đa số nhân viên y tế đồng ý cho rằng báo cáo sự cố y khoa sẽ giúp phòng tránh sự cố y khoa tốt hơn là 77,25%.

Kết luận: báo cáo sự cố y khoa được nhân viên y tế tại bệnh viện báo cáo theo hình thức tự nguyện, thông tin báo cáo chỉ được mô tả ngắn gọn và được ghi nhận đề ra biện pháp khắc phục tránh lặp lại sự cố. Tỷ lệ về kiến thức, thái độ liên quan đến hành vi báo cáo sự cố y khoa còn hạn chế.

SUMMARY

Introduction: Medical incident management is a system for identifying, monitoring, reporting, and analyzing causes to determine trends and situations surrounding incidents, thereby implementing preventive measures to avoid recurrence. Establishing a medical incident management system will contribute to controlling, early detection, and reducing preventable medical incidents; a weak incident management system will lead to an increase in incidents.

Objective: The study was conducted to assess the current situation and identify some factors affecting medical incident management at An Giang Central General Hospital.

Subjects and research methods: A cross-sectional descriptive study was conducted from January to September 2024 at An Giang Central General Hospital, focusing on healthcare staff working at the hospital to identify factors affecting medical incident management activities.

Results: The hospital recorded 43 medical incidents reported voluntarily by healthcare staff. Some key conclusions about the current state of medical incident reporting in our research are summarized as follows: the majority of reports were made by nurses, with 100% voluntary reporting. The information provided in the incident reports is mostly described briefly according to the reporting template, also at 100%. There are 90.25% of healthcare staff who are aware of the concept of medical incident reporting, and 296 healthcare staff have a positive attitude towards medical incident reporting, accounting for 74%. The majority of healthcare

staff agree that medical incident reporting will help prevent medical incidents better, at 77.25%.

Conclusion: Medical incident reports are voluntarily submitted by healthcare staff at the hospital, with the reported information being briefly described and recorded to propose corrective measures to prevent recurrence of the incident. The rate of knowledge and attitudes related to the behavior of reporting medical incidents is still limited.

I- ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự cố y khoa (SCYK) là những tình huống không mong muốn xảy ra trong quá trình chẩn đoán, chăm sóc và điều trị do các yếu tố khách quan và chủ quan, nhưng không phải do sự phát triển bệnh lý hoặc thể chất của người bệnh, hoặc ảnh hưởng đến sức khỏe của người bệnh.

Quản lý sự cố y khoa là hệ thống nhận diện, theo dõi, báo cáo và phân tích nguyên nhân xác định xu hướng, các tình huống xung quanh sự cố từ đó đưa ra các biện pháp phòng ngừa lặp lại sự cố. Việc thiết lập một hệ thống quản lý sự cố y khoa sẽ góp phần kiểm soát, phát hiện sớm và làm giảm các sự cố y khoa có thể ngăn ngừa được, hệ thống quản lý sự cố yếu kém sẽ là nguyên nhân gây gia tăng sự cố.

Xuất phát từ tình hình thực tế, với mục tiêu lấy người bệnh làm trung tâm, đảm bảo thực hiện tốt các vấn đề về an toàn người bệnh, hạn chế đến mức thấp nhất các sự cố có thể xảy ra, hướng đến sự hài lòng của người bệnh, đảm bảo an toàn cho nhân viên y tế, nâng cao chất lượng bệnh viện.

Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá công tác báo cáo sự cố y khoa năm 2024 tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang. Với các mục tiêu cụ thể như sau:

1. Đánh giá thực trạng công tác báo cáo sự cố y khoa tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2024.
2. Xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động quản lý sự cố y khoa tại Bệnh viện.

II- ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang

1. Đối tượng nghiên cứu

- Báo cáo tổng kết hoạt động báo cáo sự cố y khoa (BCSCYK) từ tháng 01/2024 đến tháng 09/2024 của Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

- Khảo sát ý kiến của cán bộ, nhân viên y tế có thâm niên công tác ≥ 2 năm bằng phiếu phỏng vấn 400 cán bộ, nhân viên có chuyên môn tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang (bao gồm bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên tại các khoa lâm sàng và cận lâm sàng)

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1 Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang

Thực trạng công tác báo cáo sự cố y khoa: Căn cứ báo cáo tổng kết sự cố y khoa từ tháng 01/2024 đến tháng 09/2024 sẽ tiến hành thu thập số liệu và đánh giá các chỉ số:

- (1) Nhận diện và khắc phục tức thời sự cố y khoa: Đặc điểm nhận diện sự cố y khoa (Phân loại sự cố ban đầu, Đối tượng phát hiện và báo cáo, đối tượng xảy ra sự cố); Thực trạng báo cáo S sự cố y khoa.
- (2) Đánh giá SCYK: Phân loại sự cố y khoa theo nhóm (Nhóm sự cố, nguyên nhân sự cố).
- (3) Xử lý sự cố: Thực trạng xử lý sự cố (Phân tích nguyên nhân gốc rễ; sự cố được công khai; Hình thức công khai sự cố).
- (4) Hoạt động theo dõi và giám sát (Sự cố lặp lại; Tiến hành theo dõi, giám sát theo các khuyến cáo; Báo cáo kết quả theo dõi và giám sát).

Xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động quản lý sự cố y khoa tại Bệnh viện: Nghiên cứu sử dụng bộ công cụ phát phiếu phỏng vấn nhân viên y tế dựa trên cơ sở hoạt động báo cáo

sự cố y khoa, nội dung quy định tại Thông tư 43/2018/TT-BYT và tài liệu đào tạo liên tục An toàn người bệnh (2015) của Bộ Y tế. Bao gồm các biến số thuộc các nhóm chỉ số:

(1) Thông tin chung của đối tượng;

(2) Các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động quản lý báo cáo sự cố y khoa:

- Yếu tố cá nhân (lo sợ trừng phạt, kiến thức, thái độ tích cực và chưa tích cực; khả năng tiếp cận thông tin).

- Yếu tố hệ thống: Đào tạo, mối quan hệ lãnh đạo và đồng nghiệp; quy trình, quy định, văn hóa xử lý sự cố, động viên khuyến khích).

Kiến thức của NVYT: được xác định là đúng khi trả lời theo những nội dung được quy định theo Thông tư 43/2018/TT-BYT và tài liệu đào tạo liên tục An toàn người bệnh (2015) của Bộ Y tế. Một người có kiến thức đúng:

+ Về định nghĩa sự cố là người biết được sự cố bao gồm tất cả các sự việc xảy ra khác với hoạt động bình thường trong bệnh viện;

+ Về đơn vị quản lý sự cố là người biết được phòng Quản lý chất lượng là đơn vị quản lý sự cố;

+ Người chịu trách nhiệm báo cáo sự cố của khoa, phòng là bất kỳ người nào biết về sự cố.

+ Biết được khi sự cố xảy ra phải viết báo cáo sự cố và gửi về phòng Quản lý chất lượng;

+ Biết được mục đích của báo cáo sự cố là tránh lặp lại sai sót tương tự ở cá nhân hoặc khoa, phòng khác.

Đánh giá về thái độ bằng thang điểm Likert với 05 mức độ. 1- Hoàn toàn không đồng ý, 2- Không đồng ý, 3- Bình thường, 4- Đồng ý, 5- Hoàn toàn đồng ý. Thái độ của nhân viên y tế được chia làm 2 mức độ: tích cực là đạt (mức 4, 5), chưa tích cực (mức 1, 2 và 3).

- Các chỉ số được tiến hành bằng cách khảo sát bằng phiếu, số liệu được dựa vào báo cáo tổng kết Sự cố y khoa tại Bệnh viện từ tháng 01/2024 đến tháng 09/2024.

2.2 Cỡ mẫu, chọn mẫu

- Các chỉ số thực trạng công tác báo cáo sự cố y khoa: số liệu được dựa vào báo cáo tổng kết Sự cố y khoa tại Bệnh viện năm 2024.

- Các chỉ số xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động quản lý sự cố y khoa, sẽ tiến hành khảo sát CBNVYT bằng phiếu. Áp dụng công thức:

Trong nghiên cứu này áp dụng công thức tính mẫu:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

- n là cỡ mẫu nghiên cứu.

- Chọn p = 0,3133 (Theo nghiên cứu của Phạm Quyết Thắng và CS tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Gia Lai năm 2021, p là tỉ lệ cán bộ nhân viên y tế có kiến thức đúng và tuân thủ việc thực hiện BCSCYK là 31,33%).

- Chọn sai số d là 0,05.

Vậy cỡ mẫu tối thiểu là 330 phiếu khảo sát. Tuy nhiên, để thuận tiện trong lấy mẫu, chúng tôi chọn cỡ mẫu 400 phiếu khảo sát.

2.3 Xử lý dữ liệu

Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel.

III. KẾT QUẢ

Đánh giá thực trạng công tác báo cáo sự cố y khoa tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang đánh giá các chỉ số

Nhận diện và khắc phục tức thời sự cố y khoa

Bảng 1. Đặc điểm nhận diện sự cố y khoa

Nội dung		Tần suất (n =43)	Tỉ lệ (%)
Phân loại sự cố ban đầu	Đã xảy ra	41	95,35
	Chưa xảy ra	2	4,65
Đối tượng phát hiện và báo cáo	Bác sĩ	0	0
	Dược sĩ	0	0
	Điều dưỡng, KTV	43	100
	NV Khác	0	0
Đối tượng xảy ra sự cố	Nhân viên y tế	12	27,9
	NB/ người nhà, khách đến thăm	4	9,3
	Trang thiết bị, cơ sở hạ tầng	27	62,8

Nhận xét: Có 43 sự cố y khoa được phát hiện và ghi nhận lại. Có 41 trường hợp sự cố ban đầu đã xảy ra (95,35%) và 02 trường hợp suýt xảy ra; Đối tượng phát hiện và báo cáo điều dưỡng và kỹ thuật viên (100%); Đối tượng xảy ra sự cố xảy ra là do trang thiết bị, cơ sở hạ tầng (62,8%), do nhân viên y tế (27,9%) và người bệnh, người nhà, khách đến thăm (9,3%).

Báo cáo sự cố y khoa

Bảng 2. Thực trạng báo cáo sự cố y khoa

Đặc điểm		Tần suất (n = 43)	Tỉ lệ (%)
Hình thức báo cáo sự cố	Tự nguyện	43	100
	Bắt buộc	0	0
Phương tiện báo cáo sự cố	Trực tiếp	0	0
	Qua email	0	0
	Qua điện thoại	0	0
	Qua phần mềm	43	100

Nhận xét: Báo cáo sự cố y khoa được các khoa phòng báo cáo theo hình thức tự nguyện (100%) và các báo cáo sự cố được thực hiện qua phần mềm (100%).

Đánh giá sự cố y khoa

Bảng 3. Phân loại sự cố theo nhóm sự cố

Phân loại sự cố		Tần suất (n =43)	Tỉ lệ (%)
Nhóm sự cố	Thực hiện quy trình kỹ thuật, thủ thuật chuyên môn	4	9,3
	Tai nạn đối với người bệnh		
	Thuốc và dịch truyền	2	4,65
	Thiết bị y tế	5	11,63
	Hạ tầng cơ sở	16	37,21
	Nhiễm khuẩn bệnh viện	1	2,33
	Hồ sơ, tài liệu, thủ tục hành chính	4	9,30
	Khác	11	25,58
Nguyên nhân sự cố	Sai sót do thực hành của nhân viên y tế	12	27,91
	Sai sót do thực hành của người bệnh	4	9,30
	Cơ sở vật chất, hạ tầng, trang thiết bị	27	62,79

Nhận xét: Phân loại theo nhóm sự cố, cao nhất là sự cố nhóm hạ tầng cơ sở với tỉ lệ 37,21% đã xảy ra, nhóm sự cố do thuốc và dịch truyền (4,65%) nhóm sự cố do tài liệu, thủ tục hành chính (9,3%) và thiết bị y tế (11,63 %); và 9,3% sự cố do thực hiện quy trình kỹ thuật, thủ thuật chuyên môn đã xảy ra; nhiễm khuẩn bệnh viện (2,33%).

Xử lý sự cố:

Bảng 4. Thực trạng xử lý sự cố

Đặc điểm		Tần suất (n = 43)	Tỉ lệ (%)
Phân tích nguyên nhân gốc rễ	Có	43	100
	Không	0	0
Sự cố được công khai	Được công khai	43	100
	Không được công khai	0	0
Hình thức công khai	Giao ban	0	0
	Bảng tin an toàn người bệnh	43	100
	Mạng nội bộ	43	100
	Website bệnh viện/ QLCL	43	100
	Hộp HD và mạng lưới QLCL	43	100

Nhận xét: Việc phân tích nguyên nhân gốc rễ, được thực hiện 100% với các sự cố đã báo cáo. Tất cả các sự cố đều được công khai tại Bệnh viện, qua các hình thức Bảng tin an toàn người bệnh, mạng nội bộ, Website bệnh viện và trong các buổi họp Hội đồng và mạng lưới quản lý chất lượng bệnh viện.

Theo dõi và giám sát:

Bảng 5. Hoạt động theo dõi và giám sát

Đặc điểm		Tần suất (n =43)	Tỉ lệ (%)
Sự cố lặp lại	Có	0	0
	Không	43	100
Tiến hành theo dõi, giám sát theo các khuyến cáo	Có	43	100
	Không	0	0
Báo cáo kết quả theo dõi và giám sát	Có	43	100
	Không	0	0

Nhận xét: Không có trường hợp lặp lại sự cố. Vấn đề báo cáo sự cố y khoa được tiến hành thường xuyên và giám sát, theo dõi chặt chẽ, với mục đích khắc phục triệt để các sự cố lặp lại.

Xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động quản lý sự cố y khoa tại Bệnh viện

Kiến thức về báo cáo sự cố y khoa của nhân viên y tế

Bảng 6. Kiến thức hệ thống về báo cáo sự cố y khoa

Nội dung	Biết		Chưa biết	
	N=400	Tỉ lệ (%)	N=400	Tỉ lệ (%)
Khái niệm SCYK	361	90,25	39	9,75
Được nghe về BCSCYK	352	88	48	12
Những văn bản pháp quy liên quan đến SCYK	332	83	68	17
Biết mục đích BCSCYK	344	86	56	14
Nơi nhận BCSCYK	269	67,25	127	31,75
Người chịu trách nhiệm BCSCYK	240	60	155	38,75

Nhận xét: Có 361 nhân viên y tế (90,25%) đã biết khái niệm về báo cáo sự cố y khoa. NVYT gần như đều đã được biết về BCSCYK (88%), số chưa biết về BCSCYK vẫn còn (12%). 86% NVYT cũng hiểu biết mục đích BCSCYK. Số NVYT chưa biết nơi nhận BCSCYK lên tới (31,75%).

Bảng 7. Kiến thức về tầm quan trọng của báo cáo sự cố y khoa đầy đủ

Nội dung	Kiến thức đúng		Kiến thức chưa đúng	
	N= 400	Tỉ lệ (%)	N= 400	Tỉ lệ (%)
Tầm quan trọng của BCSCYK đầy đủ, kịp thời	391	97,75	9	2,25
Sự đầy đủ của nội dung BCSCYK hiện nay	350	87,5	50	12,5

Nhận xét: Điều tra cho thấy 391 NVYT (97,75%) xác định được tầm quan trọng của việc báo cáo SCYK đầy đủ, kịp thời. 350 NVYT cho rằng báo cáo SCYT đã đầy đủ các nội dung báo cáo chiếm tỉ số cao (87,5%).

Thái độ của nhân viên y tế về sự cố y khoa và báo cáo sự cố

Thái độ của nhân viên về báo cáo sự cố y khoa: đối với đánh giá về thái độ chung về báo cáo sự cố y khoa cho thấy có 296 NVYT có thái độ tích cực về báo cáo sự cố y khoa chiếm 74% và 104 NVYT có thái độ chưa tích cực về báo cáo SCYK.

Bảng 8. Thái độ của nhân viên y tế về sự cố y khoa và báo cáo sự cố (N = 400)

Nội dung	Mức độ đánh giá				
	Hoàn toàn không đồng ý N (%)	Không đồng ý N (%)	Bình thường N (%)	Đồng ý N (%)	Hoàn toàn đồng ý N (%)
<i>Yếu tố cá nhân</i>					
BCSCYK giúp phòng tránh SCYK tốt hơn	0 (0)	0 (0)	72 (18)	19 (40,75)	309 (77,25)
BCSCYK giúp học tập kinh nghiệm giữa các đồng nghiệp tốt hơn	0 (0)	0 (0)	59 (14,75)	141 (32,25)	200 (50)
BCSCYK giúp cải thiện việc chăm sóc NB	0 (0)	0 (0)	69 (17,25)	147 (36,75)	184 (46)
BCSCYK không thay đổi được gì	262 (65,5)	138 (34,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Không cần quan tâm BCSCYK	242 (60,5)	158 (39,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
NVYT có trách nhiệm phải BCSCYK	0 (0)	0 (0)	100 (25)	98 (24,5)	202 (50,5)
Biểu mẫu phức tạp	0 (0)	0 (0)	178 (44,5)	171 (42,75)	51 (12,75)
Tâm lý e dè, lo sợ bị xử phạt	0 (0)	0 (0)	103 (25,75)	138 (34,5)	159 (39,75)
Áp lực về bệnh đông	0 (0)	0 (0)	70 (17,5)	155 (38,75)	175 (43,75)

Người báo cáo nhận thức chưa đầy đủ về BCSCYK	0 (0)	0 (0)	106 (26,5)	182 (45,5)	112 (28)
<i>Yếu tố hệ thống</i>					
Lãnh đạo cơ quan cần chỉ đạo BCSCYK	0 (0)	0 (0)	1 (0,25)	265 (66,25)	134 (33,5)
Lãnh đạo khoa còn che giấu, không tạo động lực cho nhân viên BCSCYK	35 (8,75)	68 (17)	98 (24,5)	119 (29,75)	80 (20)
Đào tạo, tập huấn đầy đủ, hiệu quả	0 (0)	0 (0)	179 (44,75)	160 (40)	61 (15,25)
Quy định, quy trình phù hợp	0 (0)	0 (0)	120 (30)	180 (45)	100 (25)
Sự phối hợp giữa các khoa, phòng	0 (0)	0 (0)	32 (8)	184 (46)	184 (46)
Phổ biến văn hoá không đổ lỗi	0 (0)	0 (0)	76 (19)	139 (34,75)	185 (46,25)
Động viên khuyến khích BCSCYK (có quy định về khen thưởng việc chủ động báo cáo)	0 (0)	0 (0)	59 (14,75)	191 (47,75)	150 (37,5)

Nhận xét: Đa số NVYT đồng ý cho rằng báo cáo SCYK sẽ giúp phòng tránh sự cố y khoa tốt hơn là 77,25%. Khoảng 65,5% đều không đồng tình khi cho rằng báo cáo sự cố y khoa không thay đổi gì, hơn 60,5% không cần quan tâm báo cáo sự cố y khoa, về nhận định biểu mẫu báo cáo đều đồng tình cho rằng còn phức tạp 12,75%.

Có 185 (46,25%) ý kiến đồng tình yếu tố văn hoá không đổ lỗi là một trong những nguyên nhân làm ảnh hưởng đến công tác báo cáo sự cố y khoa. Các ý kiến về vấn đề động viên khen thưởng đạt tỉ lệ cao (85,25%), rất đồng tình với các hình thức khen thưởng các khoa, phòng báo cáo sự cố y khoa mà Bệnh viện đã thực hiện.

VI- BÀN LUẬN

Trong năm 2024, bệnh viện đã ghi nhận 43 sự cố và đối tượng phát hiện và báo cáo (100%) điều dưỡng và kỹ thuật viên; Đối tượng xảy ra các sự cố là do trang thiết bị, cơ sở hạ tầng (62,8%), do nhân viên y tế (27,9%), do người bệnh, người nhà, khách đến thăm (9,3%). Báo cáo sự cố y khoa được các khoa phòng báo cáo theo hình thức tự nguyện (100%) và được thực hiện qua phần mềm (100%).

Phân loại theo nhóm sự cố, cao nhất là sự cố nhóm hạ tầng cơ sở với tỉ lệ 37,21% đã xảy ra, nhóm sự cố do thuốc và dịch truyền (4,65%) nhóm sự cố do tài liệu, thủ tục hành chính (9,3%) và thiết bị y tế (11,63 %); và 9,3% sự cố do thực hiện quy trình kỹ thuật, thủ thuật chuyên môn đã xảy ra; nhiễm khuẩn bệnh viện (2,33%). Thực trạng xử lý sự cố 100% được phân tích nguyên nhân gốc rễ, sự cố được công khai minh bạch, hình thức công khai theo mạng nội bộ. Sự cố không có lặp lại và được tiến hành theo dõi giám sát theo các khuyến cáo và báo cáo kết quả theo dõi giám sát (100%).

Một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động quản lý sự cố y khoa tại bệnh viện có 361 nhân viên y tế (90,25%) đã biết khái niệm về báo cáo sự cố y khoa. NVYT gần như đều đã được biết về báo cáo SCYK (88%), số chưa biết về báo cáo SCYK vẫn còn (12%). 86% NVYT cũng hiểu biết mục đích báo cáo SCYK. Số NVYT chưa biết nơi nhận báo cáo SCYK lên tới (31,75%). Điều tra cho thấy 391 NVYT (97,75%) xác định được tầm quan trọng của việc báo cáo SCYK

đầy đủ, kịp thời. 350 NVYT cho rằng báo cáo SCYT đã đầy đủ các nội dung báo cáo chiếm tỉ số cao (87,5%).

Thái độ của nhân viên về báo cáo sự cố y khoa: đối với đánh giá về thái độ chung về báo cáo sự cố y khoa cho thấy có 296 NVYT có thái độ tích cực về báo cáo sự cố y khoa chiếm 74% và 104 NVYT có thái độ chưa tích cực về báo cáo SCYK chiếm 26%. Đa số NVYT đồng ý cho rằng báo cáo SCYK sẽ giúp phòng tránh sự cố y khoa tốt hơn là 77,25%. Hơn 65,5% đều không đồng tình khi cho rằng báo cáo sự cố y khoa không thay đổi gì, hơn 60,5% đều không đồng tình việc không cần quan tâm báo cáo sự cố y khoa, về nhận định biểu mẫu báo cáo đều đồng tình cho rằng còn phức tạp 12,75%.

Có 185 (46,25%) ý kiến đồng tình yếu tố văn hoá không đổ lỗi là một trong những nguyên nhân làm ảnh hưởng đến công tác báo cáo sự cố y khoa. Do vậy cần tăng cường công tác tập huấn, tuyên truyền văn hoá an toàn người bệnh, nâng cao nhận thức, thay đổi tư duy về cách nhìn và để công tác báo cáo sự cố y khoa ngày hiệu quả hơn. Vẫn còn 59 (14,75%) chưa hoàn toàn đồng ý với các hình thức khen thưởng các khoa báo cáo sự cố y khoa.

Các ý kiến về vấn đề động viên khen thưởng đạt tỉ lệ cao (85,25%), rất đồng tình với các hình thức khen thưởng các khoa, phòng báo cáo sự cố y khoa mà Bệnh viện đã thực hiện. Bệnh viện đã thực hiện được việc khen thưởng, khuyến khích sự chủ động báo cáo sự cố cho các cá nhân và đơn vị, đặc biệt là sự phối hợp của các khoa, phòng trong thực hiện quản lý việc báo cáo và khắc phục kịp thời các sự cố, nhằm đảm bảo thực hiện tốt an toàn cho người bệnh, nâng cao chất lượng của Bệnh viện.

V-KẾT LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu bệnh viện ghi nhận 43 sự cố y khoa được báo cáo do nhân viên y tế tự nguyện báo cáo. Một số kết luận chính về thực trạng báo cáo sự cố y khoa trong nghiên cứu chúng tôi xin tóm tắt như sau: đa phần đối tượng thực hiện báo cáo là do điều dưỡng báo cáo, báo cáo tự nguyện 100%. Thông tin cung cấp trong báo cáo sự cố phần lớn được mô tả ngắn gọn về sự cố theo mẫu báo cáo 100%.

Có 90,25% NVYT có biết khái niệm về báo cáo sự cố y khoa, có 296 NVYT có thái độ tích cực về báo cáo sự cố y khoa chiếm 74%, đa số NVYT đồng ý cho rằng báo cáo SCYK sẽ giúp phòng tránh sự cố y khoa tốt hơn là 77,25%. Hầu hết lãnh đạo các khoa phòng quan tâm công tác an toàn người bệnh, cần xây dựng chính sách động viên, tổ chức các lớp tập huấn cho nhiều đối tượng về sự cố y khoa, hướng dẫn NVYT thực hành báo cáo SCYK theo các biểu mẫu đúng quy định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2018), Thông tư số 43/2018/TT-BYT ngày 26/12/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế, Hướng dẫn phòng ngừa sự cố y khoa trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Kiều Quang Phát và cộng sự (2020), *Báo cáo sự cố y khoa tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ năm 2020*, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 503, Số 01-2021.

Phạm Quyết Thắng và cộng sự (2021), *Kiến thức và thái độ về báo cáo sự cố y khoa của nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Gia Lai năm 2021*, Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển, Tập 6, Số 01-2022.

Ngô Hoàng Anh và cộng sự (2021), *Thực trạng công tác và một số yếu tố ảnh hưởng đến quản lý sự cố y khoa tại Bệnh viện Quận 2, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2021*, Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển, Tập 6, Số 03-2022.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ KỸ THUẬT TẠO HÌNH THÂN ĐỐT SỐNG BẰNG BƠM CEMENT SINH HỌC QUA DA TRONG ĐIỀU TRỊ XEP ĐỐT SỐNG DO LOÃNG XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TT AN GIANG

Nguyễn Minh Tâm, Nguyễn Tấn Đạt

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy lún đốt sống do loãng xương thường gặp ở phụ nữ lớn tuổi, gây đau tại chỗ đốt sống tổn thương ở mức độ vừa đến nặng. Điều trị bảo tồn thường kéo dài, làm tăng nguy cơ biến chứng và giảm khả năng phục hồi. Để khắc phục nhược điểm này, phương pháp tạo hình đốt sống bằng bơm cement sinh học qua da đã được áp dụng, mang lại hiệu quả nhanh chóng trong việc giảm đau và phục hồi vận động nhờ tính ít xâm lấn.

Mục tiêu: Nghiên cứu đánh giá hiệu quả của kỹ thuật này trong điều trị bệnh nhân loãng xương bị gãy lún đốt sống tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

Phương pháp: Tóm tắt kết quả từ 3 trường hợp lâm sàng đã được phẫu thuật bằng phương pháp bơm cement sinh học qua da trong điều trị bệnh nhân xẹp lún đốt sống do loãng xương.

Kết quả: Sau phẫu thuật, tất cả bệnh nhân đều giảm đau rõ rệt, với điểm VAS từ 7-8 xuống còn 3-4 điểm trong 24 giờ, và 0-1 điểm sau 1 tháng. Các bệnh nhân phục hồi vận động và sinh hoạt bình thường.

Kết luận: Tạo hình đốt sống bằng bơm cement sinh học qua da là phương pháp hiệu quả, giúp giảm đau và phục hồi vận động nhanh chóng, đặc biệt phù hợp cho người cao tuổi do chỉ cần gây tê tại chỗ.

Từ khóa: Loãng xương, gãy lún đốt sống, bơm cement sinh học, tạo hình đốt sống.

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF PERCUTANEOUS VERTEBRAL AUGMENTATION USING BIOLOGICAL CEMENT IN THE TREATMENT OF VERTEBRAL COMPRESSION FRACTURES DUE TO OSTEOPOROSIS AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL

ABSTRACT

Background: Vertebral fractures due to osteoporosis are commonly seen in elderly women, causing moderate to severe localized pain at the affected vertebral levels. Conservative treatment often takes a long time, increasing the risk of complications and reducing the likelihood of recovery. To address this limitation, the method of vertebral augmentation using percutaneous bone cement injection has been applied, providing rapid relief from pain and improving mobility due to its minimally invasive nature.

Objective: To evaluate the effectiveness of this technique in treating osteoporosis patients with vertebral compression fractures at An Giang Central General Hospital.

Method: This study summarizes the results from three clinical cases that underwent surgery using the percutaneous bone cement injection method for the treatment of vertebral compression fractures due to osteoporosis.

Results: Post-surgery, all patients experienced significant pain relief, with Visual Analog Scale (VAS) scores decreasing from 7-8 to 3-4 within 24 hours, and down to 0-1 after one month. Patients regained normal mobility and daily activities.

Conclusion: Percutaneous vertebral augmentation using bone cement is an effective method that provides rapid pain relief and quick recovery of mobility, particularly suitable for the elderly as it only requires local anesthesia.

Keywords: Osteoporosis, vertebral compression fracture, percutaneous vertebroplasty, bone cement.

I- ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là một bệnh toàn thân, đang được coi là một “bệnh dịch âm thầm” lan rộng khắp thế giới, ngày càng có xu hướng gia tăng và trở thành gánh nặng cho y tế cộng đồng [10]. Loãng xương là một rối loạn của hệ thống xương được đặc trưng bởi sự suy giảm sức bền của xương, dẫn tới làm tăng nguy cơ gãy xương [9]. Nguy cơ gãy xương tăng lên theo tuổi tác, cứ 10 phụ nữ da trắng trên 50 tuổi thì có 4 người bị gãy xương hông, cột sống hoặc đốt sống trong đời. Tại Việt Nam, tỷ lệ loãng xương ở phụ nữ và nam giới từ 50 tuổi trở lên lần lượt là 14% và 5% [5].

Gãy xẹp xương đốt sống là hình thái phổ biến nhất của gãy xương do loãng xương. So với gãy xương thì lún xẹp đốt sống ít gây tử vong cho bệnh nhân nhưng lại thường gây ra tàn tật vĩnh viễn, ảnh hưởng sinh hoạt của bệnh nhân. Theo thống kê của tổ chức quốc tế loãng xương (IOF) thì cứ 100 triệu người bị loãng xương thì có tới gần 3 triệu người bị lún xẹp đốt sống. Tỷ lệ loãng xương bị xẹp đốt sống ở nữ giới là 20%. Xẹp đốt sống xảy ra ở 25% bệnh nhân nữ trên 50 tuổi và 40% bệnh nhân từ 80 – 85 tuổi [1]. Xẹp đốt sống có thể dẫn đến đau mãn tính, biến dạng, giảm chiều cao, suy giảm các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, tăng nguy cơ loét tì đè, viêm phổi và rối loạn tâm lý, do đó làm giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Trước đây, xẹp đốt sống do loãng xương chủ yếu điều trị nội khoa như giảm đau, bất động, giãn cơ, thuốc chống loãng xương. Tuy nhiên, với phương pháp nội khoa thì thường bệnh nhân sẽ phải nằm bất động và điều trị rất lâu, đặc biệt với những bệnh nhân cao tuổi nằm lâu sẽ tăng nguy cơ mất xương, kèm theo đó là các biến chứng như loét tì đè, viêm phổi, nhiễm trùng đường tiết niệu...[1]

Hiện nay, phương pháp tạo hình thân đốt sống qua da (Percutaneous Vertebroplasty) bằng bơm cement sinh học là phương pháp điều trị mới cho bệnh nhân bị xẹp lún đốt sống do loãng xương, giúp bệnh nhân giảm đau nhanh, phục hồi khả năng vận động sớm, giúp bệnh nhân tái hòa nhập cộng đồng [2],[4],[10]. Đây là kỹ thuật ít xâm lấn với đường rạch da nhỏ, ít tổn thương tổ chức, cement sinh học được đưa vào trong thân đốt sống bị xẹp lún qua một kim chuyên dùng, sau đó cement cứng dần và gắn kết rất chắc, có tác dụng như một đốt sống bình thường, từ đó giúp cho bệnh nhân giảm đau nhanh chóng, tăng độ vững chắc cho cột sống. Kỹ thuật mới này được áp dụng phổ biến ở các nước tiên tiến trên thế giới, ở Việt Nam được triển khai tại một số cơ sở y tế có điều kiện về trang thiết bị, phương tiện và phẫu thuật viên được đào tạo về kỹ thuật. Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang đã triển khai kỹ thuật này từ tháng 4 năm 2024. Chúng tôi báo cáo kết quả bước đầu của ba trường hợp xẹp lún đốt sống do loãng xương đã được thực hiện bằng kỹ thuật tạo hình đốt sống bằng bơm cement sinh học qua da.

II- CA LÂM SÀNG

Ca lâm sàng 1: Huỳnh Kim X., nữ, 67 tuổi, địa chỉ Thốt Nốt, Cần Thơ (số lưu trữ: 24.018490), vào viện ngày 23/3/2024 vì đau lưng dữ dội sau tai nạn sinh hoạt trượt chân té ngã. Bệnh nhân đau cột sống ngực nhiều ở mức độ nặng (VAS: 8 điểm), chỉ nằm trên giường, hạn chế mọi hoạt động, xoay trở mình cũng gây đau nhức khó chịu. Tiền sử: đái tháo đường type II. Kết quả X quang, MRI cột sống: xẹp lún thân đốt sống ngực T8, có chiều cao thân đốt sống giảm # 27% kèm phù tủy xương, góc Cobb: 8,33°. Đo mật độ xương theo phương pháp DEXA có T-score: -3,9. Bệnh nhân được chẩn đoán: Xẹp lún đốt sống ngực T8 độ II (phân loại Gennat) do loãng xương mức độ nặng, điều trị nội khoa với các thuốc giảm đau mạnh nhưng mức độ cải thiện không đáng kể sau 2 tuần. Bệnh nhân được tiến hành bơm 3 ml cement sinh học vào thân đốt sống ngực T8 để làm cứng đốt sống vào ngày 10/4/2024. Sau khi bơm cement cột sống, tình trạng đau cải thiện rõ ngay sau phẫu thuật, điểm đau VAS còn 3 điểm sau 24 giờ; bệnh nhân có thể ngồi dậy, đi đứng được và xuất viện sau 2 ngày phẫu thuật. Tái khám sau 1 tuần, điểm đau VAS còn 2 điểm và sau 1 tháng, bệnh nhân hết đau, trở về sinh hoạt bình thường như trước khi bị tai nạn.

Ca lâm sàng 2: Nguyễn Thị H., nữ 77 tuổi, địa chỉ Chợ Mới, An Giang (số lưu trữ: 24.044447), vào viện ngày 11/7/2024 vì đau lưng nhiều, kéo dài, không đáp ứng với điều trị, VAS lúc nhập viện: 7 điểm, đau lưng làm cho bệnh nhân không ngồi được phải sinh hoạt cá

nhân phải thực hiện tại chỗ. Bệnh nhân có bệnh lý đái tháo đường type II đang sử dụng Insulin chích. Kết quả XQ, MRI cột sống: Xẹp lún đốt sống ngực T12, có chiều cao thân đốt sống giảm # 36%, góc Cobb 15,46 độ, phù tủy xương, kèm theo thoái hóa cột sống, lõi đĩa đệm L4L5. Mật độ xương T-score: -4,5. Bệnh nhân được chẩn đoán: Xẹp lún đốt sống ngực T12 độ II (phân loại Gennat) do loãng xương nặng. Bệnh nhân được tiến hành bơm 4ml cement sinh học vào thân đốt sống ngực T12 để làm cứng đốt sống vào ngày 22/7/2024. Sau khi bơm cement cột sống, tình trạng đau cải thiện rõ ngay sau phẫu thuật, điểm đau VAS: 3 và bệnh nhân xuất viện sau 1 ngày phẫu thuật. Chụp kiểm tra sau mổ không thấy có biến chứng tràn cement vào đĩa đệm cột sống hay tràn ra ngoài thân sống. Tái khám sau 1 tuần và sau 1 tháng, bệnh nhân hết đau, trở về sinh hoạt bình thường.

Ca lâm sàng 3: Kiều Thị O., nữ 76 tuổi, địa chỉ: Châu Thành, An Giang (số lưu trữ: 24.050806), vào viện ngày 6/8/2024 vì đau lưng nhiều, ngày càng tăng sau té ngã do tai nạn sinh hoạt. Bệnh nhân đau cột sống ngực, đau thương vị, hạn chế vận động, không có yếu liệt chi. Mức độ đau lúc nhập viện VAS 8 điểm, đáp ứng kém với các thuốc giảm đau. Bệnh nhân đang điều trị đái tháo đường type II, suy thận mạn giai đoạn 3, kèm theo tăng huyết áp IIc. Kết quả XQ, MRI cột sống: xẹp lún đốt sống ngực T11, có chiều cao thân đốt sống giảm # 30%, góc Cobb 7,53 độ, kèm phù tủy xương. Mật độ xương T-score: -4,3. Bệnh nhân được chẩn đoán xẹp lún đốt sống ngực D11 độ II (phân loại Gennat) do loãng xương nặng. Bệnh nhân được tiến hành bơm 3 ml cement sinh học vào thân đốt sống T11 để làm cứng đốt sống vào ngày 15/8/2024. Sau khi bơm cement cột sống, điểm đau VAS cải thiện rõ ngay sau phẫu thuật, giảm xuống còn 4 điểm và bệnh nhân xuất viện sau 5 ngày phẫu thuật. Tái khám sau 1 tuần, điểm đau VAS còn 2 điểm và sau 1 tháng, bệnh nhân còn đau ít, VAS còn 1 điểm, ảnh hưởng không đáng kể đến sinh hoạt bình thường.

Bảng tóm lược đặc điểm chung

STT	VAS trước mổ	Chỉ số T-score	Đốt sống tổn thương	VAS sau 24 giờ	VAS sau 1 tuần	VAS sau 1 tháng
Ca 1	8 điểm	-3,9	T8	3 điểm	2 điểm	0 điểm
Ca 2	7 điểm	-4,5	T12	3 điểm	1 điểm	0 điểm
Ca 3	8 điểm	-4,3	T11	4 điểm	2 điểm	1 điểm

III- BÀN LUẬN

3.1 Đặc điểm bệnh nhân

Tuổi giới

Nhiều nghiên cứu trong nước và quốc tế đã báo cáo thì đa số bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương là những người lớn tuổi và phụ nữ chiếm đa số. Trong nghiên cứu của Hà Thoại Kỳ tại Bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ thì độ tuổi trung bình là $69,91 \pm 10,07$ tuổi và tỷ lệ nữ/nam khoảng 6/1 [5]. Trong nghiên cứu của Vũ Văn Cường tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức thì độ tuổi trung bình là $72,3 \pm 10,1$ tuổi (thấp nhất là 44 tuổi và cao nhất là 93 tuổi) và tỷ lệ nữ/nam là 3,5/1 [3]. Trong nghiên cứu của Huỳnh Ngọc Phương Thanh tại Bệnh viện đa khoa Kiên Giang thì độ tuổi 70 – 79 chiếm tỷ lệ cao nhất (42,1%) và giới nữ chiếm 84,2% [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì cả 3 bệnh nhân có độ tuổi từ 67 trở lên và đều là nữ giới. Do đó, vấn đề loãng xương ở người lớn tuổi cần được quan tâm, đặc biệt là phụ nữ.

Mức độ đau (VAS) trước phẫu thuật

Các bệnh nhân bị xẹp lún đốt sống do loãng xương đều có đau lưng và hạn chế vận động với mức độ đau theo thang điểm đau (VAS: Visual Analogue Scale) từ trung bình đến nặng trở lên. Trong nghiên cứu của Vũ Văn Cường thì 100% bệnh nhân có biểu hiện đau lưng, trong đó điểm VAS từ 7 – 8 điểm, chiếm 42,2% [3]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Lê Hoan thì điểm đau VAS trung bình trước can thiệp là $6,21 \pm 1,225$ điểm [4]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Lê

Bảo Tiến thì điểm VAS trung bình trước mổ của bệnh nhân là $7,1 \pm 1,6$ điểm, trong đó điểm VAS 7 – 8 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất (35,2%) [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì cả 3 bệnh nhân có điểm đau VAS là 7 – 8 điểm. Đau lưng tại vị trí đốt sống bị xẹp ở mức độ trung bình và nặng trở lên là triệu chứng chính bệnh nhân nhập viện điều trị và chỉ định bơm cement.

3.2 Đặc điểm đốt sống bị tổn thương

Vị trí đốt sống bị tổn thương

Gãy xẹp đốt sống do loãng xương được xác định trên XQ quy ước, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ cột sống và đo mật độ xương. Đa số đốt sống bị tổn thương nằm ở vùng bản lề cột sống ngực- lưng (T11 – L2) vì đốt sống đoạn này chịu lực nén nhiều nhất suốt quá trình vận động chịu lực trong sinh hoạt và lao động của bệnh nhân. Trong nghiên cứu của Đỗ Tuấn Anh, thì vùng này chiếm đa số (83,73%) [1]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Lê Hoan thì xẹp đốt sống T12 chiếm 29,41% và L1 chiếm 23,54% [4]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Lê Bảo Tiến thì chỉ có 4,3% bệnh nhân bị xẹp đốt sống ngực từ T10 trở lên [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì có 2 bệnh nhân bị xẹp đốt sống vùng bản lề ngực – lưng và 1 bệnh nhân bị xẹp đốt sống ngực T8.

Mức độ loãng xương

Tất cả các bệnh nhân bị xẹp đốt sống đều được đo mật độ xương để đánh giá tình trạng thiếu xương hoặc loãng xương theo định nghĩa của WHO. Các bệnh nhân loãng xương có chỉ số T-score $\leq -2,5$. Trong nghiên cứu của Vũ Văn Cường thì chỉ số T-score trung bình là $-4,3 \pm 0,8$ [3]. Giá trị trung bình T-score trong nghiên cứu của Nguyễn Lê Hoan là $-3,0 \pm 0,7$ [4]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Lê Bảo Tiến thì điểm T-score giao động từ -2,5 đến -6,9 [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì điểm T-score từ -3,9 đến -4,5. Cả 3 bệnh nhân được xếp loại loãng xương nặng.

3.3 Kết quả điều trị

Phương pháp bơm cement sinh học trong điều trị xẹp lún đốt sống do loãng xương được tiến hành tại phòng mổ có máy C-arm. Bệnh nhân nằm sấp, được tiền mê, gây tê tại chỗ. Xác định đốt sống tổn thương dưới C-arm. Đặt kim chuyên dụng qua da đi vào cuống sống ở vùng $\frac{1}{4}$ trên – ngoài bình diện thẳng. Đóng kim vào thân sống đến vị trí $\frac{1}{3}$ trước thân đốt sống. Kiểm tra vị trí kim trên 2 bình diện thẳng và nghiêng, đảm bảo kim nằm hoàn toàn trong thân sống. Bơm cement sinh học (PolyMethylMethAcrylate) vào thân sống, khoảng 2-4 ml, quá trình này được kiểm soát liên tục dưới C-arm để tránh dò cement ra xung quanh. Kiểm tra thường xuyên vận động, cảm giác 2 chân của bệnh nhân để đề phòng biến chứng. Sau phẫu thuật, bệnh nhân được nằm nghỉ ngơi tại giường 2 giờ, sau đó cho ngồi dậy, tập đi lại [2],[10].

Mức độ cải thiện đau, vận động sau phẫu thuật

Đa số bệnh nhân thấy có sự thay đổi rõ rệt ngay sau quá trình bơm cement khi bệnh nhân còn đang nằm trên bàn mổ. Trong nghiên cứu của Đỗ Tuấn Anh, có 79,52% bệnh nhân hết đau và 18,07% bệnh nhân còn đau nhẹ sau mổ 1 ngày, sau 6 tháng 95,78% hết đau hoàn toàn [1]. Trong nghiên cứu của Hà Thoại Kỳ thì mức độ đau của bệnh nhân sau 1 ngày là đau ít (VAS 1- 2 điểm) chiếm tỷ lệ 74,3% [5]. Trong nghiên cứu của Đoàn Anh Tuấn thì sau bơm cement 24 giờ, điểm VAS trung bình $2,67 \pm 0,57$ [7]. Trong nghiên cứu của Devon Patel và cộng sự, tỷ lệ thành công để giảm đau và cải thiện chức năng sau khi phẫu thuật tạo hình đốt sống nằm trong khoảng 78% - 90% [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì mức độ đau của bệnh nhân cải thiện rõ sau 24 giờ, từ VAS 7 – 8 điểm trước mổ xuống còn 3 – 4 điểm và sau 1 tháng thì cả 3 bệnh nhân chỉ còn đau ít hoặc hết đau (VAS 0 – 1 điểm). Các nghiên cứu trong và ngoài nước đều cho thấy hiệu quả điều trị của phương pháp bơm cement là rất cao trong việc giảm đau cho bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương [7],[9],[10]. Phục hồi tốt sau khi điều trị phẫu thuật, thường là sau 3 tháng.

Tai biến, biến chứng

Tạo hình đốt sống bằng bơm cement sinh học qua da là một kỹ thuật ít xâm lấn. Tai biến xảy ra thấp với tỷ lệ là 8,82% [4]. Theo Eliodoro thì tỷ lệ biến chứng là 2,2 – 3,9% [10]. Các biến

chứng bao gồm tràn cement ra ngoài đĩa đệm, tràn ra xung quanh. Phần lớn các biến chứng này không có biểu hiện lâm sàng nên không cần phải xử lý gì thêm.

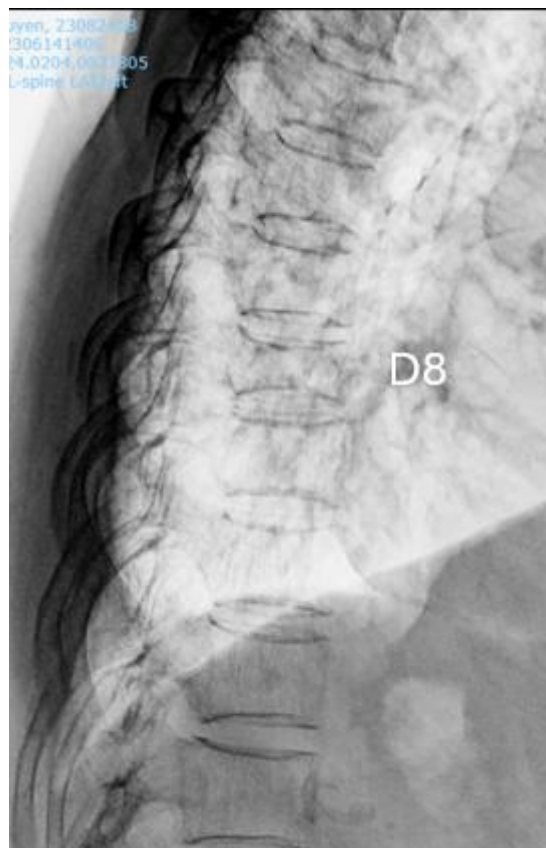
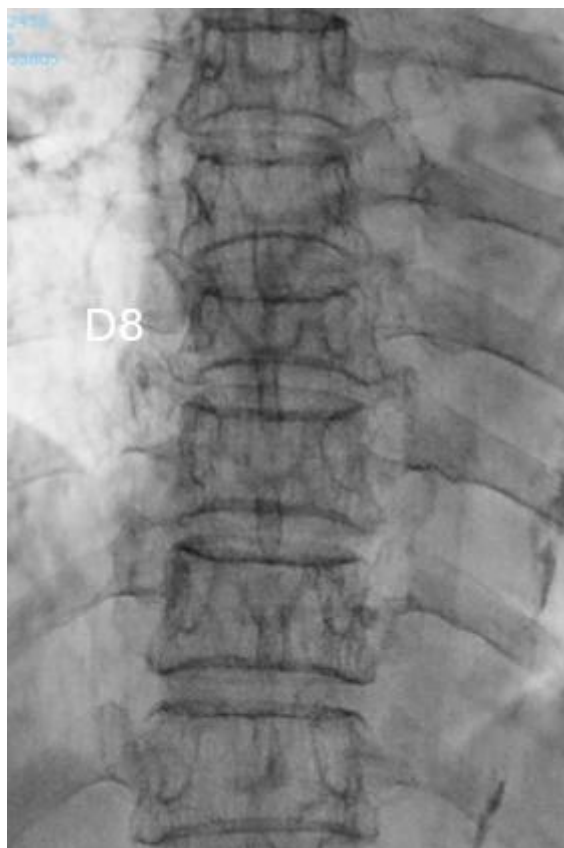
IV-KẾT LUẬN

Xẹp lún đốt sống do loãng xương thường gặp ở phụ nữ lớn tuổi, gây đau tại chỗ đốt sống tổn thương ở mức độ vừa đến nặng. Đốt sống thường bị tổn thương nằm ở đoạn bản lề cột sống (D11-L2). Điều trị tạo hình đốt sống qua da bằng kỹ thuật bơm cement sinh học có hiệu quả rõ rệt giúp làm giảm đau nhanh chóng, cải thiện vận động cho bệnh nhân, phù hợp với người cao tuổi do chỉ cần gây tê tại chỗ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Tuấn Anh, Hà Kim Trung (2024), “Kết quả tạo hình thân đốt sống bằng bơm cement sinh học ở bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương tại bệnh viện E”. Tạp chí Y Học Việt Nam, tập 536 – tháng 3 số 1, trang 80 – 84.
2. Bộ Y Tế (2017), “Tạo hình thân đốt sống bằng bơm cement sinh học qua cuống”. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Phẫu thuật Cột sống. Quyết định 5729/QĐ-BYT ngày 21 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế, trang 30 – 35.
3. Vũ Văn Cường và cộng sự (2024), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân xẹp đốt sống thắt lưng thấp có loãng xương tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức”. Tạp chí Y Học Việt Nam, tập 538 – tháng 5 – số 3, trang 173 – 178.
4. Nguyễn Lê Hoan và cộng sự (2023), “Đánh giá kết quả điều trị gãy lún cột sống do loãng xương bằng phương pháp bơm xi măng tạo hình thân sống tại bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ”. Tạp chí Y Dược Cần Thơ – số 67/2023, trang 27 - 34.
5. Hà Thoại Kỳ và cộng sự (2022), “Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị lún đốt sống do loãng xương bằng phương pháp bơm xi măng sinh học không bóng tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ năm 2021 – 2022”. Tạp chí Y Dược Cần Thơ – số 51/2022, trang 163 – 168.
6. Nguyễn Lê Bảo Tiến và cộng sự (2021), “Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân lún thân đốt sống ngực, thắt lưng do loãng xương”. Tạp chí Y Học Việt Nam, tập 500 – tháng 3 – số 1, trang 84 – 87.
7. Đoàn Anh Tuấn, Nguyễn Thế Điệp (2024), “Kết quả bơm xi măng không bóng qua da điều trị xẹp thân đốt sống ngực, thắt lưng do loãng xương tại bệnh viện đa khoa Đông Anh”. Tạp chí Y Học Việt Nam, tập 535 – tháng 2 – số 2, trang 75 – 79.
8. Huỳnh Ngọc Phương Thanh, Huỳnh Thanh Điền (2022), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân gãy lún đốt sống thắt lưng do loãng xương tại bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang năm 2021 – 2022”. Tạp chí Y Dược Cần Thơ – số 53/2022, trang 19 – 26.
9. Devon Patel et al (2022), “Managements of osteoporotic vertebral compression fractures: A narrative review”. World Journal of Orthopedics 2022 June 18; 13(6): 564-573. DOI: 10.5312/wjo.v13.i6.564.
10. Eliodoro Faiella et al (2022). Percutaneous Vertebroplasty: A minimally Invasive Procedure for the management of vertebral compression fractures. Osteology 2022, 2, 139–151. <https://doi.org/10.3390/osteology2040017>.

Hình ảnh minh họa



Ca lâm sàng 1: XQ thẳng và nghiêng: Xẹp đốt sống ngực T8, độ II



Ca lâm sàng 2: MRI: Xẹp lún đốt sống ngực T12, độ II

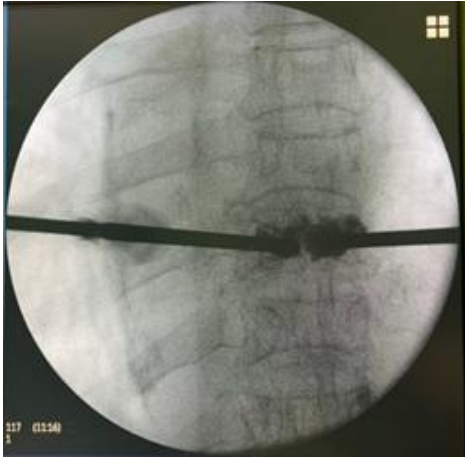
Ca lâm sàng 3: CTs: Xẹp lún đốt sống ngực T11, độ II.



Bơm cement qua da dưới hướng dẫn C-arm



Bơm cement tạo hình đốt sống T8 qua da, chỉ với đường rạch da nhỏ



Cement đã bơm vào thân đốt sống T8 – chụp kiểm tra dưới C-arm



Bệnh nhân xẹp đốt sống T8 giảm đau nhanh chóng và có thể đi đứng lại được sau 24 giờ phẫu thuật bơm cement đốt sống.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ GÂY XƯƠNG VÙNG MÁU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI BẰNG ĐINH CHỐT ĐÙI GẦN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024

Nguyễn Minh Hải, Nguyễn Kim Quang,
Nguyễn Huỳnh Gia Phú, Thiệu Quang Bình

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật gây xương vùng máu chuyển xương đùi bằng đinh chốt đùi gần tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang và nhận xét về chỉ định, kỹ thuật và ưu nhược điểm của phương pháp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Bệnh nhân gãy xương vùng máu chuyển xương đùi bằng đinh chốt đùi gần, được theo dõi và tái khám định kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang trong khoảng thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 09/2024.

Kết quả: Tuổi trung bình $64 \pm 1,5$ tuổi, lớn nhất là 84 tuổi, trẻ nhất 17 tuổi, đa số phụ nữ bị gãy xương vùng máu chuyển nằm trong nhóm từ 60 tuổi trở lên.; tỷ lệ giới tính 2 nữ 1 nam; nguyên nhân tai nạn sinh hoạt là chủ yếu chiếm 55,55%, Thời gian phẫu thuật của nhóm nghiên cứu trung bình là $105,34 \pm 2,7$ phút; thời gian nằm viện trung bình là 12 ± 05 ngày. Kết quả phục hồi chức năng khớp háng khá tốt là 83,33 %, có 1 trường hợp rất tốt chiếm 16,67%;

Kết luận: Bước đầu kỹ thuật đóng đinh chốt đùi gần trên bệnh nhân gãy xương vùng máu chuyển xương đùi đạt kết quả đáng khích lệ, tuy nhiên bệnh viện từng bước hoàn thiện kỹ thuật ngày càng tốt hơn.

Từ khóa: gãy xương vùng máu chuyển xương đùi, đinh chốt đùi gần

ABSTRACT

Objective: To evaluate the results of surgery for femoral trochanter fractures using proximal femoral pins at An Giang Central General Hospital and comment on the indications, techniques and advantages and disadvantages of the method.

Subjects and methods: Patients with femoral trochanter fractures using proximal femoral pins were monitored and periodically re-examined at An Giang Central General Hospital from January 2024 to September 2024.

Results: The average age was 64 ± 1.5 years old, the oldest was 84 years old, the youngest was 17 years old, the majority of women with trochanter fractures were in the group of 60 years old and above; the gender ratio was 2 women and 1 man; the main cause of domestic accidents was 55.55%. The average surgical time of the study group was 105.34 ± 2.7 minutes; The average hospital stay was 12 ± 05 days. The results of hip joint rehabilitation were quite good at 83.33%, with 1 case being very good at 16.67%;

Conclusion: The initial technique of proximal femoral pin placement in patients with femoral trochanter fractures achieved encouraging results, however, the hospital has gradually improved the technique to become better and better.

Keywords: femoral trochanter fractures, proximal femoral pin placement

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

- Gãy xương vùng liên máu chuyển xương đùi là một trong những tổn thương thường gặp ở những bệnh nhân trên 60 tuổi, bệnh nhân mắc bệnh loãng xương, thưa xương dễ bị gãy dù lực chấn thương nhẹ. Hiện nay, gãy LMC có những xu hướng ngày càng tăng do gia tăng của tuổi thọ dân số và đặt ra vấn đề lớn cho bệnh nhân, gia đình và xã hội [5], [2]. Gãy xương vùng LMC chiếm khoảng 38-50% trong tổng số gãy xương vùng khớp háng.

- Tỷ lệ tử vong trung bình khoảng 20-30% trong vòng một năm đầu theo dõi sau gãy xương [3]. Với sự phát triển của khoa học kỹ thuật cũng như nền y học tiên tiến hiện đại, sự phát minh của nhiều vật liệu dụng cụ hỗ trợ, phẫu thuật điều trị gãy vùng LMC hiện nay được chỉ định

điều trị phổ biến hơn và đã đem lại nhiều kết quả khả quan, kể cả ở người cao tuổi có nhiều bệnh lý kết hợp. Những phương pháp phẫu thuật đang được áp dụng có thể chia làm hai nhóm chính là kết hợp xương và thay khớp.

- Tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, chúng tôi đã tiến hành điều trị gãy xương vùng máu chuyển đùi bằng đinh chốt đùi gần để xem xét hiệu quả điều trị bằng phương pháp này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Đánh giá bước đầu kết quả điều trị gãy xương vùng máu chuyển xương đùi bằng đinh chốt đùi gần tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang” với 2 mục tiêu như sau:

1. Đánh giá kết quả phẫu thuật gãy xương vùng máu chuyển xương đùi bằng đinh chốt đùi gần.
2. Nhận xét về chỉ định, kỹ thuật và ưu nhược điểm của phương pháp.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: Mẫu thuận tiện (9 trường hợp)

Đối tượng nghiên cứu:

+ Tất cả bệnh nhân bị gãy liên mấu chuyển xương đùi nhập viện trong thời gian nghiên cứu được chỉ định mổ bằng đinh chốt đùi gần.

+ Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân từ 17 tuổi trở lên.

.- Có đủ Xquang 2 bình diện thẳng, nghiêng khớp háng trước mổ.

- Trên phim Xquang, chất lượng xương từ bình thường đến loãng xương vừa (thuộc nhóm VI, V, IV, III theo Singh)

- Bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu

+ Tiêu chuẩn không lựa chọn

- Bệnh nhân có gãy cũ ở đầu trên xương đùi.

- Gãy LMCXD do các nguyên nhân bệnh lý.

- Bệnh nhân bị gãy lại kèm dụng cụ.

- Gãy LMCXD trên bệnh nhân đang có nhiễm khuẩn tiến triển.

- Bệnh nhân bị liệt không đi lại được trước khi gãy LMCXD.

- Bệnh nhân có bệnh hoặc tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật (mức độ 5 theo ASA).

Địa điểm: Khoa CTCH Bệnh viện ĐKTT An Giang

Cách tiến hành: Phương pháp phẫu thuật: mổ hở tối thiểu kết hợp kiểm tra dưới màn tăng sáng.

- Bệnh nhân nằm nghiêng 90 độ, chân bị tổn thương nằm trên gối gấp nhẹ 15 độ, chân không bị tổn thương của bệnh nhân đặt tư thế gối gấp 90 độ.

- Chuẩn bị C arm đặt tư thế ngang và điều chỉnh hướng sao cho khảo sát được các mặt phẳng cổ xương đùi.

- Đường mổ: đường rạch da từ trên và dưới đỉnh mấu chuyển dài 10cm vào bộc lộ đỉnh mấu chuyển. Đặt cờ dẫn ở đỉnh mấu chuyển lớn trị trí 1/3 trước và 2/3 sau.

- Khoan lòng tủy ở đầu trên xương đùi với bộ khoan thiết kế riêng cho đinh. Đặt đinh qua cờ dẫn

- Cố định khối thân xương đùi và cổ-chỏm bằng vít trượt, đinh vis cách sụn khớp chỏm xương đùi 15mm, cố định vít trượt và vít thân xương dưới sự kiểm soát của C-arm ở bình diện thẳng-nghiêng.

- Đóng nắp đinh và kiểm tra C-arm bình diện thẳng-nghiêng

Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 20

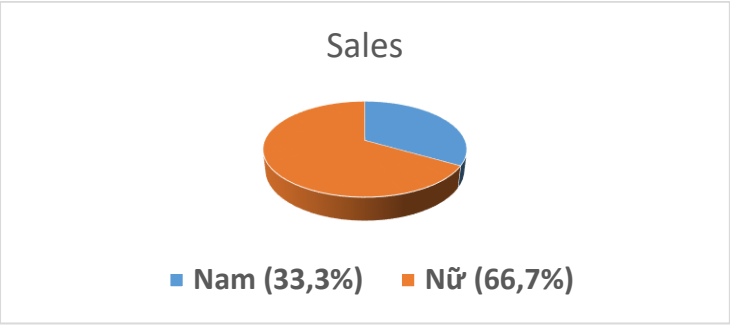
Đo lường các biến: Khám đánh giá phục hồi chức năng vận động theo thang điểm Haris, biên độ vận động khớp...

· III. KẾT QUẢ

Từ tháng 01/2024 đến tháng 09/2024 chúng tôi tiến hành mổ được 9 trường hợp, bệnh nhân theo dõi dài nhất là 05 tháng, ngắn nhất là 01 tháng và thu được các kết quả bước đầu như sau:

3.1 Đặc điểm chung

3.1.1 Giới tính



Biểu đồ 3.1 Tỷ lệ gãy theo giới tính (n =9)

Nhận xét: nữ 66.7% so với nam 33,35, tỷ số nữ/ nam là 2/1.

3.1.2. Nhóm tuổi

Bảng 3.1 Nhóm tuổi (n=9)

Nhóm tuổi	Tần số	Tỷ lệ (%)
<60 tuổi	3	33,33
- 80 tuổi	4	44,45
< 80 tuổi	2	22,22
Tổng cộng	9	100

Nhận xét: gãy xương vùng liên mấu chuyển ở người trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ 66,7% gấp 2 lần so với dưới 60 tuổi 33,3%

3.2. Đặc điểm gãy xương vùng mấu chuyển xương đùi.

3.2.1 Chân bị tổn thương

Bảng 3.2 Chân bị tổn thương (n=9)

Chân bị tổn thương	Tần số	Tỷ lệ (%)
Trái	5	44,44
Phải	4	55,56
Tổng cộng	9	100%

Nhận xét: gãy xương vùng liên mấu chuyển ở chân (P) ít hơn chân (T) khoảng 11,1%.

3.2.2. Nguyên nhân chấn thương

Bảng 3.3 nguyên nhân thương (n=9)

Nguyên nhân	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tai nạn sinh hoạt	5	55,55
Tai nạn giao thông	3	33,34
Tai nạn lao động	1	11,11
Tổng cộng	9	100

Nhận xét: gãy xương vùng liên mấu chuyển do tai nạn sinh hoạt chiếm tỷ lệ 55,55%, do tai nạn lao động chiếm 11,1%.

3.2.3. Các bệnh nội khoa đi kèm

Bảng 3.4 Các bệnh nội khoa đi kèm (n=9)

Các bệnh nội khoa đi kèm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Không có bệnh	2	22,22
Có 1 bệnh	0	0
Có 2 bệnh	1	11,11
Có 3 bệnh	5	55,56
Có 4 bệnh	1	11,11
Tổng cộng	9	100

Nhận xét: gãy xương vùng liên mấu chuyển có 3 bệnh mãn tính kèm theo 55,55%, có 2 bệnh không có bệnh mãn tính kèm theo 22,22%.

3.2.4 Thời gian mổ

Bảng 3.4 Thời gian phẫu thuật (n=9)

Thời gian mổ	Tần số	Tỷ lệ (%)
Trên 120 phút	2	22,22
Từ 100 – 120 phút	5	55,56
Dưới 100 phút	2	22,22
Tổng cộng	9	100

Nhận xét: thời gian mổ gãy xương vùng liên mấu chuyển đa số kéo dài từ 100 – 120 phút chiếm tỷ lệ 55,56%, có 2 trường hợp mổ dưới 100 phút chiếm tỷ lệ 22,22%.

3.2.4 Thời gian nằm viện

Bảng 3.4 Thời gian nằm viện (n=9)

Thời gian nằm viện	Tần số	Tỷ lệ (%)
Dưới 10 ngày	1	11,11
Từ 10 ngày đến 15 ngày	6	66,67
Trên 15 ngày	2	22,22

Tổng cộng	9	100

Nhận xét: thời gian nằm viện phẫu thuật gãy xương vùng liên mấu chuyển xương đùi từ 10 đến 15 ngày là 66,67%, có 1 trường hợp dưới 10 ngày chiếm 11,11%

3.2.5 Thời gian theo dõi sau mổ

Bảng 3.4 Thời gian theo dõi sau mổ (n=9)

Thời gian theo dõi sau mổ	Tần số	Tỷ lệ (%)
Dưới 1 tháng	2	22,22
Từ 1 đến 3 tháng	6	66,67
Trên 3 tháng	1	11,11
Tổng cộng	9	100

Nhận xét: thời gian nằm theo dõi sau mổ từ 1 đến 3 tháng 6 trường hợp, chiếm tỷ lệ 66,67%, có 1 trường hợp trên 3 tháng chiếm 11,11%

3.2.7 Kết quả phục hồi chức năng khớp háng sau phẫu thuật 3 tháng

Bảng 3.4 Kết quả phục hồi chức năng sau mổ (n=6)

Thời gian theo dõi sau mổ	Tần số	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	1	16,67
Tốt	4	66,66
Khá	1	16,67
Kém	0	0
Tổng cộng	6	100

Nhận xét: trong 6 trường hợp theo dõi từ trên 1 tháng có 5 trường hợp cho kết quả khá tốt là 83,33 %, có 1 trường hợp rất tốt chiếm 16,67%

IV. BÀN LUẬN

Từ tháng 01/ 2024 đến tháng 09/2024 Khoa Chấn Thương Chỉnh Hình Bệnh viện ĐKTT An Giang phẫu thuật được 9 trường hợp gãy xương vùng mấu chuyển xương đùi, nhóm nghiên cứu nhận thấy như sau:

Đặc điểm chung giới nữ bị nhiều hơn nam, mặc dù số mẫu còn hạn chế nhưng tỷ lệ nữ gấp 2 lần so với nam, tỷ lệ này cũng tương tự như tác giả trong và ngoài nước Điều này có thể giải thích do tình trạng loãng xương xảy ra ở người lớn tuổi đặc biệt ở phụ nữ mãn kinh, bệnh lý nội khoa mạn tính kèm theo. Độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là $64 \pm 1,5$ tuổi, lớn nhất là 84 tuổi, trẻ nhất 17 tuổi, đa số phụ nữ bị gãy xương vùng mấu chuyển nằm trong nhóm từ 60 tuổi trở lên.

Đặc điểm lâm sàng bệnh lý gãy xương vùng mấu chuyển chân trái bị nhiều hơn bên phải, có lẽ do thói quen sinh hoạt người bệnh thường hay thuận chân phải, nguyên nhân chấn thương là do tai nạn sinh hoạt chiếm đa số, đặc biệt là phụ nữ lớn tuổi và có bệnh mạn tính kèm theo. Trong nghiên cứu có gần 80% bệnh nhân có từ 2 bệnh mạn tính kèm theo, có 1 trường hợp do tai nạn lao động ở bệnh nhân nam 17 tuổi không có bệnh mạn tính và nguyên nhân do tai nạn lao động Thời gian phẫu thuật của nhóm nghiên cứu trung bình là $105,34 \pm 2,7$ phút, tác giả Trần Việt Hưng và nhóm nghiên cứu ở bệnh viện Trung ương Huế có thời gian trung bình $70,34 \pm 20,5$ phút, kỹ thuật này bệnh viện ĐKTT An Giang mới triển khai thực hiện nên bước đầu chưa rút ngắn được thời gian phẫu thuật.

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu có trung bình từ 2 đến 3 bệnh mạn tính kèm theo nên thời gian nằm viện còn kéo dài, thời gian nằm viện trung bình là 12 ± 05 ngày, các lý do nằm lâu bao gồm tập phục hồi chức năng, có 01 bệnh nhân nhiễm trùng nông vết mổ, khâu da thì 2 nên thời gian nằm viện là 22 ngày, tuy nhiên tất cả các bệnh nhân đều lành vết mổ và hết đau sau mổ 3 tuần.

Trong số các bệnh nhân được theo dõi từ trên 01 tháng có 01 bệnh nhân tử vong sau mổ 3 tuần do biến chứng bệnh lý hô hấp kèm theo

Đánh giá khả năng phục hồi chức năng khớp háng trên 06 bệnh nhân theo dõi được trên 01 tháng có 05 bệnh nhân có kết quả khá tốt và 01 bệnh nhân rất tốt, bệnh nhân này còn trẻ, nên khả năng phục hồi vận động tốt hơn.

Gãy vùng máu chuyển xương đùi có các chọn lựa KHX như: Nẹp khoá đầu trên xương đùi, nẹp DHS, đinh xương đùi gần, tùy vào mức độ và kiểu gãy chúng ta có chọn lựa phương tiện KHX khác nhau, Đinh xương đùi gần là giải pháp thay thế KHX nẹp đầu trên xương đùi và nẹp DHS, phương pháp KHX tối thiểu kèm với sử dụng màn tăng sáng là giải pháp đem lại hiệu quả cho người bệnh

V. KẾT LUẬN

Gãy xương vùng máu chuyển xương đùi là loại gãy xương ngoài khớp, hay gặp ở người cao tuổi, đặc biệt là phụ nữ sau mãn kinh, loãng xương, mục tiêu điều trị là sớm đưa người bệnh trở lại sinh hoạt bình thường, tránh các biến chứng do nằm lâu, do tì đè, do viêm nhiễm. giải pháp đóng đinh đùi gần với mong muốn bệnh nhân bớt đau đớn, sớm trở lại đời sống sinh hoạt bình thường. tuy nhiên phương pháp đinh xương đùi gần cần đòi hỏi phải có phương tiện C Arm kiểm tra lúc phẫu thuật nhằm tăng độ chính xác, đòi hỏi đội ngũ Phẫu thuật viên có kinh nghiệm, làm việc đội nhóm.

Bệnh viện ĐKTT an giang cơ bản có đủ điều kiện về trang thiết bị về con người có khả năng phát triển các loại kỹ thuật cao như thay khớp, nội soi khớp đồng thời ngày càng hoàn thiện và phát triển kỹ thuật Đóng đinh đầu gần để điều trị cho bệnh nhân gãy xương vùng máu chuyển xương đùi.

Bước đầu kỹ thuật đóng đinh chốt đùi gần trên bệnh nhân gãy xương vùng máu chuyển xương đùi đạt kết quả đáng khích lệ, tuy nhiên bệnh viện từng bước hoàn thiện kỹ thuật ngày càng tốt hơn.

Các hình ảnh minh họa



Các hình ảnh XQ kèm theo



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tiến Bình (2002), “Kết quả phẫu thuật kết xương gãy kín liên mấu chuyển xương đùi bằng đinh Ender”, Tạp chí y học thực hành, Số 3, trang 40-41.
2. Nguyễn Sỹ Lập (2018), “Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi không vững người lớn bằng kết hợp xương đinh Gamma 3 với đường mổ ít xâm lấn”, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch.
3. Nguyễn Anh Tuấn (2019), Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng đinh Gamma 3 tại bệnh viện Chấn thương chỉnh hình, luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.
4. Adam P. (2014), “Treatment of recent trochanteric fracture in adults”, Orthop Trauma Surg Res, Vol 100, p. 75-83.
5. Adrian Todor, Adina Pojar, Dan L. (2013), “Minimally invasive treatment of trochanteric fractures with intramedullary nails”, Clujul Medical, Vol 8.

ĐÁNH GIÁ KHẢ NĂNG PHÒNG TRÁNH ĐƯỢC CỦA PHẢN ỨNG CÓ HẠI LIÊN QUAN ĐẾN KHÁNG SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024

Nguyễn Minh Loan, Dương Khánh Ngọc,
Lê Trần Mai Anh, Nguyễn Thuỳ Như

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Kháng sinh cũng luôn là nhóm thuốc được báo cáo nhiều nhất trong cơ sở dữ liệu báo cáo ADR tự nguyện. Theo tổng kết số liệu công tác báo cáo ADR năm 2023 của Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang: 66,1% báo cáo ADR xảy ra trên bệnh nhân có sử dụng kháng khuẩn toàn thân.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm phản ứng có hại liên quan đến kháng sinh và đánh giá khả năng phòng tránh được của phản ứng có hại liên quan đến kháng sinh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang. Kết quả: Tỷ lệ xảy ra ADR liên quan đến kháng sinh là 0,24%. Tỷ lệ ADR có khả năng phòng tránh được (pADR) là 34,8%.

Kết luận: Chương trình quản lý kháng sinh cần thực hiện đồng bộ với nhiều biện pháp phối hợp, Ban Giám đốc bệnh viện chỉ đạo giám sát chặt chẽ các khoa/phòng trong bệnh viện nhằm nâng cao chất lượng điều trị tại bệnh viện.

ABSTRACT

Background: Antibiotics are also the most frequently reported drug group in the voluntary ADR reporting database. According to the summary of ADR reporting data in 2023 of An Giang Central General Hospital, 66.1% of ADR reports occurred in patients using systemic antibiotics.

Objectives: Describe the characteristics of adverse reactions associated with antibiotics and assess the preventability of adverse reactions associated with antibiotics. Subjects and Methods: The research was conducted using a cross-sectional descriptive method.

Result: The incidence of antibiotic-associated ADRs was 0.24%. The incidence of potentially preventable ADRs (pADRs) was 34.8%.

Conclusion: The antibiotic management program needs to be implemented synchronously with many coordinated measures. The hospital's Board of Directors directs close supervision of departments/offices in the hospital to improve the quality of treatment at the hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

1. Tổng quan

Các thuốc kháng sinh được coi là nền tảng của Y học hiện đại và có vai trò quan trọng trong điều trị các bệnh lý nhiễm khuẩn. Theo một thống kê về các vấn đề liên quan đến sử dụng thuốc, gần 50% bệnh nhân nội trú được kê đơn kháng sinh trong thời gian nằm viện, trong đó 20-30% trường hợp bệnh nhân không cần thiết phải sử dụng kháng sinh [5]. Sử dụng kháng sinh phổ biến một cách không hợp lý, bên cạnh việc gia tăng nguy cơ gặp các phản ứng có hại (ADR) liên quan đến kháng sinh, tình hình kháng kháng sinh toàn cầu cũng đặt ra thách thức lớn cho hệ thống y tế mỗi quốc gia. Bên cạnh đó, kháng sinh cũng luôn là nhóm thuốc được báo cáo nhiều nhất trong cơ sở dữ liệu báo cáo ADR tự nguyện. Theo tổng kết số liệu công tác báo cáo ADR năm 2023 của Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang, 66,1% báo cáo ADR xảy ra trên bệnh nhân có sử dụng kháng khuẩn toàn thân.

Cơ sở dữ liệu Cảnh giác Dược tại Việt Nam với hệ thống báo cáo tự nguyện ngày càng tăng nhanh về số lượng và hoàn thiện hơn về chất lượng có vai trò là nguồn dữ liệu quan trọng

và tiềm năng giúp triển khai các hoạt động nghiên cứu thúc đẩy sử dụng thuốc an toàn và hợp lý. Trên cơ sở đó, hiện đã có một số nghiên cứu áp dụng các phương pháp khác nhau để đánh giá khả năng phòng tránh được của ADR, kết quả cho thấy khoảng 9% - 11% báo cáo ADR có thể phòng tránh được và chủ yếu liên quan đến kháng sinh [2], [5], [9].

Do đó, với mong muốn góp phần cung cấp một hình ảnh khái quát về các phản ứng có hại liên quan đến kháng sinh, từ đó có thể đưa ra các khuyến cáo kịp thời nhằm cải thiện chất lượng thực hành khi sử dụng kháng sinh cho người bệnh, chúng tôi thực hiện đề tài: “Đánh giá khả năng phòng tránh được của phản ứng có hại liên quan đến kháng sinh tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2024” với mục tiêu:

- Mô tả đặc điểm phản ứng có hại liên quan đến kháng sinh dựa trên chẩn đoán của bác sĩ trong hồ sơ bệnh án (HSBA).

- Đánh giá khả năng phòng tránh được của phản ứng có hại liên quan đến kháng sinh tại bệnh viện theo Quyết định 29/2022/QĐ-BYT ngày 05/1/2022 của Bộ Y tế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Hồ sơ bệnh án của các khoa lâm sàng có sử dụng kháng sinh trong khoảng thời gian 06 tháng đầu năm 2024.

- Báo cáo ADR tự nguyện của khoa lâm sàng và báo cáo ADR của khoa Dược có thuốc nghi ngờ là kháng sinh trong khoảng thời gian 06 tháng đầu năm 2024.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang thông qua hồi cứu dữ liệu từ hồ sơ bệnh án.

3. Xử lý số liệu

Microsoft Excel 2010.

4. Nội dung nghiên cứu

4.1. Mô tả đặc điểm phản ứng có hại và các yếu tố có liên quan

- Đặc điểm của mẫu nghiên cứu (giới tính, tuổi, tiền sử dị ứng, ...).

- Tỷ lệ xảy ra ADR khi sử dụng kháng sinh.

- Mô tả phản ứng

- Mức độ nghiêm trọng và cách xử trí ADR.

- Kết quả sau xử trí.

4.2. Phân tích sự hình thành tín hiệu

- Phân tích về liều dùng, đường dùng và cách dùng thuốc.

- Đánh giá khả năng phòng tránh được dựa trên Phương pháp P đề xuất bởi nhóm chuyên gia của WHO.

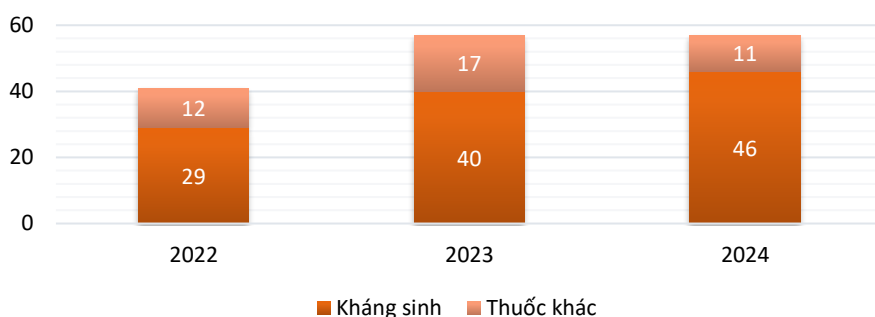
5. Giải thích từ ngữ

Phản ứng có hại của thuốc phòng tránh được (pADR) là tổn thương gây ra bởi một sai sót ở bất kỳ giai đoạn nào trong quá trình sử dụng thuốc.

III. KẾT QUẢ

Trong khoảng thời gian nghiên cứu đã có 19,423 HSBA được chỉ định sử dụng kháng sinh. Qua giám sát tích cực và các báo cáo ADR tự nguyện, chúng tôi ghi nhận được 46 trường hợp xảy ra phản ứng có hại của thuốc liên quan đến kháng sinh.

**Biểu đồ 1: Số báo cáo ADR kháng sinh
06 tháng đầu năm Bệnh viện ĐKTT An Giang**



1. Mô tả đặc điểm phản ứng có hại và các yếu tố có liên quan

- Đặc điểm của bệnh nhân có ADR liên quan đến kháng sinh:

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân có ADR liên quan đến kháng sinh

Đặc điểm	Số lượng (N=46)	Tỉ lệ %
Giới tính		
Nam	15	32,6
Nữ	31	67,4
Tuổi		
< 18	1	2,2
18 - 64	33	71,7
> 64	12	26,1
Tuổi trung bình [giá trị nhỏ nhất; giá trị lớn nhất]	49 [16; 90]	
Tiền sử dị ứng		
Có	9	19,6
Không	37	80,4

Nhận xét: Bệnh nhân nữ ghi nhận ADR (67,4%) có tỷ lệ cao hơn so với bệnh nhân nam (32,6%). Các ADR được ghi nhận ở nhiều nhóm tuổi khác nhau. Độ tuổi trung bình xảy ra ADR là 49 (năm) cao hơn với nghiên cứu của Nguyễn Thị Lý và cộng sự (2020) [29] do BVĐKTTAG không có khoa Nhi nên ít tiếp nhận các trường hợp người bệnh nhỏ tuổi. Bệnh nhân lớn tuổi nhất là 90 tuổi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 16 tuổi. Đa số bệnh nhân nằm trong độ tuổi 18-64 tuổi (chiếm 71,7%). Về tiền sử, có 09 bệnh nhân (19,6%) được ghi nhận có tiền sử dị ứng thuốc và các tác nhân khác.

- Tỉ lệ xảy ra ADR:

Bảng 2: Tỉ lệ xảy ra ADR

HSBA	Số lượng	Tỉ lệ %
Có	46	0,24
Không	19.377	99,76
Tổng	19.423	100

Nhận xét: Trong số 19.423 HSBA có sử dụng kháng sinh thì ghi nhận được 46 ca có xảy ra phản ứng có hại nghi ngờ do kháng sinh (chiếm 0,24%).

- *Kháng sinh nghi ngờ gây phản vệ được báo cáo nhiều nhất:*

Bảng 3: Các hoạt chất và nhóm kháng sinh nghi ngờ gây ADR nhiều nhất

STT	Tên hoạt chất	Số lượng	Tỉ lệ %
1	Ceftriaxon	15	32,6
2	Ciprofloxacin	11	23,9
3	Amoxicilin + acid clavulanic	5	10,9
4	Ceftazidim	3	6,5
5	Piperacilin + tazobactam	3	6,5
6	Cefotaxim	2	4,3
7	Levofloxacin	2	4,3
8	Amoxicillin	1	2,2
9	Cefadroxil	1	2,2
10	Cefotiam	1	2,2
11	Cefoxitin	1	2,2
12	Vancomycin	1	2,2
STT	Nhóm kháng sinh	Số lượng	Tỉ lệ %
1	Beta-lactam khác	23	50,0
2	Quinolon	13	28,3
3	Penicillin	9	19,6
4	Glycopeptid	1	2,2
Tổng		46	100

Bảng 4: Đường dùng của các kháng sinh gây ADR

Đường dùng	Số lượng	Tỉ lệ %
Truyền tĩnh mạch	25	54,3
Tiêm mạch chậm	14	30,4
Uống	7	15,2
Tổng	46	100

Bảng 5: Phân loại ADR liên quan đến kháng sinh theo tổ chức cơ thể

Nhóm kháng sinh	Rối loạn da và mô dưới da	Rối loạn hệ tuần hoàn	Rối loạn hệ tiêu hoá	Rối loạn hệ hô hấp	Rối loạn toàn thân và phản ứng tại vị trí dùng thuốc	Rối loạn hệ thần kinh trung ương và ngoại biên
Beta-lactam khác*	20	1	3	4	2	2
Penicillin	6	1	1	4	4	0
Quinolon	12	0	0	0	1	0
Glycopeptid	1	0	0	0	0	1
Tổng cộng	39	2	4	8	7	3
* Kháng khuẩn nhóm beta-lactam khác bao gồm các cephalosporin						

- Biểu hiện ADR:

Bảng 6: Biểu hiện ADR liên quan đến kháng sinh được ghi nhận

Biểu hiện	Số lượng	Tỉ lệ
Ngứa	27	58,7
Mẩn đỏ	11	23,9
Mề đay	9	19,6
Đỏ da	7	15,2
Khó thở	7	15,2
Nổi mẩn	3	6,5
Nôn ói	3	6,5
Lạnh run	3	6,5
Vã mồ hôi	3	6,5
Phù mi mắt	2	4,3
Phù mi mắt (1cm x 1cm)	1	2,2
Phù toàn thân	1	2,2
Nổi mẩn	1	2,2
Tê da	1	2,2
Tim đập nhanh	1	2,2
Mạch nhanh	1	2,2
Tiêu chảy	1	2,2
Đau bụng	1	2,2
Ho	1	2,2

Biểu hiện	Số lượng	Tỉ lệ
Phổi rale ẩm	1	2,2
Mệt	1	2,2
Tay chân lạnh	1	2,2
Run cơ	1	2,2
Tê đầu lưỡi	1	2,2
Say sẩm	1	2,2
Chóng mặt	1	2,2
Nhức đầu	1	2,2

- Thời gian tiềm tàng xuất hiện phản ứng có hại:

Bảng 7: Thời gian tiềm tàng xuất hiện phản ứng có hại

Thời gian	Số lượng	Tỉ lệ %
≤ 10 phút	4	8,7
10 – 60 phút	40	87,0
> 60 phút	2	4,3
Tổng cộng	46	100

Nhận xét: Thời gian trung bình xuất hiện phản ứng là 23 phút. Thời gian ngắn nhất được ghi nhận là 1 phút và thời gian dài nhất là 90 phút.

- Mức độ nghiêm trọng:

Bảng 8: Mức độ nghiêm trọng của phản ứng ADR

Mức độ nghiêm trọng	Số lượng	Tỉ lệ %
Tử vong	0	0
Đe dọa tính mạng	4	8,7
Nhập viện/kéo dài thời gian nằm viện	12	26,1
Tàn tật vĩnh viễn/nặng nề	0	0
Dị tật thai nhi	0	0
Không nghiêm trọng	30	65,2
Tổng cộng	46	100

- Kết quả sau xử lý:

Bảng 9: Kết quả sau xử trí ADR

Kết quả sau xử lý	Số lượng	Tỉ lệ %
Tử vong do ADR	0	0
Tử vong không liên quan đến thuốc	0	0

Kết quả sau xử lý	Số lượng	Tỉ lệ %
Chưa hồi phục	0	0
Đang hồi phục	15	32,6
Hồi phục có di chứng	0	0
Hồi phục không có di chứng	31	67,4
Không rõ	0	0
Tổng cộng	46	100

2. Phân tích sự hình thành tín hiệu

- Đánh giá mối liên quan giữa thuốc nghi ngờ và ADR theo thang đánh giá Naranjo:

Bảng 10: Mối liên quan giữa thuốc nghi ngờ và ADR theo thang đánh giá Naranjo

Mối liên quan	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Chắc chắn (≥ 9 điểm)	0	0
Có khả năng (5 – 8 điểm)	46	100
Có thể (1 – 4 điểm)	0	0
Nghi ngờ (<1 hoặc 0 điểm)	0	0
Tổng cộng	46	100

- Đánh giá khả năng phòng tránh được dựa trên Phương pháp P đề xuất bởi nhóm chuyên gia của WHO:

Bảng 11: Đánh giá khả năng phòng tránh được theo phương pháp P

Khả năng phòng tránh	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Có thể phòng tránh được	16	34,8
Không thể phòng tránh được	30	65,2
Không thể đánh giá được	0	0
Tổng cộng	46	100

Nhận xét: Có 16 ca (34,8%) được đánh giá là có thể phòng tránh được. Bảng 12: Các kháng sinh có pADR

Bảng 12: Phân loại báo cáo theo nguyên nhân dẫn đến pADR liên quan đến kháng sinh

Nguyên nhân dẫn đến pADR		Số lượng	Tỉ lệ (N=16)
Thực hành chuyên môn "Pr"	Đường dùng không phù hợp	6	37,5
	Có tiền sử quá mẫn với thuốc hoặc các thuốc khác trong nhóm	8	50,0
Người bệnh "Pa"	Người bệnh tự ý dùng thuốc kê đơn	3	18,8

Bảng 13: Phân loại nhóm kháng sinh theo nguyên nhân gây pADR

Kháng sinh	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Ceftriaxon	9	56,3
Amoxicilin + acid clavulanic	3	18,8
Cefadroxil	1	6,3
Amoxicillin	1	6,3
Ciprofloxacin	1	6,3
Ceftazidim	1	6,3
Tổng cộng	16	100
Nhóm kháng sinh	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Beta-lactam khác	11	68,8
Penicillin	4	25,0
Quinolon	1	6,3
Tổng cộng	16	100

Nhóm kháng sinh	Đường dùng không phù hợp	Tiền sử quá mẫn	Tự ý dùng thuốc kê đơn
Beta-lactam khác	6	4	1
Penicillin	0	2	2
Quinolon	0	1	0

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm báo cáo ADR liên quan đến kháng sinh

Hoạt động Cảnh giác Dược tại Việt Nam với cơ sở dữ liệu báo cáo ADR tự nguyện ngày càng tăng nhanh về số lượng và hoàn thiện hơn về chất lượng có vai trò là nguồn dữ liệu quan trọng và tiềm năng giúp triển khai các hoạt động nghiên cứu thúc đẩy sử dụng thuốc một cách an toàn và hợp lý. Tại Bệnh viện ĐKTT An Giang, tỉ lệ xảy ra phản ứng có hại của kháng sinh là 0,24% (46 ca ADR trên tổng số 19,423 HSBA sử dụng). Số lượng báo cáo ADR có thuốc nghi ngờ là kháng sinh trong 06 tháng đầu năm tăng dần qua các năm: 29 ca năm 2022 (chiếm 70,7% tổng số báo cáo), năm 2023 là 40 ca (70,2%), năm 2024 tăng đến 46 ca (80,7%). Tỉ lệ này khá cao so với tỉ lệ 66,7% trong nghiên cứu Đỗ Hồng Ngọc và cộng sự [3] tiến hành năm 2023 trên quy mô cả nước. Bệnh viện ĐKTT An Giang là bệnh viện tuyến cuối của tỉnh, tiếp nhận điều trị lượng bệnh lớn, tăng dần sau các năm, các ca bệnh chuyển tuyến trong tình trạng nặng, đặc biệt là các bệnh nhiễm khuẩn. Nguyên nhân này đòi hỏi việc chỉ định sử dụng kháng sinh trong điều trị, dẫn đến tỉ lệ xảy ra ADR cũng cao hơn. Điều này có thể được giải thích do đặc điểm sử dụng thuốc trong điều trị, trong đó các bệnh lý nhiễm trùng vẫn đang là gánh nặng y tế ở các quốc gia có thu nhập trung bình – thấp. Tại Việt Nam, áp lực sử dụng kháng sinh lớn do tỷ lệ mắc các bệnh về nhiễm khuẩn và ký sinh trùng còn cao [5]

Về đặc điểm của mẫu nghiên cứu, giới tính của bệnh nhân có sự chênh lệch với 32,6% bệnh nhân nam và bệnh nhân nữ là 67,4%. Độ tuổi trung bình xảy ra ADR là $49 \pm 20,1$ (năm). Đa số bệnh nhân nằm trong độ tuổi 18 – 64 tuổi (chiếm 71,7%). Trong đó có 09 bệnh nhân được ghi nhận có tiền sử dị ứng (19,6%). Các kết quả này đều tương đồng với kết quả của các nghiên cứu trước đó đã tiến hành trên cùng cơ sở dữ liệu [5]. Như vậy, tuy nghiên cứu của

chúng tôi tiến hành trên đối tượng là báo cáo ADR liên quan kháng sinh nhưng vẫn mang các đặc điểm đại diện cho cơ sở dữ liệu báo cáo ADR tự nguyện tại Việt Nam.

Nhóm thuốc kháng sinh nghi ngờ gây ADR phổ biến nhất là thuốc kháng khuẩn beta-lactam khác (50,0%), tiếp đến là thuốc kháng khuẩn nhóm quinolon (28,3%). Đây cũng là 2 nhóm thuốc có tỷ lệ báo cáo ADR nhiều nhất trong số 30 thuốc có tổng chi phí bảo hiểm cao nhất tại Việt Nam năm 2016 [5] và được ghi nhận với tỷ lệ báo cáo nhiều nhất trong tổng kết công tác báo cáo phản ứng có hại của thuốc của Trung tâm DI&ADR Quốc gia [10]. Lý do cephalosporin luôn là kháng sinh đầu bảng trong cơ sở dữ liệu tại Việt Nam có thể do áp lực sử dụng các kháng sinh phổ rộng. Theo “Báo cáo sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh tại 15 bệnh viện Việt Nam năm 2008 – 2009” của nhóm GARP Việt Nam, kháng sinh nhóm cephalosporin được sử dụng phổ biến trong tất cả bệnh viện, tiếp theo đó là kháng sinh nhóm penicilin và quinolon [5]. Một nghiên cứu khảo sát tiêu thụ kháng sinh tại 16 bệnh viện thì các cephalosporin, penicilin và quinolon chiếm đến 70% kháng sinh sử dụng trong bệnh viện [5].

Các ADR liên quan kháng sinh được phát hiện trong nghiên cứu rất đa dạng, trong đó, phần lớn là các rối loạn trên da và mô dưới da (84,8%) gồm các biểu hiện như ngứa, mẩn đỏ, mề đay, đỏ da. Tiếp đến là các rối loạn hệ hô hấp (17,4%), rối loạn toàn thân và phản ứng tại vị trí dùng thuốc (chiếm 15,2%)... Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Lý và cộng sự (2020) [5]. Đa số các trường hợp xảy ra ADR đều được đánh giá không nghiêm trọng (65,2%), kể đến có 26,1% bệnh nhân được ghi nhận phải nhập viện hoặc kéo dài thời gian nằm viện. Trường hợp ADR gây đe dọa tính mạng chiếm 8,7%.

Trong các đường dùng kháng sinh ghi nhận được thì đường tiêm/truyền chiếm đa số (84,7%). Trong năm 2019, Cơ sở dữ liệu báo cáo ADR tự nguyện cũng đã ghi nhận phản ứng có hại xảy ra khi dùng thuốc bằng đường tiêm/truyền tĩnh mạch chiếm tỷ lệ cao hơn so với các đường dùng khác (59,7%) [10]. Điều này phản ánh việc sử dụng kháng sinh ở các cơ sở khám chữa bệnh chủ yếu dùng đường tiêm. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Kính và cộng sự (2013) cũng chỉ ra rằng các cephalosporin đường tiêm là thuốc chiếm tỷ trọng lớn nhất trong doanh thu trung bình hàng năm của bệnh viện [5]. Do đó, để có thể giảm thiểu phản ứng có hại liên quan đến tiêm truyền thuốc nên ưu tiên sử dụng thuốc qua đường uống, chỉ sử dụng đường tiêm truyền khi người bệnh không thể dùng thuốc qua đường uống hoặc khi đường tĩnh mạch mang lại nhiều lợi ích điều trị hơn, sau đó nên cân nhắc chuyển ngay sang dạng uống khi điều kiện lâm sàng cho phép. Ngoài ra, để giảm thiểu nguy cơ xuất hiện kích ứng tại vị trí tiêm truyền, cần lưu ý đến độ pha loãng của dung dịch, tốc độ và vị trí tiêm truyền khi sử dụng thuốc cho bệnh nhân.

4.2. Khả năng phòng tránh được của ADR liên quan đến kháng sinh

Tỷ lệ pADR liên quan đến kháng sinh trong nghiên cứu của chúng tôi là 34,8%, kết quả này cao hơn so với các nghiên cứu trước đó tại Việt Nam với tỷ lệ khoảng 9 – 11% báo cáo ADR có thể phòng tránh được [2], [5], [9]. Khi so sánh với các nghiên cứu đánh giá pADR được tiến hành tại các cơ sở khám chữa bệnh trong nước, nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ pADR cao hơn. Cụ thể, trong nghiên cứu của áp dụng bộ công cụ trigger tool của Phạm Thị Thúy Vân và cộng sự (2019) tỷ lệ pADR ghi nhận được là 17,2% [7] hay trong nghiên cứu của Trần Ngân Hà và cộng sự (2019) thì tỷ lệ này là 28,3% [8]. Nguyên nhân của sự khác biệt xuất phát từ nhiều yếu tố khác nhau. Thứ nhất, các nghiên cứu này sử dụng phương pháp tiên cứu, quan sát trực tiếp cộng với rà soát bệnh án tại các cơ sở khám chữa bệnh nên số lượng ADR cũng như chất lượng thông tin được đảm bảo hơn. Thứ hai, quá trình thu thập, bổ sung thông tin được tiến hành thuận lợi, từ đó, đảm bảo hiệu quả của quá trình phát hiện và đánh giá khả năng phòng tránh được của các ADR vốn phụ thuộc rất nhiều vào mức độ đầy đủ của thông tin bệnh nhân và thuốc sử dụng.

4.3. Nguyên nhân gây pADR liên quan đến kháng sinh

Nguy cơ xảy ra phản ứng dị ứng khi sử dụng thuốc trên bệnh nhân đã có tiền sử dị ứng thuốc đó là rất cao, vì thể chống chỉ định với bệnh nhân đã có tiền sử dị ứng thuốc là một khuyến

cáo quan trọng trong mục chống chỉ định của thuốc. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân có tiền sử dị ứng thuốc trước đó gặp ADR với kháng sinh là 50%. Tầm quan trọng của việc khai thác tiền sử dị ứng cũng đã được nhấn mạnh trong Thông tư 51 về “Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ”. Đây là công việc bắt buộc, bác sĩ, người kê đơn thuốc hoặc nhân viên y tế khác có thẩm quyền phải khai thác kỹ tiền sử dị ứng thuốc, dị nguyên của người bệnh trước khi kê đơn thuốc hoặc chỉ định sử dụng thuốc. Khai thác kỹ tiền sử dị ứng, tiến hành test da trước khi sử dụng thuốc hoặc dị nguyên nếu người bệnh có tiền sử dị ứng với thuốc hoặc dị nguyên có liên quan (thuốc, dị nguyên cùng nhóm hoặc có phản ứng chéo) và nếu người bệnh có tiền sử phản vệ với nhiều dị nguyên khác nhau. Từ đó, định hướng lựa chọn kháng sinh an toàn, giảm tối đa các ADR liên quan đến kháng sinh, đặc biệt là những ADR cấp tính và có thể đe dọa tính mạng như sốc phản vệ.

Sai sót trong quá trình dùng thuốc trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận là 37,5% trong các ca có pADR liên quan đến quá trình chuẩn bị và dùng thuốc, có thể là do các thông tin về chuẩn bị thuốc (dung môi, nồng độ pha loãng) hay kỹ thuật dùng thuốc (đường dùng, tốc độ truyền) thường không được đề cập hoặc không rõ ràng.

Vấn đề tự ý sử dụng kháng sinh của người bệnh được chúng tôi ghi nhận với tỷ lệ 18,8%. Nghiên cứu của Trần Thị Lý và cộng sự (2018) chỉ ra rằng 6/7 trường hợp tự ý sử dụng thuốc kê đơn là kháng sinh [9]. Như vậy, có thể nói tình trạng sử dụng kháng sinh không hợp lý ngoài cộng đồng chiếm một tỷ lệ đáng kể trong số các nguyên nhân gây pADR. Luật Dược (2016) quy định kháng sinh là thuốc kê đơn và do đó chỉ được bán kháng sinh tại các cơ sở bán lẻ khi có đơn thuốc, thông tư về Thực hành tốt cơ sở bán lẻ thuốc (GPP) cũng quy định các nhà thuốc phải tuân thủ các quy định bán thuốc theo đơn. Tại Việt Nam trên thực tế một số lớn các nhà thuốc được chứng nhận GPP vẫn phân phối kháng sinh cho bệnh nhân mà không có đơn thuốc từ bác sĩ [5]. Một tổng quan hệ thống và phân tích gộp về thực trạng cung cấp kháng sinh không đơn tại các cơ sở bán lẻ thuốc trên 27 quốc gia của Nguyễn Thị Phương Thủy và cộng sự (2019) cho thấy ước tính tỷ lệ kháng sinh cung cấp không đơn tại các cơ sở bán lẻ thuốc tương đối cao (62,1%) [6]. Do vậy, tăng cường giám sát chặt chẽ và thúc đẩy các biện pháp can thiệp để đảm bảo thực hành tại nhà thuốc được tuân thủ triệt để theo quy định, kết hợp với giáo dục nhận thức cộng đồng về sử dụng kháng sinh hợp lý đang vẫn là vấn đề cấp bách của rất nhiều quốc gia hiện nay.

Đứng đầu danh mục các thuốc nghi ngờ gây pADR là các thuốc kháng khuẩn betalactam, trong đó, các beta - lactam khác chiếm 68,8% và các penicilin chiếm 25%. Nhóm thuốc này được ghi nhận gây ra các pADR thường gặp nhất như các rối loạn da và mô dưới da, rối loạn toàn thân và tại vị trí dùng thuốc với tỷ lệ cao nhất. Các nguyên nhân gây pADR thường gặp nhất bao gồm đường dùng không phù hợp, dùng lại thuốc có tiền sử dị ứng/dị ứng chéo hay tự ý sử dụng thuốc kê đơn cũng được ghi nhận nhiều nhất với hai nhóm thuốc này. Đáng chú ý trong y văn, penicilin là nguyên nhân hàng đầu gây ra các phản ứng dị ứng thuốc, kể đó là cephalosporin [5]. Ở một số nước châu Âu cũng ghi nhận kháng sinh nhóm penicilin là các thuốc có tỷ lệ phản vệ cao nhất [5]. Sự khác biệt đặc thù này ở Việt Nam có thể lý giải vì sự chuyển dịch sử dụng từ nhóm penicilin sang nhóm cephalosporin do tình trạng đề kháng kháng sinh nhóm penicilin của một số chủng vi khuẩn khá cao, cùng một số nguyên nhân khác bao gồm nhận thức cán bộ y tế, thói quen kê đơn trong thực hành [1]. Vì vậy, cần nhấn mạnh lại rằng tình trạng lạm dụng kháng sinh trong bệnh viện và cộng đồng, tầm quan trọng của khai thác tiền sử dị ứng, cùng với nâng cao nhận thức cộng đồng về kháng sinh và sử dụng kháng sinh an toàn là các biện pháp nền tảng để giảm thiểu các ADR liên quan đến kháng sinh beta – lactam.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu đã cung cấp khái quát nhất các vấn đề đang tồn tại liên quan đến sử dụng kháng sinh tại Bệnh viện ĐKTT An Giang thông qua các báo cáo ADR tự nguyện từ các khoa lâm sàng và hoạt động giám sát tích cực các HSBA sử dụng kháng sinh được thực hiện

tại khoa Dược với 0,24% tỉ lệ xảy ra ADR khi sử dụng kháng sinh và với 34,8% ca ADR được đánh giá là phòng tránh được theo phương pháp P của WHO.

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là các HSBA sử dụng kháng sinh trong 06 tháng đầu năm 2024. Từ đó, cung cấp một cái nhìn tổng thể về ADR liên quan đến kháng sinh bao gồm tỉ lệ, tần suất, đặc điểm phản ứng, mức độ tổn thương và hậu quả của ADR liên quan đến kháng sinh, đồng thời cho thấy thực trạng các ADR cần quan tâm và có thể phát hiện dựa trên kết quả xét nghiệm vẫn chưa có nhiều, cũng là hình ảnh phản ánh thực tế điều trị, giúp phát hiện một số điểm còn tồn tại liên quan đến sử dụng kháng tại Bệnh viện ĐKTT An Giang. Cảnh báo những tín hiệu sai sót liên quan đến sử dụng kháng sinh đã phát hiện được để dự phòng, đồng thời giới thiệu, đưa khái niệm về khả năng phòng tránh được của ADR và phương pháp phát hiện, phòng tránh pADR liên quan đến kháng sinh đến các nhân viên y tế. Triển khai tập huấn cho các nhân viên y tế cách đánh giá và ngăn ngừa pADR hướng tới tối đảm bảo sử dụng kháng sinh hợp lý và tối ưu hóa điều trị trên bệnh nhân.

Chương trình quản lý kháng sinh cần thực hiện đồng bộ với nhiều biện pháp phối hợp, lãnh đạo bệnh viện chỉ đạo giám sát chặt chẽ các khoa/phòng trong bệnh viện tham gia như các khoa lâm sàng, khoa dược, khoa xét nghiệm, tổ giám sát ADR, ... phải thực hiện nghiêm túc cũng như không ngừng đào tạo, tập huấn kiến thức chuyên môn cho nhân viên y tế là nhiệm vụ cấp thiết và lâu dài nhằm nâng cao chất lượng điều trị tại bệnh viện, giảm chi phí cho người bệnh, giảm gánh nặng cho nhân dân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Đặng Bích Việt và cộng sự (2018), "Tín hiệu an toàn của các thuốc có chi phí Bảo hiểm y tế cao nhất năm 2016: phân tích từ cơ sở dữ liệu báo cáo ADR tại Việt Nam"
- [2] Đoàn Thị Phương Thảo và cộng sự (2017), "Khảo sát phản ứng có hại phòng tránh được từ cơ sở dữ liệu báo cáo ADR tại Việt Nam"
- [3] Đỗ Hồng Ngọc và cộng sự (2023), "Phân tích sự hình thành tín hiệu phản vệ từ cơ sở dữ liệu báo cáo ADR tự nguyện tại Việt Nam giai đoạn 2017-2021"
- [4] Nguyễn Hoàng Anh và cộng sự (2015), "Đánh giá chất lượng báo cáo ADR trong cơ sở dữ liệu báo cáo tự nguyện của Việt Nam giai đoạn 2011-2013"
- [5] Nguyễn Thị Lý và cộng sự (2020), "Đánh giá khả năng phòng tránh được của phản ứng có hại liên quan đến kháng sinh trong cơ sở dữ liệu báo cáo ADR tự nguyện tại Việt Nam"
- [6] Nguyễn Thị Phương Thúy và cộng sự (2019), "Cung cấp kháng sinh không có đơn tại các cơ sở bán lẻ thuốc trên thế giới: Tổng quan hệ thống và phân tích gộp"
- [7] Phạm Thị Thúy Vân (2019), "Áp dụng bộ công cụ phát hiện biến cố bất lợi của thuốc IHI ADE Trigger Tool tại bệnh viện"
- [8] Trần Ngân Hà (2019), "Giám sát tích cực phản ứng có hại của thuốc thông qua bộ công cụ phát hiện tín hiệu tại phòng C2- Viện tim mạch, bệnh viện Bạch Mai"
- [9] Trần Thị Lý (2018), "Đánh giá khả năng phòng tránh được của các phản ứng có hại của thuốc từ hệ thống báo cáo tự nguyện tại Việt Nam"
- [10] Trung tâm DI&ADR Quốc gia (2019), "Công văn số 10/TTT, ngày 13/02/2020 của Trung tâm Quốc gia về Thông tin thuốc và Theo dõi phản ứng có hại của thuốc về việc tổng kết công tác báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR) năm 2019"

ĐÁNH GIÁ SỰ HÀI LÒNG VỀ MÔI TRƯỜNG LÀM VIỆC CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ VÀ HIỆU QUẢ SAU CAN THIỆP TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG NĂM 2024

Nguyễn Như Nguyễn, Ngô Quốc Tuấn,
Phạm Ngọc Trân, Nguyễn Thị Ngọc Hạnh

TÓM TẮT

Mở đầu: Nhân viên y tế đảm trách vai trò quyết định cho công tác chăm sóc sức khỏe, nhu cầu thiết yếu của người dân và mục tiêu hàng đầu của ngành y tế. Khi có những phương cách phù hợp với nhu cầu và hài lòng với nguyện vọng của nhân viên sẽ tạo được sự yên tâm, chủ động, cạnh tranh lành mạnh trong công tác, gây ra những tác động tích cực cho sự tồn tại và phát triển của các cơ sở y tế.

Mục tiêu: Đánh giá sự hài lòng đối với môi trường làm việc của nhân viên y tế và xác định một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang trước và sau can thiệp năm 2024.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, kết hợp nghiên cứu định lượng từ 841 nhân viên y tế trong bệnh viện. Nghiên cứu sử dụng phần mềm SPSS 26.0 để phân tích các yếu tố liên quan

Kết quả: Trước can thiệp: Tỷ lệ NVYT tại bệnh viện có mức độ hài lòng chung đối với môi trường làm việc đạt tỷ lệ 70,7% (trung bình đạt 3,83 điểm). Sau can thiệp: Tỷ lệ NVYT tại bệnh viện có mức độ hài lòng chung đối với môi trường làm việc đạt tỷ lệ 91,5% (trung bình đạt 4,27 điểm). Trong các yếu tố về xã hội và nhân khẩu học thì Chức danh nghề nghiệp và trình độ chuyên môn có ảnh hưởng đến mức độ hài lòng của NVYT đối với môi trường làm việc. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Kết luận: Cải thiện môi trường làm việc, tạo cho NVYT có điều kiện làm việc tốt nhất, tăng thu nhập và phân phối thu nhập công bằng cho người lao động là nhu cầu chính đáng của NVYT. Đồng thời, tăng cường công tác xã hội hóa y tế, kêu gọi sự đầu tư của toàn xã hội về cơ sở hạ tầng và trang thiết bị nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh cho tuyến y tế cơ sở nói chung và cho các Bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh nói riêng. Có chế độ chính sách nhằm thu hút nhân lực y tế có chất lượng đặc biệt là đội ngũ bác sỹ chuyên khoa về công tác tại Bệnh viện đa khoa trọng yếu của tuyến tỉnh

Từ khóa: nhân viên y tế, môi trường làm việc, can thiệp

ASSESSING THE SATISFACTION WITH THE WORKING ENVIRONMENT OF MEDICAL STAFF AND EFFECTIVENESS AFTER INTERVENTION AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2024

ABSTRACT

Background: Medical staff take on a decisive role for health care, the essential needs of the people and the top goals of the health sector. When there are methods that suit the needs and satisfy the aspirations of employees, it will create peace of mind, initiative, and healthy competition in work, causing positive impacts on survival and development. development of medical facilities.

Objective: Assess satisfaction with the working environment of medical staff and identify some related factors at An Giang Central General Hospital before and after intervention in 2024. Subjects and methods

Subjects and methods: Cross-sectional descriptive study with analysis, combining quantitative research from 841 medical staff in the hospital. The study used SPSS 26.0 software to analyze related factors.

Results: Before intervention: Percentage of health workers at the hospital The hospital has an overall satisfaction level with the working environment of 70.7% (an average of 3.83 points). After intervention: The rate of health workers at the hospital with an overall satisfaction level with the working environment reached 91.5% (an average of 4.27 points). Among social and demographic factors, occupational title and professional qualifications affect the level of satisfaction of health workers with the working environment. This difference is statistically significant $p < 0.05$.

Conclusion: Improving the working environment, creating the best working conditions for health care workers, increasing income and distributing income fairly to workers are legitimate demands of health workers. At the same time, strengthen the socialization of health care, calling for investment from the entire society in infrastructure and equipment to improve the quality of medical examination and treatment for grassroots health care levels in general and for other health care providers. Provincial specialized hospitals in particular. Have policies to attract quality medical human resources, especially a team of specialized doctors working at the hospital. Key general clinics at the provincial level

Key words: medical staff, working environment, intervention

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhân viên y tế (NVYT) đảm trách vai trò quyết định cho công tác chăm sóc sức khỏe, nhu cầu thiết yếu của người dân và mục tiêu hàng đầu của ngành y tế. Khi có những phương cách phù hợp với nhu cầu và hài lòng với nguyện vọng của nhân viên sẽ tạo được sự yên tâm, chủ động, cạnh tranh lành mạnh trong công tác, gây ra những tác động tích cực cho sự tồn tại và phát triển của các cơ sở y tế.

Một nghiên cứu tại Ethiopia (2018), cho thấy mức độ hài lòng với công việc chung của các chuyên gia chăm sóc sức khỏe là 54%. Phát hiện này có thể so sánh với các nghiên cứu trước đây được thực hiện ở Ấn Độ (2013) 50% và tại Ethiopia (2017) 52,9% ở Addis Ababa [10]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Đặng Hoàng Vũ (2020) sử dụng thang đo của Bộ Y tế đánh giá sự hài lòng với công việc của 268 nhân viên y tế Bệnh viện Chợ Rẫy. Kết quả cho thấy tỉ lệ hài lòng toàn diện của nhân viên y tế đạt khá cao 76,1%, trong đó tỉ lệ hài lòng của các yếu tố lần lượt cao nhất là về hài lòng chung 86,9%; tiếp theo là về lãnh đạo, đồng nghiệp (85,8%); về quy chế nội bộ, tiền lương, phúc lợi là 83,6%; về công việc, cơ hội học tập, thăng tiến là 83,2%; thấp nhất là tỉ lệ nhân viên y tế hài lòng về môi trường làm việc 81,0% [3]

Môi trường làm việc nhân viên y tế áp lực nhất vì quá tải, thiếu cơ sở vật chất, nhiều rủi ro do bệnh tật và nạn bạo hành. Tại Việt Nam, bạo hành trong ngành y tế có tỷ lệ cao, chiếm 25% tổng số bạo hành tại nơi làm việc, ông Nguyễn Trọng Khoa, Phó Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế, cho biết tại hội thảo Bảo vệ Blouse trắng, ngày 29/10. Số vụ bạo hành nhân viên y tế có chiều hướng gia tăng. Từ đầu năm 2019 đến nay, có khoảng 20 vụ bạo hành bệnh viện, tập trung chủ yếu tại các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh, trong đó có bốn bác sĩ, 15 điều dưỡng và một bảo vệ bị hành hung. Trước đó, từ năm 2010 đến 2017, có 26 vụ việc điển hình về mất an ninh, trật tự bệnh viện trong đó năm 2014 có tới 7 vụ điển hình. Bạo hành chủ yếu ở bệnh viện tuyến tỉnh (60%), 20% ở tuyến trung ương. 70% nạn nhân là bác sĩ, 15% là điều dưỡng. Tới 90% vụ bạo hành xảy ra khi bác sĩ đang cấp cứu, chăm sóc cho bệnh nhân, 60% xảy ra khi thầy thuốc đang giải thích cho bệnh nhân, người nhà

Làm việc trong môi trường y tế, cán bộ, y, bác sĩ luôn phải tiếp xúc với rất nhiều bệnh nhân trong một ngày với nhiều loại bệnh khác nhau, thậm chí có nhiều trường hợp bị lây nhiễm trong khi thực hiện công tác khám, chữa bệnh. Cán bộ y tế thường xuyên phải làm việc trong môi trường có nguy cơ cao lây nhiễm các bệnh nguy hiểm. Chính vì vậy, việc tạo môi trường thuận lợi cho cán bộ y tế đã được các cấp, ngành đặc biệt quan tâm để cho họ yên tâm thực hiện tốt nhiệm vụ quan trọng chăm sóc sức khỏe cho toàn dân. Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang là bệnh viện hạng I trong tỉnh với cơ cấu nhân sự trên 1000 người lao động. Theo một nghiên cứu của bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2023, tại bệnh viện có 43,1% nhân

viên y tế đang làm việc được coi là có động lực làm việc, tỷ lệ này không quá cao và cũng phần nào phản ánh được một số vấn đề chưa hài lòng ở nhân viên y tế [1]. Nhằm cải thiện sự hài lòng nhân viên, đồng thời tìm hiểu một số yếu tố môi trường việc liên quan đến sự hài lòng của nhân viên y tế. Trên cơ sở đó, đưa ra những khuyến nghị và đề xuất một số giải pháp giúp Bệnh viện sử dụng hiệu quả nguồn nhân lực, nhằm góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “*Đánh giá sự hài lòng về môi trường làm việc của nhân viên y tế và hiệu quả sau can thiệp tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2024*” với 2 mục tiêu:

1. Đánh giá sự hài lòng đối với môi trường làm việc của nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang trước và sau can thiệp năm 2024.
2. Xác định một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng đối với môi trường làm việc của nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2024

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang và nghiên cứu can thiệp cộng đồng không nhóm chứng

2.2. Cỡ mẫu

a. Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu được tính theo công thức một tỷ lệ:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 * \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

+ Z: là độ tin cậy lấy ở mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

+ p là tỷ lệ có mức độ hài lòng chung đối với môi trường làm việc của bệnh viện. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Xuân Thăng tại Bệnh viện Tâm thần Thái Bình năm 2021 [6] thì tỷ lệ này là 94,2% nên chọn $p = 0,942$

+ d: là sai số cho phép. Chọn $d=0,05$

Thay vào công thức trên tính được $n = 840$

Nghiên cứu khảo sát trên 841 nhân viên đang công tác và làm việc tại bệnh viện

b. Nghiên cứu can thiệp: Tiến hành can thiệp trên số nhân viên chưa hài lòng về môi trường làm việc đã đánh giá ở nghiên cứu mô tả

c. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các khoa/ phòng tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang

- *Tiêu chuẩn lựa chọn*

+ Công tác tại bệnh viện theo hình thức biên chế hoặc hợp đồng làm việc.

+ Tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

- *Tiêu chuẩn loại trừ*

+ Không đủ năng lực hành vi tại thời điểm nghiên cứu.

+ Nghi chế độ: thai sản, ốm đau, học tập chung dài hạn, chuyển công tác.

+ Nhân viên thực tập lấy chứng chỉ hành nghề

2.4. Địa điểm

Tất cả nhân viên y tế đang công tác tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang. Thời gian: Bắt đầu từ tháng 01/2024 đến tháng 11/2024

2.5. Cách tiến hành

Dữ liệu được thu thập 02 lần: lần thứ nhất trước khi được can thiệp và lần thứ 2 sau khi can thiệp

Bước 1: Số liệu được thu thập thông qua Phiếu thu thập thông tin được nhóm nghiên cứu cải biên từ Mẫu “Phiếu khảo sát ý kiến của nhân viên y tế” – mẫu số 3 của Bộ Y tế [2]. Ở đây chúng tôi lược bỏ các phần trong đánh giá sự hài lòng về bệnh viện (mục B –E) mà chỉ tập trung vào mục A: Sự hài lòng về môi trường làm việc. Nhóm nghiên cứu đã tiến hành khảo sát 2 đợt 6 tháng đầu năm và 6 tháng cuối năm. Các phiếu được phát tới toàn bộ cán bộ nhân viên các khoa, phòng, bộ phận của bệnh viện để đối tượng nghiên cứu tự điền.

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thang đo Likert để đánh giá mức độ hài lòng – không hài lòng : Đây là một dạng thang đo lường về mức độ hài lòng hay không hài lòng với các mục được đề nghị, được trình bày dưới dạng một bảng. Trong bảng bao gồm 2 phần: Phần nêu nội dung và phần nêu những đánh giá theo từng nội dung đó; với thang đo này người trả lời phải biểu thị một lựa chọn theo những đề nghị được trình bày sẵn trong bảng

Bước 2: Phỏng vấn sâu các cán bộ lãnh đạo chủ chốt bệnh viện theo nội dung hướng dẫn, có sử dụng máy ghi âm

Bước 3: Đánh giá kết quả can thiệp: Bằng cách so sánh các chỉ số hài lòng nhân viên y tế 6 tháng đầu năm và 6 tháng cuối năm

* *Nội dung can thiệp:* Căn cứ các chỉ số hài lòng về môi trường làm việc của nhân viên y tế chưa đạt tiến hành các biện pháp, cải thiện nhằm nâng cao chỉ số hài lòng của nhân viên.

* *Phương thức can thiệp:* Can thiệp dựa trên kết quả khảo sát và phỏng vấn ý kiến của các cán bộ chủ chốt tại bệnh viện. Đồng thời, các biện pháp can thiệp có sử dụng kết quả thực hiện quan trắc môi trường lao động tại bệnh viện của Trung tâm kiểm soát bệnh tật An Giang kiểm tra hàng năm

2.6. Xử lý số liệu

Xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 26.0.

2.7. Đo lường các biến

- Các biến số rời rạc được trình bày dưới dạng tỉ lệ phần trăm.
- Biến số liên tục có phân bố chuẩn được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn.
- Biến số liên tục không có phân bố chuẩn được trình bày dưới dạng giá trị trung vị và khoảng.
- Tìm mối liên quan bằng phép kiểm hồi quy logistic đơn và đa biến để tìm các biến có ý nghĩa thống kê có liên quan đến tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế về môi trường làm việc trước và sau can thiệp là Odds ratio và khoảng tin cậy 95.
- Ngưỡng có ý nghĩa thống kê của các phép kiểm là $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	Dưới 30 tuổi	259	30,8
	Từ 31- 40 tuổi	316	37,5
	Từ 41- 50 tuổi	217	25,8
	> 50 tuổi	49	5,8
	Nhóm tuổi trung bình: $36,37 \pm 8,60$		
Giới tính	Nam	376	44,7
	Nữ	465	55,3
Chức danh	Bác sĩ	200	23,2

	Dược sĩ	65	7,8
	Điều dưỡng	436	51,8
	Khác	140	16,6
Trình độ chuyên môn	Sau đại học	123	14,6
	Đại học	273	32,5
	Cao đẳng	242	28,8
	Trung cấp	203	24,1
Năm công tác	Dưới 3 năm	92	10,8
	Từ 3- 5 năm	140	16,7
	Từ 5 -15 năm	427	50,8
	Trên 15 năm	182	21,7
Loại hợp đồng	Biên chế	657	78,1
	Hợp đồng	175	20,9
	Khác	9	1,1
Vị trí công tác	Khối hành chánh	145	17,2
	Khối lâm sàng	565	67,2
	Khối cận lâm sàng	131	15,6

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=841)

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của 841 nhân viên y tế tham gia khảo sát là 36,37 tuổi (độ tuổi cao nhất là 60 tuổi và thấp nhất là 22 tuổi). Tỷ lệ nam và nữ gần như tương đương nhau, nam (44,7%) và nữ (55,3%). Nhân viên y tế là Điều dưỡng chiếm tỷ lệ cao nhất 51,8%; Bác sĩ (23,2%); Dược sĩ (7,8%) và nhân viên khác với tỷ lệ 16,6%. Trình độ chuyên môn của các đối tượng nghiên cứu là: Sau đại học (14,6%); Đại học (32,5%); Cao đẳng (28,8%) và trung cấp (24,1%)

Phần lớn các đối tượng nghiên cứu có số năm công tác từ 5 đến 15 năm với tỷ lệ là 50,8. Hầu hết, đều là nhân viên biên chế của bệnh viện với tỷ lệ là 78,1%. Vị trí công tác của các đối tượng nghiên cứu lần lượt: Khối hành chánh (17,2%); Khối lâm sàng (67,2%) và khối cận lâm sàng là 15,6%

3.2. Kết quả đánh giá của đối tượng nghiên cứu về môi trường làm việc trước và sau can thiệp

Các yếu tố	TB ± DLC	Hài lòng	
		Số lượng	%
Phòng làm việc khang trang, sạch sẽ, thoáng mát.	3,77±0,75	584	69,5
Trang thiết bị văn phòng, bàn ghế làm việc... đầy đủ, các thiết bị cũ, lạc hậu được thay thế kịp thời.	3,73±0,77	567	67,4
Có bố trí phòng trực cho NVYT.	3,92±0,81	597	71,0

Phân chia thời gian trực và làm việc ngoài giờ hành chính hợp lý.	3,67±0,76	513	61,0
Các trang bị bảo hộ cho NVYT (quần áo, khẩu trang, găng tay...) đầy đủ, không bị cũ, nhàu nát, không bị hạn chế sử dụng.	4,03±0,64	680	80,8
Môi trường học tập tạo điều kiện cho NVYT cập nhật kiến thức, nâng cao trình độ: thư viện, phòng đọc, tra cứu thông tin, truy cập internet...	3,77±0,63	603	71,7
Môi trường làm việc bảo đảm an toàn cho NVYT.	3,88±0,65	608	72,3
Bệnh viện bảo đảm an ninh, trật tự cho NVYT làm việc.	3,87±0,73	610	72,5
Người bệnh và người nhà có thái độ tôn trọng, hợp tác với NVYT trong quá trình điều trị.	3,85±0,73	587	69,8
Hài lòng về môi trường làm việc	3,83±0,31	595	70,7

Bảng 3.2: Sự hài lòng của nhân viên y tế về môi trường làm việc trước can thiệp

Nhận xét: Qua kết quả nghiên cứu, ta thấy trước can thiệp tỷ lệ hài lòng của nhân viên về môi trường làm việc không cao. Trong đó, tiêu chí được đánh giá thấp nhất là tiêu chí “*Trang thiết bị văn phòng, bàn ghế làm việc... đầy đủ, các thiết bị cũ, lạc hậu được thay thế kịp thời*” với điểm trung bình là 3,73 và tỷ lệ hài lòng là 67,4. Tiêu chí đạt điểm trung bình và tỷ lệ hài lòng cao nhất là “*Các trang bị bảo hộ cho NVYT (quần áo, khẩu trang, găng tay...) đầy đủ, không bị cũ, nhàu nát, không bị hạn chế sử dụng*” lần lượt là 4,03 và 80,8%. Điểm trung bình và tỷ lệ hài lòng chung về môi trường làm việc của nhân viên y tế trước can thiệp lần lượt là 3,83 và 70,7%

Các yếu tố	TB ± DLC	Hài lòng	
		Số lượng	%
Phòng làm việc khang trang, sạch sẽ, thoáng mát.	4,01 ± 0,68	766	91,1
Trang thiết bị văn phòng, bàn ghế làm việc... đầy đủ, các thiết bị cũ, lạc hậu được thay thế kịp thời.	4,15 ± 0,58	777	92,4
Có bố trí phòng trực cho NVYT.	4,34 ± 0,57	801	95,3
Phân chia thời gian trực và làm việc ngoài giờ hành chính hợp lý.	4,20 ± 0,55	796	94,7
Các trang bị bảo hộ cho NVYT (quần áo, khẩu trang, găng tay...) đầy đủ, không bị cũ, nhàu nát, không bị hạn chế sử dụng.	4,31 ± 0,59	789	93,8
Môi trường học tập tạo điều kiện cho NVYT cập nhật kiến thức, nâng cao trình độ: thư viện, phòng đọc, tra cứu thông tin, truy cập internet...	4,30 ± 0,55	787	93,6
Môi trường làm việc bảo đảm an toàn cho NVYT.	4,29 ± 0,60	784	93,2
Bệnh viện bảo đảm an ninh, trật tự cho NVYT làm việc.	4,48 ± 0,58	807	95,9
Người bệnh và người nhà có thái độ tôn trọng, hợp tác với NVYT trong quá trình điều trị.	4,36 ± 0,62	778	92,5

Hài lòng về môi trường làm việc	4,27 ± 0,58	770	91,5

Bảng 3.3: Sự hài lòng của nhân viên y tế về môi trường làm việc sau can thiệp

Nhận xét: Sau can thiệp, điểm trung bình và tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế về môi trường làm việc thay đổi đáng kể lần lượt là 4,27 và 91,5%. Hầu hết các tiêu chí sau can thiệp đều đạt điểm trung bình trên 4,0 và tỷ lệ hài lòng của nhân viên về môi trường làm việc trên 90%. Trong đó, tiêu chí đạt điểm trung bình và tỷ lệ hài lòng cao nhất “*Bệnh viện bảo đảm an ninh, trật tự cho NVYT làm việc*” lần lượt là 4,48 và 95,9%.

3.3 Các yếu tố liên quan đến sự hài lòng đối với môi trường làm việc của nhân viên y tế

Đặc điểm		Số lượng	Hài lòng		Không hài lòng		OR (95% CI)	p
			n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)		
Nhóm tuổi	Dưới 30 tuổi	259	243	93,8	16	6,2	0,5 (0,2-1,1)	0,06
	Từ 31- 40 tuổi	316	299	94,6	17	5,4		
	Từ 41- 50 tuổi	217	195	89,9	22	10,1		
	> 50 tuổi	49	48	98	1	2		
Giới tính	Nam	376	360	95,7	16	4,3	1,01 (0,5-2,1)	0,96
	Nữ	465	435	93,5	30	6,5		
Chức danh	Bác sĩ	200	194	97	6	3	0,85 (0,5-1,5)	0,001
	Dược sĩ	65	62	95,4	3	4,6		
	Điều dưỡng	436	387	88,8	49	11,2		
	Khác	140	120	85,7	20	14,3		
Trình độ chuyên môn	Sau đại học	123	110	89,4	13	10,6	1,44 (0,3-1,8)	0,02
	Đại học	273	231	84,6	42	15,4		
	Cao đẳng	242	233	96,3	9	3,7		
	Trung cấp	203	201	99	2	1		
Năm công tác	Dưới 3 năm	92	82	89,1	10	10,9	0,8 (0,4-1,6)	0,62
	Từ 3- 5 năm	140	137	97,9	3	2,1		
	Từ 5 -15 năm	427	407	95,3	20	4,7		
	Trên 15 năm	182	171	94	11	6		
Loại hợp đồng	Biên chế	657	622	94,7	35	5,3	1,6 (0,8-3,1)	0,15
	Hợp đồng	175	169	96,6	6	3,4		
	Khác	9	8	88,9	1	11,1		
Vị trí công tác	Khởi hành chánh	145	131	90,3	14	9,7	0,7 (0,4-1,4)	0,29
	Khởi lâm sàng	565	529	93,6	36	6,4		
	Khởi cận lâm sàng	131	123	93,9	8	6,1		

Bảng 3.4: Một số yếu tố liên quan đến đến sự hài lòng đối với môi trường làm việc của nhân viên y tế

Nhận xét: Qua bảng 3.4 cho thấy các yếu tố liên quan đến sự hài lòng nhân viên y tế đối với môi trường làm việc bao gồm: Chức danh: OR: 0,85 (0,5-1,5), $p=0,001$ và trình độ chuyên môn: OR: 1,44 (0,3-1,8), $p=0,02$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành điều tra trên 841 nhân viên y tế tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang. Trong đó NVYT là nữ giới có tỷ lệ cao hơn chiếm 55,3,0%; NVYT là nam giới chiếm tỷ lệ thấp hơn chiếm 44,7%. Về độ tuổi đối tượng nghiên cứu có độ tuổi từ 31 - 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (37,5%), tiếp sau là nhóm từ 30 tuổi trở xuống (30,8%), tiếp đến là nhóm tuổi từ 41 - 50 tuổi (25,8%) và thấp nhất là nhóm trên 50 tuổi (5,8%); Tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu $36,37 \pm 8,60$ tuổi, đối tượng tham gia nghiên cứu trẻ nhất 22 tuổi và nhiều tuổi nhất là 60 tuổi. Kết quả nghiên cứu trên tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Xuân Thắng (2021) tại Bệnh viện Tâm thần Thái Bình [6]. Với nguồn nhân lực khá trẻ như vậy rất thuận lợi cho công tác đào tạo kỹ thuật và trình độ chuyên môn nghiệp vụ cho NVYT nhằm nâng cao chất lượng công tác khám chữa bệnh cho nhân dân địa phương. Nhưng cũng có những khó khăn là nhiều cán bộ trẻ, đặc biệt là bác sỹ, điều dưỡng mới ra trường còn thiếu kinh nghiệm thực tế, đây cũng là vấn đề mà Bệnh viện cần quan tâm đến công tác đào tạo tại chỗ, cầm tay chỉ việc. Mặt khác nhân lực trẻ nhưng hầu hết các nhân viên ở đây đều có gia đình, đặc biệt là tỷ lệ NVYT là nữ chiếm đa số, đây là dẫn chứng cho việc thiếu nhân lực tạm thời khi có nhiều nhân viên nghỉ chế độ thai sản trong cùng thời gian. Tỷ lệ nữ giới trong các cơ sở y tế thường chiếm đa số hơn là nam.

Lực lượng chủ yếu tại bệnh là điều dưỡng với tỷ lệ 51,8%. Đa phần các nhân viên y tế tham gia khảo sát đều có số năm công tác tại bệnh viện từ 5 đến 15 năm (50,8%) và hầu hết đều là diện biên chế (78,1%) của bệnh viện. Kết quả nghiên cứu này khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Trí (2023) [7]. Nhân viên y tế với số năm làm việc lâu năm là những lực lượng dày dặn kinh nghiệm và gắn bó với bệnh viện khá lâu. Họ có thể nắm rõ các quy trình và môi trường làm việc tại cơ sở. Vì vậy, mức độ hài lòng của nhóm đối tượng nhân viên này là thước đo chuẩn xác, đáng tin cậy về các tiêu chí đánh giá, từ đó là cơ sở để lãnh đạo bệnh viện đề ra các phương hướng cải thiện, đáp ứng tốt nhu cầu cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ nhân viên.

4.2. Kết quả đánh giá của đối tượng nghiên cứu về môi trường làm việc trước và sau can thiệp

Sự hài lòng đối với công việc của NVYT là một cấu trúc đa chiều gồm nhiều yếu tố. Để đánh giá sự hài lòng đối với công việc của NVYT theo từng yếu tố chúng tôi xây dựng các biến số dựa trên cơ sở thuyết hai nhân tố của F.Herzberg, đồng thời tham khảo nghiên cứu và phát triển bộ công cụ đo lường sự hài lòng NVYT của Bộ Y tế ban hành [2]. Căn cứ tình hình thực tế chúng tôi khảo sát tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang, trong nghiên cứu này chúng tôi xây dựng từ 9 yếu tố với các câu hỏi cho từng tiểu mục, yếu tố tính theo thang điểm Likert cấp độ 1-5 được sử dụng để phân tích đánh giá sự hài lòng đối với môi trường làm việc từ đó đưa ra biện pháp can thiệp và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng đối với môi trường việc của NVYT. Kết quả nghiên cứu cho thấy NVYT tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang có tỷ lệ hài lòng đối với môi trường làm việc chung tại thời điểm trước can thiệp, điểm trung bình đạt $3,83 \pm 0,31$ và tỷ lệ hài lòng là 70,7%. Sau can thiệp, điểm trung bình và tỷ lệ hài lòng của NVYT thay đổi đáng kể ở mức độ cao lần lượt là $4,27 \pm 0,58$ và 91,5%. Kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Xuân Thắng (2021) là $4,44 \pm 0,58$ và 94,5% [6]. Có sự khác biệt này có thể do địa điểm và phạm vi nghiên cứu khác nhau, khi nghiên cứu của tác giả được thực hiện tại bệnh viện chuyên khoa đặc thù, nên cơ sở vật chất, trang thiết bị cung cấp có sự khác biệt so với nghiên cứu tại đơn vị

Môi trường làm việc luôn được các cá nhân quan tâm và coi trọng vì đây là yếu tố giúp họ hoàn thành tốt nhiệm vụ được giao. Ngoài các điều kiện vật chất để giúp thực hiện tốt công việc, người làm việc trong tổ chức luôn muốn có được mối quan hệ tốt với mọi người trong cùng một tổ chức. Khi nhà quản lý chủ động hoặc khuyến khích cho người lao động tạo ra bầu không khí làm việc thân thiện trong tổ chức, thì cũng có thể đem lại hiệu quả nhất định. Vì vậy, các nhà quản lý phải hiểu được quan điểm của các cá nhân, chia sẻ suy nghĩ và mục tiêu của họ.

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy NVYT của Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang bước đầu vẫn còn một số vướng mắc, chưa thật sự hài lòng với điều kiện môi trường làm việc bởi một số yếu tố khách quan. Tuy nhiên, sau khi được can thiệp hầu hết nhân viên đã cảm thấy khá hài lòng với môi trường làm việc của mình, điều này phản ánh việc quan tâm và chăm lo đời sống tốt cho nhân viên sẽ đem lại hiệu quả thiết thực trong việc nâng cao các chỉ số hài lòng về môi trường làm việc của nhân viên. Bởi vì thực tế họ cũng dễ dàng chấp nhận với những khó khăn của đơn vị, đây cũng là vấn đề mà các nhà nghiên cứu cần quan tâm khi nghiên cứu tại tuyến y tế cơ sở cần đánh giá sự hài lòng theo từng khía cạnh của công việc và bối cảnh chung của cơ quan/đơn vị, như thế việc đánh giá sẽ giúp các nhà quản lý có những giải pháp cụ thể, phù hợp nhằm cải thiện mức độ hài lòng đối với công việc của nhân viên.

Điều kiện làm việc là luôn là mối quan tâm của NVYT tại các bệnh viện. Điều kiện làm việc bao gồm cơ sở cơ tầng, trang thiết bị làm việc, ngoài ra đối với ngành y tế còn có trang thiết bị y tế (máy móc, dụng cụ y tế, trang thiết bị phục vụ cho chẩn đoán và điều trị), đặc biệt là trang thiết bị phòng hộ cho các nhân viên thường xuyên tiếp xúc các hoá chất như khu vực: Giải phẫu bệnh; Xét nghiệm và kiểm soát nhiễm khuẩn. các trang bị bảo hộ cho NVYT (quần áo, khẩu trang, găng tay...) đầy đủ, không bị cũ, nhàu nát, không bị hạn chế sử dụng đã cải thiện đáng kể trước và sau khi can thiệp khi tỷ lệ hài lòng thay đổi từ 80,8% thành 93,3%. Việc đáp ứng tốt các trang bị phòng hộ cho nhân viên sẽ giúp nhân viên an tâm và thoải mái khi thực hiện các công việc tiếp xúc với các yếu tố độc hại, gây ảnh hưởng đến sức khỏe cho bản thân.

Điều kiện làm việc có ảnh hưởng rất lớn đến tâm lý, tình cảm, thái độ và sự phát huy sáng tạo của người lao động. Người quản lý cần phải tạo điều kiện làm việc thuận lợi nhất, tạo cho họ có điều kiện làm việc tốt nhất để họ hài lòng với điều kiện làm việc của đơn vị nhằm phát huy tiềm năng, năng lực, nghề nghiệp chuyên môn của họ. Trong nghiên cứu của chúng tôi điều kiện làm việc được đánh giá trên 3 khía cạnh liên quan trực tiếp đến NVYT tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang đó là: Cơ sở hạ tầng; Trang thiết bị y tế và trang thiết bị hành chính. Theo kết quả nghiên cứu, trước khi can thiệp thì điểm trung bình của các yếu tố này chỉ đạt mức từ 3 đến dưới 4 điểm và sau khi được can thiệp mức điểm trung bình của các yếu tố đều > 4 là mức điểm hài lòng. Các mức điểm trung bình sau khi can thiệp đạt mức cao là: Bệnh viện bảo đảm an ninh, trật tự cho NVYT làm việc (4,48 - tương đương 95,9% từ mức hài lòng trở lên), tiếp đến là Bố trí phòng trực cho NVYT (4,34 - tương đương 95,3% từ mức hài lòng trở lên); Phân chia thời gian trực và làm việc ngoài giờ hành chính hợp lý (4,34 - tương đương 94,7 từ mức hài lòng trở lên)

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quốc Thắng, tỷ lệ NVYT hài lòng với cơ sở vật chất là 40,2%; hài lòng với trang thiết bị là 37,4% [5]. Nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Lan Hương thực hiện tại Bệnh viện Sóc Sơn, năm 2011 tỷ lệ NVYT hài lòng với điều kiện cơ sở vật chất từ 10,8% - 12,4% [9] thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. So với nghiên cứu Nguyễn Xuân Thắng (2021), nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ đồng ý cao hơn (lần lượt từ 51,7 - 94,0% so với 43,0 - 90,0%) [6]. Nghiên cứu của tác giả Percefonti Lambrou (2010) cũng khẳng định động lực làm việc của NVYT phụ thuộc rất nhiều vào sự công nhận những nỗ lực của nhân viên, cơ hội thăng tiến của họ từ phía các nhà quản lý [11].

Theo “*Kết quả thực hiện quan trắc môi trường lao động*” tại bệnh viện đã nêu: Tăng cường công tác vệ sinh, khử khuẩn tại các khu vực đặc biệt quan trọng, có thể chịu ảnh hưởng trực tiếp từ các loại vi khuẩn gây bệnh, vi sinh vật có hại trong không khí vùng làm việc, nhằm

hạn chế thấp nhất sự hiện diện của vi sinh vật trong môi trường không khí [8]. Chính vì vậy, môi trường làm việc bảo đảm an toàn cho NVYT cũng là một vấn đề cần được quan tâm khi trước can thiệp điểm trung bình và tỷ lệ hài lòng của yếu tố này lần lượt là: $3,88 \pm 0,65$ và 72,3%. Sau khi can thiệp, điểm trung bình và tỷ lệ hài lòng đạt $4,29 \pm 0,60$ và 93,2%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Xuân Thăng (2021) [6]. Điều này chứng tỏ, nếu môi trường làm việc đảm bảo tốt, an toàn, phục vụ theo yêu cầu nhân viên sẽ là nguồn động lực giúp nhân viên cải thiện công việc đạt chất lượng, hiệu quả cao. Thường xuyên vệ sinh, khử khuẩn và tiệt trùng những khu vực đặc biệt. Đồng thời, cần phải tăng cường thêm công tác tập huấn đối với những nhân viên bức xạ chưa có chứng chỉ bức xạ nhằm tạo môi trường làm việc an toàn và tăng tỷ lệ hài lòng của nhân viên đối với công việc.

Tuy nhiên cũng còn nhiều ý kiến của NVYT kiến nghị cần cải tạo mới lại một số phòng trực, văn phòng các khoa/phòng. Từ kết quả trên cho thấy Bệnh viện cần được đầu tư cơ sở hạ tầng và trang thiết bị trong thời gian tới, nhất là các trang thiết bị về y tế có giá trị chẩn đoán đoán và điều trị. Tỷ lệ NVYT không hài lòng với trang thiết bị y tế và điều kiện làm việc của đơn vị đã phản ánh đúng điều kiện thực tế ở tuyến y tế cơ sở hiện nay là nhiều Bệnh viện tuyến tỉnh còn có nhiều trang thiết bị y tế lạc hậu, cũ hỏng không được sửa chữa thường xuyên. Nhiều đơn vị y tế tuyến cơ sở thiếu trang thiết bị trong chẩn đoán và điều trị, do vậy Bệnh nhân không tin vào y tế cơ sở, họ vượt tuyến khám và điều trị dẫn đến tình trạng quá tải tại các Bệnh viện tuyến Trung ương. Mặt khác do thiếu trang thiết bị y tế trong chẩn đoán và điều trị, do vậy bác sĩ khó có thể phát huy được tay nghề của mình, đây cũng là một trong những nguyên nhân dẫn đến chất lượng khám chữa bệnh ở tuyến y tế cơ sở thấp và bác sĩ mới ra trường không muốn về tuyến huyện công tác, hoặc khi họ về công tác nhưng đến khi có cơ hội là họ bỏ việc hoặc chuyển công tác đi nơi khác dẫn đến sự thiếu hụt nhân lực y tế có chất lượng đặc biệt là các bác sĩ ở tuyến y tế cơ sở.

4.3. Các yếu tố liên quan đến sự hài lòng đối với môi trường làm việc của NVYT

Trong nghiên cứu của chúng tôi, qua phân tích (bảng 3.4), trong các yếu tố về xã hội và nhân khẩu học thì Chức danh và trình độ chuyên môn, có ảnh hưởng đến mức độ hài lòng của NVYT Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Xuân Thăng (2021) khi trong nghiên cứu này chỉ ra các yếu tố liên quan đến sự hài lòng môi trường làm việc là: Trình độ chuyên môn, Vị trí công tác, Phạm vi chuyên môn [6]. Một số nghiên cứu khác không tìm ra mối liên quan hoặc có thì cũng tương đối ít và thường liên quan đến vị trí công tác, trình độ chuyên môn,... tương đương nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu về sự hài lòng với công việc của NVYT cơ sở của Lê Thanh Nhuận tại huyện Bình Xuyên, Vĩnh Phúc cho thấy có mối liên quan giữa sự hài lòng chung đối với công việc của NVYT cơ sở với các yếu tố: giới, nhóm tuổi, tình trạng hôn nhân, chức vụ quản lý và 7 nhóm yếu tố hài lòng về công việc của NVYT cơ sở [4],

Chức danh nghề nghiệp của NVYT có ảnh hưởng đến sự hài lòng đối với công việc, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ NVYT là điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên không hài lòng đối với công việc cao hơn nhóm NVYT là bác sĩ và y sĩ. Đây là vấn đề mà bệnh viện cần quan tâm, phân công công việc phải phù hợp với trình độ chuyên môn, chức trách nhiệm vụ theo quy định, mặt khác sự phân công nhiệm vụ phải gắn quyền lợi với trách nhiệm công việc. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy NVYT có trình độ đại học và sau đại học có tỷ lệ hài lòng cao hơn những NVYT khác, thực tế tại Bệnh viện chúng tôi, những người có trình độ đại học và sau đại học được bố trí hầu hết vào các vị trí chủ chốt trong Bệnh viện, một số là cán bộ nguồn lãnh đạo các khoa, phòng những yếu tố này có thể làm cho họ cảm thấy hài lòng hơn đối tượng khác. Việc bổ nhiệm cán bộ phải dựa vào tiêu chí, tiêu chuẩn bổ nhiệm theo quy định, ngoài tiêu chuẩn bằng cấp cần dựa vào năng lực lãnh đạo quản lý, khả năng quy tụ nhân viên, đặc biệt là sự gương mẫu trong việc chấp hành nội quy, quy chế Bệnh viện và phải được tín nhiệm của đa số NVYT.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu bằng việc khảo sát 841 cán bộ, nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang chúng tôi có một số kết luận sau:

- Trước can thiệp: Tỷ lệ NVYT tại bệnh viện có mức độ hài lòng chung đối với môi trường làm việc đạt tỷ lệ 70,7% (trung bình đạt 3,83 điểm).
- Sau can thiệp: Tỷ lệ NVYT tại bệnh viện có mức độ hài lòng chung đối với môi trường làm việc đạt tỷ lệ 91,5% (trung bình đạt 4,27 điểm).
- Trong các yếu tố về xã hội và nhân khẩu học thì Chức danh nghề nghiệp và trình độ chuyên môn có ảnh hưởng đến mức độ hài lòng của NVYT đối với môi trường làm việc ($p < 0,05$).

Từ kết quả trên ta nhận thấy, cần cải thiện môi trường làm việc, tạo cho NVYT có điều kiện làm việc tốt nhất, tăng thu nhập và phân phối thu nhập công bằng cho người lao động là nhu cầu chính đáng của NVYT. Đồng thời, tăng cường công tác xã hội hóa y tế, kêu gọi sự đầu tư của toàn xã hội về cơ sở hạ tầng và trang thiết bị nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh cho tuyến y tế cơ sở nói chung và cho các Bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh nói riêng. chế độ chính sách nhằm thu hút nhân lực y tế có chất lượng đặc biệt là đội ngũ bác sỹ chuyên khoa về công tác tại Bệnh viện đa khoa trọng yếu của tuyến tỉnh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, (2023). Đánh giá động lực làm việc và sự hài lòng đối với công việc của nhân viên y tế tại Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang năm 2023. Kỷ yếu Hội nghị Khoa học Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2023.
2. Bộ Y tế, (2019). Quyết định số 3869/QĐ-BYT ngày 28/18/2019 Ban hành các mẫu phiếu và hướng dẫn khảo sát hài lòng Người bệnh và Nhân viên y tế.
3. Đặng Hoàng Vũ, (2020). Mức độ hài lòng công việc của nhân viên y tế tại các khoa Hồi sức - Cấp cứu bệnh viện Chợ Rẫy, thành phố Hồ Chí Minh và các yếu tố ảnh hưởng năm 2020. Đại học Y tế công cộng.
4. Lê Thanh Nhuận, (2009). Sự hài lòng đối với công việc của nhân viên y tế tuyến cơ sở. Tạp chí Y tế Công cộng, số 13, tr 52 - 53.
5. Nguyễn Quốc Thắng, (2014). Mô tả sự hài lòng đối với công việc của nhân viên y tế tại Bệnh viện đa khoa huyện Vạn Ninh, tỉnh Khánh Hòa năm 2014. Luận văn thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Đại học Y tế Công cộng.
6. Nguyễn Xuân Thắng, (2021). Đánh giá sự hài lòng về môi trường làm việc và các yếu tố liên quan của nhân viên y tế công tác tại Bệnh viện Tâm thần Thái Bình năm 2021. Đề tài nghiên cứu cấp cơ sở.
7. Nguyễn Minh Trí, (2023). Sự hài lòng với công việc của nhân viên y tế tại Bệnh viện Y học Cổ truyền Trung ương và các yếu tố ảnh hưởng năm 2023.
8. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh An Giang, (2024). Thông báo số 142/TB-KSBT về việc Kết quả thực hiện qua trắc môi trường lao động. Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang.
9. Vũ Thị Lan Hương, (2011). Thực trạng nguồn nhân lực và một số yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng đối với công việc của nhân viên y tế bệnh viện Đa khoa Sóc Sơn, Hà Nội. Luận văn thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
10. Lena Arvidsson, Sjuksköterskans dokumentation av postoperativ smärta: en journalgranskningsstudie. 2013.
11. Persefoni Lambrou, Nick Kontodimopoulos, and Dimitris Niakas, (2010). Motivation and job satisfaction among medical and nursing staff in a Cyprus public general hospital. Human resources for health, 8, 1-9.

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG CÔNG TÁC ĐẤU THẦU THUỐC CẤP ĐỊA PHƯƠNG QUA THỰC TIỄN THỰC HIỆN TẠI TỈNH AN GIANG

Nguyễn Hoàng Em, Lê Hoàng Vũ,
Diệp Quốc Trung, Nguyễn Hoàng Tấn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Công tác chăm sóc bảo vệ sức khỏe nhân dân là một trong những tiêu chí quan trọng trong việc đánh giá về mức sống của con người. Để đáp ứng được mục tiêu sống còn của bệnh nhân, ngành Y tế đã có nhiều nỗ lực trong cung ứng thuốc phục vụ chăm sóc sức khỏe nhân dân. Với mục tiêu hàng đầu là sử dụng thuốc an toàn, hiệu quả với chi phí hợp lý, thủ tục mua đúng quy định, Bộ Y tế đã tham mưu với Chính phủ ban hành nhiều văn bản quan trọng, đặc biệt là vấn đề đấu thầu thuốc nhằm đáp ứng nhu cầu thuốc cho điều trị. Đó là phương thức mua sắm thuốc hiệu quả, an toàn, công khai, minh bạch với giá cả hợp lý là vấn đề rất quan trọng trong quản lý cung ứng thuốc, phục vụ hiệu quả hoạt động khám bệnh, chữa bệnh.

Mục tiêu: Phân tích, đánh giá thực trạng công tác đấu thầu mua sắm thuốc qua thực tiễn thực hiện về đấu thầu thuốc cấp địa phương tại tỉnh An Giang.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu và mô tả cắt ngang số liệu thực hiện đấu thầu tập trung cấp địa phương giai đoạn (2021-2022, 2023-2025). Kết quả: Kết quả trúng thầu giai đoạn 2023-2025 có 795 loại hoạt chất. Trong đó, Thuốc trong nước (generic) có giá trị giảm 4% so với giai đoạn 2021-2022 nhưng thuốc ngoại nhập tăng 4%; Về nhóm thuốc theo tiêu chuẩn kỹ thuật: nhóm có giá trị cao nhất (nhóm 1, 4) nhưng giảm (nhóm 1: 2%, nhóm 4: 4%) so với cùng nhóm trúng thầu giai đoạn 2021-2022. Ngoài ra, Hoạt chất thuộc loại E (Essential drugs) trúng thầu chiếm kinh phí nhiều nhất của hai giai đoạn (533 - 525 hoạt chất chiếm 80 - 85% giá trị).

Kết luận: Kết quả trúng thầu giữa hai giai đoạn không chênh lệch nhiều về tỉ lệ hàng ngoại nhập hay trong nước và nhóm N trúng thầu với tỉ lệ thấp (1%) cho thấy các đơn vị y tế trong tỉnh có dấu hiệu giảm sử dụng thuốc cổ truyền, thuốc được liệu và nhóm thuốc N. Chứng tỏ danh mục thuốc đấu thầu phù hợp với nguồn quỹ BHYT được sử dụng đảm bảo cung ứng thuốc đầy đủ kịp thời công tác điều trị.

ABSTRACT

Background: The care and protection of people's health is one of the important criteria in assessing human living standards. To meet the patient's survival goal, the Health sector has made many efforts in providing medicine to serve people's health care. With the primary goal of using drugs safely and effectively at reasonable costs and with correct purchasing procedures, the Ministry of Health has advised the Government to issue many important documents, especially the issue of procurement. Drug bidding to meet drug needs for treatment. It is an effective, safe, public, transparent method of drug procurement with reasonable prices, which is a very important issue in drug supply management, effectively serving medical examination and treatment activities.

Objectives: Analyze and evaluate the current status of drug procurement bidding through practical implementation of local drug bidding in An Giang province.

Research objects and methods: Retrospective and cross-sectional description of data on local-level centralized bidding periods (2021 - 2022, 2023 - 2025).

Results: Retrospective and cross-sectional description of data on local-level centralized bidding for the period (2021-2022, 2023-2025). Results: The winning bid for the period 2023-2025 has 795 active ingredients. In particular, domestic drugs (generic) have a value decrease of 4% compared to the period 2021-2022 but imported drugs increase by 4%; Regarding drug groups according to technical standards: the group has the highest value (group 1, 4) but decreased (group 1: 2%, group 4: 4%) compared to the same group winning the bid in the

2021-2022 period. In addition, active ingredients of type E (Essential drugs) won the bid, accounting for the most funding of the two phases (533 - 525 active ingredients, accounting for 80 - 85% of the value).

Conclusion: The winning results between the two periods do not differ much in the proportion of imported or domestic goods, and group N won the bid with a low rate (1%), showing that medical units in the province are showing signs of decline. Use traditional medicines, herbal medicines and drug group N. This result proves that the estimated drug list for bidding is consistent with the health insurance fund used while ensuring adequate and timely drug supply for treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, công tác chăm sóc bảo vệ sức khỏe nhân dân là một trong những tiêu chí quan trọng trong các tiêu chí của thế giới đánh giá về mức sống và gắn liền với việc cứu sống hoặc tử vong của con người. Việc thiếu hụt thuốc trong điều trị có thể gây tâm lý lo lắng, ảnh hưởng tiêu cực đến đời sống chính trị - xã hội. Vì vậy đảm bảo đủ thuốc còn là vấn đề nhạy cảm của xã hội mà các nhà lãnh đạo nào cũng đều quan tâm. Một trong những mục tiêu của chiến lược quốc gia phát triển ngành Dược Việt Nam là cung ứng đầy đủ, kịp thời, có chất lượng với giá cả hợp lý đối với các loại thuốc theo cơ cấu bệnh tật, tương ứng với từng giai đoạn phát triển kinh tế - xã hội và đảm bảo sử dụng thuốc an toàn, hợp lý. Việc mua sắm thuốc tại các cơ sở y tế công lập đa số được thực hiện dưới hình thức đấu thầu, lựa chọn một phương thức mua sắm thuốc hiệu quả, an toàn, công khai, minh bạch với giá cả hợp lý là vấn đề rất quan trọng trong quản lý cung ứng thuốc, phục vụ hiệu quả hoạt động khám bệnh, chữa bệnh. Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang là đơn vị được Ủy ban nhân dân tỉnh An Giang giao nhiệm vụ mua sắm tập trung đối với thuốc cho các cơ sở y tế trong tỉnh. Từ thực tế việc xây dựng kế hoạch, tổ chức thực hiện nhiệm vụ đấu thầu thuốc tập trung bảo đảm chặt chẽ, theo đúng quy định chúng tôi thực hiện đề tài: “Đánh giá thực trạng công tác đấu thầu mua sắm thuốc cấp địa phương qua thực tiễn thực hiện tại tỉnh An Giang”. Với các mục tiêu: “Phân tích, đánh giá thực trạng công tác đấu thầu mua sắm thuốc qua thực tiễn thực hiện về đấu thầu thuốc cấp địa phương tại tỉnh An Giang”.

II. PHƯƠNG PHÁP & ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu

Tổng hợp, thống kê, phân tích và so sánh, đối chiếu số liệu để làm rõ thực trạng về đấu thầu mua sắm thuốc qua thực hiện đấu thầu mua sắm thuốc cấp địa phương tại tỉnh An Giang.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Kế hoạch tổ chức đấu thầu và kết quả trúng thầu mua sắm thuốc tập trung cấp địa phương giai đoạn 2021 – 2022, 2023 – 2025.

2.3. Địa điểm

Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang

2.4. Xử lý số liệu

Microsoft Excel

III. KẾT QUẢ

3.1. Thực trạng về việc thực hiện công tác đấu thầu cấp địa phương

Bảng 1. Tỷ lệ hàng hoá và giá trị theo gói thầu giai đoạn 2021 – 2022

TT	Gói thầu	KẾ HOẠCH		TRÚNG THẦU		TỈ LỆ %	
		Số lượng HC	Thành tiền (Triệu VNĐ)	Số lượng HC	Thành tiền (Triệu VNĐ)	Số lượng HC	Thành tiền
1	Gói 1 (Generic)	704	2.173.487	634	1.874.267	90	86
2	Gói 2 (YHCT)	162	210.532	156	188.643	96	90
	Tổng cộng:	866	2.384.019	790	2.062.910	91	87

Nhận xét: Từ kết quả cho thấy: Gói 1 (Generic): Tỷ lệ trúng thầu về số lượng giảm 10% và 14% về giá trị so với kế hoạch. Gói 2 (YHCT): Tỷ lệ trúng thầu về số lượng giảm 04% và 10% về giá trị so với kế hoạch.

Bảng 2. Tỷ lệ hàng hoá và giá trị theo gói thầu giai đoạn 2023 – 2025

TT	Gói thầu	KẾ HOẠCH		TRÚNG THẦU		TỈ LỆ %	
		Số lượng HC	Thành tiền (Triệu VNĐ)	Số lượng HC	Thành tiền (Triệu VNĐ)	SLH C	Thành tiền
1	Gói 1 (Generic)	699	2.133.238	637	1.868.061	91	88
2	Gói 2 (YHCT)	168	165.347	158	142.778	94	86
	Tổng cộng:	867	2.298.585	795	2.010.839	92	87

Nhận xét: Từ kết quả cho thấy: Gói 1 (Generic): Tỷ lệ trúng thầu về số lượng giảm 09% và 12% về giá trị so với kế hoạch. Gói 2 (YHCT): Tỷ lệ trúng thầu về số lượng giảm 06% và 14% về giá trị so với kế hoạch.

3.2. Đánh giá kết quả việc thực hiện công tác đấu thầu mua sắm thuốc cấp địa phương giữa hai giai đoạn (2021 – 2022; 2023 – 2025)

Bảng 3. Tỷ lệ hàng hoá trúng thầu theo gói giữa hai giai đoạn

TT	Gói thầu	Giai đoạn (2021 - 2022)		Giai đoạn (2023 - 2025)		Tỉ lệ %	
		Số lượng HC	Thành tiền (Triệu VNĐ)	Số lượng HC	Thành tiền (Triệu VNĐ)	Số lượng HC	Thành tiền
1	Gói 1 (Generic)	634	1.874.267	637	1.868.061	100	100
2	Gói 2 (YHCT)	156	188.643	158	142.778	101	76
	Tổng cộng:	790	2.062.910	795	2.010.839	101	97

Nhận xét: Từ bảng trên cho thấy, số lượng hoạt chất gói 1 (gói generic) trúng thầu giai đoạn 2023 – 2025 so với giai đoạn 2021 – 2022 nhiều hơn 04 mặt hàng nhưng giá trị giảm; Gói 2 (YHCT) tăng 1% về số lượng hoạt chất và giá trị lại giảm 24%.

Bảng 4. Tỷ lệ giá trị theo cơ cấu nước sản xuất giữa hai giai đoạn

Gói thầu	Nội dung	Giai đoạn (2021 - 2022)	Giai đoạn (2023 - 2025)	Tỷ lệ %
Gói Generic	Ngoại nhập	807.166.160.924	838.421.467.752	104
	Việt Nam	1.067.100.874.313	1.029.639.585.790	96
Gói YHCT	Ngoại nhập	0	374.460.000	
	Việt Nam	188.643.836.150	142.403.894.250	75
Tổng cộng:		2.062.910.871.387	2.010.839.407.792	97

Bảng 5. Tỷ lệ trúng thầu (gói generic) theo nhóm tiêu chuẩn kỹ thuật giữa hai giai đoạn

Gói thầu	Nhóm TCKT	Giai đoạn 2021 - 2022		Giai đoạn 2023 - 2025		Tỷ lệ %	
		Số lượng hàng hoá	Thành tiền (Triệu đồng)	Số lượng hàng hoá	Thành tiền (Triệu đồng)	Số lượng hàng hoá	Thành tiền
Gói Generic	1	430	693.825	453	678.460	105	98
	2	229	296.088	298	338.296	130	114
	3	91	203.903	109	178.532	120	88
	4	733	653.610	778	624.198	106	96
	5	17	26.842	28	48.575	165	181
Gói YHCT	1	4	2.398	6	1.853	150	77
	2	179	186.245	188	140.264	105	75
	3	0	0	3	662.345		
Tổng cộng		1.683	2.062.910	1.666	2.010.839	105	75

Nhận xét: Từ kết quả cho thấy, tỷ lệ các nhóm thuốc giữa kết quả trúng thầu giai đoạn 2023 - 2025 so với kết quả trúng thầu giai đoạn 2021 - 2022, như sau:

+ Gói Generic:

- Nhóm 1: Tăng 5% về số lượng hàng hoá và giảm 2% về giá trị.
- Nhóm 2: Tăng 30% về số lượng hàng hoá, 14% về giá trị.
- Nhóm 3: Tăng 20% về số lượng hàng hoá, giảm 12% về giá trị.
- Nhóm 4: Tăng 6% về số lượng hàng hoá, giảm 4% về giá trị.
- Nhóm 5: Tăng 65% về số lượng hàng hoá, 81% về giá trị.

Về giá trị trúng thầu giai đoạn 2023 – 2025 thì thuốc Nhóm 1 (678.460 triệu đồng) và nhóm 4 (624.198 triệu đồng) có giá trị cao nhất số lượng mặt hàng trúng thầu tăng 5 – 6% so với giai đoạn 2021 – 2023 nhưng thành tiền giảm.

+ Đối với thuốc dược liệu, thuốc cổ truyền: Thuốc nhóm 2 có tỷ lệ giá trị trúng thầu so với giai đoạn 2021 – 2022 giảm 25%.

Bảng 6. Tỷ lệ hàng hoá trúng thầu theo phân tích ABC giữa hai giai đoạn

Loại	Giai đoạn 2021 - 2022				Giai đoạn 2023 - 2025				Tỉ lệ về giá trị (%)
	Số lượng	Số lượng (%)	Tổng chi phí (triệu đồng)	Tổng CP (%)	Số lượng	Số lượng (%)	Tổng chi phí (triệu đồng)	Tổng CP (%)	
A	114	18	1.403.727	75	125	20	1.399.043	75	100
B	106	17	281.571	15	111	17	281.191	15	100
C	414	65	188.969	10	401	63	187.827	10	99
TC	634	100	1.874.267	100	637	100	1.868.061	100	100

♦ Nhận xét: Từ bảng trên cho thấy, số lượng hoạt chất trúng thầu giai đoạn 2023 – 2025 so với giai đoạn 2021 – 2022 tăng và giá trị thành tiền trúng thầu giảm nhẹ.

Trong đó, loại A tăng 2% về số lượng, thành tiền giảm nhẹ; Loại B không tăng; Loại C giảm 2% về số lượng và giảm giá trị.

Bảng 7. Tỷ lệ hàng hoá trúng thầu theo phân tích VEN giữa hai giai đoạn

Loại	Giai đoạn 2021 - 2022					Giai đoạn 2023 - 2025					Tỉ lệ (%)
	SL	SL (%)	Tổng chi phí (triệu đồng)	Tổng CP (%)	Tích lũy (%)	SL	SL (%)	Tổng chi phí (triệu đồng)	Tổng CP (%)	Tích lũy (%)	
V	86	14	265.617	14	14	98	15	354.278	19	19	134
E	533	84	1.591.872	85	99	525	82	1.485.982	80	99	93
N	15	2	16.777	1	100	14	2	27.801	1	100	166
TC	634	100	1.874.267	100		637	100	1.868.061	100		100

Bảng 8. Tỷ lệ hoạt chất trúng thầu theo phân tích ma trận giữa hai giai đoạn

Loại	Giai đoạn 2021 - 2022								Giai đoạn 2023 - 2025							
	Kết hợp	Số lượng	Kết hợp	Số lượng	Kết hợp	Số lượng	Số lượng (TC)	Số lượng (%)	Kết hợp	Số lượng	Kết hợp	Số lượng	Kết hợp	Số lượng	Số lượng (TC)	Số lượng (%)
A	AV	9	AE	104	AN	1	114	18	AV	18	AE	106	AN	1	125	20
B	BV	16	BE	89	BN	1	106	17	BV	9	BE	100	BN	2	111	17
C	CV	58	CE	343	CN	13	414	65	CV	71	CE	319	CN	11	401	63
TC		83		536		15	634	100		98		525		14	637	100

Nhận xét: Từ kết quả cho thấy, số lượng nhóm thuốc V trúng thầu giai đoạn 2023 – 2025 có tăng nhẹ so với kết quả trúng thầu giai đoạn 2021 – 2022, tuy nhiên nhóm thuốc E (nhóm thiết yếu) và nhóm thuốc N có giảm nhẹ.

IV. BÀN LUẬN

Ủy ban nhân dân tỉnh An Giang giao nhiệm vụ cho Sở Y tế An Giang chủ trì, phối hợp các cơ quan có liên quan giám sát và hướng dẫn việc tổ chức thực hiện đấu thầu tập trung tổ chức đấu thầu cung ứng thuốc cho các cơ sở y tế trong tỉnh giai đoạn 2021 - 2022 và 2023 - 2025 thực hiện theo hình thức đấu thầu tập trung cấp địa phương theo Thông tư 15/2019/TT-BYT của Bộ Y tế quy định việc đấu thầu thuốc tại các cơ sở y tế công lập. Đặc biệt, giai đoạn

2023 – 2025 lần đầu tiên tổ chức đấu thầu qua mạng thực hiện theo thông tư 08/2022/TT-BKHĐT ngày 31/05/2022 của Bộ Kế hoạch Đầu tư quy định chi tiết việc cung cấp, đăng tải thông tin về đấu thầu và lựa chọn nhà thầu trên hệ thống mạng đấu thầu Quốc Gia; đồng thời kết quả đấu thầu được áp dụng trong 24 tháng. Kết quả phân tích việc thực hiện đấu thầu hai giai đoạn (2021 – 2022; 2023 – 2025) của tỉnh An Giang là một trong những cơ sở để đúc kết rút được kinh nghiệm cho quá trình tổ chức đấu thầu trong những năm tới, hoàn thiện hơn công tác đấu thầu thuốc và đảm bảo cung ứng đủ thuốc cho các đơn vị y tế trên địa bàn tỉnh An Giang.

4.1. Cơ cấu thuốc đấu thầu và trúng thầu theo gói của hai giai đoạn

Bộ Y tế Quy định về tổ chức và hoạt động của Hội đồng Thuốc và điều trị [4] khi xây dựng danh mục thuốc sử dụng tại bệnh viện cần ưu tiên lựa chọn thuốc sản xuất trong nước. Hiện nay, danh mục thuốc Biệt dược gốc, danh mục thuốc tập trung cấp Quốc gia do Trung tâm mua sắm thuốc Quốc gia thực hiện, thầu tập trung cấp địa phương không bao gồm hai danh mục trên. Tùy theo cơ cấu bệnh, mỗi cơ sở y tế xây dựng các gói thầu để thực hiện. Vì vậy, tăng cường sử dụng thuốc Generic, hạn chế sử dụng thuốc Biệt dược hoặc tương đương điều trị là giải pháp nên được các cơ sở y tế áp dụng để giảm chi tiêu y tế dành cho thuốc mà vẫn đáp ứng được nhu cầu điều trị.

Cơ cấu thuốc xây dựng đấu thầu và kết quả trúng thầu cho thấy số lượng hoạt chất thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền Trang (2019) [8], Lê Anh Hiếu (2020) [9] nhưng cao hơn so với nghiên cứu Vũ Thị Thu Phương (2020) [10].

4.2. Cơ cấu thuốc trúng thầu theo nguồn gốc

Tỉ lệ giá trị trúng thầu thuốc sản xuất trong nước đạt khoảng 55%, trong khi đó tỉ lệ thuốc ngoại nhập trúng thầu toàn tỉnh là 45%.

Tỉ lệ thuốc ngoại nhập trúng thầu giai đoạn 2023 – 2025 có tăng 4% so với giai đoạn 2021 – 2022. So sánh với 1 số nghiên cứu thì thấy tỉ lệ thuốc ngoại nhập trúng thầu thấp hơn nhưng tỉ lệ thuốc sản xuất trong nước trúng thầu lại cao hơn chứng tỏ dự trữ danh mục thuốc đấu thầu phù hợp với nguồn quỹ BHYT được sử dụng đồng thời đảm bảo cung ứng thuốc đầy đủ kịp thời [8], [9], [10].

4.3. Cơ cấu thuốc trúng thầu theo nhóm tiêu chuẩn kỹ thuật

Đa số thuốc được xây dựng rất đa dạng theo các nhóm có tiêu chuẩn kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế nhằm đáp ứng đầy đủ điều trị các loại bệnh cho người bệnh.

Kết quả trúng thầu theo nhóm tiêu chuẩn kỹ thuật cao hơn so với nghiên cứu của Vũ Thị Thu Phương (2020) [10], Nguyễn Thị Huyền Trang (2019) [8], Lê Anh Hiếu (2020) [9].

4.4. Cơ cấu thuốc trúng thầu theo phân tích ABC/VEN

Phân tích ABC/VEN là một công cụ hữu hiệu trong việc nhận định những vấn đề tồn tại trong sử dụng thuốc cũng như phân bổ ngân sách mua thuốc.

+ Danh mục thuốc trúng thầu giai đoạn 2021 - 2022 với loại A có 114 hoạt chất (18%) tương ứng với 75% giá trị thuốc, loại B chiếm 15% giá trị tương ứng với 106 hoạt chất (17%), loại C chiếm 10% giá trị tương ứng với 414 hoạt chất (65%).

+ Danh mục thuốc trúng thầu giai đoạn 2023 - 2025 với loại A có 125 hoạt chất (20%) tương ứng với 75% giá trị thuốc, loại B chiếm 15% giá trị tương ứng với 111 hoạt chất (17%), loại C chiếm 10% giá trị tương ứng với 401 hoạt chất (63%).

Tóm lại, tỉ lệ này phù hợp theo quy định (thông thường hạng A chiếm 10-20% tổng số sản phẩm, hạng B chiếm 10-20%, còn lại là hạng C chiếm 60-80%).

Hoạt chất thuộc loại E (Essential drugs) là thuốc dùng trong các bệnh lý quan trọng trong mô hình bệnh tật của bệnh viện và chiếm kinh phí nhiều nhất của hai giai đoạn (533 - 525 hoạt chất chiếm 80 - 85% giá trị). Các thuốc loại V (Vital drugs) là các thuốc dùng trong các trường hợp cấp cứu hoặc các thuốc quan trọng nhất thiết phải có trong điều trị chiếm 14 - 15% hoạt chất, 14 - 19% giá trị. Loại N chiếm thấp nhất khoảng 1%. Như vậy kết quả này cho thấy các đơn vị

y tế trong tỉnh có dấu hiệu giảm sử dụng thuốc cổ truyền, thuốc dược liệu và vitamin. Trong thời gian tới để tiết kiệm chi phí sử dụng thuốc các đơn vị cần tăng tỷ lệ sử dụng thuốc điều trị, giảm sử dụng các thuốc nhóm N.

V. KẾT LUẬN

- Giai đoạn 2021 – 2022, tổ chức đấu thầu tập trung cấp địa phương cho 866 loại hoạt chất (bao gồm gói Generic, YHCT), kết quả trúng thầu 790 loại hoạt chất đạt 91%. Trong đó:

- Giai đoạn 2023 – 2025, tổ chức đấu thầu tập trung cấp địa phương cho 867 loại hoạt chất (bao gồm gói Generic, YHCT), kết quả trúng thầu 795 loại hoạt chất đạt 92%. Trong đó:

- Kết quả trúng thầu giữa hai giai đoạn không có chênh lệch nhiều về giá trị ($1.874.267 > 1.868.061$) và số lượng ($634 < 637$).

- Danh mục thuốc trúng thầu cơ bản đáp ứng khá đầy đủ nhu cầu sử dụng thuốc của các đơn vị. Tổng tiền thuốc trúng thầu giai đoạn 2021-2022 là 2.062.910 triệu đồng, giai đoạn 2023-2025 là 2.010.839 triệu đồng, như vậy, kết quả trúng thầu so với kế hoạch đề ra đạt trên 87%.

- Đa số các nhóm thuốc trúng thầu giai đoạn 2023-2025 đạt rất cao (trên 80%) so với giai đoạn 2021-2022. Tuy nhiên, gói thầu (YHCT) thuốc cổ truyền, thuốc dược liệu có tỉ lệ giá trị trúng thầu dao động từ 70-80%, đây là nhóm thuốc dự trữ không chính xác nhiều nhất nên khi xây dựng danh mục mời thầu, cần đặc biệt quan tâm giảm số lượng hoặc loại bỏ.

- Khi thực hiện đấu thầu, các thuốc trúng thầu trong nước chiếm tỉ lệ rất cao (trên 80%). Tỉ lệ này rất phù hợp với quy định của Bộ Y tế.

Tóm lại, công tác tổ chức đấu thầu tập trung cấp địa phương tại tỉnh An Giang của hai giai đoạn (2021-2022, 2023-2025) đạt kết quả trúng thầu thuốc với tỉ lệ cao so với kế hoạch đề ra, danh mục thuốc trúng thầu cơ bản cũng đáp ứng đầy đủ cho công tác điều trị bệnh nhân tại các cơ sở y tế trong tỉnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quốc Hội (2013). *Luật Đấu thầu số 43/2013/QH13 ngày 26/11/2013 của Quốc hội nước Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt Nam*.
2. Quốc Hội (2016). *Luật Dược số 105/2016/QH13 ngày 06/04/2016 của Quốc hội nước Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt Nam*.
3. Bộ Y tế (2019). *Thông tư 15/2019/TT-BYT ngày 11/07/2019 của Bộ Y tế quy định việc đấu thầu thuốc tại các cơ sở y tế công lập*.
4. Bộ Y tế (2013). *Thông tư 21/2013/TT-BYT ngày 08/08/2023 của Bộ Y tế Quy định về tổ chức và hoạt động của hội đồng thuốc và điều trị trong bệnh viện*.
5. Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang (2020). *Kế hoạch tổ chức đấu thầu và kết quả trúng thầu cấp địa phương giai đoạn 2021 – 2022*.
6. Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang (2022). *Kế hoạch tổ chức đấu thầu và kết quả trúng thầu cấp địa phương giai đoạn 2023 – 2025*.
7. Phạm Lương Sơn (2012). *Nghiên cứu thực trạng đấu thầu mua thuốc bảo hiểm y tế cho các cơ sở khám, chữa bệnh công lập ở Việt Nam*, Luận án tiến sĩ Dược học, Trường đại học Dược Hà Nội, năm 2012.
8. Nguyễn Thị Huyền Trang (2019). *Phân tích kết quả và việc thực hiện kết quả đấu thầu mua thuốc tập trung năm 2017 tại Sở Y tế Bắc Giang*, Luận văn thạc sĩ Dược học, Trường đại học Dược Hà Nội, năm 2019.
9. Lê Anh Hiếu (2020). *Phân tích việc thực hiện kết quả đấu thầu thuốc tập trung tại Sở Y tế Thanh Hoá năm 2018*, Luận văn Dược sĩ chuyên khoa cấp II, Trường đại học Dược Hà Nội, năm 2020.
10. Vũ Thị Thu Phương (2020). *Phân tích việc thực hiện kết quả đấu thầu thuốc tập trung tại Sở Y tế Lạng Sơn năm 2019*, Luận văn Dược sĩ chuyên khoa cấp I, Trường đại học Dược Hà Nội, năm 2020.

GIÁ TRỊ CỦA ĐIỆN CƠ TRONG CHẨN ĐOÁN BIẾN CHỨNG THẦN KINH NGOẠI BIÊN TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024

Nguyễn Thị Nhiệm, Trần Thế Hải,
Nguyễn Thiện Tuấn, Võ Văn Đế

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh lý phổ biến trên toàn cầu, gây ra nhiều biến chứng, trong đó, biến chứng thần kinh ngoại biên (TKNB) là thường gặp và xuất hiện sớm. Thăm dò điện sinh lý thông qua hai kỹ thuật chính là ghi điện cơ và đo tốc độ dẫn truyền thần kinh là phương pháp có nhiều ưu điểm trong việc phát hiện sớm các tổn thương thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 và tìm hiểu một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2024.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, có phân tích trên 124 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ĐTĐ típ 2 điều trị tại Phòng khám Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. Phát hiện các tổn thương thần kinh ngoại biên bằng cách đo điện cơ tại Khoa thăm dò chức năng của bệnh viện.

Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có biến chứng thần kinh ngoại biên là 75,8% (94/124 bệnh nhân). Các biến chứng thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân ĐTĐ có liên quan với thời gian mắc bệnh (OR=2,82 KTC95% 1,01-6,48), tăng huyết áp (OR=2,50, KTC95%:1,02-2,27), HbA1c (OR=2,22, KTC95%:1,00-4,76); với p đều $<0,05$.

Kết luận: Tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 chiếm tỷ lệ cao 75,8% (94/124). Thời gian mắc bệnh lâu, tăng huyết áp, kiểm soát HbA1c kém là các yếu tố làm thúc đẩy nhanh biến chứng thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2.

Từ khoá: đái tháo đường típ 2, biến chứng thần kinh.

ABSTRACT

Background: Diabetes mellitus (DM) is a common disease in around the world, causing many complications, in which, the peripheral neuropathy complication is common and appear early. Electrophysiological examination through two main techniques, electromyography and nerve conduction velocity measurement have been the method having many advantages for examining and detecting peripheral nerve damage.

Objectives: to define the prevalence of peripheral neuropathy and some factor related to complications of on diabetes patients at An Giang General Hospital, 2024.

Materials and methods: A cross-sectional descriptive study with analysis was carried out of 124 diabetes patients Treatment at An Giang Central General Hospital. Detect peripheral nerve damage by electromyography at the hospital's functional investigation department.

Results: The rate of diabetes type 2 patient who had peripheral neuropathy complications are 75.8% (94/124 patients). The peripheral neuropathy complications had related to duration of diabetes disease (OR=2.82 and 95% CI: 1.01-6.48), hight blood pressure (OR=2.50 and 95% CI: 1.02-2.27) and HbA1C levels OR=2.22 and 95% CI: 1.00-4.76) ($p<0.05$).

Conclusion: The rate of peripheral neuropathy complications was rather high in diabetes patients. This complications related to the duration of disease, smoking habit, hypertension, HbA1c in diabetes type 2 patients.

Keyword: diabetes type 2, peripheral neuropathy complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là bệnh lý mạn tính gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm. Trong đó, biến chứng thần kinh ngoại biên là biến chứng rất thường gặp, xuất hiện sớm và các biểu hiện lâm sàng của tổn thương đa dạng với nhiều mức độ khác nhau. Sự xuất hiện của các biến chứng TKNB làm giảm trầm trọng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, tạo điều kiện thuận lợi cho sự xuất hiện của những biến chứng khác trên bệnh nhân (2).

Ngày nay với sự tiến bộ mạnh mẽ của khoa học kỹ thuật, thăm dò điện sinh lý thông qua ghi điện cơ và đo tốc độ dẫn truyền thần kinh là phương pháp có nhiều ưu điểm trong việc khám, phát hiện tổn thương TKNB ở tất cả các bệnh nhân có tổn thương thần kinh nói chung và ở người đái tháo đường nói riêng (4).

Hiện nay, chưa có nhiều công trình nghiên cứu về bệnh thần kinh ngoại biên trên bệnh đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện. Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành đề tài: “Giá trị của điện cơ trong chẩn đoán thần kinh ngoại biên trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2024”. với mục tiêu sau

1. Xác định tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2024.
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan với biến chứng thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2024

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Cỡ mẫu

Công thức tính cỡ mẫu tỷ lệ.

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 \times p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: Số lượng bác sĩ được điều tra.

p: = 0.385 (theo tác giả Nguyễn Văn Bọt ghi nhận tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 là 38.5%) (7).

α : Chọn mức ý nghĩa thống kê 0,05.

$Z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy tại mức ý nghĩa thống kê $\alpha=5\%$ (tra bảng Z= 1,96).

d: Sai số chấp nhận được, chọn d = 0.09 Áp dụng công thức trên ta được.

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,385 \times (1 - 0,385)}{0,09^2} = 112$$

Dựa trên công thức thì chúng tôi tiến hành chọn được 124 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 đưa vào nghiên cứu.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có chỉ định đo điện dẫn truyền thần kinh ngoại biên từ tháng 2/2024 cho đến khi đủ số lượng.

2.4. Địa điểm

Khoa Thăm dò chức năng Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

2.5. Cách tiến hành

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Người bệnh được chẩn đoán đái tháo đường típ 2 hoặc mới được chẩn đoán đái tháo đường típ 2 theo tiêu chuẩn ADA 2023 (3) và WHO năm 1999 (11) đến khám và điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh có bệnh lý khác gây ra viêm đa dây thần kinh như: Nghiện rượu, bệnh tự miễn hệ thống, nhiễm độc,... hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Cách tiến hành: Chọn bệnh thuận tiện ngẫu nhiên các bệnh tham gia nghiên cứu.

Đo điện dẫn truyền thần kinh ngoại biên các dây thần kinh giữa, trụ (chi trên) và dây thần kinh chày, mào nông (chi dưới). Xác định các thông số về thời gian tiềm, vận tốc dẫn truyền và biên độ điện thế, giá trị bình thường theo tiêu chuẩn của D.Preston và Shapiro B.E. Đồng thời, đánh giá bệnh thần kinh ngoại biên theo test chẩn đoán và sàng lọc của Hiệp hội đái tháo đường Vương quốc Anh năm 2020 dựa trên các triệu chứng cơ năng và thực thể khi khám lâm sàng.

Bảng 1: Giá trị bình thường của dẫn truyền thần kinh vận động

Các khảo sát	Thần kinh giữa	Thần kinh trụ	Thần kinh chày
Thời gian tiềm vận động (DML)	< 4.4ms	< 3.3ms	< 5.8ms
Biên độ CMAP (amplitude)	> 4.0mV	> 6.0ms	> 4.0mV
Tốc độ dẫn truyền vận động (MCV)	> 49.0m/s	> 49.0m/s	> 41.0m/s
Sóng F	< 31.0ms	< 32ms	< 56.0ms

Bảng 2: Giá trị bình thường của dẫn truyền thần kinh cảm giác

Các khảo sát	Thần kinh giữa	Thần kinh trụ	Thần kinh mào nông
Thời gian tiềm cảm giác (DSL)	< 3.4ms	< 3.1ms	< 4.4ms
Biên độ SNAP (amplitude)	> 20.0µV	> 17.0µV	> 6.0µV
Tốc độ dẫn truyền cảm giác (SCV)	> 50.0m/s	> 50.0m/s	> 40.0m

- Đánh giá kết quả dẫn truyền thần kinh:

- + Giảm tốc độ dẫn truyền và kéo dài thời kỳ tiềm: phản ánh tổn thương myelin.
- + Giảm biên độ các đáp ứng: thể hiện tổn thương sợi trục.
- + Giảm tốc độ dẫn truyền và kéo dài thời kỳ tiềm và giảm biên độ các đáp ứng: thể hiện tổn thương hỗn hợp (1).

6. Xử lý số liệu

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

7. Đo lường các biến

- Để tính tần số, tỉ lệ, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn của các biến số nghiên cứu.
- Thực hiện phép kiểm χ^2 , phép kiểm t-test.
- Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung tổn thương thần kinh ngoại biên

Bảng 3.1. Tổn thương thần kinh ngoại biên vận động trên bệnh nhân ĐTĐ típ 2

Thần kinh	Đặc điểm	Nhóm bệnh ĐTĐ típ 2	P
Thần kinh giữa vận động	Thời gian tiềm (ms)	4.39 ± 0.68	< 0.001
	Biện độ (mV)	6.78 ± 1.52	< 0.001
	Tốc độ dẫn truyền (m/s)	49.08 ± 4.50	< 0.001
Thần kinh trụ vận động	Thời gian tiềm (ms)	2.72 ± 0.39	0.028
	Biện độ (mV)	5.57 ± 1.76	0.047
	Tốc độ dẫn truyền (ms)	54.4 ± 4.93	< 0.001
Thần kinh chày	Thời gian tiềm (ms)	4.53 ± 0.64	0.24
	Biện độ (mV)	6.68 ± 3.12	< 0.001
	Tốc độ dẫn truyền (m/s)	50.85 ± 5065	< 0.001

Nhận xét: Đo điện cơ TKNB vận động của bệnh ĐTĐ típ 2 có biên độ điện thế thấp hơn và vận tốc dẫn truyền chậm hơn so với giá trị bình thường có ý nghĩa thống kê với p đều ($p < 0,05$).

Bảng 3.2. Tổn thương TKNB cảm giác trên bệnh nhân ĐTĐ típ 2

Thần kinh	Đặc điểm	Nhóm bệnh ĐTĐ típ 2	P
Thần kinh giữa cảm giác	Thời gian tiềm (ms)	$2,71 \pm 0,71$	0,67
	Biện độ (μV)	$14,54 \pm 7,67$	$< 0,001$
	Tốc độ dẫn truyền (m/s)	$48,19 \pm 14,29$	$< 0,001$
Thần kinh trụ cảm giác	Thời gian tiềm (ms)	$2,25 \pm 0,46$	0,25
	Biện độ (μV)	$17,66 \pm 10,87$	$< 0,001$
	Tốc độ dẫn truyền (m/s)	$53,16 \pm 26,91$	0,045
Thần kinh mác nông	Thời gian tiềm (ms)	$2,21 \pm 0,64$	$< 0,001$
	Biện độ (μV)	$7,94 \pm 5,91$	$< 0,001$
	Tốc độ dẫn truyền (m/s)	$43,48 \pm 20,49$	$< 0,001$

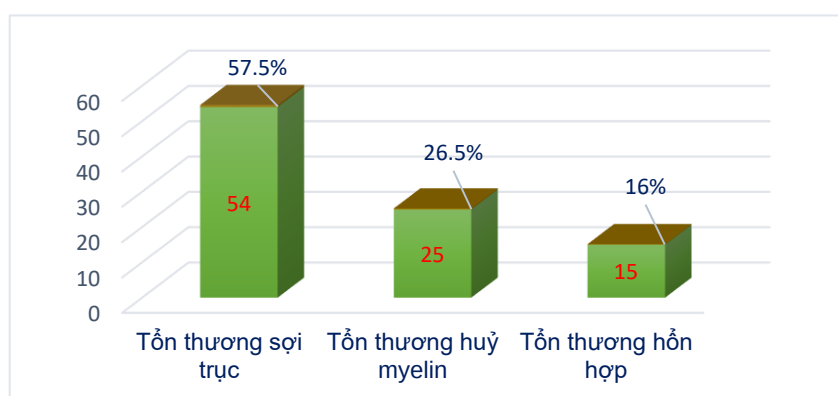
Nhận xét: Đo điện cơ TKNB cảm giác ở nhóm bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có biên độ điện thế thấp hơn, thời gian tiềm kéo dài hơn và vận tốc dẫn truyền chậm hơn so với giá trị bình thường, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê có ý nghĩa thống kê với p đều $p < 0,05$.

Bảng 3.3. Tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại biên trên bệnh nhân ĐTĐ típ 2

Biến chứng thần kinh ngoại biên trên bệnh nhân ĐTĐ típ 2	Tổng số (n=124)	Tỷ lệ (% 0
Có	94	75.8
Không	30	24.2
Tổng số	124	100

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng TKNB ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 chiếm 75.8% (94/124)

Trong 94 bệnh nhân có bất thường trên kết quả đo điện cơ thần kinh ngoại biên, có 54 bệnh nhân có tổn thương thần kinh sợi chiếm tỉ lệ 57,5%, 25 bệnh nhân tổn thương huỷ Myelin chiếm tỉ lệ 26.5%, 15 bệnh nhân tổn thương hỗn hợp chiếm tỉ lệ 16%.

**Hình 3.1. Bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có tổn thương thần kinh ngoại biên**

Nhận xét: Bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có biến chứng TKNB thì đặc điểm tổn thương sợi trục chiếm tỷ lệ cao nhất 57,5%, 26.5% tổn thương huỷ myelin và 16% tổn thương hỗn hợp

3.2. Một số yếu tố liên quan đến biến chứng TKNB ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2

Bảng 3.4. Một số yếu tố liên quan đến biến chứng thần kinh ngoại biên

		Bất thường đo điện cơ thần kinh ngoại biên		P	OR(95%)
		Có	Không		
Nhóm tuổi	≥ 60 tuổi	44 (68.7)	20 (31.2)	0.251	1.27 (0.32 – 1.34)
	< 60 tuổi	38 (63.3)	22 (36.6)		
Giới tính	Nam	36 (61.0)	23 (39.0)	0.526	1.26 (0.61 – 2.58)
	Nữ	36 (55.4)	29 (44.6)		
Thời gian mắc bệnh	≥ 10 năm	40 (76.9)	12 (23.0)	0.003	2.82 (1.01 – 6.48)
	< 10 năm	38 (52.8)	34 (47.2)		
Béo phì	Có	55 (68.7)	25 (31.2)	0.200	1.83 (0.67 – 3.38)
	Không	24 (54.5)	20 (45.4)		

		Bất thường đo điện cơ thần kinh ngoại biên		P	OR(95%)
		Có	Không		
Tăng huyết áp	Có	70 (77.7)	20 (22.2)	0.028	2.50 (1.02 – 2.27)
	Không	20 (58.8)	14 (41.1)		
HbA1c	≥ 7.5	55 (64.0)	31 (36.0)	0.046	2.22 (1.00 – 4.70)
	< 7.5	17 (44.7)	21 (55.3)		

Nhận xét: Không tìm thấy liên quan giữa biến chứng TKNB với nhóm tuổi, giới tính, thừa cân – béo phì của bệnh nhân đái tháo đường típ 2. khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p đều $> 0,05$. Các yếu tố: thời gian mắc bệnh, tăng huyết áp và HbA1c liên quan có ý nghĩa thống kê đến sự xuất hiện biến chứng TKNB ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2, với p đều $< 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2

Chúng tôi ghi nhận có 94 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có biến chứng thần kinh ngoại biên, chiếm tỷ lệ 75,8%. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Mai Hòa (2018) với tỷ lệ biến chứng TKNB là 60% (8), nghiên cứu của Trần Thanh Tùng có tỷ lệ biến chứng TKNB là 68,5% (6). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Bọt với tỷ lệ là 38,5% (7). Lu Y: 26.71% (6). Le TD :26.6% (5). Sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng TKNB ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 giữa các nghiên cứu, theo chúng tôi có thể do sự khác nhau về phương pháp chẩn đoán bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi chẩn đoán biến chứng TKNB cao là do chúng tôi chủ yếu dùng phương pháp đo điện cơ để chẩn đoán bệnh, trong khi nghiên cứu của các tác giả khác sử dụng phương pháp chẩn đoán chủ yếu dựa vào biểu hiện lâm sàng để chẩn đoán. Điều này cho thấy, để phát hiện sớm và điều trị kịp thời biến chứng TKNB. nên tầm soát sớm bệnh nhân đái tháo đường típ 2 bằng phương pháp điện cơ.

Về đặc điểm tổn thương thần kinh ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh TKNB ghi nhận tổn thương sợi trục chiếm tỷ lệ cao nhất 57,5%. 26,5% tổn thương hủy myelin và 16% tổn thương hỗn hợp. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Võ Quốc Khương (2020) (10).

4.2. Một số yếu tố liên quan đến biến chứng thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2

Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến biến chứng TKNB ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 chúng tôi ghi nhận:

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa biến chứng TKNB ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 với thời gian mắc bệnh kéo dài, bệnh nhân có kèm tăng huyết áp và HbA1c không tốt (p đều $< 0,05$): Bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có thời gian mắc bệnh 10 năm có nguy cơ mắc biến chứng thần kinh ngoại biên cao hơn gấp 2.82 lần so với bệnh nhân có thời gian mắc bệnh < 10 năm (76,9% so với 52,8% với OR: 2.82. CI 95%: 1,01-6.48. p 0,05). Bệnh kèm tăng huyết áp có nguy cơ mắc biến chứng thần kinh ngoại biên cao hơn 2.50 lần so với bệnh nhân không tăng huyết áp (77,7% so với 52,8%, với OR: 2.50, CI 95%: 1,02-2,27, p $< 0,05$); tương tự, bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có kiểm soát HbA1c kém có nguy cơ mắc biến chứng TKNB cao hơn gấp 2.22 lần so với bệnh nhân có kiểm soát HbA1c tốt (64.0% so với 44,7%, với OR: 2,22, CI 95%: 1,00-4.70. p < 0.05).

Bên cạnh đó, chúng tôi cũng ghi nhận bệnh nhân ở nhóm tuổi ≥ 60 có biến chứng thần kinh ngoại biên cao hơn so với bệnh nhân ở nhóm < 60 tuổi, với tỷ lệ lần lượt là 68.7% và 63.3%. Bệnh nhân nam giới có biến chứng thần kinh ngoại biên chiếm 61.0%, cao hơn số bệnh nhân là nữ giới có biến chứng thần kinh ngoại biên (55.4%), bệnh nhân có thừa cân - béo phì tỷ lệ biến chứng TKNB cao hơn bệnh nhân không thừa cân - béo phì bệnh nhân không hoạt động thể lực thường xuyên có tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại biên cao hơn bệnh nhân có hoạt

động thể lực thường xuyên với tỷ lệ lần lượt là 68.7% và 54,5%. Tuy nhiên, các sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p đều $> 0,05$

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác. Nguyễn Văn Bọt và cộng sự nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 122 bệnh nhân ĐTĐ típ 2. Ghi nhận các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến biến chứng TKNB là: tuổi bệnh nhân ($p=0.03$, $12=13.7$) thời gian mắc bệnh đái tháo đường ($p=0,0002$, $12=9.79$); kiểm soát đường huyết kém ($p=0.014$, $22=8.5$); kiểm soát HbA1c kém ($p=0,02$, $k2=7,67$); hoạt động thể lực không thường xuyên ($p=0,001$, $OR=10,5$); tăng huyết áp kèm theo ($p=0.001$, $OR=3.7$). Từ đó, tác giả đưa ra kết luận như sau: thời gian mắc ĐTĐ lâu năm, tăng huyết áp kèm theo và kiểm soát đường huyết chưa tốt là các yếu tố làm thúc đẩy nhanh biến chứng TKNB ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 (3).

Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích của Trần Thanh Tùng trên 260 bệnh nhân ĐTĐ típ 2, từ 40-69 tuổi đến điều trị tại khoa Khám. Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu từ tháng 02/2019 đến tháng 05 /2020. ghi nhận các yếu tố bệnh nhân nữ, thói quen uống rượu bia, không ăn rau, cá thường xuyên có liên quan đến biến chứng TKNB, với các OR lần lượt là 1.97, 2.35, 3.03 và 3.33 lần. Ngoài ra, yếu tố tiền sử gia đình mắc bệnh TKNB và không kiểm soát đường huyết tốt có nguy cơ mắc biến chứng TKNB cao hơn 4,5 và 3.29 lần so với bệnh nhân còn lại. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nghiên cứu chưa ghi nhận mối liên quan giữa biến chứng TKNB do ĐTĐ với tuổi, nơi cư trú, kinh tế, thói quen ăn mặn và hoạt động thể lực với $p > 0.05$ (9). Lu Y. Xing P. Et al (2020) và cộng sự nghiên cứu trên 116 trường hợp ĐTĐ típ 2. cũng ghi nhận biến chứng TKNB có liên quan có ý nghĩa thống kê với thời gian mắc bệnh ĐTĐ típ 2, tuổi, kết quả kiểm soát HbA1c và không liên quan với các yếu tố: chỉ số khối cơ thể, hút thuốc lá, nồng độ triglycerid và cholesterol toàn phần (6).

Để giải thích mối liên quan giữa các yếu tố với sự xuất hiện biến chứng thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ). Các y văn ghi nhận rằng tình trạng đường huyết tăng cao làm tổn thương bao thần kinh, giảm vận tốc dẫn truyền thần kinh. Tổn thương dây thần kinh và mạch máu là 2 yếu tố chính đưa đến biến chứng tổn thương TKNB ở bệnh nhân ĐTĐ. Ngoài ra, các mạch máu nhỏ nuôi thần kinh bị tổn thương làm sự cung cấp oxygen và các chất dinh dưỡng cho dây thần kinh bị suy giảm. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh, tuổi bệnh nhân, thời gian mắc bệnh ĐTĐ típ 2, tăng huyết áp, béo phì rối loạn lipid máu và đặc biệt là kiểm soát đường huyết kém là những yếu tố nguy cơ gây nên biến chứng TKNB ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ biến chứng TKNB ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 chiếm tỷ lệ khá cao (75,8%). Thời gian mắc bệnh kéo dài, tăng huyết áp và kiểm soát HbA1c kém là các yếu tố thúc đẩy nhanh biến chứng TKNB ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế(2016). Quyết định: Về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Thần kinh” Quyết định số 3154/QĐ-BYT ngày 21 tháng 8 năm 2014. Hà Nội Nhà xuất bản Y học.
2. Cole J.B., Florez J.C.(2020). Genetics of diabetes mellitus and diabetes complications. *Nat Rev Nephrol*, 16 (7). pp. 377-390.
- 3.D.Preston, Barbara E.Shapiro (2023), *Electromyography and neuromuscular disorders: clinical-electrophysiologic correlations*, 2nd Ed, pp.03-230.
4. Javed S. Hayat T. Et al(2019). Diabetic peripheral neuropathy in people with type 2 diabetes: too little too late. *Diabet Med*, 37 (4). pp. 573-579.
5. Le TD. Nguyen NPT. Et al(2022). Diabetic Peripheral Neuropathy Associated with Cardiovascular Risk Factors and Glucagon-Like Peptide-1 Concentrations Among Newly Diagnosed Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes Metab Syndr Obes*, 15, pp.35-44.
6. Lu Y. Xing P. Et al(2020). Prevalence and Risk Factors for Diabetic Peripheral Neuropathy in Type 2 Diabetic Patients From 14 Countries: Estimates of the INTERPRET-DD Study. *Prevalence for Diabetic Peripheral Neuropathy*, 8. pp.1-8.
7. Nguyễn Văn Bọt. Trần Ngọc Dung. Đoàn Thị Kim Châu(2016), Nghiên cứu bệnh thần kinh ngoại biên do đái tháo đường týp 2 tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược Can Tho*, so 6. tr.9-13.
8. Nguyễn Mai Hòa 2008). Khảo sát điện cơ trên bệnh nhân đái tháo đường mãn tính. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 12 (1), n332–358 Võ Quốc Khương, Lê Thị Kim Định. Lê Văn Minh. Nguyễn Văn Khỏe 2020).
9. Trần Thanh Tùng. Lê Thành Tài. Nguyễn Minh Phương(2020), Nghiên cứu tình hình và các yếu tố liên quan đến bệnh thần kinh ngoại biên trên người bệnh đái tháo đường týp 2 tại Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Bạc Liêu năm 2019-2020. *Tạp chí Y Dược Cần Thơ*, 32, tr.8-15.
10. Võ Quốc Khương. Lê Thị Kim Định, Lê Văn Minh (2020). Đặc điểm lâm sàng, điện cơ và đánh giá kết quả điều trị giảm đau bệnh thần kinh ngoại biên đái tháo đường týp 2 bằng Pregabalin tại Bệnh viện Tim Mạch Thành phố Cần Thơ, *Tạp chí Y Dược Cần Thơ*, 30, tr.88-95.
11. World Health Organization (1999), "Diagnosis and classification of diabetes mellitus", Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complication.

HIỆU QUẢ CỦA VẬT LÝ TRỊ LIỆU TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM GÂN CƠ CHỚP XOAY TẠI KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN - PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024

Đỗ Đức Trí, Nguyễn Thị Ngọc Hà,
Trần Ngọc Minh Thư

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm gân cơ chóp xoay là tình trạng các gân cơ chóp xoay bị viêm, đặc trưng bởi tình trạng đau và giảm vận động, gây ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả điều trị viêm gân chóp xoay bằng các phương pháp VLTL ở bệnh nhân viêm gân chóp xoay tại Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang năm 2024.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích trên 42 bệnh nhân được chẩn đoán viêm gân cơ chóp xoay và có chỉ định điều trị bằng phương pháp vật lý trị liệu. Thu thập thông tin qua phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân và thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án. Kết quả: Mức độ đau đã giảm đáng kể sau điều trị, mức độ đau nặng giảm từ 45,2% xuống còn 0% và đau vừa giảm từ 42,9% xuống còn 4,8% sau điều trị, có 26,2% bệnh nhân hết đau hoàn toàn sau điều trị (VAS = 0) và 69% bệnh nhân chỉ còn đau nhẹ sau điều trị ($p < 0,001$). Điểm đau VAS trung bình giảm từ $6,9 \pm 1,7$ trước điều trị xuống còn $1,9 \pm 1,5$ sau điều trị ($p < 0,001$). Sau điều trị, cả 3 động tác dẹt, xoay trong và xoay ngoài khớp vai đều cải thiện rõ rệt so với trước điều trị ($p < 0,001$). Tỷ lệ bệnh nhân có vôi hóa gân trên X-quang giảm từ 52,4% xuống còn 26,2% và hình ảnh viêm gân trên siêu âm giảm từ 100% xuống còn 28,6%.

Kết luận: Các phương pháp vật lý trị liệu có hiệu quả rõ rệt trong điều trị viêm gân cơ chóp xoay, giúp cải thiện mức độ đau, cải thiện tầm vận động khớp, giảm tình trạng viêm và vôi hóa gân.

Từ khóa: viêm gân cơ chóp xoay, vật lý trị liệu.

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF PHYSICAL THERAPY IN THE TREATMENT OF ROTATOR CUFF TENDINITIS IN PATIENTS AT THE DEPARTMENT OF TRADITIONAL MEDICINE - REHABILITATION, AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2024

ABSTRACT

Introduction: Rotator cuff tendinitis is a condition characterized by inflammation of the rotator cuff tendons, leading to pain and reduced mobility, significantly affecting the quality of life of patients. This study aims to evaluate the effectiveness of physical therapy methods in treating rotator cuff tendinitis in patients at An Giang Central General Hospital in 2024.

Methods: A cross-sectional descriptive study with analysis was conducted on 42 patients diagnosed with rotator cuff tendinitis who were indicated for treatment with physical therapy. Information was collected through direct patient interviews and medical record review.

Results: Pain levels significantly decreased after treatment, with the proportion of patients reporting severe pain dropping from 45.2% to 0%, and moderate pain decreasing from 42.9% to 4.8%. A total of 26.2% of patients reported complete pain relief after treatment (VAS = 0), and 69% reported only mild pain post-treatment ($p < 0.001$). The average VAS pain score reduced from 6.9 ± 1.7 before treatment to 1.9 ± 1.5 after treatment ($p < 0.001$). After treatment, all three movements—abduction, internal rotation, and external rotation of the shoulder joint—showed significant improvement compared to before treatment ($p < 0.001$). The proportion of patients with calcification of the tendon on X-ray decreased from 52.4% to 26.2%, and ultrasound findings of tendon inflammation decreased from 100% to 28.6%.

Conclusion: *Physical therapy methods are significantly effective in treating rotator cuff tendinitis, helping to reduce pain levels, improve joint range of motion, and decrease inflammation and tendon calcification.*

Keywords: *Rotator cuff tendinitis, physical therapy.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chóp xoay là tên gọi phần gân bám vào đầu trên xương cánh tay của bốn cơ bao gồm cơ trên gai, cơ dưới gai, cơ dưới vai và cơ tròn bé. Chóp xoay có nhiệm vụ trợ giúp khớp vai thực hiện các động tác dạng, khép, xoay trong, xoay ngoài, đưa cánh tay ra trước, đưa ra sau và giữ vững khớp vai nên rất dễ bị tổn thương [6]. Viêm gân cơ chóp xoay là tình trạng các gân cơ chóp xoay bị viêm, thường kèm theo sự lắng đọng canxi ở gân, bệnh đặc trưng bởi tình trạng đau và giảm vận động. Bệnh thường gặp ở tuổi trung niên và tuổi già [2], gây ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [1]. Đây là nguyên nhân chính của tình trạng viêm quanh khớp vai và đau vùng vai, ở Việt Nam, bệnh chiếm khoảng 13% các bệnh khớp [1]. Điều trị bệnh tương đối dai dẳng, cần kết hợp nội khoa, vật lý trị liệu (VLTL) và thay đổi lối sống [1], [3]. Trong đó, các biện pháp điều trị VLTL như sóng xung kích, điện xung, siêu âm, tập vận động ngày càng được áp dụng rộng rãi trong điều trị [3]. Tuy nhiên, hiệu quả cụ thể của các phương pháp VLTL đối với bệnh nhân viêm gân cơ chóp xoay chưa được đánh giá đầy đủ và cụ thể tại địa phương. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Đánh giá hiệu quả của vật lý trị liệu trong viêm gân cơ chóp xoay ở bệnh nhân tại khoa Y học cổ truyền – Phục hồi chức năng, Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang năm 2024” nhằm đánh giá hiệu quả điều trị viêm gân chóp xoay bằng các phương pháp VLTL ở bệnh nhân viêm gân chóp xoay tại Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân đến khám và điều trị tại khoa Y học cổ truyền – Phục hồi chức năng, bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang, được chẩn đoán xác định viêm gân chóp xoay và có chỉ định điều trị bằng phương pháp vật lý trị liệu.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm gân chóp xoay và có chỉ định điều trị bằng phương pháp vật lý trị liệu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tổn thương vai nghiêm trọng khác; bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu: Chọn toàn bộ bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm gân chóp xoay và có chỉ định điều trị bằng phương pháp VLTL tại khoa Y học cổ truyền – Phục hồi chức năng, bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 01/2024 đến tháng 6/2024. Cỡ mẫu nghiên cứu là 42 mẫu.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ. Chọn toàn bộ bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong khoảng thời gian nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi soạn sẵn và thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án.

2.3 Nội dung nghiên cứu

Các bệnh nhân sau khi được chẩn đoán viêm gân cơ chóp xoay sẽ được đánh giá về mức độ đau, tầm vận động khớp vai và ghi nhận các kết quả cận lâm sàng.

Sau quá trình điều trị (khoảng 6 tuần), các chỉ số về lâm sàng và cận lâm sàng sẽ được đánh giá lại và so sánh với trước khi điều trị.

Các phương pháp VLTL được áp dụng cho tất cả bệnh nhân gồm:

- Sóng xung kích: Áp dụng 2-3 lần/tuần, mỗi lần kéo dài 10 phút, trong 4 đến 5 tuần.
- Điện xung: Áp dụng 2-3 lần/tuần, mỗi lần 15-20 phút.

- Siêu âm trị liệu: Tần số 1 MHz, điều trị 2-3 lần/tuần.
- Tập vận động có trợ giúp: Các bài tập kéo giãn cơ, tăng cường sức mạnh cơ vai được hướng dẫn và giám sát bởi chuyên viên vật lý trị liệu.

Biến số nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của bệnh nhân: tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh.
- Sự cải thiện về lâm sàng: mức độ đau và tầm vận động khớp vai.
- + Mức độ đau: đánh giá theo thang điểm VAS của Stembach, được chia ra 10 vạch tương ứng với 10 điểm, vạch 0 là không đau (0 điểm), vạch 10 là đau dữ dội nhất (10 điểm) [8]. Phân thành 4 mức độ:

Không đau (0 điểm)

Đau nhẹ (1-4 điểm)

Đau vừa (5-7 điểm)

Đau nặng (8-10 điểm).

- + Đánh giá tầm vận động khớp vai theo The McGill – McRoni [7]:

Mức độ	Tầm vận động khớp vai		
	Dạng	Xoay trong	Xoay ngoài
Độ 0 (bình thường)	>150°	>85°	>85°
Độ 1 (hạn chế nhẹ)	101 – 150°	61 – 85°	61 – 85°
Độ 2 (hạn chế vừa)	51 – 100°	31 – 60°	31 – 60°
Độ 3 (hạn chế nặng)	0 – 50°	0 – 30°	0 – 30°

- Sự cải thiện trên cận lâm sàng:
- + Trên siêu âm (hình ảnh viêm gân).
- + Trên X-quang (hình ảnh vôi hóa tại các gân cơ).

2.4. Xử lý số liệu

Số liệu được kiểm tra, làm sạch lỗi, nhập liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được chấp thuận bởi Ban giám đốc Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. Đối tượng tham gia nghiên cứu tự nguyện sau khi được giải thích về mục đích và nội dung nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Tổng số 42 đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân viêm gân cơ chóp xoay được điều trị bằng VLTL, kết quả nghiên cứu ghi nhận được như sau:

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Tần số	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	22	52,4
	Nữ	20	47,6
Tuổi	35 – 45 tuổi	17	40,5
	>45 tuổi	25	59,5

	Giá trị nhỏ nhất – giá trị lớn nhất: 35 tuổi – 63 tuổi		
	Tuổi trung bình: $48,2 \pm 8,9$ tuổi		
Thời gian mắc bệnh	2 – 6 tháng	30	71,4
	> 6 tháng	12	28,6
	Thời gian mắc bệnh trung bình: $5,0 \pm 2,3$		

Tỷ lệ giới tính nam là 52,4%, giới tính nữ là 47,6%. Độ tuổi trung bình là $48,2 \pm 8,9$ tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 63 tuổi và nhỏ tuổi nhất là 35 tuổi, sự phân bố nhóm tuổi như sau: 35 - 45 tuổi là 40,5% và > 45 tuổi là 59,5%.

Về thời gian mắc bệnh: nghiên cứu ghi nhận thời gian mắc bệnh trung bình của đối tượng nghiên cứu là $5,0 \pm 2,3$ tháng.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị về mặt lâm sàng

Bảng 3.2. Đánh giá kết quả điều trị theo mức độ đau VAS

Điểm đau VAS		Trước điều trị	Sau điều trị	p
Mức độ đau n (%)	Không đau (0 điểm)	0 (0,0)	11 (26,2)	<0,001*
	Đau nhẹ (1 – 4 điểm)	5 (11,9)	29 (69,0)	<0,001*
	Đau vừa (5 – 7 điểm)	18 (42,9)	2 (4,8)	<0,001*
	Đau nặng (8 – 10 điểm)	19 (45,2)	0 (0,0)	<0,001*
Điểm đau VAS trung bình		$6,9 \pm 1,7$	$1,9 \pm 1,5$	<0,001**

*McNemar Test **Paired-Sample T Test

Mức độ đau đã giảm đáng kể sau điều trị, mức độ đau nặng giảm từ 45,2% xuống còn 0% và đau vừa giảm từ 42,9% xuống còn 4,8% sau điều trị, có 26,2% bệnh nhân hết đau hoàn toàn sau điều trị (điểm đau VAS = 0) và 69% bệnh nhân chỉ còn đau nhẹ sau điều trị, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê.

Điểm đau VAS trung bình giảm từ $6,9 \pm 1,7$ trước điều trị xuống còn $1,9 \pm 1,5$ sau điều trị, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.3. Đánh giá sự cải thiện tầm vận động dạng khớp vai

Tầm vận động		Trước điều trị n (%)	Sau điều trị n (%)	p*
Dạng	Độ 0 (bình thường)	0 (0,0)	26 (61,9)	<0,001
	Độ 1 (hạn chế nhẹ)	6 (14,3)	16 (38,1)	<0,001
	Độ 2 (hạn chế vừa)	33 (78,6)	0 (0,0)	<0,001
	Độ 3 (hạn chế nặng)	3 (7,1)	0 (0,0)	<0,001
Xoay trong	Độ 0 (bình thường)	0 (0,0)	10 (23,8)	<0,001
	Độ 1 (hạn chế nhẹ)	3 (7,1)	32 (76,2)	<0,001
	Độ 2 (hạn chế vừa)	19 (45,2)	0 (0,0)	<0,001
	Độ 3 (hạn chế nặng)	20 (47,6)	0 (0,0)	<0,001
Xoay ngoài	Độ 0 (bình thường)	0 (0,0)	9 (21,4)	<0,001

	Độ 1 (hạn chế nhẹ)	2 (4,8)	33 (78,6)	<0,001
	Độ 2 (hạn chế vừa)	18 (42,9)	0 (0,0)	<0,001
	Độ 3 (hạn chế nặng)	22 (52,4)	0 (0,0)	<0,001

**McNemar Test*

Sau điều trị, cả 3 động tác dạng, xoay trong và xoay ngoài khớp vai đều cải thiện rõ rệt so với trước điều trị, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.3. Đánh giá kết quả điều trị về mặt cận lâm sàng

Bảng 3.4. Đánh giá kết quả điều trị trên cận lâm sàng

Dấu hiệu cận lâm sàng		Trước điều trị n (%)	Sau điều trị n (%)	p*
Hình ảnh vôi hóa gân trên X-quang	Có	22 (52,4)	11 (26,2)	0,001
	Không	20 (47,6)	31 (73,8)	
Hình ảnh viêm gân trên siêu âm	Có	42 (100)	12 (28,6)	<0,001
	Không	0 (0,0)	30 (71,4)	

**McNemar Test*

Sau điều trị, tỷ lệ bệnh nhân có hình ảnh vôi hóa gân trên X-quang và hình ảnh viêm gân trên siêu âm đều giảm đáng kể so với trước điều trị, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ giới tính giữa nam và nữ trong nhóm bệnh nhân viêm gân cơ chóp xoay điều trị bằng vật lý trị liệu tại Khoa Y học cổ truyền - Phục hồi chức năng, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang tương đối cân bằng, với tỷ lệ nam giới chiếm 52,4% và nữ giới chiếm 47,6%. Sự cân bằng này gợi ý rằng viêm gân cơ chóp xoay là bệnh lý không chỉ xảy ra chủ yếu ở một giới tính cụ thể, mà xuất hiện ở cả nam và nữ. Tuy nhiên, một số nghiên cứu trước đây cho rằng viêm gân cơ chóp xoay có thể phổ biến hơn ở nam giới, đặc biệt ở những người thường xuyên tham gia các hoạt động thể chất đòi hỏi vận động vai nhiều. Theo nghiên cứu của Paolo Frassanito (2018) tỷ lệ giới tính nam là 43%[9] và tác giả Nguyễn Hữu Huyền (2009) ghi nhận không có sự khác biệt về giới tính trong nghiên cứu [4].

Về độ tuổi, kết quả cho thấy bệnh nhân có độ tuổi trung bình là $48,2 \pm 8,9$ tuổi, với phần lớn các bệnh nhân thuộc nhóm trên 45 tuổi (59,5%). Điều này phù hợp với xu hướng thoái hóa tự nhiên của gân cơ chóp xoay theo thời gian, quá trình thoái hóa gân bắt đầu tăng lên ở tuổi trung niên và tiếp tục diễn ra trong các nhóm tuổi lớn hơn, dẫn đến sự gia tăng tỷ lệ viêm và tổn thương gân. Ngoài ra, tỷ lệ bệnh nhân trẻ hơn (nhóm 35 - 45 tuổi, chiếm 40,5%) cho thấy rằng viêm gân cơ chóp xoay không chỉ xảy ra ở người lớn tuổi mà còn phổ biến ở những người trẻ hơn. Tác giả Nguyễn Hữu Huyền cũng ghi nhận độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $58,9 \pm 0,83$ và hay gặp nhất ở lứa tuổi 51 – 60 tuổi [4], tác giả Paolo Frassanito (2018) ghi nhận tuổi trung bình của bệnh nhân là $54,1 \pm 10,3$ tuổi [9].

Thời gian mắc bệnh là một yếu tố quan trọng trong việc đánh giá mức độ nghiêm trọng và khả năng hồi phục của bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu ghi nhận thời gian mắc bệnh trung bình của bệnh nhân viêm gân cơ chóp xoay là $5,0 \pm 2,3$ tháng, đa số bệnh nhân (chiếm 71,4%) có thời gian mắc bệnh từ 2 - 6 tháng và 28,6% bệnh nhân mắc bệnh hơn 6 tháng. Với phần lớn bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 6 tháng, vẫn ở giai đoạn viêm gân cấp tính hoặc bán cấp tính. Trong giai đoạn này, các triệu chứng đau và viêm có xu hướng mới khởi phát và khả năng hồi phục của mô gân thường tốt hơn, đặc biệt khi được điều trị sớm bằng các phương pháp

VLTL. Ở những bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dài hơn, có thể viêm gân cơ chóp xoay đã tiến triển sang giai đoạn mạn tính, khả năng hồi phục kém hơn và quá trình điều trị cũng khó khăn hơn. Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Huyền cũng ghi nhận hầu hết bệnh nhân mắc bệnh kéo dài > 1 tháng (81,67%) và sẽ kéo dài dai dẳng nếu không được điều trị tích cực và đúng phương pháp [4].

4.2. Đánh giá kết quả điều trị về mặt lâm sàng

Kết quả nghiên cứu cho thấy sự cải thiện đáng kể về mức độ đau của bệnh nhân viêm gân cơ chóp xoay sau quá trình điều trị bằng các phương pháp vật lý trị liệu. Trước điều trị, không có bệnh nhân nào không đau (0 điểm), trong khi phần lớn bệnh nhân trải qua mức độ đau vừa và nặng, với 42,9% báo cáo đau vừa (5 – 7 điểm) và 45,2% báo cáo đau nặng (8 – 10 điểm). Điểm đau VAS trung bình trước điều trị là $6,9 \pm 1,7$ điểm, cho thấy mức độ đau khá cao trước khi bắt đầu điều trị. Sau điều trị, có sự chuyển biến rõ rệt, với 26,2% bệnh nhân không còn cảm thấy đau và 69,0% bệnh nhân chỉ còn cảm giác đau nhẹ (1 – 4 điểm). Không có bệnh nhân nào báo cáo mức độ đau nặng sau điều trị, và chỉ có 4,8% bệnh nhân vẫn cảm thấy đau vừa. Điểm đau VAS trung bình giảm đáng kể xuống còn $1,9 \pm 1,5$ điểm.

Từ lâu, các phương pháp VLTL đã được áp dụng vào điều trị viêm quanh khớp vai, trong đó có viêm gân cơ chóp xoay vì tính an toàn trong điều trị và những hiệu quả thực tế của phương pháp này mang lại, đặc biệt là khả năng giảm đau và kháng viêm [3]. Các phương pháp VLTL như điện xung, siêu âm, hồng ngoại, sóng ngắn đã được nhiều nghiên cứu chứng minh có hiệu quả giảm đau tốt [3]. Theo tác giả Paolo Frassanito (2018) ghi nhận mức độ đau của bệnh nhân theo VAS giảm đáng kể sau quá trình điều trị viêm gân khớp vai bằng sóng xung kích [9]. Trong nghiên cứu này, sự giảm đau sau điều trị là đáng kể với tất cả các mức độ đau đều giảm rõ rệt, đặc biệt là nhóm bệnh nhân trải qua đau nặng và đau vừa. Trước điều trị, nhóm bệnh nhân đau nặng chiếm gần một nửa tổng số ca, nhưng sau điều trị không còn trường hợp nào thuộc nhóm này. Kết quả này cho thấy hiệu quả của các phương pháp VLTL trong việc giảm thiểu mức độ đau, chuyển đổi tình trạng đau từ mức độ nặng và vừa sang mức độ không đau hoặc đau nhẹ. Việc giảm điểm đau VAS trung bình từ $6,9 \pm 1,7$ xuống $1,9 \pm 1,5$ điểm có ý nghĩa thống kê cao ($p < 0,001$), khẳng định tác dụng rõ rệt của VLTL trong cải thiện tình trạng đau. Tương tự, nghiên cứu của tác giả Phạm Hồng Vân (2021) ghi nhận ở nhóm nghiên cứu trước điều trị 100% bệnh nhân có đau khớp vai (20% đau vừa và 80% đau nhiều), sau điều trị bệnh nhân không đau tăng từ 0 lên 60%, bệnh nhân đau ít tăng từ 0 lên 40%, với giá trị trung bình mức độ đau theo thang điểm VAS giảm từ 6,91 xuống 2,08 [7]. Tác giả Nguyễn Hữu Huyền (2009) [4] và Phạm Văn Minh (2018) [5] cũng ghi nhận kết quả tương tự, với mức độ đau giảm đáng kể sau quá trình điều trị bằng VLTL.

Đánh giá sự cải thiện tầm vận động khớp vai sau điều trị, chúng tôi nhận thấy sau liệu trình điều trị bằng các phương pháp VLTL, không những bệnh nhân giảm đau hiệu quả mà tầm vận động khớp vai cũng cải thiện rõ rệt. Trước khi điều trị, tất cả bệnh nhân đều có hạn chế vận động khớp vai (từ độ 1 trở lên), trong đó động tác dạng khớp vai có 78,6% bị hạn chế vừa (độ 2) và 7,1% bị hạn chế nặng (độ 3), động tác xoay trong khớp vai có 45,2% bệnh nhân bị hạn chế vừa và 47,6% hạn chế nặng, động tác xoay ngoài có 42,9% bệnh nhân hạn chế vừa và 52,4% bệnh nhân hạn chế nặng. Sau quá trình điều trị, chúng tôi không còn ghi nhận bệnh nhân nào có hạn chế vận động mức độ vừa và nặng, động tác dạng khớp vai ghi nhận có tới 61,9% bệnh nhân vận động bình thường và chỉ còn 38,1% bệnh nhân hạn chế nhẹ, động tác xoay trong cũng ghi nhận có 23,8% bệnh nhân hồi phục hoàn toàn và 76,2% bệnh nhân chỉ còn hạn chế nhẹ, tương tự ở động tác xoay ngoài cũng ghi nhận 21,4% bệnh nhân hồi phục hoàn toàn tầm vận động và 78,6% bệnh nhân còn lại chỉ còn hạn chế nhẹ (độ 1). Kết quả này cho thấy điều trị bằng VLTL thật sự mang lại hiệu quả trong viêm gân cơ chóp xoay, giúp bệnh nhân hồi phục tầm vận động khớp, trở lại với sinh hoạt bình thường.

Nhiều nghiên cứu cũng đã ghi nhận kết quả tương đồng với chúng tôi. Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Huyền (2009) ghi nhận trước khi điều trị các bệnh nhân đều bị hạn chế vận động (hầu hết là độ 2 và độ 3), sau quá trình điều trị bằng điện xung, paraffin và điều trị vận động, có 63,3%

bệnh nhân không còn hạn chế động tác dạng khớp vai, động tác xoay trong và xoay ngoài cũng ghi nhận hầu hết bệnh nhân không còn hạn chế hoặc còn hạn chế nhẹ [4]. Tác giả Phạm Hồng Vân cũng ghi nhận trước điều trị các bệnh nhân đều có hạn chế vận động (chủ yếu độ 2 và 3), sau điều trị hầu hết bệnh nhân không còn hạn chế vận động hoặc chỉ hạn chế nhẹ [7]. Tác giả Phạm Văn Minh (2018) cũng ghi nhận đa số bệnh nhân có thay đổi đáng kể tầm vận động khớp vai trước và sau điều trị ở cả hai nhóm ($p < 0,01$) [5]. Sự cải thiện tầm vận động ở tất cả các động tác dạng, xoay trong và xoay ngoài không chỉ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) mà còn rất quan trọng về mặt lâm sàng. Điều này cho thấy các phương pháp VLTL như sóng xung kích, điện xung, tập vận động và siêu âm đã giúp giảm viêm, giảm đau, tăng tuần hoàn máu và thúc đẩy quá trình tái tạo mô, tăng cường sự linh hoạt và sức mạnh của cơ và gân quanh khớp vai, từ đó cải thiện rõ rệt tầm vận động của bệnh nhân.

4.3. Đánh giá kết quả điều trị về cận lâm sàng

Vôi hóa gân là một dấu hiệu quan trọng của viêm gân mạn tính, khi các tinh thể canxi tích tụ trong mô gân do phản ứng viêm kéo dài. Hình ảnh vôi hóa gân trong viêm gân có thể nhìn thấy được qua hình ảnh X-quang. Trước điều trị, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 52,4% bệnh nhân có hình ảnh vôi hóa gân, trong khi 47,6% không có. Sau điều trị, chỉ còn 26,2% bệnh nhân có dấu hiệu vôi hóa trên X-quang, trong khi 73,8% không còn dấu hiệu này. Sự giảm này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$). Kết quả này chứng tỏ điều trị VLTL có khả năng làm giảm hoặc tiêu biến các vùng vôi hóa trong gân. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng sóng xung kích có khả năng kích thích quá trình tái hấp thu canxi và tăng cường khả năng tự lành của mô gân, từ đó giảm thiểu tình trạng vôi hóa. Nghiên cứu của tác giả Speed và cộng sự (2002) đã tiến hành nghiên cứu về hiệu quả của sóng xung kích trong điều trị các bệnh lý về gân, bao gồm viêm gân cơ chóp xoay, kết quả đã cho thấy sóng xung kích có tác dụng là làm tiêu biến các vùng vôi hóa trong gân [10].

Siêu âm là một trong những cận lâm sàng thường được chỉ định, giúp chẩn đoán xác định tình trạng viêm gân cơ chóp xoay [1], [3]. Trên siêu âm sẽ giúp phát hiện được hình ảnh viêm gân, các hình ảnh này có thể bao gồm tình trạng phù nề, dày lên của gân, và thậm chí là sự tích tụ dịch trong bao gân. Trước điều trị, 100% bệnh nhân trong nghiên cứu đều có hình ảnh viêm gân trên siêu âm, một dấu hiệu điển hình của viêm gân cơ chóp xoay. Sau thời gian điều trị bằng VLTL, chỉ còn 28,6% bệnh nhân có hình ảnh viêm gân trên siêu âm, sự cải thiện này có ý nghĩa thống kê cao ($p < 0,001$). Việc giảm đáng kể tình trạng viêm gân cho thấy VLTL đã có tác động tích cực trong việc giảm viêm, cải thiện tuần hoàn và thúc đẩy quá trình tái tạo mô gân. Sóng xung kích và siêu âm là những phương pháp có khả năng kích thích vi tuần hoàn tại chỗ và giảm đau, đồng thời điện xung và các bài tập tăng cường cơ bắp cũng góp phần giảm tải lên gân, từ đó giúp giảm viêm. Nghiên cứu của Speed và cộng sự (2002) đã cho thấy sóng xung kích có tác dụng kích thích quá trình tái tạo mô và giảm viêm [10].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị viêm gân cơ chóp xoay bằng phương pháp VLTL trên 42 bệnh nhân, chúng tôi rút ra kết luận rằng các phương pháp VLTL (sóng xung kích, điện xung, siêu âm trị liệu, tập vận động) đã có hiệu quả tốt trong điều trị viêm gân cơ chóp xoay, giúp cải thiện mức độ đau, cải thiện tầm vận động khớp vai và cải thiện tình trạng vôi hóa gân và giảm viêm:

- 100% số bệnh nhân nghiên cứu có cải thiện mức độ đau sau điều trị, trong đó 26,2% bệnh nhân không còn đau và 69,0% bệnh nhân chỉ còn đau nhẹ ($p < 0,001$). Giá trị trung bình mức độ đau theo thang điểm VAS giảm từ $6,9 \pm 1,7$ điểm trước điều trị xuống còn $1,9 \pm 1,5$ điểm sau điều trị ($p < 0,01$).

- Về tầm vận động khớp vai, trước điều trị toàn bộ bệnh nhân đều có giới hạn vận động khớp vai (hầu hết ở mức độ vừa và nặng). Sau điều trị, không còn ghi nhận bệnh nhân nào có hạn chế vận động mức độ vừa và nặng, động tác dạng khớp vai ghi nhận có tới 61,9% bệnh nhân vận động bình thường và chỉ còn 38,1% bệnh nhân hạn chế nhẹ, động tác xoay trong cũng

ghi nhận có 23,8% bệnh nhân hồi phục hoàn toàn và 76,2% bệnh nhân chỉ còn hạn chế nhẹ, động tác xoay ngoài cũng ghi nhận 21,4% bệnh nhân khôi phục hoàn toàn tầm vận động và 78,6% bệnh nhân còn lại chỉ còn hạn chế nhẹ ($p < 0,001$).

- Tình trạng viêm gân cũng được cải thiện rõ rệt, với 71,4% bệnh nhân không còn dấu hiệu viêm gân trên siêu âm sau điều trị, so với 100% có viêm gân trước điều trị ($p < 0,001$).

- Hình ảnh vôi hóa trên X-quang giảm từ 52,4% bệnh nhân trước điều trị xuống còn 26,2% sau điều trị ($p = 0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Bạch Mai (2019), "Viêm quanh khớp vai", *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Bệnh Nội khoa*, trang 625 - 629.
2. Bệnh viện Nguyễn Tri Phương (2024), *Viêm gân chóp xoay vai*, Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, Thành phố Hồ Chí Minh.
3. Bộ Y tế (2022), "Phục hồi chức năng viêm quanh khớp vai", *Phác đồ điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng - Ban hành kèm theo Quyết định 3109/QĐ-BYT: Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng - Bộ Y Tế*, trang 68 - 72.
4. Nguyễn Hữu Huyền & Võ Xuân Nội (2009), "Đánh giá hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đông cứng nghẽn tắc bằng vật lý trị liệu kết hợp tập vận động", *Tạp chí Y - Dược học Quân sự*, 4 trang 1 - 8.
5. Phạm Văn Minh & Vũ Thị Duyên Trang (2018), "Đánh giá hiệu quả vận động trị liệu kết hợp vật lý trị liệu trong điều trị bệnh nhân viêm khớp vai thể đơn thuần", *Tạp chí Khoa học và Công nghệ Việt Nam*, 60 (5), trang 1 - 4.
6. Từ Đức Minh (2024), "Kết hợp giữa y học hiện đại và y học cổ truyền điều trị viêm cơ chóp xoay", *Tạp chí Sức khỏe và Đời sống*, trang 1.
7. Phạm Hồng Vân (2021), "Đánh giá cải thiện mức độ đau và tầm vận động khớp vai ở bệnh nhân viêm quanh khớp vai được điều trị bằng sóng xung kích kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt", *Tạp chí Y Dược Cổ truyền Việt Nam*, 4 (37), trang 24-30.
8. Lundqvist C, Benth JH & Grande RB (2009), "A vertical VAS is a valid instrument for monitoring headache pain intensity", *Cephalalgia*, 29 p.1034-1041.
9. Paolo Frassanito, Carlo Cavalieri, Roberto Maestri & Guido Felicetti (2018), "Effectiveness of Extracorporeal Shock Wave Therapy and kinesio taping in calcific tendinopathy of the shoulder: a randomized controlled trial", *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54 (3), p.333-340.
10. C. A. Speed, D. Nichols, C. Richards, H. Humphreys, J. Wies, S. Burnet & B. L. Hazleman (2002), "Extracorporeal shock wave therapy for tendonitis of the rotator cuff: a double-blind, randomized, controlled trial", *Journal of Bone and Joint Surgery-British Volume*, 84 (4), pages 509-512.

KẾT QUẢ DẪN LƯU TÚI MẬT XUYÊN GAN QUA DA DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Nguyễn Thành Phúc, Lê Minh Đạt,
Nguyễn Hữu Tính, Nguyễn Phú Cường

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trong các trường hợp viêm túi mật cấp độ II và III, dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da (PTGBD – Percutaneous transhepatic gallbladder drainage) cho thấy tỷ lệ thành công cao và biến chứng thấp. PTGBD được xem là thủ thuật can thiệp tối thiểu nhằm ổn định bệnh nhân trước khi có chỉ định điều trị tiếp theo.

Tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, PTGBD dưới hướng dẫn của siêu âm đã được thực hiện từ năm 2021, đạt nhiều kết quả khả quan. Tuy nhiên chưa có đề tài nghiên cứu khoa học về vấn đề này. Do vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá kết quả kỹ thuật PTGBD dưới hướng dẫn của siêu âm.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả loạt ca, hồi cứu kết hợp tiền cứu tất cả các trường hợp thực hiện PTGBD dưới hướng dẫn của siêu âm từ 01/2021 đến 09/2024 tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

Kết quả: Về phân độ của viêm túi mật cấp, độ II có 33/41 bệnh nhân (80.5%), độ III có 8/41 bệnh nhân (19.5%). Thời gian thực hiện thủ thuật (median, IQR) là 20 (15 – 30) phút. Tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật là 40/41 trường hợp (97.6%). 01/41 bệnh nhân (2.4%) có biến chứng tụt ống dẫn lưu. Tổng số ngày điều trị (median, IQR) là 8 (6 – 12.5) ngày.

Kết luận: Dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da dưới hướng dẫn siêu âm là kỹ thuật hiệu quả và an toàn ở bệnh nhân viêm túi mật cấp độ II và III.

Từ khóa: Hướng dẫn Tokyo về dẫn lưu túi mật trong viêm túi mật cấp, Dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da dưới hướng dẫn của siêu âm.

RESULTS OF PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC GALLBLADDER DRAINAGE UNDER ULTRASONIC GUIDANCE AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL

ABSTRACT

Backgrounds: In cases of grade II and III cholecystitis, percutaneous transhepatic gallbladder drainage (PTGBD) has demonstrated high success rates and low complication rates. PTGBD is considered a minimally invasive procedure to stabilize the patients before further therapeutic interventions. At An Giang Central General Hospital, PTGBD under ultrasound guidance has been performed since 2021, yielding promising results. However, no scientific research on this subject has been conducted. Therefore, we carried out this study with the

objective: Evaluating the outcomes of the PTGBD technique under ultrasound guidance.

Subjects and Methods: A retrospective and prospective case series study was conducted on all patients undergoing PTGBD under ultrasound guidance from 01/2021 to 09/2024 at An Giang Central General Hospital.

Results: Regarding the grading of acute cholecystitis, grade II accounted for 33 out of 41 patients (80.5%), while grade III accounted for 8 out of 41 patients (19.5%). The median procedure time (IQR) was 20 (15 – 30) minutes. The technical success rate was 40 out of 41 cases (97.6%). Complications included drain displacement in 1 out of 41 patients (2.4%). The median total length of hospital stay (IQR) was 8 (6 – 12.5) days.

Conclusions: *Percutaneous transhepatic gallbladder drainage under ultrasound guidance is an effective and safe technique for patients with grade II and III acute cholecystitis.*

Keywords: *Tokyo Guidelines: gallbladder drainage in patients with acute cholecystitis, Percutaneous transhepatic gallbladder drainage under ultrasound guidance.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phương pháp điều trị chính của viêm túi mật cấp là cắt túi mật sớm. Tuy nhiên, dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da (PTGBD) có thể được ưu tiên hơn đối với những bệnh nhân bị viêm túi mật cấp trung bình (độ II) hoặc nặng (độ III). Đối với những bệnh nhân độ II, chỉ nên áp dụng PTGBD khi họ không đáp ứng với điều trị bảo tồn. Đối với những bệnh nhân độ III, khuyến cáo nên sử dụng PTGBD kết hợp với chăm sóc tích cực [6].

Cập nhật hướng dẫn Tokyo 2018 (TG18) xác nhận rằng dẫn PTGBD là phương pháp dẫn lưu tiêu chuẩn và nên được coi là phương pháp thay thế đầu tiên cho can thiệp phẫu thuật ở những bệnh nhân viêm túi mật cấp có nguy cơ phẫu thuật cao, một số nghiên cứu đã mô tả PTGBD là ít xâm lấn hơn và có nguy cơ tác dụng phụ thấp hơn so với cắt túi mật [5].

Tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, PTGBD dưới hướng dẫn của siêu âm đã được thực hiện từ năm 2021, đạt nhiều kết quả khả quan. Tuy nhiên chưa có đề tài nghiên cứu khoa học về vấn đề này. Do vậy chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả thực hiện kỹ thuật này tại bệnh viện.

II. MỤC TIÊU CỦA ĐỀ TÀI

Mục tiêu chung:

Đánh giá kết quả kỹ thuật PTGBD dưới hướng dẫn của siêu âm.

Mục tiêu chuyên biệt

Đánh giá các yếu tố

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh học các trường hợp thực hiện kỹ thuật
- Phân độ chẩn đoán các trường hợp
- Thời gian thực hiện kỹ thuật
- Tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật
- Tỷ lệ thành công lâm sàng
- Tai biến, biến chứng của kỹ thuật
- Thời gian ổn định sau thực hiện kỹ thuật (về lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh học)
- Thời gian nằm viện

III. ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là 41 trường hợp được thực hiện kỹ thuật PTGBD dưới hướng dẫn của siêu âm tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang từ 01/2021 đến 09/2024.

3.2. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả loạt ca, hồi cứu kết hợp tiền cứu.

3.2.1. Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện gồm 41 bệnh nhân.

3.2.2. Quy trình nghiên cứu

Bệnh nhân viêm túi mật cấp được thăm khám lâm sàng, làm xét nghiệm, chẩn đoán, theo dõi điều trị, chỉ định dẫn lưu và theo dõi sau dẫn lưu. Sau đó, phân tích các kết quả lâm sàng, cận lâm sàng trước và sau dẫn lưu để rút ra kết luận.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Được chẩn đoán xác định viêm túi mật cấp độ II (không đáp ứng với điều trị nội khoa) hoặc viêm túi mật cấp độ III dựa theo Hướng dẫn Tokyo 2018 [7], được chỉ định PTGBD dưới hướng dẫn của siêu âm.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Rối loạn đông máu
- Có dịch quanh gan, cổ chướng nặng, suy gan nặng
- Không có đường vào
- Có chỉ định phẫu thuật vì những lí do khác

Quy trình dẫn lưu

Dụng cụ cần có để thực hiện kỹ thuật gồm máy siêu âm với đầu dò bụng, bộ dụng cụ dẫn lưu xuyên gan qua da gồm: bộ dẫn lưu qua da có khóa kích cỡ 8 – 10-Fr và bộ tiểu phẫu để thực hiện thủ thuật.

Áp dụng kỹ thuật PTGBD theo hướng dẫn Tokyo: được mô tả là tương đối dễ thực hiện đối với các bác sĩ lâm sàng nói chung. Chọc túi mật xuyên gan dưới hướng dẫn của siêu âm được thực hiện bằng kim 18-G, một ống thông 6 đến 10-Fr được đặt vào túi mật bằng dây dẫn đường [6].

Các bước tiến hành

Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân nằm ngửa hoặc tư thế Fowler, có thể kê đệm hạ sườn phải để bệnh nhân hơi nghiêng sang trái.

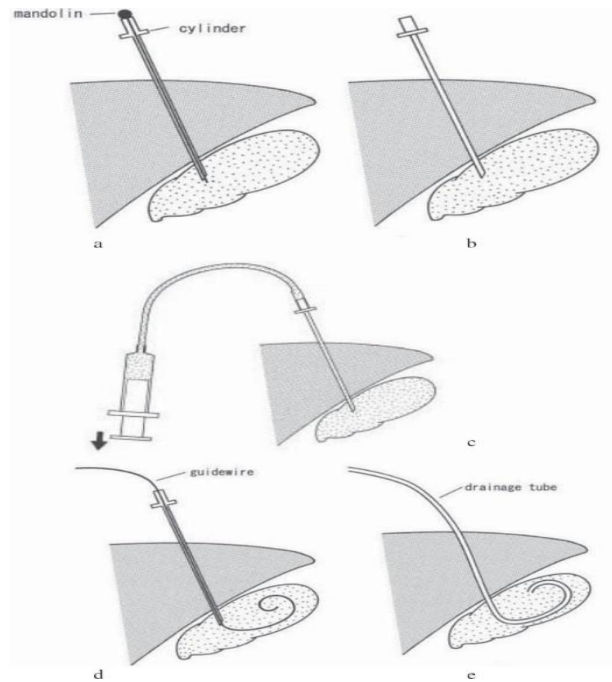
Siêu âm đánh giá khảo sát ổ bụng, tình trạng túi mật, tình trạng đường mật, nhu mô gan, mạch máu gan. Sau đó chọn vị trí chọc dẫn lưu.

Vị trí chọc kim trên thành bụng cần đạt được yêu cầu xuyên qua gan vào giương túi mật. Điểm chọc ngoài da thường ở gian sườn VII - VIII đường nách trước hướng vào trong và xuống dưới. Cần thận trọng tránh các bó thần kinh liên sườn bằng cách đi bờ dưới xương sườn. Điểm chạm giương túi mật tốt nhất là ở 1/3 trên của giương túi mật để catheter được thẳng và nằm trọn trong lòng túi mật.

Sau khi sát khuẩn da quanh vị trí chọc, gây tê từng lớp da, tổ chức dưới da bằng Lidocain 2%. Rạch da 3 – 5mm, kim chọc là kim trocar 8 – 10-Fr. Sau khi rút nòng kim trong phần ống dẫn lưu chữ j giữ hoàn toàn trong lòng túi mật. Lấy dịch mật để cấy làm kháng sinh đồ.

Dùng siêu âm khảo sát lại để chắc chắn dẫn lưu đã nằm trong túi mật. Cố định dẫn lưu ngoài da kỹ để tránh bị tuột bằng chỉ không tan. Đầu ngoài vì gắn vào túi đựng vô khuẩn để theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất.

Sau khi bệnh nhân đã được thực hiện thủ thuật, cần theo dõi lâm sàng bệnh nhân để đánh giá hai vấn đề chính: đánh giá tính hiệu quả của dẫn lưu và phát hiện các biến chứng có thể xảy ra [1]



Hình 1. Quy trình dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da (PTGBD)

- a Một kim thăm dò được đưa vào túi mật. b Lấy nòng kim và giữ xi lanh ngoài.
c Xác nhận có dòng chảy ngược của mật. d Một dây dẫn được đưa vào túi mật.
e Sau khi lấy xi lanh ngoài ra, một ống dẫn lưu được luồn qua dây dẫn vào túi mật. Sau đó, dây dẫn được rút ra và ống được cố định vào da

3.3 Các biến số nghiên cứu

Các biến số thu thập chính là:

- Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.
- Thời gian thực hiện.
- Tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật (TSR): ống dẫn lưu đặt đúng kỹ thuật xuyên gan qua da nằm trong túi mật, dịch mật chảy ra tốt.
- Tỷ lệ thành công lâm sàng (CSR) của PTGBD = $(\text{số ca cải thiện lâm sàng sau PTGBD} \times 100 / [\text{tổng số thủ thuật PTGBD} - \text{số thủ thuật không thành công về mặt kỹ thuật}])$
- Tai biến, biến chứng: nhiễm trùng chân dẫn lưu, tắc ống dẫn lưu, tụt ống dẫn lưu, rò mật gây viêm phúc mạc, chảy máu, tràn khí/máu khoang màng phổi, tổn thương cơ quan lân cận, tử vong
- Tình trạng cải thiện của viêm túi mật sau thực hiện kỹ thuật (chỉ số Bạch cầu, CRP), hình ảnh học sau thực hiện kỹ thuật và khi bệnh nhân ổn định.
- Tình trạng ống dẫn lưu, lượng dịch mật dẫn lưu ra ngoài
- Thời gian nằm viện: được tính bằng ngày xuất viện trừ ngày nhập viện.

3.4 Phân tích và xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS để phân tích dữ liệu. Đối với các biến phân loại, các giá trị được biểu thị dưới dạng số và phần trăm, trong khi đối với các biến liên tục, các giá trị được biểu thị dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn (SD) hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị (IQR) tùy theo trường hợp. Các trường hợp so sánh trung bình giữa các nhóm được sử dụng T-Test đối với phân phối chuẩn, Mann-Whitney U Test hoặc Wilcoxon Test đối với phân phối không chuẩn. Giá trị p nhỏ hơn 0.05 trong các kiểm định được coi là có ý nghĩa thống kê.

VI. KẾT QUẢ

Chúng tôi đã chỉ định PTGBD dưới hướng dẫn của siêu âm cho 41 trường hợp viêm túi mật cấp. Dưới đây là một số kết quả nghiên cứu chúng tôi thu được.

- Có 16 bệnh nhân nam và 25 bệnh nhân nữ, tỉ lệ nam/nữ là 1:1.56. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 32 tuổi, lớn nhất là 105 tuổi, tuổi trung bình là 74.98 ($\pm$ 16.67) tuổi.
- Khảo sát bệnh lý nền về nội khoa theo hệ cơ quan bao gồm hô hấp, tim mạch, nội tiết, thận mạn, thần kinh, tiêu hoá nhận thấy 41/41 bệnh nhân đều có bệnh lý nền về nội khoa. Trong đó có bệnh lý nền ở bốn hệ cơ quan là 2/41 bệnh nhân (4.9%), ở ba hệ cơ quan là 9/41 bệnh nhân (22%), ở hai hệ cơ quan là 21/41 bệnh nhân (51.2%), ở một hệ cơ quan là 9/41 bệnh nhân (22%).
- Thời gian khởi phát đến lúc nhập viện (median, IQR) là 3 (1.25 – 4) ngày.

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng phục vụ cho chẩn đoán

Về *đáp ứng viêm tại chỗ*: hầu hết bệnh nhân có đau hạ sườn phải với 92.7% (n = 38), dấu Murphy dương tính 31.7% (n = 13), sờ thấy khối đau ở vùng hạ sườn phải 22% (n = 9), cảm ứng phúc mạc hoặc đề kháng thành bụng vùng hạ sườn phải 9.8% (n = 4) (bảng 1).

Bảng 1. Đáp ứng viêm tại chỗ

	n	Tỉ lệ (%)
Ấn đau vùng hạ sườn phải	38	92.7
Dấu Murphy dương tính	13	31.7
Sờ thấy khối đau ở vùng hạ sườn phải	9	22
Cảm ứng phúc mạc hoặc đề kháng thành bụng vùng hạ sườn phải	4	9.8

Về *đáp ứng viêm toàn thân*: có 14.6% bệnh nhân có sốt (n = 6), chỉ số bạch cầu trung bình là 17.8 ($\pm$ 7.09) K/mm³, chỉ số CRP (median, IQR) là 95.96 (62.2 – 225.61) mg/l (bảng 2).

Bảng 2. Đáp ứng viêm toàn thân

	n	Tỉ lệ (%)
Sốt	6	14.6
Bạch cầu tăng >10 K/ μ L	36	87.8
Chỉ số CRP >10 mg/l	33	80.5

Về *hình ảnh học*:

Có 40/41 bệnh nhân được siêu âm ổ bụng trước thực hiện thủ thuật (chiếm 97.6%), trong đó thành túi mật trung bình dày 7.52 ($\pm$ 1.91) mm và dày nhất là 11 mm (bảng 3).

Bảng 3. Hình thái trên siêu âm ổ bụng

Hình ảnh ghi nhận	n	Tỉ lệ (%)
Dày thành túi mật	25	62.5
Túi mật căng	39	97.5
Có sỏi túi mật	26	65
Hơi trong lòng túi mật	0	0
Dịch quanh túi mật	3	7.5

Không có bệnh nhân nào được khảo sát dấu Murphy trên siêu âm.

Có 37/41 bệnh nhân (90.24%) được chụp CTScan ổ bụng trước thực hiện thủ thuật, trong đó thành túi mật dày (median, IQR) 6.5 (6 – 8) mm và dày nhất 12 mm (bảng 4).

Bảng 4. Hình thái trên CTScan bụng

Hình ảnh ghi nhận	n	Tỉ lệ (%)
Dày thành túi mật	26	70.3
Có sỏi hoặc sỏi bùn	16	43.2
Hơi trong lòng túi mật	1	2.7
Dịch quanh túi mật	8	21.6
Mất liên tục thành túi mật	6	16.2
Rối loạn tưới máu giương túi mật	9	24.3
Áp xe gan thứ phát do viêm túi mật	1	2.7

4.2. Về các tiêu chuẩn phân độ chẩn đoán

Các tiêu chuẩn phân độ II:

Bạch cầu > 18 K/mm³: 17/41 bệnh nhân (41.5%)

Sờ thấy khối đau ở vùng hạ sườn phải: 9/41 bệnh nhân (22%)

Có 40/41 bệnh nhân (97.6%) có ghi nhận thời gian khởi phát bệnh, trong đó 22/40 bệnh nhân có thời gian tính từ lúc khởi phát khởi phát đến nhập viện ≥ 3 ngày (chiếm 55%)

Có 12/37 bệnh nhân (32.4%) chụp CTScan bụng có hơi trong lòng túi mật hoặc dịch quanh túi mật hoặc mất liên tục thành túi mật hoặc áp xe gan thứ phát do viêm túi mật.

Các tiêu chuẩn phân độ III:

Các tiêu chuẩn phân độ III được thể hiện trong bảng 5

Bảng 5. Các tiêu chuẩn phân độ III

	n	Tỉ lệ (%)
Tụt huyết áp cần hồi sức trước thực hiện thủ thuật	1	2.4
Rối loạn tri giác	1	2.4
Suy hô hấp	1	2.4
Suy chức năng thận với Creatinin máu > 2 mg/dL (> 176 umol/l)	4	9.8
Tiểu cầu < 100.000/mm ³	3	7.3

Về phân độ ghi nhận như trong bảng 6

Bảng 6. Phân độ viêm túi mật cấp

Phân độ	n	Tỉ lệ (%)
Độ II	33	80.5
Độ III	8	19.5

4.3 Về quá trình thực hiện thủ thuật

Tất cả bệnh nhân được sử dụng kháng sinh điều trị (nhóm Cephalosporin thế hệ 3) trước thực hiện thủ thuật. 14/41 bệnh nhân (34.1%) được cấy máu 02 vị trí trước sử dụng kháng sinh. Thời gian thực hiện (median, IQR) là 20 (15 – 30) phút.

Phương pháp vô cảm: 38/41 bệnh nhân tê tại chỗ (92.7%), 3/41 bệnh nhân mê nội khí quản (7.3%).

Có 37/41 trường hợp thực hiện thủ thuật (90.2%) có mô tả vị trí chọc kim dẫn lưu, ghi nhận như trong bảng 7.

Bảng 7. Vị trí chọc kim dẫn lưu

Vị trí chọc kim	n	Tỉ lệ (%)
Liên sườn 7	14	37.8
Liên sườn 8	19	51.4
Liên sườn 9	2	5.4
Liên sườn 10	2	5.4
Đường nách giữa	20	54.1
Đường nách trước	17	45.9

32/41 trường hợp (78%) có mô tả kích thước ống dẫn lưu pigtail, trong đó 18/32 ống 10-Fr (56.3%) và 14/32 ống 8-Fr (43.7%).

41/41 trường hợp đều ghi nhận có sự chảy ra của dịch mật theo ống dẫn lưu sau thực hiện thủ thuật.

Có 40/41 trường hợp (97.6%) có ghi nhận tính chất dịch mật, trong đó 33/40 trường hợp có dịch mủ đục (82.5%), dịch mật lợn cợn 5/40 trường hợp (12.5%), dịch mật vàng sậm 2/40 trường hợp (5%).

37/41 trường hợp (90.2%) được cấy dịch mật.

4.4 Về kết quả điều trị sau thực hiện kỹ thuật

Trong 37 trường hợp được cấy dịch mật, số trường hợp dương tính là 21/37 (56.8%). Tìm thấy chủng của 5 vi khuẩn, trong đó 2 chủng chiếm tỉ lệ cao nhất là *Escherichia coli* (61.9%), *Klebsiella pneumoniae* (23.8%).

Lượng dịch mật ra ống dẫn lưu hậu phẫu được thể hiện như bảng 8:

Bảng 8. Lượng dịch mật ra ống dẫn lưu hậu phẫu

Ngày hậu phẫu	Số lượng dịch mật ra ống dẫn lưu
Ngày 1 (median, IQR)	100 (52.5 – 137.5) ml
Ngày 3 (median, IQR)	50 (30 – 100) ml
Ngày 5 (median, IQR)	55 (22.5 – 100) ml
Ngày 7 (median, IQR)	50 (20 – 100) ml

Về ảnh hưởng của kích thước ống dẫn lưu trên số lượng dịch mật ra ống dẫn lưu ở hậu phẫu ngày 1, có sự tương đồng về số lượng dịch mật ra ống dẫn lưu ở hậu phẫu ngày 1 ở cả hai loại ống 8-Fr và 10-Fr và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm ống dẫn lưu với $p = 0.487$ (bảng 9).

Bảng 9. Ảnh hưởng của kích thước ống dẫn lưu lên số lượng dịch mật ra ống dẫn lưu

	Sử dụng ống 8-Fr	Sử dụng ống 10-Fr	p
Số lượng dịch mật ra ống dẫn lưu hậu phẫu ngày 1 (ml)	100 (100 – 125)	100 (50 – 162.6)	0.487 ^b

^b: Mann-Whitney U Test

Tính chất dịch mật xanh trong ra ống dẫn lưu ghi nhận vào ngày hậu phẫu thứ (median, IQR) 4 (3 – 4).

Bệnh nhân được ngưng sử dụng giảm đau truyền tĩnh mạch vào ngày hậu phẫu thứ (median, IQR) 3 (3 – 4).

Số ngày sử dụng kháng sinh (median, IQR) là 7 (6.25 – 10.75) ngày.

39/41 bệnh nhân (95.1%) được xét nghiệm đánh giá lại công thức máu trước xuất viện. Chỉ số bạch cầu của các trường hợp này giảm so với trước thực hiện kỹ thuật và có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$ (bảng 10). Có 15/39 bệnh nhân (38.5%) có chỉ số bạch cầu tại cuối đợt điều trị vẫn còn $> 10.000 \text{ K/mm}^3$, ở mức (median, IQR) 12.07 (11.22 – 13.46) K/mm^3 . Chỉ số bạch cầu về bình thường vào ngày hậu phẫu thứ (median, IQR) 5 (3 – 5).

35/41 bệnh nhân (85.4%) được xét nghiệm CRP kiểm tra lại trước xuất viện, chỉ số CRP của các trường hợp này giảm so với trước khi thực hiện PTGBD và có ý nghĩa thống kê với $p = 0.002$ (bảng 10).

Bảng 10. Chỉ số bạch cầu và CRP trước và sau PTGBD

	Trước PTGBD	Sau PTGBD	P
Bạch cầu (K/mm^3)	17.88 ± 7.16	9.9 ± 3.01	< 0.001
CRP (median, IQR) (mg/l)	105.04 (64 – 255.19)	49.54 (37.3 – 80.8)	0.002

Có 26/41 bệnh nhân (63.4%) được kiểm tra lại hình ảnh học sau PTGBD.

Về tỉ lệ thành công về mặt kỹ thuật (TSR), có 01 trường hợp đầu tận của ống dẫn lưu xuyên thành nằm ngoài túi mật (trường hợp này được chỉ định phẫu thuật nội soi cắt túi mật, sau đó bệnh nhân ổn định), như vậy tỉ lệ thành công về mặt kỹ thuật là 40/41 trường hợp (97.6%).

Tỷ lệ thành công lâm sàng (CSR) trong nghiên cứu của chúng tôi là 38/40 bệnh nhân (95%). Những bệnh nhân này cải thiện và ổn định sau PTGBD, được xuất viện mà không có cắt túi mật ngay trong lần nhập viện này.

Tổng số ngày điều trị (median, IQR) là 8 (6 – 12.5) ngày. Số ngày điều trị của các trường hợp phân độ II ít hơn số ngày điều trị của các trường hợp phân độ III. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (bảng 11).

Bảng 11. Số ngày điều trị theo phân độ nặng

	Độ II	Độ III	P
Tổng số ngày điều trị (median, IQR) (ngày)	8 (7 – 10.5)	10 (3.5 – 19.5)	0.487 ^b

^b: Mann-Whitney U Test

01/41 bệnh nhân (2.4%) có biến chứng, trường hợp này xảy ra tụt ống dẫn lưu (sau đó bệnh diễn tiến nặng bệnh cảnh nhồi máu cơ tim cấp, người nhà xin về). 01/41 bệnh nhân (2.4%) diễn tiến nặng bệnh cảnh xuất huyết tiêu hoá trên dẫn đến tử vong. Vì vậy, tỉ lệ bệnh nhân diễn tiến nặng (bệnh nặng xin về, tử vong) là 2/41 bệnh nhân (4.87%).

V. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của 41 bệnh nhân trong nghiên cứu là 74.98 ± 16.67 tuổi, cao hơn so với các nghiên cứu của Bùi Văn Dương là 64.3 ± 11.8 tuổi [1], của Szabolcs Ábrám là 71.43 ± 13.22 tuổi [2], của Yi-Ren Hu là 69.2 ± 11.4 tuổi [3], Xin Jin là 62.5 ± 12 tuổi [4].

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có bệnh lý nền về nội khoa (78.05% có bệnh nền ở hai hệ cơ quan trở lên), tương đồng với nghiên cứu của Yi-Ren Hu [3] và cao hơn mức 43.55% trong nghiên cứu của tác giả Bùi Văn Dương [1].

Về phân độ, độ II (80.5%) chiếm tỉ lệ cao hơn độ III (19.5%), tương đồng với nghiên cứu của Bùi Văn Dương (độ II: 73.19%; độ III: 26.8%) [1] và Szabolcs Ábrám (độ II: 73.6%; độ III: 17.6%) [2].

Có 02 kích thước ống pigtail được sử dụng là 10Fr (56.3%) và 8Fr (43.7%), ảnh hưởng của kích thước ống dẫn lưu lên số lượng dịch mật ra ống dẫn lưu sau 24h khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Thời gian thực hiện dẫn lưu (median, IQR) là 20 (15 – 30) phút, ngắn hơn so với nghiên cứu của Yi-Ren Hu là 50.4 (40 - 75) phút [3] và Xin Jin là 58.31 ± 10.09 phút [4], dài hơn so với tác giả Bùi Văn Dương là 14.27 ± 3.21 phút [1].

Chỉ số bạch cầu về bình thường vào ngày hậu phẫu thứ (median, IQR) 5 (3 – 5), muộn hơn so với nghiên cứu của Xin Jin là 3.21 ± 0.40 [4].

Các nghiên cứu lâm sàng trước đây cho thấy tỷ lệ đạt được sự cải thiện lâm sàng ở 56% – 93% bệnh nhân [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đánh giá về lâm sàng và cận lâm sàng trước và sau PTGDB cho thấy bệnh nhân cải thiện rõ rệt, thể hiện qua một số yếu tố như: bệnh nhân được ngưng sử dụng giảm đau truyền tĩnh mạch vào ngày hậu phẫu thứ (median, IQR) 3 (3 – 4), chỉ số bạch cầu và CRP giảm so với trước thực hiện kỹ thuật có ý nghĩa thống kê. Điều này tương đồng với các nghiên cứu của Bùi Văn Dương [1], Xin Jin [4] và Yi-Ren Hu [3].

Nghiên cứu ghi nhận 37/41 trường hợp (90.2%) được cấy dịch mật, tỉ lệ dương tính 56.8%, thấp hơn mức 68.8% trong nghiên cứu của Yi-Ren Hu. Tìm thấy chủng của 5 vi khuẩn, trong đó 2 chủng chiếm tỉ lệ cao nhất là *Escherichia coli* (61.9%), *Klebsiella pneumoniae* (23.8%), điều này tương đồng với nghiên cứu của Yi-Ren Hu [3].

Số ngày sử dụng kháng sinh (median, IQR) là 7 (6.25 – 10.75) ngày, cao hơn so với nghiên cứu của Yi-Ren Hu là $4,3 \pm 2,6$ ngày [3].

Tỉ lệ thành công về mặt kỹ thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là 97.6%, cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Bùi Văn Dương là 86.29% [1] và của Szabolcs Ábrám là 97,53% [2], thấp hơn của tác giả Yi-Ren Hu là 100% [3]. Tỷ lệ thành công lâm sàng (CSR) trong nghiên cứu là 95%, cao hơn so với nghiên cứu của Szabolcs Ábrám là 87.97% [2].

Tổng số ngày điều trị (median, IQR) là 8 (6 – 12.5) ngày, dài hơn so với nghiên cứu của Xin Jin là 2.99 ± 1.31 [4]. Tổng số ngày điều của độ II và độ III khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Tỉ lệ biến chứng là 2.4% (01 trường hợp tụt ống dẫn lưu), thấp hơn so với nghiên cứu của Yi-Ren Hu là 8.57% [3].

Tỉ lệ bệnh nhân diễn tiến nặng (bệnh nặng xin về, tử vong) là 4.87%, thấp hơn so với nghiên cứu của Szabolcs Ábrám là 11.72% [2].

VI. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi thấy PTGBD dưới hướng dẫn của siêu âm là kỹ thuật ít xâm lấn, hiệu quả, an toàn với tỉ lệ thành công cao và biến chứng thấp. PTGDB nên được coi là phương pháp thay thế đầu tiên ở những bệnh nhân viêm túi mật cấp trung bình (độ II) hoặc nặng (độ III) có nguy cơ phẫu thuật cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Văn Dương và các cộng sự. (2023), "Kết quả dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da dưới hướng dẫn siêu âm trong bệnh lý viêm đường mật cấp", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 527, tr. 251-258.
2. Szabolcs Ábrahám và các cộng sự. (2022), "Surgical outcome of percutaneous transhepatic gallbladder drainage in acute cholecystitis: Ten years' experience at a tertiary care centre", *Surgical Endoscopy*. 36(5), tr. 2850-2860.
3. Yi-Ren Hu và các cộng sự. (2015), "Efficacy and safety of B-mode ultrasound-guided percutaneous transhepatic gallbladder drainage combined with laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis in elderly and high-risk patients", *Bmc Gastroenterology*. 15, tr. 1-6.
4. Xin Jin, Yunshan Jiang và Jiongjiong Tang (2022), "Ultrasound-Guided Percutaneous Transhepatic Gallbladder Drainage Improves the Prognosis of Patients with Severe Acute Cholecystitis", *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2022(1), tr. 5045869.
5. Yasuhisa Mori và các cộng sự. (2018), "Tokyo Guidelines 2018: management strategies for gallbladder drainage in patients with acute cholecystitis (with videos)", *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*. 25(1), tr. 87-95.
6. Toshio Tsuyuguchi và các cộng sự. (2007), "Techniques of biliary drainage for acute cholecystitis: Tokyo Guidelines", *Journal of hepato-biliary-pancreatic surgery*. 14, tr. 46-51.
7. Masamichi Yokoe và các cộng sự. (2018), "Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos)", *Journal of Hepato-biliary-pancreatic Sciences*. 25(1), tr. 41-54.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT UNG THƯ DA VÙNG MẶT VÀ TẠO HÌNH BẰNG VẬT DA TẠI CHỖ

Lâm Quốc Thắng, Đoàn Xuân Vũ,
Đương Văn Ninh, Phạm Mỹ Nhân

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá về mặt ung thư học sau khi điều trị bằng phẫu thuật cắt rộng đối với ung thư da vùng mặt và hiệu quả về mặt chức năng cũng như thẩm mỹ sau phẫu thuật tạo hình khuyết hổng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 50 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư da vùng mặt và được điều trị phẫu thuật cắt rộng tạo hình bằng vật da tại chỗ từ tháng 01/2021 đến 6/2024 tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang. Chúng tôi tiến hành thu thập thông tin từ hồ sơ lưu trữ bệnh án. Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.

Kết quả nghiên cứu: ung thư da vùng mặt chủ yếu là BCC (66%), vị trí xuất hiện chủ yếu là vùng mũi (36%). Giải phẫu bệnh sau mổ dương tính tại nền bướu 8% và diện cắt biên 6%, di lệch cấu trúc tạm thời sau mổ chiếm tỉ lệ 8%. 100% bệnh nhân đánh giá mức độ hài lòng về mặt thẩm mỹ, 100% không có trường hợp nào tái phát sau 3-6 tháng theo dõi.

Kết luận: Vị trí bướu khó khăn cho việc phẫu thuật và kích thước bướu càng lớn thì ảnh hưởng đến sự cắt không hết bướu hoàn toàn và dễ gây di lệch các cơ quan lân cận, ảnh hưởng đến chức năng thẩm mỹ sau mổ.

Từ khóa: Ung thư da vùng mặt; Phẫu thuật cắt rộng và tạo hình bằng vật da tại chỗ.

ABSTRACTS

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT FOR SKIN CANCER IN THE FACIAL AREA AND LOCAL FLAP RECONSTRUCTION

Background: Skin cancer in the facial area is a common cancer, primarily basal cell carcinoma, characterized by a long-term local progression. Wide excision surgery with local flap reconstruction is the primary treatment method.

Methods: A cross-sectional descriptive study on 50 patients diagnosed with skin cancer in the facial region who underwent wide surgical excision and reconstruction using local skin flaps from January 2021 to June 2024 at An Giang Central General Hospital. We are in the process of collecting information from the archived records sentence. The data is entered and processed by the software SPSS 20.

Result: Skin cancer in the facial area is primarily BCC (66%), with the most common location being the nose (36%). Postoperative pathology showed positive results at the tumor base in 8% of cases and at the resection margin in 6%. The rate of temporary structural deviation after surgery was 8%. 100% of patients rated their satisfaction with aesthetics, and there were no cases of recurrence after 3-6 months of follow-up.

Conclusion: The location of the tumor makes surgery difficult, and the larger the tumor, the more it affects the complete removal of the tumor and increases the risk of displacing nearby organs, which impacts aesthetic function after surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư da là bệnh lý ung thư thường gặp. Carcinôm tế bào đáy và gai chiếm 97% tần suất và tỉ lệ tử vong đang có chiều hướng gia tăng. Ở Việt nam ung thư da cũng là bệnh lý khá phổ biến.

Tiếp xúc với ánh nắng mặt trời được xem là nguyên nhân gây ung thư da. Bệnh có khả năng được chữa khỏi cao, hiếm khi gây tử vong và chi phí điều trị cũng không nhiều như các bệnh ung thư khác. Về phân bố, khoảng 3/4 ung thư da ở vùng đầu cổ trong đó gần 90% ở vùng mặt,

đồng thời khoảng 90% carcinôm tế bào đáy và 70% carcinôm tế bào gai của da là ở vùng đầu cổ.

Phẫu thuật cắt rộng tạo hình với ưu thế kiểm soát tốt diện cắt, cung cấp đầy đủ bằng chứng về giải phẫu bệnh, ít biến chứng và là phương pháp điều trị triệt để trong hầu hết các trường hợp. Mục đích của phẫu trị không chỉ là cắt đủ rộng để giảm thiểu tỉ lệ tái phát mà còn phải tái tạo thật tốt các khuyết hồng để trả lại chức năng và hình thể bình thường cho bệnh nhân. Nếu phẫu thuật viên quá tiết kiệm mô lành để bảo tồn chức năng – thẩm mỹ mà cắt rộng không đúng mức sẽ dẫn đến tái phát. Theo các nghiên cứu trên thế giới, rìa diện cắt dao động từ 2 – 10 mm đối với các trường hợp carcinôm tế bào đáy, và 4 – 15 mm đối với các trường hợp carcinôm tế bào gai. Thay đổi của độ rộng này tùy thuộc vào dạng đại thể, kích thước, vị trí của sang thương và một số yếu tố nguy cơ khác.

Để đạt được kết quả điều trị toàn diện, người bác sĩ phẫu thuật phải có kế hoạch chọn lựa rìa diện cắt vừa đủ để đạt độ an toàn về mặt ung thư, mà không quá nhiều khó khăn cho việc tạo hình khuyết hồng; lựa phương pháp tạo hình đơn giản và hiệu quả nhất để đảm bảo chức năng và thẩm mỹ của bệnh nhân. Do đó chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá hiệu quả thẩm mỹ và an toàn về mặt ung thư khi sử dụng phương pháp phẫu thuật cắt rộng ung thư da vùng mặt và tạo hình bằng vạt da tại chỗ che khuyết hồng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư da vùng mặt và được điều trị phẫu thuật cắt rộng tạo hình bằng vạt da tại chỗ từ tháng 01/2021 đến 6/2024 tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng là ung thư da vùng mặt và được điều trị phẫu thuật cắt rộng tạo hình bằng vạt da tại chỗ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Ung thư da vùng mặt lan rộng, không thể thực hiện phẫu thuật chuyển vạt da tại chỗ.

Các ung thư da ngoài vùng mặt, ung thư da vùng mặt tái phát lần 2.

Có bệnh nội khoa nặng, tiên lượng ảnh hưởng đến tuần hoàn - hô hấp trong quá trình phẫu thuật.

Tiền căn xạ trị vùng mặt.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Mô tả cắt ngang

2.3 Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng các bệnh nhân ung thư da vùng mặt

Hiệu quả về mặt an toàn ung thư học sau phẫu thuật

Hiệu quả về mặt thẩm mỹ và chức năng sau phẫu thuật

2.4 Phương pháp xử lý số liệu

Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20

2.5 Thời gian nghiên cứu

Tháng 01/2021 đến 6/2024

2.6 Địa điểm nghiên cứu

Khoa ung bướu - Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang

2.7 Đo lường các biến

Đặc điểm bệnh nhân: tuổi, giới, nghề nghiệp,

Đặc điểm bệnh lý: vị trí, chẩn đoán lâm sàng, kích thước bướu

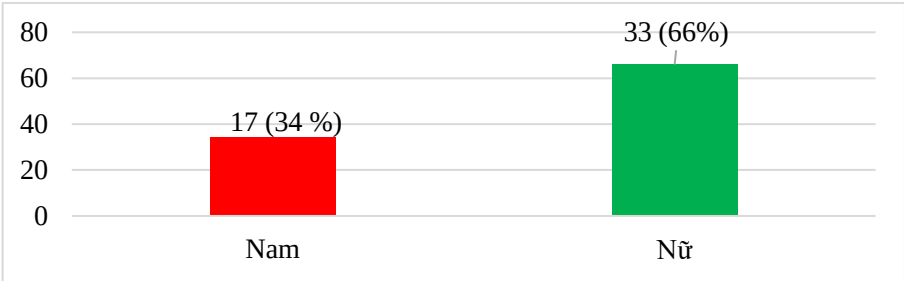
Đặc điểm giải phẫu bệnh: loại giải phẫu bệnh, nền bướu, diện cắt biên

Kết quả phẫu thuật: di lệch cấu xung quanh, mức độ hài lòng thẩm mỹ, tái phát 3 tháng, tái phát 6 tháng

III.KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

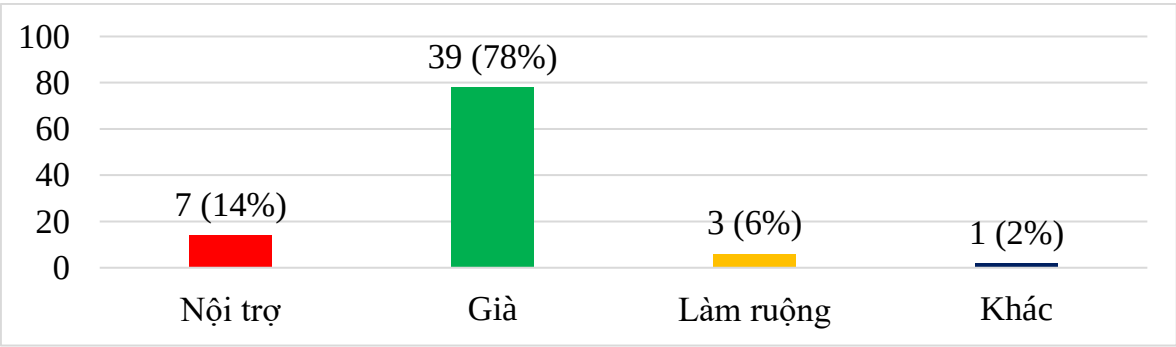
3.1 Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu có tổng số 50 bệnh nhân, trong đó có 17 nam (34%), 33 nữ (66%). Tuổi trung bình của mẫu là $67,8 \pm 11,6$ năm, nhỏ nhất 16 tuổi và lớn nhất là 84 tuổi.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ giới tính trong mẫu nghiên cứu

Nhận xét: ung thư da vùng mặt chủ yếu xuất hiện ở nữ giới, tỉ lệ xuất hiện gấp 2 lần nam giới.



Biểu đồ 2: Tỷ lệ nghề nghiệp trong mẫu nghiên cứu

Nhận xét: tỉ lệ xuất hiện ung thư da vùng mặt ở người già lớn tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất với 39/50 trường hợp chiếm 78% , tiếp đến là nghề nội trợ 14% và làm ruộng 6%.

3.2 Đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu

100% trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng trước phẫu thuật là ung thư da vùng mặt với kích thước bướu trung bình là $12,2 \pm 6,5$ mm, nhỏ nhất 3mm và lớn nhất là 40mm, nhiều vị trí khác nhau với tỉ lệ như bảng dưới đây:

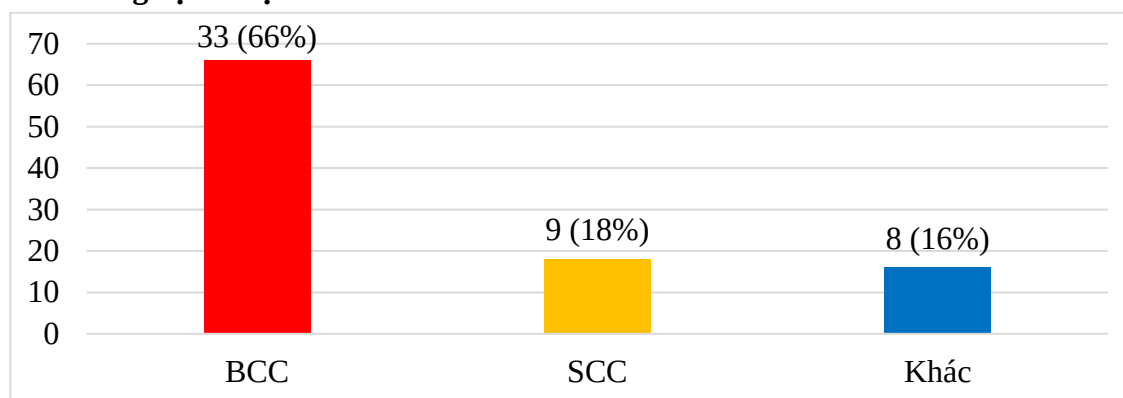
Bảng 1: Tỷ lệ các vị trí xuất hiện u sùi da ở mặt

Đặc điểm nghiên cứu		Tần số	Tỉ lệ %
Vị trí	Thái dương trái	6	12
	Thái dương phải	5	10
	Trán	1	2

Gò má trái	9	18
Gò má phải	5	10
Sống mũi	4	8
Rãnh mũi má trái	2	4
Rãnh mũi má phải	1	2
Thành bên mũi trái	9	18
Thành bên mũi phải	5	10
Khác	3	6

Nhận xét: ung thư da vùng mặt tập trung xuất hiện nhiều ở các vị trí quanh thái dương 2 bên (22%), khu vực gò má 2 bên (28%) và vùng mũi (36%), ít xuất hiện ở các vị trí khác của mặt (môi, cằm...)

3.3 Đặc điểm kết quả giải phẫu bệnh và thẩm mỹ sau phẫu thuật cắt rộng và tạo hình bằng vật da tại chỗ



Biểu đồ 3: Giải phẫu bệnh sau mổ

(BCC: ung thư da tế bào đáy; SCC: ung thư da tế bào gai; Khác: mô viêm, u lành da)

Nhận xét: BCC chiếm tỉ lệ cao nhất với 33/50 bệnh nhân chiếm 66%; SCC và các loại giải phẫu bệnh khác không liên quan ung thư chiếm tỉ lệ lần lượt là 18% và 16%.

Bảng 2: Các tỉ lệ về độ an toàn phẫu thuật, hài lòng thẩm mỹ và tái phát

Nền bướu	Âm tính: 46 (92%)	Dương tính: 4 (8%)
Diện cắt biên	Âm tính: 47 (94%)	Dương tính: 3 (6%)
Di lệch cấu trúc xung quanh	Không: 46 (92%)	Có: 4 (8%)
Mức độ hài lòng thẩm mỹ	Không hài lòng: 0 Hài lòng: 15 (30%) Rất hài lòng: 35 (70%)	
Tái phát tại chỗ sau 3 tháng	Có: 0 Không: 100%	
Tái phát tại chỗ sau 6 tháng	Có: 0 Không: 100%	
(Âm tính: không còn tế bào u; Dương tính: còn tế bào u)		

Nhận xét: hầu hết các diện cắt đạt hiệu quả về mặt an toàn về mặt ung thư, có 1 tỉ lệ nhỏ diện cắt còn dương tính chiếm tỉ lệ 8% (4/50) ở nền bướu và 6% (3/50) ở diện cắt biên. Di lệch cấu trúc xung quanh sau mổ có 4/50 trường hợp chiếm 8%. 100% bệnh nhân hài lòng với kết quả thẩm mỹ sau phẫu thuật. 100% bệnh nhân theo dõi sau 3 tháng và 6 tháng sau mổ không ghi nhận tái phát tại chỗ vết mổ.

Bảng 3: Tương quan vị trí bướu với nền bướu, diện cắt biên, di lệch cấu trúc xung quanh

Đặc điểm nghiên cứu		Vị trí bướu				p
		Thái dương	Gò má	Quanh mũi	Khác	
Nền bướu	Âm tính (%)	11 (100)	13 (92,9)	12 (85,7)	10 (90,9)	0,008
	Dương tính (%)	0(0)	1 (7,1)	2 (14,3)	1 (9,1)	
Diện cắt biên	Âm tính (%)	11 (100)	12 (85,7)	13 (92,9)	11 (100)	0,026
	Dương tính (%)	0(0)	2 (14,3)	1 (7,1)	0(0)	
Di lệch cấu trúc xung quanh	Âm tính (%)	11 (100)	13 (92,9)	13 (92,9)	9 (81,8)	0,009
	Dương tính (%)	0(0)	1 (7,1)	1 (7,1)	2 (18,2)	
(Âm tính: không còn tế bào u; Dương tính: còn tế bào u)						

Nhận xét: Vị trí bướu có liên hệ chặt chẽ với sự di lệch cấu trúc xung quanh và các diện cắt là nền bướu và diện cắt biên với $p < 0,05$. (Âm tính: không còn tế bào u; Dương tính: còn tế bào u)

Bảng 4: Tương quan kích thước bướu với nền bướu, diện cắt biên, di lệch cấu trúc xung quanh

Đặc điểm nghiên cứu		Kích thước bướu	p
Nền bướu	Âm tính (%)	46 (92)	0,003
	Dương tính (%)	4(8)	
Diện cắt biên	Âm tính (%)	47 (94)	0,052
	Dương tính (%)	3(6)	
Di lệch cấu trúc xung quanh	Âm tính (%)	46 (92)	0,001
	Dương tính (%)	4(8)	
(Âm tính: không còn tế bào u; Dương tính: còn tế bào u)			

Nhận xét: Kích thước bướu có liên hệ chặt chẽ với diện cắt nền bướu và sự di lệch cấu trúc xung quanh với $p < 0,05$; Tuy nhiên kích thước bướu không có liên hệ rõ ràng với diện cắt biên với $p = 0,052$. (Âm tính: không còn tế bào u; Dương tính: còn tế bào u)

IV BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi có tổng 50 bệnh nhân, trong đó có 17 nam (34%), 33 nữ (66%), tuổi trung bình của là $67,8 \pm 11,6$ năm. Kết quả trên cũng tương đồng với mẫu nghiên cứu của Dương Mạnh Chiến ($68 \pm 13,1$ năm) [1] và Trương Văn Dũng ($66,57 \pm 13,77$ năm) [5] nhưng trẻ hơn mẫu nghiên cứu của Nguyễn Trần Thúc Huân ($72,2 \pm 12,8$, tỉ lệ nữ chiếm 85%, chiếm gấp 6 lần nam giới) [2] và cao hơn tác giả Phạm Tuấn Mạnh ($64,7 \pm 12$) [4]. Trong

nghiên cứu của tác giả Trương Văn Dũ, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sự phân bố nhóm tuổi giữa hai nhóm nam và nữ [5].

Đa số bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu ở độ tuổi già chiếm tỉ lệ cao nhất (78%), các nhóm nghề nghiệp khác chiếm tỉ lệ ít hơn. Tuy nhiên, khi khai thác chi tiết cụ thể công việc trước kia của nhóm bệnh nhân già, phần lớn bệnh nhân đều làm ruộng, hoặc các công việc thường xuyên tiếp xúc với ánh nắng mặt trời. Trong nghiên cứu của Trương Văn Dũ, nhóm nông dân là chiếm tỉ lệ cao nhất 47.6%, thấp nhất ở nhóm công nhân và lao động phổ thông tuy nhiên, sự khác biệt này cũng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$ [5].

4.2 Đặc điểm lâm sàng mẫu nghiên cứu

Vị trí xuất hiện ung thư da ở vùng mặt, vùng mũi chiếm tỉ lệ cao nhất 36%, trong đó 18% ở thành bên mũi trái, 10% thành bên mũi phải và sống mũi 8%. Kết quả tương tự với nghiên cứu của Janjua O.S. và Nguyễn Trần Thúc Huân, vùng mũi chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 31,5% và 37.1% [2][6]. Tỷ lệ bệnh nhân đến khám với vị trí u ở vùng mũi cao có thể giải thích rằng: mũi nằm ở tầng giữa mặt đóng vai trò quan trọng cả về chức năng cũng như thẩm mỹ, mũi là bộ phận không thể thiếu tạo đường nét hài hòa của khuôn mặt. Vì vậy, những tổn khuyết này gây ảnh hưởng nặng nề đến thẩm mỹ, chức năng và tâm lý, việc phục hồi hình thể của mũi góp phần quan trọng vào việc nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân.

4.3 Độ an toàn và thẩm mỹ sau phẫu thuật cắt rộng và tạo hình bằng vật da tại chỗ

Tỉ lệ các loại giải phẫu bệnh sau mổ, BCC chiếm tỉ lệ cao nhất 66% với 33 trường hợp, SCC chiếm 18% với 9 trường hợp. Các trường hợp khác là những tổn thương viêm da hoặc u lành của da mạn tính. Các diện cắt dương tính có 4 trường hợp là diện cắt nền bướu (chiếm 8%) và diện cắt biên 3 trường hợp (6%). Trong nghiên cứu của Nguyễn Trần Thúc Huân, rìa diện cắt dương tính chiếm tỉ lệ tương đồng với 2/35 trường hợp (5.7%) [2]. Tác giả Phạm Tuấn Mạnh có đồng kết quả với 3/43 trường hợp rìa diện cắt dương tính, chiếm 7% [4]. Một nghiên cứu khác năm 2020 của tác giả Univerdi với cỡ mẫu 99 tổn thương trên 91 bệnh nhân BCC có kích thước ≤ 2 cm được phẫu thuật cắt rộng với rìa phẫu thuật 3 mm (53 tổn thương) hoặc 5 mm (46 tổn thương) với tỷ lệ rìa diện cắt dương tính lần lượt là 5,6% và 0% [7].

Đánh giá sớm chu phẫu, có 4/50 trường hợp bị di lệch cấu trúc xung quanh chiếm tỉ lệ 8%, tuy nhiên ghi nhận tại thời điểm tái khám thấy các di lệch tồn tại tạm thời trong 3 tháng đầu sau mổ. Trong nghiên cứu của tác giả Dương Mạnh Chiến, có 9/28 trường hợp bị di lệch cấu trúc xung quanh sau mổ và cải thiện tốt tình trạng này sau 6 tháng theo dõi [1]. Mức độ hài lòng về thẩm mỹ đáp ứng ở mức hài lòng 30% (15/50), rất hài lòng 70% (35/50), không có trường hợp nào đánh giá không hài lòng.

Đánh giá sau 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật, đạt 100% không có trường hợp nào tái phát. Kết quả này cũng tương đồng với các tác giả Dương Mạnh Chiến [1]. Trong nghiên cứu của Trương Văn Dũ với những trường hợp SCC trong thời gian theo dõi có 2 trường hợp tái phát, 100% trường hợp BCC không tái phát với $p = 0,03$ [5]. Trong quá trình theo dõi mẫu ghi nhận, 1 tháng sau phẫu thuật sẹo có màu nâu thâm, nổi gồ nhẹ, co kéo tổ chức xung quanh còn ít. Sau 3 tháng, sẹo mờ đi, có màu trắng, tổ chức xung quanh dần trở lại bình thường. Sau 6 tháng vật da có màu sắc phù hợp với da vùng xung quanh.

Phân tích mối tương quan giữa các biến nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận rằng, vị trí ung thư da vùng mặt có liên quan chặt chẽ với rìa diện cắt dương tính và sự di lệch cấu trúc xung quanh sau mổ, tương quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tương tự, kích thước bướu cũng tương quan có ý nghĩa thống kê với diện cắt nền bướu và sự di lệch cấu trúc xung quanh, $p < 0,05$, tương quan này không rõ ràng với diện cắt biên với $p = 0,052$.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu này, giải phẫu bệnh sau mổ dương tính tại nền bướu 8% và diện cắt biên 6%, di lệch cấu trúc tạm thời sau mổ chiếm tỉ lệ 8%. 100% bệnh nhân đánh giá mức độ hài lòng về mặt thẩm mỹ, 100% không có trường hợp nào tái phát sau 3-6 tháng theo dõi. Vị trí bướu khó khăn cho việc phẫu thuật và kích thước bướu càng lớn thì ảnh hưởng đến sự cắt không

hết bước hoàn toàn và dễ gây di lệch các cơ quan lân cận, ảnh hưởng đến chức năng thẩm mỹ sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Dương Mạnh Chiến (2022). “Đánh giá kết quả tạo hình bằng vật tại chỗ sau cắt bỏ ung thư da tế bào đáy vùng má”. Tạp chí nghiên cứu khoa học số 155(7), Trường Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện K.
- Nguyễn Trần Thúc Huân (2023). “Kết quả phẫu thuật cắt rộng ung thư da tế bào đáy vùng mặt kèm tạo hình bằng vật tại chỗ”. Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế - Số 2, tập 13, tháng 4/2023.
- Ngô Thế Mạnh, Vũ Ngọc Lâm, Lê Đức Tuấn (2022), “Đánh giá đặc điểm lâm sàng tổn khuyết phần mềm vùng mũi được điều trị phẫu thuật bằng các vật da vùng trán”, Tạp chí Y học Việt Nam, 511(2)
- Phạm Tuấn Mạnh, Huỳnh Thảo Luật (2023). “Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư da vùng mũi”. Tạp chí y học Việt Nam tập 530, tháng 9, 2023.
- Trương Văn Dũ (2023). “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị ung thư da vùng mặt bằng phương pháp sử dụng vật tại chỗ”. Bệnh viện ung bướu Cần Thơ.
- Janjua, O.S. ,Qureshi S.M., (2012), "Research Article: Basal cell carcinoma of the Head and Neck region:An analysis of 171 cases", Hindawi publishing Corporation Journal of skin cancer, doi: 10.1155/2012/943472.
- Unverdi OF, Yucel S, Berk OS et al. Recommended surgical margins for basal cell carcinoma. Is 3 mm safe enough ?. Adv Skin Wound Care 2022 (33):209–212.
- Ken K. Lee, Neil A. Swanson, Han N. Lee (2008). “Color atlas of cutaneous excisions and repairs”. Cambridge University press.
- Charles H. Thorne, Robert W. Beasley (2007). “Grabb and Smith’s plastic surgery 6th edition”. Wolters Kluwer health.

KHẢO SÁT HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU BẰNG THUỐC TẠO HỒNG CẦU TRÊN BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI ĐANG LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Cao Thị Trường Giang, Đinh Thị Thùy Trang,
Nguyễn Duy Toàn, Nguyễn Thị Thanh Kiều

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát hiệu quả sử dụng thuốc điều trị thiếu máu trong 6 tháng trên bệnh nhân lọc máu chu kỳ tại Khoa Thận nhân tạo – Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang trong thời gian từ 01/01/2024 đến 30/06/2024.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả thông qua hồi cứu dữ liệu từ 66 hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân được chẩn đoán suy thận mạn đang lọc máu chu kỳ tại Khoa Thận nhân tạo – Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang và có sử dụng thuốc điều trị thiếu máu trong thời gian từ ngày 01 tháng 01 năm 2024 đến ngày 30 tháng 06 năm 2024.

Kết quả: Số bệnh nhân khi bắt đầu nghiên cứu có thiếu máu ($Hb < 9g/dl$) chiếm tỷ lệ 51.5%. Nồng độ Hb trung bình và hồng cầu trung bình có xu hướng tăng và đạt mục tiêu điều trị. Số bệnh nhân được truyền máu không thay đổi nhiều. Nồng độ Ferritin trung bình cũng không biến động nhiều.

Kết luận: Các chỉ số huyết học: Hb và hồng cầu trung bình tăng. Không có sự khác biệt nồng độ Ferritin giữa 3 thời điểm và nằm trong ngưỡng bình thường, số trường hợp bệnh nhân cần truyền máu từ 10.6-13.6% giữa 3 thời điểm.

ABSTRACT

THE EFFECTIVENESS OF TREATING ANEMIA WITH ERYTHROPOGENIC DRUGS IN PATIENTS WITH END-STAGE RENAL DISEASE UNDERGOING PERIODIC HEMODIALYSIS AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Objectives: To investigate the effectiveness of drug treatments for anemia in patients with peiodic hemodialysis during a period of 6 months at the Deparment Of Hemodialysis in An Giang Central General Hospital from January 1, 2024 to June 30, 2024.

Subjects and methods: A descriptive cross-sectional study using retrospective data from 66 medical records of patients diagnosed with chronic renal failure undergoing hemodialysis at the Deparment Of Hemodialysis in An Giang Central General Hospital and using drugs to treat anemia from January 1, 2024 to June 30, 2024.

Results: The number of patients at the beginning of the study with Hb less than 9g/dL accounted for the largest proportion, accounting for 51.5%. The average Hb concentration and the average red blood cell tended to increase and reached the treatment target. The number of patients receiving blood transfusions has not changed much. The average Ferritin concentration also did not fluctuate much.

Conclusion: About hematological indicators, Hb and average red blood cells increased. There was no difference in Ferritin concentration between the 3 time points and within the normal range, the number of patients requiring blood transfusion was from 10.6-13.6% between the 3 time points.

I- ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn do nhiều nguyên nhân: thiếu Erythropoietin (là một hormon kích thích sản sinh ra hồng cầu từ tủy xương), thiếu sắt (bao gồm thiếu sắt tuyệt đối và tương đối), tan máu và thiếu dinh dưỡng. Trong đó thiếu máu do thiếu Erythropoietin là nguyên nhân chủ yếu. Với sự tiến bộ của y học, năm 1989 thiếu máu có thể điều trị thành công nhờ Erythropoietin. Đã có nhiều bài khảo sát về điều trị thiếu máu như khảo sát ở châu Âu đã

nghiên cứu đánh giá điều trị thiếu máu 8100 bệnh nhân chạy thận nhân tạo từ 12 quốc gia, khảo sát tình hình sử dụng erythropoietin ở bệnh nhân bệnh thận giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ, Y học TP. Hồ Chí Minh (2016), đánh giá thực trạng sử dụng thuốc tạo hồng cầu trên bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ tại bệnh viện Thận Hà Nội (2020). Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang chưa có nghiên cứu về hiệu quả sử dụng thuốc điều trị thiếu máu trên bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối đang lọc máu chu kỳ. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: “Khảo sát hiệu quả điều trị thiếu máu bằng thuốc tạo hồng cầu trên bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối đang lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang” với mục tiêu: Khảo sát hiệu quả sử dụng thuốc điều trị thiếu máu trong 6 tháng trên bệnh nhân lọc máu chu kỳ.

II- ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân được chẩn đoán suy thận mạn đang lọc máu chu kỳ tại Khoa Thận nhân tạo – Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang và có sử dụng thuốc điều trị thiếu máu trong thời gian từ 01/01/2024 đến 30/06/2024 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn: tất cả bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối đang lọc máu chu kỳ tại Khoa Thận nhân tạo – Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang và có sử dụng thuốc điều trị thiếu máu trong thời gian từ 01/01/2024 đến 30/06/2024. Bệnh nhân được theo dõi các chỉ số xét nghiệm mỗi 3 tháng điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không đủ 06 tháng điều trị; có bệnh lý cấp tính ảnh hưởng đến nồng độ Hb, số lượng hồng cầu (ví dụ: bệnh lý về máu, xuất huyết tiêu hóa); suy thận mạn với các bệnh lý mắc kèm như: ung thư, bệnh thuộc hệ tạo máu (bất sản tủy, rối loạn tạo máu,...), bệnh nhân đang có thai.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp cắt ngang mô tả thông qua hồi cứu dữ liệu từ hồ sơ bệnh án.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Tất cả hồ sơ bệnh án của bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối đang lọc máu chu kỳ tại Khoa Thận nhân tạo – Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang và có sử dụng thuốc điều trị thiếu máu trong thời gian từ 01/01/2024 đến 30/06/2024 đáp ứng các tiêu chí trên.

Phương pháp thu thập số liệu: số liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân, thu thập dọc tại 03 thời điểm từ T0 (tháng bắt đầu nghiên cứu), T1 (sau 3 tháng nghiên cứu), T2 (sau 6 tháng nghiên cứu).

2.3 Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu: tuổi, giới, đặc điểm Hb tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu.

Đánh giá hiệu quả điều trị thiếu máu trên các chỉ số huyết học: Hb; hồng cầu; số trường hợp cần truyền máu; sự thay đổi nồng độ ferritin tại các thời điểm.

Đánh giá tính an toàn khi sử dụng thuốc tạo hồng cầu: trên chỉ số huyết áp, số lượng bạch cầu, tiểu cầu, điện giải đồ, các ADR xuất hiện trong quá trình nghiên cứu.

2.4 Phương pháp xử lý số liệu

Xử lý bằng Microsoft Excel Office 2010 và SPSS. Kết quả được biểu diễn dưới dạng $\bar{X} \pm SE$ ($\bar{X}$: giá trị trung bình, SE: sai số chuẩn), tỷ lệ %. So sánh nhiều hơn một cặp, dùng phép kiểm ANOVA tái đo lường để so sánh >2 trung bình của 1 mẫu nghiên cứu mà mỗi đối tượng được đo 3 lần. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

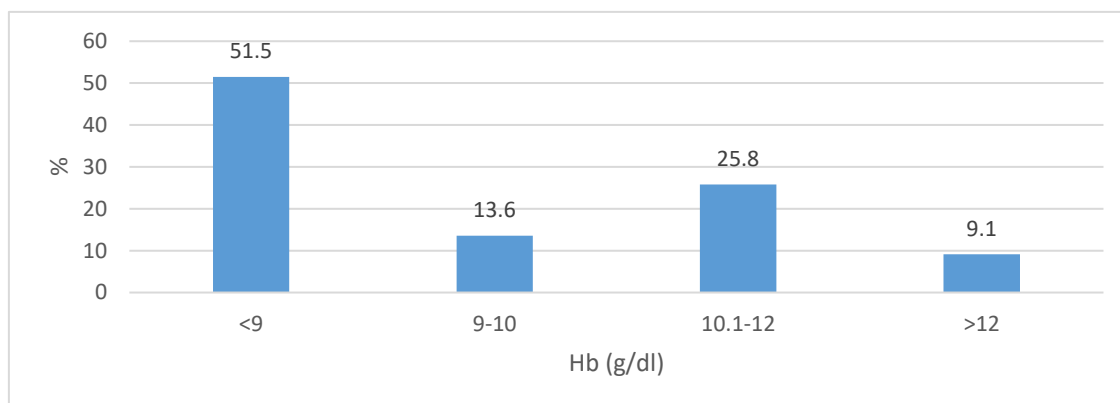
Có 66 bệnh nhân được chẩn đoán suy thận mạn đang lọc máu chu kỳ tại Khoa Thận nhân tạo – Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang và có sử dụng thuốc điều trị thiếu máu trong thời gian từ 01/01/2024 đến 30/06/2024 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ nêu trên được đưa vào nghiên cứu.

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 50.58 ± 13.95 tuổi (trẻ nhất 18 tuổi, lớn nhất 79 tuổi).

Bảng 1: Giới tính của bệnh nhân được chẩn đoán suy thận mạn đang lọc máu chu kỳ và có sử dụng thuốc điều trị thiếu máu

Giới tính	Số lượng	Tỷ lệ %
Nam	23	34.8
Nữ	43	65.2
Tổng cộng:	66	100

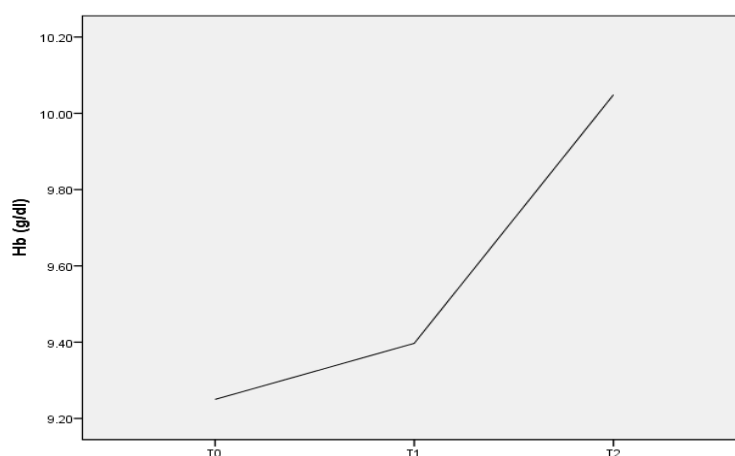
Nhận xét: Phân bố giới tính nam/nữ là 23/43 (tỷ lệ nam 34.8%).



Biểu đồ 1. Đặc điểm Hb tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu

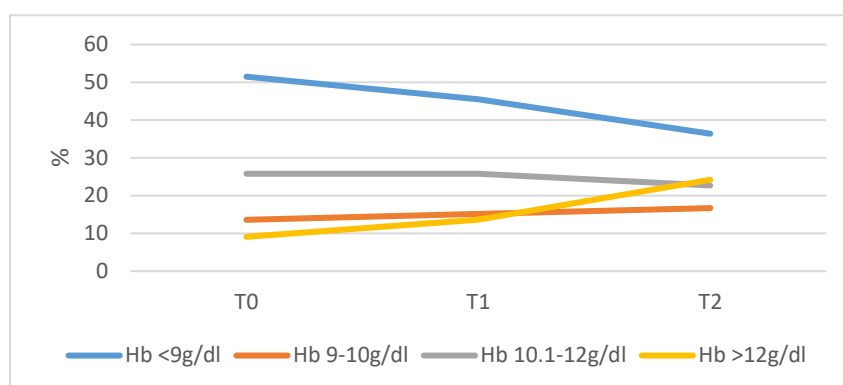
Nhận xét: có 51.5% bệnh nhân có Hb <9g/dl

Hb trung bình tại 3 thời điểm T0 là 9.25 ± 1.99 g/dl, T1 là 9.4 ± 2.03 g/dl; T2 là 10.05 ± 2.13 g/dl



Biểu đồ 2. Thay đổi Hb qua thời gian điều trị

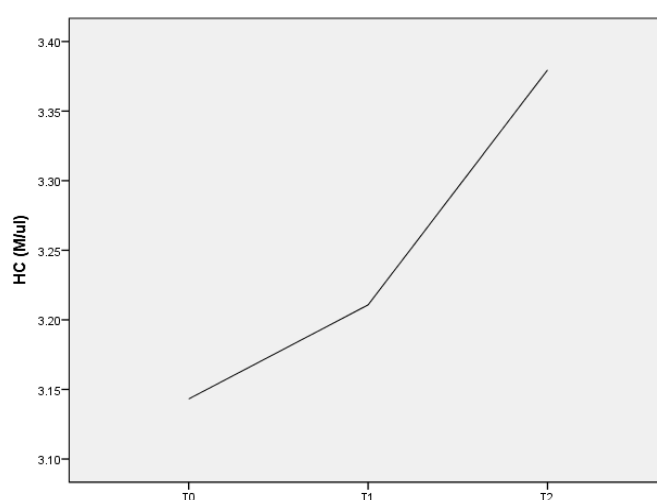
Kiểm định thống kê Huynh Feldt có $F = 13.212$ và $p < 0.001$. Kết quả có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê Hb giữa 3 thời điểm



Biểu đồ 3. Hb đạt đích tại các thời điểm nghiên cứu

Nhận xét: Tỷ lệ tình trạng thiếu máu (Hb <9g/dl) giảm theo thời gian.

Hồng cầu trung bình tại thời điểm T0 là 3.14 ± 0.69 M/ul, T1 là 3.21 ± 0.71 M/ul, T2 là 3.38 ± 0.77 M/ul.



Biểu đồ 4. Thay đổi HC qua thời gian điều trị

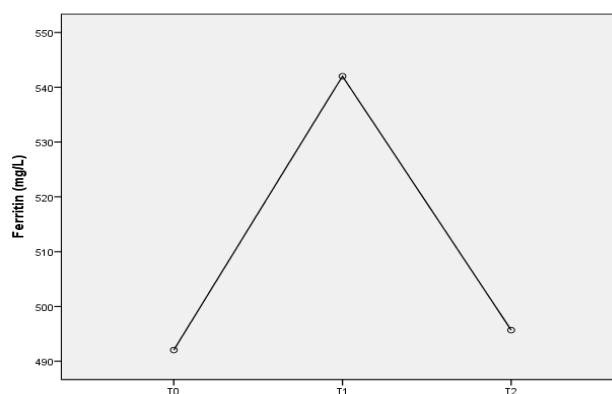
Kiểm định thống kê Huynh Feldt có $F = 9.284$ và $p < 0.005$, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê HC giữa 3 thời điểm.

Bảng 2. Số bệnh nhân được chỉ định truyền máu

	Thời điểm T0	Thời điểm T1	Thời điểm T2
Số bệnh nhân được truyền máu	7	9	7

Nhận xét: Số bệnh nhân cần truyền máu từ 10.6-13.6%.

Nồng độ Ferritin trung bình tại T0 là 492.06 ± 410.82 (18-2000), T1 là 542.02 ± 360.52 (53-2000), T2 là 495.7 ± 324.9 (27-1725).



Biểu đồ 5: Thay đổi nồng độ Ferritin tại các thời điểm

Kiểm định thống kê Huynh Feldt có $F = 0.649$ và $p = 0.524$, không có sự khác biệt nồng độ Ferritin giữa 3 thời điểm.

Các tác dụng không mong muốn khi sử dụng erythropoietin: Huyết áp, số lượng bạch cầu, tiểu cầu, điện giải đồ không có gì bất thường. Không ghi nhận biến cố bất lợi nào trong quá trình nghiên cứu

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 66 bệnh nhân điều trị thận nhân tạo chu kỳ. Thời gian theo dõi dọc trong 06 tháng kể từ khi bệnh nhân có chỉ định điều trị thận nhân tạo tại khoa Thận nhân tạo BVĐKTT An Giang.

Trong nghiên cứu, tuổi trung bình 50.58 tuổi, có cao hơn không nhiều so với nghiên cứu của Đỗ Thị Hòa năm 2020, và tỷ lệ giới nam là 35%, có khác biệt so với nghiên cứu của Đỗ Thị Hòa, tỷ lệ nam cao hơn nữ (41:20), có thể do khác nhau với quá trình lấy mẫu [2].

Theo kết quả biểu đồ 1, tình trạng bệnh nhân tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu có thiếu máu ($Hb < 9g/dl$) chiếm tỷ lệ 51.5%, tỷ lệ này gần tương đương so với nghiên cứu của Đỗ Thị Hòa (54.1%) [2], thấp hơn so với nghiên cứu của Đỗ Bảo Tường năm 2023 (70.83%) [1], do trong nghiên cứu của Đỗ Bảo Tường [1], phân độ $Hb < 10g/dl$, còn trong nghiên cứu của chúng tôi và Đỗ Thị Hòa là $Hb < 9g/dl$.

Nồng độ Hb mục tiêu khi điều trị bằng erythropoietin trên bệnh nhân lọc máu chu kỳ theo quyết định số 2388/QĐ-BYT ngày 12 tháng 8 năm 2024 [5] và theo KDIGO thì mức mục tiêu Hb là 10 – 12 g/dl [6].

Trong thời gian nghiên cứu, nồng độ Hb trung bình có xu hướng tăng và đạt mục tiêu điều trị, mức Hb trung bình ở T2 là $10,05 \pm 2.13$ tăng lên rõ rệt sau 6 tháng điều trị so với T0 (9.25 ± 1.99), kết quả này cho thấy có sự gia tăng nồng độ Hb giữa 3 thời điểm có ý nghĩa thống kê ($F = 13.212$, $p < 0.001$). Tuy nhiên tại thời điểm T2 vẫn còn nhiều bệnh nhân có mức $Hb < 10 g/dL$ (53.1%). Trong nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Thu Hiền năm 2015 [3], mức Hb trung bình tại các thời điểm luôn nằm trong khoảng 10 – 12 g/dL. Còn trong nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Hòa [2], sau 3 tháng điều trị đã đạt mức Hb trung bình $> 10 g/dL$ nhưng số lượng bệnh nhân thuộc nhóm $< 10 g/dL$ vẫn còn nhiều.

Số lượng bệnh nhân có mức $Hb > 12 g/dL$ vượt ngưỡng mục tiêu điều trị chiếm tỉ lệ nhỏ ban đầu (6 bệnh nhân). Sau 6 tháng điều trị, số lượng bệnh nhân vượt ngưỡng tăng lên 9 bệnh nhân tại T1, 16 bệnh nhân tại T2. Có sự khác biệt so với các nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Hòa và Đỗ Bảo Tường, có thể do nghiên cứu chúng tôi lấy mức $Hb > 12g/dl$, còn trong nghiên cứu của 2 tác giả Đỗ Thị Hòa và Đỗ Bảo Tường mức Hb vượt ngưỡng là $> 13g/dl$ [1], [2].

Trong biểu đồ 4, nồng độ hồng cầu có xu hướng tăng trong thời gian nghiên cứu, có ý nghĩa thống kê ($F = 9.284$ và $p < 0.005$). Kết quả này tương đồng hơi cao hơn không nhiều với nghiên cứu của tác giả Đỗ Bảo Tường [1]. Tuy nhiên nồng độ hồng cầu trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Hòa [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì số bệnh nhân được truyền máu chiếm tỷ lệ 10.6-13.6% tại các thời điểm, không thay đổi nhiều. Kết quả này khác so với nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Hòa [2], có thể do khác nhau loại thuốc erythropoietin và liều lượng sử dụng giữa 2 nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ Ferritin trung bình cũng không biến động nhiều (T0 là 492.06 ug/L, T1 là 542.02 ug/L, T2 là 495.7 ug/L), nồng độ Ferritin trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi có cao hơn các nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Hòa [2], Đỗ Bảo Tường [1]. Tuy nhiên vẫn còn bệnh nhân có nồng độ ferritin vẫn ở mức thấp và cao so với khoảng giá trị bình thường (18-2000ug/L), và không có sự khác biệt nồng độ ferritin giữa các thời điểm ($F = 0.649$, $p = 0.524$).

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương trung bình của bệnh nhân không có sự gia tăng tại các thời điểm nghiên cứu. Đồng thời, tỷ lệ tăng huyết áp bệnh nhân tại các thời điểm nghiên cứu không cao và khá ổn định. Thực tế, các bệnh nhân lọc máu chu kỳ trong nghiên cứu đều được theo dõi huyết áp và sử dụng thuốc bệnh lý tim mạch. Như vậy, việc duy trì kiểm soát huyết áp song song sử dụng erythropoietin điều trị thiếu máu ở khoa phát huy hiệu quả tốt.

Tác động của erythropoietin lên chỉ số bạch cầu, tiểu cầu, và điện giải đồ: Không có gì bất thường. Biến cố bất lợi khác trong thời gian nghiên cứu. Không có biến cố nào được ghi nhận trong 6 tháng nghiên cứu. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Đỗ Thị Hòa [2] và Nguyễn Thị Uyên [4].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 66 bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ sử dụng erythropoietin tại Khoa Thận Nhân tạo - Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, sau 06 tháng điều trị thiếu máu bằng erythropoietin chúng tôi đưa ra kết luận: Các chỉ số huyết học của bệnh nhân: Hb, hồng cầu tăng. Không có sự khác biệt nồng độ Ferritin giữa 3 thời điểm và nằm trong ngưỡng bình thường, số trường hợp bệnh nhân cần truyền máu từ 10.6-13.6% giữa 3 thời điểm. Không có biến cố bất lợi ghi nhận trong quá trình nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Đỗ Bảo Tường, Nguyễn Thị Ngọc Vân, Vũ Thị Minh Thư, Huỳnh Thị Bích Trâm, Nguyễn Thị Ngọc Trâm, Nguyễn Trương Lam Linh, Nguyễn Hồng Hà (2023), “Đánh giá kết quả hemoglobin trong điều trị thiếu máu bằng erythropoietin trên bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại bệnh viện đa khoa bạc liêu năm 2022-2023”, Tạp chí Y học Việt Nam tập 528 – Tháng 7 – Số 2 – 2023, tr. 91 – 95.
- [2] Đỗ Thị Hòa, Nguyễn Thị Tuyết Trinh, Nguyễn Thị Liên Hương và Phan Tùng Linh (2020), "Đánh giá thực trạng sử dụng thuốc tạo hồng cầu trên bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ tại bệnh viện Thận Hà Nội", Tạp chí khoa học Việt Nam: nghiên cứu y dược. 36(1), tr. 65-74.
- [3] Đỗ Thị Thu Hiền. Đánh giá việc sử dụng Erythropoietin trong điều trị thiếu máu ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Thái Bình. Luận văn thạc sỹ dược học. Đại học Y Hà Nội. 2015
- [4] Nguyễn Thị Uyên, Nghiên cứu hiệu quả và tính an toàn của việc sử dụng Erythropoietin ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo đơn trị tại Bệnh viện Sanit Paul, Luận văn tốt nghiệp Dược sĩ, Đại học Dược Hà Nội, 2016
- [5] Quyết định số 2388/QĐ-BYT (12/08/2024), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thận - tiết niệu, Bộ y tế chủ biên, tr. 20-43.
- [6] KDIGO (2024), "KDIGO clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease", Kidney Int Suppl. 3, pp. pp. 1-150.

KHẢO SÁT HÌNH ẢNH ĐỘNG MẠCH SÀNG TRƯỚC VÀ ĐỘNG MẠCH SÀNG SAU TRÊN CT SCAN MŨI XOANG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Ngô Vương Mỹ Nhân, Phùng Khánh Quyền
Phạm Thị Ánh Ngọc, Nguyễn Xuân Nguyên

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi mũi xoang là phương pháp điều trị ngoại khoa đang được áp dụng nhiều nhất đối với bệnh lý mũi xoang. Tuy nhiên phương pháp này vẫn có tỷ lệ biến chứng chung là 0,9- 3,1%^[5]. Trong đó biến chứng chảy máu do tổn thương động mạch sàng trước và động mạch sàng sau hay gặp trong phẫu thuật nội soi. CT Scan mũi xoang là một công cụ hỗ trợ tốt giúp phẫu thuật viên khảo sát được vị trí động mạch sàng trước và động mạch sàng sau và mối liên quan với các cấu trúc lân cận trước mổ, giúp phẫu thuật viên tránh được biến chứng trên^[4].

Mục tiêu: Khảo sát góc xuất phát, chiều dài, khoảng cách giữa động mạch sàng trước (ĐMST) và động mạch sàng sau (ĐMSS) đến trần sàng và thần kinh thị. Khảo sát các dạng xuất hiện và thể vị trí của ĐMST và ĐMSS trong khối sàng. Khảo sát mối tương quan giữa góc ĐMST trái, phải và dạng vị trí, thể xuất hiện ĐMST và ĐMSS trái, phải theo giới.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả 113 bệnh nhân đến khám tại Phòng khám TMH và điều trị nội trú tại Khoa TMH - Bệnh viện ĐKTT An Giang có chụp CT Scan mũi xoang từ tháng 02/2024 đến tháng 08/2024.

Kết quả nghiên cứu: Nghiên cứu này có 113 bệnh nhân, trong đó 40.7% là nam (46/113) và 59.7% là nữ (67/113). Độ tuổi của bệnh nhân từ 19 đến 83 tuổi. Độ tuổi trung bình là 47.04 ± 15.67 tuổi. Góc xuất phát của động mạch sàng trước và động mạch sàng sau đi từ ổ mắt vào trong khối sàng lần lượt là 69.81 ± 13.31 độ và 85.68 ± 14.54 độ. Khoảng cách từ động mạch sàng trước đến động mạch sàng sau là 12.94 ± 3.05 mm. Khoảng cách từ động mạch sàng sau đến thần kinh thị là 11.65 ± 3.13 mm. Dạng động mạch sàng trước chiếm tỉ lệ cao nhất là dạng treo chiếm 43.4% và vị trí nằm giữa mảnh nền bóng sàng và mảnh nền cuống mũi giữa chiếm tỉ lệ cao nhất 45.6%. Dạng động mạch sàng sau chiếm tỉ lệ cao nhất là dạng phẳng chiếm 61.9% và vị trí nằm giữa vách thứ nhất và vách thứ hai trước thần kinh thị chiếm 65.9%.

Kết luận: Các đặc điểm của động mạch sàng trước và động mạch sàng sau cần được xem xét khi kiểm tra CT scan trước phẫu thuật. Các đặc điểm của động mạch sàng trước và động mạch sàng sau, tương quan với các yếu tố khác trong nghiên cứu này cung cấp thông tin hữu ích có thể áp dụng trong phẫu thuật nội soi xoang.

EXAMING THE CTSCAN IMAGES OF ANTERIOR ETHMOLOGICAL ARTERIES AND POSTERIOR ETHMOLOGICAL ARTERIES ON NATAL AND SINUS AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL

ABSTRACT

Background: Endoscopic sinus surgery, a common surgical method for sinus diseases, has complicated rate about 0.9-3.1%. Bleeding due to damage to the anterior ethmoid artery and posterior ethmoid artery are common in endoscopic surgery. CT scan of the sinus is a “golden sign” to help surgeons examining the location of the anterior ethmoid artery and posterior ethmoid artery, as well as their relationship with neighboring structures. So that CTScan supports surgeons to avoid these complications.

Objectives: Examining the angle of origin, length, and distance between the anterior ethmoidal artery (AEA) and the posterior ethmoidal artery (POA) to the ethmoid roof and optic nerve. Examining the types of appearance and location of AEA and PAE in the ethmoid mass.

Finding the correlation between the angle of left and right AEA and their types of location, appearance of AEA and PAE on the left and right side of the sexes.

Materials and method: A cross-sectional study of 113 patients at the ENT Department - An Giang General Hospital with a CT scan of the nose and sinuses from February 2024 to August 2024 .

Results: 113 patients in this study consists of 40.7% (46/113) male and 59.7% (67/113) female. Patient ages ranged from 19 to 83 years. Their average age was 47.04 ± 15.67 years. The angle of origin of the anterior ethmoidal artery and the posterior ethmoidal artery from the orbit into the ethmoid bone was 69.81 ± 13.31 degrees and 85.68 ± 14.54 degrees, respectively. The distance from the anterior ethmoidal artery to the posterior ethmoidal artery was 12.94 ± 3.05 mm. The distance from the posterior ethmoidal artery to the optic nerve was 11.65 ± 3.13 mm. The most common type of anterior ethmoidal artery was the hanging type, which accounted for 43.4%, and the most common position was between the base of the ethmoid bone and the base of the middle nasal concha, accounting for 45.6%. The most common type of posterior ethmoidal artery is the flat type, accounting for 61.9%, and the location between the first and second walls in front of the optic nerve, accounting for 65.9%.

Conclusion: The characteristics of the anterior and posterior ethmoidal arteries should be considered on the preoperative CT scan. The characteristics of the anterior and posterior ethmoidal arteries, correlated with other factors in this study, provide useful information that can be applied in endoscopic sinus surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi mũi xoang là phương pháp điều trị ngoại khoa đang được áp dụng nhiều nhất đối với bệnh lý mũi xoang không đáp ứng với điều trị nội khoa như: viêm mũi xoang mạn tính, viêm xoang do nấm, polype mũi, các khối u vùng mũi xoang: u xương, u nhú đảo ngược... Tuy nhiên phương pháp này vẫn có tỷ lệ biến chứng chung là 0,9- 3,1%, với nhiều biến chứng nguy hiểm như: tổn thương mạch máu, ổ mắt, nền sọ gây ảnh hưởng tới thị lực, khứu giác hoặc gây tử vong chỉ chiếm dưới 1%^[5].

Trong đó biến chứng chảy máu do tổn thương động mạch sàng trước và động mạch sàng sau gặp trong phẫu thuật nội soi sàn sọ trước, nạo các tế bào vùng trần sàng hay phẫu thuật lấy bỏ các tế bào vùng ngách trán khiến phẫu thuật viên lo ngại. Tổn thương động mạch sàng trước có thể gây ra các hậu quả như: làm mờ phẫu trường, mất máu nhiều gây giảm thể tích, mạch máu tụt vô ổ mắt làm tụ máu ổ mắt và gây mù lòa nếu không được giải áp kịp thời. Việc kẹp đốt động mạch sàng trước có thể gây tổn thương mảnh bên mảnh sàng dẫn đến rò dịch não tủy, tụ khí nội sọ, viêm não/ màng não^[6]. Tổn thương động mạch sàng sau nằm gần thần kinh thị hơn và khó khăn trong việc cầm máu khi có tổn thương. Vì vậy việc nắm rõ giải phẫu cũng như sự liên quan của động mạch sàng trước, động mạch sàng sau với các cấu trúc lân cận có vai trò quan trọng trong việc tránh các biến chứng trên.

CT Scan mũi xoang là một công cụ hỗ trợ tốt giúp phẫu thuật viên khảo sát được vị trí động mạch sàng trước và động mạch sàng sau và mối liên quan với các cấu trúc lân cận trước mắt, giúp phẫu thuật viên tránh được các biến chứng trên. Ở Việt Nam và trên thế giới cũng đã có nhiều nghiên cứu về động mạch sàng trước và động mạch sàng sau được thực hiện trên xác, nội soi, CT Scan mũi xoang.

Nhận thấy được sự quan trọng của vấn đề trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu “ Khảo sát hình ảnh động mạch sàng trước và động mạch sàng sau trên CT Scan mũi xoang tại bệnh viện đa khoa trung tâm an giang từ tháng 02 năm 2024 đến tháng 08 năm 2024”. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm những mục tiêu sau:

1. Khảo sát góc xuất phát, chiều dài, khoảng cách giữa động mạch sàng trước, động mạch sàng sau đến trần sàng và thần kinh thị.
2. Khảo sát các dạng xuất hiện và thể vị trí của động mạch sàng trước và động mạch sàng sau trong khối sàng.

3. Khảo sát mối tương quan giữa góc động mạch sàng trước trái, phải và dạng vị trí, thể xuất hiện động mạch sàng trước và động mạch sàng sau trái, phải theo giới.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.2. Cỡ mẫu

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2} = 113.$$

Trong đó

n: cỡ mẫu cần thiết tối thiểu.

d: sai số cho phép 0,05.

α : xác suất sai lầm loại I là 0,05.

p: tỉ lệ hiện diện ống động mạch sàng trước/ sau theo nghiên cứu của F.Cankal đều là 92%.

Z: trị số từ phân phối chuẩn 1,96.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả những bệnh nhân đến khám tại Phòng khám tai mũi họng (TMH) và điều trị nội trú tại Khoa TMH - Bệnh viện ĐKTT (BVĐKTT) An Giang có chụp CT Scan mũi xoang từ tháng 02/2024 đến tháng 08/2024.

2.4. Địa điểm

Phòng khám TMH và khoa TMH - BVĐKTT An Giang.

2.5. Cách tiến hành

Phim CT Scan được thu thập trên hệ thống Pacs của BVĐKTT An Giang từ 02/2024-08/2024. Sử dụng chức năng Filter. Thông tin được nhập vào bảng thu thập số liệu trên Excel 365.

-Tiêu chuẩn chọn:

+ Bệnh nhân được chỉ định chụp CT Scan mũi xoang.

+ Bệnh nhân trên 18 tuổi đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Không có tiền sử phẫu thuật hay chấn thương vùng mũi xoang cạnh mũi, sàn sọ gây sẹo che lấp hay khó quan sát cấu trúc cần khảo sát.

+ Không bất thường bẩm sinh biến dạng khối sọ mặt.

-Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Hồ sơ bệnh án thiếu thông tin.

+ Bệnh án có các bệnh lý u/ ung thư vùng mũi xoang, polype mũi xoang gây biến dạng hốc mũi xoang.

+ CT Scan không thể hiện rõ ràng hình ảnh động mạch sàng trước (ĐMST), động mạch sàng sau (ĐMSS).

2.6. Xử lý số liệu

Phần mềm SPSS 27.0

2.7. Đo lường các biến

- Tiến hành khảo sát và đo đạc bằng thước đo trên phần mềm Pacs trên các mặt cắt Axial, Sagittal, Coronal.

- Các biến định lượng:

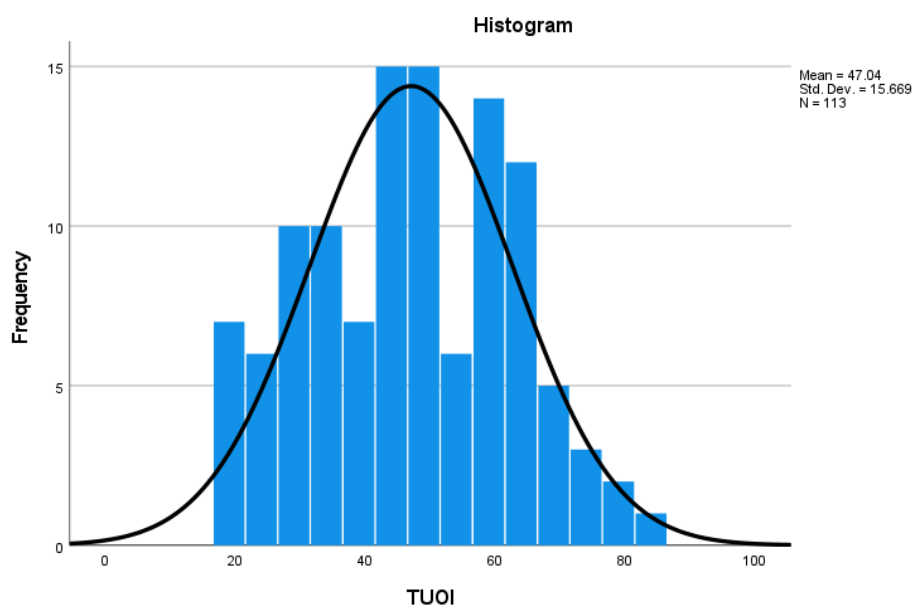
+ Tuổi: lấy năm hiện tại 2024 trừ năm sinh đối tượng.

- + Chiều dài ĐMST, chiều dài ĐMSS: biến định lượng liên tục, đo trực tiếp trên CT Scan mặt phẳng Coronal, đơn vị milimet.
- + Khoảng cách ĐMST đến ĐMSS, khoảng cách ĐMSS đến thần kinh thị: biến định lượng liên tục, đo trực tiếp trên CT Scan mặt phẳng Sagittal, đơn vị milimet.
- + Khoảng cách ĐMST đến trần sàng, khoảng cách ĐMSS đến trần sàng: biến định lượng liên tục, đo trực tiếp trên CT Scan mặt phẳng Coronal, đơn vị milimet.
- + Góc của ĐMST, ĐMSS đi từ ổ mắt vào trong xương sàng: biến định lượng liên tục, đo trực tiếp trên CT Scan mặt phẳng Axial, đơn vị độ.
- Các biến định tính:
- + Giới tính: nam, nữ.
- + Bên: bên phải, bên trái.
- + Dạng ĐMST: trên mặt phẳng Sagittal có 6 giá trị 1,2,3,4,5,6.
- + Dạng ĐMSS: trên mặt phẳng Sagittal có 5 giá trị 1,2,3,4,5
- + Thê vị trí ĐMST, ĐMSS: trên mặt phẳng Sagittal có 3 giá trị 1,2,3.
- Các biến định lượng có phân phối chuẩn sẽ trình bày dưới dạng: Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, sử dụng kiểm định T.
- Các biến định tính: được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ %, sử dụng phép kiểm Chi bình phương để tìm mối tương quan.
- Giá trị p nhỏ hơn 0,05 được xem có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

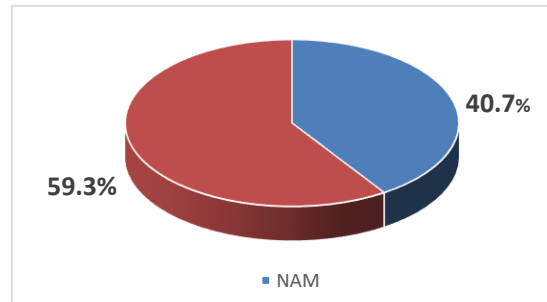
Phân bố theo tuổi:



Biểu đồ 1: Phân bố theo tuổi

Nhận xét: Tuổi của mẫu nghiên cứu tuân theo phân phối chuẩn, tuổi trung bình là 47.04 $\pm$ 15.67. Nhỏ nhất là 19 tuổi, lớn nhất là 83 tuổi.

Phân bố theo giới:



Biểu đồ 2: Phân bố mẫu theo giới tính

Nhận xét: tỉ lệ nữ lớn hơn nam, tỉ lệ Nam: nữ là 1: 1.4

Đặc điểm ĐMST và ĐMSS trên CT- Scan:

Khảo sát góc xuất phát, chiều dài, khoảng cách giữa ĐMST, ĐMSS đến trần sàng và thần kinh thị.

Bảng 1: Phân tích đơn biến 113 bệnh nhân

	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
Góc ĐMST (độ)	32.64	138.38	69.81 ± 13.31
Góc ĐMSS (độ)	44.43	120.39	85.68 ± 14.54
Chiều dài ĐMST (mm)	1.87	12.26	6.32 ± 1.75
Chiều dài ĐMSS (mm)	1.49	9.23	4.47 ± 1.54
Khoảng cách ĐMST đến trần sàng (mm)	0	8.33	2.4 ± 1.92
Khoảng cách ĐMSS đến trần sàng (mm)	0	4.67	0.33 ± 0.88
Khoảng cách ĐMST đến ĐMSS (mm)	5.78	20.81	12.94 ± 3.05
Khoảng cách ĐMSS đến thần kinh thị (mm)	2.46	22.47	11.65 ± 3.13

Nhận xét: Góc ĐMST đi từ vị trí sau ngoài ổ mắt vào trong ra trước vào khối sàng trung bình là 69.81 ± 13.31 độ nhỏ hơn góc ĐMSS với giá trị là 85.68 ± 14.54 độ

Khảo sát các dạng xuất hiện và thể vị trí của ĐMST và ĐMSS trong khối sàng:

Bảng 2: Các dạng xuất hiện của động mạch sàng trước

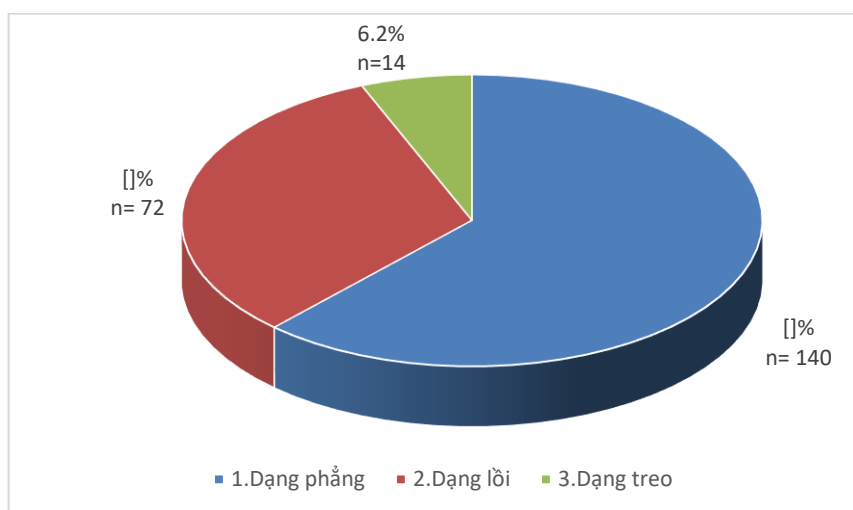
Đặc tính	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Dạng phẳng	36	15.9
Dạng lồi	92	40.7
Dạng treo	98	43.4
Tổng cộng	226	100.0

Nhận xét: Dạng ĐMST gặp nhiều nhất là dạng treo 43.4%, kế đến là dạng lồi 40.7% và dạng phẳng 15.9%.

Bảng 3: Vị trí động mạch sàng trước

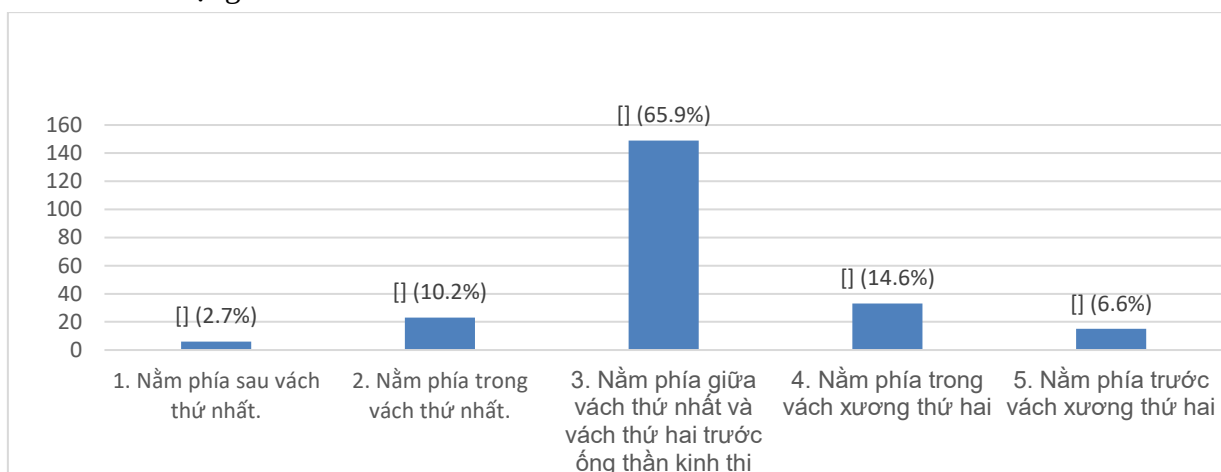
Đặc tính	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
1. Trước mảnh nền bóng sàng.	7	3.1
2. Ngay mảnh nền bóng sàng.	34	15.0
3. Giữa mảnh nền bóng sàng và mảnh nền cuộn giữa.	103	45.6
4. Ngay mảnh nền cuộn giữa.	45	19.9
5. Sau mảnh nền cuộn giữa	23	10.2
6. Ở ngách trên bóng	14	6.2
Tổng cộng	226	100.0

Nhận xét: Vị trí ĐMST thường gặp nhất trong khối sàng là giữa mảnh nền bóng sàng và mảnh nền cuộn giữa 45.6%, ít gặp nhất là trước mảnh nền bóng sàng 3.1%.



Biểu đồ 3: Dạng động mạch sàng sau

Nhận xét: Dạng ĐMSS thường gặp nhất là dạng phẳng chiếm 61.9%, kế đến là dạng lồi 31.9% và dạng treo 6.2%.



Biểu đồ 4: Vị trí của ĐMSS trong khối sàng

Nhận xét: Vị trí của ĐMSS trong khối sàng thường gặp nhất là nằm giữa vách thứ nhất và vách thứ hai trước ống thần kinh thị chiếm 65.9%, ít gặp nhất là thể nằm sau vách thứ nhất 2.7%.

Khảo sát mối tương quan giữa góc ĐMST trái, phải và dạng vị trí, thể xuất hiện ĐMST và ĐMSS trái, phải theo giới

Bảng 4: Mối tương quan giữa góc ĐMST trái, phải với giới tính

	Giới	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Giá trị trung bình (mm)	p
Góc ĐMST phải (độ)	Nam	45	86.43	69.79± 10.51	0.506
	Nữ	32.64	138.38	68.09±14.93	
Góc ĐMST trái (độ)	Nam	48.87	121.49	72.29±13.55	0.336
	Nữ	45.31	117.09	69.82±13.15	
Khoảng cách ĐMST đến ĐMSS phải (mm)	Nam	6.23	19.82	12.31±2.82	0.504
	Nữ	5.78	18.8	13.56±3.02	
Khoảng cách ĐMST đến ĐMSS Trái (mm)	Nam	6.56	18.32	12.78±3.01	0.955
	Nữ	5.79	20.81	12.87±3.19	

Nhận xét: Giá trị $p > 0.05$ khác biệt giữa góc ĐMST trái, phải với giới tính không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5: Mối tương quan giữa dạng vị trí và thể xuất hiện ĐMST và ĐMSS trái, phải theo giới tính

	GIỚI	Dạng phẳng (%)	Dạng lồi (%)	Dạng treo (%)	p
Dạng ĐMST phải	Nam	42.1	37.5	42.6	0.876
	Nữ	57.9	62.5	57.4	
Dạng ĐMST trái	Nam	35.3	38.5	45.5	0.696
	Nữ	64.7	61.5	54.5	
Dạng ĐMSS phải	Nam	44.3	33.3	42.9	0.550
	Nữ	55.7	66.7	57.1	
Dạng ĐMSS trái	Nam	42.9	36.1	42.9	0.794
	Nữ	57.1	63.9	57.1	

Nhận xét: Giá trị $p > 0.05$ khác biệt giữa thể xuất hiện ĐMST và ĐMSS bên trái và phải theo giới tính không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

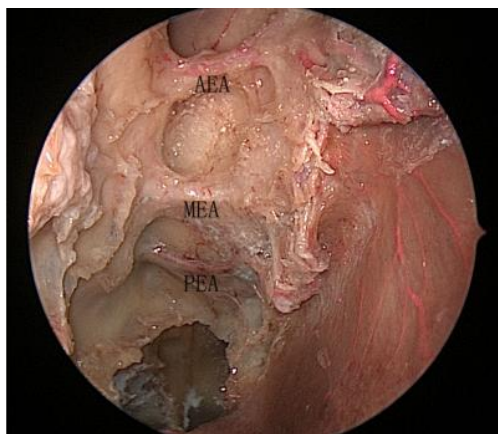
Tuổi trung bình của nghiên cứu là 47.04 ± 15.67 tuổi, tương đương với nghiên cứu của tác giả Phan Đỗ Nhân (2019) là 45.95 ± 15.49 tuổi ^[1].

Về độ tuổi có sự tương đồng với nghiên cứu của các tác giả F. Cankal và Phan Đỗ Nhân đều có tỉ lệ nam ít hơn nữ ^{[1], [10]}. Trong nghiên cứu này có 113 bệnh nhân với 46 nam và 67 nữ, tỉ lệ nam: nữ là 1:1.45.

Khảo sát góc xuất phát, chiều dài, khoảng cách giữa ĐMST, ĐMSS đến trần sàng và thần kinh thị.

Góc ĐMST đi từ vị trí sau ngoài ổ mắt vào trong ra trước vào khối sàng trung bình là 69.81 ± 13.31 độ nhỏ hơn góc ĐMSS với giá trị là 85.68 ± 14.54 độ. Chiều dài ĐMST từ 1.87 đến 12.26 mm trung bình là 6.32 ± 1.75 mm dài hơn so với chiều dài ĐMSS có giá trị trung bình là 4.47 ± 1.54 mm.

Khoảng cách ĐMST đến trần sàng 2.4 ± 1.92 mm dài hơn so với khoảng cách ĐMSS đến trần sàng 0.33 ± 0.88 mm. Khoảng cách ĐMST đến ĐMSS là 12.94 ± 3.05 mm. Khoảng cách ĐMSS đến thần kinh thị 11.65 ± 3.13 mm.



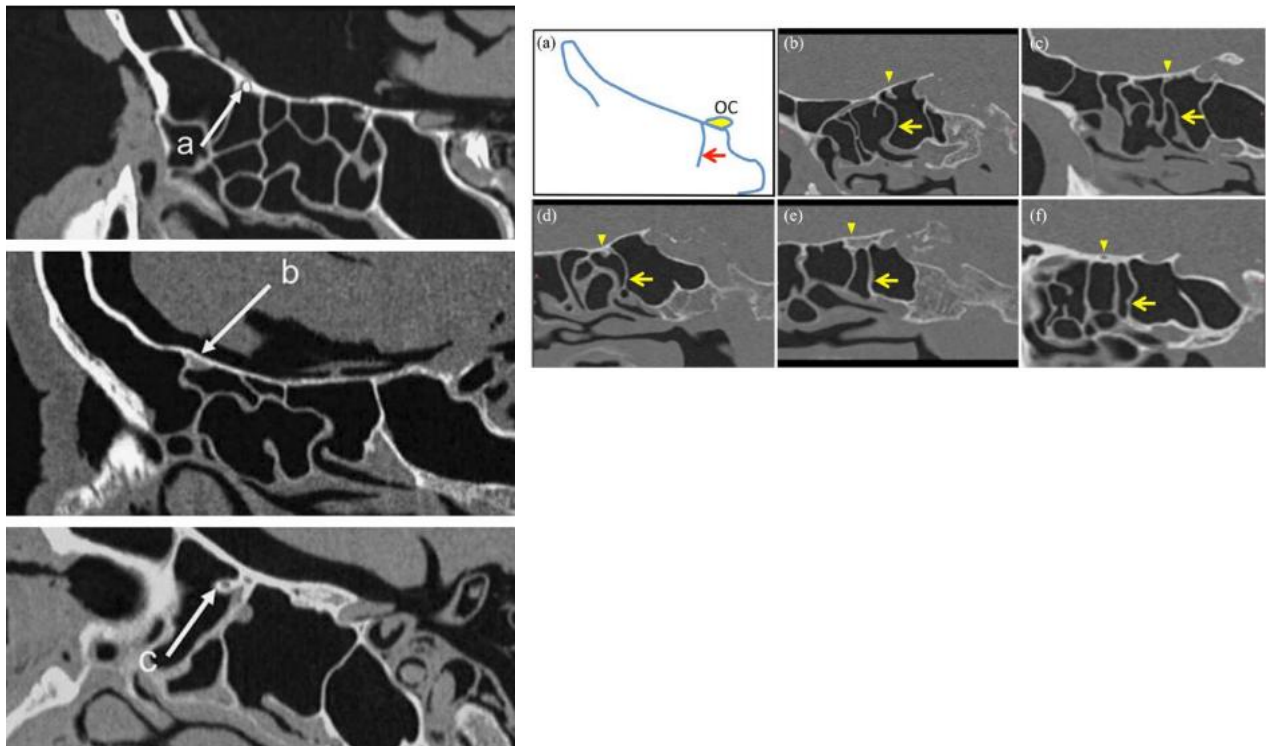
Hình 1: ĐMST, ĐMSS trong phẫu tích nội soi mũi xoang ^[8]

Khảo sát các dạng xuất hiện và thể vị trí của ĐMST và ĐMSS trong khối sàng.

ĐMST ở trần sàng có 3 dạng: dạng phẳng, dạng lồi, dạng treo. Trong đó dạng treo là dạng chiếm ưu thế chiếm 43.4% và dễ gây tai biến nếu phẫu thuật viên không lưu ý.

Vị trí ĐMST thường gặp nhất trong khối sàng là giữa mảnh nền bóng sàng và mảnh nền cuộn giữa 45.6%, ít gặp nhất là trước mảnh nền bóng sàng 3.1%

ĐMSS cũng có 3 dạng: dạng phẳng, dạng lồi và dạng treo. Trong đó dạng treo chiếm 6.2% thì ít gặp hơn dạng phẳng 61.9%. tương đồng với nghiên cứu của Trần Trung Kiên (2022) và Phan Đỗ Nhân (2019)^{[1],[2]}.



Hình 2: Các thể vị trí của ĐMSS^[9]

Mối tương quan của ĐMST và sàng sọ trước^{[4],[7]}

Vị trí ĐMSS được phân làm 5 thể dựa vào đề xuất của Hiroki Yamamoto, 5 thể này gồm:

1. Nằm phía sau vách thứ nhất.
2. Nằm phía trong vách thứ nhất.
3. Nằm phía giữa vách thứ nhất và vách thứ hai trước ống thần kinh thị
4. Nằm phía trong vách xương thứ hai
5. Nằm phía trước vách xương thứ hai

Nghiên cứu của Hiroki Yamamoto ghi nhận thể 1 nhiều nhất, kế đến là thể 2, thể 3, thể 4 và thể 5^[9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ nhiều nhất là thể 3 chiếm 65.9% sau đó là thể 4, thể 2, thể 5 và ít nhất là thể 1.

Mối tương quan giữa góc ĐMST trái, phải và dạng vị trí, thể xuất hiện ĐMST và ĐMSS trái, phải theo giới:

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa góc ĐMST, khoảng cách ĐMST đến ĐMSS, dạng ĐMST, dạng ĐMSS ở 2 bên trái phải đối với 2 giới nam, nữ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này có 113 bệnh nhân, trong đó 40.7% là nữ (46/113) và 59.7% là nam (67/113). Độ tuổi của bệnh nhân từ 19 đến 83 tuổi. Độ tuổi trung bình là 47.04 ± 15.67 tuổi. Góc xuất phát của động mạch sàng trước và động mạch sàng sau đi từ ổ mắt vào trong khối sàng lần lượt là 69.81 ± 13.31 độ và 85.68 ± 14.54 độ. Chiều dài ĐMST là 6.32 ± 1.75 mm và ĐMSS là 4.47 ± 1.54 mm. Khoảng cách ĐMST, ĐMSS đến trần sàng lần lượt là 6.32 ± 1.75 mm và 4.47 ± 1.54 mm. Khoảng cách từ động mạch sàng trước đến động mạch sàng sau là 12.94 ± 3.05 mm. Khoảng cách từ động mạch sàng sau đến thần kinh thị là 11.65 ± 3.13 mm. Dạng động

mạch sàng trước chiếm tỉ lệ cao nhất là dạng treo chiếm 43.4% và vị trí nằm giữa mảnh nền bóng sàng và mảnh nền cuống mũi giữa chiếm tỉ lệ cao nhất 45.6%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa góc ĐMST, khoảng cách ĐMST đến ĐMSS, dạng ĐMST, dạng ĐMSS ở 2 bên trái phải đối với 2 giới nam, nữ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Đỗ Nhân (2019), “*Khảo sát động mạch sàng sau trên phim CT Scan mũi xoang tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ năm 2018- 2019*”, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
2. Trần Quang Kiên (2022), “*Khảo sát hình ảnh động mạch sàng trước và động mạch sàng sau trên CT Scan mũi xoang tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 09 năm 2020 đến tháng 08 năm 2022*”, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
3. TS. BS. Ngô Văn Công (2022), “*CT mũi xoang và họa đồ xoang*”, Nhà xuất bản Y Học.
4. Tran Phan TC, Dang KV (2024), “*Characteristics of Posterior Ethmoidal Artery and Its Relationship with Anterior Ethmoidal Artery and Skull Base on CT Scan*”, Medeni Med J. ;39(2):85-90.
5. Siedek V, Pilzweiger E, Betz C, Berghaus A, Leunig A. (2013), “*Complications in endonasal sinus surgery: a 5-year retrospective study of 2,596 patients*”, Eur Arch Otorhinolaryngol. ;270(1):141-8.
6. Abdullah B, Lim EH, Mohamad H, Husain S, Aziz ME, Snidvongs K, Wang Y, Musa KI. (2019), “*Anatomical variations of anterior ethmoidal artery at the ethmoidal roof and anterior skull base in Asians*”, Surg Radiol Anat. ;41(5):543-550.
7. Lannoy-Penisson L, Schultz P, Riehm S, Atallah I, Veillon F, Debry C. (2007), “*The anterior ethmoidal artery: radio-anatomical comparison and its application in endonasal surgery*”. Acta Otolaryngol;127(6):618-22.
8. Wang L, Youseef A, Al Qahtani AA, Gun R, Prevedello DM, Otto BA, Ditzel L, Carrau RL. (2014), “*Endoscopic anatomy of the middle ethmoidal artery. Int Forum Allergy Rhinol*”;4(2):164-8.
9. Yamamoto H, Nomura K, Hidaka H, Katori Y, Yoshida N. (2018), “*Anatomy of the posterior and middle ethmoidal arteries via computed tomography*”, SAGE Open Med. ;6:2050312118772473.
10. Cankal F, Apaydin N, Acar HI, Elhan A, Tekdemir I, Yurdakul M, Kaya M, Esmer AF. (2004), “*Evaluation of the anterior and posterior ethmoidal canal by computed tomography*”, Clin Radiol;59(11):1034-40.

KHẢO SÁT KIẾN THỨC CỦA ĐIỀU DƯỠNG VỀ QUY TRÌNH KỸ THUẬT HÚT ĐÀM HỖ TRÊN BỆNH NHÂN THỞ MÁY TẠI BVĐKTT AN GIANG NĂM 2024

Trần Văn Lôi, Tạ Hoàng Thanh Phụng,
Chung Trấn Phan, Võ Thị Kim Thoa.

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định mối tương quan giữa trình độ chuyên môn, thâm niên công tác đến kiến thức về thủ thuật hút đàm tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2024

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Điều dưỡng tại các khoa Hồi sức tích cực, Hồi sức tích cực ngoại khoa, Cấp cứu. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Kết quả: khảo sát trên 76 điều dưỡng, tỷ lệ nữ chiếm 69,7%. Trong đó điều dưỡng có trình độ Cao đẳng chiếm ưu thế với 80.2%. %. Tỷ lệ điều dưỡng có thâm niên công tác trên 5 năm chiếm 51,4%. Đặc điểm phân bố kiến thức về thủ thuật hút đàm không có sự khác biệt theo thâm niên công tác và trình độ chuyên môn ($p > 0.05$), tuy nhiên kiến thức về Quy trình hút đàm cao hơn có ý nghĩa ở nhóm có thâm niên công tác dưới 5 năm ($p < 0.05$).

Kết luận: Điều dưỡng Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang phần lớn đạt điểm khá và khá tương đồng về kiến thức hút đàm (kiến thức chung, kiểm soát nhiễm khuẩn và quy trình). Tuy nhiên phần kiến thức về quy trình tốt hơn ở nhóm điều dưỡng trẻ.

SURVEY ON THE KNOWLEDGE OF NURSES IN OPEN SUCTION PROCEDURE FOR MECHANICALLY VENTILATED PATIENTS AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2024

ABSTRACT

Research Objective: To determine the correlation between professional qualifications and years of experience with the knowledge of the suction procedure among nurses at An Giang Central General Hospital in 2024.

Subjects and Research Methodology: The subjects of this study were nurses working in the Intensive Care Unit (ICU), Surgical Intensive Care Unit (SICU), and Emergency Department.

Research method: cross-sectional descriptive method.

Results: A survey was conducted on 76 nurses, with 69.7% being female. The majority of nurses (80.2%) held a college degree. Additionally, 51.4% of the nurses had over 5 years of working experience. The distribution of knowledge about the suction procedure showed no significant difference based on years of experience or professional qualifications ($p > 0.05$). However, knowledge about the suction procedure was significantly higher in the group with less than 5 years of experience ($p < 0.05$).

Conclusion: Most nurses at An Giang Central General Hospital demonstrated a good level of knowledge, particularly in areas such as general knowledge, infection control, and the suction procedure. There was a notable improvement in procedural knowledge among the younger nurses with fewer years of experience.

I- ĐẶT VẤN ĐỀ

Vai trò của người điều dưỡng (ĐD) trong chăm sóc người bệnh (NB) đã thể hiện tầm quan trọng trong việc nâng cao chất lượng dịch vụ y tế thông qua việc chuẩn hóa các qui trình chăm sóc¹, góp phần nâng cao chất lượng điều trị trong đó có qui trình hút đờm^{2,3}. Hút đờm được tiến hành phổ biến tại các khoa Hồi Súc, Cấp Cứu, đặc biệt là những NB nặng, cấp cứu, có thể ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng điều trị. Nếu hút đờm kịp thời và đúng theo chuẩn năng lực đạt hiệu quả tốt làm sạch dịch tiết để khai thông đường hô hấp, duy trì sự thông khí;

tạo thuận lợi cho sự lưu thông trao đổi khí và phòng tránh nhiễm khuẩn do ứ đọng đờm, góp phần nhanh hồi phục. Còn ngược lại, nếu hút không theo chuẩn năng lực có thể gây tai biến cho NB với 25% nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới và 3,3% NB bị tổn thương niêm mạc đường hô hấp⁴.

Năng lực của ĐD về hút đờm rất quan trọng, quyết định đến hiệu quả chăm sóc NB. Do vậy, việc ĐD cập nhật kiến thức và nâng cao kỹ năng tay nghề về hút đờm là rất cần thiết. Nghiên cứu của Day cho thấy đa số ĐD không . thức được những yêu cầu trong qui trình hút đờm và thực hành theo kinh nghiệm bản thân chứ không theo chuẩn năng lực nên dẫn đến không an toàn cho NB⁶. Nghiên cứu của Trần Thị Thảo (2008) trên 19 ĐD tại khoa Hồi Sức đã ghi nhận ĐD chưa đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn là 59% và kỹ năng thao tác thực hành của ĐD không đạt là 10,6 %⁵.

Chính vì tình hình thực tế như trên, chúng tôi triển khai nghiên cứu "Khảo sát kiến thức của điều dưỡng trong quy trình kỹ thuật hút đờm hờ trên bệnh nhân thở máy tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2024" nhằm đánh giá một cách cụ thể kiến thức và kỹ năng của đội ngũ điều dưỡng trong việc thực hiện quy trình hút đờm hờ trên bệnh nhân thở máy. Qua đó, nghiên cứu sẽ cung cấp cái nhìn toàn diện về thực trạng thực hành hiện nay, từ đó đề xuất các giải pháp cải thiện, giúp chuẩn hóa quy trình và đảm bảo an toàn, hiệu quả trong chăm sóc người bệnh.

- Mô tả đặt điểm chung của đối tượng nghiên cứu.
- Xác định mối tương quan giữa trình độ chuyên môn, thâm niên công tác đến kiến thức về thủ thuật hút đờm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn: điều dưỡng đang công tác tại khoa Cấp cứu, khoa Hồi sức tích cực, khoa Hồi sức tích cực ngoại khoa.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Không đồng ý tham gia nghiên cứu
- + Nhân viên thử việc.
- + Nhân viên đang theo học tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: chọn cỡ mẫu toàn bộ

2.3. Nội dung nghiên cứu

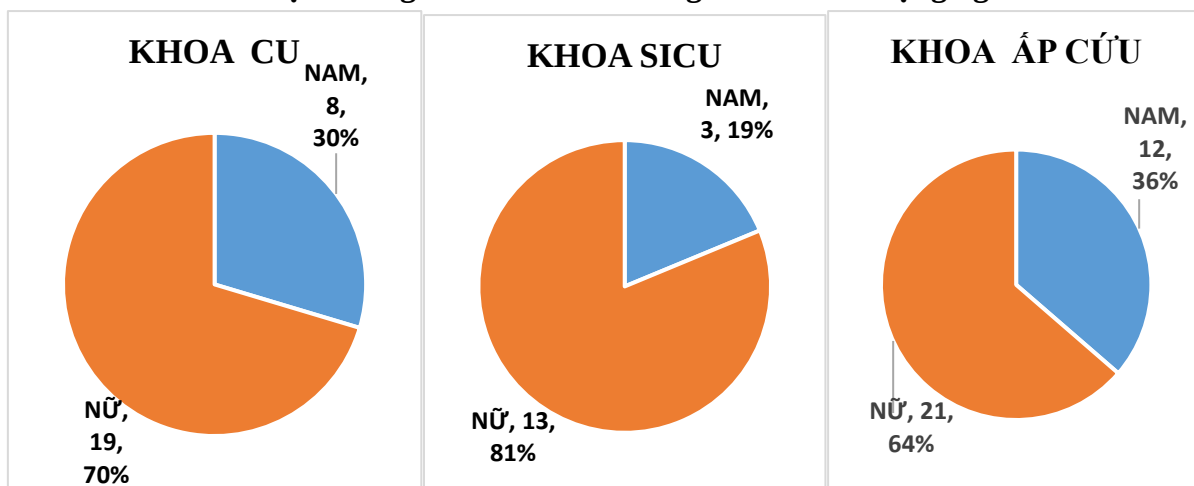
Các thông tin cần thu thập: đặc điểm chung về quần thể nghiên cứu: tuổi, giới tính, trình độ chuyên môn, số năm công tác, kiến thức về thủ thuật hút đờm qua bảng câu hỏi.

Nội dung phân tích: thông tin chung về dân số nghiên cứu, mối liên hệ giữa trình độ chuyên môn, năm công tác đến kiến thức về kỹ thuật hút đờm. Phân tích bằng phần mềm SPSS 20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua Khảo sát kiến thức của điều dưỡng trong quy trình kỹ thuật hút đờm hờ trên bệnh nhân thở máy tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2024, cũng tôi ghi nhận kết quả như sau:

Biểu đồ 1. Đặc điểm giới tính và khoa công tác của đối tượng nghiên cứu



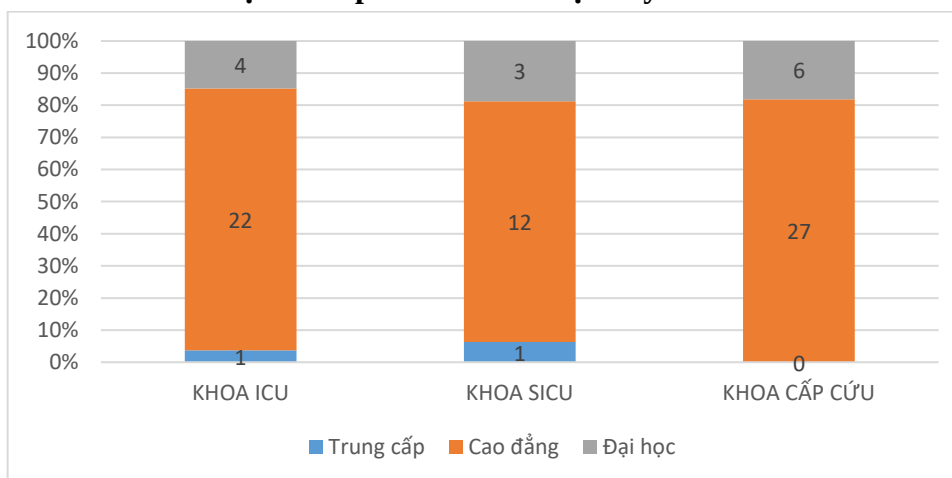
Nhận xét: tại cả ba khoa ICU, SICU và Khoa Cấp cứu đều tỷ lệ nữ đều chiếm ưu thế hơn so với nam. Chênh lệch lớn nhất ở khoa SICU với Nam chỉ chiếm 19%, Nữ 81%.

Bảng 1. Đặc điểm phân bố thâm niên công tác theo khoa

	KHOA ICU	KHOA SICU	KHOA CẤP CỨU
≤ 5 năm (%)	48.1%	68.8%	39.5%
> 5 năm (%)	51.9%	31.2%	60.5%
Min (năm)	0.25	1	1
Max (năm)	31	22	20
Trung vị (năm)	6	2	7

Nhận xét: Khoa ICU có sự cân bằng giữa điều dưỡng có kinh nghiệm dưới 5 năm (48.1%) và trên 5 năm (51.9%). Khoa SICU có tỷ lệ điều dưỡng có kinh nghiệm dưới 5 năm cao nhất (68.8%). Khoa cấp cứu có tỷ lệ điều dưỡng có kinh nghiệm trên 5 năm cao nhất (60.5%).

Biểu đồ 2. Đặc điểm phân bố trình độ chuyên môn theo khoa



Nhận xét: Ở cả ba khoa, điều dưỡng có trình độ cao đẳng chiếm tỷ lệ lớn nhất. Phân bố nhân lực khá tương đồng giữa các khoa.

Bảng 2. Đặc điểm phân bố Kiến thức chung theo trình độ chuyên môn

Trình độ chuyên môn	Điểm trung bình	<i>p</i>
Trung cấp	36.5/48	0.975
Cao đẳng	33.23/48	
Đại học	32.46/48	

Nhận xét: điểm trung bình phần kiến thức chung tương đối đồng đều đối với các trình độ chuyên môn, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0.05$)

Bảng 3. Đặc điểm phân bố Kiến thức chung theo thâm niên công tác

Thâm niên công tác	Điểm trung bình	<i>p</i>
Dưới 5 năm	33.3/48	0.806
Trên 5 năm	33/48	
Tổng	33.2/48	

Nhận xét: điểm trung bình phần kiến thức chung giữa nhóm có thời gian công tác dưới 5 năm và trên 5 năm lần lượt là 33.3 và 33 điểm. Khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0.05$).

Bảng 4. Đặc điểm phân bố Kiến thức về kiểm soát nhiễm khuẩn theo trình độ chuyên môn

Trình độ chuyên môn	Điểm trung bình	<i>P</i>
Trung cấp	8/10	0.9
Cao đẳng	6.8/10	
Đại học	7/10	

Nhận xét: điểm trung bình phần kiến thức về kiểm soát nhiễm khuẩn cao nhất ở điều dưỡng trung cấp 8/10 điểm, thấp nhất ở nhóm Cao đẳng 6.8/10 điểm. Tuy nhiên, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0.05$).

Bảng 5. Đặc điểm phân bố Kiến thức kiểm soát nhiễm khuẩn theo thâm niên công tác

Thâm niên công tác	Điểm trung bình	<i>p</i>
Dưới 5 năm	6.6/10	0.097
Trên 5 năm	7.15/10	
Tổng	6.9	

Nhận xét: tỉ lệ điều dưỡng công tác trên 5 năm có điểm số về kiến thức kiểm soát nhiễm khuẩn cao hơn nhóm điều dưỡng công tác dưới 5 năm. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0.05$).

Bảng 6. Đặc điểm phân bố Kiến thức về quy trình hút đàm theo trình độ chuyên môn

Trình độ chuyên môn	Điểm trung bình	<i>p</i>
Trung cấp	19/27	0.157
Cao đẳng	19.7/27	
Đại học	19/27	

Nhận xét: điểm chung bình phần Kiến thức về quy trình hút đàm tương đối đồng đều giữa các nhóm trình độ chuyên môn, và khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$)

Bảng 7. Đặc điểm phân bố Kiến thức về quy trình hút đàm theo thâm niên công tác

Thâm niên công tác	Điểm trung bình	<i>p</i>
Dưới 5 năm	20.43/27	0.037
Trên 5 năm	18.79/27	
Tổng	19.6/27	

Nhận xét: Điều dưỡng công tác trên 5 năm có số điểm trung bình thấp hơn nhóm điều dưỡng có thâm niên công tác dưới 5 năm (lần lượt là 18.79 và 20.43 điểm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$)

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu về kiến thức và kỹ năng của điều dưỡng trong quy trình kỹ thuật hút đàm hờ trên bệnh nhân thở máy tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2024 cho thấy nhiều khía cạnh đáng chú ý về trình độ, thâm niên công tác và kiến thức chuyên môn của các điều dưỡng.

Về phân bố về giới tính và khoa công tác: kết quả khảo sát cho thấy tỷ lệ điều dưỡng nữ tại các khoa chiếm ưu thế rõ rệt, đặc biệt tại khoa SICU với tỷ lệ nữ lên đến 81%. Điều này phản ánh thực tế chung trong ngành điều dưỡng tại Việt Nam, tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Tuyết Trinh tỉ lệ nữ là 79%⁵.

Thâm niên công tác của điều dưỡng tại các khoa có sự khác biệt rõ rệt. Khoa SICU có tỷ lệ điều dưỡng với kinh nghiệm dưới 5 năm cao nhất (68.8%), trong khi đó khoa cấp cứu lại có tỷ lệ điều dưỡng với kinh nghiệm trên 5 năm cao nhất (60.5%). Tỉ lệ nhân sự có kinh nghiệm trên 5 năm tại bệnh viện thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Tuyết Trinh với tỉ lệ điều dưỡng trên 5 năm kinh nghiệm là 80.2%⁵.

Điểm số trung bình phần Kiến thức chung (33.2/48 điểm) thấp hơn 36.9 theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Tuyết Trinh⁵. Kiến thức về Kiểm soát nhiễm khuẩn (6.9/10 điểm) thấp hơn 8.25 điểm của cùng tác giả.

Nhìn chung, điểm số trung bình của cả 3 phần Kiến thức chung, Kiểm soát nhiễm khuẩn và Quy trình không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa các nhóm trình độ chuyên môn (trung cấp, cao đẳng, và đại học). Điều này cho thấy rằng chương trình đào tạo, giám sát, sinh hoạt chuyên môn của bệnh viện đã được xây dựng và triển khai đồng bộ, phản ánh sự chú trọng của bệnh viện trong việc đảm bảo mọi điều dưỡng, bất kể trình độ học vấn, đều được trang bị kiến thức nền tảng một cách toàn diện.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu cho thấy việc tuân thủ quy trình kỹ thuật hút đàm hờ trên bệnh nhân thở máy của điều dưỡng ở các khoa Cấp cứu, ICU, SICU tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang phần lớn đạt điểm khá và khá tương đồng về kiến thức hút đàm (kiến thức chung, kiểm

soát nhiễm khuẩn và quy trình). Vì vậy, thực trạng kiến thức về quy trình hút đàm của điều dưỡng viên cơ bản được thực hiện tốt. Tuy nhiên phần kiến thức về quy trình ở nhóm điều dưỡng công tác trên 5 năm tốt hơn ở nhóm điều dưỡng dưới 5 năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 Thạch ĐhYkPN. Chăm sóc bệnh nhân hút đàm. *Điều dưỡng cơ bản*. Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh; 2013:82-91
- 2 Trần Thị Thảo và cộng sự (2008), "Hoạt động quản lý chất lượng thủ thuật hút thông đường hô hấp dưới tại khoa Hồi sức Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển, Ưông Bí, Quảng Ninh", *Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ III*, Nhà xuất bản y học Hà Nội, Hà Nội, tr. 68-77.
- 3 TRINH NTT. *Xây dựng và đánh giá kết quả chương trình đào tạo qui trình hút đờm theo chuẩn năng lực cho điều dưỡng tại bệnh viện nhân dân 115*. Trường đại học Y tế Công cộng; 2020.
- 4 Cullen L, Adams SLJJTJoNA. Planning for implementation of evidence-based practice. 2012;42(4):222-230
- 5 Day T.L., Farnell S., Haynes S., et al (2002), "Tracheal suctioning: an exploration of nurses' knowledge and competence in acute and high dependency ward areas", *Journal of Advanced Nursing*, 39(1), pg.35–45
- 6 Flodgren G, Rojas-Reyes MX, Cole N, Foxcroft DRJCDoSr. Effectiveness of organisational infrastructures to promote evidence-based nursing practice. 2012;(2)
- 7 McKillop AJJr. Evaluation of the implementation of a best practice information sheet: tracheal suctioning of adults with an artificial airway. 2004;2(9):293-308

KHẢO SÁT SỬ DỤNG THUỐC CHỐNG VIÊM KHÔNG STEROID TRÊN BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP GỐI ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024

Lý Quốc Quân, Võ Kim Nguyên,
Nguyễn Thị Bích Tuyền, Trần Quang Vinh

TÓM TẮT

Mở đầu: Thoái hoá khớp là bệnh mãn tính làm ảnh hưởng trực tiếp đến tâm lý, chất lượng cuộc sống của người bệnh, không những tạo gánh nặng về kinh tế mà còn gia tăng chi phí điều trị. Việc phòng ngừa và chữa trị kịp thời giúp giảm đau và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng sử dụng thuốc NSAID trong điều trị thoái hóa khớp gối bệnh nhân ngoại trú khám tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: bệnh nhân đến khám và điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang từ 01/01/2024 đến 31/12/2024. Tiến cứu, mô tả phân tích.

Kết quả: Tỷ lệ sử dụng NSAID trong điều trị thoái hóa khớp gối là 66,6%, chủ yếu là dùng đường uống 97,1%, nhóm Coxib chiếm đa số với tỷ lệ 43,4%, số ngày điều trị trung bình là 14 ngày tỷ lệ sử dụng hợp lý tương đối cao, đúng chỉ định 92.6%, đúng liều dùng 99,7%, tỷ lệ kê đơn có tương tác thuốc chiếm 4,3%

Kết luận: Việc sử dụng NSAIDs nhìn chung là hợp lý, nhưng cần cẩn trọng hơn với tương tác thuốc, đặc biệt ở bệnh nhân cao tuổi..

Từ khóa: thoái hóa khớp gối, NSAIDs, điều trị ngoại trú, tương tác thuốc, tính hợp lý.

RESEARCH ON THE USE OF NON-STEROIDAL ANTIS-INFLAMMATORY DRUGS IN PATIENTS WITH DEGENERATIVE KNEE ARTHRITIS RECEIVING OUTPATIENT TREATMENT AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2024.

ABSTRACT

Background: Osteoarthritis is a chronic disease that directly affects the psychology and quality of life of the patient, not only creating an economic burden but also increasing the cost of treatment. Prevention and timely treatment help reduce pain and improve the quality of life for the patient.

Objective: Evaluation of the current status of NSAID use in the treatment of knee osteoarthritis in outpatients examined at An Giang Central General Hospital.

Subjects and methods: Patients coming for examination and outpatient treatment at An Giang Central General Hospital from January 1, 2024 to December 31, 2024. Prospective, descriptive analysis.

Results: The rate of using NSAID treatment 66.6%, mainly oral use 97.1%, Coxib group accounted for the majority is the most common use, with 43.4%, the average number of treatment days was 14 days, the rate of rational use was relatively high, correct indication 92.6%, correct dosage 99.7%, the rate of prescription with drug interactions was 4.3%.

Conclusion: The use of NSAIDs is generally reasonable, but more caution is needed regarding drug interactions, especially in elderly patients.

Keywords: knee osteoarthritis, NSAIDs, outpatient treatment, drug interactions, reasonableness.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp là quá trình lão hóa mang tính quy luật của tổ chức sụn, các tế bào, tổ chức ở khớp và quanh khớp là bệnh lý xảy ra ở nhiều khớp và ở các vị trí khác nhau nhưng

trong đó, thoái hóa khớp gối là thường gặp nhất và có tỷ lệ dẫn tới tàn tật cao nhất, đặc biệt là ở phái nữ [3]. Thoái hóa khớp là bệnh mãn tính, gây nên tình trạng đau đớn, làm giảm hoặc mất khả năng vận động.

Việc điều trị thoái hóa khớp hiện nay được xem là gánh nặng, gây tốn kém cho cá nhân người bệnh nói riêng và toàn xã hội nói chung. Trong đó một số là việc lựa chọn thuốc điều trị nội khoa cho bệnh nhân thoái hóa khớp gối, bao gồm cho việc sử dụng các thuốc giảm đau cho người bệnh giảm đau đớn nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Vì vậy, việc sử dụng các nhóm thuốc điều trị bệnh thoái hóa khớp cần tuân thủ theo đúng phác đồ điều trị và quản lý chặt chẽ, đồng thời theo dõi tác dụng không mong muốn của thuốc và có những biện pháp khắc phục hợp lý. Để kiểm soát tốt việc điều trị thoái hóa khớp cần xây dựng chiến lược điều trị điều lâu dài, trong đó điều trị triệu chứng (đau và hạn chế vận động) và hạn chế biến đổi cấu trúc khớp đóng vai trò quan trọng. Đồng thời, phải tối ưu hóa, cá thể hóa việc sử dụng các thuốc điều trị, đặc biệt là các thuốc có nhiều tác dụng phụ như thuốc NSAIDS và thuốc chống viêm steroid (corticosteroids).

Từ thực tế này, nhằm góp phần vào việc nâng cao điều trị các bệnh lý mãn tính, đặc biệt là thoái hóa khớp gối, đề tài nghiên cứu “*Nghiên cứu tình hình sử dụng thuốc chống viêm không steroid trên bệnh nhân thoái hóa khớp gối điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2024*” với 2 mục tiêu chính:

1. Nghiên cứu thực trạng sử dụng thuốc chống viêm không steroid (NSAID) trong điều trị ngoại trú bệnh thoái hóa khớp gối tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.
2. Đánh giá tính hợp lý trong việc sử dụng thuốc NSAID và khảo sát các tương tác thuốc (TTT) trong đơn thuốc điều trị ngoại trú của người bệnh mắc thoái hóa khớp gối tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Cỡ mẫu

Hồ sơ ngoại trú của người bệnh điều trị tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, có ngày đến khám trong khoảng từ 01/01/2024 đến 31/12/2024 được xuất từ phần mềm quản lý bệnh viện (eHospital 2.0+), thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ ngoại trú của bệnh nhân điều trị tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, có ngày đến khám trong khoảng từ 01/01/2024 đến 31/12/2024, thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là thoái hóa khớp gối, có mã ICD M17 và đơn thuốc có ít nhất một thuốc NSAID.

+ Bệnh nhân điều trị ngoại trú.

+ Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Đơn thuốc không có đầy đủ thông tin theo phiếu thu thập số liệu.

+ Đơn thuốc ngoại trú của bệnh nhân xuất viện.

+ Bệnh nhân có bệnh lý tổn thương cấu trúc khớp gối bẩm sinh.

+ Bệnh nhân là phụ nữ có thai và cho con bú.

2.3. Địa điểm

Phòng khám Khớp 37 và Phòng khám khớp 38 tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Phiếu thu thập số liệu sẽ được thiết kế trước khi tiến hành lấy số liệu (phụ lục 1). Phiếu thu thập phải được xây dựng sẵn những thông tin cần lấy để phục vụ cho nghiên cứu.

Dựa trên các hồ sơ ngoại trú của 380 bệnh nhân đã chọn vào nghiên cứu, tiến hành thu thập thông tin cần nghiên cứu vào phiếu, mỗi hồ sơ bệnh án là một phiếu.

Thu thập thử khoảng 5 – 10 bệnh án và chỉnh sửa phiếu thu thập số liệu cho phù hợp (nếu cần).

Cuối cùng, tiến hành thu thập toàn bộ thông tin cần nghiên cứu của toàn bộ bệnh nhân vào phiếu.

2.6. Xử lý số liệu

Số liệu sau khi được thu thập bằng phần mềm Microsoft Excel 2019, được mã hóa và được làm sạch, được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

2.7. Đo lường các biến

Thống kê mô tả: Các biến liên tục phân phối chuẩn được biểu diễn bằng giá trị trung bình (TB) $\pm$ độ lệch chuẩn (SD), các biến định tính, định lượng được biểu diễn bằng số lượng (n) và tỷ lệ (%).

Xác định yếu tố liên quan bằng kiểm định χ^2 và phân tích hồi quy logistic với khoảng tin cậy 95% và mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 380 HSBA của các bệnh nhân được chẩn đoán có bệnh lý về thoái hóa khớp gối thỏa các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ, nhóm nghiên cứu có những kết quả sau đây:

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Trung bình
Giới tính	Nam	144	37,9	
	Nữ	236	62,1	
Độ tuổi	Dưới 40 tuổi	42	11,1	53,4 $\pm$ 10,8 tuổi
	40 – 60 tuổi	248	65,3	
	Trên 60 tuổi	90	23,7	
Nhóm tuổi ≥ 65 tuổi	Dưới 65 tuổi	333	87,6	
	≥ 65 tuổi	47	12,4	
Nơi sống	Thành Thị	118	31,1	
	Nông thôn	262	68,9	
Hình thức khám bệnh	Thu phí	292	76,8	
	BHYT	88	23,2	
Nhẹ cân	< 18,5	15	3,9	23,2 $\pm$ 3,3
Bình thường	18,5 – 22,9	186	48,9	
Thừa cân	23 – 24,9	80	21,1	
Béo phì độ 1	25 – 29,4	83	21,8	
Béo phì độ 2	≥ 30	16	4,2	

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Bệnh nhân đa phần là nữ giới (62,1%), nằm trong nhóm tuổi từ 40 – 60 (65,3%). Trong đó, bệnh nhân có số tuổi thấp nhất là 28, bệnh nhân có số tuổi cao nhất là 93 và có 47/380 bệnh nhân thuộc nhóm tuổi có nguy cơ về tim mạch là từ 65 tuổi trở lên (12,4%). Độ tuổi trung bình của người bệnh trong mẫu nghiên cứu là $53,4 \pm 10,8$ tuổi.

Về nơi sống, hình thức khám bệnh: Phần nhiều bệnh nhân thoái hóa khớp gối được chỉ định sử dụng thuốc NSAIDs đều thuộc nhóm đối tượng người bệnh khám dịch vụ (76,8%) và đến từ khu vực nông thôn (68,9%) nhiều hơn so với khu vực thành thị (31,1%).

Về thể trạng bệnh nhân: Gần 50,0% người bệnh có bất thường về cân nặng (47,1%) với 21,1% thuộc nhóm thừa cân và 26,0% thuộc hai nhóm béo phì độ 1 và 2. Giá trị BMI trung bình qua ghi nhận là $23,2 \pm 3,3$.

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thoái hóa khớp gối	Thoái hóa khớp gối nguyên phát 2 bên (M17.0)	356	93,7
	Thoái hóa khớp gối nguyên phát khác (M17.1)	4	1,1
	Thoái hóa khớp gối thứ phát khác (M17.5)	20	5,3
Thoái hóa đa khớp	Có	5	1,3
	Không	375	98,7
Thoái hóa khớp háng	Có	2	0,5
	Không	378	99,5

Bảng 3.2: Bệnh lý về thoái hóa khớp gối và các bệnh lý mắc kèm

Nhận xét: 93,7% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu đều có mã bệnh chính chẩn đoán là thoái hóa khớp gối nguyên phát cả 2 bên (M17.0). 5,3% bệnh nhân là thoái hóa khớp gối thứ phát khác và 1,1% bệnh nhân là thoái hóa khớp gối nguyên phát khác.

Về bệnh lý thoái hóa khớp gối và các bệnh lý mắc kèm: 57,1% bệnh nhân ngoài chính về thoái hóa khớp gối, có mắc đồng thời bệnh lý về thoái hóa cột sống. Bên cạnh, 1,3% và 0,5% bệnh nhân được chẩn đoán mắc kèm bệnh lý về thoái hóa khác là thoái hóa đa khớp và thoái hóa khớp háng.

3.2 Thực trạng sử dụng thuốc chống viêm không steroid (NSAID) trong điều trị ngoại trú bệnh thoái hóa khớp gối tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Trung bình
Số lượng thuốc trong đơn	<i>Dưới 5 thuốc/ đơn</i>			$5,1 \pm 1,6$ thuốc/ đơn
	2 thuốc/ đơn	25	6,6	
	3 thuốc/ đơn	46	12,1	
	4 thuốc/ đơn	62	16,3	
	<i>Từ 5 thuốc/ đơn trở lên</i>			
	5 thuốc/ đơn	68	17,9	
	6 thuốc/ đơn	106	27,9	

	7 thuốc/ đơn	54	14,2	
	8 thuốc/ đơn	19	5,0	

Bảng 3.3: Số thuốc được chỉ định trong đơn

Nhận xét: Trung bình mỗi đơn thuốc có $5,1 \pm 1,6$ thuốc. Trong mẫu nghiên cứu, có 247 trường hợp HSBA (61,8%) ghi nhận bệnh nhân được chỉ định sử dụng đồng thời từ 05 thuốc trở lên trong một đơn. Đơn thuốc có số lượng thuốc được chỉ định nhiều nhất là 08 (5,0%), thấp nhất là 02 (6,6%) và phổ biến nhất là 06 (27,9%).

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Theo tính chọn lọc	Chọn Lọc	253	66,6
	Không Chọn Lọc	127	33,4

Bảng 3.4: Thuốc điều trị giảm đau kháng viêm không steroid được sử dụng theo tính chọn lọc

Nhận xét: 253/380 HSBA, tương đương mức tỷ lệ xấp xỉ 2/3, được các bác sĩ chỉ định sử dụng các hoạt chất thuộc những phân nhóm mang tính chọn lọc và 1/3 số trường hợp còn lại là các hoạt chất NSAIDs không mang tính chọn lọc.

3.3 Tính hợp lý trong việc sử dụng thuốc NSAID và khảo sát các tương tác thuốc (TTT) trong đơn thuốc điều trị ngoại trú của người bệnh mắc thoái hóa khớp gối tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang

Đơn thuốc		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đường dùng	Hợp lý	380	100,0
	Không hợp lý	0	0,0
Liều dùng	Hợp lý	379	99,7
	Không hợp lý	1	0,3
Số lần dùng	Hợp lý	380	100,0
	Không hợp lý	0	0,0
Số lượng tương tác/ đơn	0	322	84,8
	1	30	7,9
	2	24	6,3
	3	2	0,5
	4	2	0,5
Mức độ tương tác thuốc	Mức nghiêm trọng	4	4,3
	Mức trung bình	81	88,1
	Mức nhẹ	7	7,6

Bảng 3.5: Tính hợp lý trong việc sử dụng thuốc NSAID và khảo sát các TTT trong đơn thuốc điều trị ngoại trú của người bệnh mắc thoái hóa khớp gối

Nhận xét: 253/380 HSBA, tương đương mức tỷ lệ xấp xỉ 2/3, được các bác sĩ chỉ định sử dụng các hoạt chất thuộc những phân nhóm mang tính chọn lọc và 1/3 số trường hợp còn lại là các hoạt chất NSAIDs không mang tính chọn lọc.

Hợp lý về đường dùng: Nghiên cứu không ghi nhận bất kỳ trường hợp đơn thuốc trong điều trị có sự sử dụng thuốc NSAIDs không phù hợp về đường dùng.

Hợp lý về liều dùng: Qua phân tích, nghiên cứu ghi nhận trong 380 HSBA của các BN thuộc mẫu nghiên cứu có 01 trường hợp đơn thuốc, tương ứng tỷ lệ 0,3%, có sự không hợp lý về liều dùng.

Hợp lý về số lần dùng: Nghiên cứu không ghi nhận trường hợp đơn thuốc trong điều trị giảm đau thuộc mẫu nghiên cứu có sự không phù hợp về số lần dùng.

Phân loại tương tác thuốc có ý nghĩa lâm sàng theo Drugs.com: Có 92 lượt tương tác mang YNLS được ghi nhận trong 58 đơn thuốc theo kết quả tra cứu trực tuyến với công cụ Drugs.com. Trong đó, số trường hợp tương tác ở mức nghiêm trọng – Major là 4 (4,3%), ở mức trung bình – Moderate là 81 (88,1%) và ở mức nhẹ – Minor là 7 (7,6%).

IV. BÀN LUẬN

4. 1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Kết quả từ Bảng 3.1 cho thấy, tỷ lệ nữ giới mắc thoái hóa khớp gối (THKG) cao hơn đáng kể so với nam giới, với nữ chiếm 62,1% và nam chiếm 37,9%. Điều này hoàn toàn phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đó, chỉ ra rằng phụ nữ có xu hướng mắc bệnh THKG nhiều hơn, đặc biệt là sau khi mãn kinh. Sự thay đổi về hormone trong cơ thể phụ nữ sau giai đoạn này được xem là yếu tố góp phần làm tăng nguy cơ mắc bệnh. Nghiên cứu của Hoàng Thị Ngọc Thu (2022) tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ cũng ghi nhận kết quả tương tự, với tỷ lệ nữ giới chiếm đến 64,3%, trong khi nam giới chỉ chiếm 35,7% [21].

Kết quả phân tích từ Bảng 3.1 cho thấy nhóm bệnh nhân từ 40 đến 60 tuổi chiếm đa số với tỷ lệ 65,3%. Điều này phản ánh rõ nét tính chất mãn tính và tiến triển của bệnh THKG, thường khởi phát ở độ tuổi trung niên và có xu hướng gia tăng theo tuổi tác. Thực tế, sự lão hóa của cơ thể dẫn đến suy giảm chức năng của các cấu trúc khớp như sụn và mô mềm, là một trong những nguyên nhân chính gây ra bệnh thoái hóa khớp. Vì vậy, việc phát hiện sớm và quản lý tốt bệnh ở các nhóm tuổi này là rất cần thiết nhằm ngăn ngừa sự tiến triển và các biến chứng của bệnh.

Đa số bệnh nhân thoái hóa khớp gối đến từ khu vực nông thôn (68,9%) và có xu hướng lựa chọn hình thức khám dịch vụ (76,8%). Điều này không chỉ phản ánh thực trạng khó khăn trong việc tiếp cận các dịch vụ y tế chuyên sâu ở nông thôn mà còn chỉ ra rằng khi bệnh đã tiến triển nặng, người dân thường tìm đến các bệnh viện lớn để được điều trị tốt hơn. Điều này có thể lý giải bởi điều kiện kinh tế, y tế ở khu vực nông thôn chưa phát triển đồng đều, dẫn đến việc người dân không được chẩn đoán và điều trị sớm các bệnh lý mãn tính như thoái hóa khớp gối. Trong bối cảnh tỉnh An Giang, nơi mà hơn 60% dân số sinh sống ở nông thôn, việc tiếp cận dịch vụ y tế chất lượng cao vẫn còn hạn chế, khiến cho tỷ lệ bệnh nhân đến từ khu vực này cao hơn so với các vùng đô thị.

Gần 50% bệnh nhân mắc thoái hóa khớp gối có bất thường về cân nặng, trong đó 21,1% thuộc nhóm thừa cân và 26% thuộc các nhóm béo phì. Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình của mẫu nghiên cứu là $23,2 \pm 3,3$ kg/m². Kết quả này cho thấy rõ mối liên hệ mật thiết giữa thừa cân, béo phì và thoái hóa khớp gối, khi áp lực lên khớp gối tăng lên đáng kể ở những bệnh nhân có trọng lượng cơ thể cao. Điều này không chỉ làm cho các triệu chứng của bệnh trở nên trầm trọng hơn mà còn góp phần đẩy nhanh quá trình thoái hóa khớp.

So sánh với các nghiên cứu ở Việt Nam, nghiên cứu của Hoàng Thị Ngọc Thu (2022) tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ cho thấy độ tuổi trung bình của bệnh nhân THKG là $58,2 \pm 11,3$ tuổi, với nhóm bệnh nhân từ 18 đến 65 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (73,6%), tiếp theo là nhóm từ 65 đến dưới 75 tuổi (21%) và 5,4% còn lại thuộc nhóm trên 75 tuổi. Điều này cho

thấy, mặc dù THKG thường xuất hiện phổ biến ở người lớn tuổi, nhưng vẫn có một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân thuộc nhóm trung niên [21].

Về Bệnh lý thoái hóa khớp gối và thoái hóa khác mắc kèm: Có 93,7% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có mã bệnh chính chẩn đoán là thoái hóa khớp gối nguyên phát cả hai bên (M17.0), 5,3% là thoái hóa khớp gối thứ phát khác, và 1,1% là thoái hóa khớp gối nguyên phát khác. Kết quả này cho thấy phần lớn các trường hợp thoái hóa khớp gối trong nghiên cứu là dạng nguyên phát, tức không có nguyên nhân rõ ràng hoặc điều kiện bệnh lý đi kèm.

4.2. Thực trạng sử dụng thuốc chống viêm không steroid (NSAID) trong điều trị ngoại trú bệnh thoái hóa khớp gối tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang

Qua kết quả nghiên cứu, ta thấy trung bình mỗi đơn thuốc của bệnh nhân thoái hóa khớp gối trong nghiên cứu có khoảng $5,1 \pm 1,6$ loại thuốc, và 61,8% đơn thuốc bao gồm từ 5 loại thuốc trở lên. Điều này phản ánh xu hướng sử dụng đa trị liệu để kiểm soát không chỉ triệu chứng đau và viêm, mà còn nhằm điều trị các bệnh lý mắc kèm. Việc sử dụng đa trị liệu trong điều trị thoái hóa khớp gối là phổ biến, đặc biệt khi bệnh nhân thường có thêm các bệnh lý mãn tính khác như tăng huyết áp, tiểu đường, hoặc bệnh lý tim mạch, đòi hỏi phải phối hợp nhiều loại thuốc. Điều này cho thấy các yếu tố về thể chất và tình trạng sức khỏe tổng thể của bệnh nhân có vai trò quan trọng trong việc lựa chọn và điều chỉnh phác đồ điều trị.

Theo Bảng 3.4, tỷ lệ sử dụng các NSAIDs có tính chọn lọc (66,6%) chiếm ưu thế, cho thấy sự ưu tiên của các bác sĩ trong việc lựa chọn các loại thuốc này để giảm nguy cơ tác dụng phụ lên hệ tiêu hóa và tim mạch. Điều này phù hợp với xu hướng hiện tại trong điều trị thoái hóa khớp gối, đặc biệt là đối với những bệnh nhân có nguy cơ cao mắc các biến chứng liên quan đến dạ dày và hệ tim mạch. Điều này có thể do các yếu tố như chi phí, tính sẵn có của thuốc, hoặc các yếu tố lâm sàng khác ảnh hưởng đến quyết định kê đơn của bác sĩ.

4.3. Tính hợp lý trong việc sử dụng thuốc NSAID và khảo sát các tương tác thuốc trong đơn thuốc điều trị ngoại trú của người bệnh mắc thoái hóa khớp gối tại bệnh viện

Theo Bảng 3.5, kết quả nghiên cứu cho thấy 92,6% đơn thuốc có chỉ định hợp lý, điều này thể hiện sự cẩn trọng của bác sĩ trong việc lựa chọn NSAIDs để điều trị thoái hóa khớp gối. Việc đảm bảo chỉ định hợp lý là rất quan trọng, đặc biệt khi cân nhắc các nguy cơ liên quan đến tiêu hóa và tim mạch ở bệnh nhân sử dụng NSAIDs. Tuy nhiên, tỷ lệ 7,4% đơn thuốc không hợp lý vẫn là một vấn đề đáng lưu ý. Lý do có thể do các bác sĩ chưa đánh giá đầy đủ tiền sử bệnh lý tiêu hóa hoặc tim mạch của bệnh nhân, dẫn đến việc chỉ định chưa phù hợp.

Tất cả các đơn thuốc đều có sự hợp lý về đường dùng, điều này cho thấy các bác sĩ đã tuân thủ tốt các hướng dẫn lâm sàng trong việc lựa chọn đường dùng thích hợp cho bệnh nhân. Đường dùng thuốc đúng không chỉ đảm bảo hiệu quả điều trị mà còn giúp giảm thiểu các nguy cơ tiềm ẩn từ việc dùng thuốc không phù hợp, đặc biệt là đối với các bệnh nhân có nguy cơ cao về biến chứng do NSAIDs.

Về liều dùng, chỉ có 0,3% đơn thuốc có liều dùng không hợp lý. Điều này chứng tỏ rằng các bác sĩ đã thực hiện điều chỉnh liều lượng NSAIDs khá chính xác và phù hợp với tình trạng lâm sàng của bệnh nhân. Liều dùng hợp lý không chỉ tối ưu hóa hiệu quả điều trị mà còn giúp giảm thiểu các tác dụng phụ có thể xảy ra, đặc biệt là những biến chứng liên quan đến việc dùng NSAIDs trong thời gian dài.

Thoái hóa khớp gối là một bệnh lý thoái hóa khớp phổ biến, thường cần đến can thiệp dược lý, đặc biệt là việc sử dụng NSAIDs để kiểm soát đau. Tuy nhiên, việc kê đơn NSAIDs không hề đơn giản, đặc biệt khi xét đến các tương tác thuốc có thể gây ra những rủi ro nghiêm trọng. Đối với việc Tương tác thuốc có ý nghĩa lâm sàng, ta nhận thấy, quá trình kiểm tra và đối chiếu từ ba nguồn cơ sở dữ liệu bao gồm Drugs.com, Medscape.com và Dược điển Anh (BNF-85) cho thấy 74/380 đơn thuốc có chứa cặp tương tác thuốc có ý nghĩa lâm sàng (YNLS), với tổng số 92 trường hợp tương tác. Số lượng trung bình các tương tác YNLS trong một đơn thuốc là $0,3 \pm 0,7$, và đáng chú ý là có những trường hợp có tới 4 cặp tương tác trong một đơn.

Tuy con số này không lớn, nhưng sự xuất hiện của các tương tác này, đặc biệt trong các trường hợp có nhiều loại thuốc, đòi hỏi phải theo dõi kỹ lưỡng.

V. KẾT LUẬN

Thực trạng sử dụng thuốc chống viêm không steroid (NSAID) trong điều trị ngoại trú bệnh thoái hóa khớp gối tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. Số ngày điều trị: Phổ biến nhất là 14 ngày (53,7%), trung bình là $15,3 \pm 7,7$ ngày. Số lượng thuốc: Trung bình mỗi đơn có 5,1 loại thuốc, với 61,8% đơn chứa từ 5 loại thuốc trở lên. Tính chọn lọc NSAIDs: 66,6% bệnh nhân sử dụng NSAIDs chọn lọc, nhằm giảm tác dụng phụ. Đường dùng: 97,1% đơn thuốc sử dụng dạng viên uống, chỉ 2,9% dùng kem bôi ngoài da. Phân nhóm thuốc: Nhóm Coxib chiếm 43,4%, Oxicam chiếm 23,2%. Phác đồ điều trị: 48,2% bệnh nhân dùng đơn trị liệu, trong khi 51,8% sử dụng đa trị liệu, chủ yếu kết hợp với paracetamol hoặc thuốc giảm đau thần kinh.

Tính hợp lý trong việc sử dụng thuốc NSAID và khảo sát các tương tác thuốc trong đơn thuốc điều trị ngoại trú của người bệnh thoái hóa khớp gối tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. Sử dụng hợp lý thuốc NSAIDs: 92,6% đơn thuốc được chỉ định hợp lý, và 100% đơn thuốc hợp lý về đường dùng. Liều dùng và số lần dùng: 99,7% đơn thuốc có liều dùng hợp lý, và không có trường hợp nào không hợp lý về số lần dùng. Tính chọn lọc của NSAIDs: 66,6% bệnh nhân được chỉ định sử dụng NSAIDs có tính chọn lọc, giúp giảm nguy cơ tác dụng phụ. Phác đồ điều trị: Tỷ lệ đơn trị liệu và đa trị liệu gần tương đồng, với 48,2% đơn trị liệu và 51,8% đa trị liệu. Celecoxib và Loxoprofen là hai thuốc NSAIDs phổ biến nhất trong đơn trị liệu. Tương tác thuốc: Trung bình có 0,3 cặp tương tác thuốc có ý nghĩa lâm sàng trong một đơn thuốc, với 4,3% tương tác ở mức nghiêm trọng. Các tương tác phổ biến nhất liên quan đến NSAIDs và thuốc giảm đau thần kinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Ngọc Ân và Nguyễn Thị Ngọc Lan (2004), "Thoái hoá Khớp (Hư Khớp) và Thoái hoá Cột sống, Bệnh học Nội khoa Tập I", *Dùng cho đối tượng sau đại học. Nhà xuất bản Y học.*
2. Trần Ngọc Ân và Nguyễn Thị Ngọc Lan (2017), *Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp*, Tái bản lần thứ 2, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, 178-184.
3. Nguyễn Hoàng Anh (2024), "Cẩm nang Tra cứu Tương tác Thuốc cần Lưu ý Trong thực Hành lâm Sàng", *Nhà xuất Bản y Học Hà Nội.*
4. Bộ y tế (2016), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp, Ban hành kèm theo quyết định số 361/QĐ-BYT ngày 25 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y Tế, *Cục quản lý khám chữa bệnh.*
5. Bộ y tế (2022), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, Xuất bản lần thứ 3, Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật, Hà Nội.
6. Bộ y tế (2024), *Mims (Vidal) 2024*, Sách Y Học MIMS Việt Nam, Ấn phẩm Khoa học Định kỳ Thông tin Dược phẩm.
7. Chính phủ (2018), "Nghị định Chính Phủ 146/2018/NĐ-CP về Quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của luật", *Báo hiểm y tế Việt Nam.*
8. Nguyễn Đức Công và các cộng sự. (2012), "Tìm hiểu cơ cấu sử dụng thuốc điều trị thoái khớp tại bệnh viện thống nhất", *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh.* Vol. 16.(No. 4).
9. Nguyễn Quốc Khải, Phạm Thành Suôi và Dương Thị Xuân Hoàng (2022), "Nghiên Cứu Tình Hình Kê Đơn Thuốc Kháng Viêm Không Steroid Điều Trị Ngoại Trú Và Các Yếu Tố Liên Quan Đến Việc Kê Đơn Thuốc Của Bác Sĩ Tại Bệnh Viện Đa Khoa Bạc Liêu Năm 2021-2022", *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*(54), tr. 145-152.
10. Nguyễn Trung Kiên, Lê Thị Huệ và Đỗ Thị Kim Yến (2014), "Khảo sát sự liên hệ giữa đặc điểm lâm sàng và hiệu quả điều trị của NSAIDs trên bệnh nhân thoái hóa khớp gối", *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh.* Vol. 18.(No. 3).
11. Nguyễn Thị Ngọc Lan và các cộng sự. (2024), "Bệnh học Cơ xương Khớp Nội Khoa", *Dùng cho Bác sĩ và Học viên sau đại học, Tái bản lần 4*, tr. 24-25.
12. Trường Đại Học Y Hà Nội (2024), "Bệnh học Nội khoa", *Tái bản chỉnh sửa bổ sung, Tập 1 & 2*, tr. 188-196.
13. Altman, R. D (1995), "The classification of osteoarthritis", *J Rheumatol Suppl.* Vol. 43, tr. 42-3.
14. M. D. Bally và các cộng sự. (2017), "Risk of acute myocardial infarction with NSAIDs in real world use: bayesian meta-analysis of individual patient data", *BMJ.* Vol. 357, tr. j1909.
15. R. O. Bannuru và các cộng sự. (2019), "OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis", *Osteoarthritis Cartilage.* Vol. 27(No. 11), tr. 1578-1589.
16. G. B. D. Disease và I. Injury and C. Prevalence (2016), "Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015", *Lancet.* 388(10053), tr. 1545-1602.
17. Drugs (2024), *Find Drugs & Conditions*, Copyright © 2000-2024 Drugs.com, truy cập ngày, tại trang web <https://www.drugs.com/>.
18. Medscape (2024), *Your one-stop resource for medical news, clinical reference, and education. All material on this website is protected by copyright, Copyright © 1994-2024 by WebMD LLC. This website also contains material copyrighted by 3rd parties.*, truy cập ngày, tại trang web <https://www.medscape.com/>.
19. Wittenauer và các cộng sự. (2013), "Background paper 6.12 osteoarthritis. World Health Organisation."
20. C. D. Zeng và các cộng sự. (2019), "Association of Tramadol With All-Cause Mortality Among Patients With Osteoarthritis", *JAMA.* Vol. 321(No. 10), tr. 969-982.
21. Hoàng Thị Ngọc Thu and Nguyễn Trung Kiên (2022), Nghiên cứu tình hình sử dụng thuốc giảm đau kháng viêm không steroid trong điều trị một số bệnh cơ xương khớp and đánh giá tính hợp lý theo mức độ nguy cơ trên tiêu hoá - tim mạch tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2021, *Tạp Chí Y Dược Học Cần Thơ.* 54, tr. 55-63.
22. Nguyễn Thị Hải Yến, Lương Thị Thanh Huyền và Lê Thị Phương Thảo. (2022), Khảo sát tình hình kê đơn thuốc giảm đau, chống viêm không steroid (NSAIDs) trên bệnh nhân xương khớp ngoại trú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2021, *Tạp Chí Y Dược Lâm Sàng* 108. 17(6), tr. 27-35.
23. Cao Hữu Thanh Lâm, Lê Thị Ánh Đào và Nguyễn Thị Ánh Tuyết (2022), *Khảo sát tình hình sử dụng thuốc trong điều trị một số bệnh về xương khớp tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai*, truy cập ngày, tại trang web <https://khoaduocbvdkdongnai.org/dao-tao-nckh/de-tai-nghien-cuu-khoa-hoc/khao-sat-tinh-hinh-su-dung-thuoc-trong-dieu-tri-mot-so-benh-ve-xuong-khop-tai-benh-vien-da-khoa-dong-nai-46.html>.
24. Tagliero, A. J. et al. (2021), Arthritic progression secondary to meniscus root tear treated with knee arthroplasty demonstrates similar outcomes to primary osteoarthritis: a matched case-control comparison, *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 29(6), tr. 1977-1982.

KHẢO SÁT SỬ DỤNG THUỐC ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP VÀ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ TRÊN BỆNH NHÂN NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Nguyễn Hà Thục Vân, Nguyễn Thiện Tuấn,
Ngô Thị Kiều Dung, Nguyễn Thị Kim Đào

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng huyết áp là bệnh mạn tính nên cần theo dõi đều, điều trị đúng và đủ hàng ngày, điều trị lâu dài. Điều trị nhằm đạt “huyết áp mục tiêu” và giảm tối đa “nguy cơ tim mạch”.

Mục tiêu: (1) Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. (2) Đánh giá mức độ tuân thủ điều trị và tìm hiểu các yếu tố liên quan tuân thủ sử dụng thuốc trên bệnh nhân tăng huyết áp.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang với 310 bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại khoa Khám bệnh - Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

Kết quả: Hai nhóm thuốc được lựa chọn nhiều nhất trong điều trị tăng huyết áp ngoại trú là thuốc đối kháng thụ thể angiotensin II (ARB) và thuốc chẹn beta (BB) với tỷ lệ tương ứng là 64,5% và 63,4%. Tỷ lệ sử dụng liệu pháp đa trị là 72,9% cao hơn đơn trị (27,1%). Liệu pháp dùng 2 loại thuốc chiếm tỷ lệ cao với sự phối hợp cao nhất ACEI/ARB + BB (41,9%). Số thuốc trung bình bệnh nhân sử dụng trong đơn tái khám $4,07 \pm 1,33$ thuốc/đơn. Bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt là 85,2%. Bệnh nhân tuân thủ có khả năng kiểm soát huyết áp tốt gấp 3,714 lần so với nhóm tuân thủ điều trị kém ($p=0,001$). Bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt có huyết áp mục tiêu đạt chiếm 78,8%. Kết luận: Bệnh nhân có theo dõi huyết áp thường xuyên tại nhà, bệnh nhân tái khám thường xuyên có liên quan đến tuân thủ điều trị. Mối liên quan giữa tuân thủ điều trị với tuổi, giới tính, nơi ở, trình độ văn hóa, nghề nghiệp, bệnh mắc kèm, thời gian mắc bệnh tăng huyết áp, số lần dùng thuốc, số thuốc sử dụng trong ngày không có ý nghĩa thống kê.

SUMMARY

Objective: Hypertension is a chronic disease that requires regular monitoring, proper and adequate daily treatment, and long-term treatment. Treatment aims to achieve "target blood pressure" and minimize "cardiovascular risk". (1) Survey the use of antihypertensive drugs in outpatients at An Giang Central General Hospital. (2) Evaluate the level of treatment compliance and study factors related to drug compliance in hypertensive patients.

Subjects and methods: The study was conducted using a cross-sectional descriptive method with 310 hypertensive patients treated as outpatients at the Examination Department - An Giang Central General Hospital.

Results: The two most selected drug groups in the treatment of outpatient hypertension are angiotensin II receptor antagonists (ARBs) and beta blockers (BBs) with rates of 64.5% and 63.4%, respectively. The rate of using multi-drug therapy was 72.9%, higher than monotherapy (27.1%). The rate of using 2 drugs was high with the highest combination of ACEI/ARB + BB (41.9%). The average number of drugs used by patients in the re-examination prescription was 4.07 ± 1.33 drugs/prescription. Patients with good treatment compliance was 85.2%. Patients with good treatment compliance were 3.714 times more likely to control blood pressure well than those with poor treatment compliance ($p=0,001$). Patients with good treatment compliance had 78.8% of the target blood pressure achieved.

Conclusion: Patients who regularly monitor blood pressure at home and patients who have regular re-examination were related to drug adherence. The relationship between treatment compliance and age, gender, place of residence, educational level, occupation, comorbidities,

duration of hypertension, number of times of taking medication, and number of drugs used per day was not statistically significant.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là vấn đề thường gặp trong cộng đồng, là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu và dẫn đến cái chết của hàng triệu người mỗi năm. Việt Nam nằm trong nhóm có bệnh lý tim mạch và nguy cơ tử vong cao tại châu Á - Thái Bình Dương. Theo WHO, tỷ lệ tử vong các bệnh không lây nhiễm của nước ta chiếm 31%, trong đó có 178 ca tim mạch trên 100.000 người (thuộc nhóm nguy cơ cao). Đặc biệt, bệnh lý tim mạch tăng huyết áp rất cao. Việt Nam có khoảng 12 triệu người mắc, cứ 5 người trưởng thành sẽ có một người bị tăng huyết áp. Ngoài ra, còn nhiều trường hợp chưa phát hiện bệnh hoặc chưa thể kiểm soát dù đã điều trị [6]. Tăng huyết áp là bệnh mạn tính nên cần theo dõi đều, điều trị đúng và đủ hàng ngày, điều trị lâu dài. Mục tiêu điều trị là đạt “huyết áp mục tiêu” và giảm tối đa “nguy cơ tim mạch” [1]. Việc phát hiện sớm và lựa chọn thuốc điều trị tăng huyết áp đảm bảo hợp lý - an toàn - hiệu quả kết hợp với điều chỉnh lối sống luôn là một thách thức không nhỏ. Đối với bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú thì tuân thủ điều trị là yếu tố vô cùng cần thiết quyết định sự thành công trong điều trị. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với các mục tiêu: (1) Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. (2) Đánh giá mức độ tuân thủ điều trị và tìm hiểu các yếu tố liên quan tuân thủ sử dụng thuốc trên bệnh nhân tăng huyết áp.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại khoa Khám bệnh - Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. Bệnh nhân tái khám đồng ý phỏng vấn trực tiếp tại bệnh viện từ tháng 03 đến tháng 09 năm 2024.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân tăng huyết áp là phụ nữ có thai.

Bệnh nhân không tham gia Bảo hiểm y tế.

Bệnh nhân không đồng ý tham gia vào quá trình phỏng vấn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 03 đến tháng 09 năm 2024.

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa khám bệnh – Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

- Cỡ mẫu:

Z: hệ số tin cậy, $Z = 1,96$, độ tin cậy 95%, $d = 0,05$ (5%)

Bệnh nhân tuân thủ điều trị theo nghiên cứu là 77,6% $\rightarrow p = 0,776$

$$n = \frac{z^2 \cdot p(1-p)}{d^2} = \frac{1,96^2 \cdot 0,776 \cdot 0,224}{0,05^2} = 267$$

sai số 15% = 40. Số mẫu cần lấy là 310

Chọn mẫu thuận tiện. Thu nhận các mẫu thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ vào trong nghiên cứu.

2.3. Nội dung nghiên cứu

- Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

- Đánh giá mức độ tuân thủ điều trị và tìm hiểu các yếu tố liên quan tuân thủ sử dụng thuốc trên bệnh nhân tăng huyết áp.

* Huyết áp mục tiêu cần đạt là < 140/90 mmHg và thấp hơn nữa nếu người bệnh vẫn dung nạp được. Nếu nguy cơ tim mạch từ cao đến rất cao thì huyết áp mục tiêu cần đạt là < 130/80 mmHg [1].

* Đánh giá tuân thủ điều trị thuốc: Thang điểm Morisky (MMAS-8). Quy ước: 7 - 8 điểm: tuân thủ tốt; dưới 7 điểm: tuân thủ không tốt

2.4. Phân tích và xử lý số liệu

Phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm		Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 60	112	36,1
	≥ 60	198	63,9
Giới tính	Nam	165	53,2
	Nữ	145	46,8
Nơi ở	Thành phố	132	42,6
	Nông thôn	178	57,4
Trình độ văn hóa	≤ THPT	252	81,3
	Cao đẳng, ĐH, ..	58	18,7
Nghề nghiệp	CCVC, hưu trí	186	60,0
	Lao động, nội trợ	124	40,0
Bệnh mắc kèm	Có	286	92,3
	Không	24	7,7
Huyết áp mục tiêu của bệnh nhân khi tái khám	Đạt	231	74,5
	Không đạt	79	25,5
Biến cố bất lợi khi dùng thuốc	Có (ho khan, phù, ..)	71	22,9
	Không	239	77,1
Thời gian mắc bệnh THA	≤ 5 năm	171	55,2
	> 5 năm	139	44,8
Máy đo huyết áp	Có	167	53,9
	Không	143	46,1
Theo dõi huyết áp tại nhà	Có	174	56,1
	Không	136	43,9

Trong mẫu nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên chiếm 63,9%. Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 53,2%. Tỷ lệ bệnh nhân ở nông thôn cao hơn thành phố chiếm 57,4%. Tỷ lệ bệnh là công chức viên chức, hưu trí chiếm 60,0%. Bệnh nhân có bệnh mắc kèm chiếm tỷ lệ cao 92,3%.

3.2. Tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trong mẫu nghiên cứu

3.2.1. Các nhóm thuốc điều trị tăng huyết áp

Bảng 2. Các nhóm thuốc điều trị tăng huyết áp đã sử dụng

Nhóm thuốc	Hoạt chất	Đơn thuốc	Tỷ lệ %
Thuốc lợi tiểu	Furosemid	6	1,9
	Hydrochlorothiazid	16	5,2
	Indapamid	8	2,6
	Spironolacton	10	3,2
Thuốc ức chế men chuyển	Lisinopril	93	30,0
	Perindopril	9	2,9
Thuốc đối kháng thụ thể angiotensin II (ARB)	Candesartan	72	23,2
	Irbesartan	59	19,0
	Losartan	28	9,0
	Telmisartan	25	8,1
	Valsartan	16	5,2
Thuốc chẹn kênh Canxi (CCB)	Amlodipin	60	19,4
	Cilnidipin	2	0,6
	Felodipin	1	0,3
	Nifedipin	1	0,3
Thuốc chẹn beta (BB)	Bisoprolol	124	40,0
	Carvedilol	26	8,6
	Metoprolol	4	1,3
	Nebivolol	42	13,5

Thuốc đối kháng thụ thể angiotensin II (ARB) và Thuốc chẹn beta (BB) được dùng phổ biến nhất trong mẫu nghiên cứu với tỷ lệ tương ứng là 64,5% và 63,4%.

3.2.2. Liệu pháp điều trị tăng huyết áp

Bảng 3. Liệu pháp điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân ngoại trú

Liệu pháp điều trị	Bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đơn liệu pháp điều trị	84	27,1
ACEI	27	8,7
ARB	52	16,8
CCB	2	0,6
BB	3	1,0
Đa liệu pháp điều trị	226	72,9
Phối hợp 2 thuốc	167	53,9
ACEI/ARB + BB	130	41,9

ACEI/ARB + LT	10	3,2
ACEI/ARB + CCB	25	8,1
CCB + BB	1	0,3
BB + TL	1	0,3
Phối hợp 3 thuốc	56	18,1
ACEI/ARB + CCB + LT	2	0,6
ACEI/ARB + CCB + BB	34	11,0
ACEI/ARB + BB + LT	20	6,5
Phối hợp 4 thuốc	3	1,0
ACEI/ARB + CCB + BB + LT	3	1,0

Tỷ lệ sử dụng liệu pháp đa trị cao hơn đơn trị 72,9% và 27,1%.

3.2.3. Số lần dùng thuốc trong ngày

Bảng 4. Số lần dùng thuốc trong ngày trên bệnh nhân ngoại trú

Số lần dùng thuốc trong ngày	Bệnh nhân	Tỷ lệ %
1	61	19,7
≥2	249	80,3
Tổng cộng	310	100

Tỷ lệ bệnh nhân dùng thuốc 1 lần/ ngày chiếm 19,7%; dùng 2 lần/ ngày chiếm 80,3%.

3.3. Tuân thủ sử dụng thuốc trên bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú

3.3.1. Tuân thủ sử dụng thuốc

Bảng 5. Tuân thủ sử dụng thuốc của bệnh nhân

Tuân thủ điều trị	Bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tốt	264	85,2
Không tốt	46	14,8
Tổng cộng	310	100

Theo mẫu nghiên cứu, có 264 bệnh nhân tuân thủ tốt về sử dụng thuốc tăng huyết áp trong điều trị chiếm 85,2%, tuân thủ không tốt chiếm 14,5%.

3.3.2. Mối quan hệ giữa tuân thủ điều trị và huyết áp mục tiêu

Bảng 6. Mối quan hệ giữa tuân thủ điều trị và huyết áp mục tiêu

Tuân thủ HA mục tiêu	Tốt	Không tốt	OR
Đạt	208 (78,8%)	23 (50,0%)	p = 0,001 OR = 3,714 (95%CI: 1,941 – 7,107)
Không đạt	56 (21,2%)	24 (50,0%)	

Tuân thủ điều trị và huyết áp mục tiêu có mối quan hệ với nhau ($p = 0.001$). Nhóm bệnh nhân tuân thủ có khả năng kiểm soát huyết áp tốt gấp 3,714 lần so với nhóm tuân thủ điều trị không tốt ($OR = 3,714$; 95% CI: 1,941 – 7,107)

3.4. Các yếu tố liên quan tuân thủ sử dụng thuốc trên bệnh nhân tăng huyết áp

Bảng 7. Các yếu tố liên quan tuân thủ điều trị thuốc

Yếu tố		Tuân thủ điều trị		OR	p
		Tốt	Không tốt		
Tuổi	< 60	92 (34,8%)	20 (43,5%)	1,203 (0,568 – 2,549)	0,629
	≥ 60	172 (65,2%)	26 (56,5%)		
Giới tính	Nam	139 (52,7%)	26 (56,5%)	1,093 (0,558 – 2,141)	0,795
	Nữ	125 (47,3%)	20 (43,5%)		
Nơi ở	Thành phố	115 (43,6%)	17 (37,0%)	0,691 (0,323 – 1,479)	0,341
	Nông thôn	149 (56,4%)	29 (63,0%)		
Trình độ văn hóa	≤ THPT	215 (81,4%)	37 (80,4%)	0,897 (0,345 – 2,330)	0,823
	Cao đẳng, ĐH, ..	49 (18,6%)	9 (19,6%)		
Nghề nghiệp	CCVC, hưu trí	160 (60,6%)	26 (56,5%)	0,986 (0,441 – 2,204)	0,973
	Lao động, nội trợ	104 (39,4%)	20 (43,5%)		
Bệnh mắc kèm	Có	244 (92,4%)	42 (91,3%)	1,086 (0,343 – 3,435)	0,889
	Không	20 (7,6%)	4 (8,7%)		
Biến cố bất lợi khi dùng thuốc	Có (ho khan, phù, ..)	52 (19,7%)	19 (41,3%)	0,349 (0,180 – 0,675)	0,002
	Không	212 (80,3%)	27 (58,7%)		
Thời gian mắc bệnh THA	≤ 5 năm	140 (53,0%)	31 (67,4%)	1,700 (0,839 – 3,445)	0,141
	> 5 năm	124 (47,0%)	15 (32,6%)		
Máy đo huyết áp	Có	139 (52,7%)	28 (60,9%)	0,553 (0,198 – 1,547)	0,259
	Không	125 (47,3%)	18 (39,1%)		
Theo dõi huyết áp tại nhà	Có	158 (59,8%)	16 (34,8%)	2,795 (1,452 – 5,379)	0,002
	Không	106 (40,2%)	30 (65,2%)		
Số lần dùng thuốc trong ngày	1	53 (20,1%)	8 (17,4%)	0,962 (0,400 – 2,313)	0,931
	≥ 2	211 (79,9%)	38 (82,6%)		

Số thuốc dùng trong ngày	1 - 3 thuốc	74 (28,0%)	14 (30,4%)	0,834 (0,424 – 1,644)	0,601
	4 - 6 thuốc	181 (68,6%)	28 (60,9%)		
	> 6 thuốc	9 (3,4%)	4 (8,7%)		
Tái khám định kỳ	Thường xuyên	227 (86,0%)	33 (71,7%)	2,417 (1,165 – 5,014)	0,018
	Không thường xuyên	37 (14,0%)	13 (28,3%)		

Các biến cố bất lợi khi dùng thuốc, có theo dõi huyết áp tại nhà và tái khám định kỳ liên quan tới tuân thủ điều trị của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Qua kết quả nghiên cứu cho thấy, bệnh nhân trên 60 tuổi (63,9%). Giới tính nam (53,2%) so với nữ (46,8%). Bệnh nhân sống ở nông thôn (57,4%), bệnh nhân có trình độ văn hóa từ THPT trở xuống (81,3%). Bệnh nhân là công chức, viên chức hoặc hưu trí (60%). Tỷ lệ bệnh nhân có bệnh mắc kèm rất cao (92,3%), cho thấy tăng huyết áp thường đi kèm với các bệnh lý khác, làm tăng sự phức tạp trong quản lý bệnh.

Đáng chú ý là 74,5% bệnh nhân đã đạt được huyết áp mục tiêu khi tái khám, điều này cho thấy hiệu quả của các phác đồ điều trị. Tuy nhiên, vẫn có 25,5% bệnh nhân chưa đạt được huyết áp mục tiêu, có thể do nhiều yếu tố như tuân thủ điều trị, tác dụng phụ của thuốc hoặc bệnh mắc kèm. 22,9% bệnh nhân gặp biến cố bất lợi khi dùng thuốc, cần theo dõi và điều chỉnh thuốc phù hợp với từng bệnh nhân.

4.2. Tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trong mẫu nghiên cứu

Nhóm thuốc chẹn beta (BB), thuốc đối kháng thụ thể angiotensin II (ARB) và thuốc ức chế men chuyển (ACEI) là sử dụng phổ biến nhất. Trong đó, hai hoạt chất được kê đơn nhiều nhất là Bisoprolol (40%) và Lisinopril (30%). Nhìn chung, các nhóm thuốc chính trong điều trị tăng huyết áp đều được phân bố hợp lý, với sự ưu tiên cho các nhóm thuốc có hiệu quả cao và ít tác dụng phụ hơn.

Đơn liệu pháp điều trị: 84 bệnh nhân (27,1%). Đơn liệu pháp thường được áp dụng cho các bệnh nhân tăng huyết áp nhẹ hoặc mới mắc. ARB và ACEI là lựa chọn ưu tiên vì hiệu quả và khả năng dung nạp tốt. Đa liệu pháp điều trị: 226 bệnh nhân (72,9%). Đây là phương pháp thường được áp dụng cho bệnh nhân có mức huyết áp cao, bệnh phức tạp hoặc có bệnh lý mắc kèm. Việc sử dụng nhiều loại thuốc nhằm tối ưu hóa hiệu quả điều trị, giảm nguy cơ biến cố tim mạch và đảm bảo kiểm soát huyết áp mục tiêu.

Phối hợp 2 hoạt chất để điều trị tăng huyết áp là phổ biến nhất (53,9%), đặc biệt là sự kết hợp giữa ACEI/ARB với BB (41,9%), việc kết hợp các thuốc giúp kiểm soát huyết áp và nhịp tim.

3.3. Tuân thủ sử dụng thuốc trên bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ tuân thủ điều trị tốt ở mức 85,2% là một dấu hiệu khả quan, cho thấy phần lớn bệnh nhân đã tuân thủ theo hướng dẫn điều trị của bác sĩ. Sự tuân thủ tốt có thể giúp cải thiện kiểm soát huyết áp, giảm biến chứng của bệnh và đạt được mục tiêu điều trị nhanh hơn. Bệnh nhân tuân thủ tốt có tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu cao hơn nhiều so với bệnh nhân không tuân thủ. Bệnh nhân tuân thủ tốt có khả năng đạt được huyết áp mục tiêu cao gấp 3,714 lần so với bệnh nhân không tuân thủ. Mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa việc tuân thủ điều trị và khả năng đạt được huyết áp mục tiêu. Ngoài ra, tuân thủ chưa tốt phác đồ điều trị là 14,8%, bác sĩ và nhân viên y tế cần tăng cường hỗ trợ bệnh nhân trong việc tuân thủ điều trị nhằm nâng cao sự hiểu biết của bệnh nhân về tác dụng phụ của thuốc, việc phải duy trì thói quen dùng thuốc, theo dõi huyết áp tại nhà,... Việc nâng cao sự tuân thủ điều trị để cải thiện

hiệu quả kiểm soát huyết áp và giảm nguy cơ biến chứng liên quan đến tăng huyết áp như nhồi máu cơ tim hoặc suy thận.

Nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Ý Nhi có tỷ lệ tuân thủ là 63,4%, huyết áp được kiểm soát là 67,6% [7]. Nghiên cứu của tác giả Lê Chuyên có tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc là 72,3% [4]. Nghiên cứu của tác giả Hồ Thị Hòa Mi, bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt là 77,6%. Bệnh nhân tuân thủ có khả năng kiểm soát huyết áp tốt gấp 2,423 lần so với nhóm tuân thủ điều trị kém [3]. Còn nghiên cứu của tác giả Fahad M. Algabbani, 42,2% người tham gia nghiên cứu tuân thủ dùng thuốc hạ huyết áp. Kiến thức của bệnh nhân về căn bệnh này là một trong những yếu tố chính liên quan đến việc không tuân thủ [8].

3.4. Các yếu tố liên quan tuân thủ sử dụng thuốc trên bệnh nhân tăng huyết áp

Theo dõi huyết áp tại nhà, đây là yếu tố quan trọng và có ảnh hưởng tích cực đến tuân thủ điều trị ($OR=2,795$, $p=0,002$). Bệnh nhân theo dõi huyết áp tại nhà có khả năng tuân thủ điều trị gấp gần 3 lần so với những bệnh nhân không theo dõi. Điều này cho thấy việc tự theo dõi giúp bệnh nhân nhận thức rõ hơn về tình trạng bệnh của mình, từ đó cải thiện việc tuân thủ điều trị.

Bệnh nhân tái khám định kỳ thường xuyên cũng có tuân thủ điều trị tốt hơn ($OR=2,417$, $p=0,018$). Điều này cho thấy sự theo dõi sát sao của bác sĩ và việc tư vấn thường xuyên có vai trò quan trọng trong việc giúp bệnh nhân tuân thủ điều trị, duy trì động lực và cải thiện sự hiểu biết về cách quản lý bệnh.

Biến cố bất lợi (như ho khan, phù) làm giảm đáng kể tuân thủ điều trị ($OR=0,349$, $p=0,002$). Điều này dễ hiểu vì khi gặp phải các tác dụng phụ khó chịu, bệnh nhân có xu hướng ngừng hoặc giảm liều thuốc, dẫn đến tuân thủ kém. Cần có biện pháp kiểm soát và tư vấn để giảm tác dụng phụ hoặc thay đổi phác đồ phù hợp.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, chưa tìm thấy mối liên quan giữa tuân thủ điều trị với tuổi, giới tính, nơi ở, trình độ văn hóa, nghề nghiệp, bệnh mắc kèm, thời gian mắc bệnh tăng huyết áp, số lần dùng thuốc, số thuốc sử dụng trong ngày.

Theo nghiên cứu của tác giả Seyed Mehrdad Hamrahian, tuân thủ dùng thuốc tốt hơn có liên quan chặt chẽ đến kiến thức và nhận thức phù hợp của bệnh nhân về bệnh cũng như sự hài lòng khi đến khám bệnh. Để tối ưu hóa việc tuân thủ thuốc điều trị tăng huyết áp, nên lấy bệnh nhân làm trung tâm, tăng cường kỹ năng giao tiếp của nhân viên y tế về tư vấn và giáo dục bệnh nhân [9].

Hiện nay tỷ lệ người mắc tăng huyết áp ngày càng tăng và tuổi bị mắc mới cũng ngày một trẻ hóa. Nhiều ca dưới 40 tuổi nhập viện vì biến chứng tai biến mạch não, nhồi máu cơ tim do tăng huyết áp. Tại hội nghị tăng huyết áp Quốc gia lần 6 diễn ra ngày 14-15/6/2024, hướng đến ba thông điệp chính: tăng cường nhận thức người dân về tầm quan trọng của phòng chống tăng huyết áp lẫn nguy cơ mới về chuyển hóa tim mạch; tập trung các biện pháp mới như đo huyết áp tại nhà, thay đổi lối sống, phát hiện sớm tai biến tim mạch, tăng tuân thủ điều trị; kết nối quan hệ hợp tác trong nước và khu vực về chiến lược kiểm soát tăng huyết áp. Ngày 17/5 hàng năm là Ngày Tăng huyết áp thế giới và từ 2017, chương trình "Tháng Năm đo huyết áp" (May Measurement Month, viết tắt MMM) được khởi xướng, người dân toàn cầu được đo huyết áp vào tháng 5, từ đó nâng cao cảnh báo bệnh tăng huyết áp [7].

V. KẾT LUẬN

Trong mẫu nghiên cứu, hai nhóm thuốc được lựa chọn nhiều nhất trong điều trị tăng huyết áp ngoại trú là thuốc đối kháng thụ thể angiotensin II (ARB) và thuốc chẹn beta (BB) với tỷ lệ tương ứng là 64,5% và 63,4%. Tỷ lệ sử dụng liệu pháp đa trị cao hơn đơn trị. Liệu pháp dùng 2 loại thuốc chiếm tỷ lệ cao với sự phối hợp cao nhất ACEI/ARB + BB. Tỷ lệ dùng thuốc phối hợp được khuyến cáo trong đơn ngoại trú 72,9%. Số thuốc trung bình BN sử dụng trong đơn tái khám $4,07 \pm 1,33$ thuốc/đơn.

Bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt là 85,2%. Bệnh nhân tuân thủ có khả năng kiểm soát huyết áp tốt gấp 3,714 lần so với nhóm tuân thủ điều trị kém. Bệnh nhân có theo dõi huyết áp thường xuyên tại nhà, bệnh nhân tái khám thường xuyên có mối liên quan đến tuân thủ điều trị.

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.
2. Bộ Y tế (2019), Hướng dẫn thực hành được lâm sàng cho Dược sỹ trong một số bệnh không lây nhiễm, Quyết định số 3809/QĐ-BYT ngày 27 tháng 8 năm 2019.
3. Hồ Thị Họa Mi, Hoàng Thị Mỹ Hạnh (2023), Nghiên cứu tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân ngoại trú tại Bệnh viện Trung ương Huế, Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế số 89/2023. p. 167-175.
4. Lê Chuyển, Nguyễn Thành Tín, Đỗ Thị Hồng Diệp, Nguyễn Thị Tơ (2020), Nghiên cứu sự tuân thủ sử dụng thuốc ở ngoại trú trên bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị tại khoa Nội, Bệnh viện Trường Đại học Y dược Huế. Tạp chí Y dược học, Trường Đại học Y dược Huế, số 3, tập 10/2020.. p. 57-66.
5. Nguyễn Ngọc Cẩm Quyên; Nguyễn Thị Diễm; Võ Quang Lộc Duyên; Nguyễn Hoàng Bách (2023), Khảo sát tình hình tuân thủ sử dụng thuốc và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ năm 2022-2023. Tạp chí Y dược học Cần Thơ. Số 63/2023 p. 135-141.
6. Nguyễn Văn Minh (2024), Thực trạng tăng huyết áp. Hội nghị tăng huyết áp Việt Nam lần thứ VI.
7. Phạm Thị Ý Nhi, Đỗ Thị Phương Dung, Nguyễn Xuân Bình (2019), Khảo sát tình hình và sự tuân thủ về sử dụng thuốc ở bệnh nhân tăng huyết áp tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai.
8. Fahad M. Algabbani and Aljoharah M. Algabbani (2020), Treatment adherence among patients with hypertension: findings from a cross-sectional study. Clin Hypertens. 2020; 26: 18.
9. Seyed Mehrdad Hamrahian, Omar H Maarouf, and Tibor Fülöp (2022), A Critical Review of Medication Adherence in Hypertension: Barriers and Facilitators Clinicians Should Consider. Patient Prefer Adherence. 2022; 16: 2749–2757.

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG KHÁNG KHÁNG SINH NHÓM BETA-LACTAM CỦA VI KHUẨN ĐƯỜNG RUỘT PHÂN LẬP TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG GIAI ĐOẠN 2022-2024

Nguyễn Thị Minh Hiếu, Phạm Thanh Trúc,
Nguyễn Thị Kim Hương, Nguyễn Ngọc Thiên Hương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét căn nguyên trực khuẩn đường ruột và tình trạng kháng kháng sinh nhóm β -lactam của trực khuẩn đường ruột phân lập được tại Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang giai đoạn 2022-2024.

Đối tượng và phương pháp: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích các chủng vi khuẩn đường ruột nuôi cấy phân lập được tại Khoa Xét nghiệm – Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang giai đoạn 2022-2024.

Kết quả: Trong giai đoạn 2022-2024 có 13.477 chủng trực khuẩn đường ruột phân lập được, trong đó vi khuẩn *Escherichia coli* chiếm ưu thế có tỷ lệ 61,9% và vi khuẩn *Proteus* sp có tỷ lệ thấp nhất là 5,0%; hai chủng *Klebsiella pneumoniae* và *Enterobacteria* spp với số lượt chủng phân lập là 19,6% và 13,5%. Tỷ lệ nhiễm vi khuẩn đường ruột ở nhóm tuổi 61-75 là cao nhất chiếm 35% và độ tuổi từ 16-30 là thấp nhất với tỷ lệ 5%; các nhóm tuổi khác lần lượt: 46-60 (30%), >75 (19%) và 31-45 (11%). Tỷ lệ nhiễm trực khuẩn đường ruột nữ giới (56,48%) cao hơn nam giới (43,52%). Trực khuẩn phân lập từ bệnh phẩm mủ là có tỷ lệ cao nhất chiếm 25% và bệnh phẩm dịch có tỷ lệ thấp nhất chiếm 6%; các loại bệnh phẩm khác có thứ tự: phân (21%), nước tiểu (19%), máu (17%) và đờm (12%). Tỷ lệ vi khuẩn đường ruột phân lập được chiếm ưu thế ở các khoa Hồi sức tích cực và Phẫu thuật gây mê hồi sức với tỷ lệ 18,22% và 16,26%. Tỷ lệ trực khuẩn đường ruột sinh men ESBL là 19%. Tỷ lệ trực khuẩn đường ruột sinh EBSL kháng kháng sinh cao: *Escherichia coli* kháng Ampicillin (94,3%); kế đến với tỷ lệ lần lượt là: Cefazolin (83,6%), Cefuroxime (78,4%), Ciprofloxacin (71,7%), Ceftriaxone (70,9%); *Klebsiella pneumoniae* kháng Ampicillin (91%); *Proteus* sp kháng Ampicillin (78,1%); *Enterobacteria* spp kháng Cefazolin (87%), Ampicillin (85,1%), Amoxillin-Clavulanate (76,9%).

Kết luận: Trực khuẩn *Escherichia coli* là trực khuẩn đường ruột gây bệnh phổ biến nhất. Không có sự chênh lệch đáng kể giữa các độ tuổi, giới tính, loại bệnh phẩm nhiễm từng loại vi khuẩn đường ruột. Hầu hết vi khuẩn đề kháng, tỷ lệ kháng Ampicillin cao nhất.

Abstract

Objective: To evaluate the etiology of enterobacteria and the status of β -lactam antibiotic resistance among enterobacteria isolated at An Giang Central General Hospital from 2022 to 2024.

Materials and method: A cross-sectional descriptive study was designed to analyze cultured enterobacteria isolates from the Laboratory Department of An Giang Central General Hospital from 2022 to 2024.

Results: In the period 2022-2024, 13,477 enterobacteria isolates were obtained, of which *Escherichia coli* accounted for the highest proportion (61.9%) and *Proteus* sp had the lowest proportion (5.0%); *Klebsiella pneumoniae* and *Enterobacteria* spp had isolation rates of 19.6% and 13.5%, respectively. The rate of enterobacterial infection was highest in the age group 61-75 (35%) and lowest in the age group 16-30 (5%); other age groups were 46-60 (30%), >75 (19%), and 31-45 (11%). The rate of enterobacterial infection in females (56.48%) was higher than in males (43.52%). Enterobacteria isolated from pus specimens had the highest proportion (25%) and fluid specimens had the lowest proportion (6%); other types of specimens were in descending order: stool specimens (21%), urine specimens (19%), blood specimens

(17%), and sputum specimens (12%). The rate of enterobacteria isolated was predominant in the Intensive Care Unit and Anesthesia and Surgery departments with rates of 18.22% and 16.26%, respectively. The rate of enterobacteria producing ESBL was 19%. The rate of ESBL-producing enterobacteria with high antibiotic resistance was as follows: *Escherichia coli* resistant to Ampicillin (94.3%); followed by Cefazolin (83.6%), Cefuroxime (78.4%), Ciprofloxacin (71.7%), Ceftriaxone (70.9%); *Klebsiella pneumoniae* resistant to Ampicillin (91%); *Proteus sp* resistant to Ampicillin (78.1%); *Enterobacteria spp* resistant to Cefazolin (87%), Ampicillin (85.1%), Amoxicillin-Clavulanate (76.9%).

Conclusion: *Escherichia coli* is the most common causative agent of enterobacterial infections. There was no significant difference in the infection rate among different age groups, genders, and types of specimens for each type of enterobacteria. Most bacteria were resistant, with the highest resistance rate observed for Ampicillin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kháng kháng sinh là vấn đề nghiêm trọng gây nguy hiểm cho sức khỏe của cả con người và động vật trong thế kỷ 21. Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã cảnh báo vấn đề kháng kháng sinh đang đe dọa lớn tới khả năng điều trị các bệnh nhiễm trùng phổ biến trong cộng đồng và bệnh viện, làm thất bại điều trị, gia tăng thời gian nằm viện và đe dọa tính mạng người bệnh. Kháng kháng sinh được dự đoán sẽ là nguyên nhân của khoảng 10 triệu trường hợp tử vong hàng năm vào năm 2050 và gây thiệt hại trên 100 nghìn tỷ đô la trên toàn thế giới[10].

Ở Việt Nam, nhiều báo cáo cho thấy tình trạng vi khuẩn kháng kháng sinh tại các bệnh viện đã ở mức độ cao, trong đó các kháng sinh nhóm β -lactam luôn nằm trong danh mục thuốc bảo hiểm được sử dụng thường xuyên tại các bệnh viện, chính điều này dẫn đến nguy cơ cao cho các vi khuẩn kháng kháng sinh nói chung trong đó có các kháng sinh phổ rộng cephalosporin thế hệ III. Tại bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang việc có những nhận xét cơ bản về tình trạng kháng kháng sinh nhóm β -lactam trong đó có cephalosporin thế hệ III của vi khuẩn đường ruột phân lập được giúp các bác sĩ lâm sàng trong việc định hướng sử dụng kháng sinh, phối hợp kháng sinh và nhất là đưa ra các giải pháp phòng chống vi khuẩn kháng kháng sinh nhóm β -lactam. Chính vì sự cần thiết và ý nghĩa thực tiễn đã nêu ở trên chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu “Khảo sát tình trạng kháng kháng sinh nhóm β -lactam của trực khuẩn đường ruột phân lập được tại bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang giai đoạn 2022-2024” với mục tiêu nghiên cứu:

1. Xác định căn nguyên trực khuẩn đường ruột phân lập được tại Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang giai đoạn 2022-2024.

2. Nhận xét tình trạng kháng kháng sinh nhóm β -lactam của trực khuẩn đường ruột phân lập được tại Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang giai đoạn 2022-2024.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và vật liệu nghiên cứu

Các chủng vi khuẩn đường ruột nuôi cấy phân lập được tại khoa Xét nghiệm – Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang giai đoạn 2022-2024.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang có phân tích.

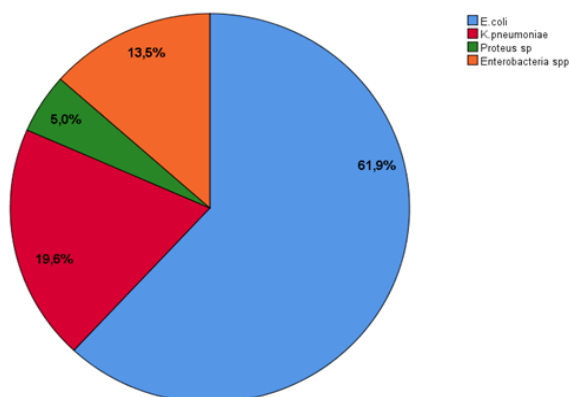
2.3. Phương pháp nghiên cứu

Giai đoạn 1: Thu thập số liệu hồi cứu qua bộ công cụ thu thập từ tháng 01/2022-06/2024. Điền đầy đủ thông tin vào mẫu nghiên cứu - Phiếu thu thập kết quả nuôi cấy phân lập, định danh và kháng sinh đồ của các chủng VKĐR tại khoa Xét nghiệm – Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang giai đoạn 2022-2024.

Giai đoạn 2: Tiến hành nhập, xử lý số liệu và hoàn thành nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

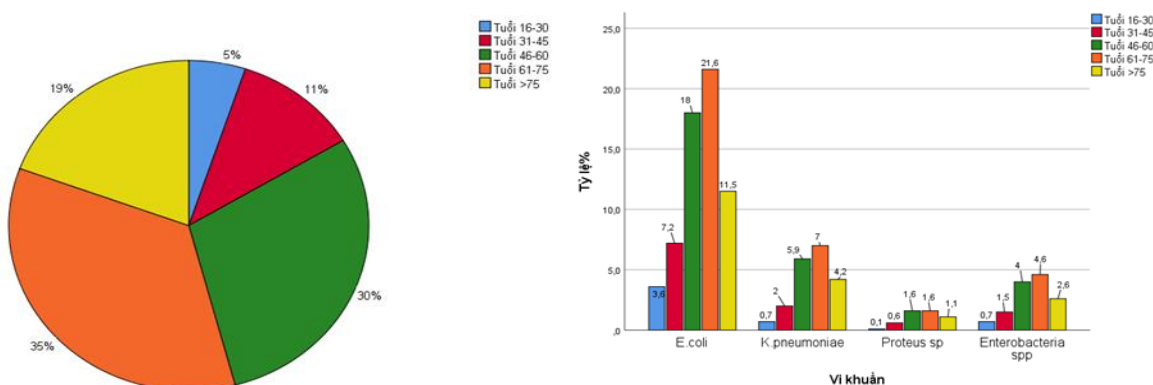
3.1. Tỷ lệ các loại trực khuẩn đường ruột phân lập được



Biểu đồ 1: Tỷ lệ các loại trực khuẩn đường ruột phân lập được giai đoạn 2022-2024 (n=13477)

Nhận xét: Trong giai đoạn 2022-2024 có 13.477 chủng trực khuẩn đường ruột phân lập được, trong đó vi khuẩn *E.coli* chiếm ưu thế với 8.346 chiếm tỷ lệ 61.93% và vi khuẩn *Proteus sp* có tỷ lệ thấp nhất là 4.96% với 668 chủng vi khuẩn phân lập được; hai chủng *K.pneumoniae* và *Enterobacteria spp* với số lượt chủng phân lập là 2648 có tỷ lệ 19.65% và 1815 chiếm 13.47%.

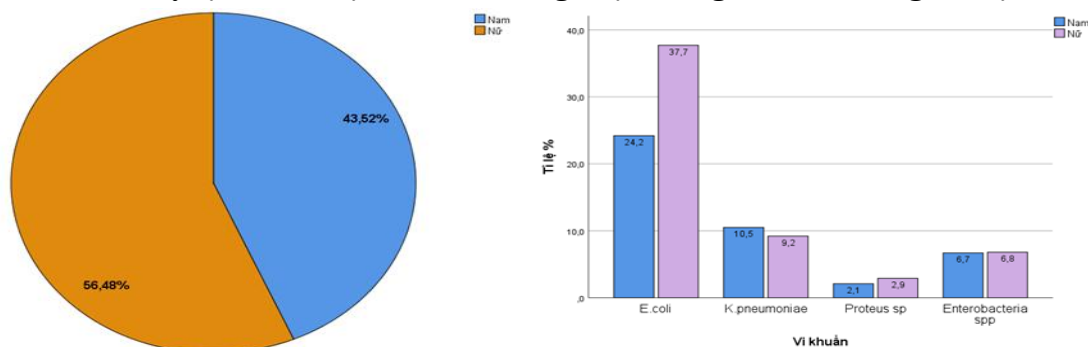
3.2. Tỷ lệ nhiễm trực khuẩn đường ruột theo độ tuổi của người bệnh



Biểu đồ 2: Tỷ lệ nhiễm trực khuẩn đường ruột theo độ tuổi của người bệnh giai đoạn 2022-2024

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm vi khuẩn đường ruột ở độ tuổi 61-75 là cao nhất chiếm 34.8% và độ tuổi từ 16-30 là thấp nhất với tỷ lệ 5.02%; tỷ lệ nhiễm các độ tuổi giảm dần theo thứ tự 46-60(29.5%), >75 (19.4%) và 31-45 (11.3%).

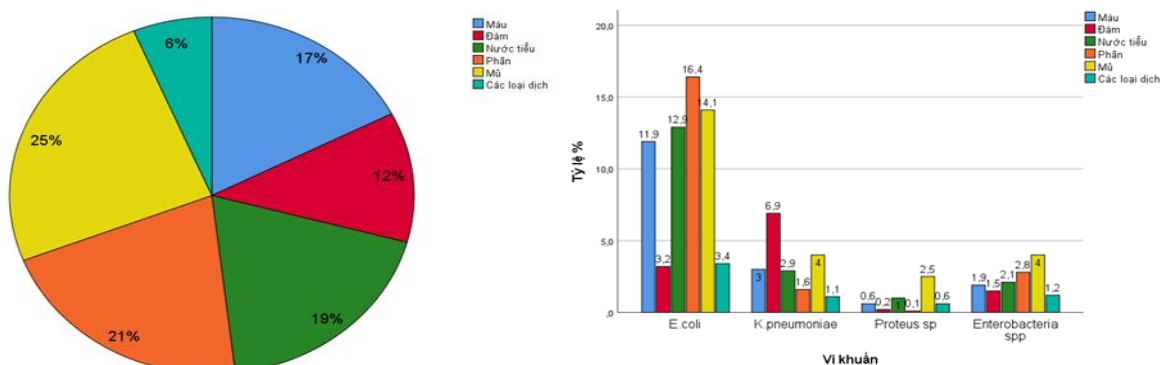
3.3. Tỷ lệ nhiễm trực khuẩn đường ruột theo giới tính của người bệnh



Biểu đồ 3: Tỷ lệ nhiễm trực khuẩn đường ruột theo giới tính của người bệnh giai đoạn 2022-2024

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm trực khuẩn đường ruột ở nữ giới (56,5%) cao hơn nam giới (43,5%). Tỷ lệ nhiễm từng loại vi khuẩn ở nam và nữ lần lượt *E.Coli* (24,2% và 37,7%); *K.pneumoniae* (10,5% và 9,2%); *Proteus.sp* (2,1% và 2,9%); *Enterbacterria.spp* (6,7% và 6,8%).

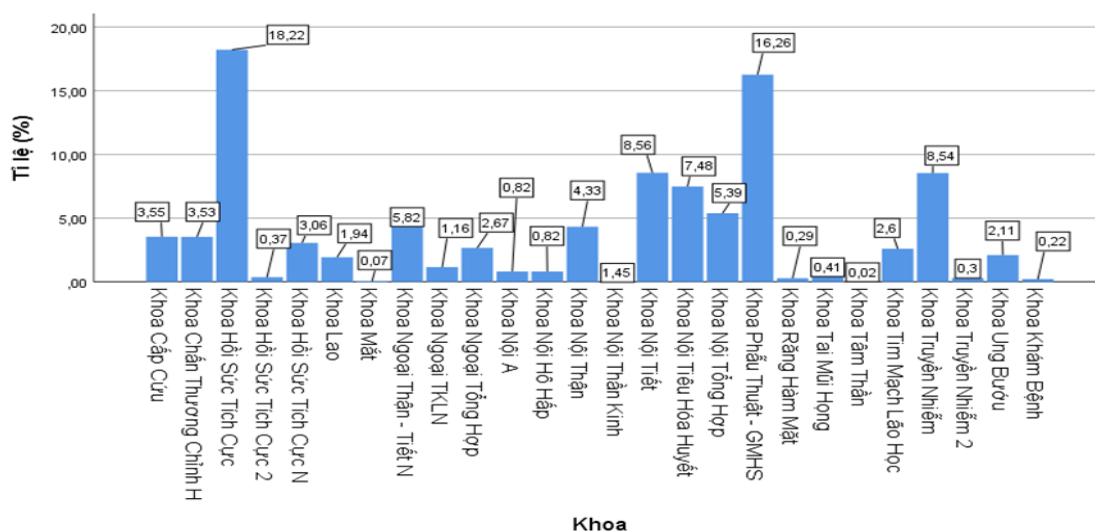
3.4. Tỷ lệ trực khuẩn đường ruột phân lập được từ các loại bệnh phẩm



Biểu đồ 4: Tỷ lệ trực khuẩn đường ruột phân lập được từ các loại bệnh phẩm

Nhận xét: Trong tổng số chủng vi khuẩn đường ruột phân lập được, bệnh phẩm mủ là có tỷ lệ cao nhất chiếm 24,6%; ngược lại bệnh phẩm dịch có tỷ lệ thấp nhất chiếm 6,3%. Các loại bệnh phẩm chiếm tỷ lệ giảm dần: phân (21,0%), nước tiểu (18,9%), máu (17,4%) và đám (11,9%).

3.5. Tỷ lệ các loại trực khuẩn đường ruột phân lập được phân bố theo khoa phòng

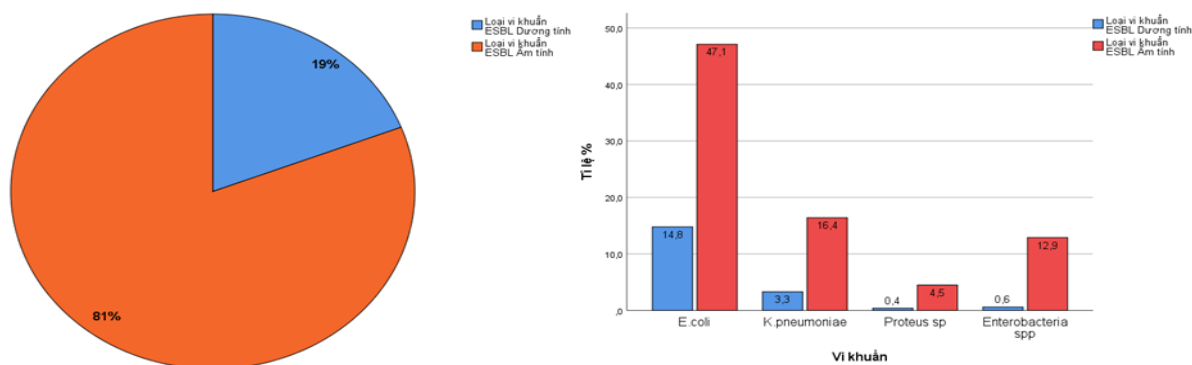


Biểu đồ 5: Tỷ lệ các loại trực khuẩn đường ruột phân lập phân bố theo khoa phòng

Nhận xét: Tỷ lệ vi khuẩn đường ruột phân lập được chiếm ưu thế ở các khoa Hồi sức tích cực và Phẫu thuật gây mê hồi sức với tỷ lệ 18,22% và 16,26%. Các khoa Mắt, Tâm thần có tỷ lệ rất thấp <0,1%.

3.6. Mức độ kháng kháng sinh nhóm β -lactam của trực khuẩn đường ruột

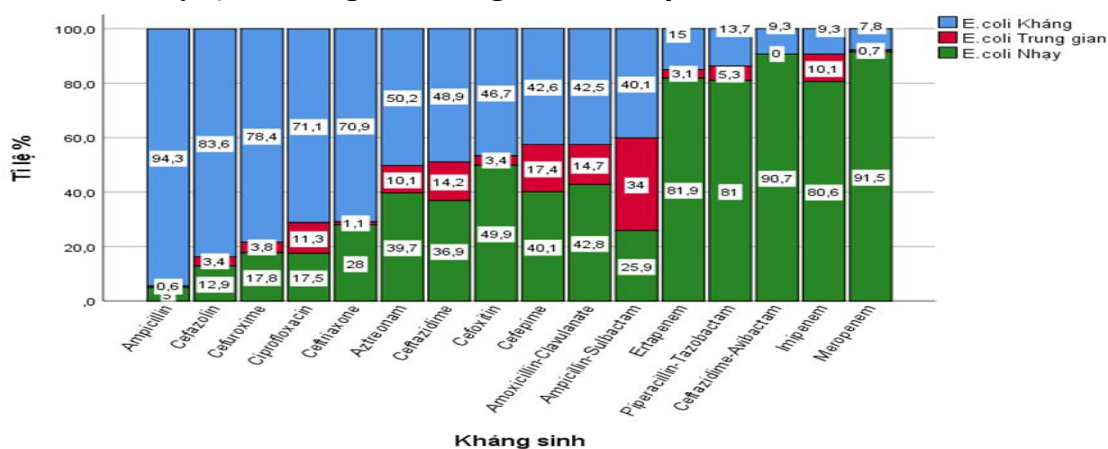
3.6.1. Tỷ lệ trực khuẩn đường ruột sinh ESBL



Biểu đồ 6: Tỷ lệ trực khuẩn đường ruột sinh ESBL

Nhận xét: Tỷ lệ trực khuẩn đường ruột sinh men ESBL là 19%. Hai chủng vi khuẩn *E.coli* và *K.pneumoniae* sinh men ESBL cao, tỷ lệ sinh men ESBL của *E.coli* là 14,8% cao hơn gần gấp 4,5 lần so với *K.pneumoniae* là 3,3%.

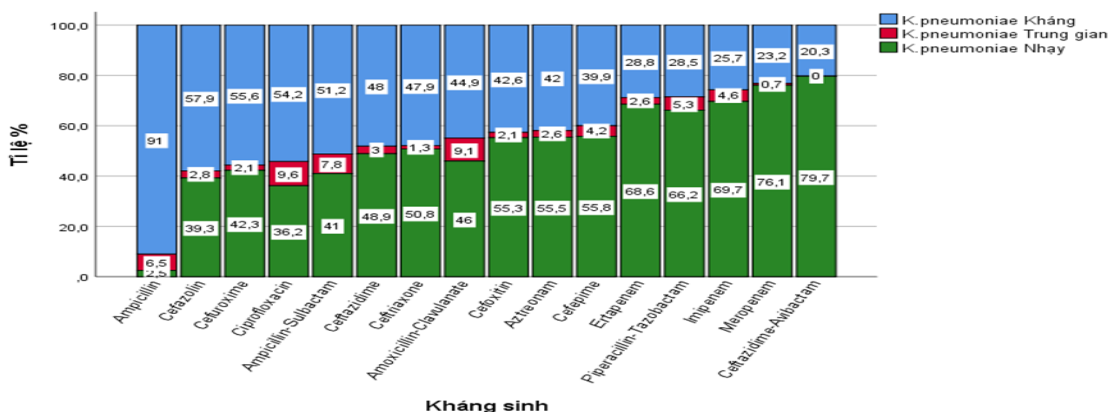
3.6.2. Tỷ lệ đề kháng các kháng sinh nhóm β -lactam của vi khuẩn *E.coli*:



Biểu đồ 7: Tỷ lệ đề kháng các kháng sinh nhóm β -lactam của vi khuẩn *E.coli*

Nhận xét: Trực khuẩn *E.Coli* có mức kháng nhiều loại kháng sinh, trong đó kháng Ampicillin cao nhất chiếm 94,3% và thấp nhất là kháng Meropenem có tỷ lệ 7,8%. Tỷ lệ kháng các kháng sinh khác lần lượt Cefazolin (83,6%), Cefuroxime (78,4%), Ciprofloxacin và Ceftriaxone (71%), Aztreonam (50,2%), Ceftazidime (48,9%), Cefoxitin (46,7%), Cefepime và Amoxicillin-Clavulanate (42,6%), Ampicillin-Sulbactam (40,1%), Ertapenem (15%), Piperacillin-Tazobactam (13,7%), Ceftazidime-Avibactam và Imipenem (9,3%).

3.6.3. Tỷ lệ đề kháng các kháng sinh nhóm β -lactam của vi khuẩn *K.pneumoniae*

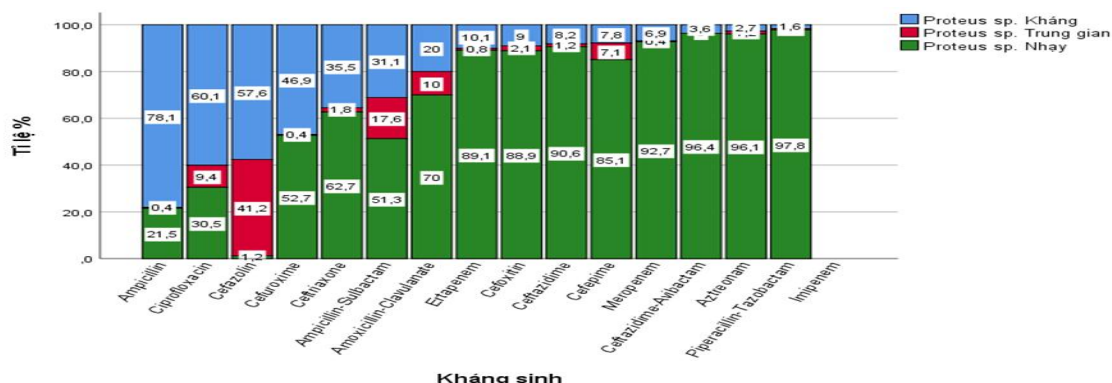


Biểu đồ 8: Tỷ lệ đề kháng các kháng sinh nhóm β -lactam của vi khuẩn *K.pneumoniae*

Nhận xét: Trực khuẩn *K.pneumoniae* kháng Ampicillin cao nhất chiếm 91% và thấp nhất là kháng Ceftazidime-Avibactam có tỷ lệ 20,3%. Tỷ lệ kháng các kháng sinh khác lần lượt

Cefazolin (57,9%), Cefuroxime (55,6%), Ciprofloxacin (54,2%), Ampicilin-Sulbactam (51,2%), Ceftazidime và Ceftriaxone (48%), Amoxicillin-Clavulanate (44,9%), Cefepime (42,6%), Aztreonam (42%), Cefoxitin (39,9%), Ertapenem và Piperacillin-Tazobactam (29%), Imipenem (25,7%) và Meropenem (23,3%)

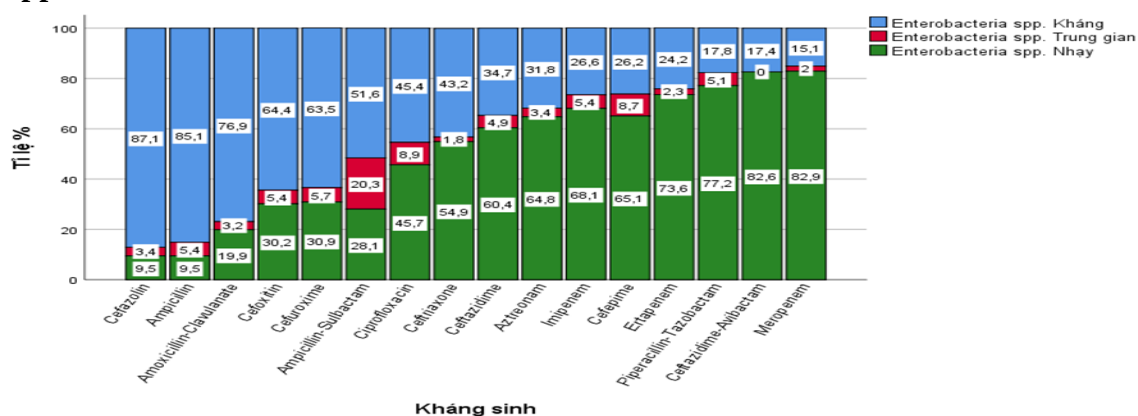
3.6.4. Tỷ lệ đề kháng các kháng sinh nhóm β -lactam của vi khuẩn *Proteus* spp:



Biểu đồ 9: Tỷ lệ đề kháng các kháng sinh nhóm β -lactam của vi khuẩn *Proteus* spp

Nhận xét: Trực khuẩn *Proteus* spp kháng Ampicillin cao nhất chiếm 78,1% và thấp nhất là kháng Piperacillin-Tazobactam có tỷ lệ 1,6%. Tỷ lệ kháng các kháng sinh khác lần lượt Ciprofloxacin (60,1%), Cefazolin (57,6%), Cefuroxime (46,9%), Ceftriaxone (35,5%), Ampicilin-Sulbactam (31,1%), Amoxicillin-Clavulanate (20%), Ertapenem (10,1%), Cefoxitin (9%), Ceftazidime (8,2%), Cefepime (7,8%), Meropenem (6,9%), Ceftazidime-Avibactam (3,6%) và Aztreonam (2,7%).

3.6.5. Tỷ lệ đề kháng các kháng sinh nhóm β -lactam của vi khuẩn *Enterobacteria* spp



Biểu đồ 10: Tỷ lệ đề kháng các kháng sinh nhóm β -lactam của vi khuẩn *Enterobacteria* spp

Nhận xét: Trực khuẩn *Enterobacteria* spp kháng Cefazolin cao nhất chiếm 87,1% và thấp nhất là kháng Meropenem có tỷ lệ 15,1%. Tỷ lệ kháng các kháng sinh khác lần lượt Ampicillin (85,1%), Amoxicillin-Clavulanate (76,9%), Cefoxitin (64,4%), Cefuroxime (63,5%), Ampicilin-Sulbactam (51,6%), Ciprofloxacin (45,5%), Ceftriaxone (43,2%), Ceftazidime (34,7%), Aztreonam (31,6%), Imipenem (26,6%), Cefepime (26,2%), Ertapenem (24,2%), Piperacillin-Tazobactam (17,8%) và Ceftazidime-Avibactam (17,4%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Nhận xét căn nguyên trực khuẩn đường ruột

Nhóm nghiên cứu ghi nhận trực khuẩn đường ruột có tỷ lệ nhiễm từ cao đến thấp bao gồm: *E.coli*; *K.pneumoniae*; các chủng *Enterobacteria* spp khác và *Proteus* spp với tỷ lệ lần lượt là 61,9%; 19,7%; 13,5% và 5% (Biểu đồ 1). Đa số các nghiên cứu trước đây đều đã nhận

thấy trong các vi khuẩn họ đường ruột thì vi khuẩn *E.coli* và *K.pneumoniae* chiếm tỷ lệ cao nhất. Kết quả này tương đồng nghiên cứu ở 19 bệnh viện ở Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh và Hải Phòng trong hai năm 2009- 2010 về tình trạng kháng thuốc kháng sinh đã chỉ ra 3 loại vi khuẩn họ đường ruột kháng kháng sinh thường gặp là *E.coli*, *Klebsiella spp.* và *Proteus spp* [4].

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ nữ cao hơn nam (56,5% so với 43,5%) (Biểu đồ 3), và độ tuổi trên 60 có tỷ lệ nhiễm vi khuẩn đường ruột cao nhất chiếm 54%, nhóm độ tuổi dưới 30 có tỷ lệ nhiễm thấp nhất là 5%; tuy nhiên không có sự khác biệt về ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mắc trực khuẩn đường ruột giữa các nhóm tuổi (Biểu đồ 2). Tỷ lệ khác biệt về độ tuổi bị nhiễm trực khuẩn đường ruột cho chúng ta một định hướng bệnh nhân càng lớn tuổi thì sức đề kháng càng yếu và nguy cơ bị nhiễm khuẩn càng cao. Tỷ lệ nhiễm tại khoa Hồi sức tích cực và khoa Phẫu thuật gây mê hồi sức chiếm nhiều nhất 18,22% và 16,26%. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Trần Nhật Minh (2019) tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai, ghi nhận được độ tuổi cao và đa số là nữ giới [5]; nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Hoài An (2014) tại viện Pasteur, TP Hồ Chí Minh tỷ lệ nhiễm *K.pneumoniae* cao nhất là độ tuổi 46-60 chiếm 31,43%, kế đến là độ tuổi từ 31-45 tuổi chiếm 22,86% và thấp nhất 0-15 tuổi chiếm tỷ lệ 5,71 % [7].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trực khuẩn *E.coli* tập trung ở các bệnh phẩm phân (16,4%), mủ (14,1%), nước tiểu (12,9%) và máu (11,9%) (Biểu đồ 4). Kết quả này tương tự với một số nghiên cứu, theo nghiên cứu của Trần Anh Đào khảo sát tỷ lệ nhiễm, mức độ kháng kháng sinh của *Escherichia coli* gây nhiễm khuẩn huyết được phân lập tại bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An (01/01/2019 - 31/12/2019)[8]. Trong khi bệnh phẩm đàm và mủ có tỷ lệ cao phân lập được trực khuẩn *K.pneumoniae* với tỷ lệ lần lượt là 6,9% và 4% (Biểu đồ 4). Điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Trần Nhật Minh ở Bệnh viện Bạch Mai năm 2019 [5]. Hai trực khuẩn *Proteus spp* và *Enterobacteria spp* có tỷ lệ phân lập được thấp trên các mẫu bệnh phẩm.

4.2. Nhận xét mức độ kháng kháng sinh nhóm β -lactam của trực khuẩn đường ruột

Tần suất xuất hiện vi khuẩn sinh ESBL thay đổi tùy theo quốc gia [15]. Kết quả nghiên cứu của đề tài cho thấy tỷ lệ sinh ESBL là 19%, trong đó *E.coli* chiếm tỷ lệ cao nhất 14,8%, *K.pneumoniae* chiếm 3,3%, trong khi *Proteus spp* và *Enterobacteria spp* chiếm tỷ lệ không đáng kể lần lượt 0,4% và 0,6% (Biểu đồ 6). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với một số nghiên cứu trong nước và thế giới trước đây như công bố của Mark E. Rupp và cộng sự năm 2003 cho thấy tỷ lệ sinh men ESBL của trực khuẩn đường ruột từ 10–40% [11].

Tình hình kháng kháng sinh trong nước và các nước trong khu vực gặp tỷ lệ cao các chủng *E.coli* kháng với Cephalosporin và còn nhạy cảm cao với các kháng sinh có chất ức chế β -lactamase. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ *E.coli* kháng trên 40% có 10 loại kháng sinh lần lượt là Ampicillin (94,3%), Cefazolin (83,6%), Cefuroxime (78,4%), Ciprofloxacin và Ceftriaxone (71%), Aztreonam (50,2%), Ceftazidime (48,9%), Cefoxitin (46,7%), Cefepime và Amoxicillin-Clavulanate (42,6%), Ampicillin-Sulbactam (40,1%) và tỷ lệ kháng dưới 20% gồm 6 loại kháng sinh Ertapenem (15%), Piperacillin-Tazobactam (13,7%), Ceftazidime-Avibactam và Imipenem (9,3%), Meropenem (7,8%) (Biểu đồ 7). Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam. Nghiên cứu công bố 2014 về kháng kháng sinh của các chủng phân lập từ nhiễm khuẩn ổ bụng ở Việt Nam cho thấy tỷ lệ các chủng *E.coli* kháng cao với Cefotaxime (54,2%), Ceftazidime (35,6%), Cefepime (45,9%) và còn nhạy cao với Piperacillin-Tazobactam (92,1%) [12]. Báo cáo năm 2017 tại Hà Nội ghi nhận các chủng *E.coli* sinh ESBL kháng với nhóm kháng sinh Cephalosporin và Carbapenem tương ứng là 45,0% và 0,8% [9]. Cùng năm 2017 một nghiên cứu từ phía Nam Việt Nam cho kết quả tương tự với tỷ lệ các chủng *E.coli* kháng cao với các kháng sinh tương ứng là Cefotaxime (45,6%), Ceftazidime (45,2%), Cefepime (40,2%) và có tỷ lệ kháng thấp với Piperacillin-Tazobactam (5,4%) [14].

Theo kết quả nghiên cứu, các chủng *K.pneumoniae* có tỷ lệ kháng trên 40% cũng có 10 loại kháng sinh gồm Ampicillin 91%, Cefazolin (57,9%), Cefuroxime (55,6%), Ciprofloxacin (54,2%), Ampicillin-Sulbactam (51,2%), Ceftazidime và Ceftriaxone (48%), Amoxicillin-Clavulanate (44,9%), Cefoxitin (42,6%), Aztreonam (42%); tỷ lệ kháng dưới 40% có 6 loại kháng sinh lần lượt Cefepime (39,9%), Ertapenem và Piperacillin-Tazobactam (29%), Imipenem (25,7%), Meropenem (23,3%) và Ceftazidime-Avibactam (20,3%). Nghiên cứu tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương (2017) gặp tỷ lệ các chủng *K.pneumoniae* kháng với các nhóm kháng sinh với tỷ lệ thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi: tỷ lệ kháng với nhóm Cephalosporin, Aminoglycoside và Fluoroquinolon tương ứng là 14,3%; 13,0% và 8,4% [13]. Kết quả tương tự ở Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Thành phố Hồ Chí Minh (2017) gặp chủng *K.pneumoniae* kháng với Cefotaxime (15,6%), Ceftazidime (14,9%), Cefepime (11,7%); còn nhạy với Piperacillin-Tazobactam với tỷ lệ là 94,8% [14].

Tỷ lệ chủng *Proteus spp* đề kháng trên 40% chỉ có 4 loại kháng sinh Ampicillin (78,1%), Ciprofloxacin (60,1%), Cefazolin (57,6%), Cefuroxime (46,9%); tỷ lệ *Proteus spp* nhạy với nhiều loại kháng sinh gồm Ceftriaxone (62,7%), Ampicillin-Sulbactam (51,3%), Amoxicillin-Clavulanate (70%), Ertapenem (89,1%), Cefoxitin (88,9%), Ceftazidime (90,6%), Cefepime (85,1%), Meropenem (92,7%), Ceftazidime-Avibactam (96,4%) và Aztreonam (96,1%) và Piperacillin-Tazobactam (97,8%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với một số nghiên cứu đã được công bố trong thời gian gần đây. Theo nghiên cứu của Vũ Ngọc Hiếu, Phạm Hồng Nhung (2017) thì *Proteus spp* có tỷ lệ đề kháng thấp và trung bình với các nhóm kháng sinh, có tỷ lệ đề kháng cao nhất với Ampicillin (75%), và còn khá nhạy với các kháng sinh nhóm β -lactam bao gồm Ertapenem (100%), Imipenem (57,2%), Meropenem (100%), Cefuroxime (53,8%), Ceftazidime (94,6%), Ceftriaxone (92,4%), Cefotaxime (90%), Cefepime (94,8%), Ciprofloxacin (57,9%) [6].

Các chủng *Enterobacteria spp* khác có mức đề kháng cao lần lượt Cefazolin 87,1%, Ampicillin (85,1%), Amoxicillin-Clavulanate (76,9%), Cefoxitin (64,4%), Cefuroxime (63,5%); mức đề kháng trung bình gồm Ampicillin-Sulbactam (51,6%), Ciprofloxacin (45,5%), Ceftriaxone (43,2%), Ceftazidime (34,7%), Aztreonam (31,6%), Imipenem (26,6%), Cefepime (26,2%), Ertapenem (24,2%) và mức đề kháng thấp là Piperacillin-Tazobactam (17,8%), Ceftazidime-Avibactam (17,4%), Meropenem (15,1%). Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với báo cáo sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh tại 15 bệnh viện Việt Nam năm 2008 – 2009 của Bộ Y tế. Báo cáo cho thấy *Enterobacteria spp* kháng cao với Ceftazidime, Ceftriaxone, Ciprofloxacin, Levofloxacin, Ticarcillin/ Clavulanic axit (tỷ lệ trên 60%); kháng Amikacin, Meropenem ở mức trung bình (tỷ lệ lần lượt 35%, 40%); kháng Cefoperazone/Sulbactam ở mức độ thấp là 10%. Trong nhóm ESBL(-), vi khuẩn khá nhạy với các kháng sinh. Tỷ lệ kháng cao nhất vào khoảng 40% đối với các kháng sinh Amikacin, Ceftriaxone, Levofloxacin, Netilmicin. Các kháng sinh vẫn còn nhạy với vi khuẩn như Ciprofloxacin, Ticarcillin/Clavulanic axit có tỷ lệ kháng khoảng 20%. Các kháng sinh Piperacillin/Tazobactam, Cefoperazone/Sulbactam vẫn còn nhạy 100% [2].

V. KẾT LUẬN

E.coli và *K.pneumoniae* là hai trực khuẩn đường ruột gây bệnh chiếm ưu thế với tỷ lệ lần lượt là 61,9% và 19,7%, *Enterobacteria spp* khác và *Proteus spp* có tỷ lệ gây bệnh thấp với tỷ lệ lần lượt là 13,4% và 5%.

Tỷ lệ trực khuẩn đường ruột gây bệnh cao nhất ở nhóm tuổi từ 61-75 tuổi và thấp nhất ở nhóm tuổi dưới 16-30 tuổi. Giữa các độ tuổi nhiễm từng loại vi khuẩn đường ruột không có sự chênh lệch đáng kể.

Tỷ lệ trực khuẩn đường ruột phân lập được ở nữ giới cao hơn so với nam giới với tỷ lệ tương ứng là 56,5% và 43,5%; tuy nhiên sự chênh lệch không nhiều.

Tỷ lệ trực khuẩn đường ruột phân lập được chiếm ưu thế tại các khoa Hồi sức tích cực và Phẫu thuật gây mê hồi sức với tỷ lệ 18,22% và 16,26% . Tương ứng với đó trực khuẩn đường ruột

phân lập được tập trung trên 3 loại bệnh phẩm chủ yếu là mủ (25%), phân (21%) và nước tiểu (19%).

Tỷ lệ sinh men ESBL của trực khuẩn đường ruột là 19%, trong đó *E.coli* và *K.pneumoniae* có tỷ lệ sinh ESBL cao nhất với tỷ lệ lần lượt là 14,8% và 3,3%.

E.coli còn nhạy với một số ít các kháng sinh nhóm β -lactam bao gồm Meropenem (91,5%), Ceftazidime-Avibactam (90,7%), Ertapenem (81,9%), Piperacillin-Tazobactam (81%) và Imipenem (80,6%) .

Trực khuẩn *K.pneumoniae* có tỷ lệ nhạy cảm trên 60% với 5/17 kháng sinh nhóm β -lactam được thử nghiệm Ceftazidime-Avibactam (79,7%), Meropenem (76,1%), Imipenem (69,7%), Ertapenem (68,6), Piperacillin-Tazobactam (66,2%); và đề kháng cao trên 50% với 5/17 kháng sinh nhóm β -lactam bao gồm Ampicillin (91%) Cefazolin (57,9%), Cefuroxime (55,6%), Ciprofloxacin (54,2), Ampicilin-Sulbactam (51,2%).

Proteus spp và các *Enterobacteria spp* khác đề kháng cao với các kháng sinh nhóm β -lactam bao gồm Ampicillin (78,1% và 87,1%), Cefazolin (60,1% và 87,1%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh. Nhà xuất bản Y học; 2015.
2. Bộ Y Tế (2009). Báo cáo sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh tại 15 bệnh viện Việt Nam năm 2008 - 2009,
3. Bộ Y Tế (2013). Kế hoạch hành động quốc gia về phòng chống kháng thuốc giai đoạn từ 2013 - 2020,
4. Thị Soa Đăng, Thị Thủy Vũ, Thị Oanh Trần, Thị Dung Hồ, Thị Thùy Dương Hoàng, Thị Ánh Hắc, et al. (2022). Tổng quan về tình hình kháng kháng sinh của một số vi khuẩn thường gây bệnh trên lâm sàng tại Việt Nam từ 2017-2022. Tạp chí Y học Việt Nam, 519(1),
5. Trần Nhật Minh. Phân tích đặc điểm lâm sàng, vi sinh và phác đồ điều trị nhiễm khuẩn do *Klebsiella pneumoniae* tại khoa hồi sức tích cực, bệnh viện bạch mai.
6. Vũ Ngọc Hiếu, Phạm Hồng Nhung (2017). Mức độ kháng kháng sinh của một số vi khuẩn thường gặp gây nhiễm trùng da và mô mềm ở bệnh nhân đái tháo đường phân lập tại Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Nghiên cứu Y học, (3)
7. Phạm Thị Hoài An, Vũ Lê Ngọc Lan, Ưông Nguyễn Đức Ninh, Phan Ngọc Thảo, Cao Hữu Nghĩa (2014). Khảo sát sự kháng kháng sinh của *Klebsiella pneumoniae* trên bệnh phẩm phân lập được tại Viện Pasteur, TP Hồ Chí Minh. Tạp chí Khoa học, 61), 146.
8. Trần Anh Đào, Trần Tất Thắng, Nguyễn Đức Phúc, Lương Quốc Tuấn, Nguyễn Văn Thủy, Nguyễn Hữu Tân, et al. (2020). Khảo sát tỷ lệ nhiễm, mức độ kháng kháng sinh của *Escherichia coli* gây nhiễm khuẩn huyết được phân lập tại bệnh viện hữu nghị đa khoa nghệ an (01/01/2019- 31/12/2019). Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam, 2(30), 84-8.
9. Vu Quoc Dat, Hieu Ngoc Vu, Hung Nguyen The, Hoa Thi Nguyen, Long Bao Hoang, Dung Vu Tien Viet, et al. (2017). Bacterial bloodstream infections in a tertiary infectious diseases hospital in Northern Vietnam: aetiology, drug resistance, and treatment outcome. BMC infectious diseases, 17(1-11).
10. World Health Organization (2021). Global antimicrobial resistance and use surveillance system (GLASS) report: 2021.
11. Mark E Rupp, Paul D Fey (2003). Extended spectrum β -lactamase (ESBL)-producing Enterobacteriaceae: considerations for diagnosis, prevention and drug treatment. Drugs, 63(353-65).
12. Douglas J Biedenbach, Samuel K Bouchillon, Daryl J Hoban, Meredith Hackel, Doan Mai Phuong, Tran Thi Thanh Nga, et al. (2014). Antimicrobial susceptibility and extended-spectrum β -lactamase rates in aerobic gram-negative bacteria causing intra-abdominal infections in Vietnam: report from the Study for Monitoring Antimicrobial Resistance Trends (SMART 2009–2011). Diagnostic Microbiology and Infectious Disease, 79(4), 463-7.
13. Vu Quoc Dat, Hieu Ngoc Vu, Hung Nguyen The, Hoa Thi Nguyen, Long Bao Hoang, Dung Vu Tien Viet, et al. (2017). Bacterial bloodstream infections in a tertiary infectious diseases hospital in Northern Vietnam: aetiology, drug resistance, and treatment outcome. BMC infectious diseases, 17(1-11).
14. Nguyễn Phú Hương Lan, Nguyễn Hữu Hiền, Tu Lê Thị Phương, Duy Phạm Thanh, Nga Trần Vũ Thiệu, Dung Trần Thị Ngọc, et al. (2017). Phenotypic and genotypic characteristics of ESBL and AmpC producing organisms associated with bacteraemia
15. Patricia A Bradford (2001). Extended-spectrum β -lactamases in the 21st century: characterization, epidemiology, and detection of this important resistance threat. Clinical microbiology reviews, 14(4), 933-51. in Ho Chi Minh City, Vietnam. Antimicrobial Resistance & Infection Control, 6(1), 1-9.

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG TRUYỀN MÁU VÀ CHẾ PHẨM MÁU TRONG 6 THÁNG ĐẦU NĂM 2024 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Nguyễn Thị Minh Hiếu, Lê Phước Lộc,
Phạm Lê Thị Kim Anh, Lê Ngọc Trọng

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét tình hình truyền máu và chế phẩm máu tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang trong 6 tháng đầu năm 2024, xác định tỷ lệ sử dụng máu và chế phẩm máu theo nhóm máu tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang và tỷ lệ cung ứng máu, chế phẩm máu từ bệnh viện Huyết học-Truyền máu Cần Thơ so với nhu cầu tại viện trong giai đoạn 6 tháng đầu năm 2024.

Đối tượng và phương pháp: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang tất cả các chỉ định truyền máu lâm sàng tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang trong 6 tháng đầu năm 2024.

Kết quả: Hồng cầu lắng 350mL được sử dụng nhiều nhất chiếm 89,7%, trong khi tiểu cầu được sử dụng ít nhất với tỷ lệ 0,4%. Tỷ lệ nhóm máu được sử dụng nhiều nhất là nhóm máu O chiếm 41,8%, các nhóm máu khác được sử dụng lần lượt nhóm máu B (32,4%), nhóm máu A (19,7%) và nhóm máu AB (6,1%). Có 4 khoa chỉ định truyền máu trên 10% là Khoa Tiêu hóa huyết học (29,83%), SICU (12,12%), Nội thận (10,8%) và ICU (10,11%). Độ tuổi được chỉ định truyền máu nhiều nhất là độ tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ 53,2%. Tỷ lệ nam giới được chỉ định truyền máu chiếm nhiều hơn nữ giới với tỷ lệ 52% và 48%. Tỷ lệ cung cấp máu và chế phẩm máu của khoa xét nghiệm cho các khoa lâm sàng đạt 93,51%.

Kết luận: Số lượng và tỷ lệ máu, chế phẩm máu theo nhóm máu sử dụng tại bệnh viện là căn cứ quan trọng để khoa Xét Nghiệm xây dựng kế hoạch dự trữ phù hợp cũng như phân bổ hợp lý nguồn máu cho các khoa lâm sàng. Khả năng cung cấp máu, chế phẩm máu của bệnh viện Huyết học – Truyền máu Cần Thơ chỉ đạt 93,3 % không đáp ứng đủ nhu cầu sử dụng tại bệnh viện, gây thiếu hụt nguồn máu cho công tác điều trị của một số khoa lâm sàng.

ABSTRACT

Objective: This study aims to evaluate the consumption rate of blood and blood products by blood group at An Giang Central General Hospital and assess the sufficiency of blood and blood product supply from Can Tho Hematology-Transfusion Hospital to meet the hospital's demand in the first half of 2024.

Materials and method: A cross-sectional study was performed to analyze 4,685 blood and blood product requests received by the Laboratory Department between January and June 2024.

Results: 350mL packed red blood cells (PRBC) were the most commonly used, accounting for 89.7% of all transfusions, while platelets were used the least, with a proportion of 0.4%. The most frequently transfused blood type was O, representing 41.8% of all transfusions. Other blood types used were B (32.4%), A (19.7%), and AB (6.1%). Four departments accounted for over 10% of all blood transfusions: Gastroenterology-Hematology (29.83%), SICU (12.12%), Nephrology (10.8%), and ICU (10.11%). Patients aged 60 and above were the most frequent recipients of blood transfusions, accounting for 53.2% of all transfusions. Males received blood transfusions more often than females, with a proportion of 52% and 48%, respectively. The laboratory's supply of blood and blood products to clinical departments reached 93.3%.

Conclusion: The quantification and distribution of blood and blood products by blood group within the hospital serve as a fundamental basis for the Laboratory Department to establish effective forecasting and allocation strategies for clinical departments. The ability of

the Can Tho Hematology - Blood Transfusion Hospital to supply blood and blood products only reaches 93.51%, resulting in a blood shortage for the treatment of certain clinical departments.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Truyền máu là một bộ phận thiết yếu trong nền y học hiện đại. Máu và các chế phẩm máu từ lâu đã được sử dụng trong công tác cấp cứu và điều trị tại nhiều khoa phòng, đơn vị điều trị. Sự phát triển về trình độ kỹ thuật cũng như quy mô hệ thống chăm sóc sức khỏe kéo theo sự gia tăng nhu cầu sử dụng máu, chế phẩm máu qua các năm.

Theo Báo cáo về thực trạng an toàn và cung ứng máu toàn cầu của Tổ chức Y Tế Thế Giới năm 2021[7], ước tính năm 2018 tại 171 quốc gia thành viên có 118,5 triệu lượt hiến máu. Trong đó 106,1 triệu lượt hiến máu toàn phần và 12,4 triệu lượt hiến máu qua máy gạn tách thành phần. Thống kê chu kỳ 10 năm từ năm 2008 đến 2018, ở 119 quốc gia thành viên, số lượt thu thập máu tăng 12,3 triệu lượt. Rất khó để có thể đưa ra một con số đánh giá chính xác mức độ đáp ứng máu, chế phẩm máu trên toàn cầu.

Mặc dù nguồn cung cấp máu giới hạn và khó tiếp cận, nhưng việc dự trữ không hợp lý dẫn đến một số lượng lớn máu, chế phẩm máu bị hết hạn sử dụng. Theo thống kê của Tổ Chức Y Tế Thế Giới từ 138 quốc gia thành viên năm 2021, có 26% số lượng đơn vị máu, chế phẩm máu bị tiêu hủy do hết hạn sử dụng, đứng hàng thứ ba trong các nguyên nhân được thống kê [7]. Nhằm đảm bảo công tác cấp phát và dự trữ máu được chính xác cho bệnh viện, đơn vị điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Khảo sát tình trạng truyền máu và chế phẩm máu trong 6 tháng đầu năm 2024 tại Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang” để đánh giá tình hình thực tế của bệnh viện với mục tiêu nghiên cứu:

1. Khảo sát tình hình truyền máu và chế phẩm máu tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang trong giai đoạn 6 tháng đầu năm 2024;
2. Đánh giá khả năng cung ứng máu, chế phẩm máu của bệnh viện Huyết học – Truyền máu Cần Thơ với nhu cầu sử dụng của bệnh viện Đa khoa Trung tâm An giang trong giai đoạn 6 tháng đầu năm 2024.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và vật liệu nghiên cứu

Cỡ mẫu: Tất cả bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang giai đoạn 6 tháng đầu năm 2024, có chỉ định truyền máu.

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả chỉ định truyền máu, chế phẩm máu được khoa Xét Nghiệm tiếp nhận trong giai đoạn 6 tháng đầu năm 2024.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang.

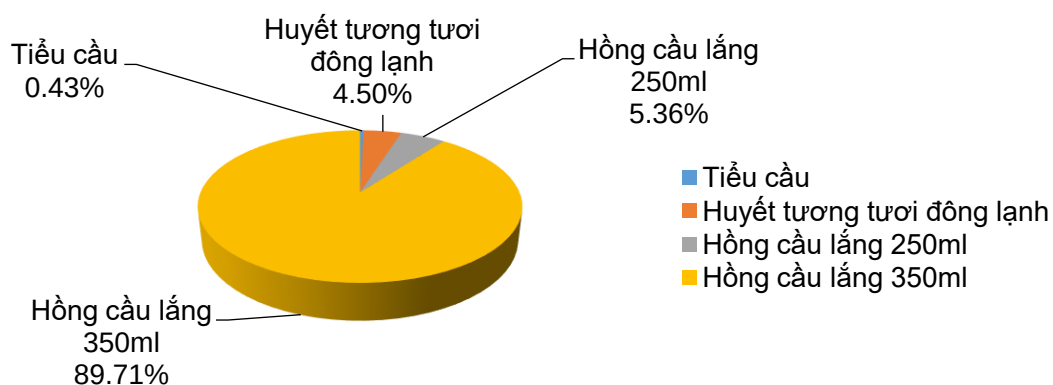
2.3. Phương pháp nghiên cứu Giai đoạn 1: thu thập dữ liệu từ chỉ định truyền máu và phiếu yêu cầu cung cấp máu, chế phẩm máu từ các khoa lâm sàng từ ngày 01 tháng 01 năm 2024 đến ngày 30 tháng 06 năm 2024.

Giai đoạn 2: Tiến hành nhập, xử lý số liệu và hoàn thành nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu.

III. Kết quả:

Trong thời gian nghiên cứu, nhóm nghiên cứu thu thập được 4685 chỉ định truyền máu, chế phẩm máu. Có 4381 chỉ định được cung cấp chế phẩm máu và 304 lượt chỉ định không được cung cấp chế phẩm máu.

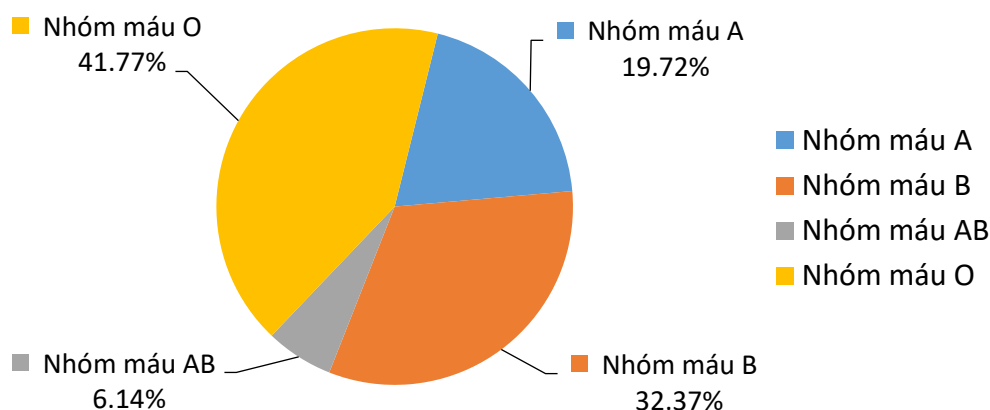
3.1. Tỷ lệ máu và chế phẩm máu sử dụng



Biểu đồ 1: Tỷ lệ sử dụng máu, chế phẩm máu theo nhóm máu

Nhận xét: Trong 6 tháng đầu năm 2024 có 4381 đơn vị máu được sử dụng, trong đó hồng cầu lắng 350mL được sử dụng nhiều nhất chiếm 89,7%, trong khi tiểu cầu được sử dụng ít nhất với tỷ lệ 0,4%. Các loại chế phẩm khác là hồng cầu lắng 250mL và huyết tương tươi đông lạnh có tỷ lệ lần lượt là 5,4% và 4,5%.

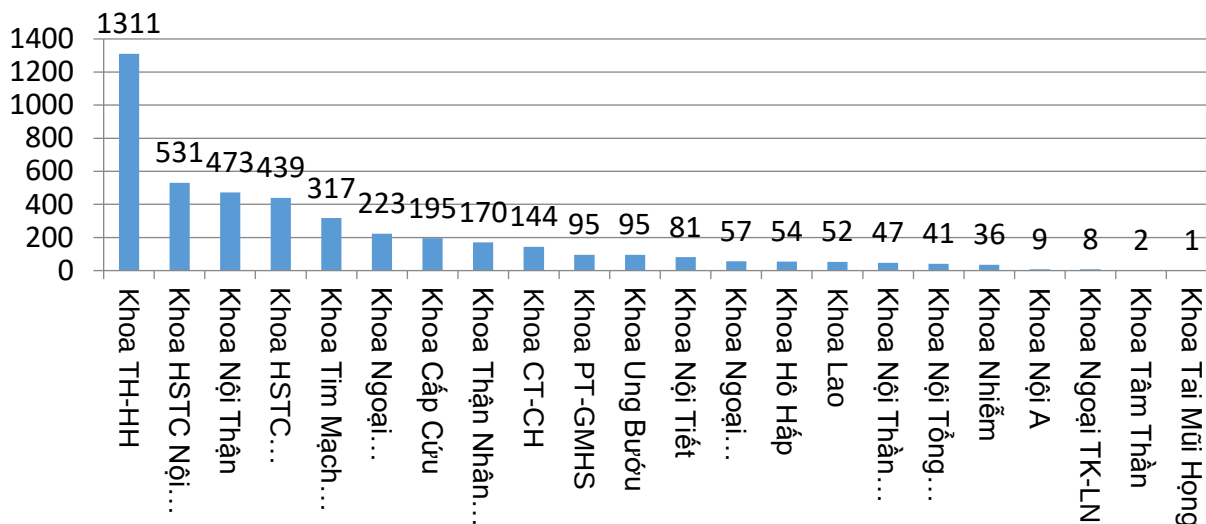
3.2. Tỷ lệ sử dụng máu, chế phẩm máu theo nhóm máu



Biểu đồ 2: Tỷ lệ sử dụng máu, chế phẩm máu theo nhóm máu

Nhận xét: Trong 4381 đơn vị máu được sử dụng thì nhóm máu được sử dụng nhiều nhất là nhóm máu O chiếm tỷ lệ 41,8%, các nhóm máu khác có tỷ lệ sử dụng lần lượt nhóm máu B (32,4%), nhóm máu A (19,7%) và nhóm máu AB (6,1%).

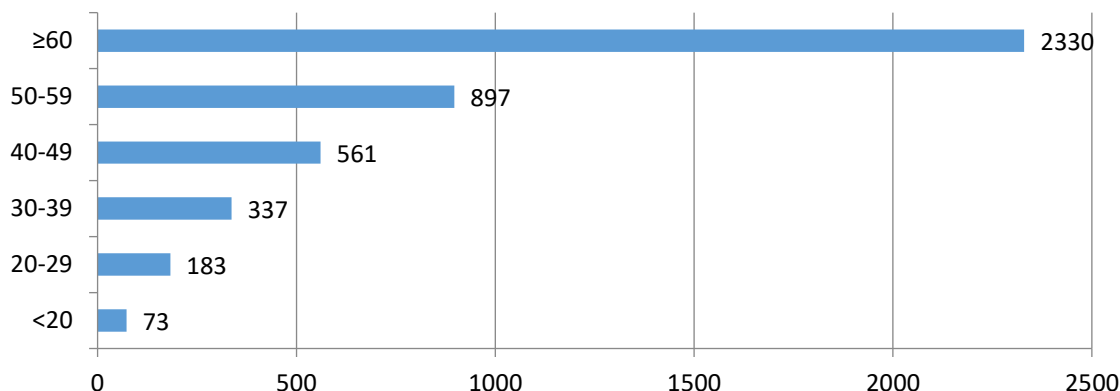
3.2. Tỷ lệ sử dụng máu, chế phẩm máu theo khoa, đơn vị điều trị



Biểu đồ 3: Tỷ lệ sử dụng máu, chế phẩm máu theo khoa, đơn vị điều trị

Nhận xét: Khoa Tiêu hóa huyết học cho chỉ định truyền máu nhiều nhất chiếm 29,92%. Có 3 khoa chỉ định truyền máu trên 10% là ICU, Nội thận và SICU có tỷ lệ 12,12%, 10,79% và 10,02%. Có 11 khoa chỉ định truyền máu trên 2% lần lượt là Tim mạch lão học (7,24%), Ngoại tổng hợp (5,09%), Cấp cứu (4,45%), Thận nhân tạo (3,88%), Chấn thương chỉnh hình (3,29%), Phẫu thuật gây mê hồi sức (2,17%), Ung bướu (2,17%). Các khoa còn lại chỉ định truyền máu không đáng kể có tỷ lệ dưới 2%.

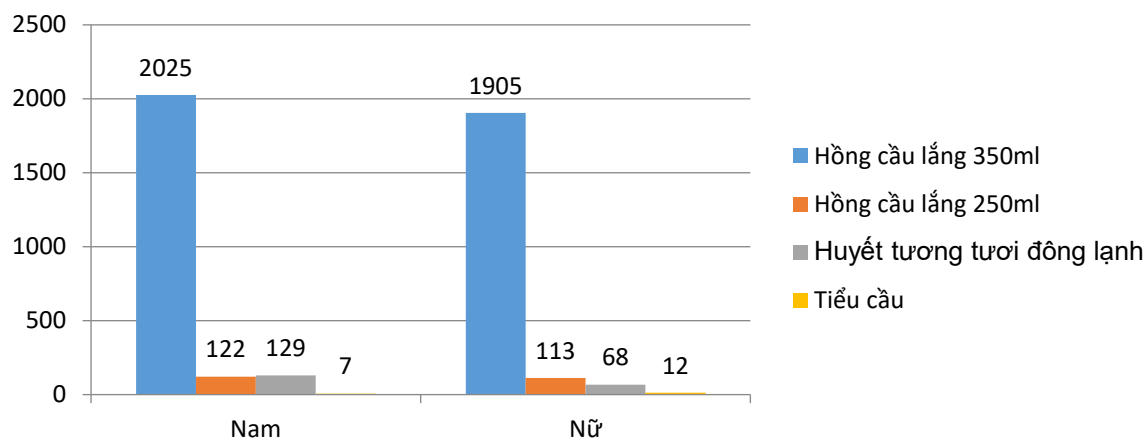
3.3. Tỷ lệ sử dụng máu, chế phẩm máu theo nhóm tuổi



Biểu đồ 4: Tỷ lệ sử dụng máu, chế phẩm máu theo nhóm tuổi

Nhận xét: Độ tuổi được chỉ định truyền máu nhiều nhất là độ tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ 53,2%. Các độ tuổi khác 50-59 (20,5%), 40-49 (12,8%), 30-39 (7,7%), 20-29 (4,2%) và <20 (1,7%).

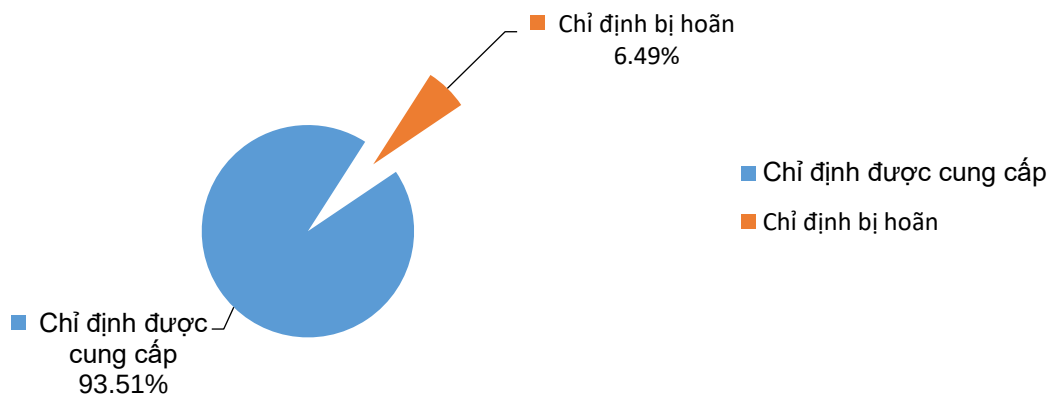
3.4. Tỷ lệ sử dụng máu, chế phẩm máu theo giới tính



Biểu đồ 5: Tỷ lệ sử dụng máu, chế phẩm máu theo giới tính

Nhận xét: Tỷ lệ nam giới được chỉ định truyền máu chiếm nhiều hơn nữ giới với tỷ lệ 52% và 48%..

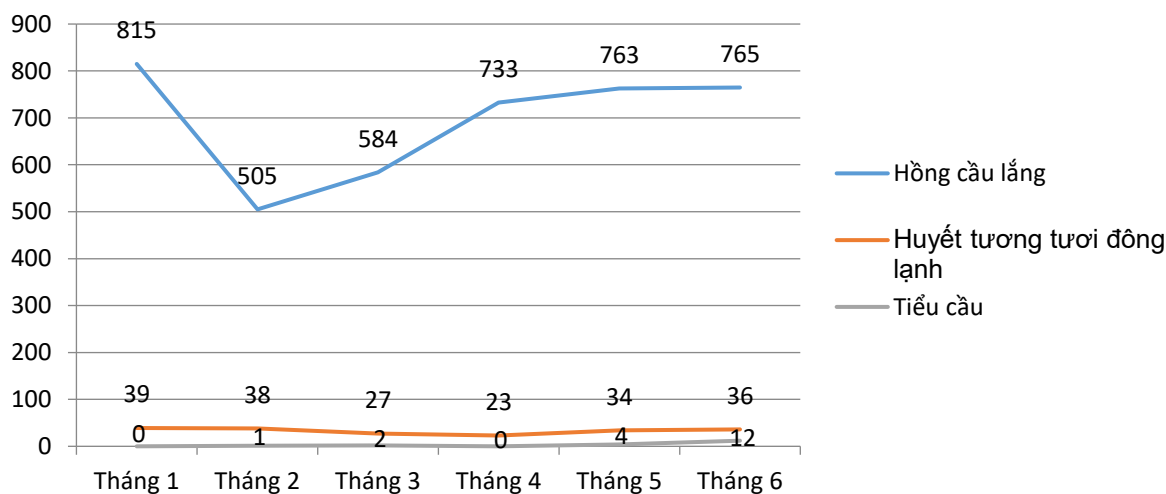
3.5. Tỷ lệ số lượng máu, chế phẩm máu cung cấp so với số lượng được yêu cầu cung cấp



Biểu đồ 6: Tỷ lệ số lượng máu, chế phẩm máu cung cấp so với số lượng được yêu cầu cung cấp

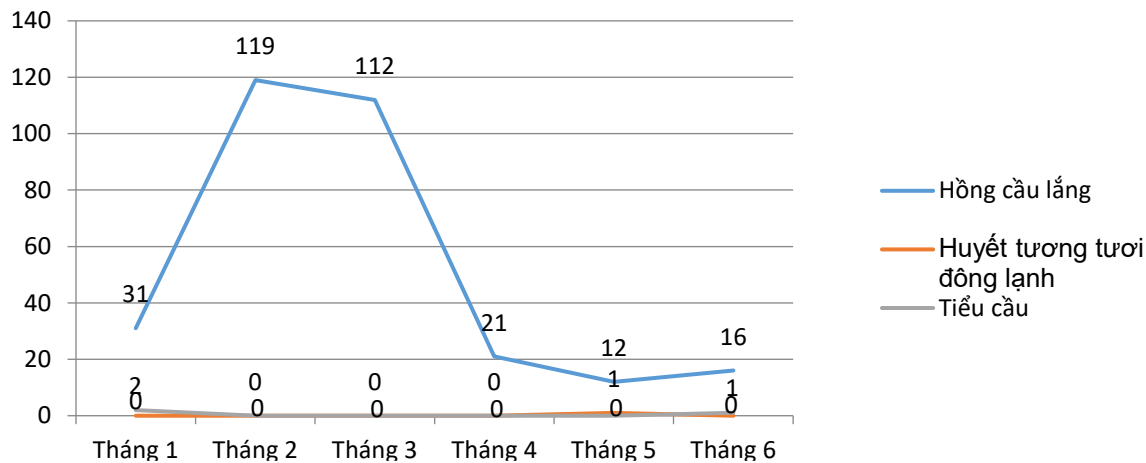
Nhận xét: Tỷ lệ cung cấp máu và chế phẩm máu cho các khoa lâm sàng đạt 93.51%.

3.6. Diễn biến truyền máu và chế phẩm máu



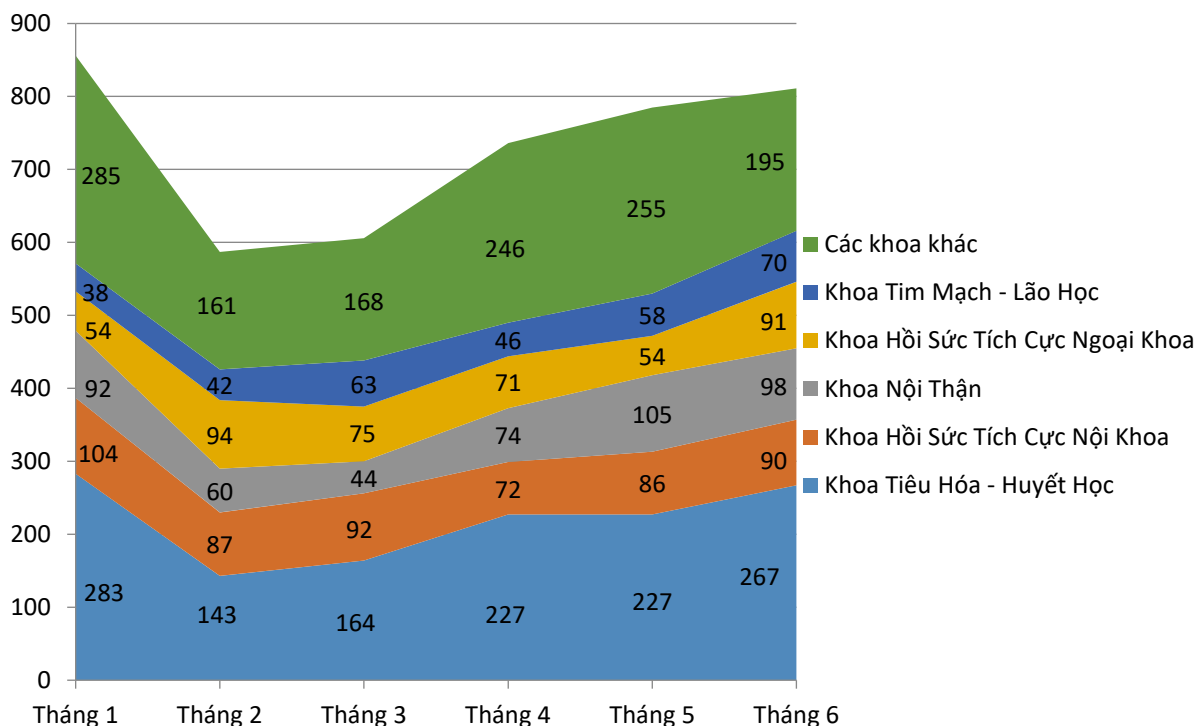
Biểu đồ 7: Diễn biến truyền chế phẩm máu qua các tháng

Nhận xét: Số lượng máu và chế phẩm máu được truyền nhiều nhất vào tháng 1 với 854 đơn vị chiếm 19,49% và thấp nhất là tháng 2 với 544 đơn vị chiếm 12,42%. Các tháng khác có số lượng cấp phát tháng 3, tháng 4, tháng 5 và tháng 6 theo thứ tự 613, 756, 801 và 813 đơn vị chiếm tỷ lệ 13,99%; 17,26%; 18,28% và 18,56%. Hồng cầu lắng được truyền nhiều nhất vào tháng 1 và tháng 6 với 815, 765 đơn vị, truyền ít nhất vào tháng 2 chỉ 505 đơn vị. Huyết tương tươi đông lạnh được truyền nhiều nhất trong tháng 1 và tháng 2 với 39, 38 đơn vị và ít nhất ở 4 với 23 đơn vị. Đối với khối tiểu cầu được cấp phát nhiều nhất vào tháng 6 với 12 đơn vị, trong khi tháng 1 và 4 không có khối tiểu cầu nào được cấp phát.



Biểu đồ 8: Diễn biến hoàn chỉ định truyền chế phẩm máu

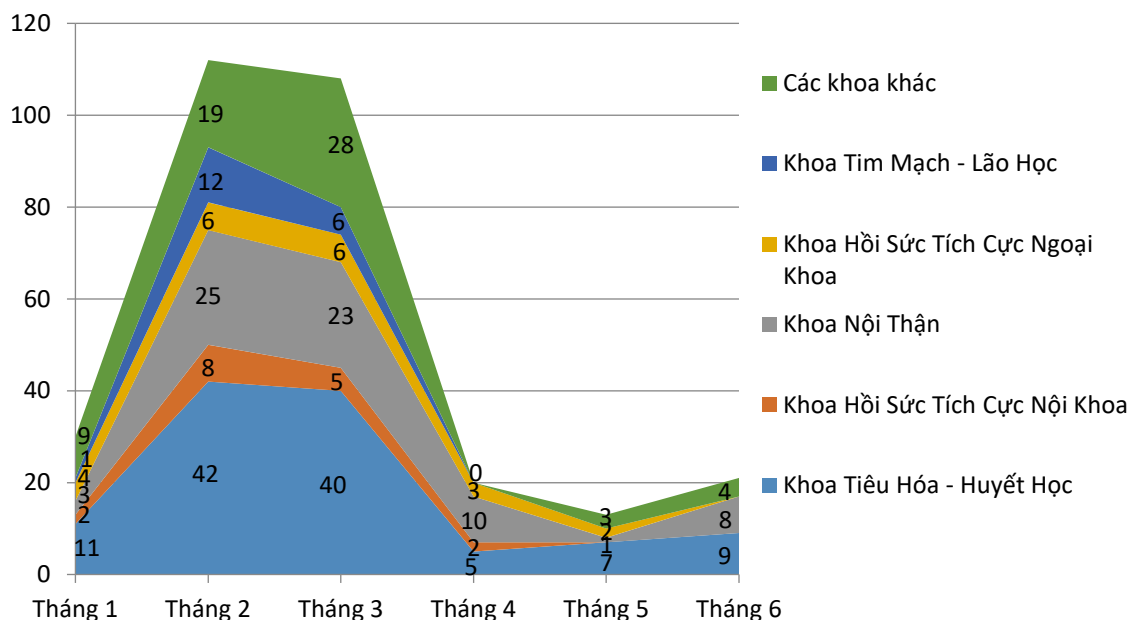
Nhận xét: Số lượng máu và chế phẩm máu bị hoãn truyền nhiều nhất ở tháng 2 và tháng 3 với 119 đơn vị và 112 đơn vị; ít nhất ở tháng 5 với 13 đơn vị; các tháng khác có số lượng lần lượt là tháng 1 33 đơn vị, tháng 4 21 đơn vị và tháng 6 17 đơn vị.



Biểu đồ 9: Diễn biến số lượng chế phẩm cấp phát cho các khoa lâm sàng

Nhận xét: Khoa Tiêu Hóa – Huyết Học có số lượng chế phẩm máu sử dụng nhiều nhất qua các tháng. Các khoa lâm sàng có số lượng sử dụng chế phẩm máu nhiều thứ 2, 3, 4, 5 lần lượt là các khoa Hồi Sức Tích Cực Nội Khoa, Nội Thận, Hồi Sức Tích cực Ngoại khoa, Tim

Mạch - Lão Học. Trong tháng 2, nhìn chung các khoa lâm sàng đều giảm số lượng chế phẩm máu sử dụng, khoa Tiêu Hóa giảm nhiều nhất 49,47%, Nội Thận giảm 34,78%, Hồi Sức Tích Cực Nội Khoa giảm 16,04%, tổng các Khoa Lâm Sàng khác giảm 43,51%, 2 khoa Hồi Sức Tích Cực Ngoại Khoa giảm và khoa Tim Mạch – Lão Học tăng lần lượt 42,55 %, 9,5%. Từ tháng 3 đến tháng 6, hầu hết các khoa có xu hướng gia tăng dần số lượng chế phẩm máu sử dụng.



Biểu đồ 10: Diễn biến số lượng lượt chỉ định cấp phát máu và chế phẩm máu bị hoãn

Nhận xét: số lần hoãn chỉ định truyền máu tăng cao trong tháng 2 từ 30 chỉ định trong tháng 1 lên 112 chỉ định, cao nhất là 42 chỉ định ở khoa Tiêu Hóa – Huyết Học, tiếp theo là khoa Nội Thận với 25 chỉ định bị hoãn, tiếp theo là các khoa Tim Mạch – Lão Học 12 chỉ định, Hồi Sức Tích Cực Nội Khoa 8 chỉ định, Hồi Sức Tích Cực Ngoại Khoa 6 chỉ định và tổng các khoa lâm sàng khác là 19 chỉ định. Số lượng chỉ định bị hoãn trong tháng 3 giảm xuống 102 chỉ định. Trong các tháng tiếp theo số lượng chỉ định truyền máu bị hoãn giảm thấp còn 20 chỉ định trong tháng 4, 13 chỉ định trong tháng 5 và tháng 6 là 21 chỉ định.

IV. BÀN LUẬN

Trong tổng số 4381 đơn vị máu được sử dụng trong 6 tháng đầu năm 2024 thì chế phẩm máu khối hồng cầu được sử dụng nhiều nhất với số lượng 4165 đơn vị chiếm tỷ lệ 95,1% trong đó hồng cầu lắng 350mL 3930 đơn vị chiếm 89,7% và Hồng cầu lắng 250mL có 235 đơn vị chiếm 5,4%. Chế phẩm huyết tương tươi đông lạnh được cấp phát là 197 đơn vị có tỷ lệ 4,5%. Tiểu cầu là chế phẩm máu được sử dụng ít nhất với 19 đơn vị chiếm tỷ lệ 0,4%. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Chí Thanh tại Bệnh viện Đại học Y dược Hà Nội năm 2021 với tỷ lệ hồng cầu lắng chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là huyết tương tươi đông lạnh, tiểu cầu và tủa lạnh[3]. Tuy tủa lạnh chưa được sử dụng tại đơn vị của chúng tôi, nhưng thứ tự tỷ lệ chế phẩm máu được sử dụng từ nhiều đến ít là giống nhau.

Nhóm máu O là nhóm máu được sử dụng nhiều nhất trong tổng số 4381 đơn vị máu được sử dụng với 1830 đơn vị chiếm tỷ lệ 41,8%. Các nhóm máu khác có thứ tự lần lượt là nhóm máu B với 1418 đơn vị chiếm 32,4%; nhóm máu A với 864 đơn vị có tỷ lệ 19,7% và nhóm máu AB với 269 đơn vị có tỷ lệ 6,1%. Kết quả này phù hợp với đặc điểm nhóm máu của người Việt Nam, theo Theo Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương, nhóm máu có tỷ lệ như sau: nhóm máu O chiếm 42,1%, nhóm máu B chiếm khoảng 30,1%, nhóm máu A khoảng 21,2% và nhóm máu AB chiếm khoảng 6,6%[3].

Trong 4165 đơn vị hồng cầu lắng được sử dụng thì nhóm máu O chiếm nhiều nhất với 1742 đơn vị có tỷ lệ 41,8%; ít nhất là nhóm máu AB với 257 đơn vị có tỷ lệ 6,2%. Hai nhóm

máu A và B có số lượng lần lượt là 808 đơn vị (19,4%) và 1358 đơn vị (32,6%). Tương tự với khối hồng cầu lắng, trong số 197 đơn vị huyết tương tươi đông lạnh có tỷ lệ lần lượt nhóm máu O (43,1%), nhóm máu B (26,4%), nhóm máu A (24,4%) và nhóm máu AB (6,1%). Kết quả này phù hợp với đặc điểm nhóm máu của người Việt Nam [3]. Ngược lại với hai loại chế phẩm trên, nhóm máu A và nhóm máu B có tỷ lệ 42,1% chiếm tỷ lệ cao nhất, trong khi nhóm máu O chỉ chiếm 15,8% và không có đơn vị tiểu cầu máu AB nào được sử dụng.

Tại các khoa lâm sàng, tỷ lệ truyền máu nhiều nhất tại các khoa Tiêu hóa huyết học (29,83%), ICU (12,12%), Nội thận (10,8%) và SICU (10,11%). Tiếp theo một số khoa có tỷ lệ truyền máu thấp Tim mạch lão học (7,24%), Ngoại tổng hợp (5,09%), Cấp cứu (4,45%), Thận nhân tạo (3,88%), Chấn thương chỉnh hình (3,29%), Phẫu thuật gây mê hồi sức (2,17%), Ung bướu (2,17%). Các khoa còn lại chỉ định truyền máu không đáng kể có tỷ lệ dưới 2%. Điều này phù hợp với thực tế tại bệnh viện chúng tôi, khoa Tiêu hóa huyết học điều trị các bệnh nhân có bệnh lý về huyết học nên nhu cầu truyền máu là cao nhất; các khoa ICU và SICU thường xuyên có chỉ định truyền máu là do điều trị các bệnh nhân nặng trước và sau phẫu thuật, có nguy cơ mất máu nhiều.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi được truyền máu nhiều nhất là trên 60 tuổi với 2330 đơn vị chiếm tỷ lệ 53,2%. Tỷ lệ truyền máu cũng giảm dần theo độ tuổi 50-59 (20,5%), 40-49 (12,8%), 30-39 (7,7%), 20-29 (4,2%) và <20 (1,7%). Kết quả này cho thấy những người lớn tuổi, sức khỏe yếu có nhu cầu truyền máu hơn những người trẻ tuổi.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ nam truyền máu nhiều hơn nữ với số lượng 2283 và 2098 đơn vị tương đương tỷ lệ 52% và 48%, tỷ lệ chênh lệch không đáng kể.

Trong thời gian thực hiện nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận có đợt giảm cung ứng chế phẩm máu cho các khoa lâm sàng trong tháng 2 và tháng 3 do khan hiếm nguồn cung máu từ bệnh viện Huyết học – Truyền máu Cần Thơ. Trong tháng 2, số lượng chế phẩm máu cung cấp giảm còn 587 đơn vị, tương đương 68,57% tổng số cung cấp trong tháng 1. Số lượng cung cấp tháng 3 tăng nhẹ đạt tổng cấp phát 606 đơn vị, tăng 3,14% so với tháng 2 và chỉ đạt 70,79% so với tháng 1. Tháng 4 số lượng chế phẩm máu cung cấp tăng mạnh lên 736 đơn vị đạt 85,98% so với trước đợt giảm. Các tháng tiếp theo đã tăng được duy trì. Đến cuối tháng 6, tổng số lượng cấp phát đạt 811 đơn vị đạt 94,74% so với tháng 1. Số lượng cung cấp giảm có sự khác biệt giữa các khoa lâm sàng. Trong cao điểm đợt thiếu máu vào tháng 2, các khoa lâm sàng bị ảnh hưởng nhiều là khoa Tiêu Hóa – Huyết Học giảm 49,47% và khoa Nội Thận giảm 34,78%. Trong giai đoạn số lượng máu dự trữ giảm, bệnh nhân ở 2 khoa trên có chẩn đoán thiếu máu mạn, lâm sàng ổn định thường sẽ tạm ngưng chỉ định truyền máu và tiếp tục điều trị bằng các phương pháp thay thế khác, để bảo tồn máu dự trữ cho các trường hợp bệnh mất máu cấp hoặc có tình trạng lâm sàng nặng. Đối với các khoa Hồi Sức Tích Cực Ngoại Khoa, Hồi Sức Tích Cực Nội Khoa và khoa Tim Mạch – Lão Học lần lượt có số chỉ định hoãn là 6 chỉ định, 8 chỉ định và 12 chỉ định. Các chỉ định truyền máu từ các khoa lâm sàng trên được ưu tiên hơn vì bệnh cảnh bệnh nhân thường có mất máu cấp, lâm sàng nặng, nhiều bệnh nền phối hợp.

Trong số 4685 đơn vị máu được yêu cầu từ các khoa lâm sàng thì số lượng chế phẩm máu được cung cấp là 4381 đơn vị chiếm tỷ lệ 93,51%. Bệnh viện chúng tôi không tự sản xuất được các chế phẩm máu mà phụ thuộc hoàn toàn vào Trung tâm Truyền máu Huyết học Cần Thơ nên không thể đáp ứng 100% nhu cầu sử dụng của lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Thông kê trên 4685 chỉ định truyền máu và 4381 chế phẩm máu đã sử dụng, nhóm máu O là nhóm máu có số lượng chế phẩm máu sử dụng nhiều nhất (43,1%), tiếp theo là nhóm máu B (26,4%), nhóm máu A (24,4%) và nhóm máu AB (6,1%). Loại chế phẩm được sử dụng nhiều nhất là hồng cầu lắng 4165 đơn vị (95,07%) , huyết tương và tiểu cầu lần lượt là 197 đơn vị (4,50%), 19 đơn vị (0,43%).

Kết quả thông kê cho thấy tỷ lệ nam giới truyền máu (52,11%) cao hơn nữ giới (47,89%), chênh lệch không đáng kể.

Số lượng máu, chế phẩm máu sử dụng tăng dần theo các nhóm tuổi, nhóm tuổi từ 60 trở lên có tỷ lệ truyền máu nhiều nhất 2330 đơn vị (53,18%).

Tỷ lệ cung cấp máu và chế phẩm máu có sự khác biệt giữa các khoa lâm sàng. Khoa Tiêu Hóa - Huyết Học chuyên điều trị bệnh lý huyết học là cao nhất 29,92% (1311 đơn vị), các khoa lâm sàng có đa số bệnh nhân có lâm sàng nặng, nhiều bệnh nền kèm theo như Hồi Sức Tích Cực Nội Khoa (12,12%), Nội Thận (10,79%), Hồi Sức Tích Cực Ngoại Khoa (10,02%) và Tim Mạch – Lão Học (7,23%).

Tỷ lệ hoãn truyền máu do thiếu hụt nguồn cung ở khoa Tiêu Hóa Huyết Học và khoa Nội Thận là cao nhất. Các khoa Hồi Sức Tích Cực Nội Khoa, Hồi Sức Tích Cực Ngoại Khoa và Tim Mạch – Lão Học với đặc thù bệnh nhân lâm sàng nặng có nhiều bệnh nền có tỷ lệ hoãn truyền máu thấp.

Tỷ lệ cung ứng máu của bệnh viện Huyết học – Truyền máu Cần Thơ so với nhu cầu sử dụng tại viện là 93,51%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế. Thông tư số 26/2013/TT-BYT Hướng dẫn hoạt động truyền máu. 2013.
2. Bộ Y Tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học. 2022.
3. Nguyễn Chí Thành, Nguyễn Quang Tùng. Thực trạng truyền máu và chế phẩm máu trong 6 tháng đầu năm 2021 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. 2021; Tạp Chí Nghiên cứu Y học, vol. 147 no. 11, p. 31-37.
4. Ngô Mạnh Quân. Nghiên cứu thực trạng và đánh giá hiệu quả áp dụng các biện pháp nâng cao chất lượng truyền máu tại hai huyện đảo Cát Hải và Phú Quốc. 2015;
5. Ngô Mạnh Quân. Tiếp nhận và cung cấp máu trong dịch COVID-19 lan rộng. 2020; Tạp chí Y Học Việt Nam, vol. 496, no. tháng 11.
6. Raturi . M, Kusum. A. The blood supply management amid the COVID-19 outbreak 2020; Transfus. Clin. Biol., vol. 27, no. 3, pp. 147-151.
7. World Health Organization. Global status report on blood safety and availability. 2021.

KHẢO SÁT VÀ ĐÁNH GIÁ THÓI QUEN, MỨC ĐỘ QUAN TÂM CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ VỀ AN TOÀN BẢO MẬT THÔNG TIN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024

Phan Văn Đức Bảo, Chung Trần Phan,
Hà Thị Nhứt Tâm, Nguyễn Hữu Thoại

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát đặc điểm và đánh giá thói quen và mức độ quan tâm của nhân viên y tế về vấn đề an toàn bảo mật thông tin tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang,

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nhân viên y tế đang công tác tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Kết quả: khảo sát trên 154 nhân viên y tế, tỷ lệ nữ chiếm 57.1%. Nhóm tuổi chiếm ưu thế từ 31-55 với 70.8%. Tỷ lệ nhân viên không thay đổi mật khẩu ngay sau khi được cấp tài khoản 16.8%. Tỷ lệ thay đổi mật khẩu cao nhất là 86.2% ở nhóm tuổi 31-55. Thói quen đặt mật khẩu là chuỗi ký tự dễ đoán 69.5%. Khoảng 63.6% nhân viên không có hành vi nguy cơ, nhưng tỷ lệ này ở nam (53%) thấp hơn so với nữ (71.6%), có sự khác biệt giữa nam và nữ ($p < 0.05$).

Kết luận: Nhân viên tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang phần lớn tương đối nhận thức về vấn đề An toàn bảo mật thông tin. Các thói quen về an toàn bảo mật thông tin đều tương đồng cả 2 giới và các nhóm tuổi, tuy nhiên nữ giới có xu hướng ít thực hiện hành vi nguy cơ hơn so với nam giới trong vấn đề bảo mật thông tin.

SURVEY AND EVALUATION OF HEALTHCARE WORKERS' HABITS AND CONCERNS REGARDING INFORMATION SECURITY AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2024

ABSTRACT

Objective: This study aims to examine the characteristics, habits, and level of concern regarding information security among healthcare workers at An Giang Central General Hospital.

Subjects and Methods: The study involved healthcare workers currently employed at An Giang Central General Hospital. research method: cross-sectional descriptive study.

Results: A total of 154 healthcare workers were surveyed, with females accounting for 57.1%. The dominant age group was between 31-55 years, making up 70.8% of participants. About 16.8% of employees did not change their password immediately after being issued an account. The highest rate of password changes (86.2%) was observed in the 31-55 age group. A significant 69.5% of participants used easily guessable character sequences as their passwords. Approximately 63.6% of healthcare workers reported no risky behaviors regarding information security, though this percentage was lower in males (53%) compared to females (71.6%), indicating a significant gender difference ($p < 0.05$).

Conclusion: Healthcare workers at An Giang Central General Hospital generally have a moderate level of awareness regarding information security. Information security habits are relatively similar across genders and age groups; however, females tend to exhibit fewer risky behaviors compared to males when it comes to information security practices.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong thời đại công nghệ 4.0, việc bảo mật thông tin trở thành một trong những vấn đề cấp thiết không chỉ đối với các tổ chức, doanh nghiệp mà còn với từng cá nhân. Thực tế cho thấy giai đoạn 2010-2019 có 53.744 lượt công thông tin, trang tin điện tử có tên miền .vn bị tấn công, trong đó có 2.393 lượt công thông tin, trang tin điện tử của cơ quan Đảng, Nhà nước “.gov.vn”¹

Báo cáo chỉ số an toàn, an ninh thông tin toàn cầu (GCI) của Liên minh Viễn thông Quốc tế (ITU), xếp hạng của Việt Nam ở mức thấp. Trong bảng xếp hạng GCI năm 2018 tiến hành tháng 3/2019, Việt Nam xếp thứ 77/140 quốc gia².

Trong đó, việc bảo mật thông tin bệnh nhân và an toàn dữ liệu y tế đã trở thành mối quan tâm hàng đầu của các cơ sở y tế trên toàn thế giới. Bệnh án điện tử, các hệ thống quản lý thông tin bệnh viện (HIS), và các ứng dụng công nghệ thông tin y tế không chỉ giúp tối ưu hóa công tác điều trị mà còn tạo ra một lượng dữ liệu lớn, bao gồm thông tin nhạy cảm của bệnh nhân. Tuy nhiên, bên cạnh những lợi ích, vấn đề bảo mật thông tin cá nhân và dữ liệu y tế cũng đồng thời đặt ra những thách thức to lớn.

Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, với vai trò là một trong những cơ sở y tế tuyến đầu của tỉnh, phải đối mặt với áp lực không nhỏ về việc bảo mật thông tin. Nhân viên y tế tại đây không chỉ đảm nhận vai trò khám chữa bệnh mà còn phải đảm bảo việc sử dụng và quản lý thông tin bệnh nhân một cách an toàn và hiệu quả. Tuy nhiên, mức độ nhận thức và sự quan tâm của họ đối với vấn đề bảo mật thông tin hiện nay như thế nào vẫn chưa được khảo sát và đánh giá đầy đủ.

Chính vì vậy, nghiên cứu “Khảo sát và đánh giá thói quen, mức độ quan tâm của nhân viên y tế về vấn đề an toàn bảo mật thông tin tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2024” được thực hiện nhằm làm rõ thực trạng nhận thức, mối quan tâm và các yếu tố ảnh hưởng đến thái độ của nhân viên y tế đối với an toàn thông tin với mục tiêu:

Mô tả đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Xác định tương quan giữa giới tính, tuổi đến hành vi an toàn bảo mật thông tin.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn:

Nhân viên y tế đang công tác theo hình thức hợp đồng hoặc biên chế tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang

Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- + Nhân viên thử việc.
- + Nhân viên đang theo học tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: chọn mẫu toàn bộ.

2.3. Nội dung nghiên cứu

Các thông tin cần thu thập: đặc điểm của quần thể nghiên cứu: tuổi, giới tính, khoa/phòng, thói quen sử dụng mật khẩu, thói quen sử dụng phần mềm, thói quen cài đặt phần mềm không rõ nguồn gốc, các thao tác hành vi khi gặp các trường hợp giả định về tấn công mạng. Sử dụng mật khẩu đơn giản để dễ đoán.

Nội dung phân tích: thông tin chung về mẫu nghiên cứu, mối quan hệ giữa độ tuổi và giới tính với hành vi an toàn bảo mật thông tin.

III. KẾT QUẢ

Qua Khảo sát và đánh giá thói quen, mức độ quan tâm của Nhân viên y tế về vấn đề an toàn bảo mật thông tin tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang chúng tôi ghi nhận kết quả như sau:

Bảng 8. Đặc điểm giới tính và nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu

	Nam	Nữ	Tổng
18 – 30	16	20	36 (23.4%)
31 – 55	42	67	109 (70.8%)
> 55	8	1	9 (5.8%)
	66 (42.9%)	88 (57.1%)	154

Nhận xét: nhóm đối tượng nghiên cứu gồm 154 nhân viên y tế, trong đó tỷ lệ nữ (57.1%) cao hơn so với nam (42.9%). Độ tuổi 31-55 chiếm ưu thế lớn nhất với 109 người (70.8%)

Bảng 9. Đặc điểm phân bố thay đổi password theo giới tính

	Không đổi Password	Đổi Password	<i>p</i>
Nam	13 (19.7%)	53 (80.3%)	0.420
Nữ	13 (14.8%)	75 (85.2%)	

Nhận xét: tỷ lệ nhân viên y tế quyết định đổi mật khẩu khá cao, với 80.3% nam và 85.2% nữ chọn thay đổi mật khẩu. Không có sự khác biệt thống kê đáng kể giữa hai giới trong việc đổi mật khẩu ($p > 0.05$)

Bảng 10. Đặc điểm phân bố thay đổi password theo tuổi

Tuổi	Không đổi Password	Đổi Password	<i>p</i>
18 – 30	8 (22.2%)	28 (77.8%)	0.200
31 – 55	15 (13.8%)	94 (86.2%)	
> 55	3 (33.3%)	6 (66.7%)	

Nhận xét: tỷ lệ quyết định thay đổi mật khẩu cao nhất ở nhóm tuổi 31 – 55 (86.2%) so với nhóm 18 – 30 (77.8%) và nhóm > 55 (66.7%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi ($p > 0.05$)

Bảng 11. Đặc điểm thói quen đặt mật khẩu

Câu trả lời	Nam	Nữ	<i>p</i>
Sử dụng chuỗi ký tự dễ đoán	50 (75.8%)	57 (64.8%)	0.143
Sử dụng mật khẩu mạnh	16 (24.2%)	31 (35.2%)	

Nhận xét: đối với việc lựa chọn mật khẩu mạnh, có 16 nam (24.2%) so với 31 nữ (35.2%) lựa chọn mật khẩu mạnh. Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm nam và nữ.

Bảng 12: số hành vi nguy cơ mất an toàn bảo mật thông tin

Số hành vi	0	1	2	3	4 và 5	p
Nam	35 (53%)	21 (31.8%)	9 (13.6%)	1 (1.5%)	0 (0%)	0.028
Nữ	63 (71.6%)	22 (25%)	3 (3.4%)	0 (0%)	0 (0%)	
Tổng	98 (63.6%)	43 (22%)	12 (13.6%)	1 (0.6%)	0 (0%)	

Nhận xét: 98 nhân viên (63.6%) không có hành vi nguy cơ, tỷ lệ nhân viên nam (53%) không có hành vi nguy cơ thấp hơn so với nữ (71.6%). có sự khác biệt thống kê có ý nghĩa giữa hai giới về số hành vi nguy cơ, với nữ giới có ít hành vi nguy cơ hơn so với nam giới ($p < 0.05$)

IV. BÀN LUẬN VÀ KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên tất cả nhân viên y tế đang công tác tại các khoa lâm sàng của Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

Kết quả khảo sát cho thấy trong tổng số 154 nhân viên y tế tham gia, tỷ lệ nữ (57.1%) cao hơn so với nam (42.9%). Điều này có thể phản ánh cấu trúc giới tính trong đội ngũ nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. Đáng chú ý, nhóm tuổi từ 31-55 chiếm ưu thế với 70.8%, cho thấy đây là độ tuổi lao động chính tại bệnh viện.

Về thói quen sử dụng mật khẩu, tỷ lệ nhân viên không thay đổi mật khẩu ngay sau khi được cấp tài khoản là khá cao, 16.8% cao hơn 10.9%³ theo khảo sát của Digital Guardian. Ngoài ra, nhóm tuổi 31-55 có tỷ lệ thay đổi mật khẩu cao nhất (86.2%). Điều này có thể vì họ nhận thức rõ hơn về rủi ro bảo mật hoặc yêu cầu công việc. Tuy nhiên, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi ($p > 0.05$), cho thấy nhận thức về bảo mật thông tin là tương đồng giữa các độ tuổi.

Về thói quen đặt mật khẩu, đa số nhân viên y tế chưa chú trọng đến việc đặt mật khẩu an toàn, có đến 69.5% sử dụng mật khẩu là những chuỗi ký tự từ dễ nhớ, cao hơn so với 11% theo khảo sát của tác giả Aliza Vigdermam⁴

Khoảng 63.6% nhân viên không có hành vi nguy cơ, nhưng tỷ lệ này ở nam (53%) thấp hơn so với nữ (71.6%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$) cho thấy nữ giới có xu hướng cẩn trọng hơn trong việc bảo mật thông tin. Điều này có thể gợi ý các chương trình đào tạo cần tập trung hơn vào việc nâng cao nhận thức cho nam giới về các hành vi an toàn thông tin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1.Thắng LV. An ninh thông tin của Việt Nam trong điều kiện hiện nay:
Thực trạng, vấn đề đặt ra và giải pháp. *Đề tài khoa học cấp Nhà nước*. 2019;
- 2.Schwab K. The global competitiveness report 2018. World Economic Forum; 2018;
- 3.Lord N. Uncovering Password Habits: Are Users' Password Security Habits Improving? Digital Guardian.
<https://www.digitalguardian.com/blog/uncovering-password-habits-are-users%E2%80%99password-security-habits-improving-infographic>
- 4.Vigdermam A. America's Password Habits. Security. <https://www.security.org/resources/online-password-strategies/>

NGHIÊN CỨU BIẾN ĐỔI HÌNH THÁI VÀ CHỨC CÔNG ĐỘNG MẠCH CẢNH NGOÀI SỌ BẰNG SIÊU ÂM DOPPLER Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024

Nguyễn Ngọc Hải Thảo, Nguyễn Ngọc Bích Huyền,
Lê Thị Cẩm Duyên, Trần Văn Thông

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vữa xơ động mạch cảnh (ĐMC) là một yếu tố nguy cơ cao đột quỵ não (ĐQN). Tuy nhiên, nghiên cứu về hình thái và chức năng ĐMC ngoài sọ bằng siêu âm Doppler ở bệnh nhân nhồi máu não (NMN) còn chưa được quan tâm ở Việt Nam

Đối tượng nghiên cứu: Trong nghiên cứu này, 101 bệnh nhân (nam 57, nữ 44) NMN (nhóm bệnh) có độ tuổi trung bình là $66,72 \pm 12,72$ năm được chẩn đoán xác định NMN bằng lâm sàng và bằng chụp cắt lớp vi tính (CLVT: computed tomography) hoặc tạo ảnh cộng hưởng từ (MRI: magnetic resonance imaging) và 52 bệnh nhân (nam 26, nữ 26) không có dấu hiệu NMN trên chụp CLVT (nhóm chứng) có độ tuổi tương đương là: $65,15 \pm 11,13$ năm.

Kết quả: Đường kính tâm thu trung bình (TB), đường kính tâm trương TB ở bên phải và bên trái ĐMCC (lần lượt là: $8,10 \pm 1,21$ và $7,80 \pm 0,99$ mm) của nhóm bệnh thấp hơn so với nhóm chứng (lần lượt là: $8,25 \pm 1,23$ và $8,13 \pm 1,00$ mm) nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Độ dày nội trung mạc (NTM) TB và tỷ lệ tăng độ dày NTM ở bên phải và trái ĐMCC của nhóm bệnh (lần lượt là: $0,96 \pm 0,15$ mm; 71,25% và $1,01 \pm 0,19$ mm; 79,2%) cao hơn so với nhóm chứng (lần lượt là: $0,80 \pm 0,14$ mm; 26,92% và $0,72 \pm 0,09$ mm; 8,0%) có ý nghĩa $p < 0,001$. Mức độ co giãn, vận tốc tâm thu (Vs) và vận tốc tâm trương (Vd) của ĐMCC phải và trái (lần lượt là: $0,79 \pm 0,5$ mm; $69,26 \pm 10,09$ cm/s; $20,76 \pm 4,7$ cm/s và $0,6 \pm 0,29$ mm; $48,49 \pm 8,24$ cm/s; $13,00 \pm 3,02$ cm/s) thấp hơn so với nhóm chứng (lần lượt là: $0,92 \pm 0,54$ mm; $68,61 \pm 10,05$ cm/s; $21,46 \pm 5,74$ cm/s và $0,79 \pm 0,5$ mm; $69,26 \pm 10,09$ cm/s; $20,76 \pm 4,7$ cm/s) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$; Chỉ số sức cản (RI: resistance index) của ĐMCC phải và trái của nhóm bệnh (lần lượt là: $0,72 \pm 0,05$ và $0,71 \pm 0,06$) cao hơn chỉ số RI của ĐMCC phải và trái của nhóm chứng (lần lượt là: $0,70 \pm 0,05$ và $0,69 \pm 0,05$) có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$.

Từ khóa: Vữa xơ động mạch cảnh (ĐMC), đột quỵ nhồi máu não (NMN).

ABSTRACTS

Backgrounds: atherosclerosis carotid artery is a high risks factor for cerebral stroke. However, studies on morphology and function external cranial carotid arteries by Doppler ultrasound in patients with cerebral infarction have not been interested in Vietnam.

Methods: In this study, the data was recorded 101 patients (57 male, 44 female) cerebral infarction (patient group) who had an average age $66,72 \pm 12,72$ years was diagnosed with cerebral infarction identified by clinical and by computed tomography or magnetic resonance imaging and 52 patients (26 male, 26 female) with no signs of cerebral infarction on shooting computer tomography (control group) had similar age ($65,15 \pm 11,13$ years).

Results: The systolic diameter average, diastolic diameter average on the right and left of common carotid arteries ($8,10 \pm 1,21$ mm and $7,80 \pm 0,99$ mm, respectively) in the patient group were higher than that the control group ($8,25 \pm 1,23$ mm and $8,13 \pm 1,00$ mm, respectively) but the difference is not statistically significant ($p > 0,05$). The carotid artery intimal-medial thickness (IMT) distribution and prevalence percentage of increase IMT distribution right and left in the patient group ($0,96 \pm 0,15$ mm and 71,25% and $1,01 \pm 0,19$ mm; 79,2%, respectively) were higher than that the control group ($0,80 \pm 0,14$ mm, 26,92% and $0,72 \pm 0,09$ mm; 8,0%, respectively), $p < 0,001$. The level of elasticity, peak systole velocity, and end

diastole velocity of the right and left $0,79 \pm 0,5$ mm; $69,26 \pm 10,09$ cm/s; $20,76 \pm 4,7$ cm/s and $0,6 \pm 0,29$ mm; $48,49 \pm 8,24$ cm/s; $13,00 \pm 3,02$ cm/s, respectively) are lower than that control group ($0,92 \pm 0,54$ mm; $68,61 \pm 10,05$ cm/s; $21,46 \pm 5,74$ cm/s và $0,79 \pm 0,5$ mm; $69,26 \pm 10,09$ cm/s; $20,76 \pm 4,7$ cm/s, respectively) with $p < 0.001$. The resistant index (RI) of common carotid arteries (right and left) in the patient group ($0,72 \pm 0,05$ and $0,71 \pm 0,06$, respectively) were higher than that the RI in the control group ($0,70 \pm 0,05$ và $0,69 \pm 0,05$, respectively) with $p < 0.001$.

Conclusion: There were a high increased IMT, prevalence percentage of IMT and RI of the common carotid artery in cerebral infarction patients to compared the control group ($p < 0.05$).

Keywords: atherosclerosis carotid artery, cerebral infarction stroke.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, cùng với sự phát triển về kinh tế đã kéo theo lối sống ít vận động và ăn nhiều năng lượng đã làm gia tăng bệnh lý đột quỵ não (ĐQN) trên phạm vi toàn thế giới. Ở Hoa Kỳ, trung bình hằng năm có khoảng 700.000 người bị ĐQN, trong đó 500.000 người là mới mắc, 200.000 người bị tái phát và tử vong khoảng 200.000 người. Ở Việt Nam, từ năm 1995 trở lại đây, nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bị ĐQN hằng năm tăng cao [1], [2]. ĐQN bao gồm chảy máu não, xuất huyết dưới nhện, nhồi máu não (NMN). Trong đó tỷ lệ NMN là cao nhất (chiếm khoảng 80%), trong NMN thì nhồi máu động mạch não giữa là thường gặp.

Động mạch cảnh (ĐMC) có chức năng tưới máu cho phần lớn các tổ chức của các bán cầu đại não. Khi có những thay đổi gây hẹp lòng ĐMC, tình trạng tưới máu não sẽ suy giảm, nó có thể trực tiếp trở thành yếu tố nguy cơ đe dọa hay gây nên bệnh lý NMN. Nhiều nghiên cứu trước đây đã dùng siêu âm Doppler đánh giá hình thái và chức năng ĐMC để tiên lượng yếu tố nguy cơ ĐQN [4], [5], [8]. Tuy nhiên, nghiên cứu biến đổi hình thái và chức năng ĐMC đoạn ngoài sọ trên siêu âm Doppler ở bệnh nhân NMN ở Việt Nam chưa được quan tâm nhiều. Xuất phát từ lý do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với các mục tiêu sau: *Nghiên cứu biến đổi hình thái và chức năng ĐMC đoạn ngoài sọ bằng siêu âm Doppler ở bệnh nhân NMN.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả cắt ngang có phân tích so sánh nhóm chứng

2.2. Cơ mẫu

Trong nghiên cứu của chúng tôi chọn được 101 bệnh nhân nhóm bệnh và 52 bệnh nhân nhóm chứng

2.3. Đối tượng

2.3.1 Nhóm bệnh

Gồm tất cả bệnh nhân NMN được chẩn đoán bằng khám lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính (CT : computed tomography) hoặc tạo ảnh cộng hưởng từ (MRI: magnetic resonance imaging) sọ não.

* *Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nhóm bệnh:*

- *Tiêu chuẩn lâm sàng:*

- Dựa theo định nghĩa về ĐQN của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO: World Health Organization) (1990) [1].

- Dựa vào đặc điểm lâm sàng:

Khởi đầu đột ngột, cấp tính và nặng dần, dấu biểu hiện tổn thương thần kinh khu trú, các triệu chứng tồn tại > 24 h, không do chấn thương.

- *Tiêu chuẩn cận lâm sàng:*

- Chụp CLVT hoặc MRI sọ não: thời gian từ ngày thứ 3 đến thứ 7 sau bị ĐQN cho thấy điển hình của hình ảnh tổn thương kiểu NMN ở khu vực tưới máu của động mạch não.

** Tiêu chuẩn loại trừ nhóm bệnh:*

- ĐQN do bệnh lý từ tim; ĐQN chưa rõ nguyên nhân; ĐQN của một số bệnh cấp cứu khác; Đột quỵ não mà những bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu.

2.3.2. Nhóm chứng

Gồm tất cả bệnh nhân không có bệnh lý NMN có phân bố độ tuổi và giới tương đương đang điều trị tại khoa Nội Thần Kinh được chỉ định siêu âm Doppler động mạch cảnh.

** Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nhóm chứng:*

- Bệnh nhân không bị NMN qua khám lâm sàng và được loại trừ NMN bằng chụp CLVT, MRI.

2.4. Địa điểm

Phòng siêu âm, khoa Thăm dò chức năng, BV Đa Khoa Trung Tâm An Giang

2.5. Cách tiến hành

2.5.1 Tiến hành chọn các BN được chẩn đoán xác định khi đáp ứng 2 tiêu chí chẩn đoán về lâm sàng và qua chụp CLVT hoặc chụp MRI.

2.5.2 Đánh giá siêu âm ĐMC chung (ĐMCC)

2.6. Xử lý số liệu

Các dữ liệu được xử lý bằng thuật toán thống kê y sinh học bằng phần mềm SPSS 16.0

2.7. Đo lường các biến

- Đo đường kính lòng mạch: vị trí đo dưới chỗ chia ĐMC trong và ngoài 1cm. Đơn vị là mm [4], [10].

- Đo độ dày nội trung mạc (NTM) bằng siêu âm 2D cắt dọc ĐMCC.

+ Đánh giá độ dày NTM ĐMCC theo hướng dẫn Hội tăng huyết áp và Hội tim mạch Châu Âu năm 2003 [11].

. Bình thường: khi độ dày NTM < 0,9 mm.

. Tăng độ dày NTM: khi độ dày NTM 0,9 - 1,5 mm.

. Có mảng vữa xơ (MVX): khi độ dày NTM > 1,5 mm.

+ Độ dày mảng vữa xơ: theo Hội tăng huyết áp Châu Âu/Hội tim mạch Châu Âu năm 2003 là > 1,5 mm [11].

+ Trên siêu âm phổ sóng doppler.

- Đo vận tốc tâm thu V_s (peak systole velocity) đo tại đỉnh sóng tâm thu (cm/s).

- Đo vận tốc tâm trương V_d (end diastole velocity) đo tại thời điểm cuối tâm trương (cm/s).

- Chỉ số sức cản (RI: resistance index) tính toán trên theo công thức: $RI = (V_s - V_d) / V_s$

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Nhóm		Nhóm bệnh (n=101)	Nhóm chứng (n =52)	p
Tuổi (năm)	Trung bình	66,72 ± 12,72	65,15 ± 11,13	> 0,05
	≥ 60, n (%)	63 (41,2)	39 (25,5)	> 0,05
	< 60, n (%)	38 (24,8)	13 (8,5)	> 0,05
Giới	Nam, n (%)	57 (37,3)	26 (17,0)	> 0,05
	Nữ, n (%)	44 (28,8)	26 (17,0)	> 0,05

2. Hình thái, chức năng ĐMCC phải và trái ở nhóm bệnh

		ĐMCC phải (n = 101)	ĐMCC trái (n = 101)	p
HÌNH THÁI	Đường kính tâm thu TB (mm)	8,10 ± 1,21	7,80 ± 0,99	> 0,05
	Đường kính tâm trương TB (mm)	7,50 ± 1,24	7,11 ± 0,95	> 0,05
	Độ dày NTMTB (mm)	0,96 ± 0,15	1,01 ± 0,19	> 0,05
	Có MVX, n %	79 (51,60)	77 (50,30)	> 0,05
CHỨC NĂNG	Mức độ co giãn (mm)	0,6 ± 0,29	0,69 ± 0,31	> 0,05
	Vs (cm/s)	48,49 ± 8,24	51,90 ± 8,78	> 0,05
	Vd (cm/s)	13,00 ± 3,02	13,63 ± 3,77	> 0,05
	Chỉ số RI	0,72 ± 0,05	0,71 ± 0,06	> 0,05

* *Nhận xét:* Không có sự khác nhau về hình thái, chức năng ĐMCC phải và trái ở nhóm bệnh nhân NMN (p > 0,05).

3. Hình thái và chức năng ĐMCC phải và trái ở nhóm chứng

		ĐMCC phải (n = 52)	ĐMCC trái (n = 52)	p
HÌNH THÁI	Đường kính tâm thu TB (mm)	8,25 ± 1,23	8,13 ± 1,00	> 0,05
	Đường kính tâm trương TB (mm)	7,45 ± 1,09	7,21 ± 0,90	> 0,05
	Độ dày NTMTB (mm)	0,80 ± 0,14	0,72 ± 0,09	> 0,05
	Có MVX, n %	46 (30,1)	44 (28,8)	> 0,05
CHỨC NĂNG	Mức độ co giãn (mm)	0,79 ± 0,5	0,92 ± 0,54	> 0,05
	Vs (cm/s)	69,26 ± 10,09	68,61 ± 10,0	> 0,05
	Vd (cm/s)	21,46 ± 5,74	20,76 ± 4,7	> 0,05
	Chỉ số RI	0,70 ± 0,05	0,69 ± 0,05	> 0,05

* *Nhận xét:*

- Không có sự khác nhau về hình thái, chức năng ĐMCC phải và trái ở nhóm chứng.
- Tỷ lệ có mảng vữa xơ ĐMCC phải và trái ở nhóm chứng là 30,1% và 28,8%

4. Biến đổi hình thái, chức năng ĐMCC phải ở các nhóm nghiên cứu

		Nhóm bệnh (n=101)	Nhóm chứng (n =52)	p
HÌNH THÁI	Đường kính tâm thu TB (mm)	8,10 ± 1,21	8,25 ± 1,23	> 0,05
	Đường kính tâm trương TB (mm)	7,50 ± 1,24	7,45 ± 1,09	> 0,05
	Độ dày NTMTB (mm)	0,96 ± 0,15	0,80 ± 0,14	> 0,05
	Có tăng, n(%)	75 (71,25)	14 (26,92)	<0.001
	Có MVX, n %	79 (51,60)	46 (30,1)	<0.001
CHỨC NĂNG	Mức độ co giãn (mm)	0,6 ± 0,29	0,79 ± 0,5	<0.001
	Vs (cm/s)	48,49 ± 8,24	69,26 ± 10,09	<0.001
	Vd (cm/s)	13,00 ± 3,02	21,46 ± 5,74	<0.001
	Chỉ số RI	0,72 ± 0,05	0,70 ± 0,05	<0.001

* Nhận xét:

- Tăng tỷ lệ cũng như độ dày NTMTB ĐMCC phải ở nhóm bệnh (lần lượt là: 71,25% và 0,96 ± 0,15mm cao hơn so với nhóm chứng (lần lượt là: 26,92% và 0,80 ± 0,14mm lần) có ý nghĩa thống kê p < 0,001.

- Tỷ lệ bệnh nhân có MVX ở ĐMCC phải ở nhóm bệnh là 51,60% trong khi nhóm chứng là 30,01%.

- Mức co giãn, Vs và Vd của ĐMCC phải ở nhóm bệnh thấp hơn, ngược lại chỉ số RI lại cao hơn so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê p < 0,001.

5. Biến đổi hình thái, chức năng ĐMCC trái ở các nhóm nghiên cứu

		Nhóm bệnh (n=101)	Nhóm chứng (n =52)	p
HÌNH THÁI	Đường kính tâm thu TB (mm)	7,80 ± 0,99	8,13 ± 1,00	> 0,05
	Đường kính tâm trương TB (mm)	7,11 ± 0,95	7,21 ± 0,90	> 0,05
	Độ dày NTMTB (mm)	1,01 ± 0,19	0,72 ± 0,09	<0.001
	Có tăng, n(%)	80 (79,20)	4 (8,00)	<0.001
	Có MVX, n %	77 (50,30)	44 (28,8)	<0.001
CHỨC NĂNG	Mức độ co giãn (mm)	0,69 ± 0,31	0,92 ± 0,54	<0.001
	Vs (cm/s)	51,90 ± 8,78	68,61 ± 10,0	<0.001
	Vd (cm/s)	13,63 ± 3,77	20,76 ± 4,7	<0.001
	Chỉ số RI	0,71 ± 0,06	0,69 ± 0,05	<0.001

Nhận xét

- Tăng tỷ lệ cũng như độ dày NTMTB ĐMCC phải ở nhóm bệnh (lần lượt là: 79,20% và 1,01 ± 0,19 cao hơn so với nhóm chứng (lần lượt là: 8% và 0,72 ± 0,09 lần) có ý nghĩa thống kê p < 0,001.

- Tỷ lệ bệnh nhân có MVX ở ĐMCC phải ở nhóm bệnh là 50,30% trong khi nhóm chứng là 28,80%
- Mức co giãn, Vs và Vd của ĐMCC phải ở nhóm bệnh thấp hơn, ngược lại chỉ số RI lại cao hơn so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay, có rất nhiều phương pháp chẩn đoán hình ảnh được áp dụng trong thăm khám hình thái, chức năng ĐMC như siêu âm, chụp CLVT, chụp MRI, chụp động mạch. Tuy nhiên, siêu âm vẫn là phương pháp được lựa chọn đầu tiên, trước khi tiến hành các biện pháp khác, được áp dụng rộng rãi nhờ tính tiện dụng và hiệu quả của nó so với các phương pháp chẩn đoán khác. Do vị trí giải phẫu dễ làm, hơn thế nữa, một số chỉ tiêu ở ĐMC đã được coi là dấu ấn thay thế cho các nghiên cứu tổn thương sớm xơ động mạch như độ dày NTM là chỉ tiêu dự báo nguy cơ các bệnh lý mạch máu não [5], [6], [12], [13], [14]. Trong nghiên cứu này, 101 bệnh nhân được chẩn đoán xác định NMN (nhóm bệnh) và 52 bệnh nhân không có bệnh lý NMN (nhóm chứng) đã được siêu âm Doppler ĐMCC phải và trái, kết quả của nghiên cứu cho thấy: tất cả các chỉ tiêu ĐMCC không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các chỉ tiêu ĐMCC phải và trái ở cả nhóm bệnh và nhóm chứng ($p > 0,05$). Kết quả của nghiên cứu về hình thái ĐMCC cho thấy độ dày NTMTB ở nhóm NMN [ĐMCC (P)] là: $0,96 \pm 0,15$ mm, so với nhóm chứng là $0,80 \pm 0,14$ mm sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$, độ dày NTM [ĐMCC (T)] là: $1,01 \pm 0,19$ mm so với nhóm chứng là: $0,72 \pm 0,09$ mm ($p < 0,001$). Theo Hiệp hội Châu Âu chọn độ dày NTM $\geq 0,9$ mm là bệnh lý, tăng tỷ lệ cũng như độ dày NTMTB ĐMCC phải ở nhóm bệnh (lần lượt là: 71,25% và $0,96 \pm 0,15$ mm cao hơn so với nhóm chứng (lần lượt là: 26,92% và $0,80 \pm 0,14$ mm lần) có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$, đường kính tâm thu ĐMCC (P) là $8,10 \pm 1,21$ mm so với nhóm chứng là $8,25 \pm 1,23$ mm, đường kính tâm thu ĐMCC (T) là $7,80 \pm 0,99$ mm so với nhóm chứng là $8,13 \pm 1,00$ mm; đường kính tâm trương ĐMCC (P) là $7,50 \pm 1,24$ mm so với nhóm chứng là $7,45 \pm 1,09$ mm, đường kính tâm trương ĐMCC (T) là $7,11 \pm 0,95$ mm so với nhóm chứng là $7,21 \pm 0,90$. Như vậy đường kính tâm thu và tâm trương ĐMCC (P) và (T) nhóm NMN cao hơn so với nhóm chứng tuy nhiên sự khác biệt chưa đạt con số có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả của nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của Trần Văn Trung và CS [7] khi khảo sát độ dày NTM trên 115 bệnh nhân NMN thì độ dày NTM ĐMCC (P) là $1,25 \pm 0,61$ mm và ĐMCC (T) là $1,22 \pm 0,49$ mm, trong khi độ dày NTM ở 50 bệnh nhân nhóm chứng thì độ dày NTM ĐMCC (P) là $0,81 \pm 0,13$ mm và ĐMCC (T) là $0,80 \pm 0,119$ mm, Lê Thị Bích Thuận [9] qua 76 trường hợp NMN ghi nhận độ dày NTMTB là $1,25 \pm 0,50$ mm. Stefan Rosfors và CS [17] khảo sát 5147 bệnh nhân đột quỵ thì độ dày NTM là $1,59 \pm 0,60$ mm.

Khi nghiên cứu chức năng động mạch trên siêu âm người ta quan tâm đến chức năng thành mạch và chức năng huyết động. Về sự biến đổi của thành mạch, đây là một quá trình bệnh lý khá phức tạp với sự tham gia nhiều yếu tố, nhiều quá trình và tác động lẫn nhau lên thành mạch làm thành mạch bị tổn thương, sớm nhất là tăng độ cứng thành mạch. Bên cạnh đó ở những bệnh nhân NMN lại kèm theo nhiều bệnh lý nền đi kèm như đái đường, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu mà hay gặp ở người cao tuổi nên các yếu tố này là nguyên nhân dẫn đến tăng tính cứng và giảm tính đàn hồi của thành mạch. Đường kính ĐMCC ở nhóm có mảng vừa xơ cao hơn đáng kể so với nhóm không có mảng vừa xơ, cơ chế này có lẽ do sự co giãn ĐMC để đáp ứng bù trừ sớm để bảo tồn diện tích lòng mạch [1], [2], [3], [20]. Trong nghiên cứu này chúng tôi có sử dụng mức co giãn động mạch tại ĐMCC khi làm siêu âm ĐMC. Mức co giãn của ĐMCC (P) và (T) ở nhóm bệnh thấp hơn so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$, kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Trần Văn Trung và CS [7]. Về phương diện huyết động dựa vào vận tốc đỉnh tâm thu, vận tốc tâm trương, chỉ số RI. Kết quả của nghiên cứu thấy rằng ở nhóm bệnh, tốc độ tâm thu trung bình ĐMCC (P) là $48,49 \pm 8,24$ (cm/s), ĐMCC (T) là $51,90 \pm 8,78$ (cm/s), so với nhóm chứng ĐMCC (P) là $69,26 \pm 10,09$ (cm/s), ĐMCC (T) là $68,61 \pm 10,0$ (cm/s), tốc độ tâm trương trung bình ĐMCC (P) là $13,00 \pm 3,02$ (cm/s), ĐMCC (T) là $13,63 \pm 3,77$ (cm/s), so với nhóm chứng ĐMCC (P) là $21,46 \pm 5,74$ (cm/s), ĐMCC (T) là $20,76 \pm 4,7$ (cm/s). Như vậy tốc độ tâm thu, tâm trương, mức co giãn nhóm bệnh thấp hơn nhóm

chứng, còn chỉ số sức cản RI ĐMCC (P) là $0,72 \pm 0,05$ so với nhóm chứng là $0,70 \pm 0,05$, chỉ số sức cản ĐMCC(T) là $0,71 \pm 0,06$ so với nhóm chứng là $0,69 \pm 0,05$. Sự khác biệt trên này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Kết quả của nghiên cứu này tương đương với kết quả nghiên cứu của Daniel HO và CS (1999) nghiên cứu trên người cao tuổi bị đột quy não.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu này, 101 bệnh nhân (nam 57, nữ 44) NMN (nhóm bệnh) có độ tuổi trung bình là $66,72 \pm 12,72$ năm được chẩn đoán xác định NMN bằng lâm sàng và bằng chụp cắt lớp vi tính (CLVT: computed tomography) hoặc tạo ảnh cộng hưởng từ (MRI: magnetic resonance imaging) và 52 bệnh nhân (nam 26, nữ 26) không có dấu hiệu NMN trên chụp CLVT (nhóm chứng) có độ tuổi tương đương là: $65,15 \pm 11,13$ năm. Cả hai nhóm được siêu âm Doppler ĐMC chung (ĐMCC). Kết quả của nghiên cứu cho thấy:

- Đường kính tâm thu trung bình (TB), đường kính tâm trương TB ở bên phải và bên trái ĐMCC (lần lượt là: $8,10 \pm 1,21$ và $7,80 \pm 0,99$ mm) của nhóm bệnh thấp hơn so với nhóm chứng (lần lượt là: $8,25 \pm 1,23$ và $8,13 \pm 1,00$ mm) nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

- Độ dày nội trung mạc (NTM) TB và tỷ lệ tăng độ dày NTM ở bên phải và trái ĐMCC của nhóm bệnh (lần lượt là: $0,96 \pm 0,15$ mm; 71,25% và $1,01 \pm 0,19$ mm; 79,2%) cao hơn so với nhóm chứng (lần lượt là: $0,80 \pm 0,14$ mm; 26,92% và $0,72 \pm 0,09$ mm; 8,0%) có ý nghĩa $p < 0,001$.

- Mức độ co giãn, vận tốc tâm thu (Vs) và vận tốc tâm trương (Vd) của ĐMCC phải và trái (lần lượt là: $0,79 \pm 0,5$ mm; $69,26 \pm 10,09$ cm/s; $20,76 \pm 4,7$ cm/s và $0,6 \pm 0,29$ mm; $48,49 \pm 8,24$ cm/s; $13,00 \pm 3,02$ cm/s) thấp hơn so với nhóm chứng (lần lượt là: $0,92 \pm 0,54$ mm; $68,61 \pm 10,05$ cm/s; $21,46 \pm 5,74$ cm/s và $0,79 \pm 0,5$ mm; $69,26 \pm 10,09$ cm/s; $20,76 \pm 4,7$ cm/s) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$;

- Chỉ số sức cản (RI: resistance index) của ĐMCC phải và trái của nhóm bệnh (lần lượt là: $0,72 \pm 0,05$ và $0,71 \pm 0,06$) cao hơn chỉ số RI của ĐMCC phải và trái của nhóm chứng (lần lượt là: $0,70 \pm 0,05$ và $0,69 \pm 0,05$) có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$.

Tóm lại: có sự tăng khá cao độ dày NTMTB, tỷ lệ tăng độ dày NTM và chỉ số RI ở bệnh nhân đột quy NMN so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nguyễn Văn Đăng (2006), “*Tai biến mạch máu não*”, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
- Lê Đức Hinh (2007), “*Tai biến mạch máu não*”, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
- Nguyễn Văn Trí (2006), “*Siêu màu Dupplex khảo sát mạch máu và siêu âm Doppler động mạch cảnh đoạn ngoài sọ*”, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
- NguyễnThị Phi Nga (2007), “*Nghiên cứu hình thái chức năng động mạch cảnh trên siêu âm với một số yếu tố nguy cơ vừa xơ trên bệnh nhân đái đường type 2*”, Luận án Tiên sĩ y khoa, Học viện Quân y.
- Nguyễn Đức Hải và Nguyễn Hồng Ngọc (2002), “*Đánh giá vừa xơ động mạch cảnh đoạn ngoài sọ bằng siêu âm Doppler trên bệnh nhân nhồi máu não*”, Tạp chí tim mạch học số 29, Tr. 450.
- Bùi Nguyên Kiểm và Nguyễn Phạm Ý Nhi (2006), “*Đánh giá tình hình hẹp động mạch cảnh đoạn ngoài sọ bằng phương pháp siêu âm tại bệnh viện XanhPhôn Hà Nội*”, Kỷ yếu các báo cáo khoa học tại Hội nghị tim mạch lần thứ XII tháng 11/2006, Tr. 156.
- Trần Văn Trung, Nguyễn Đức Công, “*Nghiên cứu biến đổi hình thái và chức năng động mạch cảnh ngoài sọ bằng siêu âm Doppler ở bệnh nhân nhồi máu não*”, *Bệnh viên Đa khoa Tỉnh Bình Định, Bệnh viện Thống Nhất Thành phố Hồ Chí Minh*
- Nguyễn Hải Thuý, Lê Chuyên (2008), “*Khảo sát bề dày lớp nội trung mạc, mảng xơ vữa động mạch cảnh theo phân loại giai đoạn lâm sàng bệnh mạch máu não NATALI-THEVENET*”, Tạp chí y học thực hành số 616, Tr. 781 -781.
- Lê thị Bích Thuận (2009), “*Khảo sát tổn thương động mạch cảnh ở bệnh nhân trên 60 tuổi tại khoa nội Bệnh viện Trường Đại học Y Huế bằng siêu âm Doppler*”, Tạp chí Nội khoa số 1, Tr.344 - 359.
- Bai Ch, Chen JR, Chiu HC, Pan WH (2007), “*Lower blood flow velocity, higher resistance indembnmnx and larger diameter of extracranial carotid arteries are associated with ischemic stroke independently of carotid atherosclerosis and cardiovascular risk factors.*”, *Ultrasound*; 35(6): 322 - 330.
- Bang OY, Lee Ph, Yoon SR, Lee MA (2005), “*Inflammatory markers, rather than conventional risk factors, are different between carotid and MCA atherosclerosis*”, *J Neurol Psychiatry*; 76(8): 1045-1052.
- Paulo Sergio Dall Bona Stahlke (2008), “*Appropriateness of Carotid plaque and intima-media thickness assessment in routine clinical practice*”, *Cardiovascular Ultrasound*; 10: 1186-1194.
- Journal of hypertension 2003, “*Guidelines Committee: 2003 European society of hypertension- Eropean society of cardiology guidelines for the mangement of arterial hypertension*”.
- Fragata I, Galo S, Manita M, Ferrecia S, Reis j (2006), “*Prevalence of carotid artery ultrasonography*”, *Acta Med Port*; 19(6): 446 - 450.
- Malferrari G, Bertolino C, Casoni F, Zini A, Sarra VM (2007), “*Ultrasound Assessment in Acute ischemic stroke within 3 hours*”, *Cerebrovasc Dis*; 24(5): 459-476.
- Nikie P, Savie, Zarie, Durie D (2003), “*Common carotid artery intima-media thickness, carotid atherosclerosis and subtypes of ischemic cerebral disease*”, *Med Pregl*; 56(1):85-91.
- Stefan Rosfors, Staffan Hallerstam (1998), “*Relationship between intima- media thickness in the common carotid arteryand atherosclerosis in the carotid bifurcation*”, *Stroke*; 28:1378-1382.
- S. Ebrahim, Papacosta O (2000), “*Carotid plaque, intima-media thickness cardiovascular rick factors, and prevalent cardiovascular diaseses in women than in men*”, *Stroke*; 30(4): 841-850.
- Akihino- Kitanura (2004), “*Carotid intina thickness and plaque characteristics as a risk factor for stroke in Japanese elderly men*”, *Stroke*; 35: 2788-2795.
- Inoue K, Matsumoto M, Shono T, Toyokawa S, Moriki A (2007), “*Increased intima media thickness and atherosclerosis plaques in the carotid artery as risk factors for silent brain infarcts*”, *Skoke Cerebrovass Dis*; 16(1):14-20.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẢN VỆ TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG 2024

Cao Hồng Liên Phương, Trần Vũ Linh
Nguyễn Thanh Tuấn, Huỳnh Kim Lan Anh

TÓM TẮT

Mục tiêu

1. Nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng của phản vệ
2. Đánh giá hiệu quả điều trị phản vệ ở Khoa Cấp cứu

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Kết quả: Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $40,66 \pm 15,68$ tuổi. Trong đó nam giới chiếm 43% và nữ giới là 57%. Đa số bệnh nhân phản vệ vào viện không có tiền sử dị ứng trước đó chiếm 72,4% so với bệnh nhân có tiền sử dị ứng 27,6%. Nguyên nhân phản vệ thường gặp nhất là do thuốc chiếm 37,6%, kế đến là nguyên nhân chưa xác định chiếm 24,1%, thức ăn chiếm 21,8% và nọc côn trùng chiếm 16,5%. Biểu hiện thường gặp nhất vẫn là ở da niêm chiếm 93,5%, kế đến là hô hấp chiếm 27,1%, tim mạch 15,9%. Mức độ phản vệ gặp ở cả 4 độ nhưng chủ yếu vào viện là ở độ I chiếm 62,9%. Kết quả có 96,5% bệnh nhân đỡ giảm, 2,9% bệnh nhân chuyển độ nặng hơn và 0,6% bệnh nhân tử vong.

Kết luận: Tỷ lệ phản vệ ngày càng gia tăng. Triệu chứng của phản vệ đa dạng biểu hiện ở nhiều cơ quan trong cơ thể, đứng hàng đầu là các triệu chứng trên da – niêm mạc, hô hấp và tim mạch. Nguyên nhân gây phản vệ thường gặp nhất là thuốc. Mức độ phản vệ gặp ở cả 4 độ nhưng chủ yếu vào viện là ở độ I chiếm 62,9%. Thuốc thường dùng là dịch truyền, corticoid, kháng Histamin H1 98,8% và Adrenalline 36,5%, có 1 trường hợp hồi sức tim phổi. Đa số các trường hợp phản vệ vào khoa Cấp cứu Bệnh viện Đa khoa Trung Tâm An Giang đều hồi phục đỡ giảm chiếm 96,5%, tỉ lệ tử vong thấp chiếm 0,6%.

ABSTRACT

Targets

1. Describe the clinical features of anaphylaxis
2. Evaluate the effectiveness of anaphylaxis treatment at the Emergency Department

Methods of research: Cross-sectional descriptive study

Result: The average age of the study patient group was $40,66 \pm 15,68$ years old. Among them, men account for 43% and women account for 57%. The majority of anaphylactic patients admitted to the hospital had no medical history of allergies (72,4%), meanwhile the number of patients with a history of allergies takes 27,6%. The most common cause of anaphylaxis is drugs accounting for 37,6%, followed by unknown causes accounting for 24,1%, food accounting for 21,8% and insect venom accounting for 16,5%. The most common manifestation is on the skin and in mucous membranes, accounting for 93,5%, followed by respiratory disease, 27,1%, and cardiovascular disease, 15,9%. The level of anaphylaxis occurs in all 4 grades, but the principal hospitalizations are in grade I, accounting for 62,9%. As a result, 96,5% of patients got better, 2,9% of patients got worse and 0,6% of patients had died.

Conclusion: The rate of anaphylaxis is increasing day by day. Symptoms of anaphylaxis are diverse and manifest in many organs of the human body, with the leading symptoms being on the skin - mucous membranes, respiratory system and cardiovascular system. The most common cause of anaphylaxis is medication. The level of anaphylaxis occurs in all 4 grades, but the majority of hospitalizations are in grade I, accounting for 62,9%. Commonly used medication are infusion fluids, corticosteroids, antihistamine H1 98.8% and Adrenalline 36,5%, with 1 case needed the support of cardiopulmonary resuscitation. Most anaphylactic

cases admitted to the Emergency Department of An Giang Central General Hospital recovered, accounting for 96,5%, besides is a low mortality rate that only 0,6% of patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc phản vệ là tình trạng dị ứng đặc biệt nghiêm trọng có thể đe dọa đến tính mạng nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Nó có thể xảy ra ngay lập tức trong vòng vài giây đến vài phút sau khi tiếp xúc với dị nguyên như thuốc, thức ăn, nọc sinh vật hay côn trùng ... Ngay cả khi được chẩn đoán và xử trí kịp thời thì vẫn có bệnh nhân tử vong.

Những năm gần đây, vấn đề sốc phản vệ ngày càng được quan tâm nhiều hơn do tính chất nguy hiểm của nó và người ta cũng nhận thấy tình trạng sốc phản vệ ngày càng gia tăng. Tỷ lệ sốc phản vệ thay đổi theo từng nghiên cứu và thay đổi theo khả năng thống kê của mỗi quốc gia.

Theo những dữ liệu công bố gần đây, Tỷ lệ sốc phản vệ ngày càng gia tăng trong những năm gần đây. Ước tính, khoảng 1-2% dân số thế giới có ít nhất một lần sốc phản vệ trong đời, riêng Châu Âu là 4-5 trường hợp sốc phản vệ / 10.000 dân mỗi năm, ở Mỹ những năm gần đây là 58,9 trường hợp/10.000 dân hằng năm. Tỷ lệ tử vong của sốc phản vệ ước tính là 1%. [5],[6]. Tại Việt Nam, theo Gs. Nguyễn Năng An, dị ứng thuốc chiếm tỷ lệ cao (hơn 8,5% dân số) tại nhiều địa phương. Trong đó, sốc phản vệ chiếm khoảng 10% các ca dị ứng thuốc, có khoảng 10% tử vong do sốc phản vệ. [4]

Vì vậy sốc phản vệ luôn là vấn đề thời sự, các triệu chứng lâm sàng của phản vệ rất đa dạng, phong phú nên dễ bị nhầm lẫn, bỏ sót dẫn tới tử vong. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng. Ở Việt Nam, Bộ Y Tế đã ban hành thông tư 08/1999-TT-BYT từ năm 1999 về hướng dẫn phòng và cấp cứu sốc phản vệ tại các cơ sở y tế cho tới nay.

Do đó việc nhận biết sớm, phân loại mức độ phản vệ hợp lý tiến hành điều trị kịp thời là vấn đề cấp thiết. Nên chúng tôi thực hiện đề tài “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá tình trạng phản vệ tại khoa Cấp cứu Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2024” với 2 mục tiêu chính:

- 1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của phản vệ**
- 2. Đánh giá hiệu quả điều trị phản vệ ở Khoa Cấp cứu**

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả cắt ngang

2.2. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu thuận tiện. Chúng tôi chọn 170 mẫu.

2.3. Thời gian thu thập số liệu

01/02/2024 – 31/7/2024

2.4. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán phản vệ tại Khoa Cấp cứu Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ 01/02/2024 – 31/07/2024

2.5. Cách tiến hành

- *Tiêu chuẩn chọn mẫu:* dựa vào tiêu chuẩn lâm sàng, tiền sử để chẩn đoán bệnh nhân phản vệ khi có đủ 1 trong 3 tiêu chuẩn sau:

2.5.1. Các triệu chứng xuất hiện cấp tính (trong vài phút đến vài giờ) ở da, niêm mạc và ít nhất 1 trong 2 triệu chứng sau

- a. Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít, giảm lưu lượng đỉnh, giảm ôxy máu)
- b. Tụt HA hoặc các hậu quả của tụt HA như ngất, đại tiểu tiện không tự chủ.

2.5.2. Ít nhất 2 trong 4 triệu chứng sau xuất hiện trong vòng vài phút – vài giờ sau khi người bệnh tiếp xúc với thuốc

- a. Biểu hiện ở da, niêm mạc
- b. Các triệu chứng hô hấp
- c. Tụt HA hoặc các hậu quả của tụt HA
- d. Các triệu chứng tiêu hoá kéo dài (nôn, đau bụng do co thắt)

2.5.3. Tụt huyết áp xuất hiện vài phút đến vài giờ sau khi tiếp xúc với 1 dị nguyên mà người bệnh đã từng bị dị ứng

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Bệnh nhân phản vệ đã được xử trí ở tuyến trước. Bệnh nhân sốc do các nguyên nhân khác (sốc tim, sốc giảm thể tích, sốc nhiễm khuẩn, ...)

2.6. Công cụ thu thập và xử lý số liệu: SPSS 20.0

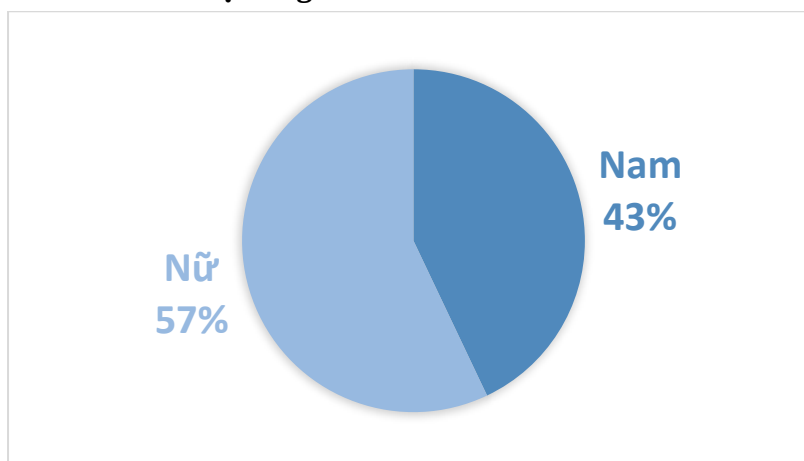
2.7. Biến số nghiên cứu cần thu thập

III. KẾT QUẢ

3.1. Kết quả điều trị

3.2. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.2.1 Giới tính của nhóm bệnh nghiên cứu



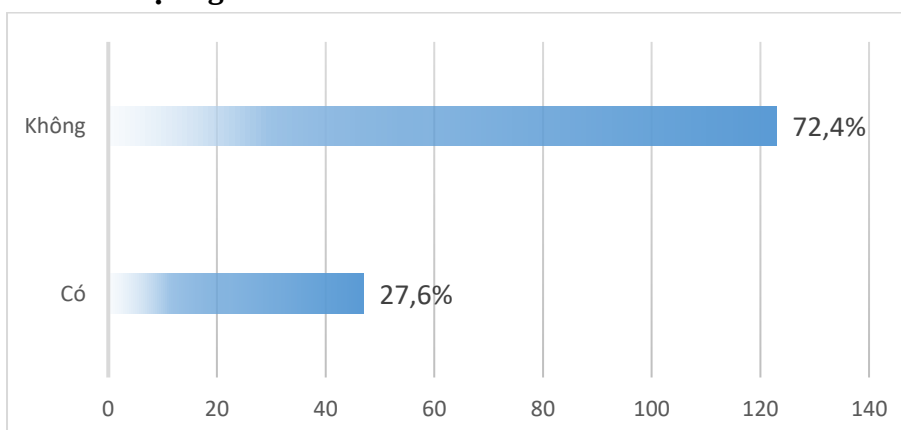
Biểu đồ 1: Tỷ lệ giới tính

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nữ giới chiếm 57% nhiều hơn nam giới 43%.

3.2.2 Tuổi của nhóm bệnh nghiên cứu

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu $40,66 \pm 15,68$ tuổi

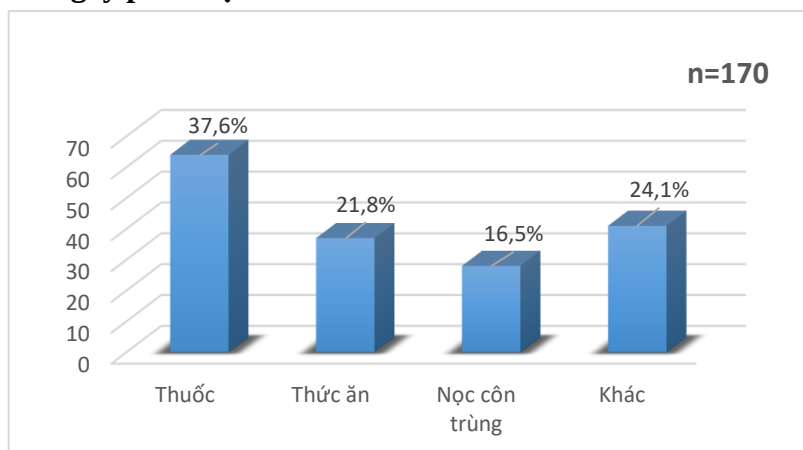
3.2.3 Tiền sử dị ứng



Biểu đồ 2: Tỷ lệ tiền sử dị ứng

Nhận xét: Đa số bệnh nhân phản vệ vào viện không có tiền sử dị ứng trước đó

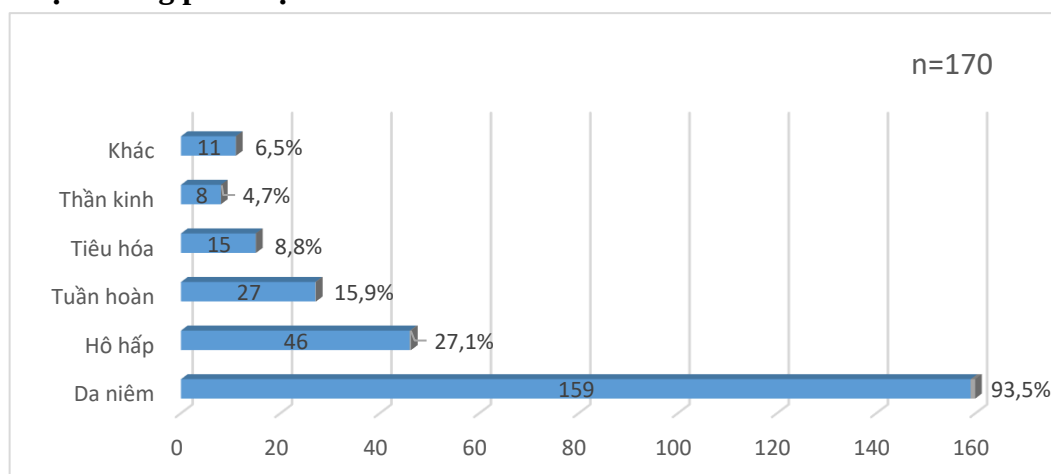
3.2.4 Nguyên nhân gây phản vệ



Biểu đồ 3: Tỷ lệ nguyên nhân gây phản vệ

Nhận xét: Nguyên nhân gây phản vệ thường gặp nhất là do thuốc, kế tiếp là phản vệ chưa rõ dị nguyên.

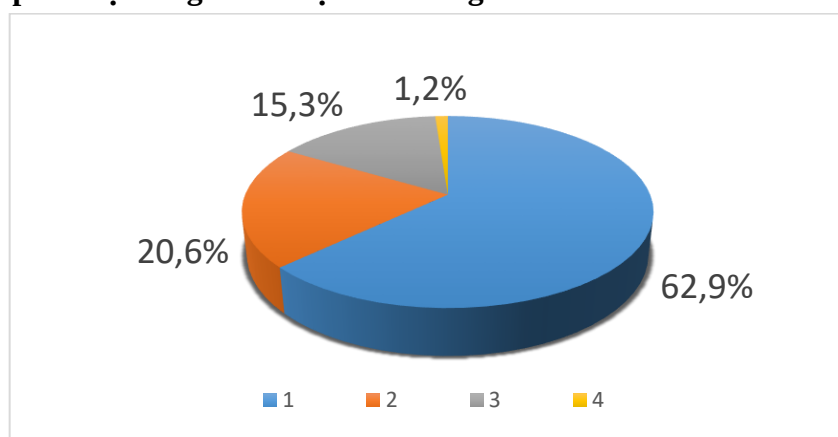
3.2.5 Triệu chứng phản vệ



Biểu đồ 4: Tỷ lệ triệu chứng phản vệ

Nhận xét: Triệu chứng phản vệ thường gặp nhất là da niêm chiếm tỉ lệ 93,5%, sau đó đến hô hấp 27,1%

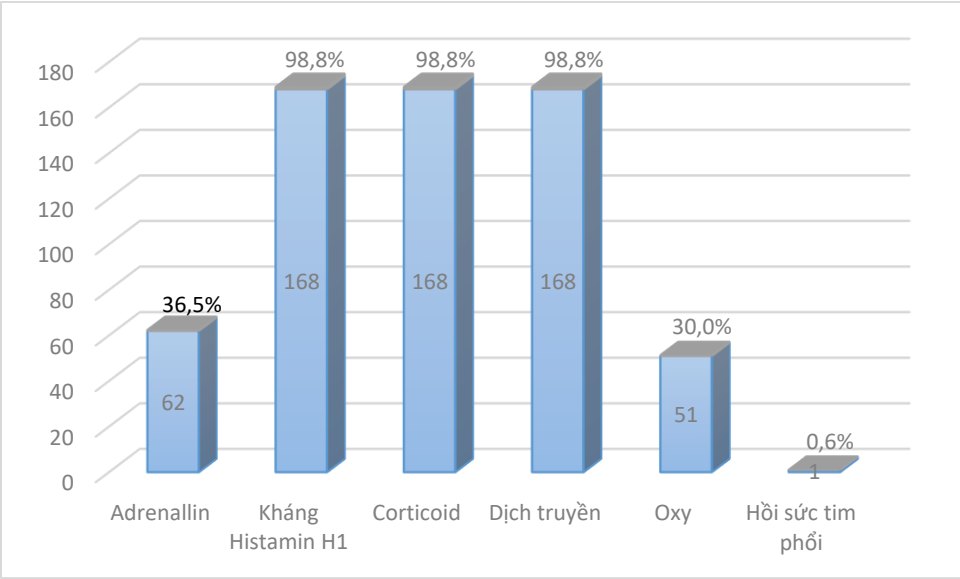
3.2.6 Mức độ phản vệ trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu



Biểu đồ 5: Mức độ phản vệ

Nhận xét: bệnh nhân vào viện thường gặp nhất là phản vệ độ I

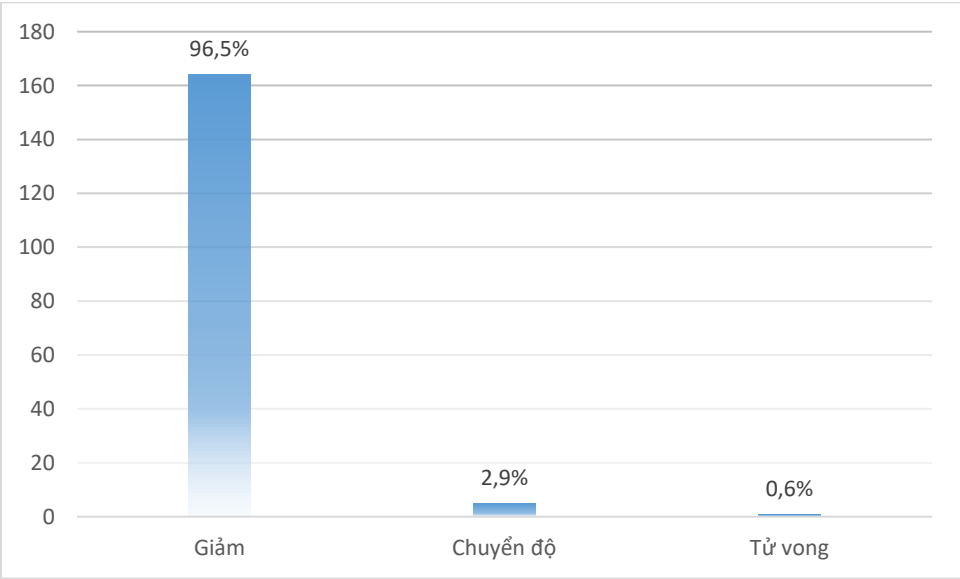
3.2.7 Sử dụng các thuốc khác



Biểu đồ 6: Tỷ lệ sử dụng các thuốc trong phản vệ

Nhận xét: Dịch truyền, Corticoid và Kháng Histamin H1 là 3 thuốc phổ biến trong xử trí phản vệ.

3.2.8 Kết quả điều trị



Biểu đồ 7: Kết quả điều trị

Nhận xét: 170 trường hợp bệnh nhân phản vệ vào khoa Cấp cứu được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Tỷ lệ bệnh nhân được cứu sống là 96,5%, chuyển độ 2,9% và tử vong 0,6%

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 170 bệnh nhân phản vệ vào khoa Cấp cứu Bệnh viện Đa Khoa Trung Tân An Giang, từ tháng 2/2024 – hết tháng 7/2024. Chúng tôi ghi nhận được:

4.1. Tuổi và Giới tính

Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $40,66 \pm 15,68$ tuổi. Trong đó nam giới chiếm 43% và nữ giới thường gặp hơn chiếm 57%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Ninh, Tỷ lệ nữ giới (63%) thường gặp hơn nam giới (37%) [2] và nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đức Phúc, Tỷ lệ nữ giới (69%) thường gặp hơn nam giới (31%) [1]. Khác

với nghiên cứu của tác giả Ngô Anh Ninh, Tỷ lệ nam giới 64,3% thường gặp hơn nữ giới 35,7% [3].

4.2. Tiền sử dị ứng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân phản vệ vào viện không có tiền sử dị ứng trước đó 72,4% so với bệnh nhân có tiền sử dị ứng 27,6%. Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn, 83,8% nguyên nhân chưa xác định [3].

4.3. Nguyên nhân gây dị ứng

Có rất nhiều nguyên nhân gây phản vệ nhưng hay gặp là thuốc, thức ăn và nọc côn trùng. Tỷ lệ giữ các nguyên nhân gây phản vệ là khác nhau giữa các vùng. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nguyên nhân phản vệ thường gặp nhất là do thuốc chiếm 37,6%, kế đến là nguyên nhân chưa xác định chiếm 24,1%, thức ăn chiếm 21,8% và nọc côn trùng chiếm 16,5%. Nghiên cứu này tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Ninh 53,8% [2] và Nguyễn Đức Phúc 43,8% [1], nhưng khác với nghiên cứu của Beyer ở Đức thức ăn là nguyên nhân gây phản vệ thường gặp nhất 32,2%[7].

4.4. Triệu chứng phản vệ

Biểu hiện lâm sàng của phản vệ rất đa dạng bao gồm nhiều cơ quan khác nhau trong cơ thể, những bệnh nhân khác nhau có biểu hiện lâm sàng khác nhau. Những biểu hiện đầu tiên và thường gặp là ở da niêm và hô hấp, tuy nhiên các triệu chứng này có thể thay đổi và khác nhau trên từng bệnh nhân. Trong 170 bệnh nhân mà chúng tôi nghiên cứu cho thấy biểu hiện thường gặp nhất vẫn là ở da niêm chiếm 93,5%, kế đến là hô hấp chiếm 27,1%, tim mạch 15,9%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Ninh cũng có kết quả tương tự với da niêm 92,4%, kế đến là hô hấp 67,2%, tim mạch 39,5% [2]. Khác với nghiên cứu của Nguyễn Đức Phúc da niêm 97,7%, tim mạch 75,9%, hô hấp 72,4% [1].

4.5. Mức độ phản vệ

Mức độ phản vệ gặp ở cả 4 mức độ. Do ngày nay với sự phát triển của mạng xã hội và nhu cầu sức khỏe tăng cao, người dân chủ động trong vấn đề bảo vệ sức khỏe. Đến bệnh viện sớm nên mức độ phản vệ thường gặp nhất là độ I 62,9%, khác với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Ninh thường gặp ở độ II.

4.6. Sử dụng các thuốc trong phản vệ

Để hạn chế tình trạng nặng cũng như tỉ lệ tử vong của phản vệ cần chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời. Trong đó nhấn mạnh vai trò của Adrenalline trong điều trị phản vệ. Bên cạnh đó cũng phối hợp thêm những thuốc khác trong điều trị. Qua nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 98,8% bệnh nhân phản vệ vào khoa Cấp cứu được sử dụng dịch truyền, kháng Histamin H1 và Corticoid. 36,5% bệnh nhân được dùng Adrenalline, 30% bệnh nhân có hỗ trợ oxy liệu pháp và 0,6% bệnh nhân phải hồi sức tim phổi. Nghiên cứu này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Đức Phúc [1] Dịch truyền và Corticoid chiếm 100%, kháng Histamin H1 92%, bệnh nhân sử dụng oxy liệu pháp cao hơn 86,2% và bệnh nhân phải hồi sức tim phổi chiếm 4,6%.

4.7. Kết quả điều trị

Kết quả nghiên cứu hiệu quả điều trị của chúng tôi ghi nhận được 96,5% bệnh nhân đỡ giảm, 2,9% bệnh nhân chuyển độ nặng hơn và 0,6% bệnh nhân tử vong. Kết quả bệnh nhân hồi phục thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Ninh 97,5% [2]. Tuy nhiên, Tỷ lệ tử vong thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Đức Phúc 4,6% [1] và thấp hơn Tỷ lệ tử vong chung của thế giới được ước tính là 1%[6].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ phản vệ ngày càng gia tăng. Triệu chứng của phản vệ đa dạng biểu hiện ở nhiều cơ quan trong cơ thể, đứng hàng đầu là các triệu chứng trên da – niêm mạc, hô hấp và tim mạch. Nguyên nhân gây phản vệ thường gặp nhất là thuốc. Mức độ phản vệ gặp ở cả 4 độ nhưng chủ yếu vào viện là ở độ I chiếm 62,9%. Thuốc thường dùng là dịch truyền, corticoid 100% kháng

Histamin H1 98% và Adrenalline 36,5%, có 1 trường hợp hồi sức tim phổi. Tỷ lệ tử vong thấp chiếm 0,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Phúc (2017), “Đánh giá tình trạng phản vệ ở khoa Cấp cứu Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An.”
2. Nguyễn Thị Thùy Ninh (2023) “Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị phản vệ ở Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội.”
3. Nguyễn Anh Tuấn (2016) “Đánh giá hiệu quả điều trị phản vệ, theo phác đồ của khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai.”
4. Nguyễn Văn Đoàn (2011), Dị ứng thuốc, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
5. Simons FE, Arduoso LR, Bilo MB et al (2011). World allergy organization guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. The World Allergy Organization journal; 4: 13-37.
6. Decker WW, Campbell RL, Manivannan V et al. The etiology and incidence of anaphylaxis in Rochester, Minnesota: a report from the Rochester Epidemiology Project. The Journal of allergy and clinical immunology 2008; 122: 1161-5.
7. Beyer K, Eckermann O, Hompes S et al (2012). Anaphylaxis in an emergency setting – elicitor, therapy and incidence of severe allergic reaction. Allergy; 67:1451-1456.

NGHIÊN CỨU ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA VI KHUẨN TRÊN BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG TỪ THÁNG 01 NĂM 2024 ĐẾN THÁNG 06 NĂM 2024

Nguyễn Thị Xuân, Nguyễn Thị Thúy Hồng,
Võ Thị Mỹ Hạnh, Châu Ngọc Thanh Trúc

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ vi khuẩn gây nhiễm trùng tiểu và tình trạng đề kháng kháng sinh trên bệnh nhân nhiễm khuẩn đường tiết niệu tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2024.

Đối tượng và phương pháp: Thiết kế mô tả cắt ngang có phân tích các chủng vi khuẩn gây bệnh phân lập được từ mẫu bệnh nước tiểu tại phòng vi sinh tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2024.

Kết quả: Trong khoảng thời gian nghiên cứu, bộ phận vi sinh thực hiện phân lập được 1005 mẫu bệnh phẩm nước tiểu dương tính. Trong đó, vi khuẩn gram âm, chiếm 81,2% trong tổng số 1005 mẫu cấy nước tiểu dương tính. Tỷ lệ nhiễm trùng tiểu ở nữ giới cao hơn nam giới, lần lượt là 65,6 % và 34,4%. Bệnh nhân trên 60 tuổi có tỷ lệ nhiễm trùng tiểu cao nhất 65,5%, kế tiếp là nhóm tuổi từ 46 đến 60 tuổi 23,9%. Nhóm vi khuẩn gram âm đường ruột có tỷ lệ kháng cao với các kháng sinh thuộc nhóm Cephalosporin: Cefazolin 88,1%, Cefuroxime 82,8%, Ceftriaxone 72,4%. 2 kháng sinh thường dùng cho điều trị nhiễm trùng tiểu là Fosfomycinw/G6P và Nitrofurantoin đều còn nhạy cảm cao với các nhóm vi khuẩn. Tỷ lệ vi khuẩn sinh ESBL khá cao, lần lượt là 42,9% E. coli sinh men ESBL, 21,8% P. mirabilis sinh ESBL, 20,2% K. pneumoniae sinh ESBL và 9,8% E. cloacae sinh ESBL. Tỷ lệ vi khuẩn CPO đều khá cao, lần lượt là K. aerogenes 56,3%, P. aeruginosa 54%, A. baumannii 50%, K. pneumoniae 39,4% và E. cloacae 26,8%. Có 52,6% S. aureus và 53,3% S. saprophyticus kháng với methicillin.

Kết luận: Qua kết quả nghiên cứu cho thấy vi khuẩn gram âm là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây nhiễm trùng tiểu tại bệnh viện. Việc lạm dụng các kháng sinh là một trong những lí do làm xuất hiện nhiều chủng vi khuẩn có khả năng sinh β – lactamase phổ rộng, vi khuẩn sinh carbapenemase (CPO), tụ cầu kháng methicillin. Việc tăng cường sử dụng kháng sinh có thể là một trong các nguyên nhân gây tăng tỉ lệ đề kháng của vi khuẩn. Đây là vấn đề cần quan tâm vì đe dọa đến sức khỏe và tính mạng bệnh nhân, đặc biệt đối với bệnh nhân lớn tuổi có nhiều bệnh lý nền.

Abstract

Objective: To determine the rate of bacteria causing urinary tract infections and the status of antibiotic resistance among patients with urinary tract infections at An Giang Central General Hospital from January to June 2024.

Materials and method: A cross-sectional descriptive study was designed to analyze the pathogenic bacterial strains isolated from urine samples at the Laboratory Department of An Giang Central General Hospital from January to June 2024.

Results: During the period, the microbiology department isolated 1005 positive urine samples. Among these, Gram-negative bacteria accounted for 81.2% of the total 1005 positive urine cultures. The rate of urinary tract infections was higher in females than in males, at 65.6% and 34.4%, respectively. Patients over 60 years old had the highest rate of urinary tract infections at 65.5%, followed by the age group of 46 to 60 years old at 23.9%. Enterobacteriaceae showed high resistance rates to Cephalosporin antibiotics: Cefazolin 88.1%, Cefuroxime 82.8%, and Ceftriaxone 72.4%. Two commonly used antibiotics for treating urinary tract infections, Fosfomycin/G6P and Nitrofurantoin, remained highly sensitive to the

bacterial groups. The rate of ESBL-producing bacteria was notably high, with 42.9% of *E. coli*, 21.8% of *P. mirabilis*, 20.2% of *K. pneumoniae*, and 9.8% of *E. cloacae* producing ESBL. The rate of CPO (Carbapenemase-Producing Organisms) was also significant, with *K. aerogenes* at 56.3%, *P. aeruginosa* at 54%, *A. baumannii* at 50%, *K. pneumoniae* at 39.4%, and *E. cloacae* at 26.8%. Additionally, 52.6% of *S. aureus* MRSA and 53.3% of *S. saprophyticus* MRS.

Conclusion: The results of report show that Gram-negative bacteria are one of the leading causes of urinary tract infections in the hospital. The overuse of antibiotics is one of the reasons for the emergence of many strains of bacteria capable of producing broad-spectrum β -lactamase, carbapenemase-producing organisms (CPO), and methicillin-resistant *Staphylococcus*. The increased use of antibiotics may be one of the causes of the rising resistance rates among bacteria. This is a concerning issue as it poses a threat to the health and lives of patients, especially elderly patients with multiple underlying conditions.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng đường tiết niệu hay nhiễm trùng tiểu là nhiễm trùng vi sinh thông thường và có biểu hiện, diễn biến lâm sàng và quản lý điều trị phức tạp. Bên cạnh tình trạng đề kháng ngày càng gia tăng, việc lan rộng của vi khuẩn đề kháng, khiến việc lựa chọn điều trị theo kinh nghiệm gặp nhiều khó khăn hơn.

Nhiễm trùng tiểu là một trong những tình trạng nhiễm khuẩn phổ biến xảy ra ở mọi nơi trong đường tiết niệu (thận, niệu đạo, bàng quang, niệu quản) (1, 2). Nữ giới và Nam giới ở mọi lứa tuổi đều có thể bị ảnh hưởng, nhưng hầu hết các trường hợp là ở nữ giới (3, 4). Nhiễm trùng tiểu có thể ảnh hưởng đến bệnh nhân nội trú lẫn bệnh nhân ngoại trú, đặc biệt là với bệnh nhân với tình trạng ức chế miễn dịch (2). *Escherichia coli* (*E. coli*) là tác nhân phổ biến nhất gây ra nhiễm trùng tiểu cộng đồng, chiếm 80-90%. Tuy nhiên, các loài vi khuẩn khác như *Klebsiella spp.*, *Proteus spp.*, *Enterococcus spp.*, và *Staphylococcus saprophyticus* cũng có thể gây ra nhiễm trùng tiểu (3). Trong một số trường hợp cụ thể, tác nhân vi nấm gây bệnh như *Candida spp.* hoặc tác nhân virus như virus herpes simplex cũng có thể gây ra tình trạng nhiễm trùng tiểu, cụ thể là ở những bệnh nhân suy giảm miễn dịch (5, 6). Ở Mỹ, mỗi năm có nhiều hơn 10 triệu ca nhập viện với tình trạng nhiễm trùng tiểu (7). Nguyên nhân dẫn đến tình trạng nhiễm trùng tiểu chủ yếu liên quan đến sự xâm lấn và sinh trưởng của vi sinh vật trong đường tiết niệu (7). Ở Việt Nam, cũng như ở các nước thu nhập thấp và cận thu nhập thấp, hiếm có dữ liệu về kháng kháng sinh. Một báo cáo từ mạng lưới quốc gia về kháng kháng sinh, VINARES, bao gồm kết quả kháng sinh của chủng vi khuẩn phân lập từ mẫu bệnh phẩm cho thấy *E. coli* 18% và *Klebsiella spp.* 13% bao gồm *K. pneumoniae* 9% là những tác nhân được phân lập nhiều nhất tại Việt Nam; hơn 50% chủng *Enterobacteriaceae* đề kháng với cephalosporin thế hệ ba và fluoroquinolones. Tuy nhiên, tỷ lệ đề kháng kháng sinh trong nhiễm trùng tiểu là hạn chế.

Nhiễm trùng tiểu thường có các biểu hiện như sốt và là nguyên nhân phổ biến ở bệnh nhân cấp cứu và nhập viện. Cần lưu ý rằng nhiễm trùng tiểu đôi khi có thể không có triệu chứng cụ thể liên quan đến đường tiểu, dẫn đến khả năng chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị (2). Cần tối thiểu 3 ngày để có kết quả cuối cùng từ việc nuôi cấy mẫu nước tiểu và kháng sinh đồ (2). Vì thế, bác sĩ khoa cấp cứu chịu một áp lực đáng kể khi cần đưa ra phác đồ kháng sinh điều trị thích hợp cho các tình trạng nhiễm trùng tiểu.

II. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng và vật liệu nghiên cứu

Các tác nhân gây bệnh được phân lập từ mẫu nước tiểu dương tính của bệnh nhân tại Bệnh viện Đa Khoa Trung tâm An giang.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Mẫu cấy có vi khuẩn mọc với số lượng tối thiểu $> 10^5$ khuẩn lạc (CFU/mL).

Tiêu chuẩn loại trừ: không đáp ứng với tiêu chuẩn chọn mẫu ở trên.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang có phân tích

Cỡ mẫu: Thu thập mẫu cộng dồn đến hết thời gian thu thập mẫu. Đối với mẫu nuôi cấy dương tính được xác định bởi sự sinh trưởng ≤ 2 tác nhân gây NTT với tối thiểu $> 10^5$ khuẩn lạc (CFU/mL) trong các mẫu nước tiểu có sự gia tăng của bạch cầu, vi khuẩn, protein, hoặc kết quả xét nghiệm nitrites nước tiểu dương tính.

Mẫu cấy kiểm tra của cùng bệnh nhân, hoặc biểu hiện mẫu nuôi cấy bị nhiễm (≥ 3 loại vi khuẩn mọc trong cùng một mẫu bệnh phẩm) không được bao gồm trong nghiên cứu này.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Địa điểm: Tại khoa lâm sàng và khoa Xét nghiệm bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang

Giai đoạn nghiên cứu:

Giai đoạn 1: Nuôi cấy, phân lập mẫu nước tiểu trên đĩa thạch Blood agar và MacConkey. Thực hiện định danh và kháng sinh đồ trên hệ thống máy BD Phoenix M50 và M100. Thu thập số liệu bệnh phẩm nước tiểu trong thời gian 6 tháng đầu năm 2024.

Giai đoạn 2: Thống kê và xử lý số liệu thu thập từ giai đoạn 1.

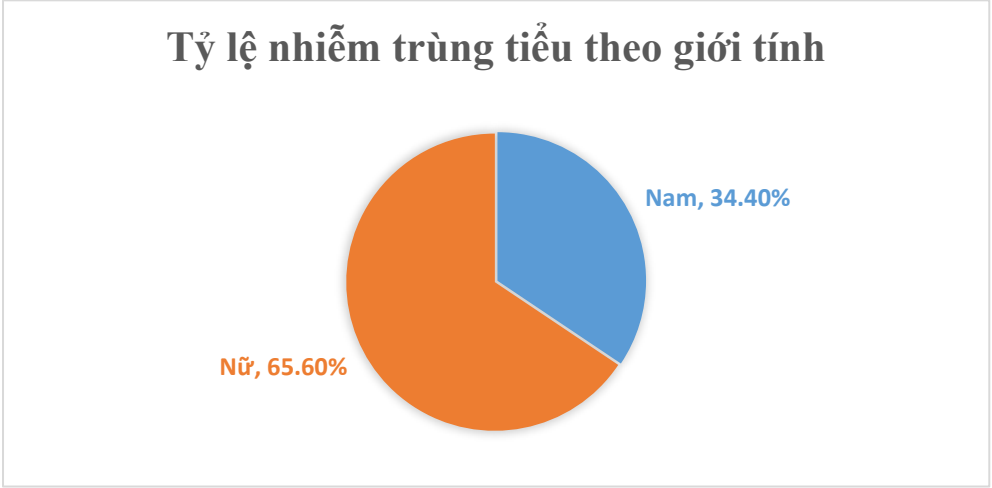
Xử lý số liệu: Excel.

III. Kết quả

3.1. Tỷ lệ nhiễm trùng tiểu theo giới tính

Bảng 1: Tỷ lệ nhiễm trùng tiểu theo giới tính

Giới tính	Số lượng	Tỷ lệ (n=1005)
Nữ	659	65,6%
Nam	346	34,4%



Hình 1: Tỷ lệ nhiễm trùng tiểu theo giới tính

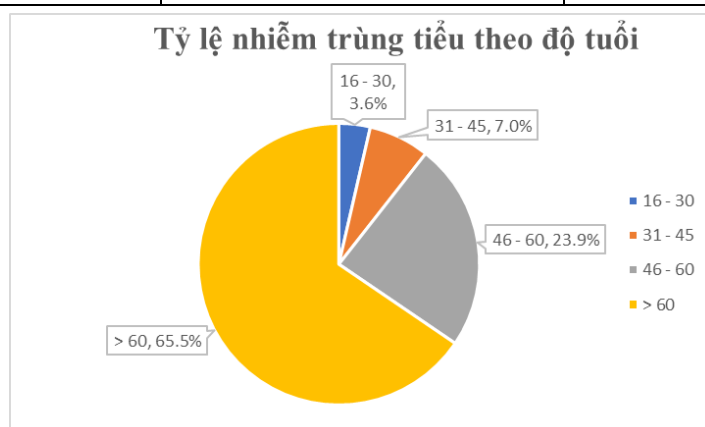
Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm trùng tiểu ở bệnh nhân nữ chiếm 65,6% có ưu thế vượt trội so tỷ lệ nhiễm trùng tiểu ở bệnh nhân nam 34,4%.

3.2. Tỷ lệ nhiễm trùng độ tuổi

Bảng 2: Tỷ lệ nhiễm trùng tiểu theo độ tuổi

Độ tuổi	Số lượng	Tỷ lệ (n=1005)
16 – 30	36	3,6%
31 – 45	70	7,0%

46 – 60	240	23,9%
>60	415	65,5%



Hình 2: Tỷ lệ nhiễm trùng tiểu theo độ tuổi

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi có tỷ lệ nhiễm trùng tiểu cao nhất 65,5%, tiếp đến là nhóm bệnh nhân từ 46 đến 60 tuổi chiếm 23,9%, thấp nhất là nhóm tuổi từ 16 đến 30 tuổi (3,6%).

3.3. Tỷ lệ vi khuẩn phân lập: 10 chủng vi khuẩn chiếm ưu thế trong tổng số 1005 mẫu cấy dương tính

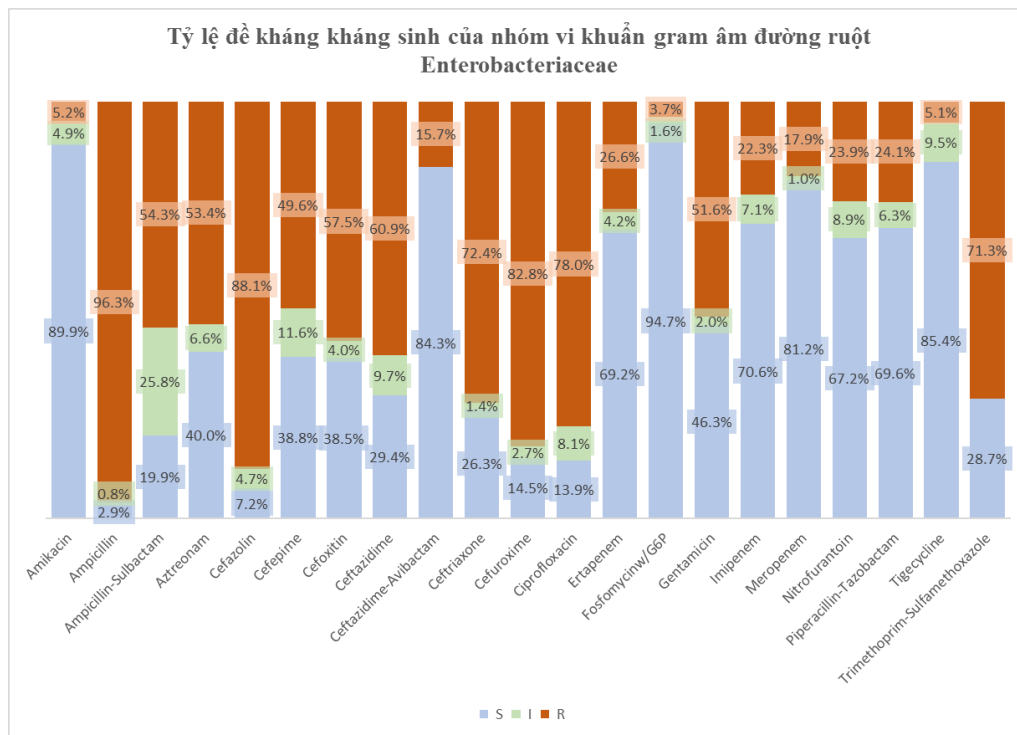
Bảng 3: Bảng phân bố tỷ lệ 10 chủng vi khuẩn chiếm ưu thế

Tên vi khuẩn	Số lượng phân lập được	Tỷ lệ (n=1005)
<i>Escherichia coli</i>	545	54,2%
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	109	10,8%
<i>Proteus mirabilis</i>	55	5,5%
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	50	5,0%
<i>Enterococcus faecalis</i>	43	4,3%
<i>Enterobacter cloacae</i>	41	4,1%
<i>Acinetobacter baumannii</i>	30	3,0%
<i>Staphylococcus aureus</i>	19	1,9%
<i>Klebsiella aerogenes</i>	16	1,6%
<i>Staphylococcus saprophyticus</i>	15	1,5%

Nhận xét: Trong 6 tháng thu thập số liệu, chúng tôi thu được: 1005 mẫu nước tiểu cấy dương tính, trong đó có 545 bệnh nhân có xét nghiệm dương tính với vi khuẩn E. coli chiếm tỷ lệ cao nhất 54,2%, kế đến là *Klebsiella pneumoniae* chiếm 10,8%, *Proteus mirabilis* chiếm 5,5%, *Pseudomonas aeruginosa* 5,0%.

3.4. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của các nhóm vi khuẩn: Từ 10 loại vi khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất (bảng 3), chúng tôi chia thành các phân nhóm để xác định tỷ lệ đề kháng kháng sinh của từng nhóm vi khuẩn như sau:

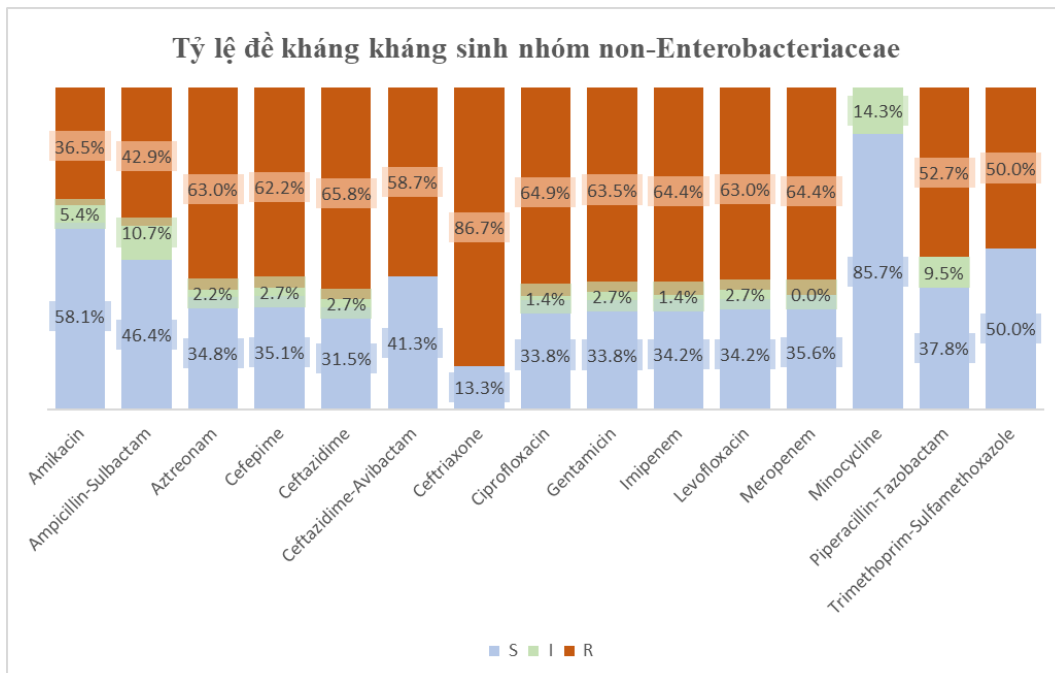
3.4.1. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của nhóm vi khuẩn gram âm đường ruột Enterobacteriaceae (*Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*, *Enterobacter cloacae*, *Klebsiella aerogenes*)



Biểu đồ 1: Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của nhóm vi khuẩn gram âm đường ruột Enterobacteriaceae

Nhận xét: Nhóm vi khuẩn gram âm đường ruột kháng với nhiều loại kháng sinh. Trong đó, 96,3% kháng với Ampicillin, kháng nhiều với nhóm kháng sinh Cephalosporin là Cefazolin 88,1%, Cefuroxime 82,8% và kháng sinh Trimethoprim-Sulfamethoxazole là 71,3%. Có 94,7% vi khuẩn còn nhạy cảm với kháng sinh Fosfomycinw/G6P, 67,2% còn nhạy cảm với kháng sinh Nitrofurantoin.

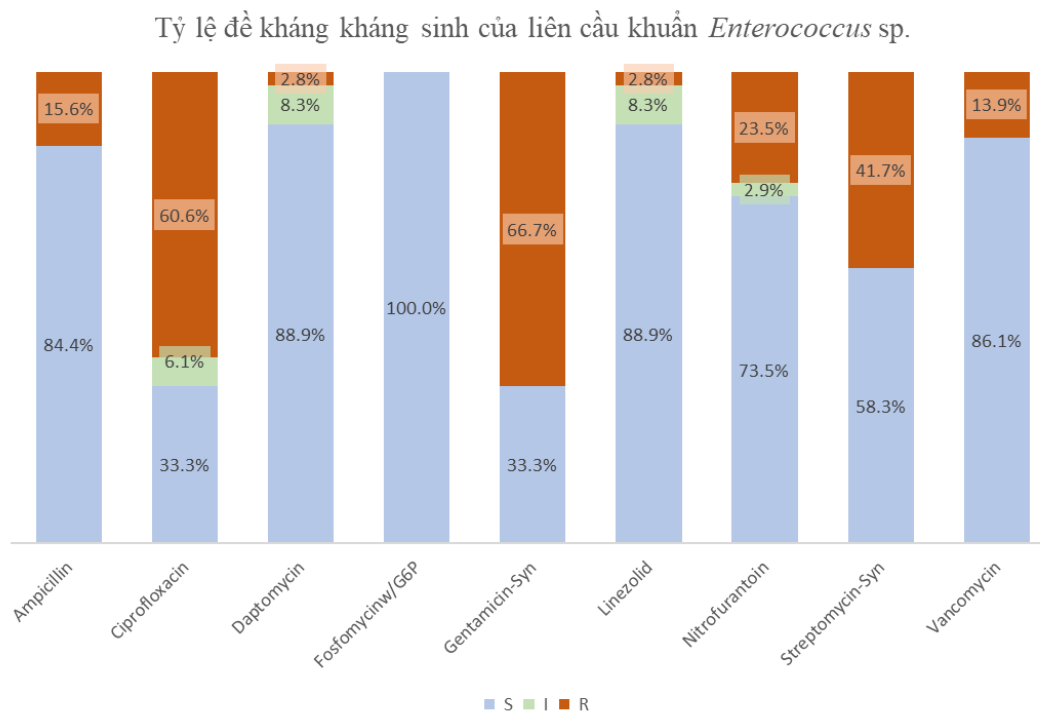
3.4.2 Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của nhóm vi khuẩn không phải gram âm đường ruột non-Enterobacteriaceae (*Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*)



Biểu đồ 2 : Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của nhóm vi khuẩn gram âm không phải vi khuẩn đường ruột (non-Enterobacteriaceae)

Nhận xét: Nhóm vi khuẩn non-Enterobacteriaceae kháng nhiều nhất với kháng sinh Ceftriaxone 86,7% và 100% còn nhạy với kháng sinh Minocycline.

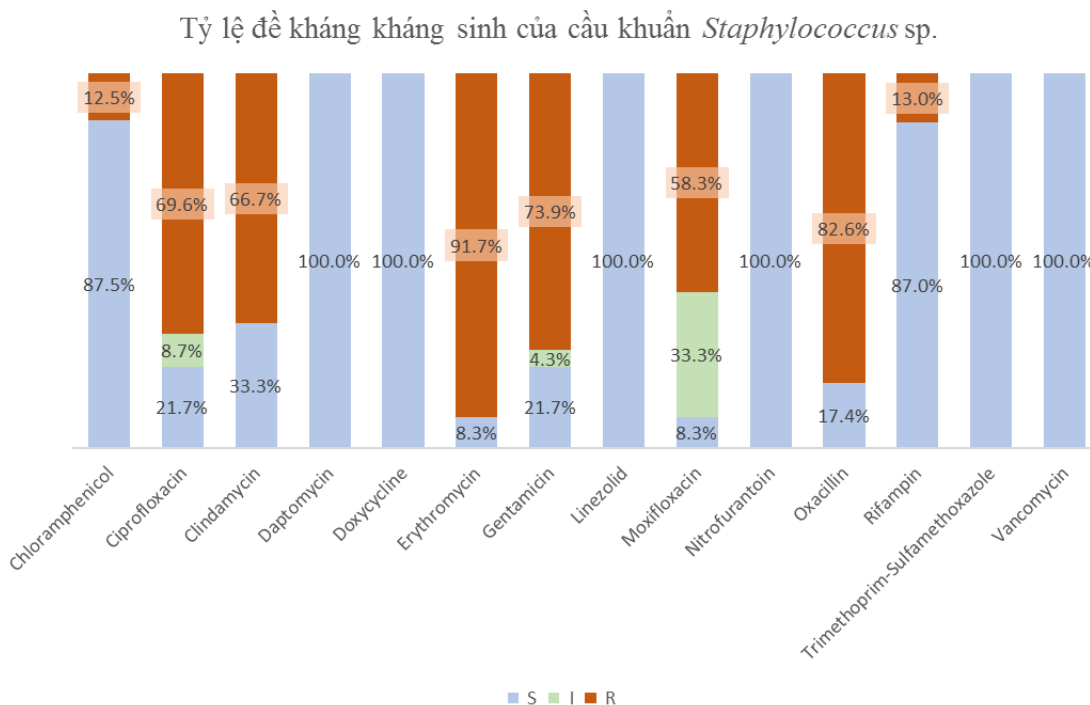
3.4.3. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của liên cầu khuẩn *Enterococcus* sp.



Biểu đồ 3: Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của liên cầu khuẩn *Enterococcus* sp.

Nhận xét: Liên cầu khuẩn *Enterococcus* sp. kháng nhiều với 2 kháng sinh là Gentamicin-Syn 66,7% và Ciprofloxacin 60,6%. 100% còn nhạy với kháng sinh Fosfomycinw/G6P.

3.4.4. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của cầu khuẩn *Staphylococcus* sp



Biểu đồ 4: Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của cầu khuẩn *Staphylococcus* sp

Nhận xét: Cầu khuẩn *Staphylococcus* sp. Kháng nhiều với kháng sinh Erythromycin 91,7% và Oxacillin 82,6%. 100% còn nhạy với kháng sinh Daptomycin, Doxycycline, Linezolid, Nitrofurantoin, Trimethoprim-Sulfamethoxazole và Vancomycin.

3.4.5. Tỷ lệ vi khuẩn xuất hiện các loại đa kháng

Bảng 4: Tỷ lệ vi khuẩn sinh ESBL

Vi khuẩn	Số lượng ESBL	Số lượng phân lập được	Tỷ lệ
<i>Escherichia coli</i>	234	545	42,9%
<i>Proteus mirabilis</i>	12	55	21,8%
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	22	109	20,2%
<i>Enterobacter cloacae</i>	4	41	9,8%

Nhận xét: Trong nhóm vi khuẩn gram âm đường ruột, vi khuẩn *E. coli* có tỷ lệ sinh men ESBL cao nhất 42,9%, kế đến là *Proteus mirabilis* 21,8%, *Klebsiella pneumoniae* 20,2% và *Enterobacter cloacae* 9,8%

Bảng 5: Tỷ lệ vi khuẩn CPO

Vi khuẩn	Số lượng CPO	Số lượng phân lập được	Tỷ lệ
<i>Klebsiella aerogenes</i>	9	16	56,3%
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	27	50	54,0%
<i>Acinetobacter baumannii</i>	15	30	50,0%
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	43	109	39,4%
<i>Enterobacter cloacae</i>	11	41	26,8%
<i>Escherichia coli</i>	75	545	13,8%

Nhận xét: Có 56,3% vi khuẩn *Klebsiella aerogenes*, 54% *Pseudomonas aeruginosa*, 50% *Acinetobacter baumannii* phân lập là vi khuẩn sinh carbapenemase (CPO), kế đến là *Klebsiella pneumoniae* 39,4%, *Enterobacter cloacae* 26,8% và *Escherichia coli* 13,8%.

Bảng 5: Tỷ lệ vi khuẩn sinh MRSA và MRS

Vi khuẩn	Số lượng MRSA/MRS	Số lượng phân lập được	Tỷ lệ
<i>Staphylococcus aureus</i>	10	19	52,6%
<i>Staphylococcus saprophyticus</i>	8	15	53,3%

Nhận xét: Kết quả phân lập cho thấy, có 53,3% vi khuẩn *Staphylococcus saprophyticus* MRS (tụ cầu kháng methicillin) và 52,6% *Staphylococcus aureus* MRSA (tụ cầu vàng kháng methicillin).

IV. Bàn luận

4.1. Đặc điểm đối tượng bệnh nhân

Trong khoảng thời gian từ tháng 01 đến tháng 06 năm 2024, chúng tôi ghi nhận có 1005 bệnh nhân có kết quả cấy nước tiểu dương tính.

Trong đó, tỷ lệ bệnh nhân nữ nhiễm trùng tiểu chiếm tỷ lệ cao hơn bệnh nhân nam, tỷ lệ lần lượt là 65,6% và 34,4%. Điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Trần Lê Duy Anh (2015) với tỷ lệ giữa nữ và nam lần lượt là 67,65% và 32,35% (1). Nguyên nhân là do sự khác

biệt về cấu trúc sinh lý của nam và nữ. Niệu đạo của nữ giới ngắn hơn (khoảng 4 – 5 cm), nằm gần âm đạo và hậu môn, tạo điều kiện cho vi khuẩn dễ xâm nhập vào đường tiết niệu.

Tỷ lệ người trên 60 tuổi mắc nhiễm trùng tiểu chiếm tỷ lệ cao nhất (65,5%), kể đến là các bệnh nhân từ 46 đến 60 tuổi chiếm 23,9%. Tỷ lệ nhiễm trùng tiểu tăng dần theo độ tuổi, nguyên nhân là do các bệnh nhân lớn tuổi thường bị suy giảm sức đề kháng cũng như thường có nhiều bệnh lý nền đi kèm như: cao huyết áp, tiểu đường, suy tim, sỏi thận, ...

4.2. Tỷ lệ vi khuẩn phân lập và tình trạng đề kháng kháng sinh của các nhóm vi khuẩn

Trong 6 tháng đầu năm 2024, có 1005 mẫu cấy nước tiểu dương tính, có 816 kết quả phân lập được vi khuẩn gram âm thường gặp, chiếm tỷ lệ cao nhất 81,2%. Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Lâm Tú Hương (3) 77,3%, và tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tâm (4) 79,3% tại bệnh viện Chợ Rẫy năm 2015. Vi khuẩn E. coli là nguyên nhân thường gặp nhất gây nhiễm trùng tiểu, chiếm tỷ lệ 54,2%. Điều này có sự tương đồng với các nghiên cứu khác: Trần Quốc Huy năm 2021 54,5% (5), Lâm Tú Hương năm 2021 49,2% (3).

Kết quả kháng sinh đồ cho thấy, nhóm vi khuẩn gram âm đường ruột kháng nhiều với các kháng sinh lần lượt là: Ampicillin 96,3%, Cefazolin 88,1%, Cefuroxime 82,8%, Ciprofloxacin 78%, Ceftriaxone 72,4%, Trimethprim-sulfamethoxazole 71,3%. Các vi khuẩn còn nhạy nhiều với: Fosfomycinw/G6P 94,7%, Amikacin 89,9%, Meropenem 81,2%. Trong đó, 2 kháng sinh thường được dùng để điều trị nhiễm trùng tiểu là Fosfomycinw/G6P (sử dụng cho E. coli) và Nitrofurantoin có tỷ lệ nhạy cảm tương đối cao, lần lượt là 94,7% và 67,2%.

Với nhóm trực khuẩn không phải gram âm đường ruột, kháng sinh Ceftriaxone có tỷ lệ kháng tương đối cao 86,7%.

Đối với liên cầu khuẩn Enterococcus sp., kháng sinh chuyên dùng cho nhiễm trùng tiểu có tỷ lệ nhạy cảm khá cao: 100% với Fosfomycinw/G6P và 73,5% với Nitrofurantoin.

Đối với nhóm tụ cầu Staphylococcus sp., 100% vi khuẩn còn nhạy cảm với các kháng sinh: Daptomycin, Doxycycline, Vancomycin, và Nitrofurantoin.

4.3. Tỷ lệ vi khuẩn xuất hiện đa kháng

ESBL (extended spectrum beta-lactamases, các beta-lactamase phổ rộng) là những enzym làm có khả năng bất hoạt hầu hết các kháng sinh nhóm penicillins, cephalosporins, và aztreonam thường gặp vi khuẩn gram âm đường ruột. Theo kết quả nghiên cứu, 42,9% vi khuẩn E. coli phân lập được sinh men ESBL, 21,8% Proteus mirabilis sinh ESBL, 20,2% Klebsiella pneumoniae sinh ESBL và 9,8% Enterobacter cloacae sinh ESBL.

Vi khuẩn CPO (Carbapenemase-Producing Organisms) là những vi khuẩn có khả năng sản xuất enzyme carbapenemase, cho phép chúng phân hủy các kháng sinh nhóm carbapenem, dẫn đến không thể tiếp tục sử dụng carbapenem – một trong các nhóm kháng sinh mạnh và phổ biến hiện nay. Theo kết quả nghiên cứu, có 6/7 chủng vi khuẩn gram âm thường gặp xuất hiện vi khuẩn CPO với tỷ lệ khá cao. Trong đó, vi khuẩn Klebsiella aerogenes, Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter baumannii xuất hiện vi khuẩn CPO với tỷ lệ rất cao lần lượt là 56,3%, 54% và 50%. 39,4% Klebsiella pneumoniae và 26,8% Enterobacter cloacae là vi khuẩn CPO.

MRSA (Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus) và MRS (Methicillin-Resistant Staphylococcus) là chủng tụ cầu kháng methicillin. Theo kết quả nghiên cứu, có 52,6% Staphylococcus aureus và 53,3% Staphylococcus saprophyticus kháng với methicillin.

Các tỷ lệ này phản ánh tình trạng gia tăng đề kháng kháng sinh tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. Có nhiều nguyên nhân dẫn đến tình trạng đề kháng kháng sinh. Trong đó có thể là do sự lạm dụng kháng sinh trong điều trị, sử dụng không đủ liều dẫn đến kháng thuốc. Ngoài ra, các yếu tố bên ngoài như môi trường sinh sống không đảm bảo vệ sinh, người bệnh nằm viện lâu ngày, tiếp xúc với bệnh nhân đa kháng cũng làm gia tăng tình trạng đa kháng.

Đa kháng gây khó khăn trong việc lựa chọn kháng sinh, làm thời gian điều trị kéo dài, bệnh nhân nằm viện lâu có thể làm tình trạng nhiễm trùng nghiêm trọng hơn, tăng chi phí điều trị, tạo gánh nặng cho gia đình bệnh nhân, hệ thống y tế và cộng đồng.

V. Kết luận

Qua nghiên cứu đề kháng kháng sinh trên vi khuẩn của bệnh nhân nhiễm trùng tiết niệu tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang, chúng tôi thu được kết quả như sau:

- Tỷ lệ nhiễm trùng tiểu ở nữ giới cao hơn nam giới, lần lượt là 65,6 % và 34,4%.
- Bệnh nhân trên 60 tuổi có tỷ lệ nhiễm trùng tiểu cao nhất 65,5%, kế tiếp là nhóm tuổi từ 46 đến 60 tuổi 23,9%.
- Nguyên nhân chủ yếu gây nhiễm trùng tiểu là các vi khuẩn gram âm, chiếm 81,2% trong tổng số 1005 mẫu cấy nước tiểu dương tính. Nhóm vi khuẩn gram âm đường ruột có tỷ lệ kháng cao với các kháng sinh thuộc nhóm Cephalosporin: Cefazolin 88,1%, Cefuroxime 82,8%, Ceftriaxone 72,4%.
- 2 kháng sinh thường dùng cho điều trị nhiễm trùng tiểu là Fosfomycinw/G6P và Nitrofurantoin đều còn nhạy cảm cao với các nhóm vi khuẩn.
- Tỷ lệ vi khuẩn sinh ESBL khá cao, lần lượt là 42,9% *E. coli* sinh men ESBL, 21,8% *Proteus mirabilis* sinh ESBL, 20,2% *Klebsiella pneumoniae* sinh ESBL và 9,8% *Enterobacter cloacae* sinh ESBL.
- Tỷ lệ vi khuẩn CPO đều khá cao, lần lượt là *Klebsiella aerogenes* 56,3%, *Pseudomonas aeruginosa* 54%, *Acinetobacter baumannii* 50%, *Klebsiella pneumoniae* 39,4% và *Enterobacter cloacae* 26,8% .
- Có 52,6% *Staphylococcus aureus* và 53,3% *Staphylococcus saprophyticus* kháng với methicillin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Lê Duy Anh (2015), “Kết quả chẩn đoán nhiễm khuẩn đường tiết niệu do vi khuẩn sinh ESBL và hiệu quả của kháng sinh liệu pháp tại khoa Tiết niệu Bệnh viện Nhân dân Gia Định”, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
2. Lý Thành Du (2022), “Nghiên cứu tình hình nhiễm và một số yếu tố liên quan vi khuẩn sinh men betalactamase phổ rộng ở bệnh nhân nhiễm khuẩn đường tiết niệu phức tạp tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ năm 2021-2022”, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 48, 106-113.
3. Lâm Tú Hương (2021), “Đặc điểm vi khuẩn và kháng sinh đồ của bệnh nhân nhiễm khuẩn đường tiết niệu điều trị tại khoa tiết niệu bệnh viện Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh”. Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh, Tập 25 số 1, 159-163.
4. Nguyễn Thị Thanh Tâm, Hương Trần Thị Bích (2015), “Đặc điểm lâm sàng và si trùng học của nhiễm khuẩn đường tiết niệu phức tạp ở người trưởng thành tại bệnh viện Chợ Rẫy”. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 19(4): 458-464.
5. Trần Quốc Huy (2023), “Tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu và kháng kháng sinh tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang năm 2021”, Tạp chí Y học Việt Nam, 523.
6. Phu DH (2022), “A systematic review and meta-analysis of integrated studies on antimicrobial resistance in Vietnam, with a focus on Enterobacteriaceae, from a One Health perspective, One Health. 2022;15:100465.
7. Dunne MW (2022), “Impact of Empirical Antibiotic Therapy on Outcomes of Outpatient Urinary Tract Infection Due to Nonsusceptible Enterobacterales”, Microbiol Spectr. 2022;10(1):e0235921.

NHÂN 1 TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP: NANG THUỢNG BÌ PHÚC MẠC (EPIDERMOID CYST) TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Trần Nguyễn Quang Trung

TÓM TẮT

Nang thương bì (Epidermoid cyst) là nang chứa đầy keratin và có thành biểu mô vảy phân tầng. Nang thường gặp nhất ở da đầu, mặt, cổ, thân và lưng, nhưng hiếm khi thấy ở thành bụng hay phúc mạc. Nang thương bì thường là lành tính với biểu hiện lâm sàng thường nghèo nàn. Cận lâm sàng trong đó siêu âm và CT-Scan hoặc MRI có vai trò quan trọng trong chẩn đoán. Điều trị nang thương bì phúc mạc chủ yếu là bằng phẫu thuật, nhưng đòi hỏi rất nhiều vào kỹ năng của phẫu thuật viên. Chúng tôi báo cáo một trường hợp điều trị thành công bệnh nhân Nang thương bì phúc mạc khổng lồ tại Khoa Ngoại Tổng Hợp – Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

ABSTRACT

Epidermoid cysts are cysts filled with keratin and have a stratified squamous epithelial wall. Cysts are most common in the scalp, face, neck, trunk, and back, but are rarely seen in the abdominal wall or peritoneum. Epidermoid cysts are usually benign with clinical symptoms that are not clear. Ultrasound, CT-Scan or MRI have an important role in diagnosis. Treatment is mainly through surgery, however it requires a lot of skill on the surgeon doctors. In this study, we discuss one case of “the giant peritoneal epidermoid cyst”, in 37 year old women, who had treated successfully, at the department of General Surgery - An Giang Central General Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang thương bì (Epidermoid cyst) là nang chứa đầy keratin và có thành biểu mô vảy phân tầng. Chúng thường gặp nhất ở da đầu, mặt, cổ, thân và lưng. Nang thương bì hiếm khi được tìm thấy ở những vị trí không phải da và lớp dưới da như thành bụng hay phúc mạc [5]. Nang thương bì thường là những nang nhỏ, kích thước từ rất nhỏ vài milimet cho đến vài centimet. Những tổn thương này nhìn giống như những mụn nhỏ, và màu da bên trên thường không đổi màu hoặc trắng hoặc hơi vàng. Bên trong nang chứa đầy các mảnh vụn keratin màu trắng nhìn như mảnh vụn phô mai. Tổn thương thường không đau, mặc dù có thể trở nên viêm hoặc kích ứng [3].

Sự tích tụ của keratin thường là nguyên nhân gây ra nang thương bì. Keratin là một protein tự nhiên trong tế bào da. Nang thương bì hình thành khi protein bị mắc kẹt lại bên dưới da do tình trạng nứt trên da hoặc lỗ chân lông [6]. Những nguyên nhân khác có thể gây ra nang thương bì như: chân thương hội chứng Gardner – một bệnh di truyền, liên quan đến gen APC [7].

Chúng tôi báo cáo một trường hợp lâm sàng: Nang thương bì ở phúc mạc tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. Theo tổng quan tài liệu của chúng tôi, nang thương bì vị trí phúc mạc và trước phúc mạc rất hiếm được đề cập trong y văn. Trong bài báo cáo trường hợp lâm sàng này, chúng tôi muốn nhấn mạnh vai trò của chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là CT-Scanner trong chẩn đoán nang thương bì ở những vị trí không điển hình và vai trò của phẫu thuật nội soi trong điều trị.

II. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân QUANG LÊ HIẾU H. Nữ, 37 tuổi, dân tộc: Kinh, nghề nghiệp: công nhân viên, vào viện vì đau bụng vùng hạ sườn phải và hông trái. Nhập viện lúc: 18h30 ngày 09/01/2024.

Bệnh sử: Bệnh khởi phát cách nhập viện khoảng 2 tháng, bệnh nhân bị đau bụng âm ỉ vùng hông trái và hạ sườn phải, khoảng 2 cơn đau trong một tuần, đau không lan xuyên, mức

độ nhẹ, bệnh nhân đến khám y tế tự nhân phát hiện sỏi túi mật, không xử trí gì. Đến cách nhập viện 2 ngày, BN đau bụng quặn từng cơn vùng hạ sườn phải kèm buồn nôn, bệnh nhân đến khám và nhập viện BV ĐKTT An Giang.

Tiền sử

a) Bản thân: Mổ lấy thai cách đây 9 năm, đường mổ Pfannenstiel.

b) Gia đình: không ghi nhận bất thường.

Tình trạng lúc nhập viện: Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt M: 80 lần/phút, t°: 37°C, HA:120/80mmHg, NT: 20 lần/phút. Da niêm hồng, tổng trạng trung bình. Tim đều, tần số 80 lần/phút, phổi trong. Bụng mềm, ấn đau nhẹ vùng hạ sườn phải, thượng vị và hông trái. Nghiệm pháp Murphy (-). Vết mổ cũ lành sẹo tốt.

Kết quả cận lâm sàng:

Tổng phân tích tế bào máu: BC: 9,68 K/ μ L, Neu: 79,8%. HC: 4,51 M/ μ L, Hb: 10,9 g/dL. HCT: 34,3%.

Đồng cầm máu: TQ: 14,0 giây, TCK: 38,2 giây.

Sinh hóa máu: Ure, creatinin: trong giới hạn bình thường. Glucose: 5,75 mmol/l, AST: 19,7 U/L, ALT: 17.5 U/L, GGT: 15 U/L. Na⁺: 141 mmol/l, K⁺: 3,80 mmol/l, Cl⁻: 104 mmol/L.

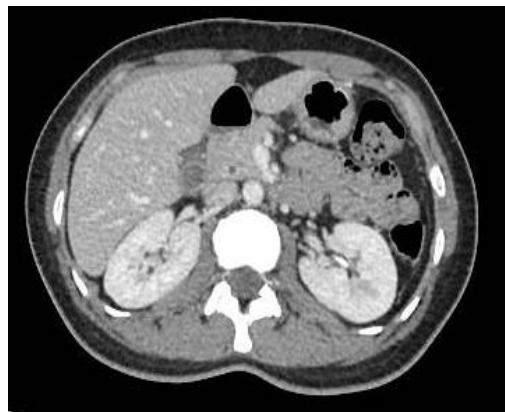
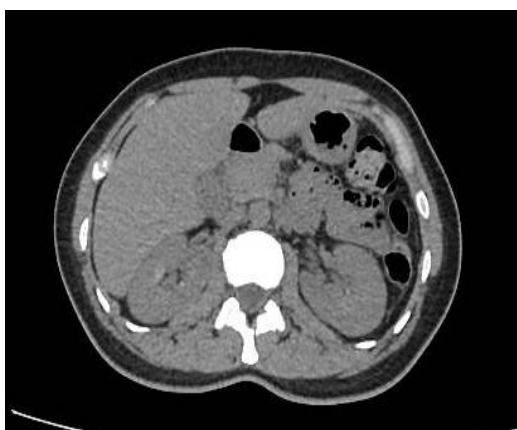
X-quang tim phổi: bình thường.

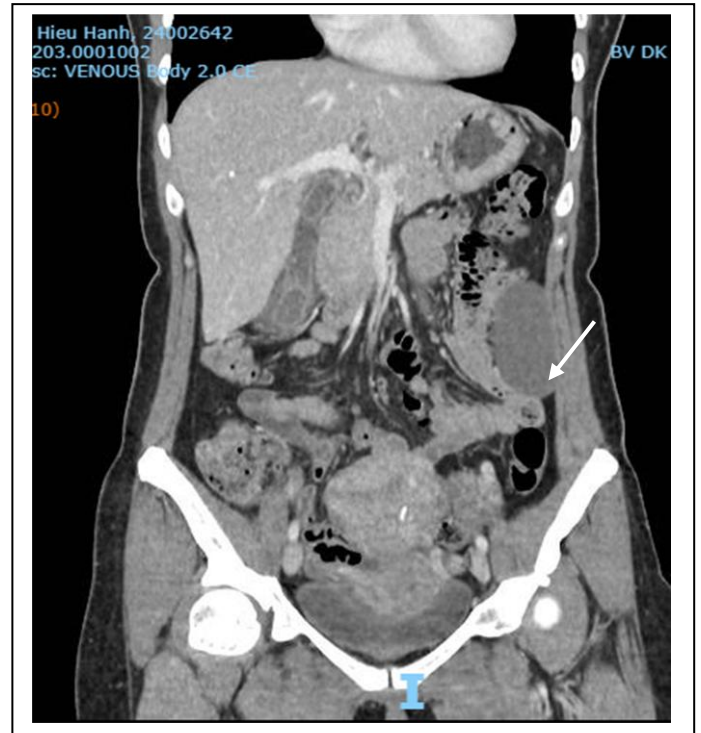
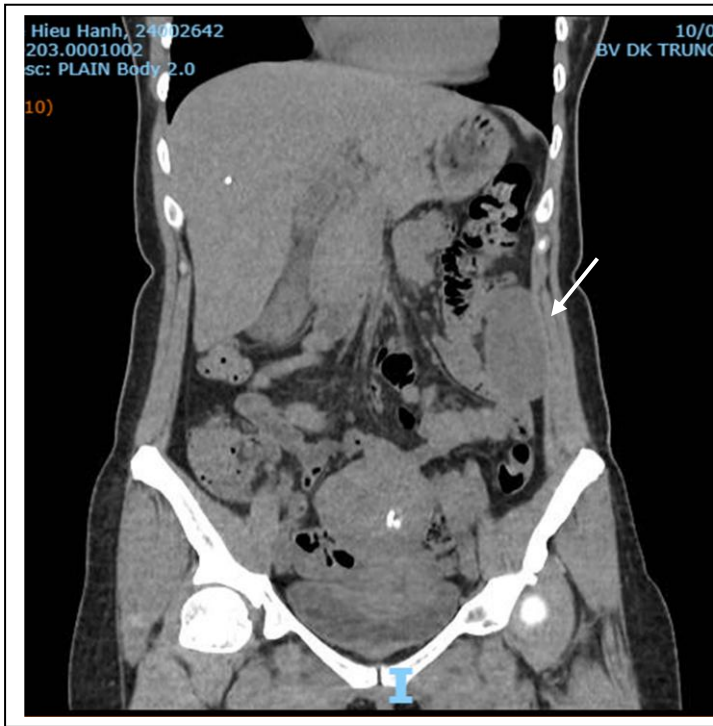
ECG : nhịp xoang tần số 85 lần/phút.

Siêu âm bụng tổng quát: Sỏi túi mật. Nhân xơ tử cung.

CT-scan: Túi mật xẹp, đường kính ngang 25mm, thành túi mật dày 5mm, bắt thuốc mạnh. Không sỏi cản quang. Vùng hông trái có một khối tổn thương đậm độ thấp dạng nang, giới hạn rõ, có vỏ bao mỏng, bắt thuốc mạnh, kích thước 47x74mm. Thành sau trong cơ tử cung có khối tổn thương giới hạn rõ, đóng vôi thành, kích thước 27x31mm.

Kết luận: Viêm túi mật. TD. Nang mạc treo vùng hông trái. Nhân xơ tử cung vôi hoá.





Từ kết quả khám lâm sàng và cận lâm sàng trên BN được:

+ *Chẩn đoán trước mổ:* Viêm túi mật mạn do sỏi - Nang mạc treo ruột vùng hông trái / Nhân xơ tử cung - Vết mổ cũ lấy thai.

+ *Phương pháp phẫu thuật:* PTNS cắt túi mật, cắt nang phúc mạc, dẫn lưu rãnh đại tràng trái, sinh thiết u, cấy dịch nang làm KSD.

+ *Chẩn đoán sau mổ:* Viêm túi mật mạn do sỏi – Nang phúc mạc thành bụng trái nhiễm / Nhân xơ tử cung - Vết mổ cũ lấy thai.

Tường trình phẫu thuật

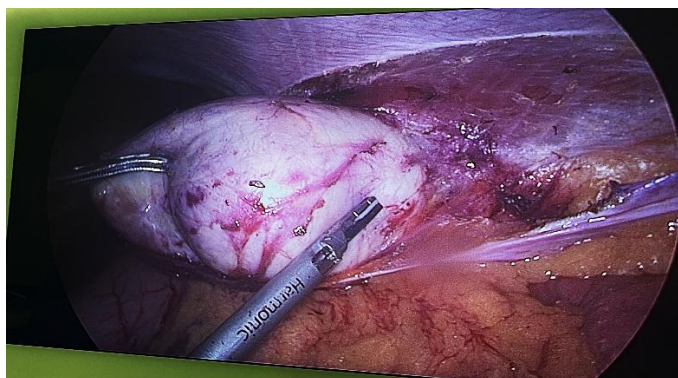
Vào bụng bằng 3 Trocar (Trocar 1 (10mm): rốn; Trocar 2 (10mm) ở đường giữa cách mũi ức 1cm; trocar 3 (5mm) đường trung đòn (P) cách mạn sườn 2cm. Vào ổ bụng quan sát: Gan: bề mặt trơn láng. Túi mật: Căng, chứa sỏi, thành viêm dày 5mm. OMC: Không dẫn. Dịch ổ bụng: không. Nang phúc mạc thành bụng trái kích thước 5x8cm, mật độ mềm, di động khá tốt, bị viêm nề đỏ.

XỬ TRÍ: Bộc lộ vùng tam giác gan mật, kẹp cắt lần lượt động mạch túi mật và ống túi mật. Cắt túi mật khỏi giường túi mật. Cho túi mật vào bao bệnh phẩm. Kiểm tra cầm máu giường túi mật. Cắt nang phúc mạc qua nội soi. Cho nang vào bao bệnh phẩm. Kiểm tra cầm máu kỹ. Lau bụng. Dẫn lưu rãnh đại tràng trái ra hông trái. Rạch da đường giữa trên và dưới rốn khoảng 4cm, lấy các bệnh phẩm qua Trocar rốn. Đóng lại các lỗ Trocar. Cố định dẫn lưu. Sinh thiết nang phúc mạc. Cấy dịch nang làm KSD.

Diễn tiến hậu phẫu ổn định, bệnh nhân trung tiện vào ngày hậu phẫu thứ 1. Sonde tiểu ra khoảng 1000ml nước tiểu vàng trong/ ngày. Ống dẫn lưu Douglas ra khoảng 30ml dịch vàng trong 3 ngày đầu. Ngày hậu phẫu thứ 03, chúng tôi rút ống dẫn lưu. BN xuất viện ngày hậu phẫu thứ 06.

Kết quả tái khám sau mổ: Bệnh nhân giảm đau các vết mổ nhiều, vết mổ khô. Trung đại tiện bình thường.

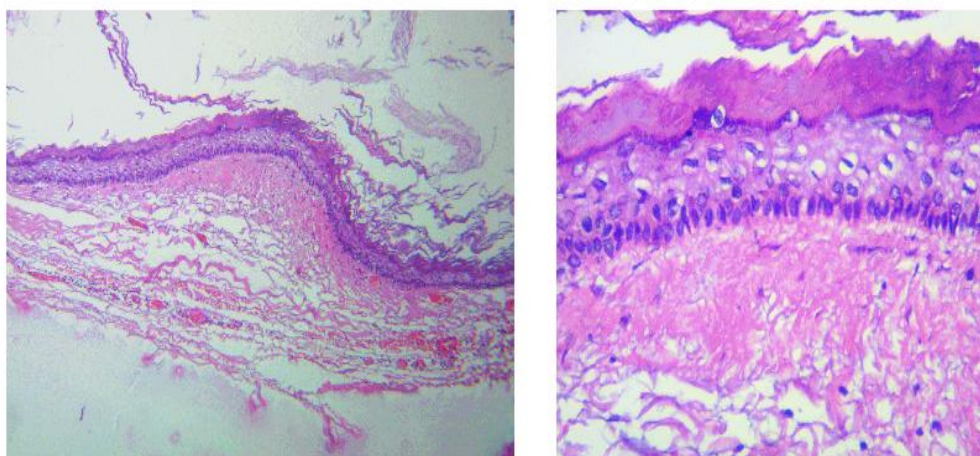
Siêu âm bụng kiểm tra: ECHO bụng âm tính.



Hình 1. Hình ảnh trong mổ Nang phúc mạc thành bụng trái

Kết quả giải phẫu bệnh lý: Đại thể: Gồm 01 vỏ nang kích thước 4x6cm, thành dày. Vi thể: Bọc được cấu tạo bởi lớp biểu mô xung quanh, phía trong chứa nhiều chất sừng và tế bào viêm.

Kết luận: Nang thượng bì lành tính (Epidermoid cyst)



Hình 2. Hình ảnh giải phẫu bệnh lý

III. BÀN LUẬN

Nang thượng bì là các khối u da lành tính phổ biến, nhưng hiếm khi được tìm thấy ở những vị trí không phải da và lớp dưới da như thành bụng hay phúc mạc. Nang phúc mạc lần đầu tiên được mô tả bởi Benevenni, một nhà giải phẫu học người Ý trong một cuộc khám nghiệm tử thi vào năm 1507. Năm 1880, Tillaux thực hiện ca phẫu thuật cắt bỏ u nang phúc mạc thành công đầu tiên [1]. Các nang thượng bì có đường kính lớn hơn 5cm, được gọi là nang thượng bì khổng lồ, ít phổ biến hơn trên lâm sàng. Chủ yếu nang thượng bì là các nang đơn độc. Đa nang thượng bì rất hiếm gặp. Hầu hết bệnh nhân nang thượng bì thường không có triệu chứng, một số ít biểu hiện đau âm ỉ, sờ được một khối hoặc chỉ có triệu chứng khi khối nang vỡ... do đó người bệnh có xu hướng lơ là trong điều trị [7].

Về vai trò của chẩn đoán hình ảnh, cả CT-Scan và MRI đều đóng vai trò thiết yếu trong chẩn đoán nang thượng bì và xác định chiến lược phẫu thuật cắt bỏ. CT-Scan rất hữu ích trong việc xác nhận chẩn đoán nang thượng bì kích thước lớn; tuy nhiên, nếu nang có kích thước nhỏ thì CT-Scan không có hiệu quả. Hình ảnh CT-Scan điển hình là một khối có mật độ không đồng nhất (hỗn hợp chất béo và keratin), có thể vôi hóa bên trong, được bao bọc lại bởi thành nang. Thành nang có thể tăng quang trong thì có cản quang [1]. CT-Scan nhanh và tiết kiệm chi phí so với MRI, nhưng MRI có thể vượt trội hơn trong việc mô tả sự liên quan đến mô mềm và mạch máu để lập kế hoạch phẫu thuật [6].

Về cơ chế bệnh sinh hiện nay của nang thượng bì vẫn chưa rõ ràng, nguyên nhân là do các lý do sau: Thứ nhất, nang thượng bì có nguồn gốc từ các phôi của nang lông. Hơn nữa, chúng còn được gây ra bởi sự phát triển dần dần của nang và sự phá hủy các phôi của nang lông. Ví dụ, đối với một số bệnh nhân trải qua phẫu thuật các bệnh khác, nang thượng bì sau phẫu thuật được hình thành ở vùng phẫu thuật do các mảnh biểu bì bám vào lớp hạ bì do vết thương xuyên thấu. Thứ hai, một số nghiên cứu cho thấy nhiễm trùng HPV (human papillomavirus) có thể liên quan đến sự bùng phát của nang thượng bì, đặc biệt là HPV loại 57 và 60. Thứ ba, Các nghiên cứu khác cho thấy các tế bào ngoài da di chuyển bất thường trong quá trình phát triển phôi, cho phép chúng xâm nhập vào mô ngoài da ở các mô khác và tiếp tục phát triển mà không bị thoái hóa dẫn đến hình thành nang [7]. Trong trường hợp này, bệnh nhân đã trải qua phẫu thuật mổ lấy thai 9 năm trước và có thể nang thượng bì phức tạp hình thành do yếu tố phẫu thuật.

Điều trị nang thượng bì chủ yếu là bằng phẫu thuật cắt bỏ nang. Phẫu thuật nội soi ổ bụng để cắt bỏ hoàn toàn u thượng bì ít gây ra biến chứng hơn các lựa chọn khác và nên được xem như tiêu chuẩn vàng của điều trị [1], [2]. Trên bệnh nhân này, phẫu thuật nội soi ổ bụng là hoàn toàn khả thi do kích thước và vị trí của khối u. Tuy nhiên, lựa chọn điều trị này còn tùy thuộc vào từng bệnh nhân, nếu khối u quá to hay vị trí không thuận lợi thì cần phải mổ mở. Rất hiếm có tài liệu nào báo cáo trước đây về giới hạn diện cắt tối thiểu để cắt bỏ của nang thượng bì không lõ ở thành bụng với biến đổi ác tính, tác giả Tao Hu [7] chọn mô bình thường cách thành nang khoảng 1,5–2,0 cm làm ngưỡng cắt bỏ đối với nang thượng bì không lõ của thành bụng. Đối với phương pháp điều trị hiện tại của bệnh nhân, diện cắt mà chúng tôi chọn là đủ.

Về vai trò của giải phẫu bệnh, do rất khó để phân biệt nang thượng bì với các bướu thành bụng khác, như: bướu mỡ, u nang nhầy, u hạch... nếu chỉ dựa trên quan sát đại thể; Do đó, vai trò của giải phẫu bệnh rất quan trọng. Nang thượng bì có cấu trúc thành nang là biểu mô, bao gồm ba loại: biểu mô vảy phân tầng, biểu mô vảy không phân tầng và biểu mô không phân tầng. Hiếm khi chuyển dạng ác tính, nhưng một số báo cáo cho thấy nang thượng bì có thể phát triển thành ung thư biểu mô vảy, do đó, bệnh nhân có nang thượng bì nên được điều trị và chẩn đoán xác định bằng giải phẫu bệnh sớm để tránh tiến triển ác tính [4]. Trên bệnh nhân của chúng tôi, về vi thể thấy rõ nang được bao bọc bởi lớp biểu mô xung quanh, phía trong chứa nhiều chất sừng và tế bào viêm, do đó chẩn đoán xác định là nang thượng bì lành tính.

IV.KẾT LUẬN

Nang thượng bì là một tổn thương thường gặp ở da, tuy nhiên hiếm khi được tìm thấy ở vùng bụng, đặc biệt nang thượng bì của phúc mạc là một trường hợp rất hiếm gặp. Được tiếp cận bệnh nhân này là một cơ hội và cũng là thách thức đối với các bác sĩ Ngoại khoa chúng tôi. Chẩn đoán của nang thượng bì phải dựa vào một bệnh sử chi tiết, thăm khám lâm sàng và độ tin cậy cao từ chẩn đoán hình ảnh học, nhất là CT-Scan. Việc chẩn đoán chính xác có ý nghĩa vô cùng to lớn giúp người bệnh có hướng điều trị thích hợp, kịp thời, tránh các biến chứng đáng tiếc xảy ra. Điều trị nang thượng bì bằng phẫu thuật cắt bỏ nang nên là lựa chọn ưu tiên, do đó đòi hỏi phẫu thuật viên cần phải có kinh nghiệm và nên được thực hiện triệt để nhất có thể để giảm khả năng tái phát hoặc thậm chí là ung thư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anish Patel, Valentina Lefemine, Bangalore S Ramanand (2009), "A rare case of a peritoneal cyst arising from the falciform ligament", *Cases Journal*. 2(134), pp. 1-2.
2. Diana-Elena Deaconu, Anna Maria Buccoliero, Alessandra Martin, Antonio Messineo, Marco Ghionzoli (2015), "Unique case of epidermoid cyst located in the omentum", *Journal of the Japan Pediatric Society*, pp. 724-726.
3. Gallik, Stephen (2022), *The Different Types Of Epithelial Tissue And Their Implications For Cysts*, accessed March 05-2024, from <https://stevegallik.org/the-different-types-of-epithelial-tissue-and-their-implications-for-cysts/>.
4. Odemis B, Koksall AS, Yuksel O, et al (2006), "Squamous cell cancer of the liver arising from an epidermoid cyst: case report and review of the literature.", *Dig Dis Sci*. 51, pp. 1278-1284.
5. Patrick M. Zito, Richard Scharf. (2024), "Epidermoid Cyst", *StatPearls*, Treasure Island (FL) ineligible companies. Disclosure: Richard Scharf declares no relevant financial relationships with ineligible companies.
6. Sai Sampath Kumar Vasantham, Jameel Akhter (2023), "Peritoneal dermoid cyst, rare location with no other primary focus: a rare case report", *Int Surg J*. 10, pp. 1110-1112.
7. Tao Hu, Dong Wang, Yuan Tian, Xinyv Yuan, Yong Li (2022), "Abdominal giant epidermoid cyst with squamous epithelial heterogeneous proliferation carcinoma in part of the cyst wall: a case report", *Transl Cancer Res*. 11(5), pp. 1457-1462.

SO SÁNH CHẤT LƯỢNG TỈNH-MÊ CỦA DESFLURANE VÀ SEVOFLURANE TRONG TÁN SỎI NIỆU QUẢN NỘI SOI

Nguyễn Thị Kim Loan, Trương Triều Phong,
Nguyễn Thái Phương Trang, Bùi Thị Khánh Hòa

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đánh giá hiệu quả gây mê trên lâm sàng, những ảnh hưởng của thuốc mê cũng như quá trình gây mê đến bệnh nhân đóng vai trò vô cùng quan trọng đối với người làm công tác gây mê hồi sức. Việc so sánh hiệu quả gây mê của hai thuốc mê bốc hơi khác nhau (sevofluran và desfluran) để lựa chọn loại thuốc phù hợp với từng cơ sở y tế, phù hợp với từng bệnh lý phẫu thuật là một vấn đề cần quan tâm.

Mục tiêu: So sánh thời gian tỉnh mê và chất lượng tỉnh mê sau tỉnh mê giữa nhóm sử dụng desflurane và sevoflurane trên bệnh nhân tán sỏi niệu quản nội soi và tác dụng phụ do thuốc mê hô hấp giữa nhóm sử dụng desflurane và sevoflurane.

Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu: Tất cả các trường hợp tán sỏi niệu quản nội soi tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 02/2024 đến tháng 06/2024. Đây là thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng gồm 60 trường hợp tán sỏi niệu quản nội soi, chia thành 2 nhóm: nhóm desflurane và nhóm sevoflurane.

Kết quả: Thời gian tỉnh mê ở nhóm desflurane ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sevoflurane ($423,3 \pm 43,2$ giây so với $781,1 \pm 131,5$ giây; $p < 0,05$). Thời gian rút được mặt nạ thanh quản ở nhóm desflurane ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sevoflurane ($415,6 \pm 41,9$ giây so với $799,3 \pm 140,2$ giây, $p < 0,05$). Tuy nhiên, tỉ lệ kích thích sau tỉnh mê và tác dụng phụ không khác biệt giữa 2 nhóm.

Kết luận: Duy trì mê bằng desflurane có rút ngắn khoảng 45,8% thời gian tỉnh mê và có chất lượng tỉnh mê tốt hơn so với sevoflurane trong gây mê toàn diện qua mặt nạ thanh quản để phẫu thuật nội soi tán sỏi niệu quản.

Từ khóa: Tán sỏi niệu quản nội soi, tỉnh mê sớm, chất lượng tỉnh mê

AWAKENING QUALITY AFTER ANESTHESIA OF DESFLURANE AND SEVOFLURANE IN ENDOSCOPIC URETERAL LITHOTRIPSY

ASBTRACT

Background: Evaluating the clinical effectiveness of anesthesia, the effects of anesthesia as well as the anesthesia process on the patient plays an extremely important role for anesthesiologists and resuscitators. Comparing the anesthetic effectiveness of two different volatile anesthetics (sevofluran and desfluran) to choose the appropriate drug for each medical facility and each surgical pathology is a matter of concern.

Objectives: Comparison of anesthesia time and quality of anesthesia after anesthesia between groups using desflurane and sevoflurane in patients with endoscopic ureteral stone lithotripsy and side effects due to respiratory anesthetics between groups using desflurane and sevoflurane.

Materials and method: All cases of endoscopic ureteral lithotripsy at An Giang Central General Hospital from February 2024 to June 2024. This is a randomized controlled clinical trial including 60 cases of endoscopic ureteral lithotripsy, divided into 2 groups: desflurane group and sevoflurane group.

Results: The time of consciousness in the desflurane group was statistically significantly shorter than in the sevoflurane group (423.3 ± 43.2 seconds vs. 781.1 ± 131.5 seconds; $p < 0.05$). The time to remove the laryngeal mask in the desflurane group was statistically significantly shorter than the sevoflurane group (415.6 ± 41.9 seconds vs. 799.3 ± 140.2 seconds, $p < 0.05$). However, the rate of post-anesthesia stimulation and side effects did not differ between the 2 groups.

Conclusions: Anesthesia maintenance with desflurane will shorten about 48% of time to awakening, and awakening quality after anesthesia is better than sevoflurane in general anesthesia for endoscopic ureteral lithotripsy.

Keywords: Endoscopic ureteral lithotripsy, early awakening, quality of recovery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đánh giá hiệu quả gây mê trên lâm sàng, những ảnh hưởng của thuốc mê cũng như quá trình gây mê đến bệnh nhân đóng vai trò vô cùng quan trọng đối với người làm công tác gây mê hồi sức. Bởi nếu gây mê quá sâu để lại các biến chứng trầm trọng cho bệnh nhân, còn nếu gây mê không đủ sâu dẫn đến tình trạng thức tỉnh trong mổ để lại các sang chấn nặng nề về tinh thần. Tuy nhiên, không có một thuốc mê nào được coi là lí tưởng để đáp ứng đủ tất cả các yêu cầu của phẫu thuật, mỗi thuốc đều có ưu và nhược điểm của nó, do vậy lựa chọn loại thuốc mê thích hợp cho từng cơ sở thực hành, cho từng bệnh nhân cụ thể là điều vô cùng cần thiết.

Việc so sánh hiệu quả gây mê của hai thuốc mê bốc hơi khác nhau (sevofluran và desfluran) để lựa chọn loại thuốc phù hợp với từng cơ sở y tế, phù hợp với từng bệnh lý phẫu thuật là một vấn đề cần quan tâm. Mặt khác, desfluran là thuốc mê mới được đưa vào sử dụng ở Việt Nam, những nghiên cứu về thuốc này chưa nhiều. Vậy, liệu rằng desflurane có hiệu quả thức tỉnh sớm với chất lượng tỉnh mê tốt hơn sevoflurane hay không. Nghiên cứu này chọn thực hiện ở đối tượng tán sỏi niệu quản nội soi dưới gây mê toàn diện qua mặt nạ thanh quản. Giả thiết của nghiên cứu là desflurane có thể rút ngắn 40% thời gian tỉnh mê so với sevoflurane.

Mục tiêu:

So sánh thời gian tỉnh mê và chất lượng tỉnh mê sau tỉnh mê giữa nhóm sử dụng desflurane và sevoflurane trên bệnh nhân tán sỏi niệu quản nội soi.

2. So sánh tác dụng phụ do thuốc mê hô hấp giữa nhóm sử dụng desflurane và sevoflurane trên bệnh nhân tán sỏi niệu quản nội soi.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu

Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng.

Cỡ mẫu:

$$n \geq \frac{2 \left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Với giả thiết desflurane rút ngắn 40% thời gian tỉnh mê so với sevoflurane ($\mu_2 = 267,9$ giây, độ chính xác 95% ($\alpha = 0,05$) và độ mạnh nghiên cứu 90% ($\beta = 0,01$). Theo nghiên cứu của Green MS [6], thời gian tỉnh mê đối với các trường hợp tán sỏi niệu quản nội soi dưới gây mê toàn diện qua mặt nạ thanh quản với sevoflurane là $446,5 \pm 228,19$ giây. Cỡ mẫu tối thiểu tính được cho mỗi nhóm là 28,1 trường hợp. Nghiên cứu này chọn 30 trường hợp cho mỗi nhóm.

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các trường hợp tán sỏi niệu quản nội soi tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 02/2024 đến tháng 06/2024

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả các trường hợp có chỉ định phẫu thuật tán sỏi niệu quản nội soi được gây mê toàn diện đặt mặt nạ thanh quản; từ đủ 18 đến 70 tuổi; và phân độ ASA từ I đến II

Tiêu chuẩn loại trừ: Tất cả các trường hợp chống chỉ định của mặt nạ thanh quản hoặc phải đặt nội khí quản trong quá trình phẫu thuật; tiền căn bản thân hoặc gia đình có tăng thân nhiệt ác tính; các trường hợp có bệnh mạn tính gồm hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bệnh lý tim mức độ nặng.

Bệnh nhân có chống chỉ định với desfluran hoặc sevofluran.

Địa điểm: Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang

Cách tiến hành:

Tất cả các trường hợp có chỉ định phẫu thuật chương trình tán sỏi niệu quản nội soi đủ tiêu chuẩn chọn mẫu được nhóm nghiên cứu khám tiền mê và cung cấp thông tin liên quan đến nghiên cứu. Các trường hợp đồng ý được ký chấp thuận tham gia nghiên cứu. Cả 2 nhóm được gây mê toàn diện và đặt mặt nạ thanh quản bởi bác sĩ gây mê hồi sức

Sau khi đặt mặt nạ thanh quản, các trường hợp tham gia nghiên cứu được bắt thăm và phân nhóm ngẫu nhiên vào 2 nhóm D (duy trì mê bằng desflurane) và S (duy trì mê bằng sevoflurane). Các trường hợp ở nhóm D được thiết lập desflurane 6%. Các trường hợp ở nhóm S được thiết lập sevoflurane 2%. Ghi nhận thời gian từ lúc bắt đầu cung cấp thuốc mê hô hấp đến lúc đạt 0,7 MAC theo tuổi đối với từng loại thuốc mê.

Sau khi đạt được 0,7 MAC, thuốc mê hô hấp được điều chỉnh trong mô dựa trên nồng độ thuốc mê cuối thì thở ra để duy trì 0,7 – 1,3 MAC với lưu lượng khí mới 1,5 L/phút và FiO₂ 40%. Đánh giá thang điểm PRST tại các thời điểm: bắt đầu phẫu thuật và khi kết thúc phẫu thuật.

Kết thúc phẫu thuật, ghi nhận thời gian phẫu thuật, ngưng cung cấp thuốc mê và cài đặt lưu lượng khí mới 8 L/phút với FiO₂ 100% và ghi nhận thời gian gây mê. Ghi nhận thời gian từ lúc ngưng cung cấp thuốc mê đến lúc tỉ lệ thuốc mê trong khí thở ra bằng 0. Tiếp tục ghi nhận thời gian từ lúc ngưng cung cấp thuốc mê hô hấp đến lúc các trường hợp mở mắt tự nhiên, và đến khi các trường hợp thực hiện được theo y lệnh và thở được V_T 6 mL/kg và tần số thở tối thiểu 10 lần/phút, SpO₂ ≥ 96%, EtCO₂ ≤ 45 mmHg. Tiến hành rút mặt nạ thanh quản. Đánh giá tình trạng kích thích của các trường hợp sau rút mặt nạ thanh quản dựa trên thang điểm Aono.

Tại hồi tỉnh, các trường hợp được theo dõi sinh hiệu, tri giác, SpO₂ mỗi giờ. Ghi nhận Aldrete tại thời điểm nhập hồi tỉnh, 30 phút, 1 giờ sau nhập hồi tỉnh. Buồn nôn và nôn sau tỉnh mê cũng được thu thập để phân tích.

Xử lý số liệu: Tất cả các số liệu được mô tả và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Các biến số định lượng được mô tả bằng số trung bình ± độ lệch chuẩn. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số (tỉ lệ %). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Đo lường các biến:

Thời gian tỉnh mê là thời gian từ lúc ngưng cung cấp thuốc mê đến lúc mở mắt tự nhiên. Đây là biến số định lượng, đơn vị đo là giây.

Thời gian rút được mặt nạ thanh quản là thời gian từ khi ngưng cung cấp thuốc mê đến khi các trường hợp mở mắt tự nhiên, thực hiện được theo y lệnh và tự hít thở được VT tối thiểu 6 ml/kg và tần số thở tối thiểu 10 lần/phút, EtCO₂ ≤ 45 mmHg, SpO₂ ≥ 96%. Đây là biến số định lượng, đơn vị đo là giây.

Kích thích sau tỉnh mê là biến nhị giá, mang 2 giá trị là có và không. Kích thích sau tỉnh mê được đánh giá dựa trên thang điểm Aono. Điểm Aono ≥ 3 điểm được định nghĩa là có kích thích sau tỉnh mê.

Thời gian đạt đủ độ mê là thời gian được tính từ thời điểm bắt đầu cung cấp thuốc mê hô hấp đến thời điểm đạt 0,7 MAC tương ứng của từng loại thuốc mê sử dụng. Đây là biến số định lượng, đơn vị đo là giây.

Độ mê theo thang điểm PRST: là biến số nhị giá, mang hai giá trị là đủ và không đủ độ mê. Độ mê được đo tại thời điểm bắt đầu phẫu thuật, mỗi 10 phút trong phẫu thuật và khi kết thúc phẫu thuật. Điểm PRST được dùng để đánh giá độ mê trong mô dựa trên các tiêu chí huyết áp tâm thu, nhịp tim, tình trạng đổ mồ hôi và chảy nước mắt. Mỗi tiêu chí có điểm từ 0 đến 2. Tổng từ 3 điểm trở lên được xem là không đủ độ mê.

Điểm Aldrete tại các thời điểm: lúc nhập hồi tỉnh, 30 phút, 1 giờ sau nhập hồi tỉnh.

Tác dụng phụ của thuốc mê hô hấp gồm: tụt huyết áp trong gây mê (khi huyết áp tâm thu giảm hơn 30% so với huyết áp ban đầu của người bệnh); buồn nôn, nôn; ho sau tỉnh mê.

Chất lượng tỉnh mê được đánh giá qua các biến số thời gian rút được mặt nạ thanh quản, kích thích sau tỉnh mê và điểm Aldrete.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

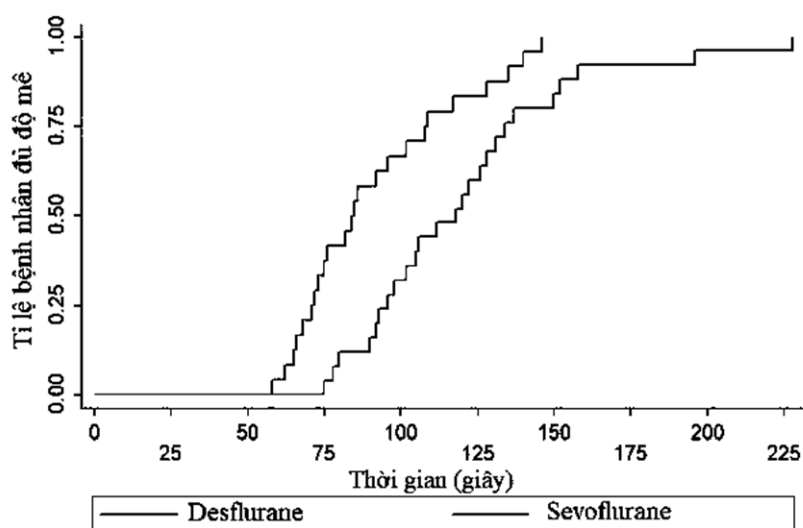
Bảng 3.1. So sánh đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

	Nhóm D n = 30	Nhóm S n = 30	Giá trị p
Tuổi (năm)	55,5 ± 13,1	48,6 ± 12,6	0,6
Giới tính [†]			
Nam	14 (46,7)	17 (56,7)	0,26
Nữ	16 (53,3)	13 (43,4)	
Phân loại ASA			
I	18 (60)	20 (66,7)	0,16
II	12 (40)	10 (33,3)	
Thời gian phẫu thuật (phút)*	17,7 ± 6,1	19,8 ± 5,5	0,56
Thời gian gây mê (phút)	51,0 ± 18,9	52,2 ± 20,8	0,88

Trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn và tỉ lệ phần trăm

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm tuổi, giới, phân loại sức khỏe theo ASA cũng như thời gian phẫu thuật và thời gian gây mê giữa 2 nhóm nghiên cứu.

3.2. Thời gian đạt đủ độ mê



Hình 3.1. Đường cong Kaplan-Meier thời gian đạt đủ độ mê giữa nhóm desflurane và nhóm sevoflurane

Thời gian trung bình đạt đủ độ mê ở nhóm desflurane ngắn hơn có ý nghĩa so với nhóm sevoflurane (92,3 ± 25,1 giây so với 129,0 ± 105,2 giây). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$ với phép kiểm log-rank).

Bảng 3.2. So sánh tỉ lệ đạt đủ độ mê dựa trên điểm PRST ở hai nhóm tại thời điểm bắt đầu phẫu thuật

	Nhóm D	Nhóm S
Đủ độ mê	30	30
Không đủ độ mê	0	0

Tại thời điểm bắt đầu phẫu thuật, tất cả các trường hợp ở nhóm duy trì mê bằng desflurane và duy trì mê bằng sevoflurane đều đạt đủ độ mê.

3.3.2. Tại thời điểm kết thúc phẫu thuật

Bảng 3.3. So sánh tỉ lệ đạt đủ độ mê dựa trên điểm PRST ở hai nhóm tại thời điểm kết thúc phẫu thuật

	Nhóm D	Nhóm S
Đủ độ mê	30	30
Không đủ độ mê	0	0

Tại thời điểm kết thúc phẫu thuật, tất cả các trường hợp ở nhóm duy trì mê bằng desflurane và duy trì mê bằng sevoflurane đều đạt đủ độ mê.

3.4. Chất lượng tỉnh mê của desflurane so với sevoflurane

Thời gian tỉnh mê



Hình 3.2. Đường cong Kaplan-Meier thời gian tỉnh mê giữa nhóm desflurane và nhóm sevoflurane

Thời gian tỉnh mê trung bình ở nhóm được duy trì mê bằng desflurane ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm được duy trì mê bằng sevoflurane ($423,3 \pm 43,2$ giây so với $781,1 \pm 131,5$). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$ với phép kiểm log-rank).

Bảng 3.4. Chất lượng tỉnh mê của desflurane so với sevoflurane

	Nhóm D (n = 30)	Nhóm S (n = 30)	Giá trị p
Thời gian rút được mặt nạ thanh quản (giây)	415,6 ± 41,9	799,3 ± 140,2	<0,05
Tỉ lệ kích thích sau tỉnh mê	2 (6,6)	5 (16,6)	> 0,05
Điểm Aldrete khi nhập hồi tỉnh			
10 điểm	18 (60,0)	4 (13,3)	<0,05
9 ≤ Aldrete < 10 điểm	12 (40,0)	26 (86,7)	
Điểm Aldrete 30 phút sau nhập hồi tỉnh			
10 điểm	29 (96,7)	15 (50)	<0,05
9 ≤ Aldrete < 10 điểm	1 (3,3)	15 (50)	
Điểm Aldrete 60 phút sau nhập hồi tỉnh			
10 điểm	30 (100)	30 (100)	>0,05
9 ≤ Aldrete < 10 điểm	0	0	

Trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn và tỉ lệ phần trăm

Thời gian tỉnh mê, Thời gian rút được mặt nạ thanh quản, Điểm Aldrete khi nhập hồi tỉnh và sau 30 phút nhập hồi tỉnh có sự khác biệt giữa 2 nhóm với p < 0,05

3.5. Tác dụng phụ của thuốc mê

Bảng 3.5. Tác dụng phụ do thuốc mê ở hai nhóm

	Nhóm D	Nhóm S	Giá trị p
Tụt huyết áp	4(13,3)	3 (10,0)	> 0,05
Ho	0	1 (3,3)	> 0,05
Buồn nôn và nôn	4(13,3)	2(6,6)	> 0,05

Các tác dụng phụ do thuốc mê không có sự khác biệt ở cả hai nhóm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

Qua phân tích kết quả chúng tôi thấy đặc điểm dân số nghiên cứu như tuổi, ASA, thời gian phẫu thuật, thời gian gây mê giữa hai nhóm trong nghiên cứu là tương đồng, khác biệt không có ý nghĩa thống kê (P > 0,05).

4.2. Thời gian đạt đủ độ mê

Thời gian đạt đủ độ mê trung bình ở nhóm D ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm S (89,8 ± 24,6 so với 122,0 ± 109,2 giây; p < 0,05). Quá trình hấp thu thuốc mê vào các mô trong đó có hệ thần kinh trung ương phụ thuộc vào các yếu tố: độ tan của thuốc mê tại mô, lưu lượng tưới máu tới mô và chênh lệch áp suất riêng phần của thuốc mê giữa máu và mô. Dựa vào tính chất của Desflurane phân bố đến thận, gan, mô cơ và mô mỡ chậm hơn so với sevoflurane. Do đó desflurane có thể khuếch tán vào mô thần kinh nhanh hơn và nhanh chóng đạt được độ mê nhanh so với sevoflurane. Kết quả này cũng tương đồng với nhiều tác giả của Việt Nam và thế giới [1][6].

4.3. So sánh độ mê giữa 2 nhóm dựa trên điểm PRST

Độ mê trong mổ được ghi nhận dựa trên thang điểm PRST giữa hai nhóm D và S không có sự khác biệt. Ở cả hai nhóm, tất cả các trường hợp đều đạt đủ độ mê ($PRST \leq 2$ điểm) tại thời điểm bắt đầu phẫu thuật và tại thời điểm kết thúc phẫu thuật. Kết quả độ mê trong mổ dựa trên thang điểm lâm sàng của nghiên cứu tương đồng với các nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam.

4.4. Chất lượng tỉnh mê của desflurane so với sevoflurane

Thời gian tỉnh mê trung bình ở nhóm D là $423,3 \pm 43,2$ giây và ở nhóm S là $781,1 \pm 131,5$ giây ($p < 0,05$). Các trường hợp được duy trì mê bằng desflurane tỉnh mê sớm hơn so với các trường hợp được duy trì mê bằng sevoflurane và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Duy trì mê bằng desflurane đã rút ngắn được 45,8% thời gian tỉnh mê so với sevoflurane.

Gây mê bởi desfluran có thời gian tỉnh nhanh hơn phải chăng do hệ số hòa tan thấp hơn so với sevofluran nên nồng độ desfluran ở phế nang đạt tới nồng độ thở vào nhanh hơn, cho phép người gây mê kiểm soát tốt hơn mức độ mê, thời gian thoát mê cũng nhanh hơn. Gây mê bởi sevofluran có thời gian tỉnh muộn hơn, ngoài những lý do trên còn có thể do các yếu tố khác như ảnh hưởng của các sản phẩm chuyển hóa của nó, làm kéo dài thời gian sau gây mê.

Thời gian rút được mặt nạ thanh quản ở nhóm D và nhóm S lần lượt là $415,6 \pm 41,9$ giây và $799,3 \pm 140,2$ giây. Ở nhóm duy trì mê bằng desflurane, các trường hợp nhanh chóng đạt đủ điều kiện rút mặt nạ thanh quản hơn so với nhóm được duy trì mê bằng sevoflurane. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Khi so sánh với các nghiên cứu khác được thực hiện trên các trường hợp được gây mê toàn diện qua nội khí quản hoặc mặt nạ thanh quản đều cho kết quả tương tự với thời gian rút nội khí quản hoặc mặt nạ thanh quản ở nhóm được duy trì mê bằng desflurane ngắn hơn so với sevoflurane.

Tỉ lệ kích thích sau tỉnh mê ở nhóm desflurane và sevoflurane lần lượt là 6,6% và 16,6%. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tỉ lệ đạt được Aldrete 10 điểm ở thời điểm nhập hồi tỉnh và 30 phút sau đó, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ở nhóm được duy trì mê bằng desflurane có tỉ lệ đạt được 10 điểm cao hơn so với nhóm được duy trì mê bằng sevoflurane ở cả hai thời điểm lúc nhập hồi tỉnh và 30 phút sau đó. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Dogru [2] thực hiện trên 40 các trường hợp phẫu thuật thay khớp háng. Như vậy, có thể cần nhiều nghiên cứu hơn về thời gian đạt đủ điểm Aldrete để góp phần so sánh khả năng hồi phục sau tỉnh mê của desflurane so với sevoflurane.

Sau 60 phút, tất cả các trường hợp ở cả hai nhóm đều đạt Aldrete 10 điểm. Như vậy, nếu chỉ dựa trên thang điểm Aldrete, các trường hợp ở cả hai nhóm đều đủ tiêu chuẩn rời phòng hồi tỉnh (Aldrete ≥ 9 điểm) tại thời điểm nhập hồi tỉnh.

3.5. Tác dụng phụ của thuốc mê

Sự thành công của một ca mổ không chỉ giới hạn ở phạm vi trong mổ mà còn có vai trò quan trọng của sự chăm sóc tiền phẫu và hậu phẫu. Trong đó, giai đoạn hồi tỉnh đóng vai trò rất quan trọng vì là thời điểm dễ xảy ra những tai biến, biến chứng, những rối loạn về tuần hoàn, hô hấp do gây mê và phẫu thuật đem lại. Làm cách nào để hạn chế đến mức tối đa những biến loạn về hô hấp, tuần hoàn, đem lại sự an toàn và thoải mái nhất cho bệnh nhân ngay sau phẫu thuật là vấn đề mà người làm công tác gây mê hồi sức đặc biệt quan tâm.

Tỉ lệ tụt huyết áp ở nhóm được duy trì mê bằng desflurane là 13,3%. Tỉ lệ này ở nhóm được duy trì mê bằng sevoflurane là 10%. Chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp ho trong giai đoạn tỉnh mê ở nhóm được duy trì mê bằng sevoflurane (chiếm 3,3%). Không ghi nhận trường hợp nào ở nhóm desflurane. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ tụt huyết áp giữa hai nhóm. Tương tự, nghiên cứu của Nghiêm Thanh Tú [1] thực hiện trên các trường hợp phẫu

thuật nội soi cắt ruột thừa cũng ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức huyết áp giữa hai nhóm được duy trì mê bằng desflurane và sevoflurane.

Tỉ lệ buồn nôn và nôn ở nhóm duy trì mê desflurane là 13,3%, ở nhóm sevoflurane là 6,6% sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này cũng tương đồng kết quả của Choi GJ [3].

V. KẾT LUẬN

Việc duy trì mê bằng desflurane trong gây mê toàn diện qua mặt thanh quản trong nội soi tán sỏi niệu quản có chất lượng tỉnh mê tốt hơn sevoflurane, rút ngắn được khoảng 48% thời gian tỉnh sau gây mê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nghiêm Thanh Tú, Phạm Thị Thanh Vân (2016). So sánh hiệu quả duy trì mê và chất lượng hồi tỉnh của desflurane với sevoflurane và propofol trong phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa. *Y học Quân sự*, 315:32-37.
2. Phùng Văn Việt, Nghiêm Thanh Tú (2012). Gây mê bằng desflurane trong phẫu thuật nội soi viêm ruột thừa cấp. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 16(2):59-62
3. Choi GJ, Baek CW, Kang H, et al (2015). Emergence agitation orthognathic surgery: a randomised controlled comparison between sevoflurane and desflurane. *Acta Anaesthesiol Scand*, 59(2):224-31.
4. Dogru Kudret, Yildiz Karam Mehmet, Madenoglu Halit, et al. (2003), "Early recovery properties of sevoflurane and desflurane in patients undergoing total hip replacement surgery", *Current therapeutic research*. 64(5), pp. 301-309.
5. Pakpirom J, Kraithep J, Pattaravit N (2016). Length of postanesthetic care unit stay in elderly patients after general anesthesia: a randomized controlled trial comparing desflurane and sevoflurane. *J Clin Anesth*, 32:294-9
6. Green MS, Green P, Neubert L, et al (2015). Recovery following desflurane versus sevoflurane anesthesia for outpatient urologic surgery in elderly females. *Anesth Pain Med*, 5(1):e22271.

SO SÁNH ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ VIÊM MÔ TẾ BÀO VÙNG HÀM MẶT DO RĂNG Ở BỆNH NHÂN CÓ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VÀ KHÔNG CÓ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG Ở KHOA RĂNG HÀM MẶT BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Trần Thị Thủy Tiên, Trần Phạm Trà My,
Mai Ngọc Hiếu, Bùi Thanh Nghị

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay tỉ lệ bệnh nhân mắc viêm mô tế bào vùng hàm mặt trên nền bệnh tháo đường (ĐTĐ) ngày càng tăng cao. Đây là một bệnh lý gây biến chứng toàn thân và gây nhiều khó khăn trong việc điều trị bệnh lý vùng hàm mặt, bao gồm diễn tiến phức tạp và khó tiên lượng, thời gian điều trị kéo dài.

Mục tiêu: So sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm mô tế bào trên bệnh nhân có đái tháo đường và không có đái tháo đường và thời gian điều trị viêm mô tế bào ở 2 nhóm bệnh nhân có và không có đái tháo đường

Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu: 219 bệnh nhân viêm mô tế bào điều trị nội trú tại khoa Răng hàm mặt Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 01/2024 đến tháng 09/2024. Nghiên cứu tiến cứu, cỡ mẫu thuận lợi.

Kết quả: Các chỉ số được đo lường trong nghiên cứu bao gồm kích thước há, các khoang nhiễm khuẩn, chỉ số đường huyết lúc vào viện, chỉ số đường huyết lần 2 đối với bệnh nhân có đái tháo đường, chỉ số bạch cầu, thời gian điều trị trung bình. Trong đó, chỉ số đường huyết lần đầu ở 2 nhóm có ĐTĐ và không ĐTĐ khác biệt có ý nghĩa thống kê với kết quả lần lượt là 13.81 ± 7.09 và 5.82 ± 1.51 mmol/L; chỉ số về kích thước há, bạch cầu, các khoang nhiễm khuẩn ở cả 2 nhóm không khác biệt có ý nghĩa thống kê; thời gian điều trị trung bình có khác biệt có ý nghĩa thống kê ở cả 2 nhóm, 8.37 ± 3.49 ở nhóm có ĐTĐ và 6.67 ± 2.81 ở nhóm không ĐTĐ.

Thời gian điều trị trung bình bệnh ở 2 nhóm bệnh nhân khác biệt có ý nghĩa thống kê.

A COMPARATIVE ANALYSIS OF ODONTOGENIC MAXILLOFACIAL INFECTIONS IN DIABETIC AND NON DIABETIC PATIENTS IN ANGIANG GENERAL HOSPITAL: THE CLINICAL, LABORATORY CHARACTERISTICS AND DURATION OF HOSPITAL STAY

ABSTRACT

Objectives: Comparison between diabetic and non diabetic patient with odontogenic maxillofacial infections: the clinical features, laboratory characteristics and duration of hospital stay.

Methods: Prospective study from January 2024 to September 2024 was conducted on diabetic and non - diabetic patients with odontogenic maxillofacial space infections.

Results: Total 219 patients received treatments in our study. For the first evaluation of glycemia in both groups, the diabetic group was significantly higher than non - diabetic group; duration of hospital stay in diabetic group was significantly longer than the other as well.

Conclusions: duration of hospital stay in diabetic group was significantly longer than non - diabetic group.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mô tế bào vùng hàm mặt là tình trạng viêm nhiễm xảy ra ở các khoang và mạc vùng hàm mặt. Nguy cơ và mức độ lan rộng của nhiễm trùng phụ thuộc vào nhiều yếu tố, bao gồm sức đề kháng của cơ thể, các bất thường về chức năng hoặc giải phẫu, bệnh lý toàn thân, độc lực của vi sinh vật gây bệnh. Để điều trị, bệnh nhân cần được dẫn lưu mủ, loại bỏ nguyên

nhân và sử dụng kháng sinh phù hợp. Ngày nay, mặc dù có nhiều loại kháng sinh đạt được hiệu quả trong quá trình điều trị bệnh, viêm mô tế bào vẫn là một bệnh lý nguy hiểm có thể dẫn đến những biến chứng nặng nề như nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm trùng, nhiễm trùng lan tràn đến các khoang nguy hiểm như khoang cạnh cổ gây đè ép khí quản, khoang trung thất hay viêm tắc xoang tĩnh mạch hang có thể dẫn đến tử vong nếu không được điều trị phù hợp và kịp thời. Việc xử trí phù hợp và kịp thời góp phần rút ngắn thời gian điều trị, giảm được các phẫu thuật nặng nề cũng như các biến chứng nguy hiểm ảnh hưởng đến tính mạng hoặc chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Hiện nay tỉ lệ bệnh nhân đái tháo đường ngày càng tăng cao. Đây là một bệnh lý gây biến chứng toàn thân và gây nhiều khó khăn trong việc điều trị bệnh lý vùng hàm mặt. Trong quá trình điều trị, chúng tôi thường nhận thấy bệnh nhân viêm mô tế bào thường có nhiều diễn tiến không mong muốn, phức tạp và khó tiên lượng. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, chúng tôi cũng ghi nhận bệnh nhân nhiễm trùng hàm mặt có diễn tiến nặng gây khó khăn trong việc tiên lượng ban đầu. Vì thế, khoa RHM thực hiện nghiên cứu này để đánh giá tình trạng lâm sàng, cận lâm sàng ở nhóm bệnh nhân viêm mô tế bào có và không có đái tháo đường nhằm góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và làm giảm các biến chứng, diễn tiến bất lợi cho bệnh nhân.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. So sánh kết quả lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm mô tế bào vùng hàm mặt do răng trên bệnh nhân có đái tháo đường và không có đái tháo đường.
2. So sánh thời gian điều trị trung bình bệnh viêm mô tế bào vùng hàm mặt do răng ở 2 nhóm bệnh nhân có và không có đái tháo đường.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân viêm mô tế bào điều trị nội trú tại khoa Răng hàm mặt Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 01/2024 đến tháng 09/2024.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1 Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu tiền cứu.

2.2 Cỡ mẫu

Chọn mẫu thuận tiện

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị viêm mô tế bào tại khoa răng hàm mặt, bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 09/2024.

3. Các bước thực hiện

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh được chẩn đoán viêm mô tế bào điều trị nội trú tại khoa Răng hàm mặt, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu, bệnh được chẩn đoán viêm mô tế bào điều trị tại khoa khác, bệnh nặng được đề nghị chuyển tuyến trên khi khám tại các khoa khác.

Các bước thực hiện:

Khai thác tiền sử, bệnh sử, khám và ghi nhận các đặc điểm lâm sàng: vị trí và mức độ sưng đau, mức độ há dựa vào khoảng cách giữa 2 răng cửa khi cho bệnh nhân há.

Thực hiện cận lâm sàng: Cắt lớp vi tính hàm mặt, xét nghiệm cận lâm sàng; ghi nhận khoang nhiễm khuẩn theo CTScan, các chỉ số về công thức máu, đường huyết

Điều trị: Thuốc kháng sinh, kháng viêm, giảm đau; các thuốc liên quan đến bệnh lý đái tháo đường theo chỉ định của bác sĩ nội khoa; phẫu thuật rạch dẫn lưu. Ghi nhận thời gian điều

trị của bệnh nhân từ lúc vào viện đến lúc ra viện theo công thức: Ngày ra viện – ngày nhập viện + 1.

4. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu thu thập được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. Các số liệu trong nghiên cứu phân phối chuẩn, các kiểm định thống kê được thực hiện bằng kiểm định tham số. Lập mối liên quan giữa các số liệu thu được thành các bảng, biểu theo mục tiêu đề tài nghiên cứu. So sánh với kết quả thu được với các tác giả khác rút kinh nghiệm cho quá trình chẩn đoán và điều trị bệnh. Tất cả các kiểm định được dùng với độ tin cậy 95% và được kết luận có sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0.05$, sự khác biệt không có ý nghĩa khi $p > 0.05$.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu từ 01/2024 đến tháng 09/2024, chúng tôi đã điều trị 219 trường hợp bệnh nhân viêm mô tế bào có đái tháo đường và không đái tháo đường nội trú tại khoa Răng hàm mặt. Kết quả chúng tôi ghi nhận được như sau:

Đặc điểm chung của nghiên cứu:

Phân bố tuổi, giới tính

Bảng 1: Phân bố nhóm tuổi và tỉ lệ bệnh nhân có đái tháo đường và không đái tháo đường theo nhóm tuổi trong nghiên cứu trong nghiên cứu. Tỉ lệ bệnh nhân cao nhất ở nhóm trung niên (37.9%), khác biệt có ý nghĩa thống kê ở 3 nhóm bệnh nhân.. Khác biệt về tỉ lệ có và không có đái tháo đường ở các nhóm tuổi khác biệt có ý nghĩa thống kê. (Phân phối trong các nhóm là phân phối chuẩn. Kiểm định Independent T - test).

	Nhóm tuổi			Giá trị p
	17- 39	40-59	Trên 60	
	56 (25,6%)	83 (37.9%)	80 (36.5)	0.002
Có ĐTD	8 (11%)	32 (43.8%)	33 (45.2%)	0.001
Không ĐTD	48 (32.9%)	51 (34.9%)	47 (32.2%)	0.001

Phân bố giới tính trong nghiên cứu: Nghiên cứu của chúng tôi có tổng số 219 bệnh nhân, trong đó số bệnh nhân nữ là 124, chiếm tỉ lệ 57% và số lượng bệnh nhân nam là 95, chiếm tỉ lệ 43%; số lượng bệnh nhân đái tháo đường là 73, chiếm tỉ lệ 33%; không đái tháo đường là 146, chiếm tỉ lệ 67%.

Bảng 2: Tỉ lệ mắc đái tháo đường ở 2 nhóm nam và nữ trong nghiên cứu. Khác biệt không có ý nghĩa thống kê

	Có đái tháo đường	Không đái tháo đường	Giá trị p
Nam	26 (27.4%)	69 (72.6%)	0.112
Nữ	47(37.9%)	77 (62.1%)	0.101

Các đặc điểm lâm sàng:

Các triệu chứng lâm sàng ban đầu của bệnh nhân được ghi nhận trong nghiên cứu gồm sưng, đau, há hạn chế.

Bảng 3: Tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng lâm sàng thường gặp

	Triệu chứng lâm sàng		
	Sưng	Đau	Há hạn chế
Tỷ lệ	100%	100%	21%

Đánh giá khả năng há gồm 2 tình trạng là há bình thường hoặc há hạn chế ở 2 nhóm bệnh nhân lúc mới vào viện. Bệnh nhân được xem như không há hạn chế khi khoảng cách đo được ở rìa cắn 2 răng cửa lớn hơn 30mm

Bảng 4: Khả năng há và mức độ há ở 2 nhóm bệnh nhân có và không có đái tháo đường. Khác biệt không có ý nghĩa thống kê. (Phân phối chuẩn, kiểm định chi bình phương, kiểm định Independent T – test).

		Số BN (N = 219)		Giá trị p
		Có ĐTĐ (N = 73)	Không ĐTĐ (N = 146)	
Độ há miệng	Há không hạn chế	60 (82.2%)	113 (77.4%)	0.48
	Há hạn chế	13 (17.8%)	33 (22.6%)	0.44
Mức độ há (mm)		31.58 ± 4.7	32.08 ± 5.3	0.49

Xác định khoang nhiễm khuẩn trên lâm sàng và trên CTScan. Chúng tôi xác định tần suất nhiễm khuẩn tại các khoang ở 2 nhóm bệnh nhân được trình bày trong bảng bên dưới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận 3 trường hợp viêm mô tế bào thể Ludwig ở nhóm bệnh nhân không có đái tháo đường.

Bảng 5: Tần suất nhiễm khuẩn các khoang vùng hàm mặt ở cả 2 nhóm có và không có đái tháo đường khác biệt không có ý nghĩa thống kê

Các đặc điểm cận lâm sàng:

	Khoang										Giá trị P
	Má	Nanh	Thái dương	Khẩu cái	Tiền đình	Dưới cơ cắn	Dưới cằm	Dưới hàm	Dưới lưỡi	Các khoang vùng cổ	
Có ĐTĐ	25	10	1	1	69	23	14	3	0	0	0.11
Không ĐTĐ	72	21	2	4	209	89	29	14	3	1	

Bảng 6: Chỉ số đường huyết trung bình, số lượng bạch cầu ở 2 nhóm lúc vào viện; thời gian điều trị trung bình ở 2 nhóm. (Phân phối chuẩn, kiểm định Independent T – test)

	N = 219		Giá trị p
	Có ĐTĐ (N = 73)	Không ĐTĐ (N = 146)	
Glycemia lần 1 (mmol/L)	13.81 ± 7.09	5.82 ± 1.54	0.0001
Số lượng bạch cầu (k/uL)	12.45 ± 4.9	12.3 ± 6.1	0.85
Thời gian điều trị trung bình	8.37 ± 3.49	6.67 ± 2.81	0.0002

Chỉ số đường huyết lúc vào viện và thời gian điều trị trung bình ở nhóm đái tháo đường khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm không đái tháo đường; tuy nhiên, số lượng bạch cầu lúc mới vào viện khác biệt không có ý nghĩa thống kê ở 2 nhóm.

Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra có mối tương quan theo chiều thuận giữa thời gian điều trị trung bình và tình trạng đường huyết của bệnh nhân lúc nhập viện. (Kiểm định Pearson Correlation). Đồng thời, kết quả điều trị gồm 2 trường hợp bệnh nhân chuyển khoa khác do bất thường về vấn đề nội khoa khác ngoài đái tháo đường, 1 trường hợp bệnh nhân chuyển tuyến trên (Bệnh viện Chợ Rẫy) do tổng trạng suy kiệt; không có trường hợp bệnh nhân tử vong; 216 trường hợp còn lại khỏi bệnh và được cho xuất viện.

III. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trong giai đoạn từ tháng 01/2024 đến tháng 09/2024 với tổng số 219 bệnh nhân trong nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận nhóm tuổi của bệnh nhân nhỏ nhất là 17 tuổi và cao nhất là 92 tuổi, trung bình tuổi nghiên cứu là 37,5 tuổi. Nhóm tuổi trung niên và cao tuổi tập trung nhiều hơn với tỉ lệ lần lượt là 37.9% và 36.5%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Trương Thái Hoàng Anh (2019)[1] và Kamat và cộng sự (2016) tại Ấn Độ [7]; tuy nhiên tỉ lệ phần trăm độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi có khác biệt so với 2 nghiên cứu trên. Đồng thời trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân trẻ tuổi chiếm khoảng 25%, khá cao so với nghiên cứu của tác giả Trương Thái Hoàng Anh là 11%. Việc này có thể giải thích do nghiên cứu của tác giả trên được tiến hành tại TPHCM, nơi người trẻ có hiểu biết và được chăm sóc tốt hơn về các vấn đề răng miệng. Về phân bố giới tính, nghiên cứu chúng tôi có tỉ lệ nữ là 57% và nam là 53%, phù hợp với nghiên cứu của tác giả TTHAnh và Hui-Hsin Ko (2017) tại Đài Loan [8], Kammat (2016) tại Ấn Độ. Điều này cho thấy mô hình bệnh tật ở Việt Nam nói riêng và một vài nước châu Á tương tự nhau. [4]

Đối với các triệu chứng lâm sàng, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận 3 triệu chứng điển hình của viêm mô tế bào là sưng, đau, khít hàm. Kết quả, 100% bệnh nhân có triệu chứng sưng đau, tương ứng với các biểu hiện kinh điển của sưng đau [2] và nghiên cứu của tác giả Trương Nhựt Khuê (2017)[3] và TTHAnh (2019); 21% bệnh nhân có biểu hiện há hạn chế, khác với 2 tác giả trên với kết quả lần lượt là 42% và 63.33%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng không ghi nhận triệu chứng sốt do bệnh nhân thường tự sử dụng thuốc kháng viêm và giảm đau mà không có sự chỉ định của bác sĩ trước khi nhập viện nội trú. Bên cạnh đó, đối với những trường hợp bệnh nhân có sốt thường nhập viện từ khoa cấp cứu và được điều trị tại các khoa hệ Nội khoa trước.

Trong nghiên cứu này chúng tôi cũng ghi nhận được 10 khoang nhiễm khuẩn mà các bệnh nhân gặp phải, bao gồm: khoang má, khoang nanh, khoang thái dương, khoang khẩu cái, khoang tiền đình, khoang dưới cơ cắn, khoang dưới hàm, khoang dưới lưỡi và các khoang cổ. Chúng tôi không ghi nhận các khoang cạnh hầu do đây là vùng giải phẫu nguy hiểm, có thể gây tắc nghẽn đường thở dẫn đến tử vong. Đối với bệnh nhân viêm mô tế bào có biểu hiện sưng

thành họng sau nghi ngờ các khoang cạnh hầu, chúng tôi đã đề nghị hội chẩn điều trị chuyên khoa với các bác sĩ khối ngoại hoặc tư vấn chuyên tuyến trên. Nghiên cứu của chúng tôi có chia thêm khoang tiền đình, khác với các tác giả khác là khoang tiền đình sẽ được gộp chung với khoang má hoặc khoang dưới cằm, khoang dưới cơ cắn. Vì vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, khoang thường gặp nhất là khoang má, khoang dưới cơ cắn, khoang nanh và khoang dưới hàm. Sự khác biệt về vị trí khoang nhiễm khuẩn ở 2 nhóm bệnh nhân không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm bệnh nhân đái tháo đường, nhiễm trùng khoang má, khoang dưới cơ cắn và khoang cằm là xuất hiện nhiều hơn cả. Ngoài ra, số lượng khoang nhiễm khuẩn ở bệnh nhân có đái tháo đường nhìn chung nhiều hơn ở bệnh nhân không đái tháo đường. Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Kammat và cs (2015) và Lingyan Zheng (2017)[10]. Nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp viêm mô tế bào thể Ludwig ở nhóm bệnh nhân không đái tháo đường. Kết quả này hơi khác với tác giả Kammat và cs (2015). Điều này có thể giải thích do bệnh nhân viêm mô tế bào không đái tháo đường thường chủ quan và tự mua thuốc điều trị vào giai đoạn đầu, nhập viện điều trị khi bệnh cảnh lâm sàng đã diễn tiến trầm trọng. Đối với nhóm bệnh nhân đái tháo đường, chúng tôi không ghi nhận trường hợp Ludwig trong nghiên cứu, điều này có thể giải thích do bệnh đã được tư vấn chuyển viện hoặc bệnh nhân ý thức được sự nghiêm trọng khi bị nhiễm trùng trên nền đái tháo đường và chủ động nhập viện điều trị; đồng thời chúng tôi luôn cố gắng phẫu thuật rạch dẫn lưu sớm nhất có thể để giải quyết tình trạng mũ nhiễm trùng của bệnh nhân, cũng như phối hợp với bác sĩ nội khoa trong việc kiểm soát đường huyết nội viện của bệnh nhân.

Đối với các chỉ số lâm sàng được ghi nhận trong nghiên cứu, chỉ số glycemia lần đầu ở 2 nhóm khác biệt có ý nghĩa thống kê: trong đó ở nhóm có đái tháo đường, đường huyết trung bình lần đầu là 13.81 ± 6.5 mmol/L; nhóm không đái tháo đường là $5.82 \pm$ mmol/L. Sau khi được can thiệp điều chỉnh đường huyết, glycemia ở nhóm có đái tháo đường giảm xuống còn 7.41 ± 2.5 mmol/L, khác biệt có ý nghĩa thống kê ở 2 lần xét nghiệm.

Chỉ số bạch cầu ở cả 2 nhóm mặc dù khác biệt không có ý nghĩa thống kê nhưng số lượng bạch cầu ở nhóm bệnh nhân có đái tháo đường nhìn chung cao hơn ở nhóm không có đái tháo đường (kết quả thể hiện ở bảng 9). Chỉ số bạch cầu cao nhất là 39.19 k/uL và thấp nhất là 4.37k/uL; trung bình là 12.35k/uL. Điều này cho thấy bệnh nhân đang có tình trạng nhiễm trùng cấp tính ở thời điểm nhập viện. Kết quả này phù hợp với nhiều kết quả nghiên cứu trong nước và trên thế giới.

Trong nghiên cứu này, thời gian điều trị trung bình ở nhóm bệnh nhân đái tháo đường cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân không đái tháo đường. Thời gian điều trị trung bình chung của nghiên cứu là 7.24 ± 2.15 ngày, số ngày điều trị trung bình cao nhất là 21 ngày, thấp nhất là 4 ngày. Ở nhóm đái tháo đường, thời gian điều trị trung bình là 8.37 ± 3.43 ngày, ở nhóm không đái tháo đường là 6.67 ± 2.81 ngày. Kết quả này tương ứng với nghiên cứu của tác giả Kamat (2015) là 9.6 ± 8.16 ngày và 5.51 ± 3.64 ngày lần lượt ở nhóm bệnh nhân có đái tháo đường và không có đái tháo đường. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với kết quả của tác giả TTHAnh (2019), Zheng (2017). Nghiên cứu của chúng tôi đồng thời cũng chỉ ra có mối tương quan thuận giữa chỉ số đường huyết ban đầu với thời gian điều trị. Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của một số tác giả trong nước và trên thế giới.

Hạn chế của nghiên cứu: Trong nghiên cứu này, chúng tôi không phân tích các chỉ số về vi khuẩn, kháng sinh đồ, thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng đến khi nhập viện. Tuy nhiên, trong quá trình khám lâm sàng và khai thác bệnh sử, chúng tôi ghi nhận bệnh nhân thường bắt đầu khởi phát sưng đau trước khi đến nhập viện khoảng trên 7 ngày, có nhiều trường hợp lâu hơn. Phần lớn bệnh nhân tự mua thuốc điều trị hoặc khám tại các phòng khám tư nhân, tự sử dụng một số biện pháp điều trị chưa được kiểm chứng khoa học nên bệnh cảnh lâm sàng thường rất nặng nề lúc nhập viện. Đồng thời chúng tôi cũng lưu ý bệnh nhân tự ý sử dụng thuốc kháng viêm dẫn đến tình trạng cải thiện lâm sàng giả tạo trước khi bệnh trở nên nặng nề hơn. Chúng tôi không đưa các xét nghiệm vi sinh vào phân tích do nhiều trường hợp cấy bệnh phẩm không cho được kết quả định danh vi khuẩn dù bệnh cảnh lâm sàng rõ ràng. Tuy nhiên, ở các mẫu vi

sinh cho kết quả dương tính, vi khuẩn chúng tôi ghi nhận được thường là *Staphylococcus aureus*, *Klebsilia pneumoniae*. [5, 9] [6] Tương tự, chúng tôi cũng không đưa vào phân tích số liệu về kháng sinh đồ. Trên thực tế lâm sàng, ghi nhận bệnh nhân đáp ứng điều trị khá tốt với Metronidazole và cephalosporin thế hệ 3. Điều này có thể giải thích do vi khuẩn gây ra nhiễm trùng hàm mặt thường gặp là nhóm cầu khuẩn kỵ khí gram âm. Các hạn chế về chỉ số vi sinh và kháng sinh đồ sẽ được cải thiện ở các nghiên cứu tiếp theo.

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 219 bệnh nhân viêm mô tế bào có và không có đái tháo đường, chúng tôi kết luận có mối tương quan thuận giữa chỉ số đường huyết lúc vào viện và thời gian điều trị trung bình. Đồng thời, bệnh cảnh lâm sàng ở bệnh nhân viêm mô tế bào trên nền đái tháo đường cũng nặng nề và có thể gây ra nhiều diễn tiến bất lợi hơn. Điều này giúp các bác sĩ lâm sàng có thêm gợi ý trong việc tiên lượng diễn tiến và nguy cơ của bệnh. Chúng tôi cũng khuyến nghị các bác sĩ răng hàm mặt nên có sự phối hợp tốt với bác sĩ nội khoa trong việc kiểm soát các vấn đề toàn thân, đặc biệt là đường huyết nội viện. Chúng tôi cũng khuyến nghị việc nâng cao kiến thức cho người dân về vấn đề chăm vệ sinh răng miệng đặc biệt là ở bệnh nhân có bệnh nền. Đồng thời tuyên truyền nâng cao ý thức của người dân nhằm hạn chế việc tự ý sử dụng thuốc điều trị các bệnh lý về nhiễm trùng, hay tự áp dụng các phương pháp điều trị không được kiểm chứng khoa học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trương Thái Hoàng Anh (2019), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị nhiễm trùng hàm mặt trên bệnh nhân đái tháo đường.”, Luận văn thạc sĩ Răng hàm mặt, Đại học Y dược TPHCM.
2. Bùi Hữu Lâm (2014), “Nhiễm trùng miệng và hàm mặt”, TP HCM.
3. Nguyễn Thanh Quang, Trương Nhật Khuê (2017), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng tại bệnh viện Mắt – Răng hàm mặt Cần Thơ năm 2015 – 2017”, Y học thực hành, 8, 248 – 251.
4. Bệnh viện Nội Tiết Trung Ương (2012), Báo cáo kết quả sơ bộ hoạt động điều tra lập bản đồ dịch tễ học bệnh đái tháo đường toàn quốc năm 2012, Hà Nội.
5. Alexander M, Krishman B, Shenoy N (2008), “Diabetes mellitus and odontogenic infection – an exaggerated risk?”, Oral Maxillofac Surg, 12 (3), pp. 129-30.
6. Bridgeman A, Wiesenfeld D, Hellyar A, Sheldom W (1995), “Major maxillofacial infections. An evaluation of 107 cases.” Aust Dent J, 40 (5), pp281-8.
7. Chang Je-Shin, Yoo Kin-Hwa, Yoon Sung Hwa, Ha Jiwon, Jung Seunggon et ao. (2013), “Odontogenic infection involving the secondary fascial space in diabetic and non – diabetic patients: a clinical comparative study”. Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons, 39 (4), pp. 174-181.
8. D. Kamat, et al., A comparative analysis of odontogenic maxillofacial infections in diabetic and nondiabetic patients: an institutional study. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg, 2015. 41(4): p. 176-80.
9. Ko H H, Chien W. C., Lin Y. H., Chung C. H., Cheng S. J. (2017), “Examination the correlation between diabetes and odontogenic infection: A nationwide, retrospective, matched-cohort study in Taiwan”. PloS One, 12 (6).
10. L. Zheng, et al., The clinical features of severe multi-space infections of the head and neck in patients with diabetes mellitus compared to non-diabetic patients. Br J Oral Maxillofac Surg, 2012. 50(8): p. 757-61

THÁI ĐỘ ỨNG XỬ VÀ NĂNG LỰC CHUYÊN MÔN CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TỪ GÓC ĐỘ NGƯỜI BỆNH TẠI MỘT SỐ KHOA CỦA BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Phan Văn Bé, Nguyễn Thị Phi Yến,
Trần Ngọc Hiền, Trần Nguyễn Gia Uyên

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chất lượng dịch vụ (CLDV) là một trong những yếu tố quan trọng, đặc biệt thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế trong việc cung ứng các dịch vụ khám chữa bệnh cho người dân. Việc đánh giá thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế giúp xác định các vấn đề trọng tâm nhằm ưu tiên cải tiến, cung cấp các dịch vụ đáp ứng nhu cầu và làm hài lòng người bệnh.

Mục tiêu: Góp phần đánh giá khách quan thực trạng chất lượng dịch vụ y tế công, đồng thời giúp bệnh viện xác định những vấn đề chưa hài lòng của người sử dụng dịch vụ, làm căn cứ xây dựng kế hoạch và triển khai các giải pháp cải tiến chất lượng dịch vụ y tế ngày càng tốt hơn.

Thiết kế: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Kết quả: 160 người bệnh tại khoa Ngoại tổng hợp, khoa Chấn thương chỉnh hình, khoa Nội thần kinh và khoa Nội tiết, với tuổi trung bình 51,9 tuổi, nhỏ nhất 16 tuổi, lớn nhất 92 tuổi, đa số là nữ giới (59,4%), nam chiếm tỷ lệ (40,6%), ngày nằm viện trung bình 4,9 ngày, nhỏ nhất 1 ngày, lớn nhất 17 ngày được phỏng vấn và tham gia nghiên cứu. Người bệnh hài lòng và rất hài lòng đạt 100% ở các khoa Ngoại tổng hợp và khoa Nội thần kinh. Khoa Chấn thương chỉnh hình có 7,5% bình thường, khoa Nội tiết có 2,3% rất kém. Kết luận: Đối với mỗi bác sĩ, điều dưỡng hay hộ lý phải nhận ra rằng họ cần thay đổi cách tiếp cận hướng đến người bệnh là trọng tâm, vai trò của họ không chỉ tập trung vào bệnh mà còn quan tâm đến các nhu cầu, mong đợi, thấu cảm với những lo lắng và các vấn đề xã hội của người bệnh.

BEHAVIORAL ATTITUDE AND PROFESSIONAL COMPETENCE OF MEDICAL STAFF FROM THE PATIENT'S PERSPECTIVE IN SOME DEPARTMENTS OF AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Phan Van Be, Nguyen Thi Phi Yen
Tran Ngoc Hien, Tran Nguyen Gia Uyen

ABSTRACT

Problem: Service quality is one of the important factors, especially the attitude and professional competence of medical staff in providing medical examination and treatment services to people. Evaluating the attitude and professional competence of medical staff helps to identify key issues to prioritize improvements, provide services that meet the needs and satisfy patients. Target: Contribute to objectively assessing the current state of public health service quality, while helping hospitals identify issues of dissatisfaction among service users, as a basis for developing plans and implementing solutions to improve the quality of health services for the better. Research design: Cross-sectional study.

Result: 160 patients in the Department of General Surgery, Department of Orthopedics, Department of Neurology and Department of Endocrinology, with an average age of 51.9 years old, the youngest 16 years old, the oldest 92 years old, the majority were female (59.4%), male accounted for the proportion (40.6%), the average hospital stay was 4.9 days, the youngest 1 day, the oldest 17 days were interviewed and participated in the study. The satisfaction and very satisfaction of patients reached 100% in the Department of General Surgery and Department of Neurology. The Department of Orthopedics had 7.5% normal, the Department of Endocrinology had 2.3% very poor. Conclusion: For every doctor, nurse or caregiver, it is necessary to realize that they need to change their approach to become more patient-centered,

their role is not only to focus on the disease but also to care about the needs, expectations, and empathy for the patient's worries and social problems.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng dịch vụ (CLDV) là một trong những yếu tố quan trọng, đặc biệt thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế trong việc cung ứng các dịch vụ khám chữa bệnh cho người dân. Việc đánh giá CLDV khám chữa bệnh giúp xác định các vấn đề trọng tâm nhằm ưu tiên cải tiến, cung cấp các dịch vụ đáp ứng nhu cầu và làm hài lòng người bệnh. Đây là yếu tố then chốt trong việc chiếm ưu thế cạnh tranh, mang đến sự khác biệt so với các bệnh viện khác trong việc thu hút người bệnh, khách hàng. Ngoài ra, việc đánh giá thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế cũng cung cấp cho các nhà quản lý thông tin hữu ích, giúp họ đưa ra những quyết định hợp lý về phân bổ nguồn lực hiện có. Đồng thời, việc đánh giá này cũng giúp cải thiện CLDV chăm sóc sức khỏe một cách tốt hơn.

Nhiều phương pháp đã được sử dụng để đánh giá CLDV khám chữa bệnh từ nhiều khía cạnh và góc độ khác nhau. Tại Việt Nam, Bộ y tế đã ban hành Quyết định số 56/QĐ-BYT ngày 08/01/2024 Hướng dẫn về phương pháp đo lường hài lòng của người dân đối với dịch vụ y tế công giai đoạn 2024-2030.

Nhằm góp phần đánh giá khách quan thực trạng chất lượng dịch vụ y tế công, đồng thời giúp bệnh viện xác định những vấn đề chưa hài lòng của người sử dụng dịch vụ, làm căn cứ xây dựng kế hoạch và triển khai các giải pháp cải tiến chất lượng dịch vụ y tế ngày càng tốt hơn, bảo đảm quyền được bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe cho mọi người, chúng tôi quyết định thực hiện đề tài nghiên cứu "*Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế trong việc cung ứng các dịch vụ khám chữa bệnh nội trú từ góc độ người bệnh tại khoa Ngoại tổng hợp, Chấn thương chỉnh hình, Nội thần kinh và Nội tiết của Bệnh viện ĐKTT An Giang*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Người bệnh tại 04 khoa nội trú, điều trị ít nhất 24 giờ và chuẩn bị xuất viện: Khoa Ngoại tổng hợp, Chấn thương chỉnh hình, Nội thần kinh, và Nội tiết.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Đủ từ 16 tuổi trở lên, có khả năng trả lời phỏng vấn.

Tiêu chuẩn loại trừ

Là nhân viên y tế hoặc có người nhà là nhân viên y tế.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian

Từ ngày 01 tháng 9 năm 2024 đến 30 tháng 9 năm 2024.

Địa điểm

Khoa Ngoại tổng hợp, Chấn thương chỉnh hình, Nội thần kinh, Nội tiết.

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu

Sử dụng công thức cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ của quần thể

$$N = \frac{Z^2(1-a/2) \times p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu ước tính.

a: sai lầm loại 1 $\rightarrow a = 0,05$; $Z^2(1-a/2)$: trị số từ phân phối chuẩn ($Z^2(1-a/2) = 1,96$).

p: Chọn $p = 0,896$ dựa theo kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Tấn Phùng và các cộng sự thực hiện đối với 12 bệnh viện công lập thuộc tỉnh Khánh Hòa năm 2015 theo bộ công cụ PSS.

d: độ chính xác tuyệt đối mong muốn ($d = 0,05$). Áp dụng công thức trên ta tính được cỡ mẫu $n = 143$ người bệnh.

Công cụ thu thập số liệu

Bộ câu hỏi có 2 phần:

Phần 1: Thông tin người bệnh: Giới tính, tuổi, sử dụng BHYT hoặc tự chi trả, nơi sinh sống, mức sống của gia đình, thời gian nằm viện, vào viện mấy lần,...

Phần 2: Nghiên cứu viên sử dụng phiếu khảo sát sự hài lòng người bệnh nội trú về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế, bao gồm 7 tiêu chí đánh giá: (1) Bác sỹ, điều dưỡng có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực; (2) Nhân viên phục vụ (hộ lý, bảo vệ, kế toán...) có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực; (3) Được nhân viên y tế tôn trọng, đối xử công bằng, quan tâm, giúp đỡ; (4) Bác sỹ, điều dưỡng hợp tác tốt và xử lý công việc thành thạo, kịp thời; (5) Được bác sỹ thăm khám, động viên tại phòng điều trị; (6) Được tư vấn chế độ ăn, vận động, theo dõi và phòng ngừa biến chứng; (7) Không bị nhân viên y tế gợi ý bồi dưỡng. Mỗi tiêu chí được đánh giá: "Rất hài lòng" (5 điểm), "Hài lòng" (4 điểm), "Bình thường" (3 điểm), "Không hài lòng" (2 điểm), "Rất không hài lòng" (1 điểm), "Không sử dụng" (0 điểm).

Phương pháp thu thập số liệu

Bước 1: Nghiên cứu viên tiến hành tiếp cận đối tượng nghiên cứu thông qua danh sách người bệnh xuất viện tại 04 khoa nội trú.

Bước 2: Thực hiện lấy mẫu bằng cách chọn ngẫu nhiên người bệnh đang chờ làm thủ tục xuất viện. Nghiên cứu viên tiếp cận người bệnh, giới thiệu về nghiên cứu và mời họ tham gia vào nghiên cứu. Người bệnh đồng ý sẽ ký tên vào phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu và được tiến hành khảo sát bộ câu hỏi.

Bước 3: Thực hiện phỏng vấn trực tiếp đối tượng tham gia nghiên cứu dựa trên bộ câu hỏi được chuẩn bị sẵn.

Bước 4: Kiểm tra lại phiếu trả lời sau khi người bệnh hoàn thành. Lập danh sách người bệnh mỗi ngày để tránh trùng lặp đối tượng nghiên cứu.

Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 22.0.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ ngày 01-30/9/2024 có 160 trường hợp người bệnh được phỏng vấn và tham gia nghiên cứu, kết quả như sau:

Bảng 1: Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng

Giới tính: Nam; Nữ	65 (40,6%); 95 (59,4%)
Tuổi:	
Trung bình	51,9
Giá trị nhỏ nhất; Lớn nhất	16; 97
Số ngày nằm viện:	
Trung bình	4,9
Giá trị nhỏ nhất; lớn nhất	1; 17
Có sử dụng thẻ BHYT: có; không	150 (93,8%); 10 (6,3%)
Nơi sinh sống: Thành thị; Nông thôn; Vùng sâu	38 (23,8%); 121 (75,6%); 1 (0,6%)
Mức sống của gia đình: Nghèo; Cận nghèo; Khác	7 (4,4%); 10 (6,3%); 143 (89,4%)
Đây là lần điều trị thứ mấy:	

Trung bình	1,9
Giá trị nhỏ nhất; lớn nhất	1; 6

Bảng 2. Bác sỹ, điều dưỡng có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực

Khoa	Kết quả			Cộng
	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng	
Ngoại tổng quát	0 (0,0%)	8 (22,2%)	28 (77,8%)	36 (100%)
CTCH	3 (7,5%)	5 (12,5%)	32 (80,0%)	40 (100%)
Nội thần kinh	0 (0,0%)	3 (7,5%)	37 (92,5%)	40 (100%)
Nội tiết	0 (0,0%)	9 (20,5%)	35 (79,5%)	44 (100%)
Tổng cộng	3 (1,9%)	25 (15,6%)	132 (82,5%)	160 (100%)

Nhận xét: Có 3 khoa đạt 100% hài lòng và rất hài lòng là khoa Ngoại tổng hợp, Nội thần kinh và Nội tiết. Khoa Nội thần kinh có tỷ lệ rất hài lòng cao nhất (92,5%). Khoa CTCH có 7,5% bình thường.

Bảng 3. Nhân viên phục vụ (hộ lý, bảo vệ, ...) có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực

Khoa	Kết quả				Cộng
	Rất không hài lòng	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng	
Ngoại tổng quát	0 (0,0%)	0 (0,0%)	8 (22,2%)	28 (77,8%)	36 (100%)
CTCH	0 (0,0%)	3 (7,5%)	6 (15,0%)	31 (77,5%)	40 (100%)
Nội thần kinh	0 (0,0%)	0 (0,0%)	6 (15,0%)	34 (85,0%)	40 (100%)
Nội tiết	1 (2,3%)	0 (0,0%)	10 (22,7%)	33 (75,0%)	44 (100%)
Tổng cộng	1 (0,6%)	3 (1,9%)	30 (18,8%)	126 (78,8%)	160 (100%)

Nhận xét: Có 2,3% người bệnh đánh giá rất không hài lòng ở Khoa Nội tiết, khoa CTCH có 7,5% được đánh giá mức bình thường. Khoa Ngoại tổng quát và khoa Nội thần kinh được đánh giá hài lòng và rất hài lòng (100%).

Bảng 4. Được nhân viên y tế tôn trọng, đối xử công bằng, quan tâm, giúp đỡ

Khoa	Kết quả			Cộng
	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng	
Ngoại tổng quát	0 (0,0%)	8 (22,2%)	28 (77,8%)	36 (100%)
CTCH	3 (7,5%)	4 (10,0%)	33 (82,5%)	40 (100%)
Nội thần kinh	0 (0,0%)	6 (15,0%)	34 (85,0%)	40 (100%)
Nội tiết	0 (0,0%)	8 (18,2%)	36 (81,8%)	44 (100%)
Tổng cộng	3 (1,9%)	26 (16,3%)	131 (81,9%)	160 (100%)

Nhận xét: Khoa CTCH có 7,5% bình thường. Khoa Ngoại tổng quát, Nội thần kinh và Nội tiết được đánh giá hài lòng và rất hài lòng (100%).

Bảng 5. Bác sỹ, điều dưỡng hợp tác tốt và xử lý công việc thành thạo, kịp thời

Khoa	Kết quả			Cộng
	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng	
Ngoại tổng quát	0 (0,0%)	8 (22,2%)	28 (77,8%)	36 (100%)
CTCH	3 (7,5%)	2 (5,0%)	35 (87,5%)	40 (100%)
Nội thần kinh	0 (0,0%)	6 (15,0%)	34 (85,0%)	40 (100,0%)
Nội tiết	0 (0,0%)	7 (15,9%)	37 (84,1%)	44 (100,0%)
Tổng cộng	3 (1,9%)	23 (14,4%)	134 (83,8%)	160 (100,0%)

Nhận xét: Khoa Ngoại tổng quát, Nội thần kinh và Nội tiết được đánh giá hài lòng và rất hài lòng (100%). Khoa CTCH có 7,5% người bệnh đánh giá bình thường.

Bảng 6. Được bác sỹ thăm khám, động viên tại phòng điều trị

Khoa	Kết quả			Cộng
	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng	
Ngoại tổng quát	0 (0,0%)	8 (22,2%)	28 (77,8%)	36 (100,0%)
CTCH	3 (7,5%)	3 (7,5%)	34 (85,0%)	40 (100%)
Nội thần kinh	0 (0,0%)	3 (7,5%)	37 (92,5%)	40 (100%)
Nội tiết	0 (0,0%)	8 (18,2%)	36 (81,8%)	44 (100%)
Tổng cộng	3 (1,9%)	22 (13,8%)	135 (84,4%)	160 (100%)

Nhận xét: Khoa CTCH có 7,5% người bệnh đánh giá bình thường. Khoa Ngoại tổng quát, Nội thần kinh và Nội tiết được đánh giá hài lòng và rất hài lòng (100%).

Bảng 7. Được tư vấn chế độ ăn, vận động, theo dõi và phòng ngừa biến chứng

Khoa	Kết quả			Cộng
	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng	
Ngoại tổng quát	0 (0,0%)	8 (22,2%)	28 (77,8%)	36 (100%)
CTCH	3 (7,5%)	2 (5,0%)	35 (87,5%)	40 (100%)
Nội thần kinh	0 (0,0%)	6 (15,0%)	34 (85,0%)	40 (100%)
Nội tiết	0 (0,0%)	7 (15,9%)	37 (84,1%)	44 (100%)
Tổng cộng	3 (1,9%)	23 (14,4%)	134 (83,8%)	160 (100%)

Nhận xét: Khoa CTCH có 7,5% người bệnh đánh giá bình thường. Khoa Ngoại tổng quát, Nội thần kinh và Nội tiết được đánh giá hài lòng và rất hài lòng (100%).

Bảng 8. Không bị nhân viên y tế gợi ý bồi dưỡng

Khoa	Kết quả			Cộng
	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng	
Ngoại tổng quát	0 (0,0%)	8 (22,2%)	28 (77,8%)	36 (100%)
CTCH	3 (7,5%)	3 (7,5%)	34 (85,0%)	40 (100%)
Nội thần kinh	0 (0,0%)	3 (7,5%)	37 (92,5%)	40 (100%)
Nội tiết	0 (0,0%)	8 (18,2%)	36 (81,8%)	44 (100%)
Tổng cộng	3 (1,9%)	22 (13,8%)	135 (84,4%)	160 (100%)

Nhận xét: Khoa CTCH có 7,5% người bệnh đánh giá bình thường. Khoa Ngoại tổng quát, Nội thần kinh và Nội tiết được đánh giá hài lòng và rất hài lòng (100%).

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian từ ngày 05 – 30/9/2024 có 160 người bệnh tại khoa Ngoại tổng hợp, khoa Chấn thương chỉnh hình, khoa Nội thần kinh và khoa Nội tiết được phỏng vấn và tham gia nghiên cứu. Với tuổi trung bình 51,9 tuổi, nhỏ nhất 16 tuổi, lớn nhất 92 tuổi. Đa số là nữ giới (59,4%), nam chiếm tỷ lệ (40,6%). Ngày nằm viện trung bình 4,9 ngày, nhỏ nhất 1 ngày, lớn nhất 17 ngày. Đa số người bệnh đều có thẻ BHYT (93,8%), không có thẻ BHYT (6,3%). Người bệnh đa số sống ở nông thôn (75,6%), thành thị (23,8%), có 1 trường hợp (0,6%) sống ở vùng sâu, xa khó khăn. Người bệnh nghèo và cận nghèo chiếm tỷ lệ 10,7%. Trung bình người bệnh vào viện điều trị 1,9 lần, ít nhất 1 lần, nhiều nhất 6 lần.

Vấn đề đạo đức nghề nghiệp, giao tiếp ứng xử của nhân viên y tế trong hệ thống y tế công lập đang là vấn đề nổi cộm. Vẫn còn một số thầy thuốc có thái độ ứng xử, giao tiếp thiếu tính chuyên nghiệp, chưa coi người bệnh là khách hàng, là trung tâm, có thái độ ban ơn. Theo Bảng 2, tiêu chí bác sỹ, điều dưỡng có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực là một trong những yếu tố tác động lớn đến sự đánh giá chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh. Tại khía cạnh này, khoa Ngoại tổng quát, Nội thần kinh và Nội tiết được người bệnh đánh giá hài lòng và rất hài lòng đạt 100%; Riêng khoa Chấn thương chỉnh hình có 7,5% người bệnh đánh giá bình thường. Phong cách phục vụ tốt giúp người bệnh cảm thấy thoải mái và hài lòng khi sử dụng dịch vụ. Đội ngũ phục vụ cần có kiến thức chuyên môn, kỹ năng giao tiếp tốt, sự nhiệt tình, cởi mở và đáp ứng được nhu cầu của người bệnh. Tiêu chí sự cảm thông của nhân viên phục vụ (hộ lý, bảo vệ, kế toán...) có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực, được người bệnh đánh giá 2,3% rất kém ở khoa Nội tiết, 7,5% bình thường ở khoa Chấn thương chỉnh hình. Hài lòng và rất hài lòng (100%) ở khoa Ngoại tổng quát và Nội thần kinh (Bảng 3).

Đối với người bệnh, nhân viên y tế tôn trọng sự riêng tư, khoảng không gian riêng hoặc nghề nghiệp của họ. Tôn trọng ngành nghề mang tính chất cá nhân của người bệnh, không có sự phân biệt đối xử khi chăm sóc bệnh vì trước mặt ta, họ là người bệnh và họ cần được ta trợ giúp về mặt sức khỏe. Hiểu được cảm xúc, nỗi lo lắng của người bệnh như bác sỹ đặt mình vào vai trò của người bệnh để hiểu những nỗi đau của họ sau một cơn bệnh nào đó. Nếu nhân viên y tế có thể thấu cảm với người bệnh, điều này giúp xác định được những lo âu, mối quan tâm, xem xét và có lòng trắc ẩn hướng về người bệnh. Khả năng thấu cảm của nhân viên y tế là một trong yếu tố đóng góp rằng người bệnh tin tưởng vào họ. Trong môi trường tại bệnh viện, đôi khi ngôn từ trở nên bất lực, chân thành có lẽ là tiếng nói tận trong đáy lòng của mỗi người mà chúng ta khó có thể thấy rõ. Chân thành đối với cán bộ y tế khi giao tiếp ứng xử với người bệnh là sự tận tâm chăm sóc. Theo kết quả Bảng 4 cho thấy, tiêu chí nhân viên y tế tôn trọng, đối xử công bằng, quan tâm, giúp đỡ được người bệnh đánh giá tốt và rất tốt ở khoa Ngoại tổng quát, Nội thần kinh và Nội tiết đạt 100%. Riêng khoa Chấn thương chỉnh hình cần phải cải thiện hơn.

Trong hệ thống y tế, hai vị trí quan trọng nhất thường được nhắc tới là bác sĩ và điều dưỡng. Vai trò của bác sĩ không chỉ dừng lại ở việc điều trị cho bệnh nhân. Họ cũng đóng vai trò là những người dẫn dắt trong việc đưa ra các quyết định liên quan đến việc điều trị. Vai trò của điều dưỡng viên bao gồm việc thực hiện các y lệnh của bác sĩ, quan sát và ghi chép tình trạng người bệnh, thực hiện các thủ thuật chăm sóc bệnh nhân như hút đờm, tiêm thuốc, đo nhịp tim, lấy mẫu xét nghiệm... Điều dưỡng viên cũng đóng vai trò quan trọng trong việc giảm thiểu đau đớn, tạo cảm giác thoải mái cho bệnh nhân. Bảng 5, cho chúng ta thấy, về khía cạnh bác sĩ, điều dưỡng hợp tác tốt và xử lý công việc thành thạo, kịp thời cho thấy các khoa đều được người bệnh đánh giá hài lòng và rất hài lòng (100%), riêng khoa Chấn thương chỉnh hình cần phải cải thiện do có kết quả bình thường (7,5%).

Tại các buồng bệnh, các bệnh nhân vui vẻ hồ hởi trò chuyện đáp lại sự quan tâm của các bác sĩ, với họ thì nó như món quà tinh thần mà bác sĩ đem đến vào sáng sớm để tiếp thêm động lực giúp bệnh nhân mau khỏe và chiến thắng vượt qua bệnh tật. Đây cũng là dịp để bệnh nhân có thể chia sẻ những ý kiến đóng góp, gửi gắm tình cảm, những lời cảm ơn chân thành tới bác sĩ, điều dưỡng. Tất cả các bác sĩ, điều dưỡng bệnh viện sẽ cố gắng hết sức để mang đến sự thoải mái cho người bệnh và người nhà người bệnh, rút ngắn thời gian điều trị, dịch vụ y tế ngày càng được nâng cao. Kết quả đánh giá từ người bệnh về khía cạnh này cho thấy khoa Ngoại tổng hợp, Nội thần kinh, Nội tiết được người bệnh đánh giá hài lòng và rất hài lòng (100%), riêng khoa Nội thần kinh đạt 92,5% rất hài lòng. Tiêu chí này người bệnh đánh giá bình thường (7,5%) ở khoa Chấn thương chỉnh hình (Bảng 6).

Cùng với bác sĩ điều dưỡng viên không chỉ là chăm sóc bệnh nhân mà còn bao gồm việc tư vấn giáo dục về sức khỏe, hỗ trợ tâm lý cho bệnh nhân và gia đình. Họ đóng vai trò quan trọng trong việc nâng cao chất lượng dịch vụ y tế và đảm bảo hài lòng của bệnh nhân. Bảng 7, cho chúng ta thấy, việc được tư vấn chế độ ăn, vận động, theo dõi và phòng ngừa biến chứng được người bệnh đánh giá tốt và rất tốt đạt 98,2%, bình thường 1,9%. Riêng khoa Chấn thương chỉnh hình phải cải thiện tiêu chí này do có người bệnh đánh giá bình thường (7,5%).

Trong hệ thống khám, chữa bệnh trên toàn quốc vẫn còn hiện tượng tiêu cực, vòi vĩnh, gợi ý, gây khó khăn để người bệnh phải nhờ vả, phải cảm ơn... Thậm chí có một số hiện tượng công khai gợi ý bồi dưỡng phong bì ngay cả trước khi thực hiện kỹ thuật cho người bệnh. Bảng 8 về khía cạnh không bị nhân viên y tế gợi ý bồi dưỡng, người bệnh đánh giá hài lòng và rất hài lòng (100%) đối với khoa Ngoại tổng quát, Nội thần kinh và Nội tiết, đặc biệt Nội thần kinh được đánh giá cao rất hài lòng (92,5%). 7,5% bình thường ở khoa Chấn thương chỉnh hình (Bảng 8).

Đối với mỗi bác sĩ, điều dưỡng hay hộ lý phải nhận ra rằng họ cần thay đổi cách tiếp cận hướng đến người bệnh là trọng tâm, vai trò của họ không chỉ tập trung vào bệnh mà còn quan tâm đến các nhu cầu, mong đợi, thấu cảm với những lo lắng và các vấn đề xã hội của người bệnh. Đó chính là những yếu tố góp phần vào lĩnh vực chăm sóc sức khỏe toàn diện tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 160 người bệnh tại khoa Ngoại tổng hợp, Chấn thương chỉnh hình, Nội thần kinh và khoa Nội tiết được phỏng vấn và tham gia nghiên cứu thái độ ứng xử và năng lực chuyên môn của nhân viên y tế, chúng tôi nhận thấy người bệnh hài lòng và rất hài lòng đạt 100% ở các khoa Ngoại tổng hợp và khoa Nội thần kinh. Khoa Chấn thương chỉnh hình có 7,5% bình thường, khoa Nội tiết có 2,3% rất không hài lòng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Nguyễn Tấn Anh. chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh nội trú từ góc độ người bệnh tại bệnh viện đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh cơ sở 2 năm 2023.

Phạm Thị Hương. Chất lượng dịch vụ từ góc nhìn khách hàng tại khoa Khám khám đa khoa Cấp cứu, Bệnh viện Phụ sản Nhi Đà Nẵng và một số yếu tố ảnh hưởng năm 2022.

Lê Tấn Phùng. Nghiên cứu đánh giá độ tin cậy và tính giá trị của thang đo đánh giá sự hài lòng của người bệnh tại Khánh Hòa. Tạp chí Y tế công cộng. 2014;30:p. 46-51.

Akdere M, Top M, Tekingündüz S. Examining patient perceptions of service quality in Turkish hospitals: The SERVPERF model. Total Quality Management & Business Excellence. 2020;31(3- 4):342-352. doi:10.1080/14783363.2018.1427501.

Le Pt, Fitzgerald G. Applying the SERVPERF scale to evaluate quality of care in two public hospitals at Khanh Hoa Province, Vietnam. Asia Pacific Journal of Health Management. 2020;9(2): 66-76. doi: 10.3316/informit.402985086006957.

MaryJoy Umoke, Prince Christian Ifeanchor Umoke, Agbaje Samson Olaoluwa. Patients' satisfaction with quality of care in general hospitals in Ebonyi State, Nigeria, using SERVQUAL theory 2020.

THỰC TRẠNG ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA VI KHUẨN GÂY NHIỄM KHUẨN Ổ BỤNG TẠI KHOA NGOẠI TỔNG HỢP - BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024

Lê Huy Cường, Hồ Nguyễn Hoàng,
Trần Nguyễn Quang Trung, Đặng Hoàn Nhân

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm khuẩn ổ bụng là bệnh lý cấp tính phổ biến trong cấp cứu ngoại khoa tại Bệnh viện ĐKTT An Giang. Tình hình đề kháng kháng sinh của vi khuẩn ngày càng gia tăng gây thất bại cho cho việc điều trị, kéo dài thời gian nằm viện, tăng nguy cơ tử vong. Do đó, cần thiết phải có những khảo sát vi sinh để giúp định hướng cho các bác sỹ lựa chọn được kháng sinh phù hợp.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ chủng vi khuẩn gây NKO B và đề kháng kháng sinh. Khảo sát thực trạng của việc sử dụng kháng sinh và đánh giá tính hợp lý trong việc sử dụng kháng sinh điều trị NKO B.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 412 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn ổ bụng và có kết quả nuôi cấy vi khuẩn bệnh phẩm lấy từ ổ bụng tại khoa Ngoại Tổng hợp - Bệnh viện ĐKTT An Giang từ 01/02/2024 đến 15/9/2024.

Kết quả: Tỷ lệ nam/nữ là 195/217, tuổi trung bình 51.14 ± 18.57 . Tỷ lệ cấy mũ dương tính cao nhất trong bệnh lý viêm ruột thừa cấp (79,6%), sau đó là viêm túi mật cấp (12,4%). Ba chủng vi khuẩn gây bệnh chính trong nhiễm khuẩn ổ bụng là *Escherichia coli* (76,2%), *Klebsiella spp* (9,5%), *Pseudomonas spp* (7,3%), vi khuẩn sinh men kháng thuốc chiếm tỷ lệ 33,01%. Kết luận: Ba loại vi khuẩn gây bệnh chính có tỉ lệ sản xuất men kháng thuốc ESBL cao, có sự đề kháng với các kháng sinh thông thường như Penicillins, Cephalosporin thế hệ 3 và Quinolon, tuy nhiên vẫn còn nhạy cảm với nhóm Carbapenem và Aminoglycoside.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn ổ bụng, đề kháng kháng sinh, *Escherichia coli*, *Klebsiella spp*, *Pseudomonas spp*.

ANTIBIOTIC RESISTANCE SITUATION OF BACTERIA CAUSING INTRA-ABDOMINAL INFECTIONS AT THE GENERAL SURGERY DEPARTMENT - AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2024

ABSTRACT

Background: Intra-abdominal infection is a common acute condition in surgical emergencies at An Giang Central General Hospital. The increasing antibiotic resistance of bacteria poses challenges for treatment, prolongs hospital stays, and increases the risk of mortality. Therefore, it is essential to conduct microbiological surveys to help doctors in selecting appropriate antibiotics. The purpose of this study was to determine the prevalence of bacterial strains causing intra-abdominal infections and their antibiotic resistance. Assess the current state of antibiotic use and evaluate the appropriateness of antibiotic therapy for treating intra-abdominal infections.

Materials and methods: 412 patients were diagnosed with intra-abdominal infections and had bacterial culture results of abdominal specimens taken at the General Surgery Department of An Giang General Hospital from February 1 to September 15, 2024. Results: Sex ratio male/female was 195/217, mean age was 51.14 ± 18.57 . The highest rate of positive cultures was found in acute appendicitis (79,6%), followed by acute cholecystitis (12,4%). The three main pathogenic bacterial strains in intra-abdominal infections are *Escherichia coli* (76,2%), *Klebsiella spp* (9,5%), and *Pseudomonas spp* (7,3%), with antibiotic-resistant yeast-producing bacteria accounted for 33.01%. Conclusions: The three main pathogenic bacteria with a high rate of ESBL production, show resistance to common antibiotics such as Penicillins,

third-generation Cephalosporins, and Quinolones; however, they remain sensitive to the Carbapenem and Aminoglycoside.

Keywords: Intra-abdominal infection, antibiotic resistance, *Escherichia coli*, *Klebsiella spp*, *Pseudomonas spp*.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn ổ bụng (NKOB) được định nghĩa là nhiễm khuẩn bất cứ cơ quan nào trong ổ bụng có hoặc không được phúc mạc che phủ, bao gồm viêm phúc mạc, nhiễm trùng đường mật, áp xe gan, lách, viêm ruột thừa, viêm túi thừa và nhiễm trùng sau khi mất tính toàn vẹn ruột do chấn thương hoặc phẫu thuật. Vi khuẩn có thể xâm nhập bằng nhiều đường khác nhau: đường máu, bạch huyết hay xâm nhập qua thành các cơ quan hệ tiêu hóa. Tác nhân gây ra NKOB rất đa dạng, phần lớn là các chủng vi khuẩn hiếu khí hoặc kỵ khí có nguồn gốc từ hệ tiêu hóa. Hiếu khí chiếm phần lớn các tác nhân gây ra nhiễm khuẩn ổ bụng như *E.coli*, tiếp đến là các vi khuẩn như *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*... Trên thực tế, tác nhân thường là hỗn hợp gây ra bởi vi khuẩn hiếu khí, trực khuẩn tùy khí gram âm, trực khuẩn kỵ khí, cầu khuẩn hiếu khí gram dương. Những nhiễm khuẩn này có thể nghiêm trọng, thường xuyên gây nhiễm khuẩn huyết và tử vong ở bệnh nhân.

Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, can thiệp phẫu thuật và điều trị hồi sức nhưng tỷ lệ tử vong của bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng sau phẫu thuật, đặc biệt là nhiễm khuẩn ổ bụng còn ở mức cao từ 30 - 60%, trong đó, các nhiễm trùng ổ bụng nghiêm trọng hoặc sốc nhiễm khuẩn thứ phát do nhiễm trùng ổ bụng có tỷ lệ tử vong khoảng từ 25% đến 30%. Đặc biệt trong các trường hợp viêm phúc mạc cấp tính nặng tỷ lệ tử vong rất cao, theo các báo cáo của các tác giả Mỹ thì tỷ lệ này thậm chí lên đến 70%, tỷ lệ nhiễm trùng ổ bụng trong 40 năm trở lại đây tăng gấp 40 lần và kèm theo là sự kéo dài thời gian nằm viện và gánh nặng kinh tế chi phí cho quá trình điều trị. Kháng sinh là một nhóm thuốc không thể thiếu trong quá trình điều trị NKOB. Tuy nhiên, các vi khuẩn thường gặp trong bệnh viện ở Việt Nam theo báo cáo của ASTS (Chương trình theo dõi kháng kháng sinh) của nước ta năm 2006 bao gồm các vi khuẩn: *E.coli*, trực khuẩn mủ xanh, *Klebsiella*, *A. baumannii*, tụ cầu vàng. Tại các bệnh viện lớn như Bạch Mai, Chợ Rẫy, Bệnh viện TƯQĐ 108, Bệnh viện TƯ Huế... các vi khuẩn nêu trên có tỷ lệ kháng rất cao với các kháng sinh thường dùng, cụ thể là với *E.coli* các kháng sinh hay sử dụng để điều trị là gentamicin và cefotaxim đã bị kháng lần lượt là 51% và 50,3%, tụ cầu vàng kháng methiciline là 41,7%, đây chính là các chủng MRSA. Do đó, Việc xác định căn nguyên gây NKOB và xác định sự kháng kháng sinh của vi khuẩn là rất quan trọng, giúp sử dụng kháng sinh có hiệu quả, góp phần cứu sống nhiều ca bệnh nặng và giảm tỷ lệ kháng kháng sinh trong điều trị

Tại khoa Ngoại Tổng hợp - Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, NKOB rất thường gặp trong thực hành lâm sàng với các chẩn đoán như: viêm ruột thừa cấp, viêm phúc mạc, nhiễm khuẩn đường mật do sỏi mật... Phương pháp điều trị chủ yếu bằng kháng sinh và can thiệp ngoại khoa. Đối với các bệnh lý cấp tính như vậy cần thiết phải sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm ngay khi đã có chẩn đoán xác định là điều vô cùng cấp thiết. Bác sĩ lâm sàng cần biết rõ các loại vi trùng gây bệnh trong từng tình huống và hiệu quả của các phác đồ. Vì vậy, chúng tôi quyết định thực hiện đề tài này, nhằm giúp định hướng cho các bác sĩ lựa chọn được kháng sinh phù hợp dựa vào mô hình vi khuẩn gây bệnh và mức độ đề kháng kháng sinh trong bước đầu tiếp cận và điều trị nhiễm khuẩn ổ bụng với các mục tiêu như sau:

1. Xác định tỷ lệ chủng vi khuẩn gây NKOB và đề kháng kháng sinh.
2. Khảo sát thực trạng của việc sử dụng kháng sinh và đánh giá tính hợp lý trong việc sử dụng kháng sinh điều trị NKOB.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn ổ bụng và có kết quả nuôi cấy vi khuẩn bệnh phẩm lấy từ ổ bụng tại khoa Ngoại Tổng hợp - Bệnh viện ĐKTT An Giang từ 01/02/2024 đến 15/9/2024.

2. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh lý NKOB.
- Lấy được bệnh phẩm từ ổ bụng, có kết quả nuôi cấy và làm kháng sinh đồ.
- Nhập viện trong khoảng thời gian từ tháng 01/02/2024 đến tháng 15/9/2024.

3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Không thể lấy được bệnh phẩm từ ổ bụng.
- Kết quả nuôi cấy vi khuẩn không mọc.
- Không thể làm kháng sinh đồ.
- Kết quả cấy là nấm.

4. Thiết kế nghiên cứu

Tiến cứu, mô tả cắt ngang.

5. Đo lường các biến

- Tuổi, giới tính.
- Đặc điểm lâm sàng: Vị trí và cơ quan trong ổ bụng bị nhiễm khuẩn, tình trạng nhiễm khuẩn (độ nặng).
- Thời gian vi khuẩn mọc trên mẫu cấy và thời gian có kết quả kháng sinh đồ
- Chẩn đoán xác định.
- Kháng sinh điều trị ban đầu.
- Kết quả nuôi cấy.
- Chủng vi khuẩn nuôi cấy.
- Vi khuẩn tiết men kháng thuốc.
- Kháng sinh đồ với từng kháng sinh.
- Thời gian điều trị: thời gian sử dụng kháng sinh, đổi (phối hợp, lên, xuống thang) kháng sinh và tổng thời gian nằm viện.

6. Xử lý số liệu

Các số liệu được ghi nhận vào phiếu thu thập lập sẵn và được xử lý mô tả bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 01/02/2024 đến 15/9/2024, chúng tôi lựa chọn được 412 mẫu kết quả nuôi cấy vi khuẩn dương tính của 639 bệnh nhân nhiễm khuẩn ổ bụng tại khoa Ngoại Tổng Hợp - Bệnh viện ĐKTT An Giang đạt tiêu chuẩn nghiên cứu, chiếm tỷ lệ cấy dương tính đạt 64,48 %. Kết quả được tóm tắt trong các bảng sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm bệnh nhân	n= 412
Tuổi	51.14 ± 18.57 (16-105)
Giới tính (Nam/nữ)	195/217 (47,3%/52,7%)
Thời gian nằm viện	6.81 ± 2.5 ngày (2 – 23 ngày)

Thời gian mắc bệnh	2.26 ± 1.28 ngày (1-10)	
Có bệnh lý đi kèm	Không: 231 (56,1%) THA: 48 (11,7%) ĐTD: 11 (2,7%) Bệnh lý tim mạch (BTTCMB, Suy tim...): 54 (13,1%) Bệnh lý hô hấp (Viêm phổi, COPD...): 8 (1,9%) Hội chứng Cushing do thuốc: 5 (1,2%). Bệnh lý tim mạch + HC Cushing do thuốc: 17 (4,1%) Bệnh lý tim mạch + ĐTD type 2: 31 (7,5%) Bệnh lý tim mạch + ĐTD type 2 + HC Cushing: 3 (0,7%) Bướu giáp: 4 (1%)	
Tiền sử Ngoại khoa	Không: 354 (85,9%) Phẫu thuật ổ bụng: 15 (3,6%) Mổ lấy thai: 26 (6,3%) Khác: 16 (3,9%)	
Bệnh nhân có dùng KS trước vào viện	- Không: 312 (75,5%) - Có: 100 (24,3%)	
Dấu hiệu sinh tồn	- Có sốt: 6 (1,5%) - Không có sốt: 406 (98,5%)	
ASA	1 điểm	215 (52,2%)
	2 điểm	167 (40,5%)
	3 điểm	29 (7%)
	4 điểm	1 (0,2%)
Phân tầng nguy cơ nhiễm khuẩn	- Thấp: 160 (38,8%) - Trung bình: 237 (57,5%) - Cao: 15 (3,6%)	
Cấy máu trước khi dùng kháng sinh	- Có: 11 (2,7%) - Không: 399 (96,8%)	

Nhận xét: 75,5% bệnh nhân tự ý dùng kháng sinh trước vào viện, đa số bệnh nhân trong nghiên cứu là phân tầng nguy cơ trung bình và tỷ lệ cấy máu trước dùng kháng sinh thấp.

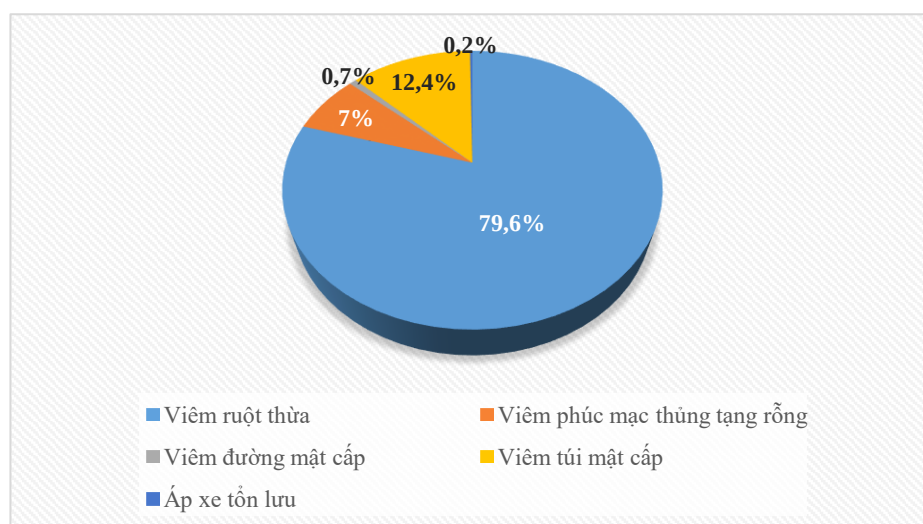
Bảng 2. Kết quả cận lâm sàng khi vào viện

Nội dung nghiên cứu	Kết quả
Bạch cầu	15.44 ± 5.63 (3.00 – 48.04) K/ μ L
CRP	59.70 ± 66.98 (0.20 – 431.26) mg/dl
Kết quả siêu âm	- ECHO âm tính: 62 (15%) - Dịch ổ bụng: 41 (10,0%) - Thấy được thương tổn: 281 (68,2%)

	- Khác: 28 (6,8%)
Kết quả CT-Scan bụng chậu (n=173)	- Không hình ảnh bất thường: 1 (0,6%) - Dịch ổ bụng: 2 (1,2%) - Hơi tự do ổ bụng: 13 (7,5%) - Thấy được thương tổn: 157 (90,8%)

Nhận xét: Chỉ số bạch cầu và CRP trung bình tương đối cao. CT-Scan có độ nhạy cao hơn Siêu âm trong phát hiện thương tổn (90,8% so với 68,2%).

Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh lý nhiễm khuẩn ổ bụng trong mẫu nghiên cứu



Nhận xét: Tỷ lệ cấy mũ dương tính cao nhất trong bệnh lý viêm ruột thừa cấp (79,6%), tiếp theo là viêm túi mật cấp (12,4%).

Thực trạng sử dụng kháng sinh trước mổ, có 14 loại kháng sinh được dùng trước mổ, với tỷ lệ các kháng sinh được dùng như sau:

Bảng 3. Kháng sinh được dùng trước mổ

Tên kháng sinh	n = 412 (100%)
Ceftriaxion	181 (43,93%)
Ceftazidim	178 (43,200%)
Cefotaxim	9 (2,18%)
Imipenem	18 (4,36%)
Meropenem	2 (0,49%)
Cefoxitin	3 (0,73%)
Ciprofloxacin	4 (0,98%)
Cefotiam	3 (0,73%)
Cefuroxim	12 (2,91%)
Levofloxacin	1 (0,24%)

Ampicillin + Sulbactam	1 (0,24%)
Có 165 TH (40%) được phối hợp kháng sinh Metronidazole, 4 TH (0,97%) phối hợp Gentamycin, 2 TH (0,49%) phối hợp Amikacin trước mổ.	

Nhận xét: Đa số kháng sinh trước mổ được dùng là Ceftriaxion 181 TH (43,9%) và Ceftazidim 178 TH (4,2%).

Về đặc điểm của vi khuẩn phân lập được: Trong số 412 bệnh nhân NKOB dịch nuôi cấy tìm vi khuẩn gây bệnh được lấy từ khoang ổ bụng trong quá trình phẫu thuật bao gồm: dịch mật 44 mẫu (chiếm 10,7%), dịch/mủ ổ bụng 368 mẫu (chiếm 89,3%). Kết quả vi sinh thu được như sau:

Bảng 4. Kết quả vi sinh

Thời gian	Kết quả	
Thời gian mọc mẫu cấy	1.45 ± 0.588 ngày	
Thời gian từ khi cấy dương tính đến khi có KSD	1.59 ± 0.854 ngày	
Tên Vi khuẩn	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Escherichia coli	314	76,2
Klebsiella spp.	39	9,5
Pseudomonas spp.	30	7,3
Enterobacter cloacae	4	1,0
Proteus spp.	15	3,6
Citrobacter	4	1,0
Aeromonas veroni bv sorbrio	5	1,2
Salmonella spp	1	0,2
Vi khuẩn sinh men kháng thuốc (n= 136) (33.01%)	- ESBL: 128 (94,12%) - MRSA: 0 - CPO: 6 (4,41%) - Kết hợp ESBL và CPO: 1 (0,74%) - Khác: 1 (0,74%)	

Nhận xét: *Escherichia coli* chiếm đa số (76,2%) và vi khuẩn sinh men kháng thuốc chiếm tỷ lệ 33,01%.

Bảng 5. Mức độ đề kháng, trung gian, nhạy cảm kháng sinh của 3 chủng vi khuẩn gây bệnh *E. coli*, *Klebsiella spp.*, *Pseudomonas spp.*

Kháng sinh	Escherichia coli				Klebsiella spp.				Pseudomonas spp.			
	Số mẫu	S	I	R	Số mẫu	S	I	R	Số mẫu	S	I	R
Aztreonam	231	114	26	91	23	17	0	6	26	22	2	2
Ampicillin/sulbactam	294	106	125	65	30	20	5	5	1	1	0	0

Piperacillin/tazobactam	306	284	9	13	38	33	5	0	28	28	0	0
Cefoxitin	305	187	9	109	34	28	1	5				
Cefuroxim	288	75	12	201	30	21	1	8				
Ceftriaxone	289	103	10	176	30	22	0	8	1	1	0	0
Cefazolin	309	77	17	215	39	29	1	9				
Ceftazidime	281	126	50	105	26	18	1	7	30	29	0	1
Cefepime	279	146	54	79	25	21	1	3	20	19	0	1
Ceftazidim + Avibactam	213	204		9	22	22	0	0	19	19	0	0
Ertapenem	306	289	3	14	39	37	2	0	5	5	0	0
Imipenem/cilastatin	212	174	32	6	22	21	0	1	23	17	4	2
Meropenem	209	202	1	6	21	21	0	0	24	23	0	1
Amikacin	231	223	5	3	21	21	0	0	22	21	0	1
Gentamicin	311	214	2	95	37	33	0	4	26	25	1	0
Ciprofloxacin	305	71	33	201	35	24	1	10	29	26	1	2
Levofloxacin	179	8	1	170	7	2	0	5	20	17	1	2
Tetracycline	3	3	0	0	1	1	0	0				
Trimethoprim/ sulfamethoxazole	299	100	0	199	30	23	0	7	1	1	0	0
Tigecycline	200	197	1	2	22	20	2	0				
Ampicillin	288	25	0	263	39	3	1	35	1	1	0	0

Nhận xét: Dựa vào kết quả vi sinh trong mẫu nghiên cứu cho thấy vi khuẩn gây bệnh thường gặp nhất E. coli, có mức độ đề kháng cao với những kháng sinh Aztreonam (39,4%), Cefoxitin (35,74%), Cefuroxim (69,79%), Ceftriaxone (60,9%), Cefazolin (69,58%), Ciprofloxacin (65,9%), Levofloxacin (94,97%), Trimethoprim/sulfamethoxazole (66,56%), Ampicillin (94,32%).

Đối với chủng Klebsiella spp. có sự đề kháng cao với kháng sinh như: Aztreonam (26,09%), Ciprofloxacin (28,57%), Cefuroxim, Ceftriaxone (26,67%).

Đối với chủng Pseudomonas spp thì còn nhạy với các kháng sinh: Cefepime, Ceftazidime, Piperacillin/tazobactam, Ceftazidim + Avibactam, Meropenem, Imipenem/cilastatin, Amikacin, Gentamicin, Ciprofloxacin.

Trong lúc phẫu thuật, phẫu thuật viên đánh giá độ nặng của thương tổn nên đổi kháng sinh ngay sau mổ được áp dụng trong 31 trường hợp (7,5%), còn lại 381 trường hợp (92,5%) không đổi kháng sinh. Tỷ lệ kháng sinh theo kinh nghiệm phù hợp kháng sinh đồ là 309 TH (75%).

Bảng 6. Kháng sinh được chọn khi có kết quả KSĐ

Nội dung nghiên cứu	Kết quả
Kháng sinh không phù hợp kết quả KSĐ (n=103)	- Có: 43/103 TH (41,7%) + Lên thang: 39/43 (90,7%) + Xuống thang: 4/43 (9,3%) - Không đổi kháng sinh: 60/103 TH (58,3%) Lý do: + Lâm sàng đáp ứng với kháng sinh đang dùng: 55/60 (91,67%) + Do có phối hợp thêm 1 kháng sinh khác: 5/60 TH (8,33%) (trong đó gentamycin 2/5 và Amikacin 3/5 TH)
Lựa chọn kháng sinh	Piperacilin/Tazobactam: 27/43 (62,79%) Imipenem/Cilastatin: 7/43 (16,28%) Meropenem: 1/43 (2,33%) Cefoxitin: 2/43 (4,65%) Cefepim: 2/43 (4,65%) Ceftazidim: 1/43 (2,33%) Amikacin: 1/43 (2,33%) Ciprofloxacin: 2/43 (4,65%)
Ngày hậu phẫu đổi kháng sinh	Ngày 1: 6/43 (13,95%); Ngày 2: 14/43 (32,56%) Ngày 3: 16/43 (37,21%); Ngày 4: 6/43 (13,95%) Ngày 5: 1/43 (2,33%)
Số ngày dùng KS được đổi	4.58 ± 2.59 ngày

Nhận xét: Ngày hậu phẫu đổi kháng sinh tập trung vào hậu phẫu N2 và hậu phẫu N3 (chiếm đến 69,77%). Điều này phù hợp với thời gian có kết quả kháng sinh đồ.

Kết quả điều trị sau mổ được mô tả trong bảng sau:

Bảng 7. Kết quả điều trị

Nội dung nghiên cứu	Kết quả
Thời gian nằm viện sau mổ	6.81 ± 2.5 ngày
Cận lâm sàng trước ngày xuất viện	
Bạch cầu	9.94 ± 3.12 (3.79 – 29.24.0) K/ μ L
CRP	65.42 ± 49.37 (1.0– 557.67) mg/l
Kết quả điều trị	- Xuất viện: 404 TH (98,1%) - Tử vong: 8 (1,9%)
Kháng sinh xuất viện	- Không: 11/404 (2,72%) - Có: + Cefuroxim: 95/393 (24,17%)

	+ Cefixim: 80/393 (20,36%) + Amoxicilin /Acid Clavulanic: 159/393 (40,46%) + Sulfamethoxazole – Trimethoprim: 6/393 (1,53%) + Ciprofloxacin: 49/393 (12,47%) + Levofloxacin: 1/393 (0,25%) + Amoxicillin – Sulbactam: 3/393 (0,76%)
Dùng kháng sinh hợp lý	+ Hợp lý: 401 TH (97,3%) + Không: 11 TH (2,7%)

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm bệnh nhân được chỉ định nuôi cấy định danh vi khuẩn gây NKOB, tuổi bệnh nhân trung bình là 51.14 ± 18.57 , tuổi thấp nhất là 16 và cao nhất là 105 tuổi, tỷ lệ nữ mắc bệnh cao hơn nam (52,7% so với 47,3%), kết quả này tương đương với Đặng Quốc Ái [1] tuổi trung bình là 60.79 ± 16.55 tuổi và nữ giới chiếm 57,3%.

Tất cả bệnh nhân trước khi sử dụng kháng sinh đều được phân tầng nguy cơ, đánh giá độ nặng của bệnh và các bệnh đi kèm để sử dụng kháng sinh ban đầu hợp lý, trong nghiên cứu này, phân tầng nguy cơ nhiễm khuẩn thấp có 160 trường hợp (38,8%), nguy cơ trung bình 237 trường hợp (57,5%) và nguy cơ cao 15 trường hợp (3,6%), tất cả bệnh nhân vào viện trong tình trạng nhiễm trùng nặng với số lượng bạch cầu máu trung bình là $15,44 \pm 3.12$ K/ μ L và CRP trung bình là 65.42 ± 49.37 mg/l.

Viêm ruột thừa là bệnh lý phổ biến nhất trong các bệnh lý nhiễm khuẩn ổ bụng, do đó tỷ lệ cấy mũ dương tính cao nhất trong bệnh lý viêm ruột thừa cấp (79,6%), sau đó là viêm túi mật cấp (12,4%), kế tiếp là bệnh lý viêm phúc mạc do thủng ổ loét dạ dày – tá tràng, thủng ruột non và đại trực tràng (7%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với Hà Thị Thúy Hằng [2] viêm ruột thừa chiếm tỷ lệ cao nhất 75,1 %, nhiễm khuẩn đường mật 19,8%, viêm phúc mạc 2,7%, các bệnh lý khác như thủng ổ loét dạ dày - tá tràng, túi thừa đại tràng gây áp xe rò miệng nối tiêu hóa 2,3%.

Phương pháp phẫu thuật nội soi chiếm tỷ lệ cao 91,7%, theo khuyến cáo của Hội Phẫu thuật cấp cứu Thế giới WSES 2022, tỷ lệ phẫu thuật nội soi ổ bụng trên thế giới đã tăng từ 23,7% năm 2006 lên 80% năm 2021, phẫu thuật nội soi sẽ làm giảm tỷ lệ biến chứng, tỷ lệ tử vong trong bệnh viện thấp hơn và thời gian nằm viện so với phẫu thuật mở. Thời gian nằm viện của nghiên cứu của chúng tôi là: $6,81 \pm 2,5$ ngày, so với của Đặng Quốc Ái [1] là $14,14 \pm 11,53$, của Hà Thị Thúy Hằng [2] là $7,7 \pm 5,03$ ngày, điều này cho thấy số ngày nằm viện trong lô nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn, có thể là do tỷ lệ phẫu thuật nội soi cao dẫn đến hồi phục sớm sau mổ và rút ngắn thời gian nằm viện.

Do tất cả bệnh nhân trong lô nghiên cứu đều được can thiệp thủ thuật – phẫu thuật nên chúng tôi ưu tiên lấy dịch, mũ trong ổ bụng nuôi cấy, làm kháng sinh đồ vì như thế mẫu cấy sẽ nhạy hơn, do vậy mà tỷ lệ cấy máu trước khi dùng kháng sinh chỉ 11 trường hợp, chiếm 2,7%.

Việc sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn ổ bụng khá đa dạng và phong phú, WSES 2017 đã khuyến cáo 26 loại kháng sinh [6], điều này cho thấy các bác sĩ có nhiều lựa chọn trong việc sử dụng kháng sinh. Tuy nhiên, nếu không kiểm soát chặt chẽ tần suất sử dụng của từng nhóm kháng sinh khi kết hợp nhiều loại, sẽ dẫn đến nguy cơ kháng thuốc [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kháng sinh sử dụng trước mổ bao gồm 14 loại khác nhau, cho thấy sự phong phú trong sử dụng kháng sinh trước mổ, tuy nhiên do đặc điểm cơ quan tổn thương chủ yếu do vi khuẩn gram âm nên kháng sinh được sử dụng nhiều nhất vẫn là Ceftriaxone và Ceftazidime.

Trong lúc phẫu thuật, phẫu thuật viên đánh giá chính xác độ nặng thương tổn do nhiễm trùng nên có 31 trường hợp (7,5%) được đổi kháng sinh ngay sau mổ, 381 trường hợp còn lại (92,5%) kháng sinh kinh nghiệm ban đầu là phù hợp với đánh giá trong lúc phẫu thuật.

Về đặc điểm mẫu nuôi cấy, dịch/mủ ổ bụng chiếm đa số 89,3% và dịch mật chiếm 10,7%. Kết quả này khác so với Đặng Quốc Ái [1]: dịch mật chiếm 64,41%. Phương pháp nuôi cấy chủ yếu là vi khuẩn hiếu khí, do nuôi cấy vi khuẩn kỵ khí không được tiến hành tại Bệnh viện ĐKTT An Giang vì khó nuôi cấy và chẩn đoán, cần sử dụng kỹ thuật chuyên sâu và trang thiết bị hiện đại.

Thời gian mọc mẫu cấy trung bình là 1.45 ± 0.588 ngày và thời gian từ khi cấy dương tính đến khi có KSD là 1.59 ± 0.854 ngày, thời gian này là khá nhanh, có lẽ là do tất cả mẫu cấy là dịch, mủ trong ổ bụng chứa nhiều vi khuẩn nên thời gian mọc nhanh hơn so với mẫu cấy là máu. Đây cũng là ưu điểm của mẫu cấy dịch, mủ ổ bụng.

Tỷ lệ nuôi cấy vi khuẩn dương tính đạt 64,48%, kết quả này phụ thuộc rất nhiều vào quy trình lấy mẫu. Trong điều trị nhiễm khuẩn ổ bụng, việc bắt đầu điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm cần được tiến hành ngay sau khi có chẩn đoán xác định, vì việc trì hoãn sử dụng kháng sinh để đợi lấy mẫu xét nghiệm là không hợp lý. Vì vậy, hầu hết các mẫu được thu thập sau khi bệnh nhân đã bắt đầu dùng kháng sinh, thường là trong hoặc sau khi phẫu thuật [7].

Tác nhân gây NKOB trong nghiên cứu của chúng tôi đều là vi khuẩn Gram âm, *Escherichia coli* chiếm đa số (76,2%), tiếp theo là *Klebsiella spp* (9,5%) và vi khuẩn sinh men kháng thuốc chiếm tỷ lệ 33,01%. Kết quả này tương đồng với Hà Thị Thúy Hằng [2]: Các tác nhân gây bệnh chủ yếu là vi khuẩn Gram âm chiếm 93,3%, bao gồm các chủng vi khuẩn *E.coli* (56,7%), *Klebsiella spp* (23,3%), *Enterobacter* (10%), *Citrobacter* (3,3%), *Enterococcus* (6,7%).

Vài thập kỷ gần đây, các nghiên cứu dịch tễ học đã cảnh báo mạnh mẽ về tình trạng vi khuẩn kháng thuốc, đặc biệt là khả năng tiết ra enzyme ESBL, một loại enzyme có khả năng kháng lại nhóm kháng sinh betalactam phổ rộng. Tình trạng này đặc biệt gây lo ngại đối với các chủng vi khuẩn như *E.coli* và *Klebsiella spp*. Theo số liệu nghiên cứu từ 13 bệnh viện thuộc mạng lưới giám sát VINARES giai đoạn 2016-2017, tỷ lệ các chủng *E.coli* sản sinh enzyme ESBL đã đạt 59% [3] và theo nghiên cứu đa trung tâm GARP 2008-2009 tại các bệnh viện lớn ở Việt Nam [1], tỷ lệ *Klebsiella* sinh ESBL dao động từ 20,1% đến 61,7%. So với nghiên cứu này, tỷ lệ *E.coli* sinh ESBL trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn (38,85%) và tỷ lệ *Klebsiella spp* sinh ESBL cũng thấp hơn, chỉ đạt 12,82%.

Đánh giá về mức độ kháng thuốc của 3 chủng vi khuẩn chiếm tỉ lệ cao nhất trong mẫu nghiên cứu: *E.coli*, *Klebsiella spp* và *Pseudomonas spp* cho thấy mức độ đề kháng kháng sinh với từng loại có sự khác biệt.

Với *E.coli*: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy được độ nhạy cao của *E.coli* với các kháng sinh như Amikacin (96.54%), Ertapenem (94.44%), Imipenem/Cilastatin (82.08%), Meropenem (96.65%), kết quả này tương đồng với Đặng Quốc Ái [1]. Ngược lại, *E.coli* đề kháng cao nhất với Ampicilin/sulbactam (91,43%) Cefotaxime (80%), Trimethoprim/sulfamethoxazole (72,97%), Ciprofloxacin (73,68%). Trong nghiên cứu SOAR 2010-2011 do Phạm Hùng Vân thực hiện, kết quả cũng cho thấy tỷ lệ *E.coli* kháng carbapenem ở mức thấp, chỉ 2% [5].

Với *Klebsiella spp*: Các kháng sinh vẫn còn giữ được độ nhạy cao là Ertapenem (94,87%), Imipenem/Cilastatin (95,45%), Meropenem (100%), Amikacin (100%), Gentamycin (89,19%), trimethoprim/sulfamethoxazole (76,67%), Tigecycline (90,91%). *Klebsiella spp*. đề kháng cao với Levofloxacin (71,43%), Ampicillin (89,74%), Theo nghiên cứu SOAR 2010-2011 của Phạm Hùng Vân [5], *Klebsiella spp* đề kháng cao nhất với Ampicilin (98%), Tetracyclin (47%), Cefuroxim (48%), Cefotaxime (38%). *Klebsiella spp*. nhạy cảm cao với Imipenem (94%), Ertapenem (85%), Cefepim (69%). Theo Hà Thị Thúy Hằng [2], *Klebsiella.spp* đề kháng cao với Amoxicilin/clavulanat (75%), Ampicilin (50%), Ciprofloxacin (50%). *Klebsiella.spp* còn nhạy cảm với Imipenem (100%), Gentamicin (100%), Cefuroxim (80%), Amikacin (85,7%).

Với *Pseudomonas spp*: Các kháng sinh có hoạt tính điều trị *Pseudomonas spp* đều có độ nhạy rất cao như: Aztreonam (84,62%), Piperacillin/tazobactam (100%), Ceftazidime (96,67%), Meropenem (95,83%), Amikacin (95,45%), Gentamycin (96,15%). Nhóm Quinolone cũng có độ nhạy rất tốt: Ciprofloxacin (89,66%) và Levofloxacin (85%).

Tóm lại, đối với các vi khuẩn Gram âm gây nhiễm khuẩn ổ bụng, kháng sinh Carbapenem và Aminoglycosid vẫn giữ được tính nhạy cảm cao và hiệu quả điều trị tốt. Ngược lại, các nhóm kháng sinh phổ rộng như Penicillins (Ampicilin, Amoxicillin), Cephalosporin thế hệ 3 (Ceftriaxion) và Quinolon (Ciprofloxacin) đã đối mặt với tình trạng kháng thuốc gia tăng. Điều này xảy ra do tỷ lệ vi khuẩn sản sinh ESBL khá cao, enzyme này có khả năng phân hủy các kháng sinh thuộc nhóm Beta-lactam như Penicillins, Cephalosporin thế hệ 3 và kể cả Quinolon.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 309 trường hợp (75%) kháng sinh sử dụng ban đầu phù hợp với kháng sinh đồ, còn lại 103 trường hợp (25%) kháng sinh đang dùng không phù hợp kết quả kháng sinh đồ, trong đó phải đổi kháng sinh là 43 trường hợp (lên thang 39 trường hợp và xuống thang 4 trường hợp), 60 trường hợp còn lại do có đáp ứng trên lâm sàng nên vẫn duy trì kháng sinh đang dùng (trong đó 5 trường hợp phối hợp thêm kháng sinh thứ 2). Điều này cho thấy chỉ định kháng sinh kinh nghiệm ban đầu phù hợp trong phần lớn các trường hợp (369/412, chiếm 89,6%) và có 58,3% (60/103) các trường hợp kháng sinh đã kháng trên kháng sinh đồ nhưng vẫn có đáp ứng trên lâm sàng.

Tỷ lệ sử dụng kháng sinh hợp lý của chúng tôi cao đạt 97,3%, kết quả này cao hơn nghiên cứu của Hà Thị Thúy Hằng [2] (48.2%). Điều này có được là nhờ triển khai chặt chẽ của chương trình giám sát sử dụng kháng sinh tại bệnh viện chúng tôi, được khảo sát và chấm điểm sử dụng kháng sinh hằng tháng. Đồng thời, nhờ sự tuân thủ chặt chẽ phác đồ điều trị, do đó kết quả điều trị của chúng tôi có bệnh nhân NKOB ra viện đạt 98,1%.

V. KẾT LUẬN

Bệnh lý nhiễm khuẩn ổ bụng trong nghiên cứu chủ yếu liên quan đến viêm ruột thừa, viêm túi mật cấp tính và viêm phúc mạc do thủng dạ dày-tá tràng cũng như thủng ruột non và đại trực tràng. Ba loại vi khuẩn gây bệnh chính gồm *E.coli*, *Klebsiella spp* và *Pseudomonas spp*, có tỉ lệ sản xuất men kháng thuốc ESBL cao, có sự đề kháng với các kháng sinh thông thường như Penicillins, Cephalosporin thế hệ 3 và Quinolon, tuy nhiên vẫn còn nhạy cảm với nhóm Carbapenem và Aminoglycoside. Việc sử dụng kháng sinh kinh nghiệm ban đầu và đối chiếu kết quả kháng sinh đồ là hết sức quan trọng, giúp điều trị sớm, hiệu quả với chủng vi khuẩn nghiên cứu, giảm đề kháng kháng sinh, từ đó nâng cao hiệu quả điều trị, rút ngắn thời gian nằm viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Quốc Ái, Hà Thị Thúy Hằng (2023), "Nghiên cứu thực trạng đề kháng kháng sinh của vi khuẩn gây nhiễm khuẩn ổ bụng tại khoa Ngoại tổng hợp - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 526(5), tr. 334-340.
2. Hà Thị Thúy Hằng (2014), "Thực trạng sử dụng Kháng sinh trong điều trị Nhiễm khuẩn ổ bụng tại Khoa Ngoại - Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội".
3. Trần Thị Mai Hưng (2022), "Thực trạng kháng kháng sinh của một số vi khuẩn thường gặp ở cộng đồng và một số yếu tố liên quan ở Việt Nam năm 2018-2019", Viện vệ sinh dịch tễ Trung ương.
4. Lê Thị Hương Lan, Hoàng Thị Thu (2023), "Căn nguyên nhiễm khuẩn huyết và mức độ kháng kháng sinh tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2020 – 2021", *Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam*. 1(41), tr. 59-66.
5. Phạm Hùng Vân (2011), "Vi khuẩn Gram âm đề kháng kháng sinh thực trạng tại Việt Nam và các điểm mới về chuẩn mực biện luận đề kháng", *Tạp chí Y học TP.HCM*. 13(2), tr. 138-148.
6. Sartelli, M. và các cộng sự. (2017), "The management of intra-abdominal infections from a global perspective: 2017 WSES guidelines for management of intra-abdominal infections", *World J Emerg Surg*. 12, pp. 29.
7. Mazuski JE, Tessier JM, May AK et al (2017), "The Surgical Infection Society Revised Guidelines on the Management of Intra-Abdominal Infection ", *Surg Infect (Larchmt)*. 18(1), pp. 1-56.

THỰC TRẠNG ĐIỀU KIỆN LAO ĐỘNG ẢNH HƯỞNG ĐẾN TÌNH TRẠNG SỨC KHOẺ NHÂN VIÊN Y TẾ VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024

Phạm Thị Huệ, Nguyễn Thị Phương Linh,
Lê Văn Danh, Nguyễn Ngọc Thanh Mai

TÓM TẮT

Mở đầu: Môi trường và điều kiện lao động của ngành y tế rất đa dạng và phức tạp, có nhiều yếu tố nguy cơ ảnh hưởng xấu đến sức khỏe nhân viên y tế Lao động trong các cơ sở y tế mang tính chất đặc thù với phần lớn các loại công việc có điều kiện lao động nặng nhọc, độc hại, nguy hiểm và đặc biệt môi trường làm việc rất dễ bị lây nhiễm

Mục tiêu: Mô tả thực trạng điều kiện lao động, sức khỏe và đánh giá hiệu quả biện pháp huấn luyện an toàn -vệ sinh lao động của nhân viên y tế Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2023-2024.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 841 nhân viên y tế viên đang làm việc tại các khoa lâm sàng trong bệnh viện. Nghiên cứu sử dụng phần mềm SPSS 26.0

Kết quả: Kết quả nghiên cứu tiến hành đánh giá chỉ số đo lường quan trắc môi trường lao động và kiểm tra sức khỏe 841 nhân viên đang công tác tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang cho thấy sau can thiệp có 8/11 chỉ số đo về yếu tố môi trường lao động có tỷ lệ đạt đạt 100%. Chỉ số về ánh sáng (63,4%), an toàn bức xạ (95,2%) và độ ẩm (100%) sau can thiệp cao hơn trước can thiệp, $p > 0,05$. Kết quả nghiên cứu cho thấy trước can thiệp có 67,8% đối tượng nghiên cứu có phân loại sức khỏe loại I, 25% loại II và 7,2% đối tượng nghiên cứu loại III. Sau can thiệp, phân loại sức khỏe của nhân viên như sau: 70,5% loại I; 28% loại II và 0,7% loại III. Sau can thiệp có sự thay đổi tình trạng sức khỏe các bệnh liên quan về mắt và hô hấp, $p > 0,05$

Kết luận: Giảm thiểu bệnh nghề nghiệp nâng cao sức khỏe cho nhân viên là một nhiệm vụ quan trọng đối với lãnh đạo bệnh viện. Vì vậy, cần phải nhận diện được nguyên nhân gây bệnh nghề nghiệp để đưa ra biện pháp phòng tránh. Cải thiện tốt các yếu tố về môi trường như ánh sáng, bụi, bức xạ sẽ góp phần giảm thiểu nguy cơ mắc các bệnh nghề nghiệp cho nhân viên. Đồng thời, nâng cao kiến thức, thường xuyên tập huấn cho nhân viên về các biện pháp phòng hộ, bảo vệ cá nhân trước các yếu tố nguy hại sẽ góp phần cải thiện sức khỏe và giảm thiểu nguy cơ mắc bệnh cho nhân viên tại bệnh viện

Từ khóa: điều kiện lao động, sức khỏe, can thiệp

THE CURRENT SITUATION OF LABOR CONDITIONS AFFECTING THE HEALTH STATUS OF MEDICAL STAFF AND THE EFFECTIVENESS OF INTERVENTION AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2024

ABSTRACT

Background: The environment and labor conditions of the health sector are very poor. diverse and complex, with many risk factors that negatively affect the health of medical staff. Labor in medical facilities is unique, with most types of work having heavy working conditions, toxic, dangerous and especially the working environment is very susceptible to infection

Objectives: Describe the current state of working conditions, health and evaluate the effectiveness of occupational safety and hygiene training measures of employees. Medical staff of An Giang Central General Hospital in 2023-2024.

Subjects and methods: Cross-sectional descriptive study on 841 medical staff working in clinical departments in the hospital. Research using SPSS 26.0 software

Results: Research results conducted to evaluate measurement index of working environment monitoring and health check of 841 employees A staff member working at An

Giang Central General Hospital showed that after the intervention, 8/11 indicators of working environment factors had a 100% success rate. Indicators of light (63.4%), radiation safety (95.2%) and humidity (100%) after intervention were higher than before intervention, $p > 0.05$. Research results showed that before the intervention, 67.8% of research subjects had health classification type I, 25% of research subjects had type II and 7.2% of research subjects had type III health. After intervention, employee health classification is as follows: 70.5% type I; 28% type II and 0.7% type III. After the intervention, there was a change in health status related to eye and respiratory diseases, $p > 0.05$

Conclusion: Minimizing occupational diseases and improving employee health is an important task for leaders. hospital director. Therefore, it is necessary to identify the causes of occupational diseases to take preventive measures. Improving environmental factors such as light, dust, and radiation will contribute to minimizing the risk of occupational diseases for employees. At the same time, improve knowledge Awareness and regular training for staff on protective measures and personal protection against harmful factors will contribute to improving health and minimizing the risk of disease for staff at the hospital.

Key words: treatment Labor conditions, health, intervention

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Môi trường và điều kiện lao động của ngành y tế rất đa dạng và phức tạp, có nhiều yếu tố nguy cơ ảnh hưởng xấu đến sức khỏe nhân viên y tế (NVYT). Lao động trong các cơ sở y tế mang tính chất đặc thù với phần lớn các loại công việc có điều kiện lao động nặng nhọc, độc hại, nguy hiểm và đặc biệt môi trường làm việc rất dễ bị lây nhiễm. Trong quá trình lao động, nhân viên y tế là người trực tiếp cung cấp dịch vụ và chăm sóc cho các người bệnh. Đây là nhóm nghề thường xuyên tiếp xúc với nhiều mối nguy hiểm phức tạp về sức khỏe và an toàn trong quá trình làm việc [5] Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng có nhiều yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe và tính mạng của nhân viên y tế như: yếu tố hóa học, lý học, vi sinh vật, căng thẳng tâm lý, thậm chí cả chất phóng xạ...[5]. Họ có thể bị mắc bệnh cấp tính, nhưng cũng có thể bị ảnh hưởng từ từ trường diễn. Nhiều nhân viên y tế mắc bệnh nghề nghiệp do lây nhiễm từ người bệnh trong quá trình công tác (nhiễm HIV/AIDS, nhiễm xạ, nhiễm độc...) và thậm chí, có một số nhân viên y tế bị hành hung vô cớ trong trạng thái tâm thần không bình thường của người bệnh [3]. Như vậy ngoài nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe cho nhân dân thì việc đảm bảo sức khỏe và tính mạng cho cán bộ y bác sĩ là hết sức cần thiết.

Theo Tổ chức y tế thế giới, nhân viên y tế là những người dễ mắc bệnh nghề nghiệp nhất bởi họ là những người trực tiếp tiếp xúc với bệnh nhân, tiếp xúc với máu và các chế phẩm của máu, dịch tiết bị nhiễm bệnh (nước bọt, đờm dãi, mủ, nước tiểu, phân) thông qua các hoạt động khám, điều trị, làm các xét nghiệm, thí nghiệm động vật, sản xuất vacxin,...[14] Theo thống kê, tỷ lệ nguy cơ nhiễm vi rút viêm gan B sau khi phơi nhiễm nghề nghiệp ở nhân viên y tế là 18 - 30% và nhiễm vi rút viêm gan C là 1,8%. Ở các nước đang phát triển, 40 - 65% nhân viên y tế nhiễm viêm gan vi rút B và viêm gan vi rút C là do phơi nhiễm nghề nghiệp qua đường máu [6] Các nghiên cứu về 2 thực trạng và các yếu tố nguy cơ sức khỏe nghề nghiệp của nhân viên y tế Việt Nam cũng chỉ ra nguy cơ cao ở nhân viên y tế là tiếp xúc với vi sinh vật gây bệnh, đặc biệt là vi rút viêm gan B, C [8] Tại khu vực Đồng bằng sông Cửu Long, theo số liệu thống kê tại thành phố Cần Thơ trong giai đoạn 2011-2016 có 103 trường hợp nhân viên y tế bị tai nạn rủi ro nghề nghiệp do vật sắc nhọn và phơi nhiễm nghề nghiệp được báo cáo [6] Năm 2012, tỉ lệ nhân viên y tế nhiễm vi rút viêm gan B tại một số bệnh viện thành phố Cần Thơ chiếm 16,2% [6]

Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang là bệnh viện công lập hạng I và là bệnh viện tuyến đầu trong tỉnh An Giang với đội ngũ nhân viên y tế đang làm việc gần 1.000 người. Hàng năm, tại bệnh viện luôn tổ chức khám sức khỏe định kỳ, phối hợp cùng Trung tâm kiểm soát bệnh tật các kết quả thực hiện quan trắc môi trường lao động, rà soát, tìm hiểu các vấn đề tình trạng sức khỏe của nhân viên đang gặp phải [11], [12]. Đây cũng là một trong các tiêu chí trong

đánh giá chất lượng bệnh viện hàng năm. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “*Thực trạng điều kiện lao động ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe nhân viên y tế và hiệu quả can thiệp tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2024*” với 2 mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng điều kiện lao động, sức khỏe của nhân viên y tế Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2023-2024.
2. Đánh giá hiệu quả biện pháp huấn luyện an toàn -vệ sinh lao động của nhân viên y tế năm 2023-2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang và nghiên cứu can thiệp cộng đồng không nhóm chứng

2.2. Cỡ mẫu

a. Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu được tính theo công thức một tỷ lệ:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 * \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

- + Z: là độ tin cậy lấy ở mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.
 - + $p=0,5$ (Do chưa có nghiên cứu nào về điều kiện lao động trên các nhân viên y tế nên sử dụng $p=0,5$ để cỡ mẫu lớn nhất)
 - + d: là sai số cho phép. Chọn $d=0,05$
- Thay vào công thức trên tính được $n = 668$
- Vậy cỡ mẫu tối thiểu đánh giá là 668
- Thực tế cỡ mẫu có được 841 nhân viên

b. Nghiên cứu can thiệp

Tiến hành can thiệp trên số nhân viên đã đánh giá ở nghiên cứu mô tả

c. Phương pháp chọn mẫu

hợp mẫu thuận tiện

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các khoa/ phòng tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang

- *Tiêu chuẩn lựa chọn*

- + Nhân viên tham gia công tác tại bệnh viện 3 tháng trở lên
- + Điều dưỡng đã ký hợp đồng làm việc tại bệnh viện

- *Tiêu chuẩn loại trừ*

- + Nhân viên mới vào làm việc ≤ 3 tháng
- + Nhân viên thực tập lấy chứng chỉ hành nghề
- + Nhân viên đang nghỉ hậu sản
- + Nhân viên đang đi học

2.4. Địa điểm

Tất cả nhân viên y tế đang công tác tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang. Thời gian: Bắt đầu từ tháng 01/2024 đến tháng 11/2024

2.5. Cách tiến hành

Dữ liệu được thu thập 02 lần: lần thứ nhất trước khi được can thiệp và lần thứ 2 sau khi can thiệp

Bước 1: Thu thập Các chỉ số môi trường lao động: Cường độ tiếng ồn, cường độ chiếu sáng, vi khí hậu, bụi, hơi khí độc. Đo toàn bộ các mẫu của môi trường lao động tại các vị trí làm việc trong bệnh viện. Kết quả chỉ số dựa trên kết quả báo cáo của Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật tỉnh An Giang về Kết quả thực hiện quan trắc môi trường lao động năm 2023 – 2024 tại bệnh viện [11],[12]

Bước 2: Đánh giá tình trạng sức khỏe, bệnh tật của nhân viên dựa theo kết quả khám sức khỏe định kỳ năm 2023 – 2024 tại bệnh viện [10]. Sử dụng phân loại sức khỏe theo quy định của Bộ Y tế (phân loại sức khỏe theo Quyết định 1613/BYT-QĐ) gồm 5 loại là loại I, loại II, Loại III, loại IV và loại V [1]

Bước 3: Đánh giá kết quả can thiệp: Bằng cách so sánh các chỉ số môi trường lao động và tình trạng sức khỏe nhân viên trước và sau can thiệp.

* *Nội dung can thiệp:* Căn cứ các chỉ số môi trường lao động chưa đạt tiến hành khảo sát đánh giá kiến thức, nâng cao hiểu biết của nhân viên về vấn đề phòng bệnh nghề nghiệp trong quá trình lao động.

* *Phương thức can thiệp:* Tập huấn cho nhân viên về các yếu tố nguy cơ, phòng bệnh nghề nghiệp. Tiến hành khảo sát nhân viên về kiến thức nhân viên trước và sau khi tập huấn qua bộ câu hỏi thiết kế sẵn. Từ đó đánh giá hiệu quả can thiệp thông qua các chỉ số môi trường lao động và chỉ số sức khỏe của nhân viên

2.6. Xử lý số liệu

Các số liệu nghiên cứu được thu thập và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 26.0.

2.7. Đo lường các biến

- Các biến số rời rạc được trình bày dưới dạng tỉ lệ phần trăm.
- Biến số liên tục có phân bố chuẩn được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn.
- Biến số liên tục không có phân bố chuẩn được trình bày dưới dạng giá trị trung vị và khoảng.
- Tìm mối liên quan bằng phép kiểm hồi quy logistic đơn và đa biến để tìm các biến về điều kiện lao động có ý nghĩa thống kê có liên quan đến tình trạng sức khỏe nhân viên trước và sau can thiệp là Odds ratio và khoảng tin cậy 95.
- Ngưỡng có ý nghĩa thống kê của các phép kiểm là $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm môi trường lao động tại bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang

Nội dung		Trước can thiệp		Sau can thiệp		p
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Nhiệt độ	Đạt	93	100	93	100	0,836
	Không đạt	0	0	0	0	
Độ ẩm	Đạt	88	94,6	93	100	0,006
	Không đạt	5	5,4	0	0	
Tốc độ gió	Đạt	93	100	93	100	0,999
	Không đạt	0	0	0	0	
Ánh sáng	Đạt	53	57	59	63,4	0,007
	Không đạt	40	43	34	36,6	
Tiếng ồn	Đạt	92	98,9	93	100	0,138
	Không đạt	1	1,1	0	0	

Điện trường	Đạt	24	100	24	100	0,500
	Không đạt	0	0	0	0	
Từ trường	Đạt	17	100	24	100	0,863
	Không đạt	0	0	0	0	
An toàn bức xạ	Đạt	18	90	20	95,2	0,002
	Không đạt	2	10	1	4,8	
Bụi	Đạt	43	100	43	100	0,451
	Không đạt	0	0	0	0	
Khí độc	Đạt	88	100	88	100	0,747
	Không đạt	0	0	0	0	

Bảng 3.1: Đánh giá các chỉ số lao động trước và sau can thiệp

Nhận xét: Sau can thiệp, có 8/11 chỉ số đo về yếu tố môi trường lao động có tỷ lệ đạt 100%. Chỉ số về ánh sáng (63,4%), an toàn bức xạ (95,2%) và độ ẩm (100%) sau can thiệp cao hơn trước can thiệp, $p > 0,05$

3.2 Thực trạng sức khỏe của nhân viên tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang

Loại sức khỏe	Trước can thiệp		Sau can thiệp	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
I	570	67,8	593	70,5
II	210	25	242	28,8
III	61	7,2	6	0,7

Bảng 3.2: Phân loại sức khỏe của nhân viên y tế trước và sau can thiệp

Nhận xét: Tỷ lệ nhân viên sau can thiệp có sức khỏe loại I, II cao hơn trước can thiệp, tỷ lệ sức khỏe loại III thấp hơn trước can thiệp

Cơ cấu bệnh		Trước can thiệp		Sau can thiệp		p
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Tim mạch	Có	71	8,5	74	8,8	0,361
	Không	770	91,5	767	91,2	
Tiêu hoá	Có	264	31,4	260	30,9	0,089
	Không	577	68,6	581	69,1	
Tai mũi họng	Có	14	1,7	13	1,5	0,115
	Không	827	98,3	828	98,5	
Răng hàm mặt	Có	171	20,3	183	21,8	0,665
	Không	670	79,7	658	78,2	
Mắt	Có	162	19,3	157	18,7	0,004
	Không	679	80,7	684	81,3	

Da liễu	Có	6	0,7	4	0,5	0,116
	Không	835	99,3	837	99,5	
Hô hấp	Có	24	2,8	20	2,4	0,002
	Không	817	97,2	821	97,6	
Cơ xương khớp	Có	40	4,7	44	5,2	0,278
	Không	801	95,3	797	94,8	
Khác	Có	32	3,8	38	4,5	0,348
	Không	809	96,2	803	95,5	

Bảng 3.3: Đánh giá tình trạng bệnh trước và sau can thiệp

Nhận xét: Tỷ lệ nhân viên mắc bệnh về mắt và hô hấp sau can thiệp giảm so với trước can thiệp, $p < 0,05$. Các bệnh khác không có sự khác biệt trước và sau can thiệp, $p > 0,05$

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm môi trường lao động tại bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang

Điều kiện lao động tại các bệnh viện sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến người lao động, nếu các điều kiện này không được đảm bảo thì tất cả hậu quả người lao động sẽ gánh chịu. Vì vậy cần phải đảm bảo các yếu tố môi trường lao động tại các doanh nghiệp là ưu tiên đầu tiên trong công tác vệ sinh lao động [2], [3]. Theo thông tư 19 của Bộ Y tế cần phải lập hồ sơ vệ sinh lao động và đánh giá các yếu tố môi trường phát sinh trong quá trình lao động [4].

Vi khí hậu là một yếu tố mà tất cả các cơ sở làm việc đều phải đánh giá, vi khí hậu không đảm bảo sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến người lao động, đồng thời sẽ ảnh hưởng đến năng suất lao động, tùy vào quy mô mà có số lượng mẫu đo khác nhau. Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có đến 8/11 chỉ số đo về môi trường sau can thiệp đạt 100% Tỷ lệ này thấp hơn trong nghiên cứu tác giả Bùi Hoàng Nam, tác giả này ghi nhận tỷ lệ các mẫu đo nhiệt độ không đạt là 14,3%, $p < 0,05$ [7], nghiên cứu của tác giả Hoàng Thị Thu Hà thì ghi nhận tỷ lệ các mẫu nhiệt độ không đạt là 41,67%, $p > 0,05$ [9]. Theo nghiên cứu của Andreas D Flouris và cộng sự được thực hiện ở 30 quốc gia chỉ ra rằng nhiệt độ cao tại nơi làm việc dẫn đến công nhân bị căng thẳng, năng suất làm việc giảm, dễ dẫn đến những tổn thương ở thận [13]. Có sự khác biệt trên vì địa điểm các nghiên cứu trên đa phần đều ở các công ty về may mặc và đặc điểm yếu tố môi trường của nghiên cứu chúng tôi là tại bệnh viện nhiệt độ không phải là yếu tố có ảnh hưởng nhiều đến môi trường làm việc.

Ánh sáng là một yếu tố rất cần thiết trong quá trình lao động, chúng ta không thể làm việc mà không có ánh sáng. Tuy nhiên tùy thuộc vào từng khu vực, vị trí làm việc mà tiêu chuẩn về độ sáng khác nhau, có những nơi tiêu chuẩn ánh sáng thấp nhưng cũng có những nơi tiêu chuẩn ánh sáng cực cao. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ mẫu đo ánh sáng trước can thiệp đạt 57% và sau can thiệp đạt 63,4 %, $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Bùi Hoàng Nam thì ghi nhận tỷ lệ số mẫu ánh sáng không đạt khá cao với 41,3%, $p < 0,05$ [7]. Ánh sáng là rất cần thiết trong quá trình làm việc nên bệnh viện cần bố trí đèn chiếu sáng tại chỗ và kịp thời thay thế, sửa chữa các bóng bị mờ, bóng bị hỏng, kính dạ quang ố vàng nhằm đảm bảo điều kiện làm việc cho nhân viên tốt hơn.

Tiếng ồn cũng là một trong các yếu tố rất nguy hiểm, là nguyên nhân gây ra bệnh điếc nghề nghiệp rất phổ biến hiện nay. Như chúng ta đã biết bệnh điếc nghề nghiệp là 1 trong 34 bệnh bệnh nghề nghiệp được bảo hiểm y tế hiện nay. Vì vậy cho thấy tiếng ồn có ảnh hưởng rất nhiều đến nhân viên và người lao động, qua kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ các mẫu đo có tiêu chuẩn tiếng ồn trước can thiệp đạt là 98,9% và sau can thiệp đạt 100%. Trong nghiên cứu của tác giả Bùi Hoàng Nam thì ghi nhận tỷ lệ mẫu đo tiếng ồn không đạt là 7,9%, cao hơn so

với nghiên cứu chúng tôi với $p < 0,05$ [7]. Mỗi môi trường làm việc có những yếu tố nguy cơ về tiếng ồn khác nhau, đối với tiếng ồn tại bệnh viện đa phần chủ yếu xuất phát từ thân nhân người bệnh do đó tiếng ồn không phải là yếu tố nguy cơ cao. Một yếu tố khác nữa cũng gây ra các bệnh nghề nghiệp rất nguy hiểm đó là bụi, có rất nhiều loại bụi khác nhau có thể phát sinh trong quá trình làm việc và tùy thuộc vào từng loại vị trí, khu vực mà có thể phát sinh các loại bụi khác nhau, tuy nhiên bụi hô hấp là một yếu tố mà bất cứ cơ sở, đơn vị nào cũng có. Tỷ lệ mẫu bụi đạt là 100% kết quả này đảm bảo cho môi trường làm việc của công nhân.

Bệnh nhiễm xạ nghề nghiệp là tình trạng bệnh lý của cơ thể bị nhiễm xạ do tiếp xúc với tia phóng xạ ở nơi làm việc có nguồn phóng xạ tự nhiên hoặc nhân tạo, tia X, có liều chiếu xạ vượt quá giới hạn tối đa cho phép. Trong đó, nhân viên y tế được xếp vào nhóm thứ hai nguy cơ tiềm ẩn mắc phải các bệnh nghề nghiệp về phóng xạ. Vì vậy chỉ số đo lường về an toàn bức xạ phần nào phản ánh chất lượng môi trường làm việc đảm bảo tốt, đặc biệt là các khu vực khoa Chẩn đoán hình ảnh, phòng DSA nên nhân viên thường xuyên tiếp xúc với các tia X. Kết quả nghiên cứu ghi nhận chỉ số an toàn bức xạ trước can thiệp đạt 90% và sau can thiệp đạt 95,2%, $p < 0,05$. Điều này chứng tỏ việc quan tâm cảnh báo và bố trí hợp lý các trang thiết bị, đồng thời có sự phối hợp tốt giữa nhân viên y tế và người bệnh khi thực hiện các chỉ định chụp di động tại giường sẽ cải thiện tốt môi trường làm việc làm giảm các nguy cơ mắc bệnh nghề nghiệp từ các chất phóng xạ gây ra

Về yếu tố hơi khí độc phát sinh trong môi trường làm việc đặc biệt là môi trường bệnh viện thì tùy thuộc vào từng khu vực, vị trí đặc thù sẽ có những yếu tố khác nhau. Kết quả nghiên cứu về hơi khí độc cho thấy 100% các mẫu hơi khí độc đều đạt. Kết quả này phù hợp với các tiêu chuẩn, vì các hơi khí độc là những yếu tố gây ảnh hưởng đến nhiều nhân viên nếu phát sinh trong quá trình làm việc

4.2. Thực trạng sức khỏe của nhân viên tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang

Sức khỏe của nhân viên làm việc tại bệnh viện luôn là một yếu tố quan trọng mà các nhà quản lý quan tâm trong vấn đề quản lý lao động, nhân viên y tế là người có nhiệm vụ chăm lo, bảo vệ sức khỏe cho người dân vì vậy việc đảm bảo các tiêu chí về môi trường làm việc sẽ góp phần đảm bảo tốt sức khỏe cho nhân viên. Kết quả nghiên cứu cho thấy trước can thiệp có 67,8% đối tượng nghiên cứu có phân loại sức khỏe loại I, 25% loại II và 7,2% đối tượng nghiên cứu loại III. Sau can thiệp, phân loại sức khỏe của nhân viên như sau: 70,5% loại I; 28% loại II và 0,7% loại III. Kết quả can thiệp về môi trường lao động cho thấy có sự thay đổi về phân loại sức khỏe nhưng không quá nhiều và rõ rệt. Về cơ bản các chỉ số quan trắc môi trường của bệnh viện đã đạt được các yêu cầu cơ bản về điều kiện môi trường lao động nên vấn đề can thiệp chủ yếu cải thiện tốt hơn.

Về tình trạng sức khỏe của các đối tượng nghiên cứu sau can thiệp chưa có sự cải thiện rõ, điều này có thể lý giải do các nguyên nhân khách quan và chủ quan xuất phát từ đối tượng nghiên cứu. Sức khỏe không phải là yếu tố dễ dàng can thiệp nên để cải thiện sức khỏe nhân viên cần có một kế hoạch lâu dài và một chế độ làm việc cũng như trang bị hỗ trợ phù hợp hơn. Tuy nhiên, sau nghiên cứu chúng tôi nhận thấy có những bệnh liên quan đã được cải thiện như các bệnh về mắt và hô hấp với tỷ lệ sau can thiệp giảm hơn so với trước, $p > 0,05$. Đa phần, các bệnh lý trên xuất phát từ các yếu tố môi trường và thói quen, vì vậy nếu cải thiện tốt về các yếu tố môi trường, cung cấp đầy đủ các phương tiện phòng hộ cá nhân, đồng thời nâng cao kiến thức cho nhân viên sẽ góp phần cải thiện tình trạng sức khỏe cho nhân viên đang công tác tại bệnh viện.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu tiến hành đánh giá chỉ số đo lường quan trắc môi trường lao động và kiểm tra sức khỏe 841 nhân viên đang công tác tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang cho thấy sau can thiệp có 8/11 chỉ số đo về yếu tố môi trường lao động có tỷ lệ đạt 100%. Chỉ số về ánh sáng (63,4%), an toàn bức xạ (95,2%) và độ ẩm (100%) sau can thiệp cao hơn trước can thiệp, $p > 0,05$. Kết quả nghiên cứu cho thấy trước can thiệp có 67,8% đối tượng nghiên cứu

cứu có phân loại sức khỏe loại I, 25% loại II và 7,2% đối tượng nghiên cứu loại III. Sau can thiệp, phân loại sức khỏe của nhân viên như sau: 70,5% loại I; 28% loại II và 0,7% loại III. Sau can thiệp có sự thay đổi tình trạng sức khỏe các bệnh liên quan về mắt và hô hấp, $p > 0,05$

Giảm thiểu bệnh nghề nghiệp nâng cao sức khỏe cho nhân viên là một nhiệm vụ quan trọng đối với lãnh đạo bệnh viện. Vì vậy, cần phải nhận diện được nguyên nhân gây bệnh nghề nghiệp để đưa ra biện pháp phòng tránh. Cải thiện tốt các yếu tố về môi trường như ánh sáng, bụi, bức xạ sẽ góp phần giảm thiểu nguy cơ mắc các bệnh nghề nghiệp cho nhân viên. Đồng thời, nâng cao kiến thức, thường xuyên tập huấn cho nhân viên về các biện pháp phòng hộ, bảo vệ cá nhân trước các yếu tố nguy hại sẽ góp phần cải thiện sức khỏe và giảm thiểu nguy cơ mắc bệnh cho nhân viên tại bệnh viện

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, (1997). *Quyết định số 1613/BYT-QĐ ngày 15/08/1997 về Tiêu chuẩn phân loại sức khỏe để khám tuyển, khám định kỳ cho người lao động*, .
2. Bộ Y tế, (2016). *Thông tư 24/2016/TT-BYT về Quy định quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về tiếng ồn -mức tiếp xúc cho phép tiếng ồn tại nơi làm việc*.
3. Bộ Y tế, (2016). *Thông tư 26/2016/TT-BYT Quy định quy chuẩn kỹ thuật quốc gia vềvi khí hậu -giá trị cho phép vi khí hậu tại nơi làm việc*.
4. Bộ Y tế, (2016). *Thông tư số 19/TT-BYT về Hướng dẫn quản lý vệ sinh lao động và sức khỏe người lao động*.
5. Bộ Y tế, (2023). *Tiêu chuẩn vệ sinh lao động*. Nhà xuất bản Y Học Hà Nội, tr.20,25,27,30,51-52.
6. Bùi Thị Lệ Uyên, (2019). *Nghiên cứu thực trạng và nguy cơ mắc bệnh nghề nghiệp do vi sinh vật ở nhân viên y tế tại Thành phố Cần Thơ và đánh giá hiệu quả biện pháp can thiệp*.
7. Bùi Hoàng Nam, (2017). *Nghiên cứu điều kiện lao động, tình trạng sức khỏe và hiệu quả biện pháp huấn luyện an toàn-vệ sinh lao động cho công nhân*.
8. Hà Thế Tấn, (2010). *Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ ảnh hưởng xấu đến sức khỏe nhân viên y tế và đề xuất biện pháp can thiệp*. Luận văn Tiến sĩ Y học.
9. Ngô Văn Hoàng, (2014). *Đánh giá thực trạng môi trường lao động và công tác chăm sóc sức khỏe người lao động tại các đơn vị tế công lập tỉnh Long An năm 2014*. Tạp chí Đại học Y Dược Cần Thơ, Tập 10, tr.25-35.
10. Phạm Thị Huệ, (2023). *Khảo sát Mô hình Bệnh tật của Nhân viên Y tế Tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2023*. Kỷ yếu Hội nghị Khoa học Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2023, Tr 320.
11. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh An Giang, (2023). *Thông báo số 39/TB-KSBT ngày 22/12/2022 về Kết quả thực hiện quan trắc môi trường lao động*; .
12. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh An Giang, (2024). *Thông báo số 142/TB-KSBT về việc Kết quả thực hiện qua trắc môi trường lao động*. Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang.
13. Andreas D Flouris, (2018). *Workers' health and productivity under occupational heat strain: a systematic review and meta-analysis*. The Lancet Planetary Health, 2(12), e521-e531.
14. Haneen Okasheh Khaled Al-Omari, (2017). *The influence of work environment on job performance: A case study of engineering company in Jordan*. International Journal of Applied Engineering Research, 12(24), pp. 15544-15550.

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ QUY TRÌNH KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI PHÒNG KHÁM RĂNG HÀM MẶT BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024

Phạm Hòa Lợi, Nguyễn Thị Nhiệm,
Trần Thanh Tâm, Phạm Thị Thu Huyền

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ tuân thủ thực hành một số quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn ở phòng khám Răng hàm mặt tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2024.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, quan sát 120 lượt thực hành khám, chữa bệnh của nhân viên y tế tại phòng khám Răng hàm mặt, Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

Kết quả: Khảo sát tất cả 120 lượt thực hành, trong đó khám răng chiếm 41,7%, 35,8% là trám răng, nhổ răng chiếm 17% và 5% là cạo vôi răng. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay trước và sau khi tiếp xúc người bệnh, sau tiếp xúc dịch cơ thể, sau tiếp xúc môi trường xung quanh người bệnh và trước khi mang găng cùng chiếm tỷ lệ 100%, tuân thủ vệ sinh tay trước khi thực hiện thủ thuật sạch/vô khuẩn chiếm tỷ lệ 90,8%. Tất cả các thực hành mang phương tiện PHCN chiếm tỷ lệ cao từ 95% trở lên và đa số các thực hành khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ ở phòng khám Răng hàm mặt có tỷ lệ tuân thủ đạt 100%. Sử dụng chỉ thị sinh học ít nhất mỗi tuần một lần và cho mỗi mẻ hấp đạt 95%.

Kết luận: Phòng khám Răng hàm mặt Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang đã rất quan tâm đến vấn đề kiểm soát nhiễm khuẩn, thực hành tuân thủ quy trình, quy định kiểm soát nhiễm khuẩn đa số đều trên 95%. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay 05 thời điểm của Bộ Y tế và sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân đạt tỷ lệ cao (trên 95%).

Từ khóa: Kiểm soát nhiễm khuẩn khám chữa bệnh răng miệng, kiểm soát nhiễm khuẩn.

ABSTRACT

Objectives: Determine the compliance rate of some infection control procedures in the Dental Clinic at An Giang Central General Hospital in 2024.

Materials and methods: Cross-sectional descriptive study, observing 120 examination and treatment practices of medical staff at the Dental Clinic, An Giang Central General Hospital.

Results: Surveying all 120 practices, of which dental examination accounted for 41.7%, tooth filling 35.8%, tooth extraction accounted for 17% and tooth scaling 5%. The rate of compliance with hand hygiene before and after contact with patients, after contact with body fluids, after contact with the patient's surrounding environment and before wearing gloves all accounted for 100%, compliance with hand hygiene before performing clean/aseptic procedures accounted for 90.8%. All practices wearing PPE accounted for a high rate of 95% or more and the majority of practices disinfecting and sterilizing instruments in the Dental clinic had a compliance rate of 100%. Using biological indicators at least once a week and for each sterilization batch reached 95%.

Conclusion: The Dental Clinic of An Giang Central General Hospital has paid great attention to the issue of infection control, and the practice of complying with infection control procedures and regulations is mostly over 95%. The rate of compliance with hand hygiene at 05 times of the Ministry of Health and the use of personal protective equipment is high (over 95%).

Keyword: Infection control dental treatment, infection control.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kiểm soát nhiễm khuẩn (KSNK) đóng vai trò quan trọng trong công tác chăm sóc, điều trị bệnh nhân và là một phần thiết yếu trong việc nâng cao chất lượng điều trị tại các phòng khám RHM. Công tác KSNK không phải là vấn đề riêng của một bệnh viện hay của một quốc gia mà là vấn đề toàn cầu.

Trên thế giới, nhiều nghiên cứu về KSNK đã được thực hiện trong những năm vừa qua. Kết quả một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ cao nhân viên y tế có nhận thức tốt về công tác KSNK trong khám, chữa bệnh RHM nhằm phòng chống sự lây nhiễm trong quá trình điều trị. Tuy nhiên, việc thực hiện giám sát quy trình khử khuẩn, tiệt khuẩn, nhiều cơ sở điều trị chưa giám sát quy trình tiệt khuẩn dụng cụ hoặc sử dụng chỉ thị hóa học, sinh học để đánh giá chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ. Như vậy, công tác KSNK trong các phòng khám RHM hiện nay còn nhiều khó khăn cần giải quyết.

Ở Việt Nam, năm 2009, Ngô Đồng Khanh và cộng sự đã thực hiện nghiên cứu “Đánh giá thực trạng KSNK ở cơ sở răng hàm mặt (RHM) các tỉnh thành phía Nam” tại 95 cơ sở RHM của nhà nước và tư nhân. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Kiến thức của Y-Bác sĩ RHM về VST, khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ tái sử dụng, vệ sinh khử khuẩn bề mặt, xử lý chất thải, xử lý môi trường không khí chưa tốt. Ngoài ra, các cơ sở RHM rất thiếu phương tiện PHCN, hóa chất và trang thiết bị khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ y tế, đặc biệt chỉ có 52,6% cơ sở có trang bị máy tiệt khuẩn hơi nước; rất ít cơ sở quan tâm tới vệ sinh khử khuẩn môi trường bề mặt. Nhìn chung, việc thực hiện các quy định về KSNK tại các cơ sở RHM trong địa bàn nghiên cứu chưa đạt yêu cầu.

Tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, phòng khám RHM ngày càng tiếp nhận nhiều bệnh nhân đến khám và điều trị. Hiện phòng khám đã được trang bị nhiều máy móc, thiết bị hiện đại phục vụ công tác khám và điều trị cho bệnh nhân trong và ngoài tỉnh. Nhằm đánh giá thực trạng việc KSNK trong quá trình khám và điều trị các bệnh răng miệng. Phản hồi kết quả đến nhân viên phụ trách phòng khám, giúp duy trì những mặt tốt và hoàn thiện những mặt còn hạn chế. Mặt khác, khi công tác KSNK thực hiện tốt sẽ giúp củng cố lòng tin đối với nhân dân khi quyết định đến khám, góp phần quảng bá hình ảnh đẹp của phòng khám Răng hàm mặt nói riêng và Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang nói chung, thu hút ngày càng nhiều người bệnh đến khám và điều trị. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Thực trạng kiểm soát nhiễm khuẩn ở phòng khám răng hàm mặt tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2024”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu định lượng.

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu:

Cỡ mẫu về số bệnh nhân (Công thức ước tính tỷ lệ trong quần thể) :

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{P \times (1 - P)}{d^2}$$

Trong đó:

n = số lượng cỡ mẫu cần có.

$\alpha = 0,05$.

p = 0,5.

Z = Hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95% thì Z = 1,96.

d: Sai số chấp nhận trong nghiên cứu (d = 0,1).

Tính được n = 96. Ước tính 20% cơ hội quan sát bị thất bại hoặc có sai sót. Nên tổng số cơ hội thực hành cần quan sát là 116, làm tròn thành 120.

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Nhân viên y tế (NVYT) thăm khám, điều trị và thực hiện các thủ thuật răng miệng.

Tiêu chuẩn loại trừ

NVYT từ chối tham gia nghiên cứu.

Địa điểm

Phòng khám Răng hàm mặt của Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

Cách tiến hành

Quan sát 120 cơ hội thực hành và điền vào phiếu thu thập thông tin.

Xử lý số liệu

Thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

Đo lường các biến

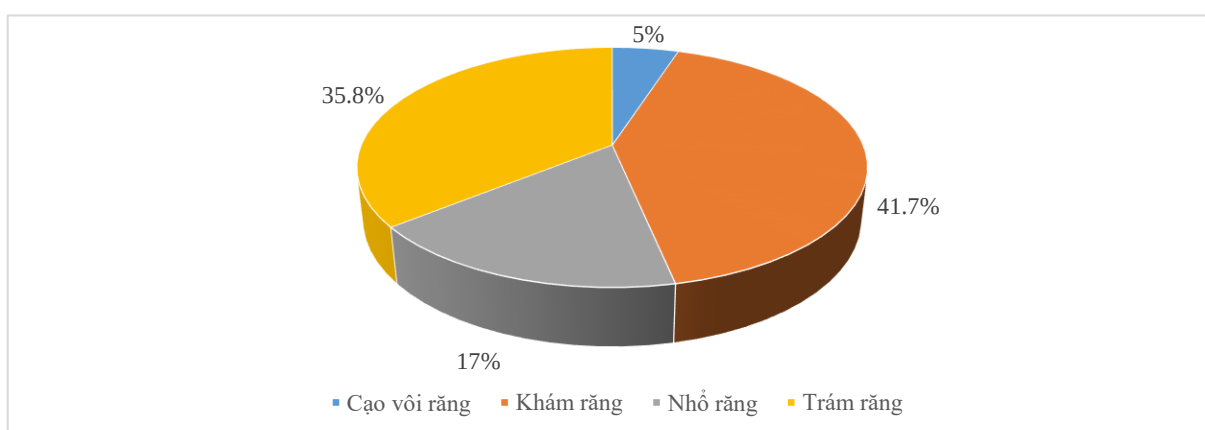
Xác định tỷ lệ tuân thủ thực hành quy trình KSNK trong phòng khám RHM của NVYT.

III. KẾT QUẢ

Các công việc thực hiện

Trong 120 lượt khảo sát, có 50 lượt khám răng chiếm tỷ lệ 41,7%, 43 lượt trám răng chiếm tỷ lệ 35,8%, 21 lượt nhổ răng chiếm tỷ lệ 17% và 6 lượt cạo vôi răng chiếm tỷ lệ 5%.

Biểu đồ 1: Công việc thực hiện



* Nhận xét: Thực hành khám răng chiếm tỷ lệ cao nhất là 41,7%, kế đến là trám răng chiếm tỷ lệ 35,8%, nhổ răng chiếm tỷ lệ 17% và thấp nhất là cạo vôi răng chiếm tỷ lệ 5%.

Tỷ lệ tuân thủ thực hành vệ sinh tay

Bảng 1: Tỷ lệ tuân thủ thực hành vệ sinh tay

Thời điểm vệ sinh tay	Có		Không
Trước khi tiếp xúc trực tiếp với mỗi người bệnh	100%		
Trước khi thực hiện mỗi thủ thuật sạch/vô khuẩn	90,8%		9,2%
Ngay sau mỗi khi tiếp xúc với máu, dịch cơ thể	100%		

Sau khi tiếp xúc trực tiếp với mỗi người bệnh	100%		
Sau khi tiếp xúc với bề mặt xung quanh người bệnh	100%		
Trước khi mang găng	100%		
Ngay sau khi tháo găng	90%		10%

Nhận xét: Quan sát tại phòng khám ghi nhận các đối tượng tuân thủ tốt trước và sau khi tiếp xúc người bệnh, sau tiếp xúc môi trường xung quanh người bệnh, trước khi mang găng cùng chiếm tỷ lệ 100%. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay trước khi thực hiện thủ thuật sạch/vô khuẩn chiếm tỷ lệ 90,8%, chưa tuân thủ chiếm 2,8% do một số ít NVYT không tuân thủ bước này.

Tỷ lệ tuân thủ thực hành mang và tháo phương tiện phòng hộ cá nhân (PHCN)

Bảng 2: Tỷ lệ tuân thủ thực hành mang và tháo phương tiện PHCN

Thực hành mang PHCN	Có	Không
Tháo bỏ phương tiện PHCN trước khi rời khỏi khu vực làm việc	100%	
VST ngay sau khi tháo bỏ phương tiện PHCN	100%	
Mang khẩu trang khi thực hiện các thủ thuật có khả năng gây văng bắn máu hoặc dịch cơ thể	100%	
Mang kính bảo vệ mắt hoặc tấm che mặt khi thực hiện các thủ thuật có khả năng gây văng bắn máu hoặc dịch cơ thể	95%	5%
Thay khẩu trang mới khi KBCB cho từng NB và khi khẩu trang bị ướt	100%	
Mang găng khi thực hiện các thao tác có khả năng tiếp xúc với máu, dịch cơ thể, niêm mạc, da không lành lặn hoặc các dụng cụ thiết bị nhiễm bẩn	100%	
Thay găng mới cho từng NB; không dùng một đôi găng cho hai NB	100%	
Tháo bỏ găng bị rách, bị cắt, bị thủng và VST trước khi mang găng mới		
Thay phương tiện PHCN ngay lập tức hoặc càng sớm càng tốt nếu nhìn thấy bẩn hoặc nếu bị văng bắn máu và các loại dịch cơ thể	100%	

Nhận xét: Đa số các thực hành mang phương tiện PHCN đều được tuân thủ tốt chiếm tỷ lệ 100%. Mang kính bảo vệ mắt hoặc tấm che mặt khi thực hiện các thủ thuật có khả năng gây văng bắn máu hoặc dịch cơ thể chiếm tỷ lệ 95%.

Tỷ lệ thực tuân thủ hành khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ

Bảng 3: Tỷ lệ thực tuân thủ hành khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ

Thực hành khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ	Có	Không
Dụng cụ sử dụng 1 lần chỉ được sử dụng cho 1 NB và loại bỏ ngay sau khi sử dụng	100%	
Các dụng cụ/thiết bị sử dụng nhiều lần gồm thiết yếu và bán thiết yếu phải được làm sạch và khử khuẩn, tiệt khuẩn theo quy định và hướng dẫn của nhà sản xuất	100%	
Dụng cụ phải được làm sạch theo hướng dẫn của nhà sản xuất và phải được kiểm tra mức độ làm sạch trước khi tiệt khuẩn	100%	
Sau khi làm sạch và làm khô, dụng cụ phải được đóng gói thích hợp trước khi tiệt khuẩn	100%	
Dán nhãn từng gói dụng cụ với các thông tin tối thiểu: ngày tiệt khuẩn, ngày hết hạn, tên người đóng gói	100%	
Dụng cụ/thiết bị được tiệt khuẩn được sử dụng đúng theo quy định và hướng dẫn của nhà sản xuất	100%	
Sử dụng chỉ thị sinh học (ví dụ: bào tử vi khuẩn) ít nhất mỗi tuần và trong mỗi mẻ có dụng cụ cấy ghép	95%	5%
Lập sổ nhật ký ghi chép đầy đủ các thông số của từng mẻ tiệt khuẩn	100%	
Lưu trữ dụng cụ đã tiệt khuẩn theo quy định	100%	
Các dụng cụ bán thiết yếu không chịu nhiệt phải được khử khuẩn mức độ cao theo hướng dẫn của Bộ Y tế	100%	
Hóa chất khử khuẩn mức độ cao phải được sử dụng theo hướng dẫn của nhà sản xuất	100%	

Nhận xét: Nhìn chung, tuân thủ thực hành khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ ở phòng khám RHM được thực hiện nghiêm túc, chiếm tỷ lệ cao ở tất cả các thực hành. Tỷ lệ tuân thủ sử dụng chỉ thị sinh học ít nhất mỗi tuần và trong mỗi mẻ có dụng cụ cấy ghép chiếm 95%, chưa tuân thủ đạt 5% do số ít NVYT quên thực hiện trong quá trình hấp tiệt khuẩn dụng cụ.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này khảo sát tất cả 120 lượt thực hành, trong đó khám răng chiếm 41,67%, 35,83% là trám răng, nhổ răng chiếm 17% và 5% là cạo vôi răng. Quan sát tại phòng khám ghi nhận các đối tượng tuân thủ tốt trước và sau khi tiếp xúc người bệnh, sau tiếp xúc môi trường xung quanh người bệnh, trước khi mang găng cùng chiếm tỷ lệ 100%. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay trước khi thực hiện thủ thuật sạch/vô khuẩn chiếm 90,8%, chưa tuân thủ chiếm 2,8% do một số ít NVYT không tuân thủ bước này. Cần tập huấn thêm cho NVYT làm việc ở phòng khám RHM về 06 bước rửa tay và 05 thời điểm vệ sinh tay để hướng đến tỷ lệ vệ sinh tay đạt 100%.

Đa số các thực hành mang phương tiện PHCN đều được tuân thủ tốt chiếm tỷ lệ 100%. Mang kính bảo vệ mắt hoặc tấm che mặt khi thực hiện các thủ thuật có khả năng gây văng bắn máu hoặc dịch cơ thể chiếm tỷ lệ 95%. Hiện tại sử dụng các loại kính và tấm che tái sử dụng

nhưng chưa được khử khuẩn thích hợp theo quy định, các phương tiện PHCN này cần được vệ sinh khử khuẩn thích hợp sau mỗi lần sử dụng theo đúng quy định.

Nhìn chung, tuân thủ thực hành khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ ở phòng khám RHM được thực hiện nghiêm túc, chiếm tỷ lệ cao ở tất cả các thực hành. Tỷ lệ tuân thủ sử dụng chỉ thị sinh học ít nhất mỗi tuần và trong mỗi mẻ có dụng cụ cấy ghép chiếm 95%, chưa tuân thủ đạt 5% do số ít NVYT quên thực hiện trong quá trình hấp tiệt khuẩn dụng cụ. Các NVYT phụ trách khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ ở phòng khám RHM phải thường xuyên kiểm tra nhật ký khử khuẩn, tiệt khuẩn và nhắc nhở ngay cho đồng nghiệp của mình khi phát hiện chưa để chỉ thị sinh học vào các mẻ hấp ít nhất mỗi tuần một lần. Quy trình khử khuẩn tiệt khuẩn dụng cụ dùng cho khám chữa bệnh răng miệng cần được tập huấn thêm cho NVYT, cũng như tăng cường kiểm tra, giám sát để đảm bảo an toàn khi sử dụng cho người bệnh.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Ngô Đồng Khanh (2009) đánh giá thực trạng KSNK ở cơ sở RHM các tỉnh thành phía Nam. Tác giả đã nghiên cứu trên 250 Bác sĩ răng hàm mặt, Y sĩ răng hàm mặt, Y sĩ răng trẻ em ở 95 cơ sở răng hàm mặt nhà nước và tư nhân, có đến 26,3% không xử lý tay khoan và 31,3% vệ sinh tay với nước hay xà phòng thường (9). Nghiên cứu của Trần Đình Bình năm 2021, khảo sát kiến thức, thái độ và thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế và sinh viên tại Phòng khám Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đại học Y - Dược Huế cho thấy vệ sinh tay sau khi điều trị xong có tỷ lệ cao (87,0%) và tỷ lệ vệ sinh tay đúng quy định cũng khá cao (73,0%). 100% sử dụng áo bảo hộ, găng tay và khẩu trang khi khám, điều trị cho bệnh nhân. 100% trường hợp đều sử dụng kim, thuốc tê dùng một lần cho một bệnh nhân và được loại bỏ sau khi dùng xong. Có 85% trường hợp phân loại rác thải đúng quy định (10).

Bên cạnh đó còn tồn tại một số thách thức trong KSNK khám, chữa bệnh răng miệng. Các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn có thể rất phức tạp và yêu cầu sự tuân thủ nghiêm ngặt. Điều này đòi hỏi đầu tư vào thiết bị, đào tạo nhân viên, và theo dõi liên tục. Chi phí cho việc mua sắm thiết bị tiệt trùng, dung dịch khử khuẩn, và đào tạo nhân viên có thể cao. Tuy nhiên, đây là một khoản đầu tư cần thiết để đảm bảo an toàn và chất lượng dịch vụ. Đào tạo nhân viên là một thách thức lớn.

Vai trò của Công nghệ mới cần được nghiên cứu và áp dụng trong tương lai. Công nghệ mới như máy khử khuẩn bằng tia UV, máy lọc không khí, và phần mềm quản lý chất thải có thể giúp nâng cao hiệu quả kiểm soát nhiễm khuẩn trong phòng khám. Nghiên cứu và phát triển các sản phẩm và phương pháp mới để cải thiện kiểm soát nhiễm khuẩn có thể giúp đối phó với các mối nguy mới và nâng cao chất lượng dịch vụ.

V. KẾT LUẬN

Phòng khám Răng hàm mặt Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang đã rất quan tâm đến vấn đề kiểm soát nhiễm khuẩn, thực hành tuân thủ quy trình, quy định kiểm soát nhiễm khuẩn đa số đều trên 95%. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay 05 thời điểm của Bộ Y tế và sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân đạt tỷ lệ cao (trên 95%). Tuy nhiên, để công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tốt hơn, cần phải tăng cường kiểm tra, giám sát sau khi đã tập huấn, hướng dẫn đầy đủ các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn cho nhân viên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Đánh giá thực trạng triển khai công tác Kiểm soát nhiễm khuẩn tại các bệnh viện trên toàn quốc. Hội nghị Kiểm soát nhiễm khuẩn năm 2008.
2. Bộ Y Tế. Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn 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).
3. Bộ Y Tế. Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (Ban hành kèm theo Quyết định số: 3671/QĐ-BYT ngày 27/9/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế).
4. Bộ Y Tế. Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh răng miệng (Ban hành kèm theo Quyết định số: 5991/QĐ-BYT ngày 26/12/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế).
5. Deogade S.C., Suresan V., et al (2018), “Awareness, Knowledge, and Attitude of Dental Students toward Infection Control in Prosthodontic Clinic of a Dental School in India”, *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 21 (5), pp. 553-559.
6. Fawzia B., Hinal T., et al (2019), “Infection control measures among dental health care workers”, *Annals of African Surgery*, 16 (1), pp. 26-29.
7. McCarthy GM, McDonald JK. Improved compliance with recommended infection control practices in the dental office 1994-1995. *Am J infect Control* 1998; 26 (1):24-8.
8. Nguyễn Đức Huệ (2017), “Hiệu quả can thiệp về kiến thức và thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế tại các cơ sở răng hàm mặt công lập tuyến quận, huyện của Thành phố Hồ Chí Minh năm 2016”, *Tạp chí Y học dự phòng*, 27 (9), pp. 130.
9. Ngô Đồng Khanh (2009), “Thực trạng kiểm soát nhiễm khuẩn ở một số cơ sở răng hàm mặt các tỉnh phía Nam”, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 13 (2), pp. 82-87.
10. Trần Đình Bình, Hoàng Thị Liên, Nguyễn Viết Tú, Trần Doãn Hiếu, Hoàng Lê Bích Ngọc (2021), “Khảo sát kiến thức, thái độ và thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế và sinh viên tại Phòng khám Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đại học Y - Dược Huế”, *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y - Dược Huế - Số 2*, tập 11.
11. Trần Hải Sơn (2012), “Kiểm soát nhiễm khuẩn và thực trạng nhiễm khuẩn dụng cụ tại các cơ sở răng hàm mặt tỉnh Tiền Giang năm 2009”, *Tạp chí Y học Thực hành*, số 831, pp. 40-50.

ĐỀ TÀI ĐIỀU DƯỠNG

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH HIV ĐANG ĐIỀU TRỊ ARV BẰNG BỘ CÔNG CỤ EQ-5D-5L TẠI KHOA TRUYỀN NHIỄM BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024

Phạm Hữu Kiệt, Dương Quốc Hiền
Võ Thị Kim Oanh, Lê Âu Mỹ Trang

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng chất lượng cuộc sống và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh HIV đang điều trị ARV tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2024.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp giữa phỏng vấn người bệnh.

Kết quả nghiên cứu: Trong nghiên cứu chúng tôi có 142 bệnh nhân, tuổi trung bình 39.25 ± 7.44 , tuổi nhỏ nhất 28, tuổi lớn nhất 56. Nam là 60,6% cao gần gấp so với nữ 39,4%. Nghề nghiệp chủ yếu của bệnh nhân là lao động tự do 64,8%. Có 59,8% bệnh nhân bị nhiễm HIV vợ/chồng và bạn tình, tiêm chích ma túy chỉ có 2,1%. Người bệnh hài lòng hoàn toàn chất lượng dịch vụ của bệnh viện 71,1%. Có 42,3% người bệnh tự xấu hổ về tình trạng bị nhiễm HIV. Bị phân biệt đối xử ngoài cộng đồng 31,7%. Chất lượng cuộc sống của người bệnh có 31,7% biểu hiện đau đớn và khó chịu trong cơ thể. 41,5% người bệnh có các dấu hiệu lo lắng và buồn phiền.

Kết luận: Đánh giá chất lượng cuộc sống như một tiêu chuẩn theo dõi điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS, trong quá trình điều trị cần đặc biệt quan tâm đối tượng người bệnh có thời gian điều trị ARV ngắn, người bệnh nữ giới, kỳ thị và phân biệt đối xử gây ra các tiêu cực đến tình trạng sức khỏe của người bệnh. Người bệnh cần tự nâng cao tinh thần ý thức tuân thủ điều trị, giảm các mặc cảm tự ti để hòa nhập xã hội cuộc sống tốt hơn.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, HIV/AIDS

SUMMARY

Objectives: Describe the current status of quality of life and study some factors related to quality of life of HIV patients receiving ARV treatment at An Giang General Hospital in 2024.

Research method: Cross-sectional descriptive study, combining patient interviews.

Results: In our study, we had 142 patients, with an average age of 39.25 ± 7.44 , the youngest age was 28, the oldest age was 56. Males were 59.8%, almost twice as high as females, 39.4%. The main occupation of the patients was self-employed, 64.8%. 60.6% of patients were infected with HIV, their spouses and sexual partners, and only 2.1% were drug addicts. Patients were completely satisfied with the quality of hospital services, 71.1%. 42.3% of patients were ashamed of their HIV status. Discrimination in the community was 31.7%. Patients' quality of life was 31.7% showing pain and discomfort in the body. 41.5% of patients had signs of anxiety and sadness.

Conclusion: Measuring quality of life as a standard for monitoring treatment for HIV/AIDS patients, during the treatment process, special attention should be paid to patients with short ARV treatment duration, female patients, stigma and discrimination causing negative effects on the health status of patients. Patients need to improve their awareness of treatment compliance, reduce inferiority complexes to integrate into society and have better of life.

Keywords: Quality of life, HIV/AIDS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, các nghiên cứu chất lượng cuộc sống (CLCS) trên người bệnh sống chung với HIV nói chung và các người bệnh điều trị ARV nói riêng còn khá hạn chế. Nghiên cứu của tác giả Trần Xuân Bách thực hiện năm 2013 gần 500 người bệnh nghiện chích ma túy nhiễm HIV tại Hải Phòng và thành phố Hồ Chí Minh cho thấy, giá trị thỏa dụng cuộc sống trung bình của người bệnh là 0,68 [2],[6]. Tình trạng việc làm có liên quan chất lượng cuộc sống tốt hơn ở nam giới ở khía cạnh thể chất, tuy nhiên lại kém hơn ở nữ giới trong khía cạnh môi trường. Như vậy, có thể thấy các nghiên cứu về CLCS của người bệnh HIV/AIDS trước đây còn ít sử dụng các thang đo thỏa dụng. Đồng thời, các nghiên cứu đó mới chỉ phân tích mối liên quan của CLCS với các yếu tố cá nhân như tình trạng sức khỏe và hành vi nghiện chất mà chưa xem xét tác động của các yếu tố chất lượng dịch vụ y tế hay yếu tố cộng đồng khác. Do đó, chúng tôi làm nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng chất lượng cuộc sống bệnh nhân HIV.
2. Xác định một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh HIV đang điều trị ARV tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh đăng ký điều trị ARV tại phòng khám ngoại trú Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang từ 01 năm trở lên tại thời điểm nghiên cứu đang được điều trị ở giai đoạn ổn định liều. Người bệnh trên 18 tuổi đủ tỉnh táo để tham gia hết thời gian phỏng vấn. Người bệnh đồng ý tham gia NC.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh từ CSĐT khác đến uống nhờ/uống tạm thời tại cơ sở. Người bệnh đang trong giai đoạn khởi liều. Người bệnh đang uống ARV dự phòng phơi nhiễm. Người bệnh tâm thần.

2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp phỏng vấn người bệnh.

3. Cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu

Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho ước tính một tỷ lệ $n = \frac{z^2 \cdot \frac{1-p}{2} \cdot p(1-p)}{d^2}$.

n: Là cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu, d: Sai số cho phép, chọn $d=0.07$

Z: Giá trị tương ứng của hệ số tin cậy: $Z=1,96$ ($\alpha=0,05$; độ tin cậy 95%)

$p=0,76$ (theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Nga-BV Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An 2019)

Thay vào công thức trên ta có $n=145$. Tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang có 857 người bệnh HIV điều trị ARV, đầy đủ tiêu chuẩn. Bởi vậy, chúng tôi quyết định chọn phương pháp chọn mẫu hệ thống với khoảng cách ($k = 857/145 = 6$). Trên danh sách người bệnh đủ tiêu chuẩn chọn cứ cách 06 người bệnh lấy 01 tham gia nghiên cứu. Trong đó đối tượng số 01 là người bệnh được chọn ngẫu nhiên theo phương pháp bắt thăm. Vậy cỡ mẫu nghiên cứu là 142 người bệnh.

4. Phương pháp thu thập số liệu

Phương pháp thu thập số liệu là bộ câu hỏi được xây dựng dựa trên mục tiêu của nghiên cứu. Phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân. Địa điểm tại phòng khám ngoại trú HIV khoa Truyền nhiễm Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang.

5. Nội dung nghiên cứu

Phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân sau khi đã được nhân viên y tế giải thích về nghiên cứu sẽ được phỏng vấn trực tiếp bởi người nghiên cứu theo mẫu của bộ câu hỏi.

6. Tiêu chuẩn đánh giá

Đo lường CLCS năm 2017-2018, nhóm nghiên cứu của Trường Đại học Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội và Trường Đại học Umea, Thụy Điển đã tiến hành đầu tiên xây dựng bộ công cụ đo lường CLCS tại Việt Nam. Nghiên cứu được thực hiện theo quy định, tiêu chuẩn và dưới sự giám sát của các chuyên gia của Euroqol. Kết quả nghiên cứu và thang điểm đo lường CLCS tại Việt Nam đã được Euroqol phê chuẩn. CLCS của người bệnh được đo lường bằng thang đo EQ-5D- 5L. Thang đo bao gồm 5 khía cạnh về CLCS, bao gồm: Vận động, tự chăm sóc, các hoạt động thông thường, đau/khó chịu và lo lắng/buồn phiền. Mỗi khía cạnh được đo lường bằng một câu hỏi tương ứng với thang điểm từ 1 đến 5, trong đó 5 là “Vô cùng khó khăn, không thể thực hiện được” và 1 là “Không có khó khăn gì”.

Phân loại chất lượng cuộc sống

Mức độ	Tổng số điểm	Phân loại CLCS
Mức độ 1	5	Rất cao
Mức độ 2	6-10	Cao
Mức độ 3	11-15	Trung bình
Mức độ 4	16-20	Thấp
Mức độ 5	21-25	Rất thấp

7. Phương pháp phân tích số liệu

Sau khi thu thập, phiếu điều tra được kiểm tra đầy đủ sau đó tiến hành làm sạch, mã hóa và nhập số liệu bằng Exell và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mô tả một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Tuổi Trung bình	39.25 ± 7.44	
Giới tính		
Nam	86	60.6
Nữ	56	39.4
Học vấn		
Không đi học	2	1.4
Tiểu học	29	20.4
THCS	54	38.1
THPT	35	24.6
Trung cấp nghề	6	4.2
Cao đẳng/ĐH	16	11.3
Nghề nghiệp		
Không có việc làm	13	9.2

Lao động tự do	92	64.8
Công nhân	22	15.5
Viên chức	2	1.4
Dịch vụ	7	4.9
Khác	6	4.2
Tình hình kinh tế		
Nghèo	31	21.8
Cận nghèo	10	7.0
Trung bình	97	68.3
Giàu	4	2.8
Địa chỉ		
Thành thị	53	37.3
Nông thôn	89	62.7
Hôn Nhân		
Độc thân	54	38
Đã kết hôn	54	38
Ly thân/ly dị	16	11.3
Tái hôn	4	2.8
Goá	14	9.9
Lý do nhiễm HIV		
Tiêm chích ma túy	4	2.8
Quan hệ tình dục với Vợ/chồng/bạn tình	85	59.8
Không biết/không muốn cho biết	24	16.9
Lây từ mẹ sang con	6	4.2
Truyền máu	2	1.4
Tai nạn, rủi ro nghề nghiệp	6	4.2
Khác	15	10.6

Có 60.6% là nam. 38% người bệnh đã kết hôn, 38% độc thân. Tuổi trung bình 39.25 ± 7.44 (thấp nhất 18, cao nhất 56). Về trình độ học vấn, người bệnh có trình độ văn hóa hết THCS chiếm tỉ lệ cao nhất với 38.1%, đại học cao đẳng 11.3%. Về việc làm, 64.8% người bệnh là lao động tự do, viên chức 1.4%, và tỉ lệ thất nghiệp chiếm chỉ có 9.2%. Điều kiện kinh tế của người bệnh chủ yếu ở mức trung bình với 68.3%, tỉ lệ nghèo chiếm tới 21.8%. Người bệnh sống chủ yếu ở vùng đô thị xã chiếm 37.3%, vùng nông thôn 62.7%. Lý do nhiễm HIV có 59.8% người bệnh là quan hệ tình dục với vợ chồng hay bạn tình, không muốn cho biết 16.9%, tiêm chích ma túy 2.1%. Có 4 bệnh nhân (2,8%) người bệnh đã sử dụng ma túy. Trong đó 2 bệnh nhân dùng Heroin và 2 bệnh nhân dùng Morphin, với 4 người bệnh này đang cai nghiện và đang điều trị bằng Methadone.

Bảng 02: Tuân thủ điều trị của bệnh nhân

Nội dung	n	%
Quên uống thuốc trong vòng 4 ngày	10	7
Uống muộn quá 2 tiếng (7 ngày)	22	15.5
Quên uống vào thứ 7, chủ nhật	54	38

Tình trạng quên uống thuốc trong vòng 4 ngày, uống muộn quá 2 tiếng (trong vòng 7 ngày vừa qua) và quên uống thuốc vào thứ 7 và chủ nhật chiếm tỉ lệ (lần lượt là 7%, 15,5% và 38%).

Bảng 03 : Mức độ hài lòng về chất lượng dịch vụ

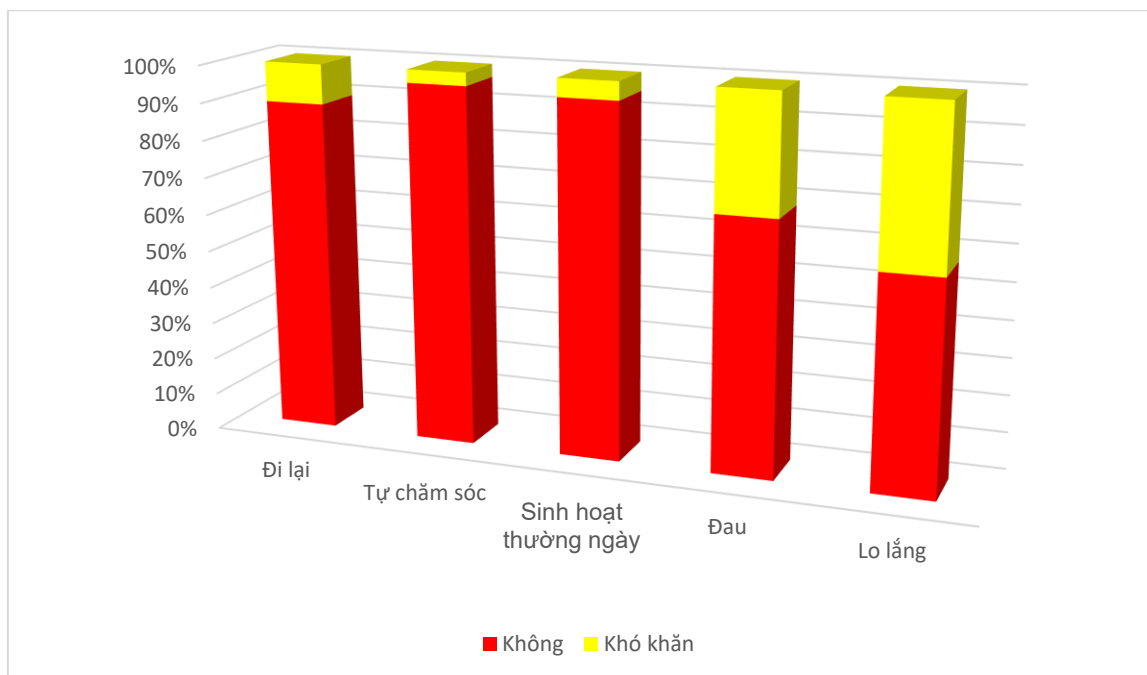
Mức độ hài lòng	n	%
Chất lượng dịch vụ		
Không hài lòng	2	1.4
Hài lòng	34	23.9
Hài lòng một phần	5	3.5
Hoàn toàn hài lòng	101	71.1
Cải thiện sức khoẻ bản thân		
Không hài lòng	2	1.4
Hài lòng	32	22.5
Hoàn toàn hài lòng	108	76.1

Có 71,1% người bệnh hoàn toàn hài lòng với chất lượng dịch vụ của bệnh viện, 1,4% không hài lòng và 3,5% người bệnh hài lòng một phần. 76,1% người bệnh hoàn toàn hài lòng và 1,4% không hài lòng với hiệu quả cải thiện sức khỏe mà dịch vụ điều trị mang lại.

Bảng 04: tình trạng kỳ thị và phân biệt đối xử của bệnh nhân

Nội dung	n	%
Bị đổ lỗi, phê phán	37	26.1
Tự xấu hổ	60	42.3
Phân biệt đối xử	45	31.7
Tự kỳ thị bản thân	84	59.2

Tình trạng kỳ thị và phân biệt đối xử của người bệnh có 26,1% người bệnh đã từng bị đổ lỗi hoặc bị phê phán bởi vì nhiễm HIV/AIDS. 42,3% cảm thấy tự xấu hổ về tình trạng của mình. Bị phân biệt đối xử ngoài cộng đồng với 31,7%. 59,2% người bệnh tự kỳ thị bản thân vì nhiễm HIV. Hầu hết người bệnh đều chia sẻ tình trạng sức khỏe với những người thân cận như vợ/chồng 33,1% , cha mẹ và cán bộ y tế 20,4%.



Biểu đồ 1: Chất lượng cuộc sống theo từng nhóm lĩnh vực

Dựa vào tiêu chí đánh giá phân loại chất lượng cuộc sống theo từng nhóm lĩnh vực: Đi lại 10,6% có gặp khó khăn khi tự đi lại. 3,5% gặp khó khăn trong việc tự chăm sóc bản thân. 4,9% gặp khó khăn khi làm các công việc thường ngày. 31,7% có biểu hiện đau đớn và khó chịu trong cơ thể. 41,5% người bệnh có các dấu hiệu lo lắng, buồn phiền.

3. 2. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh

Bảng : Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và giới tính của người bệnh

Danh mục EQ-5D		Giới tính		OR (CI 95%)	p
		Nam	Nữ		
		n(%)	n(%)		
Đi lại	Có khó khăn	9(60%)	6(40%)	1 (0,34-3,06)	0,005
	Không khó khăn	77(60,6%)	50(39,4%)		
Tự chăm sóc	Có khó khăn	3(60%)	2(40%)	1 (0,2-6)	0,005
	Không khó khăn	83(60,6%)	54(39,4%)		
Sinh hoạt thường ngày	Có khó khăn	7(100%)	0(0%)	0,5 (0,8-1,4)	3,2
	Không khó khăn	79(58,5%)	56(41,5%)		
Đau/khó chịu	Có khó khăn	27(60%)	18(40%)	1 (0,5-2)	0,005
	Không khó khăn	59(60,8%)	38(39,2%)		
Lo lắng/u sầu	Có khó khăn	44(69,8%)	19(30,2%)	0,5 (0,2-0,9)	3,4
	Không khó khăn	42(53,2%)	37(46,8)		

Khi phân tích mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và giới tính của người bệnh có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0.05$. Nữ giới ở khía cạnh đi lại, tự chăm sóc và đau/khó chịu cao gấp đôi so với nam.

Bảng: Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống với mức độ tuân thủ điều trị

Danh mục EQ-5D		Tuân thủ điều trị		OR (CI 95%)	p
		Không tuân thủ	Tuân thủ		
		n(%)	n(%)		
Đi lại	Có khó khăn	0(0%)	15(100%)	1 (1-1,1)	0,005
	Không khó khăn	10(7,9%)	117(92,1%)		
Tự chăm sóc	Có khó khăn	0(0%)	5 (100%)	1 (1-1,1)	0,005
	Không khó khăn	10(7,3%)	127(92,7%)		
Sinh hoạt thường ngày	Có khó khăn	0(0%)	7(100%)	1 (1-1,1)	0,005
	Không khó khăn	10(7,4%)	125(92,6%)		
Đau/khó chịu	Có khó khăn	3(6,7%)	42(93,3%)	2 (0,2-4,4)	0,41
	Không khó khăn	7(7,2%)	90(92,8%)		
Lo lắng/u sầu	Có khó khăn	3(4,8%)	60(95,2%)	2 (0,5-7,8)	0,38
	Không khó khăn	7(8,9%)	72(91,1%)		

Khi phân tích mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống với mức độ tuân thủ điều trị của người bệnh có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0.05$. Người bệnh không tuân thủ điều trị đều có khó khăn ở khía cạnh đi lại, tự chăm sóc và sinh hoạt thường lệ cao gấp đôi so với người tuân thủ.

Bảng: Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống thời gian điều trị của người bệnh

Danh mục EQ-5D		Năm điều trị		OR (CI 95%)	p
		1-5 năm	Từ 6 năm		
		n(%)	n(%)		
Đi lại	Có khó khăn	4(36,7%)	11(73,3%)	1 (0,3-3,6)	0,005
	Không khó khăn	36(28,3%)	91(71,7%)		
Tự chăm sóc	Có khó khăn	2(66,7%)	3(60%)	0,6 (0,1-3,6)	0,009
	Không khó khăn	38(27,7%)	99(72,3%)		
Sinh hoạt thường ngày	Có khó khăn	0(0%)	7(100%)	1 (0,9-1,1)	1,7
	Không khó khăn	40(29,6%)	95(70,4%)		
Đau/khó chịu	Có khó khăn	13(28,9%)	32(71,1%)	0,9 (0,4-2)	0,005
	Không khó khăn	27(27,8%)	70(72,2%)		
Lo lắng/u sầu	Có khó khăn	13(20,6%)	50(79,4%)	2 (1- 4,3)	2,5
	Không khó khăn	27(34,2%)	52(65,8%)		

Khi phân tích mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống theo số năm điều trị ARV của người bệnh có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0.05$. Người bệnh điều trị dưới 6 năm có khó

khăn ở khía cạnh đi lại, tự chăm sóc và đau/khó chịu gấp đôi so với người điều trị từ 6 năm trở lên.

IV. BÀN LUẬN

4. 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Về giới tính, người bệnh nam giới chiếm đa phần với tỉ lệ 60,6%, nữ 39,4% trong nhóm đối tượng nghiên cứu. Như vậy có thể thấy rằng số lượng người bệnh nam điều trị ARV cao hơn so với nữ giới, tỉ lệ tương tự nghiên cứu tại của Nguyễn Thị Nga Bệnh viện Đa khoa Nghệ An năm 2019 [5]. Tình trạng hôn nhân có 38% người bệnh đã kết hôn, 38% độc thân. Tỷ lệ này khác các nghiên cứu trước đây theo Nông Minh Vương là 60%, Nguyễn Thị Nga 58,4%[5]. Kết quả này gợi ý chúng ta cần chú ý theo dõi và dự phòng cho vợ và chồng của người bệnh đang điều trị để giảm thiểu nguy cơ lây truyền HIV qua quan hệ tình dục. Về việc làm chỉ có 9,2% người bệnh hiện đang thất nghiệp chủ yếu rơi vào nhóm người bệnh tuổi cao. Cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Nga 5,8%, tuy nhiên, có đến 64,8% người bệnh là lao động tự do thu nhập không ổn định, đây là thực trạng đáng lo ngại bởi không chỉ là vấn đề sức khỏe, mục tiêu của chương trình điều trị còn là giúp người bệnh hòa nhập xã hội. Đa số người bệnh có điều kiện kinh tế trung bình 68,3%. Có 7% người bệnh là hộ cận nghèo, 21,8% là nghèo cho thấy đời sống kinh tế của người bệnh còn rất khó khăn. Trước đây, điều trị ARV đang được cung cấp miễn phí, tuy nhiên, từ năm 2019 với việc cắt giảm các nguồn tài trợ quốc tế điều này có thể gây ảnh hưởng không nhỏ đến duy trì điều trị cũng như hiệu quả về mặt sức khỏe của người bệnh, do vậy để tiếp tục được điều trị ARV tất cả người bệnh HIV ở đây được tư vấn phải tham gia BHYT để giảm bớt gánh nặng cho gia đình và xã hội.

4. 2. Đặc điểm hành vi nguy cơ và nghiện chất

Theo báo cáo của Cục phòng, chống HIV/AIDS, tỷ lệ người nhiễm HIV được phát hiện lây truyền qua đường tình dục ngày càng gia tăng, lây truyền qua đường máu có xu hướng giảm. Trong số người nhiễm HIV được phát hiện báo cáo trong năm 2018, số người lây truyền qua đường tình dục chiếm tỷ lệ cao nhất 58% tăng 15% so với năm 2013, tiếp đến số người nhiễm HIV lây truyền qua đường máu chiếm 32% giảm 10% so với năm 2013. Trong vòng nghiên cứu có 59,8% người bệnh có quan hệ tình dục với bạn tình, chủ yếu là nhóm có tình trạng hôn nhân hiện tại đang sống với vợ chồng. Tỷ lệ này cao hơn rất nhiều so với nhóm người bệnh theo nghiên cứu của Nông Minh Vương năm 2015 là 38,7%; theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Nga năm 2019 là 64,6% [5]. Có sử dụng ma túy đồng thời trong quá trình điều trị ARV đã được chứng minh cho thấy có 2,8% người bệnh đã từng sử dụng ma túy. Tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Nga 39,4%. Loại ma túy người bệnh đang sử dụng có 50% heroin, 50% Morphin. Do vậy để nâng cao CLCS cho người bệnh song song với điều trị cần kết hợp các biện pháp để giúp người bệnh từ bỏ ma túy.

4. 3. Đặc điểm về tuân thủ điều trị

Tuân thủ điều trị là một trong những yếu tố quyết định sự thành công của điều trị ARV. Kết quả cho thấy tỉ lệ quên uống thuốc thứ 7 và chủ nhật là cao nhất 38%. Tuy vậy, nó cũng cảnh báo CBYT trong chăm sóc người bệnh cần tư vấn, kiểm tra sự tuân thủ điều trị của người bệnh. Đồng thời có biện pháp kết hợp với gia đình người bệnh để giám sát hỗ trợ người bệnh tăng cường tuân thủ điều trị góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

4. 4. Chất lượng cuộc sống của người bệnh

Kết quả cho thấy chất lượng cuộc sống tốt về khía cạnh đi lại, tự chăm sóc, sinh hoạt thường ngày. Không quá 19% người bệnh gặp các vấn đề khó khăn về vận động, tự chăm sóc và làm việc, tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu tại Hà Nội và Nam Định là 20%. Tuy nhiên có 31,7% người bệnh thường xuyên gặp đau đớn khó chịu, 41,5% gặp các vấn đề về trầm cảm, lo lắng và buồn phiền, kết quả này cao hơn so với các nghiên cứu Nguyễn Thị Nga Nghệ An năm 2019, nghiên cứu của Hassan Joulae tại Iran có khó khăn về khía cạnh trầm cảm/lo âu [7].

4. 5. Các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh

Trong nghiên cứu nhận thấy người bệnh nữ có sự đi lại, tự chăm sóc, đau và khó chịu cao gấp cao gấp đôi so với nam ($p= 0,005$; $OR=1$; $CI95\%$ (0,2 - 3,6)). Trong gia đình phụ nữ là đối tượng dễ bị tổn thương nhất khi bị nhiễm HIV, phần lớn đã có con cái nên khi nhiễm HIV họ có nhiều nỗi lo lắng với cuộc sống thường ngày về tương lai, sau khi bệnh, nghiên cứu cũng cho thấy chỉ có khoảng 66,6% người bệnh tự nhận thấy tuân thủ điều trị, nghiên cứu của Nguyễn Thị Nga có 52,7%, người bệnh tuân thủ điều trị kém có chất lượng cuộc sống thấp ở tất cả các khía cạnh so với người bệnh tuân thủ điều trị, người bệnh không tuân thủ điều trị có khó khăn về đi lại, tự chăm sóc, sinh hoạt thường lệ cao gấp đôi so với người bệnh tuân thủ điều trị ($P=0,005$, $OR=1$ $CI95\%$ (1-1,1)). Chất lượng cuộc sống của người bệnh theo số năm điều trị ARV, người bệnh có thời gian điều trị từ 1-5 năm có CLCS thấp hơn so với người bệnh điều trị từ 6 năm trở lên các khía cạnh đi lại, tự chăm sóc, đau và khó chịu sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,005$, tương tự nghiên cứu Nguyễn Thị Nga ở Nghệ An năm 2019.

V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát chất lượng cuộc sống của 142 người bệnh HIV/AIDS đang điều trị bằng ARV tại Phòng khám ngoại trú Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang từ 03/2024 đến 6/2024 rút ra một số kết luận sau: Chất lượng cuộc sống của người bệnh cao ở các khía cạnh đi lại, tự chăm sóc bản thân, sinh hoạt hàng ngày, đau khó chịu và lo lắng là (10,6%; 3,5%, 4,9% 31,7% và 41,5%). Nghiên cứu nhận thấy người bệnh nữ có sự đi lại, tự chăm sóc, đau và khó chịu cao gấp cao gấp đôi so với người bệnh nam ($p = 0,005$; $OR=1$; $CI95\%$ (0,2 - 3,6)), người bệnh không tuân thủ điều trị có khó khăn về đi lại, tự chăm sóc, sinh hoạt thường lệ cao gấp đôi so với người bệnh tuân thủ điều trị ($P=0,005$, $OR=1$ $CI95\%$ (1-1,1)). người bệnh có lo lắng buồn phiền không tuân thủ điều trị cao gấp 2 lần so với người bệnh tuân thủ điều trị ($p = 0.012$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS (Ban hành kèm theo Quyết định số 5418/QĐ-BYT ngày 01/12/2017), Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2023), “Tình hình nhiễm HIV/AIDS ở Việt Nam tính đến 31/12/2023”.
3. Hoàng Văn Minh, Vũ Quỳnh Mai, Kim Bảo Giang, và cộng sự (2018). Thang điểm đo lường chất lượng cuộc sống tại Việt Nam (sử dụng bộ công cụ EQ-5D-5L), Hà Nội
4. Trần Thanh Tòng, Nguyễn Quang Trung. (2020) "Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân HIV/AIDS điều trị ARV ngoại trú tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới". Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, 24 (2).
5. Nguyễn Thị Nga (2019) “ Thực trạng chất lượng cuộc sống của người bệnh HIV đang điều trị ARV tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An năm 2019.
6. Tran BX (2013). Determinants of antiretroviral treatment adherence among HIV/AIDS patients: a multisite study. Glob Health Action, 6, 195-197
7. [Hassan Joulaei](#), [Seyed Ghaleb Mousavi](#), et al (2018) “Health-Related Quality of Life in People Living with HIV in Southwest Iran in 2018”: A Cross-Sectional Study
8. Hilary L Surratt, Steven P Kurtz, et al (2014) “Pain treatment and antiretroviral medication adherence among vulnerable HIV-positive patients”, 65(1), 8-1
9. [Ekaterine Karkashadze](#), [Margaret A Gates](#), et al (2019) “Assessment of quality of life in people living with HIV in Georgia”, 72(1), 40.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH MẠN SAU CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA TẠI AN GIANG

Nguyễn Trọng Nhân, Nguyễn Thị Bích Ngọc,
Đặng Ngọc Phương Uyên, Phan Thị Bích Tuyền

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh hội chứng vành mạn sau can thiệp động mạch vành qua da tại Đơn vị Tim mạch can thiệp - Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 100 người bệnh được chẩn đoán đau thắt ngực ổn định và có chỉ định can thiệp động mạch vành qua da thành công tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 01/2024 đến tháng 08/2024. Bộ câu hỏi SAQ bao gồm 11 câu hỏi, đo lường 5 vấn đề sức khỏe liên quan bệnh mạch vành: khả năng gắng sức, độ ổn định của đau ngực, tần số đau ngực, mức độ hài lòng với điều trị và chất lượng cuộc sống.

Kết quả: Điểm chất lượng cuộc sống trước can thiệp là $42,7 \pm 5,8$; sau can thiệp 1 tháng là $58,4 \pm 7,0$ và sau can thiệp 3 tháng là $60,2 \pm 6,1$. Khả năng gắng sức, độ ổn định của đau ngực, tần số đau ngực, mức độ hài lòng với điều trị và chất lượng cuộc sống đều có tỉ lệ cải thiện cao. Kết luận: Như vậy đã có sự cải thiện chất lượng cuộc sống ở người bệnh đau thắt ngực ổn định sau can thiệp 1 tháng và tiếp tục duy trì đến tháng thứ 3 so với thời điểm trước can thiệp (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$). Người bệnh sau can thiệp cần tiếp tục được giáo dục sức khỏe thay đổi hành vi, lối sống để nâng cao chất lượng cuộc sống.

Từ khoá: Chất lượng cuộc sống, hội chứng mạch vành mạn, can thiệp mạch vành qua da.

EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE AMONG PATIENTS WITH CHRONIC CORONARY SYNDROME FOLLOWING PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION AT AN GIANG GENERAL HOSPITAL

ABSTRACT

Objectives: Evaluation of the quality of life among patients with stable angina following percutaneous coronary intervention at Interventional Cardiology Unit - An Giang General Hospital.

Methods: Cross-sectional descriptive study of 100 patients with stable angina who underwent successful percutaneous coronary intervention at An Giang General Hospital between January 2024 and August 2024. The SAQ questionnaire includes 11 questions, measuring 5 areas of health related to coronary artery disease: exercise capacity, chest pain stability, chest pain frequency, satisfaction with treatment and quality of life.

Results: The initial quality of life score was recorded at $42,7 \pm 5,8$ before the intervention. Following a one-month intervention period, the score significantly rose to $58,4 \pm 7,0$; and it continued to improve to $60,2 \pm 6,1$ after three months. Notably, all five domains encompassing physical exertion ability, stability of chest pain, frequency of chest pain, treatment satisfaction, and overall quality of life exhibited a remarkable and substantial rate of enhancement.

Conclusion: Thus, there was a significant improvement in the quality of life among patients with stable angina after one month of intervention, which continued to be sustained until the third month compared to the pre-intervention period (the difference was statistically significant with $p < 0.05$). Patients after the intervention should continue to receive health education regarding behavior modification and lifestyle changes to further enhance their quality of life.

Keywords: *Quality of life, patients diagnosed with stable angina, percutaneous coronary intervention.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng động mạch vành mạn hay còn được gọi là cơn đau thắt ngực ổn định (ĐTNỔĐ) là một loại bệnh khá thường gặp ở các nước phát triển và cũng có xu hướng gia tăng rất nhanh ở các nước đang phát triển trong những năm gần đây, là nguyên nhân gây tử vong và tàn tật hàng đầu trên thế giới, số người tử vong vì các bệnh tim mạch nhiều hơn bất cứ bệnh nào khác [1][2]. Tại Việt Nam, hội chứng mạch vành mạn (HCVN) vẫn đang gia tăng nhanh chóng. Tại Viện Tim Mạch - Bệnh viện Bạch Mai, tỷ lệ bệnh động mạch vành các năm 1994, 1995, 1996, lần lượt là 3,4%, 5,0% và 6,0%; thì đến năm 2003 tỷ lệ này là 11,2%; năm 2005 là 18,8% và năm 2007 lên đến 24% [3][4][5]. Hiện nay hội chứng động mạch vành nằm trong nhóm bệnh lý gây gánh nặng cho sức khỏe cộng đồng. Trong đó, hội chứng mạch vành mạn tại Việt Nam đang có xu hướng gia tăng nhanh chóng do tích lũy theo tuổi thọ, gấp hơn ở một nửa số người bệnh bị bệnh động mạch vành nói chung và gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến tuổi thọ, chất lượng cuộc sống (CLCS), cũng như chi phí điều trị, chăm sóc rất lớn [6].

Tại Việt Nam, trong nhóm bệnh nhân hội chứng mạch vành mạn, sự cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh sau can thiệp vẫn còn là câu hỏi chưa có câu trả lời, đây cũng là kỹ thuật tương đối đắt tiền và bệnh nhân có thể vẫn có thể đau ngực sau can thiệp. Sau can thiệp bệnh nhân sẽ phải tái khám nhiều lần, sử dụng nhiều loại thuốc, tuân thủ điều trị sau can thiệp để giảm các biến chứng, nguy cơ tử vong...và kéo theo đó là các tác dụng phụ cũng như chi phí điều trị tốn kém.

Khoa Tim mạch lão học Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang đã tiến hành áp dụng can thiệp mạch vành từ năm 2019 đến nay, số lượng người bệnh sau can thiệp động mạch vành đến khám và điều trị ngày càng tăng. Tuy nhiên, tại bệnh viện vẫn chưa có nghiên cứu nào một cách hệ thống nhằm mô tả chất lượng cuộc sống của người bệnh sau can thiệp động mạch vành. Với tất cả các lý do trên và nhằm mục đích đánh giá hiệu quả điều trị, hoàn thiện hơn việc chăm sóc người bệnh HCVN sau can thiệp động mạch vành qua da. Qua đó, giúp nhân viên y tế có cách nhìn tổng quát hơn, giúp người bệnh có chất lượng cuộc sống tốt hơn cả về thể chất lẫn tinh thần, chúng tôi đã chọn nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh hội chứng mạch vành mạn sau can thiệp động mạch vành qua da tại Đơn vị Tim mạch can thiệp Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang.*

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả cắt ngang

2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

- Cỡ mẫu được áp dụng dựa theo công thức ước lượng một tỷ lệ ($n=100$), dựa vào đối tượng nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Kim Sáng (2019) [7].

3. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán hội chứng động mạch vành mạn (HCVN) hoặc cơn đau thắt ngực ổn định và có chỉ định can thiệp động mạch vành qua da thành công từ tháng 01/2024 đến tháng 08/2024 tại Đơn vị Tim mạch can thiệp – Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: người bệnh được chẩn đoán HCVN (dựa trên hình ảnh chụp MSCT động mạch vành hoặc chụp động mạch vành qua da,...) và có chỉ định can thiệp động mạch vành qua da thành công. Người bệnh sử dụng thuốc đúng, đủ theo đơn bác sĩ sau khi can thiệp động mạch vành tính đến thời điểm nghiên cứu. Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh HCVN có chỉ định chụp mạch vành mà không can thiệp đặt stent động mạch vành. Người bệnh không thể trả lời phỏng vấn được (rối loạn tri giác, tâm thần, không có khả năng giao tiếp chính xác, giảm thính lực, lú lẫn, không biết tiếng Việt). Người

bệnh không có đầy đủ thông tin, hồ sơ bệnh án để tiến hành nghiên cứu. Người bệnh có kèm theo các bệnh nội khoa mạn tính khác như ung thư, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính,... Người bệnh tử vong trong thời gian nghiên cứu.

4. Biến số nghiên cứu

5. Nội dung nghiên cứu

- *Thu thập số liệu trước can thiệp*: Thu thập số liệu trực tiếp bằng phương pháp phát phiếu cho người bệnh tự điền có giám sát, hỗ trợ của nghiên cứu viên hoặc phỏng vấn rồi điền thông tin.

+ Đặc điểm cá nhân, tiền sử phỏng vấn trực tiếp.

+ CLCS trước can thiệp phỏng vấn bằng bộ câu hỏi Seattle Angina Questionnaire [9].

+ Chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng thu thập từ HSBA.

- *Thu thập số liệu sau can thiệp 1 tháng*: thông số về các biến cố tim mạch chính tái nhập viện, tái nhồi máu cơ tim phải can thiệp lại, tử vong, chất lượng cuộc sống theo thang điểm SAQ sau can thiệp 1 tháng thu được từ phỏng vấn qua điện thoại dựa vào bộ câu hỏi, hoặc người bệnh tới khám lại sau 1 tháng can thiệp.

- *Thu thập số liệu sau can thiệp 3 tháng*: Thông số về các biến cố tim mạch như tái nhập viện, can thiệp lại, tử vong, chất lượng cuộc sống theo thang điểm SAQ sau can thiệp 3 tháng được thu được từ phỏng vấn qua điện thoại hoặc phỏng vấn trực tiếp khi người bệnh khám định kì.

- *Bộ câu hỏi Seattle Angina Questionnaire (SAQ)* được thiết kế, phát triển, lượng giá năm 1995 với nhóm tác giả John A. Spertus và cộng sự tại trường đại học Washington vùng Seattle thuộc Washington. Bộ câu hỏi SAQ bao gồm 11 câu hỏi, đo lường 5 lĩnh vực sức khỏe liên quan bệnh mạch vành: khả năng gắng sức, độ ổn định của đau ngực, tần số đau ngực, mức độ hài lòng với điều trị và chất lượng cuộc sống. Mỗi lĩnh vực đánh giá có điểm từ 0 tới 100 trong đó điểm càng cao tương ứng tình trạng bệnh nhân và mức độ hài lòng của bệnh nhân càng tốt. Do mỗi lĩnh vực đánh giá 1 khía cạnh liên quan đến bệnh lý mạch vành nên không có điểm số gộp chung cho cả bộ câu hỏi.

6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu thu thập trong nghiên cứu được nhập liệu và xử lý theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm IBM SPSS 26. Các biến định lượng được thể hiện dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, các biến định tính được thể hiện dưới dạng tỉ lệ %.

7. Sai số và cách khống chế

Sai số chọn mẫu do chọn mẫu thuận tiện có thể không đại diện toàn bộ quần thể bệnh nhân. Sai số thông tin do dữ liệu có thể không được ghi nhận đầy đủ trong HSBA. Cách khống chế: đảm bảo kiểm tra và thu thập kỹ dữ liệu từ HSBA để tránh thiếu sót. Các tiêu chuẩn chọn rõ ràng để tránh sai lệch khi chọn mẫu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

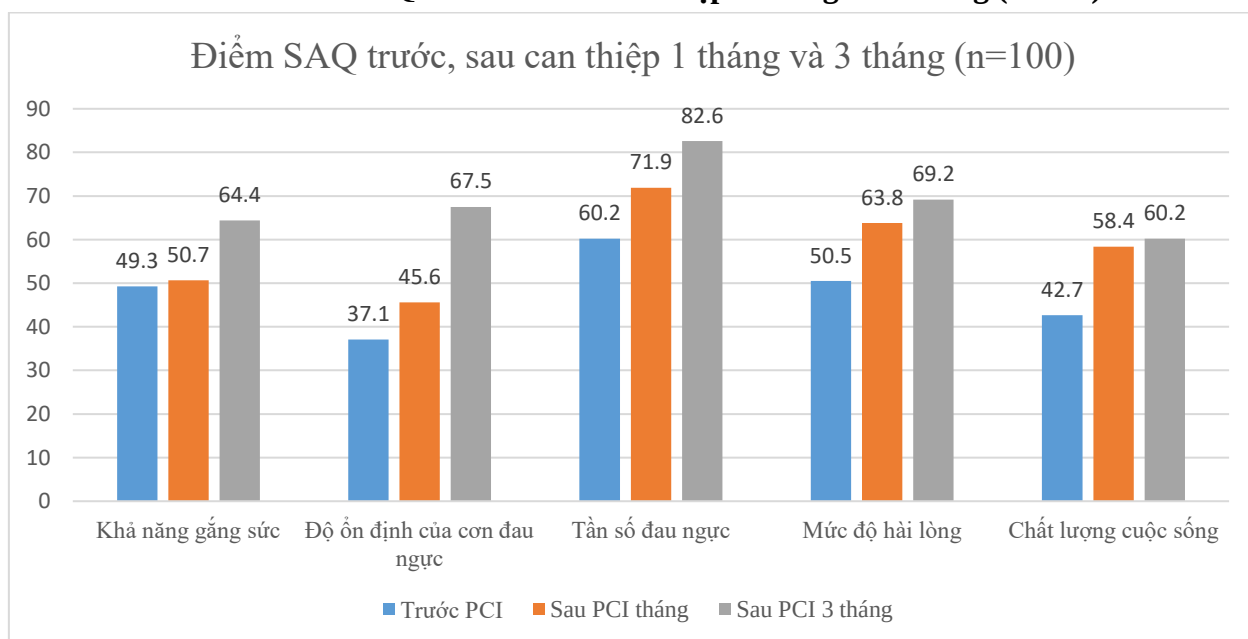
Nghiên cứu được thực hiện trên 100 người bệnh hội chứng động mạch vành mạn được can thiệp mạch vành qua da tại Đơn vị Tim mạch can thiệp – Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang với tuổi trung bình người bệnh là $65,7 \pm 7,9$. Tỉ lệ nam/nữ là 1,6. Nam giới chiếm 59%, nữ giới chiếm 41%.

Bảng 1. Điểm SAQ trung bình trước và sau can thiệp 1 tháng và 3 tháng (n=100)

Các lĩnh vực đánh giá	Trước can thiệp (1) X ± SD	Sau can thiệp 1 tháng (2) X ± SD	Sau can thiệp 3 tháng (3) X ± SD	p(1-2)*	p(3-1)*	p(3-2)*
Khả năng gắng sức	49,3 ± 6,7	50,7 ± 5,3	64,4 ± 6,3	0,08	<0,05	<0,05
Độ ổn định của cơn đau	37,1 ± 5,2	45,6 ± 4,9	67,5 ± 8,3	<0,05	<0,05	<0,05
Tần số đau ngực	60,2 ± 9,1	71,9 ± 11,2	82,6 ± 9,5	<0,05	<0,05	0,16
Mức độ hài lòng	50,5 ± 6,2	63,8 ± 7,9	69,2 ± 5,4	<0,05	<0,05	0,12
Chất lượng cuộc sống	42,7 ± 5,8	58,4 ± 7,0	60,2 ± 6,1	<0,05	<0,05	0,071

p*: Paired Samples T-test. Trong đó: p(1-2): Giá trị p khi so sánh điểm SAQ sau can thiệp 1 tháng và trước can thiệp (T-test); p(3-1): Giá trị p khi so sánh điểm SAQ sau can thiệp 3 tháng và trước can thiệp (T-test); p(3-2): Giá trị p khi so sánh điểm SAQ sau can thiệp 3 tháng và sau can thiệp 1 tháng (T-test).

Nhận xét: Điểm chất lượng cuộc sống của người bệnh đã tăng sau can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Biểu đồ 1. Điểm SAQ trước và sau can thiệp 1 tháng và 3 tháng (n=100)

So với thời gian trước can thiệp, sau 1 tháng và 3 tháng can thiệp, điểm số của cả 5 lĩnh vực khả năng gắng sức, độ ổn định của cơn đau ngực, tần số đau ngực, mức độ hài lòng với điều trị và chất lượng cuộc sống đều tăng lên có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

So sánh điểm SAQ tại thời điểm 3 tháng và sau 1 tháng can thiệp 2 trong 5 lĩnh vực đánh giá mức độ hài lòng với điều trị và CLCS điểm số vẫn tiếp tục cải thiện nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Các lĩnh vực còn lại (khả năng gắng sức, độ ổn định của cơn đau ngực và tần số đau ngực) tăng lên có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 2. Tỷ lệ thay đổi có ý nghĩa lâm sàng sau 1 tháng và 3 tháng can thiệp (n = 100)

SAQ	Thời gian	Tăng có ý nghĩa
Khả năng gắng sức ≥ 8	1 tháng	68%
	3 tháng	73%
Độ ổn định của đau ngực ≥ 25	1 tháng	57%
	3 tháng	69%
Tần số đau ngực ≥ 20	1 tháng	60%
	3 tháng	67%
Mức độ hài lòng với điều trị ≥ 12	1 tháng	51%
	3 tháng	59%
Chất lượng cuộc sống ≥ 16	1 tháng	69%
	3 tháng	72%

Sau can thiệp 1 tháng và 3 tháng cả 5 lĩnh vực khả năng gắng sức, độ ổn định của đau ngực, tần số đau ngực, mức độ hài lòng với điều trị và CLCS có tỉ lệ cải thiện chiếm tỉ lệ cao.

IV. BÀN LUẬN

Thang điểm SAQ bao gồm 11 câu hỏi, được chia làm 5 phần: điểm về khả năng gắng sức, độ ổn định của đau ngực, tần số đau ngực, mức độ hài lòng với điều trị và CLCS trong nghiên cứu của chúng tôi đều thấp hơn các nghiên cứu trên thế giới và tương đương với một số tác giả tại Việt Nam. Trước can thiệp, độ ổn định của đau ngực là có điểm số thấp nhất ($37,1 \pm 12,81$), nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của William.S.W, có thể do thói quen của người dân Việt Nam tới viện khám không thường xuyên, thường chủ quan về tình hình sức khỏe của mình; tuy vậy khi so sánh với tác giả Lê Thị Thanh Hải thì chỉ số ổn định của chúng tôi cao hơn không đáng kể. Điểm khả năng gắng sức trước can thiệp ($49,3 \pm 6,7$) cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Sáng ($30,69 \pm 5,73$), nhưng lại thấp hơn tác giả Lê Thị Thanh Hải [14]. Nguyên nhân có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là người bệnh HCVM nên điểm khả năng gắng sức của người bệnh sẽ cao hơn của Nguyễn Thị Kim Sáng và người bệnh cũng đã hiểu về tình trạng bệnh của mình nên những hoạt động gắng sức như cầm vật nặng, thể thao ... người bệnh cũng hạn chế thực hiện, ngoài ra có thể do đa phần người bệnh là người cao tuổi nên một vài hoạt động được sử dụng trong bộ câu hỏi SAQ không phải là công việc thường xuyên của người bệnh. Việc tỉ lệ thấp hơn tác giả Lê Thị Thanh Hải có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi cao tuổi hơn, phần lớn sinh sống ở nông thôn và điều kiện kinh tế kém, dẫn đến việc giảm khả năng gắng sức ban đầu so với đối tượng bệnh nhân tại Hà Nội (Bệnh viện E). Bên cạnh đó, bệnh đồng mắc ở người cao tuổi như thấp khớp, thoái hóa cột sống... cũng gây khó khăn trong hoạt động thể lực của người bệnh tại An Giang.

Ngoài ra, điểm khả năng gắng sức thấp, điểm tần số đau ngực, mức độ hài lòng điều trị và CLCS của người bệnh cũng thấp hơn so với các nghiên cứu trên thế giới như của William.S.W và cả các nghiên cứu tại Việt Nam từ các tác giả Nguyễn Thị Kim Sáng (TP.HCM) và tác giả Lê Thị Thanh Hải (Hà Nội) điều này có thể giải thích do một phần cơ sở vật chất y tế tại tỉnh chưa đáp ứng đầy đủ nhu cầu người bệnh, cũng như người bệnh chưa được chăm sóc y tế một cách chuyên nghiệp, CLCS của người bệnh chưa được quan tâm nhiều và tất yếu nhất là sự quá tải y tế tại tỉnh An Giang khiến cho mức độ hài lòng với điều trị và CLCS của người bệnh còn chưa cao [8][14].

Tuy nhiên, sự thay đổi điểm SAQ sau điều trị của đối tượng nghiên cứu là rất tích cực sau can thiệp mạch vành qua da tại An Giang. Trong nghiên cứu của chúng tôi khi so sánh điểm

SAQ tại thời điểm sau can thiệp 1 tháng và 3 tháng so với thời điểm trước can thiệp, tất cả vấn đề như khả năng gắng sức, độ ổn định của đau ngực, tần số đau ngực, mức độ hài lòng với điều trị và CLCS cho thấy điểm SAQ đều tăng có ý nghĩa thống kê sau can thiệp mạch vành thời điểm 1 tháng và 3 tháng tiếp theo. Dựa trên kết quả vừa nêu, hầu hết người bệnh sau can thiệp mạch vành qua da (PCI) đều cảm thấy tình trạng sức khỏe của mình tốt hơn và khỏe hơn rõ ràng, có cải thiện tích cực theo thời gian. Sau can thiệp 1 tháng điểm khả năng gắng sức là $50,7 \pm 5,3$; độ ổn định của đau ngực là $45,6 \pm 4,9$; tần số đau ngực $71,9 \pm 11,2$; mức độ hài lòng với điều trị $63,8 \pm 7,9$ và điểm CLCS $58,4 \pm 7,0$. Kết quả này tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Kim Sáng với đề tài “Chất lượng cuộc sống của người bệnh sau can thiệp mạch vành qua da ở người bệnh sau hội chứng vành cấp hoặc bệnh tim thiếu máu cục bộ” cũng như tương đồng với tác giả Lê Thị Thanh Hải với đề tài trên đối tượng cơn đau thắt ngực ổn định theo bộ câu hỏi SAQ sau 1 tháng cả 5 lĩnh vực đánh giá đều tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong nghiên cứu của A. Spertus nghiên cứu trên 58 bệnh nhân sau can thiệp động mạch vành, kết quả cho thấy đánh giá về mức độ hài lòng với điều trị không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trước can thiệp và sau can thiệp 3 tháng, các lĩnh vực khác đều cải thiện có ý nghĩa thống kê. Có lẽ đối tượng nghiên cứu của tác giả A. Spertus là dân số Hoa Kỳ với yêu cầu về chất lượng chuyên môn y tế rất cao và khắt khe nên dẫn đến sự “chưa hài lòng”. Theo nghiên cứu của William S. Weintraub trên người bệnh HCVI sau can thiệp động mạch vành sau 1 tháng và 3 tháng đều có cải thiện rõ rệt về tình trạng sức khỏe trong thời gian theo dõi có ý nghĩa thống kê; dân số nghiên cứu của tác giả Weintraub vẫn là người Hoa Kỳ và Canada, nhưng sự cải thiện triệu chứng dựa trên thang điểm SAQ là rõ rệt [7][8][9].

Quan điểm chung mà một số tác giả quốc tế lần Việt Nam cùng nhận định rằng sự cộng gộp của yếu tố người bệnh được điều trị khỏi bệnh về mặt lâm sàng kết hợp với yếu tố được giải tỏa tâm lý, do đó người bệnh cảm giác thoải mái và yên tâm hơn so với khi chưa được can thiệp. Từ những số liệu của chúng tôi trong nghiên cứu này và quan điểm chung nêu trên chúng tôi tác động có hiệu quả của can thiệp động mạch vành qua da (PCI) trong việc nâng cao khả năng gắng sức, độ ổn định của đau ngực, tần số đau ngực, và khi tất cả các yếu tố được cải thiện thì CLCS của người bệnh cũng được cải thiện đáng kể.

Trong giai đoạn đầu sau can thiệp, mặc dù các triệu chứng có cải thiện nhưng người bệnh vẫn chưa tham gia các hoạt động thể chất thường ngày như đi bộ, đạp xe, chạy bộ.... đa số các người bệnh lo ngại các biến chứng (đau tại vị trí chọc mạch can thiệp hoặc vẫn còn cảm giác đau ngực âm ỉ...), sức khỏe của người bệnh chưa được phục hồi hoàn toàn và người bệnh đôi khi vẫn lo lắng về nguy cơ can thiệp lần tiếp theo nên người bệnh chỉ nghỉ ngơi tại nhà, vận động nhẹ nhàng (một số ít gần như “không dám vận động thể lực”), không thực hiện các hoạt động gắng sức như chạy bộ, thể thao, mang vật nặng... do đó người bệnh gặp khó khăn khi thực hiện các hoạt động thể lực và điểm số tăng không nhiều so với trước can thiệp. Ngoài ra vì lý do người bệnh vẫn cảm thấy mệt có thể do suy tim sau nhồi máu cơ tim chưa hồi phục hoàn toàn. Cũng như người bệnh chưa sẵn sàng tâm lý cho các hoạt động gắng sức. Tại thời điểm sau can thiệp 1 tháng khi người bệnh đến tái khám, được bác sĩ khoa khám bệnh ngoại trú tư vấn, hướng dẫn các hoạt động thường ngày sau can thiệp nên người bệnh có phần yên tâm và tự tin hơn khi dần quay lại các hoạt động hàng ngày, vấn đề độ ổn định của cơn đau ngực và tần số đau ngực cải thiện rõ rệt sau can thiệp.

So sánh thời điểm 3 tháng và 1 tháng sau can thiệp, 2 lĩnh vực mức độ hài lòng với điều trị và CLCS của người bệnh tiếp tục tăng nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, các lĩnh vực khả năng gắng sức, độ ổn định của đau ngực và tần số đau ngực vẫn tiếp tục tăng có ý nghĩa thống kê. Theo nghiên cứu của A. Michael Brokon và cộng sự đánh giá trên 3 lĩnh vực sử dụng SAQ cho thấy từ 1 đến 3 tháng sau can thiệp, người bệnh vẫn tiếp tục có sự cải thiện về các điểm số nhưng sự cải thiện là không đáng kể. Theo nghiên cứu của Man Sin Wong và cộng sự sử dụng SAQ đánh giá những thay đổi về CLCS liên quan đến sức khỏe, cho thấy CLCS của người bệnh cải thiện sau 1 tháng can thiệp tuy nhiên điểm ổn định của cơn đau ngực ở tháng thứ 3 thấp hơn so với tháng 1. Điều này có thể giải thích cho việc điểm số không có sự

cải thiện nhiều. Thứ nhất, đối với các bệnh nội khoa mãn tính nói chung và bệnh động mạch vành nói riêng, muốn đạt được hiệu quả việc điều trị phải kết hợp với thay đổi lối sống. Can thiệp động mạch vành chỉ là 1 phương thức điều trị trong quá trình điều trị đa phương thức. Vì thế muốn đạt hiệu quả tối ưu sau PCI là một quá trình chăm sóc đa yếu tố và điều trị lâu dài cho người bệnh sau can thiệp để duy trì được hiệu quả tối ưu cũng như chính bản thân người bệnh cần tuân thủ điều trị triệt để. Do đó, chăm sóc tăng thêm từ điều dưỡng là cần thiết để duy trì và tăng cường hơn nữa CLCS của những người bệnh sau PCI, và tối ưu nhất là thực hiện ngay sau can thiệp [6].

Điểm SAQ về CLCS của người bệnh không tăng nhiều, mặc dù đã có sự cải thiện về tình hình sức khỏe nhưng đa số người bệnh vẫn cảm thấy không thực sự thoải mái về tình trạng bệnh khi vẫn lo lắng về các nguy cơ biến cố tim mạch chính như suy tim, đột tử, NMCT hay phải sống chung với tình trạng đau ngực lâu dài, và tình trạng đau ngực cũng cản trở việc tận hưởng cuộc sống bình thường của người bệnh... Qua đó, tình trạng quá tải người bệnh ở Việt Nam, đặc biệt là các bệnh viện tuyến trung ương và tuyến cuối của tỉnh (như tại An Giang), vấn đề quá tải này khiến cho việc theo dõi - điều trị và chăm sóc sau can thiệp không đạt hiệu quả như mong muốn. Ngoài ra, nguyên nhân khác cần đề cập đến là hiện tượng tái hẹp trong stent hoặc tắc lại stent cũ sau can thiệp động mạch vành hoặc người bệnh vẫn còn tình trạng hẹp động mạch vành chưa tái thông hoàn toàn dẫn đến cần thiết can thiệp mạch vành qua da đặt stent lần thứ 2, vì thế mức độ hài lòng với điều trị của người bệnh vẫn còn ở ngưỡng chưa cao. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kết quả sau 3 tháng can thiệp chưa ghi nhận có tình trạng tái hẹp sau can thiệp động mạch vành nhưng nhiều nghiên cứu trong nước và trên thế giới chỉ ra rằng có tỉ lệ tái hẹp động mạch vành sau can thiệp. Theo quan điểm của chúng tôi, việc tái hẹp stent giảm mạnh có liên quan nhiều đến việc ý thức chăm sóc và tuân trị thuốc sau can thiệp của bệnh nhân hiện nay đã tích cực hơn, bên cạnh đó là những thế hệ tiên tiến gần đây của stent phủ thuốc đã cho thấy hiệu quả cao trong việc ngăn ngừa tái hẹp stent, yếu tố cuối cùng chúng tôi nghĩ đến là việc hệ thống y tế cùng phác đồ điều trị chuẩn mực theo các Hội Tim quốc tế và Bộ Y tế góp phần lớn vào kết quả điều trị khả quan. Năm 2011, Nguyễn Quốc Thái khảo sát tình trạng tái hẹp trên 216 người bệnh NMCT cấp có tỉ lệ tái hẹp stent là 16,7%. Năm 2014, Salvatore và cộng sự cho thấy tỉ lệ tái hẹp chung đối với các loại stent vào khoảng 26%. Chính những người bệnh tái hẹp sau can thiệp sẽ làm điểm số đánh giá và CLCS bị giảm xuống. Vì thế, việc cần phải quan tâm hơn nữa đến vấn đề chăm sóc, điều trị sau can thiệp động mạch vành và đồng thời tư vấn để giúp người bệnh có thể thay đổi lối sống cũng như tuân thủ điều trị một cách hiệu quả và tái khám định kỳ nhằm phát hiện sớm những bất thường [10][11].

Tỉ lệ thay đổi điểm SAQ có ý nghĩa lâm sàng sau can thiệp: Theo nghiên cứu của chúng tôi, hơn một nửa số bệnh nhân trong nghiên cứu đã đưa ra những cải thiện lâm sàng đáng kể và tăng tỉ lệ từ tháng nhất đến tháng thứ ba ở cả 5 vấn đề nghiên cứu dựa theo thang điểm SAQ gồm: khả năng gắng sức, độ ổn định của đau ngực, tần số đau ngực, mức độ hài lòng với điều trị và CLCS. Kết quả nghiên cứu này chứng minh tính hiệu quả của can thiệp động mạch vành qua da (PCI) trong cải thiện tình trạng sức khỏe ở bệnh nhân HCVM có ý nghĩa thống kê trên cả 5 lĩnh vực. Nhưng cũng còn một tỉ lệ nhỏ bệnh nhân không có sự thay đổi có ý nghĩa lâm sàng. Do hội chứng mạch vành mạn là một bệnh mạn tính nên can thiệp động mạch vành qua da chỉ là một bước hay một phương thức trong quá trình điều trị tổng thể. Sau can thiệp, đa số các bệnh nhân lo ngại các biến chứng và các nguy cơ nên thường chỉ nghỉ ngơi tại nhà, vận động nhẹ nhàng không thực hiện những hoạt động thể lực mạnh như chạy bộ, mang vác vật nặng...

Chất lượng cuộc sống là vấn đề mà bệnh nhân có tỉ lệ cải thiện giữa tháng 1 và tháng 3 ít nhất (từ 42,7,2% lên 60,2%). So sánh tỉ lệ thay đổi có ý nghĩa lâm sàng sau can thiệp 1 tháng so với trước can thiệp, nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ bệnh nhân có cải thiện có ý nghĩa lâm sàng thấp hơn trong cả 5 lĩnh vực đánh giá của bộ câu hỏi SAQ so với nghiên cứu của Vũ Văn Hoa có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân HCVM, trong khi của Vũ Văn Hoa là đối tượng bệnh nhân nhồi máu cơ tim. Trong nghiên cứu của Alexander S. về CLCS sau

cạn thiệp của bệnh nhân HCVM sau 6 tháng có tỉ lệ bệnh nhân cải thiện có ý nghĩa lâm sàng ở mức cao (Khả năng gắng sức 71%, Độ ổn định của đau ngực: 71%, Tần số đau ngực 75%, mức độ hài lòng với điều trị 30% và CLCS 78%) [12][13][14].

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Dựa trên thang điểm SAQ, chất lượng cuộc sống của người bệnh trước can thiệp là $42,7 \pm 5,8$, sau can thiệp 1 tháng và 3 tháng lần lượt là $58,4 \pm 7,0$; $60,2 \pm 6,1$. Như vậy đã có sự cải thiện chất lượng cuộc sống ở người bệnh hội chứng mạch vành mạn sau can thiệp 1 tháng và tiếp tục duy trì đến tháng thứ 3 so với thời điểm trước can thiệp (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$). Người bệnh sau can thiệp cần tiếp tục được giáo dục sức khỏe thay đổi hành vi, lối sống để nâng cao chất lượng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ram Jagannathan: Global Updates on Cardiovascular Disease Mortality Trends and Attribution of Traditional Risk Factors. 2019.
2. Heart Disease and Stroke Statistics 2022 Update Fact Sheet- A Report from the American Heart Association Circulation.
3. Trần Văn Đồng, Nguyễn Thị Bạch Yến, Phạm Quốc Khánh. Tình hình bệnh động mạch vành qua 130 trường hợp nằm viện tại Viện Tim mạch trong 5 năm (1991- 1995), Tạp chí Tim mạch học Việt Nam, 1996, trang 1-5.
4. Nguyễn Lâm Việt (2006), “Khuyến cáo của Hội tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán, điều trị nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên, Khuyến cáo về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa giai đoạn 2006- 2010”, trang 143-181. 2006.
5. Phạm Việt Tuấn. Tìm hiểu đặc điểm mô hình bệnh tật ở người bệnh điều trị nội trú tại Viện Tim mạch Việt Nam trong thời gian 5 năm (2003-2007), Luận văn thạc sỹ y học, Hà Nội, 2008.
6. Nguyễn Lâm Việt. Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính. Thực hành bệnh tim mạch. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 2014.
7. Nguyễn Thị Kim Sáng. Nghiên cứu Chất lượng cuộc sống của người bệnh sau can thiệp mạch vành trên người bệnh hội chứng vành cấp hoặc bệnh tim thiếu máu cục bộ dựa trên bộ câu hỏi Seattle Angina. Tạp chí tim mạch học. 2019.
8. Weintraub, W.S., et al. Effect of PCI on quality of life in patients with stable coronary disease. The new england journal of medicine, 2008 Aug 14;359(7):677-87. doi: 10.1056/NEJMoa072771.
9. Spertus, J.A., et al. Development and Evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: A New Functional Status Measure for Coronary Artery Disease, JACC, 1995 Feb;25(2):333-41. doi: 10.1016/0735-1097(94)00397-9.
10. Nguyễn Quốc Thái. Nghiên cứu hiệu quả can thiệp động mạch vành của stent phủ thuốc trong điều trị nhồi máu cơ tim cấp [Luận án Tiến sỹ Y học], Trường Đại học Y Hà Nội. 2011.
11. Robert A Byrne et al Salvatore Cassese. Incidence and predictors of restenosis after coronary stenting in 10004 patients with surveillance angiography. Heart, 2014 Jan;100(2):153-9. doi: 10.1136/heartjnl-2013-304933.
12. Vũ Văn Hoa. Đánh giá những thay đổi về chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp trước và sau can thiệp động mạch vành qua da sử dụng thang điểm SF-8 và so sánh với thang điểm SAQ [Luận văn cử nhân y học]. Trường Đại học Y Hà Nội. 2012.
13. Alexander S. de Quadros MD, Quality of life and health status after percutaneous coronary intervention in stable Angina patients. CCI, 2010, [https:// doi.org/10.1002/ccd.22746](https://doi.org/10.1002/ccd.22746).
14. Lê Thị Thanh Hải, Phạm Quang Minh, Phan Thảo Nguyên và cộng sự (2023), “Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh đau thắt ngực ổn định sau can thiệp động mạch vành qua da tại Trung tâm Tim mạch – Bệnh viện E”, Tạp chí khoa học điều dưỡng Tập 06 – Số 06 (2023), trang 67-75.

ĐÁNH GIÁ CÔNG TÁC CHĂM SÓC CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRÊN NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU NÃO CẤP TRONG 3 GIỜ ĐẦU ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TIÊU SỢI HUYẾT TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024

*Phan Huỳnh Minh Thư, Huỳnh Ngọc Nhân,
Ôn Thị Tuyết Mai, Bùi Lê Huy Hoàng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá công tác chăm sóc của điều dưỡng trên người bệnh điều trị thuốc tiêu sợi huyết.

Phương pháp nghiên cứu: cắt ngang mô tả trên 53 người bệnh từ tháng 1 đến tháng 7 năm 2024.

Kết quả: Tuổi trung vị 67, nhỏ nhất 31, lớn nhất 94, giới Nữ 43,4%, Thời gian từ khởi phát đến nhập viện trung vị 130 phút. Người bệnh vào viện có kèm theo bệnh lý tăng huyết áp chiếm tỷ lệ 81,1%, điểm NIHSS lúc nhập viện trung vị 11 điểm. Người bệnh vào viện có triệu chứng liệt nửa người chiếm tỷ lệ 94,3,8% và nói khó chiếm 58,5%. Kết quả chăm sóc ở mức rất tốt đạt 81,1%.

Kết luận: Phần lớn người bệnh vào viện có kèm theo bệnh lý tăng huyết áp, có triệu chứng liệt nửa người. Kết quả chăm sóc ở mức rất tốt đạt 81,1%.

ABSTRACT

Objects: Describe clinical characteristics and evaluate nursing care for patients treated with thrombolytic drugs.

Methods: Cross-sectional description of 53 patients from January to July 2024.

Results: Median age 67, youngest 31, oldest 94, female gender 43.4%, median time from onset to hospital admission 130 minutes. Patients admitted to the hospital with hypertension accounted for 81.1%, and the median NIHSS score at admission was 11 points. Patients hospitalized with symptoms of hemiplegia account for 94.3.8% and difficulty speaking accounts for 58.5%. Care results were very good at 81.1%.

Conclusion: Most patients admitted to the hospital have high blood pressure and symptoms of hemiplegia. Care results were very good at 81.1%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là một tình trạng bệnh lý thường gặp trong thần kinh. Đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp tính (acute ischemic stroke) hay còn gọi là nhồi máu não là tình trạng dòng máu đột ngột không lưu thông đến một khu vực của não làm mất chức năng thần kinh tương ứng [2].

Tại Hội Nghị đột quỵ quốc tế năm 2022, PGS.TS. Mai Duy Tôn công bố tỷ lệ đột quỵ ở độ tuổi dưới 45 chiếm 7,2%, tỷ lệ đột quỵ nhồi máu não chiếm 50% [7]. Đột quỵ nhồi máu não có tỷ lệ tử vong cao, mức độ di chứng nặng nề là gánh nặng cho gia đình và xã hội. Việc tái thông nhanh chóng mạch máu bị tắc có ý nghĩa quan trọng. Một phương pháp để đạt tái thông mạch máu ở người bệnh đột quỵ nhồi máu não cấp là điều trị thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch, nhiều nghiên cứu đã chứng minh được hiệu quả và độ an toàn của nó [2], [10]. Bên cạnh việc điều trị, đòi hỏi điều dưỡng viên cũng phải theo dõi và chăm sóc tỉ mỉ; quy trình thao tác nhanh - chính xác.

Từ đầu năm 2023, Khoa cấp cứu Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang đã triển khai kỹ thuật điều trị tiêu huyết khối đường tĩnh mạch cho BN đột quỵ NMN cấp, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Đánh giá công tác chăm sóc của điều dưỡng trên người bệnh đột quỵ

nhồi máu não cấp trong 3 giờ đầu được điều trị tiêu sợi huyết tại khoa Cấp Cứu Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2024” với 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của người bệnh đột quỵ nhồi máu não cấp trong vòng 3 giờ đầu được điều trị thuốc tiêu sợi huyết.
2. Đánh giá công tác chăm sóc của điều dưỡng trên người bệnh điều trị thuốc tiêu sợi huyết tại khoa Cấp cứu .

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân đột quỵ não trong vòng 3 giờ đầu tại khoa Cấp cứu Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 01/2024 đến 7/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- + Người bệnh trên 18 tuổi
- + Người bệnh được chẩn đoán đột quỵ nhồi máu não trên lâm sàng theo định nghĩa của Tổ chức Y tế thế giới
- + Người bệnh được khảo sát hình ảnh sọ não bằng CT scan và hoặc bằng MRI sọ não
- + Người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- + Các triệu chứng khởi phát của đột quỵ >180 phút hoặc thời gian không rõ ràng
- + Các triệu chứng đột quỵ nhẹ, đơn thuần hoặc cải thiện nhanh
- + Người bệnh chưa đủ 18 tuổi
- + Khởi phát có co giật

2.1.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Theo Quyết định 5331/QĐ-BYT ngày 23 tháng 12 năm 2020 về việc “Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não” [2].

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện.

2.2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: từ tháng 1/2024 đến tháng 7/2024.
- Địa điểm: khoa Cấp Cứu Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang.

2.3. Nội dung nghiên cứu

2.3.1. Đặc điểm chung của người bệnh nghiên cứu

- Tuổi: là biến liên tục, được tính theo năm dương lịch hiện tại lấy năm 2024 trừ đi năm sinh.
- Giới tính: là biến nhị phân, gồm 2 giá trị: nam và nữ, ghi nhận dựa trên CCCD.
- BMI: là chỉ số khối cơ thể của người bệnh, là biến liên tục, gồm 4 giá trị: gầy, bình thường, thừa cân, béo phì.
- Nghề nghiệp: là công việc kiếm được thu nhập của người bệnh nghiên cứu, là biến danh mục, bao gồm 3 giá trị: lao động chân tay, lao động trí óc, mất sức lao động.
- Bảo hiểm y tế: Biến số nhị phân, bao gồm 2 giá trị: có, không.

2.3.2. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh nghiên cứu

- Tiền sử bệnh: là bao gồm thông tin chi tiết về tất cả những vấn đề sức khỏe mà người bệnh trải qua trong lịch sử cuộc sống của người bệnh nghiên cứu, là biến danh mục bao gồm 7

giá trị, được chia thành các nhóm bệnh: THA, ĐTD, rối loạn lipid máu, ĐQN cũ, suy tim, rung nhĩ, bệnh van tim.

- Lối sống sinh hoạt: là thói quen sinh hoạt hằng ngày của người bệnh nghiên cứu, là biến danh mục, có 1 giá trị: Hút thuốc lá.

- Tình trạng lúc vào viện:

- + Huyết áp: Huyết áp: là áp lực cần thiết tác động lên thành của động mạch để đưa máu từ tim đến nuôi dưỡng các mô trong cơ thể. Là biến định lượng.

- + Thang điểm đột quỵ của Viện nghiên cứu sức khỏe Mỹ (NIHSS): đánh giá mức độ lâm sàng của bệnh nhân đột quỵ; thang điểm từ 0 (bình thường) đến 42 (nặng nhất)

- Các triệu chứng khi vào viện: là biến danh định bao gồm các giá trị: Liệt dây VII, Liệt nửa người, Nói khó, Đau đầu, Nôn, buồn nôn

2.3.3. Thời gian bắt đầu có triệu chứng đến khi truyền thuốc

Biến định lượng liên tục

2.4. Công tác chăm sóc của điều dưỡng

2.4.1. Theo dõi DHST

Người bệnh được theo dõi HA, Mạch, Nhiệt độ, Nhịp thở. Các chỉ số đo được ghi đầy đủ trong hồ sơ bệnh án.

- Theo dõi sinh hiệu, ý thức:

- + Có theo dõi mỗi 15 phút trong 2 giờ đầu

- + Có theo dõi mỗi 30 phút trong 6 giờ tiếp theo

- Theo dõi dấu thần kinh:

- + Có theo dõi mỗi 15 phút trong 2 giờ đầu

- + Có theo dõi mỗi 30 phút trong 6 giờ tiếp theo

2.4.2. Chăm sóc hô hấp, tuần hoàn, thân nhiệt

- Chăm sóc thở oxy: Có, Không

2.4.3. Chăm sóc về tiết niệu, bài tiết

- HD tiêu, tiểu tại chỗ hoặc đặt sonde tiểu nếu bí tiểu: Có, Không

2.4.4. Chăm sóc tinh thần

- ĐD có thái độ ân cần và thông cảm: Lắng nghe và thể hiện sự quan tâm với NB bằng lời nói và hành động, có 2 giá trị Có, Không.

- ĐD động viên NB yên tâm điều trị: Khuyến khích, giảm sự lo lắng cho NB trong quá trình điều trị, có 2 giá trị Có, Không.

- Giải đáp thắc mắc kịp thời: Trả lời ngay những câu hỏi của NB, có 2 giá trị Có, Không.

2.4.5. Truyền thông giáo dục sức khỏe

- NB được tư vấn GDSK về sử dụng thuốc: Biến số nhị phân, bao gồm 2 giá trị: Có, Không

- NB được tư vấn nguyên nhân dẫn đến đột quỵ não và các dấu hiệu đầu tiên của đột quỵ não: Biến số nhị phân, bao gồm 2 giá trị: Có, Không

- NB được tư vấn về chế độ ăn: Biến số nhị phân, bao gồm 2 giá trị: Có, Không

- NB được tư vấn về chế vận động: Biến số nhị phân, bao gồm 2 giá trị: Có, Không

2.5. Kỹ thuật thu thập số liệu

- Công cụ thu thập số liệu là bộ câu hỏi thiết kế.

- Đánh giá kết quả chăm sóc: Công tác chăm sóc của điều dưỡng trên NB truyền tiêu sợi huyết được đánh giá trên 13 nội dung, mỗi nội dung đánh giá theo 2 mức “có thực hiện” = 1 điểm và “không thực hiện” = 0 điểm.

Đánh giá công tác chăm sóc của điều dưỡng dựa trên tổng số điểm của 13 nội dung, kết quả đánh giá theo 5 mức:

- + Rất tốt: ≥ 12 điểm (tương đương 90%)
- + Tốt: $10 < \text{điểm} < 12$ (tương đương 80-90%)
- + Khá: $9 < \text{điểm} \leq 10$ (tương đương 70-80%)
- + Trung bình: $6 < \text{điểm} \leq 9$ (tương đương 50-70%)
- + Kém: ≤ 6 điểm (tương đương $< 50\%$)

2.6. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0
- + Các biến định tính: trình bày bằng tần số, tỷ lệ phần trăm.
- + Các biến định lượng: trình bày bằng trung vị, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất.

III. KẾT QUẢ

Điều trị tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch cho bệnh nhân nhồi máu não cấp trong vòng 3 giờ đầu sau khởi phát có hiệu quả giúp bệnh nhân hồi phục chức năng thần kinh, giảm thiểu các di chứng có thể xảy ra.

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2024 đến tháng 7/2024, chúng tôi thu thập dữ liệu trên 53 người bệnh, kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung của người bệnh nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi và giới của người bệnh nghiên cứu (n=53)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi		67	
Giới tính	Nam	30	56,6
	Nữ	23	43,4
BMI	Gầy	5	9,4
	Bình thường	26	49,1
	Thừa cân	18	34,0
	Béo phì	4	7,5
Nghề nghiệp	Lao động chân tay	36	67,9
	Lao động trí óc	0	0
	Mất sức lao động	17	32,1
BHYT	Có	45	84,9
	Không	8	15,1

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung vị 67 tuổi, giới nữ chiếm 43,4%

3.2. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm về tiền sử bệnh và lối sống sinh hoạt của người bệnh nghiên cứu (n=53)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử bệnh	THA	43	81,1
	ĐTD	13	24,5
	Rối loạn lipid máu	1	1,9
	ĐQN cũ	3	5,7
	Bệnh van tim	2	3,8
Lối sống sinh hoạt	Hút thuốc lá	2	3,8

Nhận xét: 81,1% người bệnh vào viện có tiền sử tăng huyết áp, và chỉ có 3,8% người bệnh có hút thuốc lá

Bảng 3. Đặc điểm tình trạng lúc vào viện của người bệnh nghiên cứu (n=53)

Đặc điểm		Kết quả
Điểm NIHSS		11
Huyết áp	Tâm thu	150
	Tâm trương	90

Nhận xét: Điểm NIHSS lúc vào viện trung vị là 11 điểm và NB có huyết áp cao khi nhập viện

Bảng 4. Đặc điểm về thời gian

ĐẶC ĐIỂM	GIÁ TRỊ (phút)
Thời gian bắt đầu có triệu chứng đến lúc nhập viện	130

Nhận xét: Thời gian từ khi khởi phát đến nhập viện 130 phút, nhanh nhất là 30 phút, chậm nhất là 250 phút.

3.3. Công tác chăm sóc của điều dưỡng

Bảng 5. Các dấu hiệu cần theo dõi

NỘI DUNG CẦN THEO DÕI, CHĂM SÓC	TẦN SỐ (n)	TỶ LỆ (%)
Chăm sóc thở oxy	26/26	100
TD sinh hiệu, ý thức		
- Mỗi 15 phút trong 2 giờ đầu	53	100
- Mỗi 30 phút trong 6 giờ tiếp theo	48	90,6

TD đầu thần kinh		
- Mỗi 15 phút trong 2 giờ đầu	52	98,1
- Mỗi 30 phút trong 6 giờ tiếp theo	52	98,1
Chăm sóc bài tiết, tiết niệu		
- HD tiêu, tiểu tại chỗ hoặc đặt sonde tiểu nếu bí tiểu	53	100

Nhận xét: Chỉ có 26/53 người bệnh có thở oxy và các NB đều được chăm sóc tốt khi thở oxy. Hầu hết người bệnh đều được theo dõi sinh hiệu, ý thức và đầu thần kinh đúng theo quy định trong 24 giờ đầu khi truyền thuốc và chăm sóc tốt về bài tiết, tiết niệu.

Bảng 6. Công tác truyền thông giáo dục sức khỏe

NỘI DUNG TƯ VẤN	TẦN SỐ (n)	TỶ LỆ (%)
Về sử dụng thuốc	53	100
Về nguyên nhân và dấu hiệu nhận biết	51	96,2
Về chế độ ăn	52	98,1
Về chế độ vận động	52	98,1

Nhận xét: Hầu hết người bệnh đều được hướng dẫn sử dụng thuốc, tư vấn về nguyên nhân và dấu hiệu nhận biết, về chế độ ăn và chế độ vận động.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung vị của người bệnh là 67. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hải Yến (BV Tim Mạch AG) là 62 [9], tương đồng với nghiên cứu của Đặng Phúc Đức (BV Quân Y 103) là $62,7 \pm 9,2$ [3]. tương đồng với nghiên cứu Châu Xuân Khánh (BVĐK Hòa Bình) là $66,64 \pm 11,79$ [43,94] [6], tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Hải Yến (BV Trung Ương Thái Nguyên) là $66,77 \pm 11,89$ [8].

Tỷ lệ người bệnh nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 43,4% thấp hơn so với nam là 56,6%, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đặng Phúc Đức với tỷ lệ nam là 60%, nữ là 40% [3], nghiên cứu của Lê Thị Hải Yến với tỷ lệ nam là 68,4% và nữ là 31,6% [8].

4.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh có tiền sử tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao 81,1%, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hải Yến là 86,7% [9], tương đồng với nghiên cứu của Mai Phạm Trung Hiếu 89,2% [5].

Huyết áp tâm thu lúc vào viện trung vị là 150 và huyết áp tâm trương là 90, kết quả này tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Hải Yến huyết áp tâm trương là 150 [9] và huyết áp tâm trương là 80 [9] và tương đồng với nghiên cứu của Mai Phạm Trung Hiếu [5].

Điểm NIHSS lúc vào viện là 11 [5], kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hải Yến là 10 [3] [9], tương đồng với nghiên cứu của Mai Phạm Trung Hiếu với điểm NIHSS 10 [3] [5].

Khi người bệnh vào viện triệu chứng liệt dây VII trong nghiên cứu của chúng tôi là 30,2% tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hải Yến với tỷ lệ liệt dây VII là 28,9% [9], thấp hơn so với nghiên cứu của của Đặng Phúc Đức là 55,4% [3]. Triệu chứng liệt nửa người

chiếm 94,3% tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Việt Đồng với tỷ lệ 90,9% [4], của Đặng Phúc Đức là 93,8% [3]. Triệu chứng nói khó chiếm 58,5% tương đồng với Nguyễn Thị Hải Yến là 57,8% [9], tương đồng với nghiên cứu của Đặng Phúc Đức với tỷ lệ 50,8% [3], cao hơn của Nguyễn Việt Đồng với tỷ lệ 40,9% [4].

Thời gian từ lúc khởi phát đến lúc nhập viện trung vị là 130 phút, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hải Yến là 122 [9], tương đồng với nghiên cứu của Châu Xuân Khánh trung bình là $140,1 \pm 65$ [6].

4.3. Công tác chăm sóc của điều dưỡng

Hầu hết người bệnh đều được theo dõi sinh hiệu, ý thức đúng quy định mỗi 15 phút trong 2 giờ đầu, mỗi 30 phút trong 6 giờ tiếp theo. Theo dõi dấu thần kinh mỗi 15 phút trong 1 giờ đầu, mỗi 30 phút trong 6 giờ tiếp theo. Kết quả này tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Hải Yến [9].

Hầu người bệnh đều được chăm sóc tốt về tinh thần do ai cũng có tâm lý lo lắng về những rủi ro khi truyền thuốc, nên việc động viên người bệnh yên tâm điều trị và giải đáp thắc mắc là rất cần thiết. Kết quả này tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Hải Yến [9].

Công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tại khoa thực hiện tốt (trên 96%), tất cả người bệnh đều được tư vấn về sử dụng thuốc, nguyên nhân và dấu hiệu nhận biết, chế độ ăn và vận động. Kết quả này tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Hải Yến [9].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả chăm sóc được đánh giá ở mức rất tốt đạt 81,1% có thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hải Yến là 84,4% [9]. Có thể là do quy trình chăm sóc người bệnh có truyền tiêu sợi huyết mới triển khai tại bệnh viện trong hơn một năm, một số điều dưỡng mới vẫn chưa quen với công tác chăm sóc. Còn tại BV Tim Mạch AG đã triển khai hơn 5 năm tại thời điểm nghiên cứu nên điều dưỡng đã khá thành thạo trong công tác chăm sóc.

V. KẾT LUẬN

Qua đánh giá trên 53 người bệnh đột quỵ nhồi máu não trong 3 giờ đầu có truyền tiêu sợi huyết, chúng tôi ghi nhận đa số người bệnh vào viện có tiền sử tăng huyết áp, có triệu chứng liệt nửa người là 94,3%. Điều dưỡng tuân thủ đúng thời gian trong việc theo dõi sinh hiệu, ý thức, dấu thần kinh; NB được hướng dẫn và thực hiện khá đầy đủ về việc chăm sóc vệ sinh cá nhân trong thời gian truyền thuốc; NB được chăm sóc rất tốt về tinh thần và được truyền thông giáo dục sức khỏe đầy đủ về bệnh. Điều dưỡng khoa Cấp Cứu tuân thủ đúng quy trình chăm sóc người bệnh có truyền thuốc tiêu sợi huyết nên kết quả chăm sóc ở mức rất tốt đạt tỷ lệ cao.

TÀI LIỆU KHAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2014), Quyết định 1904/QĐ-BYT ban hành ngày 30/05/2014 về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức-Cấp Cứu và Chống Độc”.
2. Bộ Y Tế (2020), Quyết định 5331/QĐ-BYT ban hành ngày 23/12/2020 về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não.
3. Đặng Phúc Đức (2014), Đánh giá công tác điều dưỡng bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não được điều trị tiêu huyết khối tại bệnh viện 103, *Y Dược học Quân sự* 2015, 3, tr. 95-102.
4. Nguyễn Viết Đồng, Nguyễn Xuân Thái, Hoàng Quang Trung, Nguyễn Tuấn Anh (2015), “Nghiên cứu điều trị tiêu sợi huyết bằng Alteplase đường tĩnh mạch ở bệnh nhân nhồi máu não cấp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh”.
5. Mai Phạm Trung Hiếu, Bùi Hữu Minh Trí, Danh Sóc Kha, Ngô Thị Mộng Trúc (2021), “Kết quả điều trị tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch trên bệnh nhân nhồi máu não cấp trong 4,5 giờ tại Bệnh viện Tim Mạch An Giang từ tháng 10/2018 đến tháng 06/2021”, *Hội thảo khoa học kỹ thuật bác sĩ – điều dưỡng Bệnh viện Tim Mạch An Giang năm 2021*, tr. 13-27
6. Châu Xuân Khánh và CS (2020), “Đánh giá kết quả điều trị nhồi máu não cấp trong vòng 4,5 giờ đầu bằng thuốc tiêu sợi huyết liều thấp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hoà Bình”.
7. Mai Duy Tôn (2012). Đánh giá hiệu quả điều trị đột quỵ nhồi máu não cấp trong vòng 3 giờ đầu bằng thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch Alteplase liều thấp, tr 51-70.
8. Lê Thị Hải Yến và cộng sự (2022), Đánh giá kết quả chăm sóc bệnh nhân đột quỵ não giai đoạn cấp tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.
9. Nguyễn Thị Hải Yến (2023), Đánh giá công tác chăm sóc của điều dưỡng trên người bệnh đột quỵ nhồi máu não cấp trong 4,5 giờ được điều trị tiêu sợi huyết tại khoa Cấp Cứu bệnh viện Tim Mạch An Giang năm 2023
10. Alejandro A Rabinstein (2020), Update on Treatment of Acute Ischemic Stroke, 2020 Apr;26(2):268-286. doi: 10.1212/CON.0000000000000840.PMID: 32224752.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT DẪN LƯU MÀNG PHỔI TẠI KHOA NGOẠI THẦN KINH LỒNG NGỰC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023-2024

Võ Ngọc Toàn, Trần Phương Minh
Nguyễn Thị Ngọc Lam, Trương Thoại Kim

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chấn thương ngực gây tổn thương màng phổi là loại chấn thương ngày càng phổ biến và nghiêm trọng hơn. Nguyên nhân chấn thương có thể do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt...

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định đặc điểm, nguyên nhân, đánh giá kết quả chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật dẫn lưu màng phổi điều trị tại khoa Ngoại thần kinh lồng ngực Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 149 bệnh nhân chấn thương được dẫn lưu màng phổi điều trị tại khoa Ngoại thần kinh lồng ngực Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 01/2023 đến tháng 02/2024. Chẩn đoán bằng phối hợp: bệnh sử chấn thương, khám lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh học.

Kết quả: Đa số bệnh nhân được dẫn lưu là Nam giới (73,2%). Nhóm tuổi ≥ 40 chiếm ưu thế, tương ứng 51%. Nhóm người làm nghề nông dân chiếm 31,5%, ngành nghề khác chiếm 37,6%. Nguyên nhân chấn thương phổ biến nhất là tai nạn giao thông (48,3%). Vị trí dẫn lưu phổi trái – phải gần tương đương nhau (49,7% - 47,7%). Loại chấn thương gặp nhiều nhất trong các đối tượng nghiên cứu là chấn thương ngực tràn khí + tràn máu màng phổi (42,3%).

Kết luận: Bệnh nhân chấn thương ngực có dẫn lưu màng phổi chủ yếu là nam giới, trong độ tuổi lao động. Nguyên nhân chấn thương phổ biến nhất là tai nạn giao thông. Loại chấn thương hay gặp nhất là chấn thương ngực tràn khí tràn máu màng phổi. Cần chú trọng công tác tuyên truyền, giáo dục về nguy cơ, nguyên nhân chấn thương ngực và cách phòng tránh cho người dân trong địa bàn tỉnh.

Từ khóa: chấn thương ngực, tai nạn giao thông, chấn thương ngực tràn khí tràn máu màng phổi.

ABSTRACT

Problem statement: Chest trauma causing pleural damage is an increasingly common and serious type of trauma. The cause of trauma can be due to traffic accidents, work accidents, domestic accidents, etc.

Research objective: To determine the characteristics, causes, and evaluate the results of patient care after pleural drainage surgery at the Department of Thoracic Neurosurgery, An Giang General Hospital.

Research subjects and methods: Cross-sectional study on 149 trauma patients treated with pleural drainage at the Department of Thoracic Neurosurgery, An Giang General Hospital from January 2023 to February 2024. Diagnosis was made by combining: trauma history, clinical examination, and imaging diagnosis.

Results: The majority of patients who received drainage were male (73.2%). Age group ≥ 40 predominates, equivalent to 51%. The group of farmers accounted for 31.5%, other occupations accounted for 37.6%. The most common cause of trauma was traffic accidents (48.3%). The location of left and right lung drainage was almost the same (49.7% - 47.7%). The most common type of trauma in the study subjects was chest trauma with pneumothorax + hemothorax (42.3%).

Conclusion: Patients with chest trauma with pleural drainage were mainly men, of working age. The most common cause of trauma was traffic accidents. The most common type of trauma was chest trauma with pneumothorax and hemothorax. It is necessary to focus on

propaganda and education on the risks, causes of chest trauma and how to prevent it for people in the province.

Keywords: chest trauma, traffic accident, chest trauma pneumothorax hemothorax.

I- ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương ngực là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, chiếm khoảng 10% cấp cứu ngoại khoa và chiếm 20 –50% tỷ lệ tử vong do chấn thương. Tổn thương thường gặp là gãy xương sườn, tràn máu –tràn khí màng phổi và đưng dập phổi. Điều trị chấn thương ngực chủ yếu là dẫn lưu màng phổi, giảm đau chiếm khoảng 85%, trong đó việc chăm sóc dẫn lưu màng phổi và lý liệu pháp hô hấp đóng vai trò đặc biệt quan trọng quyết định đến thành công của quá trình điều trị.

Chấn thương ngực bao gồm chấn thương ngực kín và chấn thương ngực hở:

+ Chấn thương ngực kín là các chấn thương tại thành ngực vẫn kín, khoang màng phổi không thông với không khí bên ngoài.

+ Chấn thương ngực hở là chấn thương gây thủng lồng ngực làm khoang màng phổi thông với không khí bên ngoài.

- Nguyên nhân gây chấn thương lồng ngực đa phần là do tai nạn giao thông, các tai nạn ngã từ trên cao xuống, tai nạn trong lao động, các chấn thương trong luyện tập thể thao... hoặc do một vật thể xuyên qua như dao, kéo, viên đạn, thanh sắt...

Chấn thương ngực kín - vết thương ngực hở là một trong những tổn thương gặp do tai nạn, có thể gây ảnh hưởng tính mạng nếu không được cấp cứu kịp thời, 25% số ca tử vong trong chấn thương là do chấn thương ngực kín – vết thương ngực hở. Rối loạn hô hấp là nguyên nhân chính dẫn đến tử vong.

Trong chấn thương ngực kín - vết thương ngực hở, tổn thương thường gặp nhất và đe dọa mạng sống của bệnh nhân là tràn máu màng phổi, tràn khí màng phổi hoặc kết hợp cả hai. Khi đó dẫn lưu khoang màng phổi là phương pháp cơ bản và là thủ thuật tương đối đơn giản để cứu sống người bệnh. Tuy nhiên nếu kỹ thuật dẫn lưu không tốt, đặc biệt là không được sự chăm sóc, hướng dẫn và theo dõi cẩn thận của điều dưỡng sẽ ảnh hưởng đến kết quả điều trị, gây những bệnh biến chứng nguy hiểm, làm kéo dài thời gian và tăng chi phí điều trị cho người bệnh.

Chấn thương ngực có dẫn lưu màng phổi là một bệnh cảnh lâm sàng nặng, việc chăm sóc dẫn lưu màng phổi và lý liệu pháp hô hấp ở nhóm bệnh nhân này thường đòi hỏi tính chuyên khoa đúng chuyên môn.

Để nắm được vấn đề này chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm tổng kết và đánh giá thực trạng về chăm sóc hệ thống dẫn lưu màng phổi và tập lý liệu pháp của nhóm bệnh nhân này để góp phần nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân này. Chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu: “Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh phẫu thuật dẫn lưu màng phổi tại khoa Ngoại Thần kinh lồng ngực Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2023-2024” với hai mục tiêu:

1. Xác định đặc điểm, nguyên nhân người bệnh phẫu thuật dẫn lưu màng phổi tại khoa ngoại Thần kinh lồng ngực Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang.
2. Đánh giá kết quả chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật dẫn lưu màng phổi tại khoa ngoại Thần kinh lồng ngực Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang.

II- ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: tất cả người bệnh phẫu thuật dẫn lưu màng phổi được điều trị tại khoa Ngoại thần kinh lồng ngực Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 01/2023-02/2024.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân có tổn thương phối hợp các cơ quan khác được phẫu thuật, hồ sơ bệnh án ghi chép không đầy đủ, không rõ ràng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: tiền cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Bước 1: chọn người bệnh.
- Bước 2: thu thập thông tin theo phiếu nghiên cứu.
- Bước 3: tổng hợp và phân tích kết quả.

2.4. Đo lường và định nghĩa các biến

- Đau ngực: vị trí, tính chất, cường độ đau.
- Thời gian đặt ống dẫn lưu: < 48 h; 48 h- 72h; >72h.
- Sốt: nhiệt độ cơ thể >37,5°C.
- Công thức máu: ghi nhận số lượng bạch cầu tăng.
- CRP(C-reative Protein): tăng khi >5mg/l.
- Biến chứng sau mổ: tràn khí dưới da, tràn khí- tràn máu tiếp diễn, ổ cặn màng phổi...
- Chăm sóc điều dưỡng sau mổ: thay băng vết mổ, chân ống dẫn lưu, dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng sau mổ, vật lý trị liệu sau mổ...
- Kết quả chăm sóc người bệnh tốt khi thỏa các điều kiện:
 - + Dấu hiệu sống bình thường: dấu hiệu sinh tồn ổn định, nhịp thở bình thường.
 - + Người bệnh giảm đau.
 - + Vết mổ dẫn lưu tốt khi đã rút ống, không dấu hiệu nhiễm trùng.
 - + Người bệnh sinh hoạt bình thường khi xuất viện.
- Kết quả chăm sóc người bệnh không tốt khi chưa đạt tất cả các điều kiện nêu trên.
- Thời gian nằm viện: được tính theo công thức:(số ngày nằm viện= ngày ra viện – ngày vào viện + 1).

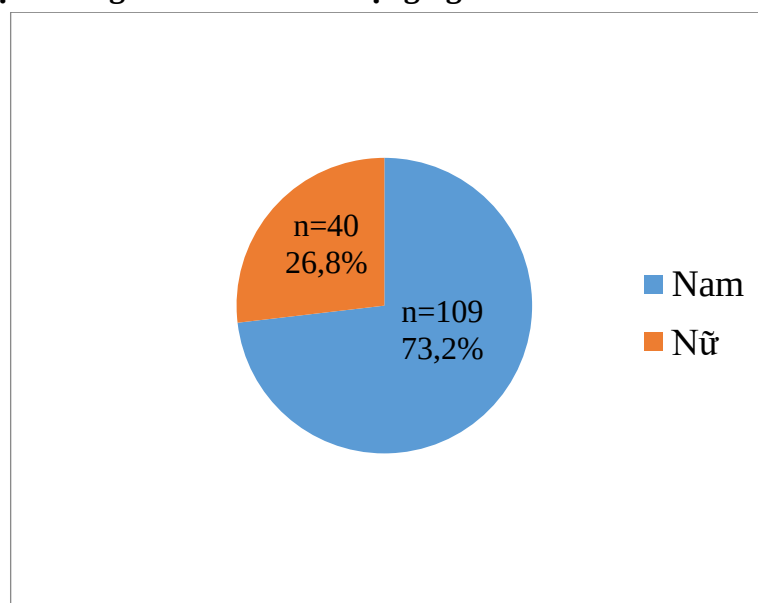
2.5. Phương pháp xử lý số liệu

Các số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III- KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm dịch tễ học

3.1.1. Đặc điểm giới tính của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm nam nữ

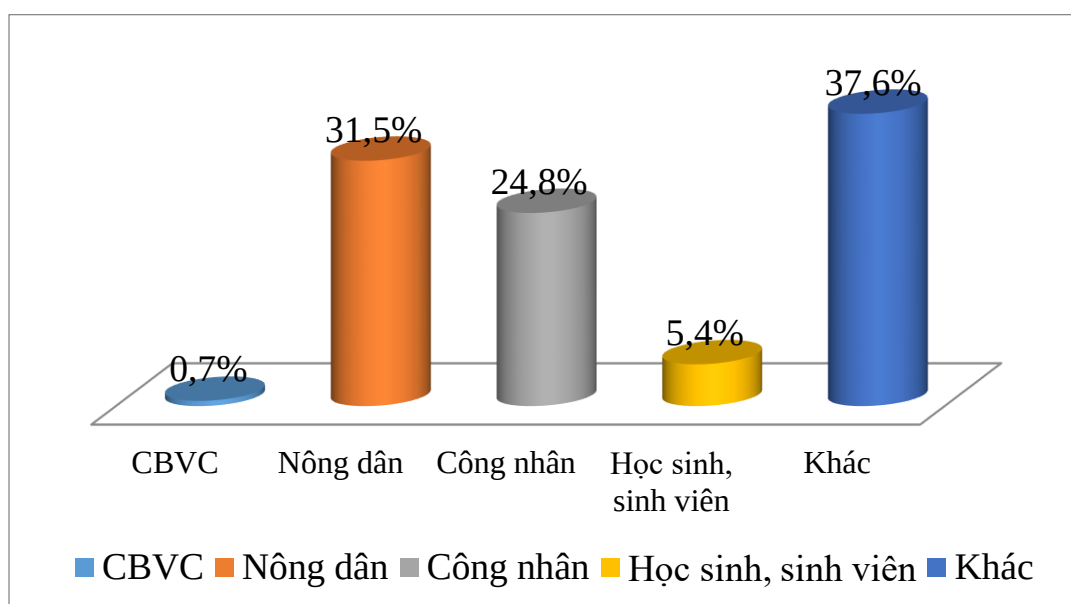
Tỷ lệ nam giới chiếm đa số với 73,2%, nữ giới chiếm 26,8%.

3.1.2. Đặc điểm dân số - xã hội học của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm về tuổi và giới của các đối tượng nghiên cứu (n=149)

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
< 40	58	53,2	15	37,5	73	49	0,030
≥ 40	51	46,8	25	62,5	76	51	<0,001
Tổng	109	73,2	40	26,8	149	100,0	
TB (X ± SD)	39,03 ± 16,99		51,62 ± 20,56		43,36 ± 19,61		<0,001
TV (Min-Max)	36,00 (16 - 89)		53,00 (16-89)		41,00 (16-89)		

Nhận xét: Đa số đối tượng nghiên cứu là Nam giới (73,2%). Nhóm tuổi ≥ 40 chiếm ưu thế, tương ứng 51%. Độ tuổi trung bình các đối tượng nghiên cứu là 43,36 ± 19,61 tuổi, thấp nhất là 16 tuổi, cao nhất là 89 tuổi. Tuổi trung bình ở Nữ là 51,62 ± 20,56, cao hơn so với tuổi trung bình của Nam (39,03 ± 16,99). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p< 0,001).



Biểu đồ 3.2. Đặc điểm nghề nghiệp

Nhận xét: các nhóm nghề nghiệp khác nhau có tỷ lệ bệnh nhân chấn thương khác nhau. Công nhân có tỷ lệ là 24,8%, nông dân có tỷ lệ 31,5%. Nhóm nghề khác(Già, làm thuê, nội trợ, tài xế, buôn bán...) chiếm tỷ lệ cao nhất với 37,6%, thấp nhất cán bộ viên chức (CBVC) 0,7%.

3.2. Đặc điểm nguyên nhân

Bảng 3.2. Tỷ lệ nguyên nhân chấn thương

Nguyên nhân	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tai nạn giao thông (TNGT)	72	48,3
Tai nạn lao động (TNLD)	04	2,7
Tai nạn sinh hoạt (TNSH)	15	10,1

Khác	37	24,8
Ấu đã	21	14,1
Tổng cộng	149	100,0

Nhận xét: nguyên nhân do TNGT chiếm đa số với 48,3%, kế đến là do nguyên nhân khác(tai nạn thể thao, bệnh lý, tự phát...) với 24,8%, thấp nhất là TNLĐ với 2,7%

3.3. Chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật

Bảng 3.3: Hoạt động chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật (n= 149)

Hoạt động chăm sóc	N=149		
	Một lần/ngày n (%)	Hai lần/ngày n (%)	>Hai lần/ngày n (%)
Thay băng vết mổ, ống dẫn lưu	129 (86,6)	20 (13,4)	
Hướng dẫn lý vật lý trị liệu	135 (90,6)	14 (9,4)	
Theo dõi dấu hiệu sinh tồn	0 (0)	144 (96,6)	5 (3,4)

Nhận xét: có 86,6% đối tượng được thay băng vết mổ một lần/ ngày. Tỷ lệ đối tượng được hướng dẫn lý vật lý trị liệu nhiều nhất một lần/ ngày là 135 (90,6%), đa số người bệnh được theo dõi dấu hiệu sinh tồn hai lần/ ngày (96,6%).

Bảng 3.4: Hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe (n= 149)

Hoạt động tư vấn sức khỏe	Có N (%)	Không N (%)
Hoạt động sớm sau mổ	130 (87,2)	19 (12,8)
Kiến thức phòng biến chứng	95 (63,8)	54 (36,2)
Nội quy bệnh viện	130 (87,2)	19 9 (12,8)
Dặn dò tái khám	140 (94)	9 (6)

Nhận xét: Hoạt động tư vấn của điều dưỡng chiếm tỷ lệ cao là dặn dò tái khám chiếm 94%, hoạt động tư vấn chiếm tỷ lệ thấp nhất là kiến thức phòng biến chứng 63,6%.

3.4. Phân tích kết quả chăm sóc

3.4.1. Vị trí chấn thương

Bảng 3.5. Bộ phận bị tổn thương

Bộ phận tổn thương	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Phổi trái	74	49,7
Phổi phải	71	47,6
Tổn thương hai phổi	04	02,7
Tổng cộng	149	100,0

Nhận xét: Tổn thương nhiều nhất là phổi phải với 49,7% và phổi trái là 47,6%. Có 2,7% tổn thương hai phổi.

3.4.2. Thời gian đặt ống dẫn lưu màng phổi

Bảng 3.6. Thời gian đặt ống dẫn lưu

Thời gian đặt ống dẫn lưu	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
< 2 ngày	02	1,3
2-3 ngày	85	57,1
>3 ngày	62	41,6
Tổng cộng	149	100,0

Nhận xét: Thời gian dẫn lưu từ 2-3 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất với 57,1% và > 3 ngày là 41,6%. < 2 ngày chỉ có 1,3%.

3.4.3. Thời gian nằm viện

Bảng 3.7. Thời gian nằm viện

Số ngày nằm viện	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
< 3 ngày	01	0,7
3-6 ngày	120	80,5
> 6 ngày	28	18,8
Tổng cộng	149	100,0

Nhận xét: Thời gian nằm viện từ 3-6 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất với 80,5% và > 6 ngày là 18,8%, < 3 ngày chỉ có 1 ca chiếm 0,7%.

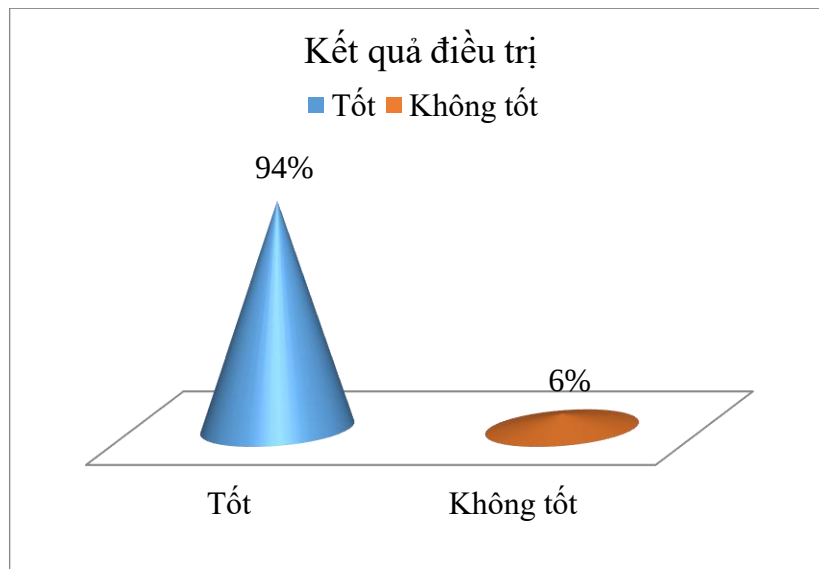
3.4.4. Biến chứng sau mổ

Bảng 3.8. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tràn khí dưới da	05	3,3
Ổ cặn màng phổi	15	10,1
Không biến chứng	129	86,6
Tổng cộng	149	100,0

Nhận xét: Không biến chứng chiếm tỷ lệ cao nhất với 86,6%, biến chứng ổ cặn màng phổi là 10,1%, tràn khí dưới da chiếm 3,3%.

3.4.5. Kết quả chăm sóc



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ kết quả điều trị

Nhận xét: Hầu hết (94%) có kết quả chăm sóc ở mức tốt.

IV- BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ học

Tương tự các nghiên cứu về chấn thương ngực nói chung, nam giới luôn chiếm tỷ lệ cao hơn so với nữ giới, Tỷ lệ trong nghiên cứu nam giới chiếm đa số với 73,2%, nữ giới chiếm 26,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với một số nghiên cứu về chấn thương khác như: Phạm Hữu Lư và Dương Văn Minh nghiên cứu 34 bệnh nhân được chăm sóc dẫn lưu màng phổi và lý liệu pháp hô hấp tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức 2018-2020 cho thấy Nam giới chiếm đa số (79,0%) [5]; Hoàng Hải Hòa nghiên cứu đánh giá kết quả chăm sóc bệnh nhân dẫn lưu khoang màng phổi tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh 2019, tỷ lệ giới tính nam cao hơn nữ, tương ứng 80% và 20%[3].

Nhóm tuổi ≥ 40 chiếm ưu thế, tương ứng 51%. Độ tuổi trung bình các đối tượng nghiên cứu là $43,36 \pm 19,61$ tuổi, thấp nhất là 16 tuổi, cao nhất là 89 tuổi. Tuổi trung bình ở Nữ là $51,62 \pm 20,56$, cao hơn so với tuổi trung bình của Nam ($39,03 \pm 16,99$). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Theo tác giả Phạm Hữu Lư và Dương Văn Minh nghiên cứu 34 bệnh nhân được chăm sóc dẫn lưu màng phổi và lý liệu pháp hô hấp tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức 2018-2020, nhóm tuổi 20-60 tuổi chiếm 58,8%, tuổi trung bình $49,5 \pm 18,8$, nhóm > 65 tuổi chiếm 17,6% [5].

Các nhóm nghề nghiệp khác nhau có tỷ lệ bệnh nhân chấn thương khác nhau. Công nhân có tỷ lệ là 24,8%, nông dân có tỷ lệ 31,5%. Nhóm nghề khác (Già, làm thuê, nội trợ, tài xế, buôn bán...) chiếm tỷ lệ cao nhất với 37,6%. Kết quả này khác với các nghiên cứu của: Nguyễn Hữu Chiến năm 2019 tại Hà Nội khi cho thấy nhóm nghề nghiệp chiếm tỷ lệ cao nhất là nông dân (27,6%), tiếp đến là những người lao động tự do (20,2%), công nhân (17,8%), viên chức (17,0%), học sinh, sinh viên (13,5%) và thấp nhất là bộ đội với 3,9% [1].

Lê Ngân nghiên cứu tình hình chấn thương cơ quan vận động tại phòng khám ngoại trú bệnh viện đa khoa Đồng Nai 2018, tỷ lệ nghề công nhân chiếm cao nhất với 47,4%; nông dân chiếm 9%; cán bộ viên chức chiếm 8,2%; học sinh sinh viên chiếm 7,8%; Nghề tự do chiếm 20,5% khác chiếm 7,1% [6].

4.2. Đặc điểm nguyên nhân

Nguyên nhân do TNGT chiếm đa số với 48,3%, kế đến là do nguyên nhân khác (tai nạn thể thao, bệnh lý, tự phát...) với 24,8%, thấp nhất là TNLD với 2,7%. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu nguyên nhân chấn thương chung như: nghiên cứu của Võ Thị Dề tại các Bệnh

viện Long An: các nguyên nhân chấn thương thường gặp là tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt và tai nạn lao động (lần lượt là 47,8%; 37,1% và 10%) [2]

4.3. Chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật

Có 86,6% đối tượng được thay băng vết mổ một lần/ ngày. Tỷ lệ đối tượng được lý vật lý trị liệu nhiều nhất một lần/ ngày là 135(90,6%), đa số người bệnh được theo dõi dấu hiệu sinh tồn hai lần/ ngày (96,6%) phù hợp với đặc tính bệnh chăm sóc cấp III chung.

Hoạt động tư vấn của điều dưỡng chiếm tỷ lệ cao là dẫn dò tái khám chiếm 94%, hoạt động tư vấn chiếm tỷ lệ thấp nhất là kiến thức phòng biến chứng 63,6%.

4.4. Phân tích kết quả chăm sóc

Tổn thương nhiều nhất là phổi phải với 49,7% và phổi trái là 47,6%. Có 2,7% tổn thương hai phổi. Vị trí tổn thương phổi phải, trái không chênh lệch nhiều.

Thời gian dẫn lưu từ 2-3 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất với 57,1% và > 3 ngày là 41,6%. < 2 ngày chỉ có 1,3% (2 ca: 1 trường hợp bệnh nhân trẻ chấn thương chỉ tràn khí màng phổi, trường hợp còn lại sau dẫn lưu xin chuyển về địa phương Bình Dương điều trị tiếp). Tương đồng tác giả Phạm Hữu Lư và Dương văn Minh nghiên cứu 34 bệnh nhân được chăm sóc dẫn lưu màng phổi và lý liệu pháp hô hấp tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức 2018-2020 cho thấy thời gian dẫn lưu trung bình $7,3 \pm 4,4$ ngày [5].

Thời gian nằm viện từ 3-6 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất với 80,5% và > 6 ngày là 18,8%, < 3 ngày chỉ có 1 ca(sau dẫn lưu xin chuyển về địa phương Bình Dương điều trị tiếp) chiếm 0,7%. Kết quả này phù hợp với ngày nằm viện chung trung bình của khoa là 6 ngày. Thấp hơn kết quả nghiên cứu Phạm Hữu Lư và Dương văn Minh nghiên cứu 34 bệnh nhân được chăm sóc dẫn lưu màng phổi và lý liệu pháp hô hấp tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức 2018-2020 ngày nằm viện trung bình $10 \pm 4,6$ ngày [5].

Không biến chứng chiếm tỷ lệ cao nhất với 86,6%, biến chứng ổ cận màng phổi là 10,1%, tràn khí dưới da chiếm 3,3%. Thấp hơn tỷ lệ biến chứng của Phạm Hữu Lư và Dương văn Minh nghiên cứu 34 bệnh nhân được chăm sóc dẫn lưu màng phổi và lý liệu pháp hô hấp tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức 2018-2020 là 14,6%[5] , theo nghiên cứu của Phạm Ngọc Lan và Nguyễn hữu Sơn trên 107 bệnh nhân dẫn lưu khoang màng phổi tại khoa Ngoại tim mạch lồng ngực Bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên biến chứng sau mổ là 5,6%.

V- KẾT LUẬN

5.1. Xác định đặc điểm, nguyên nhân người bệnh phẫu thuật dẫn lưu màng phổi

Đa số bệnh nhân được dẫn lưu là Nam giới (73,2%). Nhóm tuổi ≥ 40 chiếm ưu thế, tương ứng 51%. Nhóm người làm nghề nông dân chiếm 31,5%, ngành nghề khác chiếm 37,6%. Nguyên nhân chấn thương phổ biến nhất là tai nạn giao thông (48,3%). Vị trí dẫn lưu phổi trái – phải gần tương đương nhau (49,7% - 47,7%). Loại chấn thương gặp nhiều nhất trong các đối tượng nghiên cứu là chấn thương ngực tràn khí + tràn máu màng phổi (42,3%)

5.2. Đánh giá kết quả chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật dẫn lưu màng phổi

Đa số người bệnh được theo dõi dấu hiệu sinh tồn hai lần/ ngày. Hoạt động tư vấn của điều dưỡng chiếm tỷ lệ cao là dẫn dò tái khám chiếm 94%. Hầu hết đối tượng được thay băng vết mổ ít nhất một lần/ ngày. Tỷ lệ bệnh được lý vật lý trị liệu nhiều nhất một lần/ ngày là 90,6%.

Thời gian dẫn lưu từ 2-3 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất với 57,1% và > 3 ngày là 41,6%. Thời gian nằm viện từ 3-6 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất với 80,5%, có biến chứng là 13,4%. Hầu hết (94%) có kết quả chăm sóc ở mức tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nguyễn Hữu Chiến (2019), *Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học và thực trạng cấp cứu ban đầu ở bệnh nhân gãy xương cơ quan vận động điều trị tại bệnh viện Quân y 103*, Luận án Tiến sĩ Y học – Học viện Quân Y, Hà Nội.
- Võ Thị Dề (2017), “Khảo sát đặc điểm bệnh nhân chấn thương điều trị tại các bệnh viện tỉnh Long An”, *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, (10/2017).
- Hoàng Hải Hòa (2019), “Đánh giá kết quả chăm sóc bệnh nhân dẫn lưu khoang màng phổi tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh”.
- Đoàn Quốc Hưng cùng cộng sự, Nghiên cứu trên 115 trường hợp Chấn thương- vết thương ngực đặt dẫn lưu khoang màng phổi tại khoa phẫu thuật tim mạch- lồng ngực Bệnh viện Việt Đức.
- Phạm Hữu Lư, Dương Văn Minh (2022), “Chăm sóc dẫn lưu màng phổi và lý liệu pháp hô hấp ở Bệnh nhân Chấn thương ngực kèm chấn thương sọ não tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức”.
- Lê Ngân, Lê Thành Tài (2021), “Nghiên cứu tình hình chấn thương cơ quan vận động tại phòng khám ngoại trú, khoa chấn thương - chỉnh hình bệnh viện Đa khoa Đồng Nai năm 2018”, *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, (21/2019), trang 89 – 93.
- Abdulhameed Ali Al - Thaifani, Nabil Ahmed Al - Rabee et al. (2016), “Study of the Injured Persons and the Injury Pattern in Road Traffic Accident in Sana’a City, Yemen”, *Hindawi Publishing Corporation Advances in Public Health*, Volume 2016, Article ID 4138163
- Aswegen H van (2020). Physiotherapy management of patients with trunk trauma. A state-of- the art review. *S Afr J physiother.*76(1), 1406: 1-8.
- Aswegen H van, Reeve J, Beach L, Parker R, Olsen MF(2020), Physiotherapy management of patients with major chest trauma: Results from a global survey, *Trauma* 2020;22(2): 133-141.
- World Health Organization (2018), *Global status report on road safety 2018*, Geneva – Switzerland.

ĐÁNH GIÁ QUY TRÌNH GHI CHÉP HỒ SƠ BỆNH ÁN CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRƯỚC VÀ SAU CAN THIỆP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG 2024

Phan Đăng Khoa, Trần Hoàng Thông,
Nguyễn Thị Bích Tuyền, Lê Thị Kim Hồng

TÓM TẮT

Mở đầu: Tài liệu chăm sóc người bệnh là một phần trong hồ sơ bệnh án, là phương tiện để điều dưỡng ghi chép lại diễn biến bệnh, quá trình chăm sóc người bệnh, giúp cho việc điều trị và chăm sóc đạt hiệu quả cao. Ngoài ra, hồ sơ bệnh án của điều dưỡng còn giúp cho việc đào tạo, nghiên cứu khoa học, nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc người bệnh. Qua đó, đánh giá được chất lượng chăm sóc, tinh thần trách nhiệm và trình độ chuyên môn của điều dưỡng tại cơ sở y tế.

Mục tiêu: Mô tả thực trạng việc ghi chép hồ sơ bệnh án của điều dưỡng trước và sau can thiệp tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang. Xác định các yếu tố liên quan đến chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án của điều dưỡng

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 272 điều dưỡng viên đang làm việc tại các khoa lâm sàng trong bệnh viện. Nghiên cứu sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích các yếu tố liên quan

Kết quả: Trước tập huấn Tỷ lệ đánh giá chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án điều dưỡng lần lượt là: Tốt (72,43%), khá (22,79%) và trung bình (4,78%). Sau tập huấn: Tỷ lệ điều dưỡng có nhận thức đúng và thực hành đạt theo quy định tăng lên đáng kể so với trước tập huấn (90,81%). Một số yếu tố liên quan đến mức độ thực hiện cho thấy: điều dưỡng có trình độ chuyên môn đại học và có thâm niên công tác trên 5 năm thực hiện đạt có xu hướng cao hơn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0.05$

Kết luận: Việc triển khai, phổ biến các văn bản hướng dẫn ghi chép hồ sơ bệnh án, bình bệnh án chăm sóc là điều rất cần thiết, bệnh viện cần tăng cường công tác đào tạo, tập huấn quy chế làm hồ sơ bệnh án cho điều dưỡng, đặc biệt với điều dưỡng trực tiếp tham gia công tác chăm sóc người bệnh và điều dưỡng mới vào làm.

Từ khóa: Quy trình ghi chép, hồ sơ bệnh án, điều dưỡng

EVALUATION OF THE MEDICAL RECORDING PROCESS OF NURSES BEFORE AND AFTER INTERVENTION AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2024

ABSTRACT

Background: Patient care documents are a part of the medical record, a means for nursing to record the course of the disease, the process of caring for patients, making treatment and care highly effective. In addition, nursing medical records also help training, scientific research, improving the quality of treatment and patient care. Thereby, assessing the quality of care, sense of responsibility and professional qualifications of nurses at medical facilities.

Objective: Describe the current situation of recording medical records of nursing before and after intervention at An Giang Central General Hospital. Identify factors related to the quality of nursing's medical records

Subjects and methods: The study described cross-section on 272 nurses working in clinical departments in hospitals. Research using SPSS 20.0 software to analyse related factors

Results: Before training: The rate of assessing the quality of nursing medical records is respectively: Good (72.43%), fair (22.79%) and average (4.78%). After training: The rate of nurses with proper awareness and practice according to regulations increased significantly compared to before training (90.81%). Some factors related to the level of implementation show

that: nurses with university qualifications and more than 5 years of work experience tend to be higher. The difference has a significant meaning $p < 0.05$

Conclusion: The implementation and dissemination of documents guiding the recording of medical records, medical records of care is very necessary, hospitals need to strengthen training and training on regulations on making medical records for nursing, especially with nurses directly participating in the care of patients and new nurses.

Key words: Recording process, medical records, nursing

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Một trong những tiêu chí đánh giá quan trọng trong công tác kiểm tra hàng năm tại các bệnh viện từ tuyến trung ương đến địa phương trong cả nước là việc thực hiện “Quy chế về chẩn đoán bệnh, làm hồ sơ bệnh án và kê đơn điều trị”. Đây là một trong 14 quy chế chuyên môn đã được Bộ Y tế ban hành theo Quyết định số 1895/1997/QĐ- YT ngày 19/09/1997 nhằm đảm bảo những nguyên tắc cơ bản trong khám bệnh, chữa bệnh, kê đơn điều trị và làm hồ sơ bệnh án. Qua đó nâng cao chất lượng hồ sơ bệnh án, chất lượng chẩn đoán, điều trị, theo dõi và chăm sóc người bệnh tại các cơ sở y tế trên toàn quốc [1], [2]

Theo Luật Khám bệnh, chữa bệnh (số 15/2023/QH15) được ban hành ngày 09/1/2023 định nghĩa: “Hồ sơ bệnh án là tập hợp dữ liệu, bao gồm thông tin cá nhân, kết quả khám bệnh, kết quả cận lâm sàng, kết quả thăm dò chức năng, quá trình chẩn đoán, điều trị, chăm sóc và những thông tin khác có liên quan trong quá trình chữa bệnh của người bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh” [12]

Theo Thông tư 32/2023/TT- BYT của Bộ Y Tế ngày 31/12/2023 về quy định Chi tiết một số điều của luật khám bệnh, chữa bệnh - Chương X, Điều 52 quy định về việc “ghi chép hồ sơ bệnh án”: “Ghi chép chính xác, trung thực, đầy đủ các thông tin trong hồ sơ bệnh án, kết quả khám bệnh, cận lâm sàng, thăm dò chức năng, quá trình chẩn đoán, điều trị, chăm sóc và những thông tin khác có liên quan trong quá trình chữa bệnh của người bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh”[6]

Quy trình điều dưỡng là phương pháp khoa học được áp dụng trong lĩnh vực điều dưỡng nhằm chăm sóc người bệnh có hệ thống đảm bảo tính liên tục, an toàn và hiệu quả, bao gồm các bước: Nhận định người bệnh, chẩn đoán chăm sóc, lập kế hoạch chăm sóc, thực hiện kế hoạch chăm sóc, đánh giá kế hoạch chăm sóc. Từ quy trình điều dưỡng chúng ta sẽ thực hiện các bước chăm sóc và được ghi chép thông qua các phiếu ghi chép điều dưỡng từ đó làm các cơ sở pháp lý trong công tác chăm sóc người bệnh tại cơ sở. Tài liệu chăm sóc người bệnh là một phần trong hồ sơ bệnh án, là phương tiện để điều dưỡng ghi chép lại diễn biến bệnh, quá trình chăm sóc người bệnh, giúp cho việc điều trị và chăm sóc đạt hiệu quả cao. Ngoài ra, hồ sơ bệnh án của điều dưỡng còn giúp cho việc đào tạo, nghiên cứu khoa học, nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc người bệnh. Qua đó, đánh giá được chất lượng chăm sóc, tinh thần trách nhiệm và trình độ chuyên môn của điều dưỡng tại cơ sở y tế.

Tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang công tác điều dưỡng luôn được quan tâm, đầu tư do đó chất lượng chăm sóc người bệnh luôn được cải thiện đáng kể, tuy nhiên việc lập kế hoạch, thực hiện kế hoạch chăm sóc thông qua quy trình ghi các phiếu chăm sóc là vấn đề vẫn còn nhiều khó khăn và hạn chế, đặc biệt là những điều dưỡng chưa có kinh nghiệm. Điều dưỡng bệnh viện đã thực hiện việc ghi chép các phiếu chăm sóc theo hướng dẫn của Bộ y tế và theo quy định ghi các phiếu chăm sóc của Bệnh viện. Tuy nhiên, hiện tại vẫn còn thiếu sót, nội dung ghi chép còn mang tính đơn điệu, qua loa. Do vậy, việc ghi các phiếu chăm sóc chưa được kịp thời, thiếu chính xác, chưa đầy đủ và chưa khoa học dẫn đến thiếu thông tin về tình trạng bệnh và những đáp ứng của người bệnh. Đồng thời, việc triển khai các mẫu phiếu ghi chép mới dựa trên Thông tư 32/TT-BYT phần nào cũng gây nên tình trạng sai sót do chưa nắm vững các bước, quy trình khi thực hiện mẫu ghi chép điều dưỡng mới... Từ những lý do nêu trên, nhận thấy đây là vấn đề quan trọng và cấp thiết, với mục tiêu người bệnh là trung tâm, tăng cường chất lượng công tác điều dưỡng. Vì vậy, tiến hành nghiên cứu đề tài: “Đánh giá quy trình ghi

chép hồ sơ bệnh án của điều dưỡng trước và sau can thiệp tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2024” với 2 mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng việc ghi chép hồ sơ bệnh án của điều dưỡng trước và sau can thiệp tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang
2. Xác định các yếu tố liên quan đến chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án của điều dưỡng

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức một tỷ lệ:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 * \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

+ Z: là độ tin cậy lấy ở mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

+ p: là tỷ lệ ghi chép toàn bộ HSBA điều dưỡng đạt yêu cầu theo quy định của bệnh viện. Theo nghiên cứu của tác giả Chu Thị Quý tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội năm 2022 - 2023 [8] thì tỷ lệ này là 85% nên chọn $p=0,85$.

+ d: là sai số cho phép. Chọn $d=0,05$

Thay vào công thức trên tính được $n=196$.

Tổng cộng có 272 điều dưỡng viên đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được giám sát đánh giá quy trình ghi chép HSBA điều dưỡng

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các khoa lâm sàng tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang

- *Tiêu chuẩn lựa chọn*

+ Điều dưỡng tham gia công tác tại bệnh viện 3 tháng trở lên

+ Điều dưỡng đã ký hợp đồng làm việc tại bệnh viện

+ Có chứng chỉ hành nghề của điều dưỡng

- *Tiêu chuẩn loại trừ*

+ Điều dưỡng mới vào làm việc ≤ 3 tháng

+ Điều dưỡng thực tập lấy chứng chỉ hành nghề

+ Điều dưỡng đang nghỉ hậu sản

+ Điều dưỡng đang đi học

2.4. Địa điểm

Tất cả điều dưỡng chăm sóc đang công tác tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang.

Thời gian: Bắt đầu từ tháng 01/2024 đến tháng 11/2024

2.5. Cách tiến hành

Bước 1: Chọn hồ sơ bệnh án đang điều trị và ra viện tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang trong khoảng thời gian từ tháng 01/2024 – 10/2024.

Bước 2: Tính từ ngày bắt đầu nghiên cứu, HSBA nội trú của các khoa lâm sàng được lựa chọn nghiên cứu. Đối với mỗi khoa lâm sàng chọn đến khi nào đủ HSBA thì dừng. Số HSBA được lấy ở mỗi khoa được chia đều. Trung bình mỗi khoa khoảng $196/22 = 9$ HSBA.

Bước 3: Đánh giá chất lượng ghi chép hồ sơ điều dưỡng thông qua bảng kiểm giám sát ban hành tại bệnh viện. Tổng 26 tiêu mục, với các phần: Hành chánh; Phiếu theo dõi chức năng sống; Phiếu truyền dịch; Phiếu ghi chú điều dưỡng; Phiếu kế hoạch chăm sóc; Phiếu thực hiện y lệnh thuốc; Phiếu công khai thuốc.

* *Cách tính điểm:*

- Thực hiện đúng, đầy đủ: 2 điểm
- Thực hiện đúng, không đầy đủ: 1 điểm
- Không thực hiện, thực hiện không đúng: 0 điểm

* *Xếp loại:*

- Tốt: 90-100 điểm
- Khá: 70-89 điểm
- Trung bình: dưới 70 điểm

* *Cách tính tổng điểm thực tế (thang điểm 100):*

Điểm thực tế = (tổng điểm x 100)/60

Trường hợp kiểm tra không đủ 26 nội dung (có nội dung không áp dụng):

Điểm thực tế = (tổng điểm x 100)/(60 – tổng điểm không áp dụng)

Bước 4: Sau tập huấn, can thiệp tiến hành khảo sát đánh giá lại các bước ghi chép hồ sơ chăm sóc của chính điều dưỡng đã tham gia nghiên cứu. Tối thiểu khoảng 5 HSBA/điều dưỡng

2.6. Xử lý số liệu

Các số liệu nghiên cứu được thu thập và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.7. Đo lường các biến

- Các biến số rời rạc được trình bày dưới dạng tỉ lệ phần trăm.
- Biến số liên tục có phân bố chuẩn được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn.
- Biến số liên tục không có phân bố chuẩn được trình bày dưới dạng giá trị trung vị và khoảng.
- Tìm mối liên quan bằng phép kiểm hồi quy logistic đơn và đa biến để tìm các biến có ý nghĩa thống kê có liên quan đến chất lượng ghi chép hồ sơ điều dưỡng trước và sau can thiệp là Odds ratio và khoảng tin cậy 95.
- Ngưỡng có ý nghĩa thống kê của các phép kiểm là $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	SL (n=272)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
<30 tuổi	133	48,90
30 – 49 tuổi	98	36,03
>50	41	15,07
Nhóm tuổi trung bình: 28,7 $\pm$ +9,3		
Giới tính		
Nam	106	38,97
Nữ	166	61,03
Trình độ học vấn		
Đại học	77	28,31
Cao đẳng	179	65,81
Trung cấp	16	5,88

Thâm niên công tác		
Dưới 5 năm	101	37,13
Trên 5 năm	171	62,87
Khoa công tác		
Khối Nội	140	51,47
Khối Ngoại	132	48,53

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 272 điều dưỡng viên. Độ tuổi trung bình của điều dưỡng trong nghiên cứu là $28,7 \pm 9,3$, (thấp nhất 22 tuổi và cao nhất 54 tuổi). Trong đó, đa số ở độ tuổi dưới 30 tuổi (48,90%). Tỷ lệ nữ giới (61,03%) nhiều hơn nam giới (38,97%). Đa số điều dưỡng viên trong nghiên cứu có trình độ cao đẳng (65,81%). Thâm niên công tác dưới 5 năm (37,13%) và trên 5 năm (62,87%). Tỷ lệ điều dưỡng viên tham gia nghiên cứu tại 2 khối nội và ngoại gần tương đương nhau (51,47% và 48,53%)

3.2 Thực trạng việc ghi chép hồ sơ bệnh án của điều dưỡng trước và sau can thiệp tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang

Loại phiếu	Tốt		Khá		Trung bình	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Thông tin hành chánh	231	84,93	38	13,97	3	1,1
Phiếu theo dõi chức năng sống	216	79,41	39	14,34	17	6,25
Phiếu ghi chú điều dưỡng	177	65,07	64	23,53	31	11,4
Phiếu kế hoạch chăm sóc	150	55,15	103	37,87	19	6,99
Phiếu truyền dịch	203	74,63	64	23,53	5	1,84
Phiếu thực hiện y lệnh thuốc	187	68,75	62	22,79	23	8,46
Phiếu công khai thuốc	220	80,88	52	19,12	0	0

Bảng 3.2: Thực trạng ghi chép hồ sơ bệnh án của điều dưỡng trước tập huấn

Nhận xét: Theo kết quả nghiên cứu, có 4/7 loại phiếu được đánh giá xếp loại tốt cao trên 70%. Loại phiếu chiếm tỷ lệ đánh giá tốt cao nhất là phần ghi nhận thông tin hành chánh (84,93%) và thấp nhất là phiếu kế hoạch chăm sóc (55,15%). Phiếu ghi chú điều dưỡng có tỷ lệ nghiên cứu đánh giá trung bình cao nhất (11,4%).

Loại phiếu	Tốt		Khá		Trung bình	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Thông tin hành chánh	269	98,9	3	1,1	0	0
Phiếu theo dõi chức năng sống	253	93,01	17	6,25	2	0,74
Phiếu ghi chú điều dưỡng	228	83,82	41	15,07	3	1,1
Phiếu kế hoạch chăm sóc	219	80,51	46	16,91	7	2,57
Phiếu truyền dịch	250	91,91	22	8,09	0	0
Phiếu thực hiện y lệnh thuốc	237	87,13	31	11,4	4	1,47

Phiếu công khai thuốc	260	95,59	12	4,41	0	0

Bảng 3.3: Thực trạng ghi chép hồ sơ bệnh án của điều dưỡng sau tập huấn

Nhận xét: Tỷ lệ ghi chép hồ sơ bệnh án của điều dưỡng sau tập huấn cải thiện rõ rệt khi có tất cả các loại phiếu được đánh giá thực hiện tốt trên 80%. Trong đó, phiếu kế hoạch chăm sóc được đánh giá theo thứ tự lần lượt: Tốt (80,51%); Khá (16,91%) và Trung bình (2,57%). Các loại phiếu thông tin hành chánh, phiếu công khai thuốc, phiếu truyền dịch không có trường hợp nghiên cứu nào đánh giá trung bình

Thực trạng ghi chép hồ sơ	Trước tập huấn		Sau tập huấn	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tốt	197	72,43	247	90,81
Khá	62	22,79	23	8,46
Trung bình	13	4,78	2	0,74

Bảng 3.4: Phân loại ghi chép hồ sơ bệnh án của điều dưỡng trước và sau tập huấn

Nhận xét: Theo kết quả nghiên cứu, đánh giá ghi chép hồ sơ bệnh án đạt mức tốt trước tập huấn (72,43%) và sau tập huấn (90,81%). Tỷ lệ ghi chép hồ sơ bệnh án được đánh giá mức trung bình trước tập huấn (4,78%) và sau tập huấn (0,74%)

3.3 Các yếu tố liên quan đến chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án của điều dưỡng

Đặc điểm		Số lượng	Tốt		Khá		Trung bình		p
			n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Nhóm tuổi	<30 tuổi	133	68	51,13	49	36,84	16	12,03	0,421
	30 – 49 tuổi	98	80	81,63	13	13,27	5	5,1	
	>50	41	19	46,34	19	46,34	3	7,32	
Giới tính	Nam	106	77	72,64	19	17,92	10	9,43	0,582
	Nữ	166	100	60,24	51	30,72	15	9,04	
Trình độ học vấn	Đại học	77	47	61,04	20	25,97	10	12,99	0,001
	Cao đẳng	179	102	56,98	59	32,96	18	10,06	
	Trung cấp	16	7	43,75	6	37,5	3	18,75	
Thâm niên công tác	Dưới 5 năm	101	49	48,51	39	38,61	13	12,87	0,032
	Trên 5 năm	171	114	66,67	49	28,65	8	4,68	
Khoa công tác	Khối Nội	140	89	63,57	38	27,14	13	9,29	0,184
	Khối Ngoại	132	72	54,55	49	37,12	11	8,33	

Bảng 3.5: Các yếu tố liên quan đến chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án của điều dưỡng

Nhận xét: Qua bảng trên cho thấy, các yếu tố liên quan đến chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án của điều dưỡng gồm có: Trình độ học vấn và thâm niên công tác. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án là tài liệu y học, y tế và pháp lý, là tài liệu khoa học về chuyên môn kỹ thuật, là chứng từ tài chính. Việc làm hồ sơ bệnh án phải được tiến hành khẩn trương, khách quan, thận trọng, chính xác và khoa học [1],[2]. Việc ghi chép hồ sơ bệnh án không chỉ phụ thuộc vào trình độ chuyên môn mà còn phụ thuộc vào kinh nghiệm công tác của nhân viên y tế, bởi vì môi trường làm việc y tế là môi trường đặc biệt, mặc dù căng thẳng về số lượng công việc cần thực hiện nhưng vẫn đòi hỏi phải khẩn trương và đáp ứng tức thì. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nghiên cứu đánh giá chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án trên 272 điều dưỡng trải đều trên tất cả các khoa lâm sàng trong bệnh viện. Độ tuổi các điều dưỡng tham gia nghiên cứu đa phần dưới 30 tuổi (48,90%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Dương Thanh Tú năm 2022 tại Cà Mau với tỷ lệ 42,9% [9]. Cũng như phần lớn các cơ sở y tế khác, tỷ lệ điều dưỡng viên tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang là nữ giới cao hơn, chiếm 61,03% so với điều dưỡng viên là nam giới. Tỷ lệ của nghiên cứu có sự khác biệt so với nghiên cứu của Trần Quốc Dũng năm 2023 tại Bệnh viện Tim mạch An Giang khi kết quả của nghiên cứu này tỷ lệ nam giới: 51,9% và nữ giới: 48,1% [15]. Điều đó chứng tỏ rằng, ngành điều dưỡng đã được xã hội và giới trẻ quan tâm hơn, không chỉ có nữ giới quan tâm như trước kia nữa mà cả nam giới cũng yêu thích và quan tâm hơn.

Về trình độ học vấn, đa phần điều dưỡng viên tham gia nghiên cứu có trình độ cao đẳng (65,81%), trình độ đại học (28,31%) kết quả này tương đồng với kết quả của Trần Quốc Dũng (2023) [15]. Số lượng điều dưỡng viên tham gia nghiên cứu đa phần có kinh nghiệm thâm niên công tác trên 5 năm (62,87%) đây là điểm thuận lợi cho công tác ghi chép hồ sơ bệnh án bởi vì nhân viên y tế khi thực hiện chuyên môn lâu năm sẽ có nhiều kinh nghiệm thực hành kỹ năng và ghi chép quản lý hồ sơ bệnh án.

4.2 Thực trạng việc ghi chép hồ sơ bệnh án của điều dưỡng trước và sau can thiệp tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang

Việc thực hiện quy trình ghi các phiếu chăm sóc của điều dưỡng có liên quan đến quá trình điều trị, chăm sóc của người bệnh tại cơ sở y tế trong một thời gian [5]. Nếu ghi đúng quy trình, đầy đủ, chính xác, có hệ thống sẽ giúp cho công tác chẩn đoán, điều trị, chăm sóc, nghiên cứu khoa học và đào tạo đạt hiệu quả cao [2]. Cho đến năm 2013 Bộ Y tế mới có công văn số 243/KCB-NV về việc chấn chỉnh về việc ghi chép thông tin người bệnh trên hồ sơ bệnh án [3]. Việc ghi chép phần thông tin thủ tục hành chính được đánh giá tốt khá cao trong nghiên cứu kể cả trước (84,93%) và sau tập huấn (98,9%). Kết quả này khá tương đồng với kết quả của Trần Quốc Dũng (2023) tại bệnh viện Tim mạch An Giang. Ghi chép về hành chính là vô cùng quan trọng, thể hiện hồ sơ bệnh án đúng là của bệnh nhân được điều trị, đúng thời điểm, đúng chứng từ bảo hiểm, chứng từ tài chính liên quan. Vì vậy, việc điều dưỡng thực hiện ghi đầy đủ, rõ ràng các thông tin hành chính góp phần hỗ trợ và phục vụ tốt quá trình điều trị và chăm sóc người bệnh tại bệnh viện. Đối với quy trình ghi phiếu theo dõi chức năng sống tỷ lệ điều dưỡng được đánh giá tốt (79,41%). Kết quả của chúng tôi khác biệt với kết quả nghiên cứu của Trần Quang Huy (2013), do đề tài của Trần Quang Huy thực hiện trên 16 bệnh viện ở các cấp khác nhau nên đối tượng điều dưỡng cũng có nhận thức và trình độ khác nhau [17]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của Dương Thanh Tú (2022) về tỷ lệ ghi chép phiếu theo dõi chức năng sống trước và sau khi tập huấn [9]

Phiếu ghi chú điều dưỡng là phiếu không thể thiếu được trong quá trình chăm sóc người bệnh. Kết quả qua nghiên cứu về ghi chép phiếu ghi chú điều dưỡng trước tập huấn được đánh giá tốt không cao (65,07%) và sau khi tập huấn đã thay đổi với tỷ lệ đánh giá tốt là 83,82%. Lý giải về vấn đề này, khi được hỏi đa số các điều dưỡng viên cho rằng các thông tin đó được lặp lại quá nhiều, việc ghi chép còn mang nặng tính hình thức, chủ yếu để sử dụng cho công tác kiểm tra. Vì vậy, khi được tập huấn về các tiêu chí thực hiện và hướng dẫn cách ghi chép phiếu ghi chú điều dưỡng tỷ lệ điều dưỡng được đánh giá tốt đã cải thiện rõ rệt. Tương đồng với

kết quả nghiên cứu của Phan Cảnh Chương (2013) ghi nhận ghi chép chăm sóc của điều dưỡng [11]. Phiếu chăm sóc là một trong những phiếu hết sức quan trọng của điều dưỡng nó là bằng chứng chứng minh các công việc của điều dưỡng. Tuy nhiên, tỷ lệ ghi chép phiếu kế hoạch chăm sóc theo nghiên cứu được đánh giá tốt chưa cao, với tỷ lệ trước tập huấn (55,15%) và sau tập huấn (80,51%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của Trần Quốc Dũng (2023) khi trong nghiên cứu này tỷ lệ trước tập huấn (66,3%) và sau tập huấn (96,2%) [15]. Có sự khác biệt này là do địa điểm nghiên cứu khác nhau khi Bệnh viện Tim mạch là bệnh viện chuyên khoa hệ nội với 06 khoa lâm sàng và không có các chuyên khoa khác, vì vậy việc lập kế hoạch chăm sóc và can thiệp điều dưỡng ít tiêu chí hơn so với địa điểm nghiên cứu của chúng tôi

Đối với quy trình ghi phiếu truyền dịch tỷ lệ điều dưỡng được đánh giá tốt trước tập huấn (74,63%) và sau tập huấn (91,91%) khá cao, tương đương với kết quả nghiên cứu của Dương Thanh Tú (2022) [9]. Tuy nhiên, khi thực hiện phiếu truyền dịch các điều dưỡng thường dựa vào công thức để tính ra thời gian bắt đầu truyền dịch và thời gian kết thúc truyền dịch tạo nên sự bất hợp lý giữa thời gian truyền dịch thực tế và thời gian ghi trong hồ sơ bệnh án. Do đó, cần phải tăng cường và nâng cao nhận thức của điều dưỡng về tầm quan trọng của vấn đề nhận định trong công tác chăm sóc người bệnh. Phiếu thực hiện y lệnh thuốc được đánh giá thực hiện tốt trước tập huấn (68,75%) và sau tập huấn (87,13%). Kết quả nghiên cứu thấp hơn với kết quả của Trần Quốc Dũng (2023) [15] nhưng cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Trần Thu Hiền (2018) 50,6% [16]. Đối với phiếu công khai thuốc nhìn chung tỷ lệ đánh giá tốt trước tập huấn (80,88%) và sau tập huấn (95,59%). Đây là phiếu công khai đầy đủ các dịch vụ y tế thực hiện trên bệnh nhân bao gồm dùng thuốc, vật tư y tế, đến các thủ thuật, xét nghiệm. Bắt đầu từ năm 2018 triển khai thực hiện phiếu này theo quy định của thông tư 50/2017/TT-BYT của Bộ Y tế [4]. Phiếu này tính pháp lý và liên quan thanh toán tài chính rất cao. Đòi hỏi điều dưỡng thực hiện phải đúng, đủ theo quy định và đầy đủ chữ ký xác nhận của bệnh nhân cũng như người nhà.

Kết quả nghiên cứu, ghi nhận tỷ lệ ghi chép hồ sơ bệnh án điều dưỡng trước và sau tập huấn thay đổi rõ rệt. Trước tập huấn, tỷ lệ đánh giá phân loại lần lượt là: Tốt (72,43%), khá (22,79%) và trung bình (4,78%). Ngược lại, sau tập huấn tỷ lệ đánh giá phân loại lần lượt là: Tốt (90,81%), khá (8,46%) và trung bình (0,74%). Điều đó chứng tỏ, sau tập huấn 100% điều dưỡng đều có nhận thức đúng về thực hành ghi các phiếu chăm sóc điều dưỡng theo đúng quy định. Không còn điều dưỡng nào có nhận thức cho rằng phiếu chăm sóc nhằm đối phó, hình thức và phải được ghi trước khi thực hiện chăm sóc cho người bệnh sau can thiệp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của Bùi Thị Thân (2018) [7], của Dương Thanh Tú (2022) [9] và của Trần Quốc Dũng (2023) [15]

4.3 Các yếu tố liên quan đến chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án của điều dưỡng

Kết quả nghiên cứu cho thấy các yếu tố gồm có: Trình độ chuyên môn và thâm niên công tác. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu tương đồng với kết quả nghiên cứu của Dương Thanh Tú (2023) [9] khi nghiên cứu này cho rằng trình độ chuyên môn là yếu tố ảnh hưởng liên quan đến chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án của điều dưỡng. Nhận thức về tầm quan trọng của việc ghi chép hồ sơ bệnh án, ý thức trách nhiệm, trình độ chuyên môn và thâm niên công tác của điều dưỡng có liên quan đến chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án điều dưỡng. Một số điều dưỡng mới ra trường chưa có nhiều kinh nghiệm trong chuyên môn cũng như ý thức tuân thủ còn kém nên thường xuyên bị lỗi trong cách làm hồ sơ bệnh án nên ghi chép hồ sơ bệnh án dễ xảy ra thiếu sót. Chất lượng cuộc sống ngày càng tăng cao thì nhu cầu chăm sóc sức khỏe càng được quan tâm và chú trọng nhiều hơn nữa. Để phục vụ nhu cầu của bệnh nhân ngày càng tốt hơn thì điều dưỡng viên cũng cần không ngừng nỗ lực nâng cao trình độ chuyên môn nghiệp vụ để tự tin trong thực hành thao tác kỹ thuật, trang bị đầy đủ kiến thức, xây dựng được các kế hoạch chăm sóc người bệnh một cách phù hợp

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu tiến hành kiểm tra chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án trên 272 điều dưỡng viên tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang cho thấy:

Trước tập huấn: Tỷ lệ đánh giá chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án điều dưỡng lần lượt là: Tốt (72,43%), khá (22,79%) và trung bình (4,78%). Điều này phản ánh, đa số điều dưỡng đều bị thiếu hụt cả kiến thức và thực hành về quy trình ghi các phiếu chăm sóc và theo dõi, đặc biệt ở phần cơ bản, quan trọng như nhận định tình trạng người bệnh, thực hiện ưu tiên, và thực hiện kịp thời ngay sau khi chăm sóc.

Sau tập huấn: Tỷ lệ điều dưỡng có nhận thức đúng và thực hành đạt theo quy định tăng lên đáng kể so với trước tập huấn (90,81%). Một số yếu tố liên quan đến mức độ thực hiện cho thấy: điều dưỡng có trình độ chuyên môn đại học và có thâm niên công tác trên 5 năm thực hiện đạt có xu hướng cao hơn.

Do đó, việc triển khai, phổ biến các văn bản hướng dẫn ghi chép hồ sơ bệnh án, bình bệnh án chăm sóc là điều rất cần thiết, bệnh viện cần tăng cường công tác đào tạo, tập huấn quy chế làm hồ sơ bệnh án cho điều dưỡng, đặc biệt với điều dưỡng trực tiếp tham gia công tác chăm sóc người bệnh và điều dưỡng mới vào làm. Bệnh viện cũng chưa có quy định cụ thể về việc xử lý vi phạm cũng chưa có chế độ khen thưởng khi điều dưỡng thực hiện tốt. Việc đưa ra các chế tài, các hình thức xử lý những trường hợp vi phạm quy chế hồ sơ bệnh án cũng như chế độ thi đua, thưởng phạt là một trong những biện pháp hữu hiệu góp phần hạn chế sai sót, nâng cao chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án chăm sóc của điều dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, (1997). *Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT về việc ban hành quy chế bệnh viện*.
2. Bộ Y tế, (2001). *Quy chế bệnh viện*. Nhà xuất bản Y học.
3. Bộ Y tế, (2013). *Công văn số 243/KCB-NV Về việc chấn chỉnh việc ghi chép thông tin người bệnh trên hồ sơ bệnh án*.
4. Bộ Y tế, (2017). *Thông tư số: 50/2017/TT-BYT Sửa đổi, bổ sung các quy định liên quan đến thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh*.
5. Bộ Y tế, (2021). *Thông tư 31/2021/TT-BYT ngày 28/12/2021 về Quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện*.
6. Bộ Y tế, (2023). *Thông tư 32/TT-BYT ngày 29/12/2023 về Quy định chi tiết một số điều của luật khám bệnh, chữa bệnh*.
7. Bùi Thị Thân, (2018). *Đánh giá chất lượng ghi phiếu chăm sóc của điều dưỡng trước và sau tập huấn tại một số khoa hệ nội Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên*. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 1(4), 101-105.
8. Chu Thị Quý, (2023). *Thực trạng ghi chép hồ sơ điều dưỡng nội khoa và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội năm 2022-2023*. Tạp chí Y học Cộng đồng, 64(6).
9. Dương Thanh Tú, (2022). *Nghiên cứu hoạt động chăm sóc người bệnh của điều dưỡng và đánh giá kết quả can thiệp tại Bệnh viện Quân dân y Cà Mau năm 2022 -2023*. Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 530 Số 1B (2023).
10. Dương Thị Khánh Vân, (2020). *Đánh giá chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án điều trị nội trú của điều dưỡng tại Bệnh viện Bông Quốc gia năm 2020*. Tạp chí Y học Thâm hoa và Bông(5), 7-19.
11. Phan Cảnh Chương, (13). *Chất lượng ghi chép biểu mẫu hồ sơ Điều dưỡng tại bệnh viện TW Huế*. Hội nghị khoa học Điều Dưỡng, 14-17.
12. Quốc hội nước Cộng hoà Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam khoá XV, (2023). *Luật số 15/2023/QH15. Luật Khám chữa bệnh*.
13. Nguyễn Thị Hoài Thu, (2021). *Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến ghi chép hồ sơ bệnh án nội trú Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An năm 2019*. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 144(8), 186-195.
14. Nguyễn Thị Thuý, (2020). *Thực trạng và yếu tố ảnh hưởng đến ghi chép hồ sơ bệnh án nội trú hệ ngoại của điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình năm 2020*.
15. Trần Quốc Dũng, (2023). *Đánh giá thực trạng ghi chép hồ sơ bệnh án của Điều dưỡng tại các khoa lâm sàng Bệnh Viện Tim Mạch An Giang*. Kỷ yếu Hội nghị Khoa học Bệnh viện Tim mạch An Giang năm 2023.
16. Trần Thu Hiền, (2018). *Thực trạng ghi hồ sơ nội khoa của điều dưỡng tại tỉnh Nam Định*. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 1(1), 77-83.
17. Trần Quang Huy, (2013). *Những văn bản quy định về hồ sơ bệnh án và thực trạng ghi hồ sơ Điều dưỡng tại các bệnh viện*. Hội nghị khoa học Điều Dưỡng, 5-7.
18. Lena Arvidsson, *Sjuksköterskans dokumentation av postoperativ smärta: en journalgranskningsstudie*. 2013.
19. Shannon M Dunlay, et al., (2008). *Medical records and quality of care in acute coronary syndromes: results from CRUSADE*. Archives of Internal Medicine, 168(15), 1692-1698.
20. Fiona WY Lai, et al., (2019). *Variables associated with completeness of medical record documentation in the emergency department*. Emergency Medicine Australasia, 31(4), 632-638.
21. World Health Organization, (2006). *Medical records manual: a guide for developing countries*.

ĐÁNH GIÁ THỰC HÀNH SỬ DỤNG GĂNG TAY VÀ KHẨU TRANG CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI 02 KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Duy Tân, Nguyễn Văn Khoa,
Lê Thị Tuyết Anh, Nguyễn Thị Lê Hằng

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực hành sử dụng găng tay và khẩu trang của nhân viên y tế tại 02 khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2024.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phương pháp định lượng, quan sát 385 cơ hội thực hiện sử dụng găng tay và khẩu trang của nhân viên y tế.

Kết quả: Tỷ lệ thực hành tuân thủ sử dụng găng tay và khẩu trang đúng lần lượt là 93,8% và 94,5%. Tất cả nhân viên y tế tham gia nghiên cứu đều đã được tập huấn về sử dụng găng tay và khẩu trang đúng cách đạt tỷ lệ 100%.

Kết luận: Nhân viên y tế cần tuân thủ chặt chẽ hơn nữa các quy trình về sử dụng găng tay và khẩu trang đúng cách trong chăm sóc người bệnh.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the practice of using gloves and masks of medical staff in 02 Intensive Care Units of An Giang General Hospital in 2024.

Methods: Cross-sectional descriptive study, quantitative method, observing 185 opportunities to use gloves and masks of medical staff.

Results: The rate of compliance with the correct use of gloves and masks was 93.8% and 94.5%, respectively. All medical staff participating in the study were trained in the correct use of gloves and masks, reaching a rate of 100%.

Conclusion: Medical staff need to more strictly follow the procedures for the correct use of gloves and masks in patient care.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân (PTPHCN) trong hoạt động y tế là một yêu cầu rất cấp thiết. Găng tay và khẩu trang là một trong những PTPHCN ngoài chức năng bảo vệ nhân viên y tế (NVYT) khi thực hành chuyên môn còn có vị trí đặc biệt quan trọng đảm bảo an toàn cho người bệnh, đồng thời cũng ngăn ngừa nguy cơ phát tán nguồn bệnh tới người bệnh khác, tới môi trường xung quanh người bệnh và cộng đồng [1]. Tuy nhiên, không phải tất cả NVYT đều thực hiện tốt việc sử dụng các PTPHCN.

Theo định nghĩa của Cục quản lý An toàn và Sức khỏe nghề nghiệp, phương tiện phòng hộ cá nhân (PTPHCN) là quần áo hoặc thiết bị chuyên dụng, được nhân viên y tế sử dụng nhằm phòng ngừa các tác nhân lây nhiễm[1]. PTPHCN bao gồm: Găng tay, khẩu trang, áo choàng, tạp dề, mũ, mắt kính/ mặt nạ, ủng hoặc bao giày.

Các loại PTPHCN sử dụng cho NVYT trong thực hành chuyên môn cần đạt những yêu cầu sau:

- Thích hợp: Có hiệu quả tốt, ngăn ngừa tác hại của các yếu tố nguy hiểm, độc hại;
- Thuận tiện: Dễ dàng trong sử dụng, bảo quản và không gây tác hại khác;
- Đúng tiêu chuẩn: Theo các Tiêu chuẩn về các loại PTPHCN.

Loại phương tiện và trình tự mang tùy thuộc vào mục đích và tình huống sử dụng.

Trên Thế giới, năm 2007 Hiệp hội KSNK và dịch tễ học Hoa Kỳ APIC (Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology) đã đưa ra mục tiêu “Hướng đến không có NKBV”. Trong đó, sử dụng PTPHCN là một trong những biện pháp quan trọng nhằm làm

giảm tỷ lệ NKBV [9]. Theo khuyến cáo của Trung tâm kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ, mặc dù sử dụng PTPHCN là hệ thống phòng ngừa cuối cùng nhưng lại là biện pháp rất quan trọng và phải kết hợp PTPHCN với các thực hành KSNK khác hàng ngày ngăn ngừa lây bệnh truyền nhiễm từ bệnh nhân sang bệnh nhân và bệnh nhân sang nhân viên y tế [10].

Tại Việt Nam, theo kết quả nghiên cứu của Trần Thị Hà Phương, Mai Thị Tiết và cộng sự (2014), tỷ lệ NKBV tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Đồng Nai là 2,7%. Tuy nhiên, những điều tra trên với cỡ mẫu không lớn, lại điều tra tại một thời điểm nên chưa thể kết luận rằng tỷ lệ nhiễm khuẩn của các bệnh viện Việt Nam là thấp và công tác KSNK của Việt Nam đã tốt [4]. Tuy nhiên, không phải tất cả NVYT đều nhận thức và thực hành đúng về KSNK đặc biệt về việc sử dụng PTPHCN-một biện pháp đơn giản, dễ sử dụng và mang lại hiệu quả cao [3]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Nga (2014) cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Định Quán - Đồng Nai không mang găng tay khi tiếp xúc với bệnh nhân có nguy cơ là 6,4% và có 1,1% nhân viên không đeo khẩu trang y tế [4]. Qua đó, cần tăng cường sử dụng PTPHCN hơn nữa để đạt hiệu quả tối đa trong việc ngăn ngừa lây truyền của tác nhân lây nhiễm trong bệnh viện.

Vì vậy, để đánh giá chi tiết, toàn diện hơn về việc sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân của NVYT trong bệnh viện là hết sức cần thiết. Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành đề tài “Đánh giá thực hành sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân của NVYT tại 02 Khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện đa khoa khu trung tâm An Giang năm 2024 và một số yếu tố liên quan”, với mục tiêu:

1. Đánh giá thực hành việc sử dụng găng tay và khẩu trang của nhân viên y tế tại 02 khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện đa khoa khu trung tâm An Giang năm 2024.
2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến việc sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân của nhân viên y tế.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang

2. Cỡ mẫu

Áp dụng công thức:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 P(1 - P)}{d^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu tối thiểu

Z: Hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95% thì Z = 1,96

d: Sai số chấp nhận trong nghiên cứu (chọn d = 0,05)

p: Tần suất nhân viên y tế tuân thủ đúng sử dụng PTPHCN, chọn p=0,5 dựa theo kết quả nghiên cứu của Trần Thị Ly Ly tại Bệnh viện đa khoa khu vực Phú Yên năm 2019. Vậy cỡ mẫu được chọn là 385 lượt quan sát khi áp dụng công thức [7].

Chọn mẫu ngẫu nhiên đơn. Tiến hành chọn ngẫu nhiên trong tổng số NVYT thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn để tiến hành thu thập số liệu.

3. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Các NVYT đang làm việc tại 02 khoa Hồi sức tích cực của Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.
- Tiêu chuẩn loại trừ: Các NVYT đang đi học hoặc nghỉ chế độ, hiện không có mặt tại khoa.

4. Địa điểm

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3 năm 2024 đến tháng 9 năm 2024.
- Địa điểm: tại 02 khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

5. Cách tiến hành

Quan sát NVYT thực hiện việc sử dụng găng tay và khẩu trang gồm các nội dung theo quy trình của Bộ Y tế và quy định Bệnh viện ban hành.

6. Xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập sẽ được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

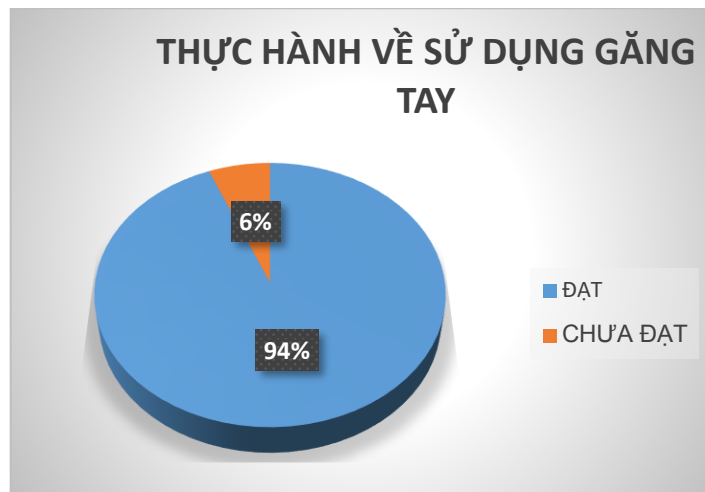
III. KẾT QUẢ

1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Thông tin		Tần số (n =77)	Tỷ lệ %
Tuổi	< 30	22	28,6
	30 – 39	26	33,7
	40 – 49	24	31,2
	≥ 50	05	6,5
Giới tính	Nam	42	54,5
	Nữ	35	45,5
Trình độ học vấn	Sau Đại học	07	9,1
	Đại học	38	49,3
	Cao đẳng	32	41,6
Thâm niên	≤ 5 năm	21	27,3
	05 - 10 năm	34	44,1
	≥ 10 năm	22	28,6

2. Thực hành về sử dụng găng tay đúng

Thực hành chung	Tần số	Tỷ lệ%
Đạt	361	93,8
Chưa đạt	24	6,2
Tổng	385	100



Biểu đồ 2.1 Tỷ lệ thực hành sử dụng găng tay đúng

3. Thực hành về sử dụng khẩu trang đúng

Thực hành chung	Tần số	Tỷ lệ%
Đạt	364	94,5
Chưa đạt	21	5,5
Tổng	385	100



Biểu đồ 3.1 Tỷ lệ thực hành sử dụng khẩu trang đúng

4. Các yếu tố cần thiết khi sử dụng găng tay và khẩu trang

STT	Nội dung	Số lần quan sát n= 385	Tỷ lệ (%)
1	Găng tay được trang bị đầy đủ	385	100
2	Mang găng vô khuẩn khi thực hiện các phẫu thuật, thủ thuật, các chăm sóc đòi hỏi vô khuẩn.	175	45,5

STT	Nội dung	Số lần quan sát n= 385	Tỷ lệ (%)
3	Mang găng sạch khi thực hành các thao tác có nguy cơ tiếp xúc với máu, dịch tiết của bệnh nhân	382	100
5	Đeo găng đúng kỹ thuật	370	96,1
6	Sát khuẩn ngoài găng	0	0
7	Loại bỏ găng ngay khi găng rách, thủng hoặc sau khi tiếp xúc với mỗi bệnh nhân	380	98,7
8	Khẩu trang sử dụng một lần được trang bị đầy đủ	385	100
9	Mang khẩu trang y tế khi thực hiện các thao tác có nguy cơ tiếp xúc với máu, dịch tiết của bệnh nhân	385	100
10	Mang khẩu trang đúng kỹ thuật	379	98,4
11	Loại bỏ ngay khẩu trang khi bắn, ướm sau khi hoàn thành công việc tiếp xúc với mỗi bệnh nhân nhiễm khuẩn hô hấp	375	97,4
12	Đeo khẩu trang một tai, dưới cằm, quanh cổ, tháo khẩu trang bỏ vào túi áo choàng	5	1,3

5. Mối liên quan giữa thực hành sử dụng găng tay và khẩu trang của nhân viên y tế

Bảng 5.1 Mối liên quan giữa yếu tố cá nhân với thực hành sử dụng găng tay và khẩu trang

Yếu tố	Thực hành sử dụng găng tay đúng (n=77)		Thực hành sử dụng khẩu trang đúng (n=77)		OR (CI 95%)	p
	n	%	n	%		
1. Giới tính						
Nam	28	36,4	23	29,9	1,31 (0,6 - 2,8)	p = 0,0028
Nữ	49	63,6	34	70,1		
2. Tuổi						
≥ 30 tuổi	55	71,4	61	79,2	1,6 (0,7 - 4,5)	p = 0,0065
< 30 tuổi	22	28,6	16	20,8		
3. Trình độ học vấn						
Cao đẳng	46	59,7	47	61,0	2,9 (1,5 - 7,2)	p = 0,009
Đại học	24	31,2	25	32,5		
Sau Đại học	7	9,1	5	6,5		

4. Thâm niên công tác						
< 5 năm	29	37,7	21	27,3	0,416	(0,176 - 1,109) p =0,084
≥ 5 năm	48	62,3	56	72,7		

Kết quả: Bảng 5.1 cho thấy độ tuổi của NVYT tại khoa nghiên cứu chiếm đa số từ trên 30 tuổi (71,4%); giới nữ có tỷ lệ (63,6%) chiếm tỷ lệ cao hơn giới nữ (36,4 %). Về thâm niên công tác, số NVYT có thời gian công tác trên 05 năm có số lượng cao nhất, chiếm tỷ lệ 62,3%; thâm niên dưới 5 năm chiếm thấp nhất, tỷ lệ 37,7%; trình độ chuyên môn chiếm cao nhất ở 2 nhóm cao đẳng và đại học, lần lượt là 59,7% và 31,2%. Những yếu tố như nhóm tuổi, giới tính, trình độ là các yếu tố liên quan đến thực hành đúng, sự khác biệt giữa các nhóm là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Về thực trạng đào tạo, tập huấn vệ sinh tay và mang găng. Theo khảo sát, tất cả 77 NVYT tham gia nghiên cứu đều đã được tập huấn, đào tạo về sử dụng găng tay và khẩu trang đúng cách, đạt tỷ lệ 100%.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu thực hành về sử dụng găng tay và khẩu trang của NVYT tại 02 khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang với 385 cơ hội quan sát, nhóm nghiên cứu có những bàn luận về kết quả nghiên cứu như sau:

Tất cả nhân viên y tế khi tiếp xúc với bệnh nhân, thực hiện các thao tác, kỹ thuật, thủ thuật đều được trang bị đầy đủ găng tay và khẩu trang, chiếm tỷ lệ (100%). Tổng hợp tỷ sử dụng găng tay và khẩu trang đúng ở cả 02 khoa không có sự chênh lệch đáng kể và cũng tương đương với các kết quả chung trong các nghiên cứu khác, đồng thời không có tỷ lệ tuân thủ thấp.. Điều đó cũng cho thấy, thực hành về sử dụng găng tay và khẩu trang đúng của NVYT 02 khoa nghiên cứu đạt khá tốt. Lý do có thể do họ thường được giám sát, nhắc nhở và bệnh viện cũng có những đợt kiểm tra và có chế tài phù hợp khi NVYT không thực hiện đúng các quy định về sử dụng PTPHCN.

Các yếu tố cần thiết khi sử dụng găng tay và khẩu trang như: Găng tay được trang bị đầy đủ đạt (100%). Mang găng vô khuẩn khi thực hiện các phẫu thuật, thủ thuật, các chăm sóc đòi hỏi vô khuẩn (45,5%). Mang găng sạch khi thực hành các thao tác có nguy cơ tiếp xúc với máu, dịch tiết của bệnh nhân (100%). Đi găng đúng kỹ thuật (96,1%). Không có trường hợp sát khuẩn ngoài găng. Loại bỏ găng ngay khi găng rách, thủng hoặc sau khi tiếp xúc với mỗi bệnh nhân (98,7%). Khẩu trang sử dụng một lần được trang bị đầy đủ (100%). Mang khẩu trang y tế khi thực hiện các thao tác có nguy cơ tiếp xúc với máu, dịch tiết của bệnh nhân (100%). Mang khẩu trang đúng kỹ thuật (98,4%). Loại bỏ ngay khẩu trang khi bắn, ướt sau khi hoàn thành công việc tiếp xúc với mỗi bệnh nhân nhiễm khuẩn hô hấp (97,4%). Đeo khẩu trang một tai, dưới cằm, quanh cổ, tháo khẩu trang bỏ vào túi áo choàng (1,3%).

Tuy nhiên, do yếu tố công việc, số lượng bệnh nhân đông nên thiếu thời gian để thực hiện đúng quy trình, do quá tải công việc, Tình trạng của người bệnh như: Người bệnh nặng, người bệnh cấp cứu thì sự sống còn của người bệnh được đưa lên hàng đầu, vì thế khi thực hiện thủ thuật, NVYT không chú ý cao đến sự tuân thủ quy trình, mà làm sao phải tận dụng thời gian nhanh nhất để cấp cứu người bệnh và nhiều việc phải làm như NVYT phải làm nhiều công việc hành chính khác, ghi chép hồ sơ bệnh án chiếm khá nhiều thời gian nên đôi lúc cũng ảnh hưởng đến việc tuân thủ sử dụng găng và khẩu trang đúng của NVYT. Tại 02 khoa nghiên cứu, người bệnh thường gặp là những người cần phải cấp cứu, vì vậy người NVYT cần có sự nhanh nhẹn, kịp thời, thời gian là yếu tố rất quan trọng để nhanh chóng cấp cứu người bệnh nên đôi khi chưa thực hiện đầy đủ các quy trình về mang găng và khẩu trang đúng.

Nghiên cứu của Phùng Văn Thủy năm 2014 khi phỏng vấn NVYT cho thấy số lượng bệnh nhân đông nên thiếu thời gian, do quá tải công việc và nhiều việc phải làm nên cũng ảnh hưởng đến việc tuân thủ của NVYT [5]. Qua nghiên cứu của Hoàng Thị Hiền (2015) cũng thấy lượng bệnh

nhân đông, khối lượng và áp lực công việc lớn, một số NVYT còn kiêm nhiệm nhiều công việc nên việc thực hiện các quy định của bệnh viện, trong đó có tuân thủ của NYVT là rất hạn chế, thiếu thời gian để thực hiện [3].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thực hành sử dụng khẩu trang đúng đạt 94,5%. Tỷ lệ thực hành sử dụng găng tay đúng đạt 93,8%. Tất cả nhân viên y tế đều được tập huấn về sử dụng khẩu trang và găng tay đạt tỷ lệ 100%. Những yếu tố như nhóm tuổi, giới tính, trình độ là các yếu tố liên quan đến thực hành đúng, sự khác biệt giữa các nhóm là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ lao động thương binh xã hội, Thông tư số 4 (2014), Loại phương tiện bảo vệ cá nhân và điều kiện được trang bị phương tiện bảo vệ cá nhân.
2. Bộ Y tế (2012), Hướng dẫn phòng ngừa chuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
3. Hoàng Thị Hiền và cộng sự (2015), "Kiến thức, thái độ, thực hành về vệ sinh tay thường quy và một số yếu tố liên quan của nhân viên y tế tại bệnh viện đa khoa Hoà Nhai năm 2015".
4. Nguyễn Thị Thúy Nga (2014), Khảo sát thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của Điều dưỡng - Hộ sinh ở các khoa lâm sàng tại bệnh viện Đa khoa khu vực Định Quán.
5. Phùng Văn Thủy (2014). "Thực trạng và các yếu tố liên quan đến tuân thủ vệ sinh tay thường quy của nhân viên y tế tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc năm 2014 ", ***Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ Y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng.***
6. Quyết định 3671/ QĐ-BYT ngày 20/7/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế Quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
7. Trần Thị Ly Ly (2019), Mô tả thực trạng kiến thức và thực hành của Điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên về sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân tại các khoa lâm sàng, cận lâm sàng Bệnh viện đa khoa khu vực Phúc Yên.
8. Trần Thị Hà Phương, Mai Thị Tiết và cộng sự (2014), Nghiên cứu tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Đồng Nai.
9. Centers for Disease Control and Prevention (2018), Hospital-acquired infection Data and Statistics.
10. Center for Disease Control and Prevention (2018), Infection Prevention and Control Recommendations for Hospitalized Patients Under Investigation (PUIs) for Ebola Virus Disease (EVD) in U.S. Hospitals.

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG VỀ TIÊM AN TOÀN CỦA ĐIỀU DƯỠNG VIÊN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024

Nguyễn Thụy Kim Hoàng, Phan Đăng Khoa,
Nguyễn Anh Tuấn, Ngô Thị Mộng Cẩm

TÓM TẮT

Mở đầu: Tiêm an toàn là quy trình tiêm không gây nguy hại cho người nhận mũi tiêm, không gây phơi nhiễm cho người thực hiện mũi tiêm và không tạo chất thải nguy hại cho người khác và cộng đồng.

Mục tiêu: Khảo sát thực trạng về tiêm an toàn của điều dưỡng viên tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, từ đó đề xuất một số giải pháp nâng cao chất lượng mũi tiêm an toàn.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 164 điều dưỡng viên đã có chứng chỉ hành nghề và ký hợp đồng làm việc tại 24 khoa lâm sàng trong bệnh viện. Nghiên cứu sử dụng thang điểm VIP score để đánh giá chất lượng mũi tiêm an toàn và sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích các yếu tố liên quan.

Kết quả: Qua khảo sát 164 điều dưỡng công tác tại 24 khoa lâm sàng Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, chúng tôi được một số kết quả sau: tỷ lệ trả lời đúng về mục đích của tiêm an toàn là 86,0%; về biện pháp phòng tránh xơ hóa cơ hoặc đâm vào dây thần kinh là 67,1%, về hành động cần làm đầu tiên của điều dưỡng khi người bệnh có sốc phản vệ là 86,0%; đối với các tiêu chuẩn của thùng đựng vật sắc nhọn là 86,6% trả lời đúng; 63,4% trả lời đúng về tiêu chuẩn cần để sát khuẩn da vùng tiêm; kiến thức về chuẩn bị thuốc tiêm có 78,2% trả lời đúng; kiến thức về kỹ thuật tiêm thuốc có 74,2% trả lời đúng; kiến thức về xử lý chất thải sau tiêm đạt 92,0%. Tiêu chí thực hiện 5 đúng của các điều dưỡng là 87,9%; tiêu chí thực hiện về sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân thích hợp đạt 98,2%; tiêu chí điều dưỡng xác định đúng vị trí tiêm là 98,8%. Tổng hợp kiến thức về tiêm an toàn là 79,5% điều dưỡng đạt và 20,5% chưa đạt; tỷ lệ điều dưỡng đạt các kỹ năng thực hành mũi tiêm an toàn là 89,6% và chưa đạt là 10,4%.

Kết luận: Nghiên cứu thu thập và phân tích thông tin về kiến thức và thực hành tiêm an toàn của 164 điều dưỡng công tác tại 24 khoa lâm sàng Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, kết quả khảo sát cho thấy tỷ lệ điều dưỡng đạt kiến thức và thực hành tiêm an toàn khá cao (79,5% và 89,6%). Không tìm thấy mối liên quan giữa trình độ và thâm niên công tác ảnh hưởng đến kỹ năng thực hành của điều dưỡng. Qua nghiên cứu cũng cho thấy điều dưỡng có kiến thức đạt về tiêm an toàn ảnh hưởng đến thực hành tiêm an toàn. Vì vậy cần tiếp tục triển khai tập huấn hiệu quả về tiêm an toàn, tăng cường đào tạo liên tục về tiêm an toàn, đặc biệt chú trọng đến các nội dung mới trong hướng dẫn tiêm an toàn của Bộ Y tế.

Từ khoá: Điều dưỡng viên, tiêm an toàn.

ASSESSMENT OF THE CURRENT SITUATION OF SAFE INJECTION PRACTICES BY NURSES AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2024

ABSTRACT

Background: Safe injection is a procedure that does not pose harm to the recipient, does not expose the person administering the injection to any risk, and does not generate hazardous waste for others and the community.

Objectives: Survey the current situation of safe injection practices by nurses at An Giang Central General Hospital, and propose some solutions to improve the quality of safe injections.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 164 nurses who hold professional licenses and are contracted to work in 24 clinical departments within the hospital. The study employed SPSS 20.0 software to analyze the related factors.

Results: Based on a survey of 164 nurses working in 24 clinical departments at An Giang Central General Hospital, we obtained the following results: 86.0% answered correctly about the purpose of safe injection; 67.1% knew the measures to prevent muscle fibrosis or nerve injury; 86.0% knew the first action to take when a patient experiences anaphylactic shock; 86.6% answered correctly regarding the standards for sharps disposal containers; 63.4% answered correctly about the alcohol standards for skin disinfection before injection; 78.2% demonstrated correct knowledge about injection medication preparation; 74.2% showed correct knowledge of injection techniques; and 92.0% had correct knowledge of waste disposal after injections. The criteria for implementing the "five rights" of medication administration were met by 87.9% of the nurses, while 98.2% met the criteria for appropriate use of personal protective equipment, and 98.8% correctly identified the injection site. Overall, 79.5% of the nurses had adequate knowledge of safe injection practices, while 20.5% did not meet the standard. The proportion of nurses who demonstrated competency in safe injection skills was 89.6%, while 10.4% did not meet the required standard.

Conclusion: The study collected and analyzed information on the knowledge and practice of safe injection among 164 nurses working in 24 clinical departments at An Giang Central General Hospital. The survey results showed that the rates of nurses achieving adequate knowledge and practice of safe injection were quite high (79.5% and 89.6%). No relationship was found between qualifications and work seniority affecting nurses' practical skills. The research also indicated that having adequate knowledge of safe injection among nurses influences the practice of safe injection. Therefore, it is necessary to continue implementing effective training on safe injection, enhancing continuous education, with special attention to the new content in the Ministry of Health's safe injection guidelines.

Key words: Nurses, safe injection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiêm là thủ thuật xâm lấn phổ biến nhất trong số các thủ thuật can thiệp khác nhằm đưa thuốc hoặc hóa chất vào cơ thể nhằm mục đích điều trị và phòng bệnh cho bệnh nhân [1], [3]

Tổ chức Y tế thế giới ước tính, mỗi năm thế giới có khoảng hai triệu nhân viên y tế bị tổn thương do kim tiêm đâm qua da. Công việc gây tổn thương cao nhất lần lượt là tiêm, mổ, làm thủ thuật, lấy máu xét nghiệm, thu gom chất thải, rửa dụng cụ xét nghiệm... Tỷ lệ nhân viên y tế bị tổn thương do vật sắc nhọn cao nhất là ở bộ phận làm trực tiếp cấp cứu, ngoại sản, nhi, hồi sức cấp cứu, trong đó điều dưỡng và hộ lý chiếm tới hơn 90%. Từ đó dẫn đến nguy cơ nhiều điều dưỡng bị phơi nhiễm sau thương tổn do kim tiêm nhiễm khuẩn từ người bệnh xuyên qua da, trong đó viêm gan C chiếm 10%, viêm gan B từ 22 đến 40% và HIV là 0,03% [11], [12]

Điều dưỡng có nguy cơ bị các vết thương từ kim tiêm hoặc các thiết bị dùng để chọc hay rạch da. Theo ước tính, ở Mỹ mỗi năm có trên 600.000 sự cố vết thương do kim tiêm xảy ra với nhân viên y tế. Vết thương do kim tiêm (hay vật nhọn) có thể dễ dàng xảy ra và dẫn đến nhiễm khuẩn, do vậy điều quan trọng là cần có biện pháp phòng ngừa ngay để tránh bị nhiễm trùng [13]. Đáng chú ý, làm công việc có nguy cơ phơi nhiễm cao như vậy nhưng kiến thức của điều dưỡng về vấn đề này lại chưa cao. Nhiều người còn chưa nhận thức được đầy đủ quy trình về tiêm an toàn và tỷ lệ hiểu biết về nguy cơ phơi nhiễm bệnh qua đường máu còn chưa đạt tới tỷ lệ 100%.

Việt Nam trong những năm gần đây, Bộ Y tế đã phối hợp với Hội điều dưỡng Việt Nam tổ chức nhiều lớp đào tạo bổ sung cập nhật kiến thức tiêm an toàn, đồng thời phát động phong trào tiêm an toàn trên phạm vi cả nước. Các kết quả khảo sát gần đây cho thấy, thực trạng tiêm an toàn ở một số bệnh viện là chưa được tốt, còn lạm dụng thuốc tiêm, cán bộ y tế chưa tuân thủ đúng các qui định về tiêm an toàn [1], [2], [3]

Tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang từ trước đến nay chưa có một nghiên cứu nào về thực trạng tiêm an toàn. Trong tình hình hiện nay mũi tiêm đóng một vai trò rất quan trọng không những ảnh hưởng đến cán bộ nhân viên y tế mà còn ảnh hưởng đến kết quả điều trị của

bệnh nhân. Nghiên cứu về tiêm an toàn sẽ giúp cho các điều dưỡng nâng cao được mức độ an toàn cho người bệnh và cho chính mình. Xuất phát từ những thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “*Đánh giá thực trạng về tiêm an toàn của điều dưỡng viên tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2024*” với 2 mục tiêu:

1. Khảo sát thực trạng tiêm an toàn tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2024
2. Đề xuất một số giải pháp nâng cao chất lượng mũi tiêm an toàn tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2024

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả điều dưỡng tham gia chăm sóc người bệnh tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang

- *Tiêu chuẩn lựa chọn*

- + Điều dưỡng đã ký hợp đồng làm việc tại bệnh viện
- + Có chứng chỉ hành nghề của điều dưỡng

- *Tiêu chuẩn loại trừ*

- + Điều dưỡng thực tập lấy chứng chỉ hành nghề
- + Điều dưỡng đang nghỉ hậu sản
- + Điều dưỡng đang đi học

2.2. Địa điểm

Tất cả 24 khoa lâm sàng tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu

- Phương pháp chọn mẫu:

Sử dụng công thức ước lượng một tỷ lệ trong quần thể nghiên cứu:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 * \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

- + Z: là độ tin cậy lấy ở mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.
- + p: là Tỷ lệ thực hiện mũi tiêm an toàn của điều dưỡng tại bệnh viện Theo nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Thanh An tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City 2023 [8] thì tỷ lệ này là 88,4% nên chọn $p = 0,884$.
- + d: là sai số cho phép. Chọn $d = 0,05$

Thay vào công thức trên tính được $n = 157$.

Qua nghiên cứu khảo sát được 164 mẫu.

- Cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện theo thời gian, phù hợp với đối tượng nghiên cứu cho đến khi đủ số lượng.

2.5. Cách tiến hành

Dùng Công cụ Google form khảo sát và chọn nhân viên y tế đủ tiêu chuẩn nghiên cứu điền vào phiếu thu thập số liệu.

Bộ câu hỏi gồm có: Các thông tin về đặc điểm chung của nhân viên y tế (giới tính, trình độ học vấn, kinh nghiệm công tác); thông tin đánh giá kiến thức tiêm của điều dưỡng viên, phần này bao gồm 24 câu hỏi, nội dung của các câu hỏi thiết kế dựa trên tài liệu hướng dẫn Tiêm an toàn của Bộ Y tế, mức độ kiến thức được phân loại làm 4 loại: kém (0 – 7), khá (8 – 14), tốt (15 – 21) và rất tốt (22 – 28); thông tin liên quan đến thực hành, phần này bao gồm 18 câu hỏi về các thực hành hàng ngày của điều dưỡng viên khi tiến hành tiêm, mức độ kiến thức được phân loại làm 4 loại: kém (0 – 18), khá (19 – 36), tốt (37 – 54) và rất tốt (55 – 72).

2.6. Xử lý số liệu: Các số liệu nghiên cứu được thu thập và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.7. Đo lường các biến

- Thông tin chung: giới, trình độ chuyên môn, số năm công tác
- Kiến thức về tiêm an toàn: Tỷ lệ % đối tượng có kiến thức về tiêm an toàn, tỷ lệ % đối tượng có kiến thức chuẩn bị dụng cụ tiêm, tỷ lệ % đối tượng có kiến thức chuẩn bị thuốc tiêm, tỷ lệ % đối tượng có kiến thức về kỹ thuật tiêm
- Quan sát thực hành tiêm an toàn: Tỷ lệ % đối tượng thực hành phân loại theo mức độ đạt và không đạt. Tổng hợp tỷ lệ có kiến thức đúng /kiến thức chưa đúng về tiêm an toàn, tổng hợp tỷ lệ có thực hành đúng / thực hành chưa đúng về tiêm an toàn
- Sau khi thu thập số liệu, các phiếu điều tra được kiểm tra lại để bảo đảm tính đầy đủ của các thông tin. Sử dụng thuật toán thống kê để xác định mối liên quan đến thực hành tiêm an toàn của Điều dưỡng như được mô tả trong khung lý thuyết. Mức ý nghĩa thống kê sử dụng là $p < 0.05$

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n=164)	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	41	25,0
Nữ	123	75,0
Trình độ chuyên môn		
Đại học	40	24,4
Cao đẳng	122	74,4
Trung học	2	1,2
Thâm niên công tác		
1 - 10 năm	114	69,5
11 - 20 năm	47	28,7
Trên 20 năm	3	1,8

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Khảo sát 164 điều dưỡng viên tại 24 khoa lâm sàng ghi nhận, tỷ lệ nữ giới (75%) cao gấp 3 lần tỷ lệ nam giới (25%). Phần lớn điều dưỡng tham gia khảo sát có trình độ cao đẳng (74,4%). Về thâm niên công tác, đa phần có thâm niên công tác từ 1 đến 10 năm (69,5%)

3.2. Thực trạng tiêm an toàn tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2024

Nội dung	Số lượng (n = 164)	Tỷ lệ (%)
Tiêm an toàn là một quy trình tiêm		
Không gây nguy hại cho người nhận mũi tiêm	1	0,6
Không gây phơi nhiễm cho người thực hiện mũi tiêm	2	1,2

Không tạo chất thải nguy hại cho người khác và cộng đồng	0	0
Không tạo chất thải nguy hại cho cộng đồng	1	0,6
Bao gồm các ý trên	160	97,6
Tiêm không an toàn có thể gây ra		
Sốc phản vệ	2	1,2
Xơ hóa	0	0
Nhiễm khuẩn chéo	0	0
Áp xe tại nơi tiêm	1	0,6
Bao gồm các ý trên	161	98,2

Bảng 3.2. Kiến thức về tiêm an toàn

Nhận xét: Nhìn chung, các điều dưỡng tham gia khảo sát đều nhận biết kiến thức về tiêm an toàn khi chọn đúng cả 4 đáp án (97,6%). Tỷ lệ chọn đúng cả 4 đáp án về tai biến của tiêm không an toàn (98,2%) tuy nhiên vẫn còn 0,6% cho rằng tiêm không an toàn có thể gây ra áp xe tại chỗ tiêm và 1,2% cho rằng tai biến chỉ có sốc phản vệ.

Nội dung	Số lượng (n = 164)	Tỷ lệ (%)
Trước khi chuẩn bị dụng cụ tiêm truyền cần		
Vệ sinh tay	14	8,6
Đội mũ	2	1,2
Mang khẩu trang	5	3,0
Bao gồm các ý trên	143	87,2
Để đảm bảo an toàn cho người bệnh trước khi tiêm cần thực hiện		
Người bệnh, thuốc, liều, thời điểm, phòng	2	1,2
Người bệnh, thuốc, liều, thời điểm, đường tiêm	161	98,2
Người bệnh, thuốc, nhãn, thời điểm, đơn thuốc	0	0
Đúng liều lượng	0	0
Người bệnh, nhãn, liều, thời điểm, phòng	1	0,6
Kỹ thuật sát khuẩn da vùng tiêm		
Sát khuẩn da nơi tiêm bằng cồn iod rồi sát khuẩn lại bằng cồn 70 ⁰	15	9,1

Sát khuẩn da vùng tiêm theo hình xoáy ốc từ trong ra ngoài với đường kính khoảng 10 cm cho đến khi sạch	116	70,7
Sát khuẩn da vùng tiêm 1 lần duy nhất theo hình xoáy ốc từ trong ra ngoài với đường kính khoảng 10 cm	21	12,8
Chọn một trong ba cách trên	12	7,4
Tốc độ thông thường trong tiêm bắp là		
Khoảng 1ml/10giây	160	97,6
Khoảng 5ml/10 giây	3	1,8
Khoảng 10 ml/10 giây	1	0,6
Khoảng 15ml/10 giây	0	0
Xử lý chất thải sau tiêm		
Dùng kẹp có mấu tách kim tiêm ra khỏi bơm tiêm rồi bỏ kim tiêm vào thùng đựng vật sắc nhọn	142	86,6
Dùng tay tách kim tiêm ra khỏi bơm tiêm rồi bỏ kim tiêm vào thùng đựng vật sắc nhọn	9	5,5
Bỏ cả bơm kim tiêm vào thùng đựng chất thải sắc nhọn	13	7,9
Bỏ cả bơm kim tiêm vào khay tiêm rồi thực hiện phân loại chất thải sau khi kết thúc buổi tiêm	0	0
Bao nylon đựng bơm kim tiêm cho vào		
Hộp kháng khuẩn	0	0
Túi nylon màu xanh	152	92,7
Túi nilong màu vàng	0	0
Khay đựng bơm kim tiêm bẩn	12	7,3

Bảng 3.3. Kiến thức về chuẩn bị trước, trong khi tiêm và xử lý chất thải sau khi tiêm

Nhận xét: Tỷ lệ ĐD trả lời đúng các kiến thức về VST và mang phương tiện bảo hộ cá nhân trước khi chuẩn bị dụng cụ tiêm truyền là 87,2%. Có 8,6% đối tượng trả lời chỉ cần VST; 3% % trả lời chỉ cần mang khẩu trang và 1,2 % trả lời chỉ cần đội mũ.

Kiến thức đảm bảo an toàn cho người bệnh trước khi tiêm cần thực hiện trả lời đúng đạt 98,2%. Có 1,2% nói trước khi tiêm chỉ cần thực hiện Người bệnh, thuốc, liều, thời điểm, phòng Về kiến thức về kỹ thuật tiêm, có 70,7% trả lời cần sát khuẩn da vùng tiêm theo hình xoáy ốc từ trong ra ngoài với đường kính khoảng 10 cm cho đến khi sạch và có 97,6% điều dưỡng trả lời đúng về tốc độ thông thường trong tiêm bắp là khoảng 1ml/10 giây

Về kiến thức xử lý chất thải sau tiêm, đa phần đều trả lời cần dùng kẹp có mấu tách kim tiêm ra khỏi bơm tiêm rồi bỏ kim tiêm vào thùng đựng vật sắc nhọn sau khi tiêm (86,6%). Đồng thời, đa số đều trả lời đúng khi phân loại chất thải bơm kim tiêm cho vào túi nylon màu xanh là 92,7%

Các bước	Nội dung	Thực hiện đúng		Thực hiện sai		Không thực hiện	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)

Chuẩn bị NB, ĐD thực hiện							
C1	Thực hiện 5 đúng, nhận định, giải thích cho NB	144	87,9	15	9,1	5	3,0
C2	Sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân thích hợp	161	98,2	3	1,8	0	0
C3	Rửa tay thường quy hoặc vệ sinh tay nhanh	125	76,2	32	19,5	7	4,3
Chuẩn bị dụng cụ							
C4	Hộp chống sốc	161	98,2	2	1,2	1	0,6
C5	Thùng đựng vật sắc nhọn và thùng đựng chất thải sau tiêm đúng quy định	163	99,4	0	0	1	0,6
C6	Bông gạc tẩm cồn đúng qui định	160	97,6	4	2,4	0	0
C7	Chai dung dịch SK tay nhanh có sẵn trên xe tiêm	163	99,4	0	0	1	0,6
Chuẩn bị thuốc tiêm							
C8	Kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn ống thuốc, dùng gạc vô khuẩn bẻ ống thuốc	133	81,1	26	15,9	5	3,0
C9	Xé vỏ bao bơm tiêm và thay kim lấy thuốc	138	84,2	24	14,6	2	1,2
C10	Thay kim tiêm, cho vào bao vừa đựng bơm tiêm	120	73,2	42	25,6	2	1,2
C11	Kim lấy thuốc và kim tiêm không chạm vùng vô khuẩn	155	94,5	9	5,5	0	0
Kỹ thuật tiêm thuốc							
C12	Xác định vị trí tiêm đúng	162	98,8	2	1,2	0	0
C13	Đặt bệnh nhân tư thế thích hợp. Thắt dây garô (nếu tiêm tĩnh mạch)	161	98,2	3	1,8	0	0
C14	Sát khuẩn vùng tiêm đúng kỹ thuật	147	89,6	16	9,8	1	0,6
C15	Sát khuẩn tay nhanh hoặc mang găng tay đúng quy định	126	76,8	21	12,8	17	10,4
C16	Căng da, đâm kim đúng kỹ thuật, đúng góc độ	158	96,3	6	3,7	0	0
C17	Tháo dây garô (nếu tiêm tĩnh mạch). Bơm thuốc đúng kỹ thuật	160	97,6	4	2,4	0	0
C18	Hết thuốc, căng da rút kim nhanh, cho ngay bơm kim tiêm vào hộp an toàn	153	93,3	11	6,7	0	0
C19	Sát khuẩn lại vị trí tiêm	137	83,6	25	15,2	2	1,2
C20	Dặn dò, đưa người bệnh về tư thế thích hợp	113	68,9	31	18,9	20	12,2
Xử lý chất thải và vệ sinh tay sau tiêm							
C21	Phân loại chất thải sau tiêm đúng qui định	159	97,0	5	3,0	0	0
C22	Vệ sinh tay sau khi hoàn thành qui trình	132	80,5	26	15,9	6	3,7

Bảng 3.4: Thực hành tiêm an toàn của đối tượng nghiên cứu đạt theo từng tiêu chí
Nhận xét

- Về chuẩn bị người bệnh, điều dưỡng thực hiện, tỷ lệ thực hành đúng các tiêu chí tương đối cao với tỷ lệ lần lượt là: C1 (87,9%); C2 (98,2%) và C3 (76,2%)
- Về chuẩn bị dụng cụ: các điều dưỡng đều thực hiện tốt khi chuẩn bị đầy đủ dụng cụ: C4 (98,2%); C5 (99,4%); C6 (97,6%) và C7 (99,4%)
- Về chuẩn bị thuốc tiêm: Tỷ lệ thực hiện đúng cao nhất là tiêu chí C11 (94,5%) và thấp nhất là tiêu chí C10 (73,2%)
- Về kỹ thuật tiêm thuốc: Tiêu chí có tỷ lệ thực hiện đúng thấp nhất là C20 (68,9%)
- Về xử lý chất thải và vệ sinh tay sau tiêm: Hầu hết điều dưỡng đều thực hiện đúng với tỷ lệ lần lượt: C21 (97%) và C22 (80,5%)

Yếu tố		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tổng hợp Kiến thức	Đạt	130	79,5
	Không đạt	34	20,5
Tổng hợp Thực hành	Đạt	147	89,6
	Không đạt	17	10,4

Bảng 3.5: Đánh chung về kiến thức và thực hành tiêm an toàn của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Nhìn chung, tỷ lệ điều dưỡng đạt về kiến thức (79,5%) và thực hành (89,6%) tiêm an toàn khá cao

3.3. Một số yếu tố liên quan đến kỹ năng thực hành tiêm an toàn

Đặc điểm		Thực hiện đạt		Thực hiện không đạt		r	p
		Tần số	Tỉ lệ %	Tần số	Tỉ lệ %		
Trình độ chuyên môn	Đại học	40	100	0	0	0,06	0,57
	Cao đẳng	87	71,3	35	28,7	0,02	0,86
	Trung cấp	1	50	1	50	-0,05	0,65
Thâm niên công tác	1 – 10 năm	89	78,1	25	21,9	-0,01	0,43
	11 – 20 năm	35	74,5	12	25,5	0,002	0,98
	Trên 20 năm	3	100	0	0	- 0,12	0,33

Bảng 3.6: : Một số yếu tố liên quan đến kỹ năng thực hành tiêm an toàn

Nhận xét: Không tìm thấy mối liên quan giữa trình độ chuyên môn, thâm niên công tác đến kỹ năng thực hành tiêm an toàn của điều dưỡng. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện với tổng số 164 điều dưỡng tại 24 khoa lâm sàng trong địa điểm nghiên cứu, trong đó điều dưỡng nữ chiếm tỷ lệ đa số với 75,0%, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Thanh An (2023) với nữ chiếm 77,5% [8]. Xu hướng chung tỷ lệ điều dưỡng nữ cũng rất cao, nghiên cứu của Adejumo và cộng sự (2013) về kỹ năng thực hành tiêm an toàn của điều dưỡng tại 2 bệnh viện của Nigeria cũng cho thấy đến 92,5% [9] là nữ và nghiên cứu của Trần Thị Minh Phượng (2012) với tỷ lệ 87,2% là nữ [7]

Trình độ chuyên môn Cao đẳng chiếm tỷ lệ cao nhất 74,4%, còn Đại học chiếm 24,4% và Trung học chiếm 1,2%

Điều dưỡng viên có thâm niên công tác 1 - 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 69,5%, thâm niên công tác của các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi trẻ hơn các đối tượng nghiên cứu của tác giả Trần Đăng Nguyên [6]

4.2. Thực trạng tiêm an toàn tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2024

Kiến thức về mũi tiêm an toàn: Chọn đúng cả 5 đáp án về định nghĩa tiêm an toàn với tỷ lệ 97,6%. Đối với kỹ thuật sát khuẩn, trả lời đúng là 70,7% với đáp án sát khuẩn da vùng tiêm theo hình xoay ốc từ trong ra ngoài với đường kính khoảng 10cm cho đến khi sạch. Kết quả này cao hơn của Nguyễn Hương Lan [4]. Về tai biến của tiêm không an toàn chọn đúng cả 4 đáp án đạt tỷ lệ 98,2%. Kết quả này cao hơn của Trần Đăng Nguyên [6]. Tỷ lệ trả lời đúng các kiến thức về vệ sinh tay và mang phương tiện phòng hộ cá nhân trước khi chuẩn bị dụng cụ tiêm truyền là 87,2%. Công tác kiểm tra thuốc và người bệnh trước khi tiêm truyền, trả lời đúng là 98,2%. Kiểm tra kiến thức về xử lý chất thải sau tiêm, có 86,6% trả lời đúng là dùng kẹp có máu tách kim tiêm ra khỏi bơm tiêm rồi bỏ kim tiêm vào thùng đựng vật sắc nhọn và có 7,9% trả lời bỏ cả bơm kim tiêm vào thùng đựng chất thải sắc nhọn. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Shyama là 74,2% [10] nhưng lại thấp hơn so với nghiên cứu của Vũ Thị Thanh An là 87,5% [8]

Thực hành của điều dưỡng về tiêm an toàn: Tiêu chí thực hiện 5 đúng đạt chiếm tỷ lệ cao 87,9%; tiêu chí thực hành về sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân thích hợp đạt 98,2%; tiêu chí rửa tay thường quy hoặc vệ sinh tay nhanh đạt tỷ lệ 76,2%.

Về kỹ năng thực hành kỹ thuật tiêm thuốc theo từng tiêu chí đa số chiếm tỷ lệ cao. Trong đó, tỷ lệ nhân viên y tế xác định đúng vị trí tiêm đạt 98,8%; đặt bệnh nhân tư thế thích hợp, thắt dây garô (nếu tiêm tĩnh mạch) đạt 98,2%; sát khuẩn vùng tiêm đúng kỹ thuật là 89,6%; sát khuẩn tay nhanh hoặc mang găng tay đúng quy định là 76,8%; căng da, đâm kim đúng kỹ thuật, đúng góc độ đạt 96,3%; tháo dây garô (nếu tiêm tĩnh mạch), bơm thuốc đúng kỹ thuật đạt 97,6%; hết thuốc, căng da rút kim nhanh, cho ngay bơm kim tiêm vào hộp an toàn đạt 93,3%; sát khuẩn lại vị trí tiêm là 83,6%; tuy nhiên tỷ lệ nhân viên y tế dặn dò, đưa người bệnh về tư thế thích hợp chỉ đạt 68,6%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Hương Lan [4].

Về thực hành xử lý chất thải và vệ sinh tay sau tiêm đạt theo từng tiêu chí. Tỷ lệ nhân viên y tế phân loại chất thải sau tiêm đúng qui định đạt 97,0%; vệ sinh tay sau khi hoàn thành qui trình là 80,5%.

Nhiều nghiên cứu về tiêm an toàn đã được thực hiện tại nhiều quốc gia trên thế giới trong đó có Việt Nam. Mục tiêu nghiên cứu này của tác giả phù hợp với chiến lược của SIGN và nhiệm vụ nghiên cứu khoa học tại các cơ sở y tế, đặc biệt là khối bệnh viện, kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang về mũi tiêm an toàn như sau:

Tổng hợp kiến thức đạt về mũi tiêm an toàn của điều dưỡng: Qua khảo sát kiến thức về tiêm an toàn của 164 điều dưỡng tại 24 khoa lâm sàng thì kết quả cho thấy 79,5% điều dưỡng đạt, kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Vũ Thị Thanh An (2023) với tỷ lệ là 67,8% [8], nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Minh Phượng (2014) với tỷ lệ là 82,6% [7]. Trong nghiên cứu này phần kiến thức đạt tỷ lệ cao vì bệnh viện thường xuyên tập huấn cũng như kiểm tra, giám sát đối với đối tượng là điều dưỡng viên nên kiến thức được củng cố thường xuyên.

Tổng hợp đạt về thực hành tiêm an toàn: Kết quả tổng hợp về thực hành tiêm an toàn với tỷ lệ 89,6% điều dưỡng đạt các kỹ năng thực hành đạt tiêu chí tiêm an toàn và 10,4% không đạt. Kết quả tổng hợp đạt được trong nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu của Vũ Thị Thanh An (2023) với tỷ lệ 88,4% [8] nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Lý (2021) là 92% [5]

4.3. Một số yếu tố liên quan đến kỹ năng thực hành tiêm an toàn

Qua các kết quả của bảng 3.6 chúng tôi nhận thấy, tỷ lệ các điều dưỡng có trình độ đại học thực hành tiêm an toàn đạt 100%. Các điều dưỡng có trình độ cao đẳng thực hành đạt 71,3%. Trong khi đó Điều dưỡng trình độ trung cấp thực hành đạt 50%. Sự khác biệt này không

có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Vì vậy không có mối liên quan giữa yếu tố bằng cấp và tỷ lệ thực hành tiêm an toàn đạt.

Mối liên quan giữa một số yếu tố năm công tác và kỹ năng thực hành tiêm an toàn, theo đó tỷ lệ nhân viên y tế có thâm niên công tác trên 20 năm có kỹ năng thực hành tiêm an toàn đạt 100%. Trên 10 năm đạt 74,5%. Còn dưới 10 năm tỷ lệ thực hành đạt là 78,1%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Vì vậy không có mối liên quan giữa yếu tố bằng cấp và tỷ lệ thực hành tiêm an toàn đạt.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi gần tương đồng với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Minh Phượng (2014) khi tìm hiểu mối liên quan giữa kiến thức và thực hành TAT, kết quả cho thấy tỷ lệ thực hành đúng trong nhóm có kiến thức đạt (26,7%) cao gấp 3 lần so với tỷ lệ đúng trong nhóm có kiến thức không đạt (10,5%) [7]. Vì vậy, rõ ràng rằng khi nắm vững kiến thức tiêm an toàn thì điều dưỡng sẽ có kỹ năng thực hành tiêm an toàn đạt chuẩn cao hơn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu thu thập và phân tích thông tin về kiến thức và thực hành tiêm an toàn của 164 điều dưỡng công tác tại 24 khoa lâm sàng Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang. Kết quả khảo sát cho thấy tỷ lệ điều dưỡng đạt kiến thức và thực hành tiêm an toàn khá cao (79,5% và 89,6%). Không tìm thấy mối liên quan nào ảnh hưởng đến kỹ năng thực hành của điều dưỡng. Điều này thể hiện nhóm điều dưỡng tham gia nghiên cứu đã được trang bị kiến thức và tuân thủ quy định tiêm an toàn tốt khi thực hành lâm sàng, tuy nhiên vẫn còn một số ít điều dưỡng vẫn chưa ý thức được tầm quan trọng của tiêm an toàn. Nghiên cứu cũng cho thấy điều dưỡng có kiến thức đạt về tiêm an toàn ảnh hưởng đến thực hành tiêm an toàn. Vì vậy cần tiếp tục triển khai tập huấn hiệu quả về tiêm an toàn, tăng cường đào tạo liên tục về tiêm an toàn, đặc biệt chú trọng đến các nội dung mới trong hướng dẫn tiêm an toàn của Bộ Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, (2011). *Hướng dẫn tiêm an toàn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*.
2. Bộ Y tế, (2011). *Hướng dẫn phòng ngừa chuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*.
3. Bộ Y tế, (2012). *Quyết định số 3671/QĐ-BYT về Phê duyệt các hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn*.
4. Nguyễn Hương Lan, (2020). *Thực trạng môi trường an toàn tại Viện lâm sàng các Bệnh truyền nhiễm, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2018*. Journal of 108-Clinical Medicine and Pharmacy.
5. Trần Thị Lý, (2021). *Thực trạng kiến thức và thực hành về tiêm an toàn của nhân viên y tế Bệnh viện Mắt Trung ương năm 2021*. Tạp chí Y học Việt Nam, 523(1).
6. Trần Đăng Nguyên, (2012). *Đánh giá thực trạng tiêm an toàn tại các khoa lâm sàng bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2011*. Tạp chí Y học lâm sàng số 11 năm 2012(BV Trung ương Huế).
7. Trần Thị Minh Phượng, *Thực trạng kiến thức, thực hành Tiêm an toàn và các yếu tố liên quan tại bệnh viện đa khoa Hà Đông, Hà Nội năm 2012*. 2012, Luận văn Thạc sĩ-Đại học Y tế công cộng Hà Nội.
8. Vũ Thị Thanh An, (2023). *Quản lý tiêm an toàn tại Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times City và một số yếu tố liên quan*. Tạp chí Y học Việt Nam, 526(2).
9. Adejumo Prisca Olabisi, (2013). *A comparative study on knowledge, attitude, and practice of injection safety among nurses in two hospitals in Ibadan, Nigeria*. International Journal of Infection Control, 9(1).
10. Shyama Prasad Mitra, (2010). *Injection safety: Perception and practice of nursing students in tertiary setting*. Indian J Prev Soc Med, 41(3), 5-7.
11. Vincent E Omorogbe, Vivian O Omuemu, and Alphonsus R Isara, (2012). *Injection safety practices among nursing staff of mission hospitals in Benin City, Nigeria*. Annals of African medicine, 11(1).
12. World Health Organization, *WHO guideline on the use of safety-engineered syringes for intramuscular, intradermal and subcutaneous injections in health care settings*. 2016: World Health Organization.

ĐÁNH GIÁ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ THUỐC THEO THANG ĐIỂM MORISKY-8 VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI KHOA NỘI A BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024

*Trương Hồng Nhật, Trình Thị Tây Nam,
La Thị Thúy Hằng, Trần Duy Linh,*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng huyết áp là một bệnh lý mạn tính thường gặp, có thể dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm. Việc tuân thủ điều trị thuốc của bệnh nhân góp phần làm giảm gánh nặng bệnh tật do tăng huyết áp gây ra. Thang điểm đánh giá mức độ tuân thủ điều trị Morisky là một trong những công cụ được sử dụng rộng rãi nhất để đánh giá tuân thủ điều trị.

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ sử dụng thuốc điều trị THA và một số yếu tố liên quan đến sự tuân thủ điều trị thuốc THA.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang trên 272 bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp đang điều trị tại khoa nội A Bệnh viện ĐKTT An Giang từ tháng 02/2024 đến tháng 08/2024. Đánh giá tuân thủ sử dụng thuốc dựa trên bộ câu hỏi của Morisky.

Kết quả: Tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc điều trị THA là 88,2%. Tình trạng sống cùng gia đình có liên quan đến tuân thủ sử dụng thuốc trên bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp ($p = 0,036$)

Kết luận: Bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp có tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc khá cao. Việc xác định các yếu tố liên quan đến tuân thủ sử dụng thuốc tăng huyết áp giúp bác sĩ đưa ra kế hoạch điều trị phù hợp cho bệnh nhân.

Từ khóa: Tăng huyết áp, tuân thủ điều trị, yếu tố liên quan, thang điểm Morisky

EVALUATING MEDICATION ADHERENCE BY MORISKY SCALE AND RELATED FACTORS OF ELDERLY OUTPATIENTS WITH HYPERTENSION WHO ARE MONITORED BY THE HEALTH CARE DEPARTMENT OF AN GIANG PROVINCE

ABSTRACT

Background: Hypertension is a common chronic disease leading to dangerous complications. Medication adherence of patients will contribute to reducing the burden of disease caused hypertension. One of the most commonly used questionnaires to assess medication adherence is the Morisky Medication Adherence Scale.

Objectives: This study was conducted to determine medication adherence rate of elderly outpatients with hypertension and factors related to medication adherence.

Methods: This is a descriptive cross-sectional study of 272 elderly outpatients who are monitored by the health care department of An Giang General Hospital from February to August 2024. Assessment of medication adherence based on Morisky's questionnaire.

Results: The medication adherence rate of elderly outpatients with hypertension was 88,2%. The analysis of factors associated with medication adherence of elderly outpatients with hypertension recognized a statistically significant difference in adherence rate when the patient was living with family ($p = 0,036$).

Conclusion: Elderly outpatients with hypertension had a relatively high rate of medication adherence. Identifying related factors to medication adherence helps clinicians to provide appropriate treatment for the patient.

Key words: Hypertension, medication adherence, related factors, Morisky Medication Adherence Scale

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là bệnh lý thường gặp, tần suất mắc ngày càng gia tăng. Theo kết quả điều tra THA toàn quốc năm 2015-2016 của tác giả Nguyễn Lâm Việt, tỷ lệ mắc THA năm 2015 là 47,3% [6]. Theo kết quả khảo sát mô hình bệnh tật Khoa Nội A năm 2023, THA đứng hàng đầu trong số 10 bệnh lý thường gặp nhất, chiếm tỷ lệ 75,9%. Kiểm soát huyết áp đạt mục tiêu sẽ đem lại hiệu quả tích cực trong việc giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch và tử vong [3]. Một trong những yếu tố quan trọng quyết định sự thành công trong điều trị THA là tuân thủ điều trị thuốc. Có nhiều phương pháp để đánh giá sự tuân thủ điều trị thuốc của bệnh nhân, trong đó thang điểm đánh giá mức độ tuân thủ điều trị Morisky 8 câu hỏi (The Morisky Medication Adherence Scale -MMAS-8) là một trong những công cụ được sử dụng rộng rãi nhất [7]. Từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “*Đánh giá sự tuân thủ điều trị thuốc bằng thang điểm Morisky và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại khoa Nội A Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2024*”, với mục tiêu cụ thể như sau:

1. Xác định tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ sử dụng thuốc điều trị THA theo thang điểm Morisky.
2. Khảo sát một số yếu tố liên quan đến sự tuân thủ sử dụng thuốc điều trị THA.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu:

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Chọn: $\alpha = 0,05 \Rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; $d = 0,06$; $p = 0,701$ [4]

Cỡ mẫu ước tính: $n = 223,7$; cộng 10% dự kiến mất mẫu.

Chọn cỡ mẫu tối thiểu là 247. Thực tế thu thập được 272 đối tượng đưa vào nghiên cứu.

Đối tượng nghiên cứu:

Bệnh nhân THA khám tại phòng khám ngoại trú khoa Nội A, Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, từ tháng 02/2024 đến 08/2024.

Tiêu chuẩn chọn vào: Bệnh nhân được chẩn đoán THA theo tiêu chuẩn của VNHA/VSH 2021 [0]: huyết áp phòng khám $\geq 140/90$ mmHg hoặc đang dùng thuốc hạ áp; đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại ra: Bệnh nhân có rối loạn tri giác hoặc mắc các bệnh lý tâm thần, không đủ khả năng trả lời các câu hỏi.

Địa điểm: Khoa Nội A, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

Cách tiến hành:

Thông tin được ghi vào hồ sơ nghiên cứu thông qua hỏi bệnh, khám lâm sàng và thu thập đơn thuốc của đối tượng nghiên cứu.

Xử lý số liệu:

Kiểm tra, xử lý số liệu ngay sau khi thu thập, tiến hành mã hoá. Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích số liệu. Phân tích số liệu thống kê mô tả bằng các thông số tần số, tỷ lệ %. Sự khác biệt giữa hai nhóm được kiểm định bằng phép kiểm chi bình phương hoặc Fisher tương ứng. Phân tích mức độ ảnh hưởng một số yếu tố tới tuân thủ điều trị bằng phương pháp hồi quy logistic đa biến. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê: khi $p < 0,05$.

Đo lường các biến:

Tuổi: tính theo năm dương lịch, bằng năm khảo sát trừ đi năm sinh.

Nhóm tuổi: chia làm 4 nhóm: 60-69 tuổi, 70-79 tuổi, 80-89 tuổi, ≥ 90 tuổi.

Giới tính: nam, nữ.

Tình trạng gia đình: sống một mình, sống cùng gia đình.

Thời gian mắc bệnh THA: bằng năm khảo sát trừ đi năm bắt đầu mắc bệnh THA, chia làm 3 nhóm: < 1 năm, 1-3 năm, > 3 năm.

Bệnh kèm theo (Tim mạch, Nội tiết, Tiêu hoá, Thận – tiết niệu): có, không.

Số lần sử dụng thuốc THA trong ngày: 1 lần, ≥ 2 lần.

Phối hợp thuốc: tính dựa trên số thuốc THA sử dụng trong ngày. Đơn trị liệu: 1 loại thuốc, phối hợp thuốc: ≥ 2 loại thuốc.

Đánh giá tuân thủ sử dụng thuốc điều trị THA: theo thang điểm Morisky (MMAS-8) gồm 8 câu hỏi [0]. Trong đó, câu 1-4, 6-8: mỗi câu trả lời “Không” tính 1 điểm, “Có” tính 0 điểm. Câu 5: trả lời “Có” tính 1 điểm, “Không” tính 0 điểm. Biến số tuân thủ điều trị dùng thuốc theo MMAS-8 là biến nhị giá, không tuân thủ (< 6 điểm), tuân thủ (≥ 6 điểm).

Xác định tỉ lệ tuân thủ sử dụng thuốc điều trị THA.

Xác định một số yếu tố liên quan đến tuân thủ sử dụng thuốc điều trị THA: các yếu tố liên quan đến đặc điểm của bệnh nhân và yếu tố về chế độ sử dụng thuốc.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1.1. Đặc điểm nhân trắc học

Đặc điểm		Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	195	71,7
	Nữ	77	28,3
Nhóm tuổi	60 – 69	110	40,4
	70 – 79	119	43,8
	80 – 89	34	12,5
	≥ 90	9	3,3
Tình trạng hôn nhân, gia đình	Sống một mình	43	15,8
	Sống cùng gia đình	229	84,2
Thời gian mắc bệnh	< 1 năm	12	4,4
	1 – 3 năm	7	2,6
	> 3 năm	253	93
Bệnh kèm theo	Có	237	87,1
	Không	35	12,9

Nhận xét: Về giới tính, nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ (71,4% so với 28,6%). Đối tượng nghiên cứu tập trung ở nhóm tuổi 70-79 (43,1%). Tuổi trung bình $71,9 \pm 7,4$ tuổi; nhỏ nhất 60 tuổi; lớn nhất là 97 tuổi. Thời gian mắc bệnh trên 3 năm chiếm đa số (93%). Tỷ lệ có mắc bệnh kèm theo là 87,1%.

Bảng 1.2. Tình trạng sử dụng thuốc của bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp

Đặc điểm		Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Số lần dùng thuốc	1 lần/ngày	169	62,1%
	> 1 lần/ngày	103	37,9%
Phối hợp thuốc	Đơn trị liệu	94	34,6%
	Phối hợp thuốc	178	65,4%

Nhận xét: Phối hợp thuốc chiếm đa số (65,4%), số lần dùng thuốc 1 lần trong ngày chiếm tỷ lệ cao 62,1%.

2. Tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc điều trị THA ở bệnh nhân cao tuổi

Bảng 2.1. Phân bố điểm Morisky-8 của đối tượng nghiên cứu

Điểm Morisky	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
8	126	46,3
7	63	23,2
6	51	18,8
5	23	8,5
4	6	2,2
3	3	1,1

Nhận xét: Phân bố điểm Morisky-8 ở bệnh nhân cao tuổi THA, đạt 8 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất (46,3%), kế đến là 7 điểm (23,2%), tỷ lệ thấp nhất là 3 điểm (1,1%).

Bảng 2.2. Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ sử dụng thuốc theo thang điểm Morisky-8

Tuân thủ điều trị thuốc	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Tuân thủ	240	88,2
Không tuân thủ	32	11,2
Tổng	272	100

Nhận xét: Bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp tuân thủ điều trị thuốc chiếm tỷ lệ cao 88,2%.

3. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị thuốc trên bệnh nhân cao tuổi THA

Bảng 3.1. Mối liên quan giữa đặc điểm chung và tuân thủ điều trị thuốc

Yếu tố		Tuân thủ điều trị		p	OR (95%CI)
		Có	Không		
Giới tính	Nam	171 (71,2%)	24 (75%)	0,253	1,693 (0,686 – 4,178)
	Nữ	69 (28,8%)	8 (25%)		

Nhóm tuổi	< 70 tuổi	102 (42,5%)	8 (25%)	0,058	2,326 (0,973 – 5,560)
	≥ 70 tuổi	138 (57,5%)	24 (75%)		
Tình trạng gia đình	Sống một mình	34 (14,2%)	9 (28,1%)	0,036	2,616 (1,063 – 6,440)
	Sống cùng gia đình	206 (85,8%)	23 (71,9%)		
Thời gian mắc bệnh	≤ 3 năm	18 (7,5%)	1 (3,1%)	0,425	2,414 (0,277 – 21,056)
	> 3 năm	222 (92,5%)	31 (96,9%)		
Bệnh kèm theo	Có	207 (86,2%)	30 (93,8%)	0,468	1,801 (0,367 – 8,842)
	Không	33 (13,8%)	2 (6,2%)		
Số lần dùng thuốc	1 lần/ngày	150 (62,5%)	19 (59,4%)	0,657	1,252 (0,464 – 3,380)
	> 1 lần/ngày	90 (37,5%)	13 (40,6%)		
Phối hợp thuốc	Đơn trị liệu	81 (33,8%)	13 (40,6%)	0,194	1,918(0,718 – 5,127)
	Phối hợp thuốc	159 (66,2%)	19 (59,4%)		

Nhận xét : Tình trạng sống cùng gia đình liên quan có ý nghĩa thống kê với việc tuân thủ điều trị thuốc trên bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp ($p < 0,05$). Giới tính, độ tuổi, thời gian mắc bệnh, bệnh kèm theo, số lần dùng thuốc và cách phối hợp thuốc không có mối liên quan có ý nghĩa với việc tuân thủ điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu trên 272 bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp, tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc là 88,2%, cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Ngọc Cẩm Quyên (70,1%)[0], Hoàng Đức Thái (72%)[0] và tác giả Agnieszka Pluta (69%) [0]. Nguyên nhân có thể do khác nhau về cỡ mẫu, nơi sinh sống, đối tượng nghiên cứu có trình độ dân trí cao nên đa phần nhận thức được tầm quan trọng của quá trình điều trị. Bên cạnh đó, 100% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có bảo hiểm y tế, việc không cùng chi trả chi phí khám bệnh và thuốc điều trị giúp họ dễ dàng tiếp cận với thuốc điều trị hơn, tạo động lực tuân thủ tốt hơn.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, khi phân tích mối liên quan giữa các yếu tố với việc tuân thủ điều trị thuốc, tình trạng sống cùng gia đình làm tăng tuân thủ điều trị so với sống một mình ($p = 0,036$). Điều này cho thấy sự hỗ trợ, động viên của gia đình góp phần quản lý tốt việc tuân thủ sử dụng thuốc ở bệnh nhân cao tuổi THA. Đồng thời, nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận các yếu tố giới tính, độ tuổi, thời gian mắc bệnh, bệnh kèm theo, số lần dùng thuốc và cách phối hợp thuốc không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với việc tuân thủ điều trị thuốc ở bệnh nhân cao tuổi THA. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Nghiên cứu của tác giả Bùi Đặng Phương Chi ghi nhận có sự liên quan giữa trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân và gia đình, điều kiện kinh tế với tuân thủ điều trị thuốc ở bệnh nhân cao tuổi THA ($p < 0,001$) ; không có sự liên quan giữa chế độ liều, số thuốc sử dụng với hiện tượng không tuân thủ dùng thuốc ($p > 0,05$) [0]. Kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Thị Mỹ Hạnh cho thấy sự phân bố tuổi, giới, tình trạng hôn nhân cũng không làm ảnh hưởng tới việc tuân thủ điều trị ở bệnh nhân [0]. Nghiên cứu của Pauline E. Osamor ở một thành phố phía Nam Nigeria năm 2011 trên 440 bệnh nhân tuổi từ 25 -90 được chọn ngẫu nhiên đơn cho thấy không có sự khác biệt tuân thủ điều trị thuốc giữa nam và nữ, nhưng tình trạng hôn nhân lại có mối liên quan có ý nghĩa [0].

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp có tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc khá cao. Tình trạng sống cùng gia đình liên quan có ý nghĩa thống kê với việc tuân thủ điều trị thuốc. Việc xác định các yếu tố liên quan đến tuân thủ sử dụng thuốc tăng huyết áp giúp bác sĩ đưa ra kế hoạch điều trị phù hợp cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Đăng Phương Chi (2021), “Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp”; *Tạp chí Y học Cộng đồng*, 62(1), 29-34.
2. Trần Thị Mỹ Hạnh (2017), *Đánh giá kết quả can thiệp nâng cao thực hành theo dõi huyết áp và tuân thủ điều trị ở người tăng huyết áp trên 50 tuổi tại huyện Tiền Hải, tỉnh Thái Bình*, Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y tế Công cộng.
3. Huỳnh Văn Minh (2021), “Tóm lược khuyến cáo chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp VNHA/VSH 2021”, *Hội Tim Mạch Việt Nam/Phân Hội tăng huyết áp Việt Nam*.
4. Nguyễn Ngọc Cẩm Quyên (2023), “Khảo sát tình hình tuân thủ sử dụng thuốc và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2022-2023”, *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 63, 135-142.
5. Hoàng Đức Thái (2020), “Tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp”; *Tạp chí Y học Cộng đồng*, 63(2), 28-33.
6. Nguyễn Lâm Việt (2016), *Kết quả mới nhất điều tra tăng huyết áp toàn quốc năm 2015-2016*, *Hội nghị Tăng huyết áp Việt Nam lần thứ 2, Khách sạn Grand Plaza, Hà Nội, 2016*.
7. Morisky D.E, et al (2008), “Predictive Validity of A Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting”, *J Clin Hypertens (Greenwich)*, 10(5), 348-354.
8. Pluta A., Sulikowska B., Manitus J. et al (2020), “Acceptance of illness and compliance with therapeutic recommendations in patients with hypertension”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 1-10.
9. Pauline E Osamor, Bernard E Owumi (2011), "Factors Associated with Treatment Compliance in Hypertension in Southwest Nigeria", *J Health Popul Nutr*, 29(6), 619-628.

HIỆU QUẢ PHƯƠNG PHÁP NUÔI ĂN QUA ỐNG THÔNG DẠ DÀY BẰNG MÁY TRUYỀN DỊCH TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC NGOẠI KHOA

Trần Thị Bé Thì, Nguyễn Minh Trí
Nguyễn Hồng Quỳnh, Huỳnh Thị Cẩm

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nuôi ăn qua đường tiêu hóa là một phương pháp đã được áp dụng từ lâu cho người bệnh, nhằm tăng cường lượng dinh dưỡng hấp thụ và ngăn ngừa suy dinh dưỡng. Chọn lựa cách nuôi ăn cũng rất quan trọng sao cho ổn định trọng lực khi bơm, tránh trào ngược, tiêu chảy, chướng bụng và hấp thu đủ dinh dưỡng. Tác dụng các máy truyền dịch có sẵn và đầy đủ các tính năng như một máy bơm thức ăn chúng tôi đã tiến hành thực hiện cho bệnh nhân truyền dinh dưỡng qua máy, đồng thời nghiên cứu đánh giá “Hiệu quả của phương pháp nuôi ăn qua thông dạ dày bằng máy truyền dịch tại khoa SICU”.

Mục tiêu: Nuôi ăn bệnh nhân qua ống thông dạ dày bằng máy truyền dịch nhằm giảm thiểu tối đa những biểu hiện kém hấp thu. Đánh giá tính an toàn của máy và sự hài lòng của điều dưỡng cũng như bệnh nhân.

Đối tượng và pp nghiên cứu: mô tả cắt ngang với 100 bệnh nhân nhập khoa SICU Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang được nuôi ăn bằng máy truyền dịch đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu từ tháng 2-2024 đến tháng 8-2024.

Kết quả nghiên cứu: Những ghi nhận kém hấp thu chung là 17% bao gồm: thức ăn tồn dư; chướng bụng; tiêu chảy; trào ngược. Trong đó chướng bụng cao nhất với 14 trường hợp. Những điểm tích cực như an toàn của máy 100%, hài lòng của bệnh nhân 100%, nhận xét tích cực của điều dưỡng 100%.

Kết luận: Phương pháp nuôi ăn qua thông dạ dày với máy truyền dịch là một phương pháp hữu hiệu, an toàn, áp dụng được cho nhiều đối tượng. Được cả điều dưỡng và bệnh nhân hài lòng. Điều này đã chứng tỏ qua khảo sát biểu hiện kém hấp thu rất nhỏ. Tuy nhiên số mẫu trong nghiên cứu còn hạn chế cần phải nghiên cứu rộng hơn để đánh giá xác đáng hơn.

ABSTRACT

Introduction: Nutritional support via the digestive tract is a method that has long been applied for patients to enhance nutrient absorption and prevent malnutrition. Choosing the appropriate feeding method is crucial to maintain stable weight during infusion, avoid reflux, diarrhea, bloating, and ensure adequate nutrient absorption. By utilizing available infusion pumps with comprehensive features, we have implemented enteral nutrition via these pumps for patients and simultaneously conducted a study to evaluate the "Effectiveness of enteral feeding through a nasogastric tube using infusion pumps in the SICU."

Objective: To provide enteral nutrition for patients via a nasogastric tube using infusion pumps to minimize the manifestations of poor absorption. To assess the safety of the pumps and the satisfaction of both nurses and patients.

Subjects and Methods: A cross-sectional descriptive study involving 100 patients admitted to the SICU of An Giang Central General Hospital, who received enteral nutrition via infusion pumps meeting the required standards. The study was conducted from February 2024 to August 2024.

Results: The overall malabsorption rate is 17%, which includes residual food, bloating, diarrhea, and reflux. Among these, bloating is the highest, with 14 cases. Positive aspects include 100% safety of the device, 100% patient satisfaction, and 100% positive feedback from nurses.

Conclusion: The method of enteral feeding through a nasogastric tube using infusion pumps is an effective and safe approach that can be applied to various patient groups. Both

nurses and patients expressed satisfaction with this method. This is evidenced by the very low incidence of poor absorption recorded in the survey. However, the sample size in this study is limited, and further research with a larger sample is needed for a more accurate assessment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nuôi ăn qua đường tiêu hóa là một phương pháp đã được áp dụng từ lâu cho người bệnh, nhằm tăng cường lượng dinh dưỡng hấp thụ và ngăn ngừa suy dinh dưỡng. Hệ thống bơm thức ăn đường ruột đầu tiên được một người Anh tên là Reeve sử dụng vào năm 1916 nhưng được biết đến rộng rãi hơn như một phương tiện cung cấp thức ăn đường ruột sau khi Edward Barron phát triển và giới thiệu bơm thức ăn vào năm 1956. Một sự hợp tác độc đáo giữa đội ngũ y tế và kỹ sư có trụ sở tại Bệnh viện Henry Ford và Tập đoàn Chrysler đã dẫn đến sự phát triển của một máy "bơm thức ăn", cung cấp thức ăn nghiền nhuyễn thông qua một ống thông mũi dạ dày⁰. Người ta nhận ra rằng để hỗ trợ khả năng dung nạp, cần phải có tốc độ cho ăn chậm và liên tục ở những bệnh nhân bệnh nặng và những bệnh nhân nuôi ăn qua tá tràng và hồi tràng. Bơm thức ăn được coi là phương tiện tốt hơn do trọng lực đều hoặc truyền liên tục thức ăn qua đường ruột được điều chỉnh. Nhưng máy bơm thức ăn đường ruột chỉ được sử dụng rộng rãi hơn từ những năm 1970 trở đi, trùng với sự phát triển của các công thức dinh dưỡng⁰. Đến cuối những năm 1990, các hệ thống máy bơm thức ăn đường ruột đã phát triển các tính năng an toàn bổ sung, bao gồm các điều khiển vi xử lý, chọn lập trình, khả năng nhận dạng các điều kiện báo động, bảo vệ chống dòng chảy tự do, cửa an ninh đặt sẵn để cung cấp và bảo vệ chống truyền quá mức⁰⁰.

Tại khoa SICU việc đảm bảo dinh dưỡng cho bệnh nhân là tối quan trọng trong việc sớm hồi phục. Với những bệnh nhân chưa thể ăn uống qua đường miệng được thì việc nuôi ăn qua thông dạ dày được coi là một lựa chọn phổ biến nhờ tính an toàn, hiệu quả và dễ thực hiện. Có nhiều phương pháp nuôi ăn qua thông dạ dày như bơm ăn trực tiếp (bơm bolus 50ml), nuôi ăn ngắt quãng, nuôi nhỏ giọt bằng túi cho ăn, nuôi ăn nhỏ giọt liên tục bằng máy truyền dịch ... Mặc dù thế, chọn lựa cách nuôi ăn cũng rất quan trọng sao cho ổn định trọng lực khi bơm, tránh trào ngược, tiêu chảy, chướng bụng và hấp thu đủ dinh dưỡng. Tại khoa máy truyền dịch có sẵn, số lượng khá nhiều và đầy đủ các tính năng như một máy bơm thức ăn. Vì thế chúng tôi đã tận dụng để bơm thức ăn cho bệnh nhân, đồng thời nghiên cứu đánh giá “Hiệu quả của phương pháp nuôi ăn qua thông dạ dày bằng máy truyền dịch tại khoa SICU”.

Mục tiêu nghiên cứu: Nuôi ăn bệnh nhân qua ống thông dạ dày bằng máy truyền dịch nhằm giảm thiểu tối đa những biểu hiện kém hấp thu. Đánh giá tính an toàn của máy và sự hài lòng của điều dưỡng cũng như bệnh nhân.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng

Chọn 100 bệnh nhân nhập tại khoa SICU từ tháng 2/2024 đến tháng 8/2024 được nuôi ăn bằng máy truyền dịch qua ống thông dạ dày.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có các bệnh lý đường tiêu hóa nặng, các bệnh chống chỉ định dinh dưỡng qua đường tiêu hóa hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 2/2024 đến tháng 8/2024

Địa điểm: Khoa SICU Bệnh viện ĐKTT An Giang

Phương pháp tiến hành: Túi thức ăn được kết nối với máy truyền dịch Bbraun. Các thông số được cài đặt như: tốc độ, số giọt trong một phút, báo động. Khi đã ổn định sẽ gắn vào ống thông dạ dày đã đặt. Ngày cho ăn 4 lần, tốc độ là 60 giọt/phút, mỗi lần kéo dài 1 giờ 5 phút. Trước khi cho ăn điều dưỡng sẽ kiểm tra thức ăn tồn dư, đồng thời sẽ ghi nhận những triệu chứng kém hấp thu như tiêu chảy, trào ngược, chướng bụng. Chỉ số khối cơ thể BMI. Tính an toàn của máy; hài lòng của bệnh nhân; nhận xét của điều dưỡng trực tiếp chăm sóc.

Các thông số liên quan đến bệnh được ghi nhận: Loại bệnh lý, Tuổi, Giới, Mạch, Huyết áp.
Phân tích thống kê: Xử lý và làm sạch số liệu bằng Excel 2010. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Có ý nghĩa thống kê khi $P = 0.05$

III. KẾT QUẢ

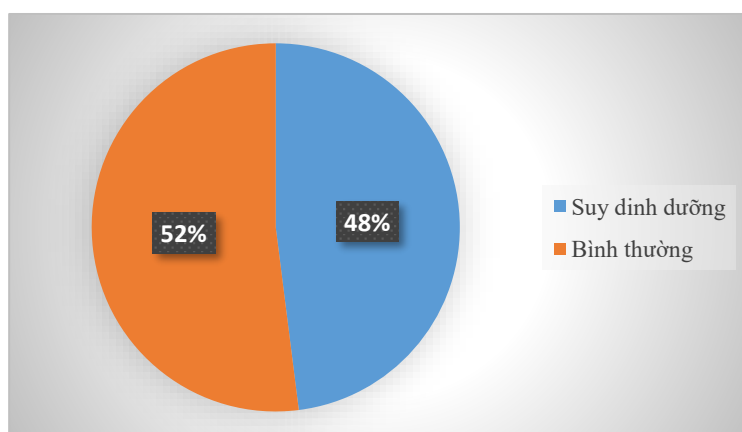
Chúng tôi ghi nhận có tổng số 100 bệnh nhân, giới nam: 43 (chiếm 43%), tuổi trung bình 70.28 ± 15.825 (nhỏ nhất 29 tuổi, lớn nhất 100 tuổi), số bệnh nhân cao tuổi đủ 60 tuổi trở lên chiếm 79%.

Bảng 1: Tình trạng bệnh

Tình trạng bệnh	Số bệnh nhân
Nhiễm trùng huyết	48 (48%)
Suy hô hấp	14 (14%)
Chấn thương sọ não	15 (15%)
Các bệnh khác	23 (23%)

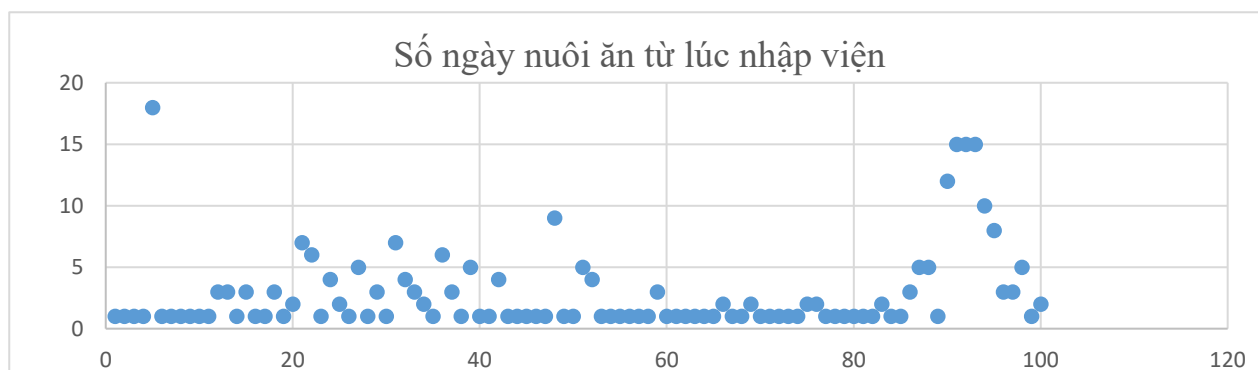
Hầu hết các bệnh nhân trong nghiên cứu đều rất nặng nhiễm trùng huyết 48%, suy hô hấp 14%, Chấn thương sọ não 15%, các bệnh khác như ung thư, hôn mê do tiểu đường, hôn mê do chấn thương ...23%

Biểu đồ 1. Tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số khối cơ thể BMI



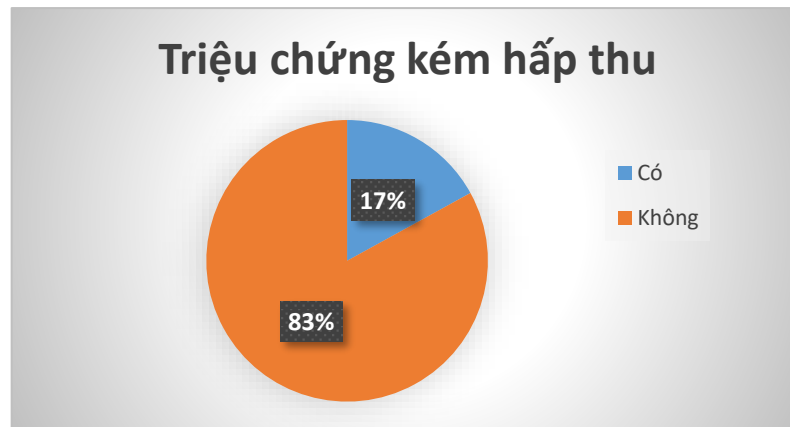
Tình trạng dinh dưỡng trước khi nuôi ăn có 48% đối tượng suy dinh dưỡng với chỉ số khối BMI < 18.5

Biểu đồ 2. Thời gian nuôi dưỡng



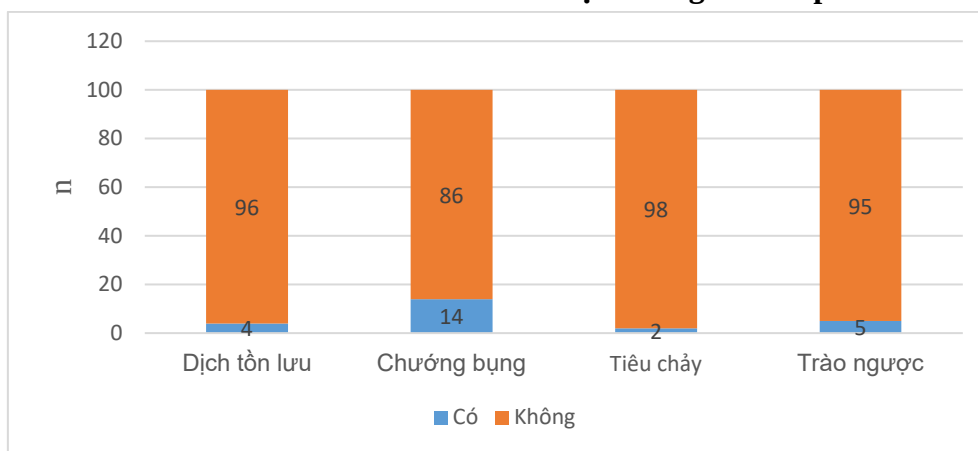
Các bệnh nhân được nuôi ăn trong vòng 48 giờ có 58 bệnh và sau 48 giờ có 42 bệnh.

Biểu đồ 3. Triệu chứng kém hấp thu chung



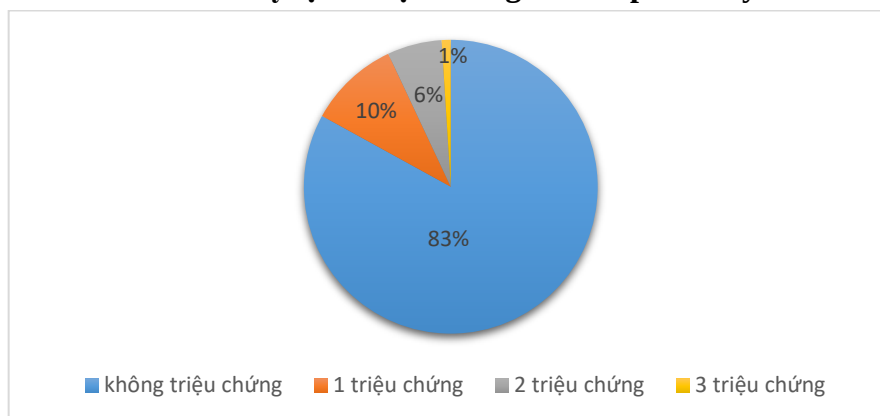
Nhận xét: Tình trạng kém hấp thu chung chiếm tỷ lệ 17%

Biểu đồ 4. Các triệu chứng kém hấp thu



Nhận xét: Triệu chứng chướng bụng xảy ra nhiều nhất 14 trường hợp, triệu chứng trào ngược, dịch tồn lưu, tiêu chảy lần lượt là 5; 4; 2.

Biểu đồ 5. Tỷ lệ số triệu chứng kém hấp thu xảy ra



Nhận xét: 83% không có triệu chứng, 10% chỉ có 1 triệu chứng, 6% kết hợp 2 triệu chứng và 1% kết hợp 3 triệu chứng.

Bảng 2. Mối liên quan giữa Suy dinh dưỡng, thời gian nuôi ăn, tuổi với triệu chứng kém hấp thu

	TRIỆU CHỨNG KÉM HẤP THU			p
		KHÔNG	CÓ	
BMI	Nhóm suy dinh dưỡng	39	9	0.654
	Nhóm không suy dinh dưỡng	44	8	
THỜI GIAN NUÔI ĂN	Ăn trong vòng 48 giờ	50	8	0.316
	Ăn sau 48 giờ	33	9	
Tuổi	<60 tuổi	34	4	0.751
	≥60 tuổi	66	13	

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa BMI, thời gian nuôi ăn, tuổi với triệu chứng kém hấp thu với p lần lượt P = 0.654, 0.316, 0.751

Bảng 3: Tính an toàn của máy và sự hài lòng bệnh nhân, điều dưỡng

VẤN ĐỀ	HÀI LÒNG	K. HÀI LÒNG	Nhận xét
Tính an toàn của máy	100%	0%	Tốt
Hài lòng của BN	100%	0%	Tốt
Nhận xét của Điều dưỡng	100%	0%	Tốt

Khảo sát của chúng tôi cho thấy tính an toàn của máy 100%; Bệnh nhân an tâm và hài lòng 100%; nhận xét của điều dưỡng an tâm, cùng một lúc có thể cho nhiều bệnh nhân ăn nên hài lòng 100%

VI. BÀN LUẬN

Theo kết quả chúng tôi thấy rằng 100 người bệnh trong nghiên cứu tại khoa SICU tất cả đều là bệnh rất nặng: nhiễm trùng huyết 48%, suy hô hấp 14%, chấn thương sọ não 15%, các bệnh khác 23%. Nữ 57% nam 43%. Độ tuổi trung bình 70.28 ± 15.825 . Tuổi 60 trở lên chiếm 79%. Trẻ tuổi nhất là 29 tuổi và cao tuổi nhất là 100 tuổi. Chỉ số khối cơ thể trung bình là 19.93 ± 0.776 trong đó có 48% đối tượng thuộc nhóm suy dinh dưỡng ($BMI < 18.5$). Điều này cho thấy bệnh nặng, tuổi cao các dung nạp đều kém nên tình trạng suy dinh dưỡng khá nhiều (48%), vì thế trong điều trị cần kết hợp dinh dưỡng, cũng như các phương pháp nuôi ăn qua ống thông phải thật sự ổn định tránh các kích thích khi áp lực bơm tăng bất thường, hoặc không đưa đủ dinh dưỡng và hạn chế tối đa những biểu hiện kém hấp thu.

Như trong biểu đồ 3 chúng tôi nhận thấy rằng tỷ lệ kém hấp thu chung khi sử dụng phương pháp nuôi ăn bệnh nhân qua ống thông dạ dày bằng máy truyền dịch là 17% trong đó có 10% biểu hiện 1 triệu chứng; 6% biểu hiện 2 triệu chứng và 1% biểu hiện 3 triệu chứng (biểu đồ 5). Nếu tính về các triệu chứng kém hấp thu như: chướng bụng; trào ngược; dịch tồn lưu trong dạ dày; tiêu chảy lần lượt là 14, 5, 4, 2 (biểu đồ 4) thì triệu chứng chướng bụng là cao nhất 14 trường hợp và kế đến là triệu chứng trào ngược 5, dịch tồn lưu 4. Có thể những bệnh nhân nằm tại khoa SICU đều là bệnh nặng nằm yên một tư thế, xoay trở ít vì thế những triệu chứng này cao, cần phải xoay trở tăng cường. So với nghiên cứu của Nguyễn Thị Huệ và các cộng sự tại bệnh viện Tim Hà Nội khi cho ăn bằng bơm Bolus chỉ hai triệu chứng tiêu chảy và chướng bụng đã là 28% thì nghiên cứu phương pháp cho ăn của chúng tôi hiệu quả hơn.

Đặc biệt hơn phương pháp cho ăn của chúng tôi rất ổn định và hằng định có thể áp dụng cho mọi đối tượng như trong bảng 2 khi so sánh giữa các nhóm suy dinh dưỡng và không suy dinh dưỡng; nhóm cho ăn trong 48 giờ và nhóm cho ăn sau 48 giờ; nhóm lớn hơn 60 tuổi và nhóm dưới 60 tuổi. Chúng tôi nhận thấy rằng không có sự khác biệt, không có ý nghĩa thống kê khi ($P = 0.654; 0.316; 0.751$).

Về phương tiện cho ăn chúng tôi thấy rằng dùng máy bơm truyền dịch cho ăn qua ống thông dạ dày an toàn hơn, tốc độ được chỉnh chính xác và hằng định không có báo động bất thường. Thời gian kết thúc đúng như cài đặt. Tính an toàn trong thời gian nghiên cứu đạt 100%. Ngoài ra khảo sát sự hài lòng của người nhà, họ cho rằng rất an toàn so với bơm tay vì không đều tay lúc mạnh, lúc nhẹ hoặc ống tiêm không trơn sẽ làm bệnh nhân khó chịu khi áp lực mạnh. Nhận xét của điều dưỡng cũng hài lòng 100% vì không phải bơm tay, và cùng một lúc có thể cho nhiều bệnh nhân ăn cũng như tránh được nhiều biến chứng, bệnh nhân rất ít chứng biểu hiện hấp thu. Điều này đã được Helen White và cộng sự trong nghiên cứu “Máy bơm nuôi ăn qua đường tiêu hóa: hiệu quả, an toàn và khả năng chấp nhận của bệnh nhân” đã cho thấy rất hiệu quả, an toàn và nghiên cứu của chúng tôi cũng thấy điều đó.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp nuôi ăn qua thông dạ dày với máy truyền dịch là một phương pháp hữu hiệu, an toàn được cả điều dưỡng, bệnh nhân hài lòng. Điều này đã chứng tỏ qua khảo sát biểu hiện kém hấp thu rất nhỏ chỉ 17%: Trong đó biểu hiện 1 triệu chứng là 10%; 2 triệu chứng 6% và 3 triệu chứng 1%. Chướng bụng còn cao 14 trường hợp. Những điểm tích cực như an toàn của máy 100%, hài lòng của bệnh nhân và người nhà 100%, nhận xét tích cực của điều dưỡng 100%. Bên cạnh các phương pháp truyền thông như bơm trực tiếp (Bơm bolus 50ml), nuôi ăn ngắt quãng, nuôi ăn nhỏ giọt liên tục thì phương pháp nuôi ăn qua máy truyền dịch cho thấy có hiệu quả cao, các triệu chứng kém hấp thu ít. Tuy nhiên số mẫu trong nghiên cứu còn hạn chế cần phải nghiên cứu rộng hơn để đánh giá xác đáng hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nguyễn Thị Huệ. Đánh giá kết quả nuôi ăn sớm qua ống thông dạ dày ở bệnh nhân sau phẫu thuật tại bệnh viện tim Hà Nội. Tạp chí phẫu thuật tim lồng ngực số đặc biệt. Tháng 12/2021.
- Helen white, linsey King. Enteral feeding pumps: efficacy, safety, and patient acceptability. Medical Devices: Evidence and Research 2014;7 291–298
- Barron J, Prendergast JJ, Jocz MW. Food pump; new approach to tube feeding. J Am Med Assoc. 1956;161(7):621–622. [PubMed] [Google Scholar]
- Forlaw KL, Chernoff R, Guenter P. Enteral delivery systems. In: Rombeau JL, Caldwell MD, editors. Clinical Nutrition: Enteral and Tube Feeding. 2nd ed. Philadelphia, PA: WB Saunders Co; 1990. pp. 174–190. [Google Scholar]
- Goff KL. The nuts and bolts of enteral infusion pumps. Medsurg Nurs. 1997;6(1):9–15. quiz 16. [PubMed] [Google Scholar]
- Nobel JJ. Enteral feeding pumps. Pediatr Emerg Care. 1996;12(2):128–136. [PubMed] [Google Scholar]
- Viall C. Enteral feeding technology. Nursing. 1994;24(8):32J–32K. [PubMed] [Google Scholar]
- Jones SA, Guenter P. Automatic flush feeding pumps. Nursing. 1997;27(2):56–58. [PubMed] [Google Scholar]
- Companion® Enteral nutrition pump operating manual [package insert] Columbus, OH: Ross Products Division of Abbott Laboratories; 2001. [Accessed June 27, 2014]. Available from: <http://www.meql.com/Manuals/Ross-Companion-Feeding-Pump-User-Manual.pdf>. [Google Scholar].

KHẢO SÁT KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH PHÒNG TÁI PHÁT CỦA NGƯỜI BỆNH VIÊM TUY CẤP TẠI KHOA NỘI TIÊU HOÁ HUYẾT HỌC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024

Bùi Thị Thanh Trúc, Bùi Thị Thuý Vi
Trần Phú Giàu, Huỳnh Thị Diệu Hiền

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kiến thức và thực hành phòng tái phát của người bệnh viêm tụy cấp tại Khoa Nội Tiêu hóa – Huyết học Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang năm 2024

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang trên 74 người bệnh đến khám và điều trị tại Khoa Nội Tiêu hóa – Huyết học Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang từ tháng 03/2024 đến tháng 09/2024

Kết quả: Đa số nam chiếm (77%), nữ (23%). Nhóm 40- 60 tuổi trở lên chiếm (48,6%), trình độ trung học cơ sở chiếm (50%), kinh tế gia đình trung bình chiếm (77%). Phần lớn người bệnh sinh sống ở nông thôn (58,1%). Người bệnh vào viện với lý do đau bụng chiếm tỷ lệ (97,3%). Người bệnh viêm tụy cấp có bệnh lý kèm theo (39,2%), Người bệnh viêm tụy cấp tái khám đúng hẹn (24,3%), nguyên nhân gây bệnh viêm tụy cấp do lạm dụng rượu (55,4%), (77%) dấu hiệu đau bụng gợi ý bệnh. Chế độ ăn trong giai đoạn ổn định đạt 78,4%, ăn tăng cường rau xanh và hoa quả (91,9%), Có (41,9%) người bệnh có nhận thức đúng là không được hút thuốc lá. Người bệnh nhận thức được cần duy trì trọng lượng cơ thể ở mức vừa phải (82,4%). Về luyện tập thể dục thể thao có (87,8%).

Kết quả: Người bệnh có kiến thức và thực hành phòng ngừa tái phát về bệnh viêm tụy cấp đạt (39,2%), chưa đạt (60,8%). Người bệnh nữ có kiến thức và thực hành phòng tái phát bệnh viêm tụy cấp tốt hơn nam sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($P=0,00$). Người bệnh ở nông thôn có kiến thức và thực hành phòng tái phát bệnh viêm tụy cấp tốt hơn sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với ($P= 0,03$). Người bệnh viêm tụy cấp có bệnh lý kèm theo có kiến thức và thực hành phòng tái phát bệnh tốt hơn người bệnh không có bệnh lý kèm theo sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($P=0,02$). Người bệnh không uống rượu bia có kiến thức và thực hành phòng tái phát bệnh tốt hơn người bệnh có uống rượu bia sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($P=0,00$). Người bệnh có kiến thức tái khám đúng hẹn thực hành phòng tái phát bệnh tốt sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với ($P= 0,00$).

Kết luận: Kiến thức và thực hành của người bệnh viêm tụy cấp về phòng tái phát còn thấp

ABSTRACT

Objective: To assess the knowledge and practice of relapse prevention in patients with acute pancreatitis at the Department of Gastroenterology – Hematology, An Giang Central General Hospital in 2024.

Methods: A cross-sectional descriptive study conducted on 74 patients who visited and were treated at the Department of Gastroenterology – Hematology, An Giang Central General Hospital from March 2024 to September 2024.

Results: The majority of patients were male (77%), with females accounting for (23%). The age group of 40-60 years and older made up (48.6%), while 50% had a middle school education. Patients with average household income represented (77%). Most patients lived in rural areas (58.1%). The primary reason for hospital admission was abdominal pain, accounting for (97.3%). Patients with acute pancreatitis who had comorbid conditions made up (39.2%). Only (24.3%) of patients attended follow-up appointments as scheduled. The cause of acute pancreatitis was attributed to alcohol abuse in (55.4%) of cases, with (77%) reporting abdominal pain as a key symptom. During the stable phase, (78.4%) followed an appropriate diet, and (91.9%) increased their intake of green vegetables and fruits. Additionally, (41.9%)

correctly recognized that smoking is prohibited. Patients were aware of the need to maintain a moderate body weight (82.4%), and (87.8%) engaged in physical exercise. Results: Patients' knowledge and practices for preventing relapse of acute pancreatitis were at (39.2%), with (60.8%) not meeting the expected standards. Female patients demonstrated significantly better knowledge and practice in relapse prevention compared to males ($P=0.00$). Patients in rural areas also showed significantly better knowledge and practices ($P=0.03$). Patients with comorbidities had better knowledge and practices than those without ($P=0.02$). Patients who did not consume alcohol exhibited significantly better knowledge and practices than those who drank alcohol ($P=0.00$). Patients who understood the importance of timely follow-up visits also demonstrated better relapse prevention practices ($P=0.00$).

Conclusion: Knowledge and practices regarding relapse prevention among patients with acute pancreatitis remain low.

I- ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp là một cấp cứu thường gặp do men tụy từ dạng chưa hoạt động chuyển thành dạng hoạt động ngay tại tuyến tụy và tiêu hủy tuyến tụy [6]. Viêm tụy cấp (VTC) là một bệnh thường được gặp ở khoa cấp cứu các bệnh viện với bệnh cảnh cơn đau bụng cấp. Bệnh thường xảy ra đột ngột với những triệu chứng lâm sàng đa dạng và phức tạp [3]. Trên thế giới, tỷ lệ mắc viêm tụy cấp khoảng 34 trường hợp/100.000 dân, khu vực có tỷ lệ mắc cao là Bắc Mỹ và Tây Thái Bình Dương [9]. Ở Hà Lan từ 1992 đến 2004 số bệnh nhân VTC tăng 75%. Ở Anh bệnh nhân VTC tăng 3,1% mỗi năm. Khoảng 10 – 15% ca VTC có diễn tiến nặng và có thể dẫn đến tử vong [6]. Ở Việt Nam chưa biết rõ tần số mắc trong nhân dân, nhưng có vẻ tăng lên so với trước, phải chăng do đời sống ngày càng cao [4]. Viêm tụy cấp nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời có thể đưa đến nhiều biến chứng như: Chảy máu, suy hô hấp, suy đa tạng, nhiễm trùng dẫn đến tử vong. Viêm tụy cấp nhẹ có thể hồi phục trong vòng một tuần. Tuy nhiên, khoảng 20% bệnh nhân sẽ tiếp tục phát triển thể trung bình hoặc nặng, với tỷ lệ tử vong là xấp xỉ 30% [10]. Tỷ lệ chuyển tiếp từ đợt viêm tụy cấp đầu tiên sang đợt tái phát là khoảng 20%, từ viêm tụy cấp tái phát đến viêm tụy mãn tính là khoảng 35% [9]. Những nguyên nhân gây ra tình trạng trên là do kiến thức của người bệnh còn thấp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục tiêu khảo sát kiến thức và thực hành phòng tái phát của người bệnh viêm tụy cấp tại Khoa Nội tiêu hóa huyết học, Bệnh viện Đa khoa Trung Tâm An Giang

II- PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phỏng vấn trực tiếp người bệnh viêm tụy cấp bằng bộ câu hỏi nghiên cứu.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán xác định bệnh viêm tụy cấp, tự nguyện tham gia nghiên cứu

Cỡ mẫu: thuận tiện

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: từ ngày 03/2024 đến 09/2024

Địa điểm nghiên cứu: khoa Nội tiêu hóa huyết học, bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang.

2.4. Xử lý, phân tích số liệu

Dùng phần mềm SPSS 22.0, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị $P \leq 0,05$

III- KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu từ ngày 03/2024 đến 09/2024 có 74 người bệnh tham gia nghiên cứu thỏa tiêu chuẩn chọn. Những người bệnh này đã trả lời đầy đủ bộ câu hỏi nghiên cứu, cho kết quả như sau:

Đặc điểm chung		Tần số (n)	Tỷ lệ %
Giới tính	Nữ	17	23
	Nam	57	77
Nhóm tuổi	21 - 40	23	31,1
	41 - 60	36	48,6
	>60	15	20,3
Trình độ chuyên môn	Tiểu học	25	33,8
	Trung học cơ sở	37	50
	Trung học phổ thông trở lên	12	16,2
Nghề nghiệp	Công Nhân viên	6	8,1
	Nông dân	18	24,3
	MSLĐ	15	20,3
	Khác	35	47,3
Kinh tế gia đình	Nghèo	5	67,6
	Trung bình	57	77
	Khá	12	16,2
Nơi ở	Nông thôn	43	58,1
	Thành Thị	31	41,9
Nguồn thông tin về bệnh	Nhân viên y tế	74	100
	Mạng Internet, tivi, báo đài	8	10,8
	Từ người thân, bạn bè	6	8,1
	Không được hướng dẫn	0	0

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Đa số người bệnh nam nhiều hơn nữ, có trình độ trung học cơ sở chiếm tỷ lệ (50%). Nhóm tuổi 41- 60 chiếm (48,6%). Đa số người bệnh nghề nghiệp lao động tự do, công việc không ổn định (55,6%). Nơi người bệnh sinh sống phần lớn ở nông thôn (58,1%). Kinh tế gia đình người bệnh trung bình (77%)

3.2. Đặc điểm bệnh ở đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm bệnh		Tần số (n)	Tỷ lệ %
Bệnh lý kèm theo	Có	29	39,2
	Không	45	60,8
Lý do vào viện	Đau bụng	72	97,3
	Buồn nôn, nôn	8	10,8

	Bí trung đại tiện	6	8,1
	Vã mồ hôi và khó thở	4	5,4
	Triệu chứng khác	2	2,7
Số lần nhập viện	2 lần	37	50
	3-4 lần	29	39,2
	>5 lần	8	10,8
Tái khám	Đúng hẹn	18	24,3
	Khi thấy bất thường	50	67,6
	Không tái khám	6	8,1

Bảng 2. Đặc điểm bệnh ở đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Người bệnh vào viện với lý do đau bụng chiếm tỷ lệ (97,3%). Đa số người bệnh nhập viện 2 lần chiếm (50%). Người bệnh viêm tụy cấp có bệnh lý kèm theo (39,2%), Người bệnh viêm tụy cấp tái khám đúng hẹn (24,3%), tái khám khi có triệu chứng bất thường (67,6%), không tái khám (8,1%)

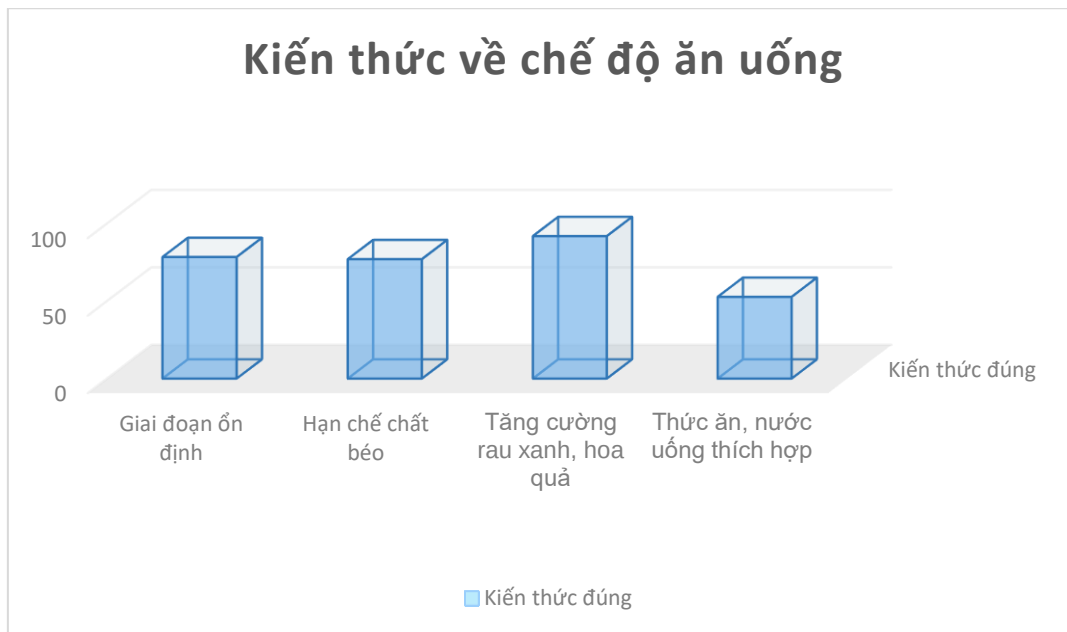
3.3 Kiến thức của người bệnh về bệnh viêm tụy cấp

Nội dung		Tần số (n)	Tỷ lệ %
Nguyên nhân	Sỏi mật	8	10,8
	Rối loạn chuyển hoá	5	6,8
	Lạm dụng rượu	41	55,4
	Không rõ nguyên nhân	22	29,7
Dấu hiệu gợi ý	Đau bụng	57	77
	Buồn nôn, nôn	5	6,8
	Bí trung đại tiện	2	2,7
	Vã mồ hôi và khó thở	1	1,35
	Triệu chứng khác	10	13,5

Bảng 3. Kiến thức của người bệnh về bệnh viêm tụy cấp

Nhận xét: Nguyên nhân gây bệnh viêm tụy cấp, do lạm dụng rượu (55,4%), do rối loạn chuyển hoá (6,8%), không rõ nguyên nhân (29,7%). Dấu hiệu gợi ý bệnh: (77%) dấu hiệu đau bụng, bí trung đại tiện và nôn ói (9,5%), triệu chứng khác (13,5%).

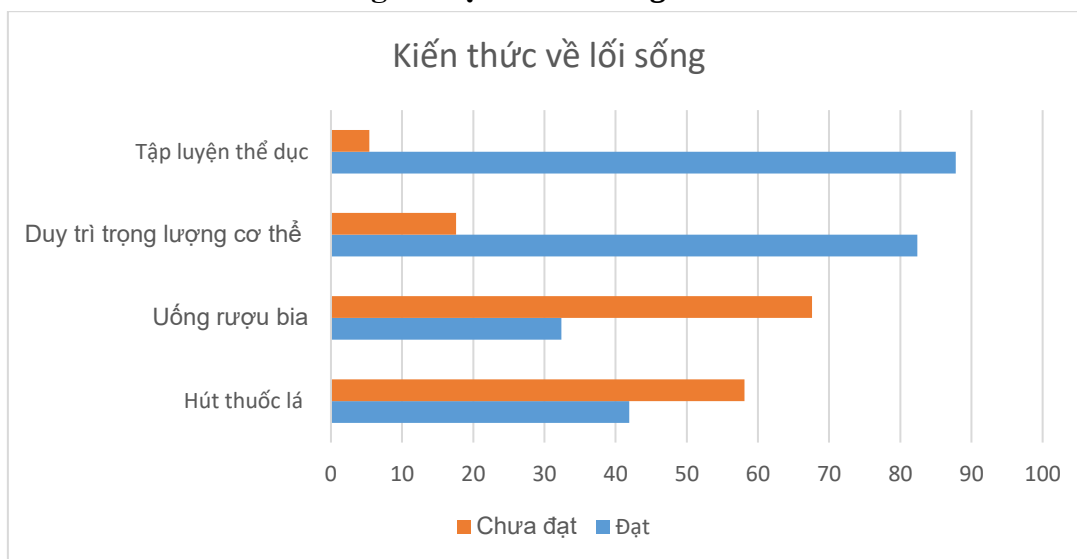
3.4 Kiến thức của người bệnh về chế độ ăn uống



Biểu đồ 1 Kiến thức đúng về chế độ ăn uống

Nhận xét: Chế độ ăn trong giai đoạn ổn định đạt (78,4%). Ăn tăng cường rau xanh và hoa quả (91,9%), Thức ăn phải được lựa chọn, nước uống lựa chọn phù hợp với bệnh lý viêm tụy cấp (52,7%). Chế biến thức ăn thịt cá luộc, hấp đạt (77%).

3.5 Kiến thức của người bệnh về lối sống

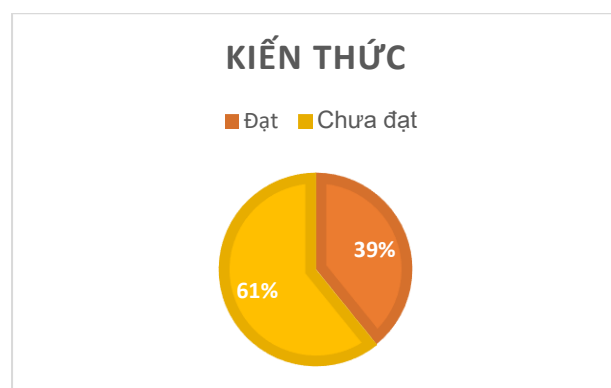


Biểu đồ 2 Kiến thức của người bệnh về lối sống

Nhận xét: Có 41,9% người bệnh có nhận thức đúng là không được hút thuốc lá. Người bệnh nhận thức được cần duy trì trọng lượng cơ thể ở mức vừa phải 82,4%. Về luyện tập thể dục thể thao có 87,8% người bệnh có nhận thức phải thường xuyên tập thể dục. Người bệnh không dùng rượu bia có 32,4%

3.6 Đánh giá kiến thức của người bệnh về bệnh viêm tụy cấp

- Tỷ lệ kiến thức của người bệnh



Biểu đồ 3 Tỷ lệ kiến thức của người bệnh

Nhận xét: Người bệnh có kiến thức về phòng ngừa tái phát viêm tụy cấp đạt (39,2%), có 60,8% người bệnh có kiến thức chưa đạt.

- Các yếu tố liên quan từ dân số kinh tế xã hội đến thực hành phòng tái phát của người bệnh

Đặc điểm		Thực hành		OR (KTC 95%)	P
		Đạt (%)	Chưa đạt (%)		
Giới tính	Nữ	14(82,4%)	3(17,6%)	0,077 (0,019-0,304)	P=0,00
	Nam	15(26,3%)	42(72,7%)		
Nơi ở	Nông thôn	21(48,8%)	22(51,2%)	0,364 (0,134-0,993)	P=0,03
	Thành thị	8(25,8%)	23(74,2%)		

Bảng 4 Các yếu tố liên quan từ dân số kinh tế xã hội đến thực hành phòng tái phát của người bệnh

Nhận xét: Kết quả trên cho biết người bệnh nữ có kiến thức và thực hành phòng tái phát bệnh viêm tụy cấp tốt hơn nam sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với (P=0,00). Người bệnh ở nông thôn có kiến thức và thực hành phòng tái phát bệnh viêm tụy cấp tốt hơn sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với (P= 0,03).

- Ảnh hưởng từ đặc điểm bệnh lý của người bệnh

Đặc điểm		Thực hành		OR (KTC 95%)	P
		Đạt (%)	Chưa đạt (%)		
Bệnh lý kèm theo	Có	16(55,2%)	13(44,8%)	0,330 (0,124- 0,875)	P=0,02
	Không	13(28,9%)	32(71,1%)		
Rượu bia	Có	8(16%)	42(84%)	0,027 (0,007-0,113)	P=0,00
	Không	21(87,5%)	3(12,5%)		

Tái khám	Đúng hẹn	17(94,4%)	1(5,6%)	0,016 (0,002-0,133)	P=0,00
	Khi thấy bất thường	11(22%)	39(78%)		
	Không tái khám	1(16,7%)	5(83,3%)		

Bảng 5 Ảnh hưởng từ đặc điểm bệnh lý của người bệnh

Nhận xét: Kết quả trên cho biết người bệnh viêm tụy cấp có bệnh lý kèm theo có kiến thức thực hành phòng tái phát bệnh tốt hơn người bệnh không có bệnh lý kèm theo sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($P=0,02$). Người bệnh không uống rượu bia có kiến thức thực hành phòng tái phát bệnh tốt hơn người bệnh có uống rượu bia sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($P=0,00$). Người bệnh có kiến thức tái khám đúng hẹn thực hành phòng tái phát bệnh tốt có sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với ($P= 0,00$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số người bệnh nam chiếm (77%) nhiều hơn nữ (23%), có trình độ trung học cơ sở chiếm tỷ lệ (50%). Nhóm tuổi 41- 60 chiếm (48,6%), độ tuổi trung bình $45 \pm 14,9$, tuổi nhỏ nhất 21, tuổi lớn nhất 87. Nơi người bệnh sinh sống phần lớn ở nông thôn (58,1%). Kinh tế gia đình người bệnh trung bình (77%). Song kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu Nguyễn Thị Thu Hương (2021) với số mẫu 70 người tham gia : nam chiếm tỷ lệ (82,9%), nữ (17,1%), Giới tính nam mắc bệnh nhiều hơn nữ, nhóm tuổi 41-60 tuổi chiếm (57,1%) . Nơi người bệnh sinh sống phần lớn ở nông thôn [5]. Kết quả cho thấy người bệnh nữ có kiến thức và thực hành phòng tái phát bệnh viêm tụy cấp tốt hơn nam sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($P=0,00$). Người bệnh ở nông thôn có kiến thức và thực hành phòng tái phát bệnh viêm tụy cấp tốt hơn sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với ($P= 0,03$

4.2. Thực trạng kiến thức và thực hành phòng tái phát bệnh viêm tụy cấp

Kết quả nghiên cứu cho thấy các người bệnh viêm tụy cấp trong nhóm nghiên cứu: Người bệnh có kiến thức và thực hành phòng tái phát bệnh viêm tụy cấp đạt (39,2%), chưa đạt 60,8%. Theo tác giả Nghiên cứu Nguyễn Thị Thu Hương (2021) thực trạng kiến thức phòng tái phát bệnh viêm tụy cấp còn thấp [5]. So với nghiên cứu Đào Tiên Thịnh và cộng sự (2023) có 81 người tham gia, tỷ lệ người bệnh có kiến thức ở mức độ kém chiếm (37%), trung bình chiếm (27,2%), mức độ khá chiếm (30,9%) và chỉ có (4,9%) người bệnh có kiến thức tốt. Phần lớn người bệnh biết cần hạn chế chất béo, chiếm (75,3%). Nhiều người bệnh viêm tụy cấp có chế độ dinh dưỡng chưa hợp lý và kiến thức về dinh dưỡng của phần lớn người bệnh viêm tụy cấp còn hạn chế [2].

**Kiến thức của người bệnh về bệnh viêm tụy cấp:*

Kết quả cho thấy các người bệnh viêm tụy cấp trong nhóm nghiên cứu: Người bệnh vào viện với lý do đau bụng chiếm tỷ lệ (97,3%). Đa số người bệnh nhập viện 2 lần chiếm (50%). Nguyên nhân gây viêm tụy cấp do lạm dụng rượu (55,4%), không rõ nguyên nhân (27%). Người bệnh viêm tụy cấp có bệnh lý kèm theo chiếm (39,2%). Người bệnh tái khám đúng hẹn 24,3%, tái khám khi có triệu chứng bất thường 59,4%. Người bệnh có kiến thức tái khám đúng hẹn và thực hành phòng tái phát bệnh tốt có sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với ($P= 0,00$). So với nghiên cứu Nguyễn Thị Thu Hương (2021) 34,3% nhận thức được các yếu tố nguyên nhân gây bệnh, 50% người bệnh biết do lạm dụng rượu, 25,7% do rối loạn chuyển hoá, 21,4% biết do nhiễm vi khuẩn, virus, 11,4 do sỏi. Về dấu hiệu gợi ý 16,8% không nhận thức được dấu hiệu gợi ý bệnh, 72,9% người bệnh biết về dấu hiệu đau bụng, 24,3% dấu hiệu vã mồ hôi, khó thở, 21,4% dấu hiệu bí trung đại tiện, 14,3% người bệnh biết dấu hiệu nôn. Thời gian tái khám 40% người bệnh tái khám theo lịch hẹn của bác sĩ [5]. Người bệnh có kiến

thức kém về nguyên nhân, triệu chứng gợi ý của bệnh do khâu truyền thông và giáo dục sức khỏe cho người bệnh của nhân viên y tế ít tư vấn về phần này. Vì vậy nhân viên y tế cần tăng cường tuyên truyền giáo dục sức khỏe về vấn đề này để người bệnh theo dõi sức khỏe của mình và biết cách phòng tái phát bệnh.

**Kiến thức về chế độ ăn uống:*

Chế độ ăn trong giai đoạn ổn định đạt 78,4%, người bệnh nhận thức ăn phải kiêng cử, chia nhiều bữa nhỏ ăn trong ngày, thức ăn dễ tiêu hóa. Ăn tăng cường rau xanh và hoa quả 91,9%, Thức ăn phải được lựa chọn, nước uống lựa chọn phù hợp với bệnh lý viêm tụy cấp 52,7%. Có 32,4% người bệnh không dùng rượu bia. Chế biến thức ăn thịt cá luộc, hấp do người bệnh nhận thức các thức ăn chiên rán không dễ tiêu hóa nên có thể làm gia tăng gánh nặng cho đường tiêu hóa. Ăn nhiều có thể khiến máu nhiễm mỡ, không tốt cho sức khỏe và bệnh viêm tụy cấp dễ tái phát. Vấn đề này người bệnh nhận thức rất tốt đạt 77%. So với nghiên cứu Nguyễn Thị Thu Hương (2021) trong giai đoạn ổn định 30% người bệnh nhận thức được phải ăn làm nhiều bữa nhỏ, về việc sử dụng chất béo 57,1% người bệnh nhận thức đúng. Ăn tăng cường rau xanh và hoa quả có 62,9% người bệnh nhận thức đúng. Thức ăn được lựa chọn 32,9% thịt, cá nạt chế biến bằng luộc hấp [5]. Theo tác giả Đào Tiến Thịnh và cộng sự (2023) phần lớn người bệnh biết hạn chế chất béo 75,3%. Phần lớn người bệnh viêm tụy cấp còn hạn chế về kiến thức dinh dưỡng [2]. Rượu gây tăng bài tiết của tụy, tăng tiết dịch vị do đó nồng độ acid ở tá tràng tăng cao gây tăng bài tiết dịch tụy và bicarbonat. Rượu gây tổn thương tuyến tụy là do sự thoát mạch của men tụy và gây tổn thương nhu mô tụy [6]. Do đó NB viêm tụy cần loại bỏ hoàn toàn rượu trong khi điều trị viêm tụy cấp và khi đã khỏi bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả người bệnh viêm tụy cấp có bệnh lý kèm theo có kiến thức và thực hành phòng tái phát bệnh tốt hơn người bệnh không có bệnh lý kèm theo sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($P=0,02$). Người bệnh không uống rượu bia có kiến thức và thực hành phòng tái phát bệnh tốt hơn người bệnh có uống rượu bia sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($P=0,00$).

**Kiến thức về lối sống:*

Nghiên cứu Nguyễn Thị Thu Hương (2021) có 22,9% người bệnh nhận thức đúng về việc sử dụng thuốc lá, 57,1% người bệnh nhận thức đúng việc cần phải tập thể dục thường xuyên, duy trì trọng lượng cơ thể 47,1% nhận thức của người bệnh còn thấp [5]. Nghiên cứu của tác giả Võ Duy Thông và cộng sự (2021) nhận thấy viêm tụy cấp do rượu và do tăng triglycerid máu số người bệnh có chỉ số BMI ≥ 23 là 90 người bệnh 55,6% [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi kiến thức của người viêm tụy cấp về lối sống; Có 41,9% người bệnh có kiến thức đúng là không được hút thuốc lá. Có 32,4% người bệnh có kiến thức không dùng rượu bia thì tốt cho sức khỏe Người bệnh nhận thức được cần duy trì trọng lượng cơ thể ở mức vừa phải 82,4%. Về luyện tập thể dục thể thao có 87,8% người bệnh có nhận thức phải thường xuyên tập thể dục. Người bệnh có những thói quen, trong một thời gian ngắn thay đổi ngay rất là khó, người bệnh quan tâm bệnh tình của mình, thân nhân quan tâm đến người bệnh, họ tìm cách thay đổi thói quen hút thuốc, cân nặng, luyện tập thể thao cần có thời gian lâu dài và kiên trì. Nhân viên y tế khi giáo dục sức khỏe cần nhấn mạnh, giải thích kỹ lưỡng tầm quan trọng để người bệnh thay đổi lối sống. Người bệnh viêm tụy cấp không nên hút thuốc lá vì hút thuốc lá có thể dẫn đến tổn thương tế bào tuyến tụy thông qua việc nâng cao nồng độ canxi nội bào làm giảm lưu lượng máu tới tụy [8]. Hoạt động thể lực đều đặn là một việc làm cần thiết tốt cho mọi người đặc biệt NB viêm tụy, người bệnh nên tập thể dục thường xuyên (30 phút /ngày) tập thể dục những môn có cường độ thấp như đi bộ, đạp xe...đồng thời có một chế độ lao động, sinh hoạt hợp lý. Người bệnh cần duy trì trọng lượng cơ thể ở mức vừa phải vì béo phì thừa cân liên quan đến sự gia tăng chất béo nội tạng trong và xung quanh tuyến tụy làm gia tăng tỷ lệ mắc và có thể làm trầm trọng thêm tình trạng cấp tính của viêm tụy [7].

V. KẾT LUẬN

Thực trạng kiến thức và thực hành phòng tái phát viêm tụy cấp của người bệnh còn thấp. Do đó cần tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe cho người dân về bệnh viêm tụy cấp

Qua nghiên cứu 74 người bệnh viêm tụy cấp, chúng tôi nhận thấy:

- Người bệnh có kiến thức thực hành phòng ngừa tái phát về bệnh viêm tụy cấp đạt (39,2%), chưa đạt (60,8%).

Kết quả trên cho biết người bệnh nữ có kiến thức và thực hành phòng tái phát bệnh viêm tụy cấp tốt hơn nam sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($P=0,00$).

Người bệnh ở nông thôn có kiến thức và thực hành phòng tái phát bệnh viêm tụy cấp tốt hơn sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với ($P= 0,03$).

Người bệnh viêm tụy cấp có bệnh lý kèm theo có kiến thức và thực hành phòng tái phát bệnh tốt hơn người bệnh không có bệnh lý kèm theo sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($P=0,02$).

Người bệnh không uống rượu bia có kiến thức và thực hành phòng tái phát bệnh tốt hơn người bệnh có uống rượu bia sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($P=0,00$).

Người bệnh có kiến thức tái khám đúng hẹn và thực hành phòng tái phát bệnh tốt sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với ($P= 0,00$).

VI. KIẾN NGHỊ

Bệnh viêm tụy cấp là một vấn đề sức khỏe cần mọi người quan tâm hiện nay. Vì thế ngoài điều trị thuốc đúng phác đồ điều trị cần có một chế độ ăn đúng, lối sống lành mạnh, theo dõi và phát hiện sớm bệnh tái phát góp phần vào việc điều trị. Tuy nhiên không phải mọi người dân hiểu đúng về điều này do đó chúng em kiến nghị

Nên truyền thông- giáo dục cho mọi người dân về cách phòng bệnh, phát hiện sớm bệnh. Nếu mắc phải bệnh viêm tụy cấp biết cách phòng tái phát bệnh.

Nhân viên y tế cần tăng cường giải thích các dấu hiệu bất thường cần tái khám sớm, điều trị kịp thời và tránh những biến chứng nặng nề của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016). Quy trình chuyên môn KCB viêm tụy cấp
2. Đào Tiến Thịnh, Đào Thị Hải, Phạm Hồng Trường, Đào Trọng Quân (2023), Thực trạng chế độ dinh dưỡng của người bệnh viêm tụy cấp điều trị tại khoa Nội tiêu hoá Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang
3. Lê Phúc Trường Thịnh, Tạ Văn Trâm (2018). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị viêm tụy cấp tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm Tiền Giang. Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh. Số 5/2018, 33-38.
4. Nguyễn Khánh Trạch (2004). Viêm tụy cấp, Bệnh học Nội khoa, Nhà xuất bản y học, 143-153.
5. Nguyễn Thị Thu Hương (2021) Thực trạng kiến thức về phòng tái phát của người bệnh viêm tụy cấp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2021
6. Trần Bảo Long (2013). Viêm tụy cấp, Bệnh học Ngoại khoa, Nhà xuất bản y học, 55-62.
7. Võ Duy Thông, Nguyễn Thị Mộng Trinh, Hồ Tấn Phát (2021), Viêm tụy cấp do rượu và do tăng triglyceride máu: Mức độ nặng và kết cục lâm sàng, Tạp chí y học Việt Nam, tập 499 - tháng 2 - số 1&2 – 2021
8. Madeline Drake, Shah-Jahan M. Dodwad, Joy Davis, Lillian S. Kao, Yanna Cao and Tien C. Ko, Sex-Related Differences of Acute and Chronic Pancreatitis in Adults, J. Clin. Med. 2021,10, 300. DOI: 10.3390/jcm10020300.
9. Maxim S. Petro, Dhiraj Yadav (2019). Global epidemiology and holistic prevention of pancreatitis. Gastroenterology Hepatology, 16,175–184. doi: 10.1038/s41575-018-0087-5.
10. Zhi Zheng, Yi-Xuan Ding, Yuan-Xu Qu et al. A narrative review of the mechanism of acute pancreatitis and recent advances in its clinical management, Am J TranslRes, 2021;13(3):833-852.

KHẢO SÁT SỰ HÀI LÒNG CỦA BỆNH NHÂN VÀ THÂN NHÂN ĐỐI VỚI SỰ PHỤC VỤ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI KHOA TIM MẠCH LÃO HỌC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024

Phan Thị Mỹ Nhân, Đỗ Thị Ngọc Thường

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân và thân nhân đối với sự phục vụ của điều dưỡng tại Khoa Tim mạch lão học và đề xuất một số giải pháp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện khoảng 300 người bệnh điều trị nội trú từ ngày thứ 3 trở lên và hợp tác trả lời phiếu khảo sát của nghiên cứu viên tại khoa Tim mạch lão học Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân hài lòng và rất hài lòng về giao tiếp thân thiện của điều dưỡng có tỷ lệ 93,7%; Tỷ lệ bệnh nhân hài lòng và rất hài lòng về việc thông báo, hướng dẫn cho người bệnh có tỷ lệ 86%; Tỷ lệ bệnh nhân hài lòng và rất hài lòng về sự giúp đỡ, hỗ trợ của điều dưỡng khi người bệnh cần có tỷ lệ 85%; Tỷ lệ bệnh nhân hài lòng và rất hài lòng về môi trường, trật tự, vệ sinh khoa/ buồng bệnh có tỷ lệ 67%; Tỷ lệ bệnh nhân hài lòng và rất hài lòng chung đối với sự phục vụ của điều dưỡng là 82,9%.

Kết luận: Qua khảo sát tỷ lệ người bệnh nội trú hài lòng và rất hài lòng về giao tiếp thân thiện của điều dưỡng chiếm tỷ lệ cao và mức độ hài lòng của bệnh nhân đối với sự phục vụ của điều dưỡng tại Khoa Tim mạch lão học phần lớn đã thực hiện tốt và đáp ứng đáp ứng được nhu cầu của người bệnh đang điều trị tại khoa nhưng tỷ lệ chưa cao. Do đó cần tăng cường công tác tập huấn cho điều dưỡng, nâng cao kiến thức để phục vụ bệnh nhân ngày càng tốt hơn.

Từ khóa: sự hài lòng, bệnh nhân và thân nhân, sự phục vụ của điều dưỡng.

SURVEY OF PATIENT SATISFACTION WITH NURSING SERVICES IN THE CARDIOLOGY DEPARTMENT OF AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2024

ABSTRACTS

Objective: Assess patients' satisfaction with nursing services at the Geriatric Cardiology Department and propose some solutions.

Method: A cross-sectional descriptive study was conducted on approximately 300 inpatients who were treated from the third day onwards and cooperated in responding to the survey questionnaires of the researchers in the Cardiology Department of An Giang Central General Hospital.

Results: The percentage of patients satisfied and very satisfied with the friendly communication of nurses is 93,7%; The percentage of patients satisfied and very satisfied with the information and guidance provided to patients is 86%; The percentage of patients satisfied and very satisfied with the assistance and support of nurses when patients need it is 85%; The percentage of patients satisfied and very satisfied with the environment, order, and cleanliness of the ward/room is 67%. The overall satisfaction rate of patients with the nursing service is 82.9%.

Conclusion: The survey on the satisfaction rate of inpatients regarding the friendly communication of nurses shows a high percentage, and the level of patient satisfaction with the service provided by nurses in the Geriatric Cardiology Department has mostly been good and meets the needs of patients receiving treatment in the department, but the rate is still not high. Therefore, it is necessary to enhance training for nurses to improve their knowledge in order to serve patients better.

Keywords: satisfaction, patients and relatives, nursing service.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự hài lòng của người bệnh là tiêu chí quan trọng dùng để đánh giá chất lượng cung cấp dịch vụ y tế tại các cơ sở y tế. Nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh hướng tới sự hài lòng của người bệnh trong công tác khám, điều trị và chăm sóc sức khỏe cho người bệnh ngoài các tiêu chí về cơ sở vật chất, quy trình chuyên môn thì các ý kiến đóng góp của người bệnh là cơ sở và bằng chứng để cải tiến nâng cao chất lượng phục vụ người bệnh tại các cơ sở y tế. “Thân thiện với người bệnh và người nhà người bệnh” với các nội dung: “Giới thiệu tên và chào hỏi người bệnh, người nhà người bệnh một cách thân thiện; lắng nghe người bệnh, người nhà người bệnh và đáp ứng lại bằng câu nói ân cần, cử chỉ lịch sự; cung cấp dịch vụ chăm sóc. Kèm theo nụ cười thân thiện; giúp người bệnh giảm nhẹ đau đớn do bệnh tật và do phẫu thuật, thủ thuật” [4]. Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang hằng năm ngoài việc nâng cao trình độ chuyên môn cho cán bộ viên chức, phát triển nhiều kỹ thuật mới, bệnh viện luôn duy trì đào tạo liên tục cho cán bộ viên chức các nội dung về 12 điều quy định y đức và quy tắc ứng xử nhằm đáp ứng sự hài lòng người bệnh về thái độ phục vụ. Theo tổ chức Y tế thế giới (WHO) chất lượng dịch vụ y tế tác động đến sự hài lòng người bệnh và ngược lại sự hài lòng của người bệnh có thể đánh giá được hiệu quả của các dịch vụ do bệnh viện và ngành y tế cung cấp [3]. Qua đó để nâng cao chất lượng phục vụ người bệnh và thực hiện chuẩn đạo đức điều dưỡng viên, để có các giải pháp tích cực cải tiến phong cách giao tiếp ứng xử của điều dưỡng, phục vụ bệnh nhân ngày càng tốt hơn, chúng tôi tiến hành đề tài “Khảo sát sự hài lòng của bệnh nhân và thân nhân đối với sự phục vụ của điều dưỡng tại khoa Tim mạch lão học Bệnh viện Đa khoa Trung Tâm An Giang năm 2024” với mục tiêu cụ thể như sau:

1. Đánh giá mức hài lòng của người bệnh đối với sự phục vụ của điều dưỡng tại khoa Tim mạch lão học Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang
2. Đề xuất một số giải pháp nhằm tăng cường sự giao tiếp thân thiện của điều dưỡng đối với người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Người bệnh điều trị nội trú tại khoa Nội tim mạch từ ngày thứ 3 trở lên và hợp tác trả lời phiếu khảo sát của nghiên cứu viên

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Những bệnh nhân nghe kém và không trả lời chính xác câu hỏi.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: 03/2024 đến 09/2024 tại khoa Nội Tim mạch lão học Bệnh viện đa khoa Trung Tâm An Giang.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu

Chọn mẫu toàn bộ

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Với n: cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ nhất hợp lý.

Đối với khoảng tin cậy 95%, Z=1,96.

p: Tỷ lệ hài lòng của người bệnh đối với sự phục vụ của điều dưỡng theo nghiên cứu của tác giả Lưu Quốc Hùng và cộng sự là 94,1%[1]; p =0,94. Cỡ mẫu tính toán được n=276.

d: mức chính xác của nghiên cứu (sai số cho phép), chọn d=0,02.

Tính được n=276. Vậy cỡ mẫu nhỏ nhất là 276 mẫu. Thực tế chúng tôi thu thập được 300 BN.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện n=300

2.6. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Điều dưỡng tham gia nghiên cứu giải thích về nghiên cứu, mục đích của nghiên cứu, phát bộ câu hỏi đã nghiên cứu sẵn và mời bệnh nhân tham gia tự điền vào bộ câu hỏi với sự hướng dẫn và giám sát của điều dưỡng tham gia nghiên cứu.

2.7. Phương pháp xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê y học trên phần mềm SPSS 20.0 và bảng tần số và tỷ lệ phần trăm để mô tả các kết quả liên quan.

3. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm nhân khẩu học		Tần số (n=300)	%
Tuổi	≥60 tuổi	225	75
	<60 tuổi	75	25
Giới	Nam	105	35
	Nữ	195	65
Nghề nghiệp	Nông dân	95	32
	Công nhân, viên chức	52	17
	Nghỉ hưu	153	51
Số lần vào viện điều trị	Lần 1	40	13
	Lần 2	90	30
	Lần 3 trở lên	170	57

Nhận xét: Người bệnh từ 60 tuổi trở lên chiếm 75%, số bệnh nhân nữ chiếm 65%, Số bệnh nhân vào viện điều trị lần 3 chiếm 57%, Người bệnh tập trung nhiều ở độ tuổi nghỉ hưu là 51%.

3.2. Sự hài lòng của người bệnh

Bảng 2. Sự hài lòng của người bệnh về giao tiếp thân thiện của điều dưỡng

Nội dung	Không hài lòng (n,%)			Hài lòng (n,%)	
	Rất không hài lòng	Không hài lòng	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng
1. Giới thiệu tên với bệnh nhân, người nhà khi chăm sóc		3(1,1)	17(5,6)	105(35)	175(58,3)
2.Xung hô đúng mực với bệnh nhân		2(0,6)	8(2,7)	110(36,7)	180(60)
3.Lắng nghe khi bệnh nhân cần hỏi		3(1)	7(2,3)	117(39)	173(57,7)
4.Thái độ ân cần, thân thiện		8(2,7)	12(4)	82(27,3)	198(66)

5.Cung cấp thông tin, hướng dẫn, đầy đủ và rõ ràng			10(3,3)	98(32,7)	192(64)
6.Giải thích rõ khi bệnh nhân, người nhà chưa hiểu		2(0,7)	18(6)	90(30)	190(63,3)
7.Trả lời đầy đủ các câu hỏi của người bệnh, người nhà		3(1)	18(6)	109(36,3)	170(56,7)
8. Tôn trọng người bệnh, người nhà			15(5)	95(31,7)	190(63,3)
9. Sẵn sàng giúp đỡ người bệnh, người nhà người bệnh với trách nhiệm cao			17(5,7)	103(34,3)	180(60)
10. Không cáu gắt với người bệnh, người nhà người bệnh		2(0,7)	16(5,3)	80(26,7)	202(67,3)
Tỷ lệ hài lòng	19(6,3)			281(93,7)	

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh hài lòng về giao tiếp thân thiện của điều dưỡng chiếm 93,7% trong đó nội dung “ cung cấp thông tin, hướng dẫn đầy đủ và rõ ràng” chiếm tỷ lệ cao nhất 96,7%. Tỷ lệ người bệnh không hài lòng chiếm 6,3%.

Bảng 3. Sự hài lòng về việc thông báo, hướng dẫn cho người bệnh

Nội dung	Không hài lòng(n,%)			Hài lòng (n,%)	
	Rất không hài lòng	Không hài lòng	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng
1. Chế độ ăn, uống			25(8,3)	110(36,7)	165(55)
2.Vận động, luyện tập		8(2,7)	22(7,3)	125 (41,7)	145(48,3)
3.Cách dùng thuốc			16(5,3)	114(38)	170(56,7)
4.Những dấu hiệu cần theo dõi		4(1,3)	36(12)	120(40)	140(46,7)
5.Công khai thuốc hàng ngày		3(1)	35(11,7)	112(37,3)	150(50)
6.Hướng dẫn giải thích rõ ràng khi thực hiện kỹ thuật chăm sóc		10(3,3)	25(8,3)	125(41,7)	140(46,7)
7. Đảm bảo kín đáo cho bệnh nhân khi làm kỹ thuật	5(1,7)	15(5)	60(20)	70(23,3)	150(50)
8.Hướng dẫn cách tránh biến chứng	10(3,3)	17(5,7)	56(18,7)	70(23,3)	147(49)
Tỷ lệ hài lòng	42(14)			258(86)	

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh hài lòng 86% trong đó có nội dung “ Cách dùng thuốc” chiếm tỷ lệ cao nhất 94,7%. Tỷ lệ người bệnh không hài lòng chiếm 14%.

Bảng 4. Sự hài lòng về giúp đỡ, hỗ trợ của điều dưỡng khi người bệnh cần

Nội dung	Không hài lòng (n,%)			Hài lòng (n,%)	
	Rất không hài lòng	không hài lòng	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng
1.Đến ngay buồng bệnh			12(4)	140(46,7)	148(49,3)
2. Động viên, giúp đỡ		20(6,7)	25(8,3)	90(30)	165(55)
3.Giải thích rõ tình hình bệnh để bớt lo lắng	15(5)	30(10)	15(5)	90(30)	150(50)
4.Giải thích rõ ràng, đầy đủ thắc mắc của người bệnh và người nhà	2(0,7)	18(6)	50(16,6)	95(31,7)	135(45)
Tỷ lệ hài lòng	45(15)			255(85)	

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh hài lòng chiếm 85% trong đó nội dung “ đến ngay buồng bệnh khi người bệnh cần” chiếm tỷ lệ cao nhất 96%. Tỷ lệ người bệnh không hài lòng chiếm 15%.

Bảng 5. Sự hài lòng của người bệnh về trật tự, vệ sinh khoa/buồng bệnh

Nội dung	Không hài lòng(n,%)			Hài lòng (n,%)	
	Rất không hài lòng	Không hài lòng	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng
1.Buồng bệnh sạch sẽ, gọn gàng.			35(11,7)	130(43,3)	135(45)
2. Giường bệnh, chiếu, tủ đầu giường, sạch sẽ.	15(5)	25(8,3)	41(13,7)	95(31,7)	124(41,3)
3. Nhà vệ sinh sạch sẽ, an toàn.	25(8,3)	24(8)	53(17,7)	96(32)	102(34)
4. Bệnh viện, khoa an ninh trật tự.	24(8)	40(13,3)	65(21,7)	89(29,7)	82(27,3)
5. Quần áo sạch sẽ, phù hợp, cấp phát kịp thời.	28(9,3)	26(8,7)	87(29)	38(12,7)	121(40,3)
6. Tỷ lệ hài lòng	99(33)			201(67)	

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh hài lòng 67% trong đó nội dung “ Buồng bệnh sạch sẽ, gọn gàng” chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 88,3%. Tỷ lệ người bệnh không hài lòng chiếm 33%.

Bảng 6. Mức độ hài lòng với các nhóm chỉ số

Nội dung	Không hài lòng (%)	Hài lòng (%)
1.Hài lòng của người bệnh về giao tiếp thân thiện của điều dưỡng	6,3	93,7

2. HÀi lòng về việc thông báo, hướng dẫn cho người bệnh	14	86
3. HÀi lòng về sự giúp đỡ, hỗ trợ của điều dưỡng khi người bệnh cần	15	85
4. HÀi lòng về trật tự, vệ sinh kho/buồng bệnh	33	67
Tỷ lệ chung	17,1	82,9

Nhận xét: Mức độ hài lòng chung của NB là 82,9%, không hài lòng: 17,1%.

Bảng 7. Mức độ tự tin trong tự chăm sóc

Giới thiệu đến khám	Số lượng	Tỷ lệ
Có	285	95
Không	6	2
Không rõ	9	3

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên chiếm 75% và số bệnh nhân nữ chiếm 65%. Cán bộ hưu trí là 51%. Số bệnh nhân vào viện điều trị từ 3 lần trở lên chiếm tỷ lệ 57%. Theo Trần Sỹ Thắng trong nghiên cứu nữ chiếm 44%, cán bộ hưu trí chiếm 29,9%, số bệnh nhân vào viện điều trị lần thứ 3 trở đi chiếm 19,4% [5]. Do thời gian lấy số liệu nghiên cứu ngắn, số lượng bệnh nhân nữ tham gia nghiên cứu so với Trần Sỹ Thắng thì cao hơn do số lượng bệnh nhập viện phân bố không đều.

4.2. Sự hài lòng của người bệnh

Trong nghiên cứu này, Tỷ lệ hài lòng của người bệnh về giao tiếp thân thiện của điều dưỡng chiếm 93,7% trong đó nội dung “cung cấp thông tin, hướng dẫn, đầy đủ và rõ ràng” chiếm tỷ lệ cao nhất 96,7%. Trong nghiên cứu của Trần Sỹ Thắng tỷ lệ hài lòng chiếm 90,6%, 9,4% không hài lòng có 13,9% không hài lòng về việc điều dưỡng không giới thiệu tên khi giao tiếp với người bệnh và người nhà người bệnh [5]. Do điều dưỡng được tập huấn tốt về giao tiếp ứng xử khi giao tiếp với người bệnh nên đạt tỷ lệ cao.

Tỷ lệ hài lòng về việc thông báo, hướng dẫn cho người bệnh chiếm 86% trong đó nội dung “cách dùng thuốc” chiếm tỷ lệ cao nhất 94,7%. Theo Trần Sỹ Thắng tỷ lệ người bệnh hài lòng và rất hài lòng chiếm 87,85%, bình thường 8,7%; không hài lòng và rất không hài lòng chiếm 2,44% [5]. Tỷ lệ hài lòng của người bệnh về việc thông báo, hướng dẫn so với Trần Sỹ Thắng thì chưa cao đều này có thể thấy đôi khi điều dưỡng vẫn thiếu sự thông báo giải thích trước khi thực hiện chăm sóc. Điều này có thể do điều dưỡng quá tập trung làm kỹ thuật, thiếu kỹ năng giải thích với người bệnh và người nhà. Bên cạnh đó, việc Bệnh viện quá tải, điều dưỡng phải chăm sóc đồng thời nhiều bệnh nhân, dẫn đến thời gian cho mỗi bệnh nhân giảm đi, không đủ thời gian để giải thích kỹ lưỡng trong quá trình làm việc. Do vậy việc bổ sung nhân lực điều dưỡng là rất cần thiết có thể góp phần cải thiện tình trạng này. Ngoài ra, điều dưỡng cần phải cố gắng hơn nữa trong việc trau dồi kỹ năng chuyên môn để mang lại sự an toàn cũng như sự hài lòng tối đa của người bệnh.

Tỷ lệ hài lòng về sự giúp đỡ, hỗ trợ của điều dưỡng khi người bệnh cần chiếm 85% trong đó nội dung “đến ngay buồng bệnh khi NB cần” chiếm tỷ lệ cao nhất 96%. Không hài lòng chiếm 15% trong đó nội dung không “giải thích rõ tình hình bệnh để bớt lo lắng” chiếm tỷ lệ cao nhất 10%. Theo Trần Sỹ Thắng tỷ lệ hài lòng chiếm 92,7%, trong đó nội dung “Đến

ngay buồng bệnh khi người bệnh cần” chiếm tỷ lệ cao nhất về không hài lòng chiếm 8,3% [5]. Nghiên cứu người bệnh hài lòng về sự giúp đỡ của điều dưỡng khi cần chiếm tỷ lệ chưa cao so với nghiên cứu của Trần Sỹ Thắng. Qua khảo sát cho thấy điều dưỡng chưa mạnh dạn tư vấn và giải rõ những thắc mắc, tình hình bệnh để bệnh nhân bớt lo lắng. Điều dưỡng trưởng cần tăng cường tập huấn cung cấp kiến thức cho điều dưỡng viên trẻ để có nhiều tự tin khi giao tiếp với người bệnh nhằm tăng sự hài lòng của người bệnh khi điều trị tại khoa Tim mạch lão học.

Tỷ lệ hài lòng về trật tự, vệ sinh khoa/buồng bệnh lòng chiếm 67% trong đó nội dung “buồng bệnh sạch sẽ, gọn gàng” chiếm tỷ lệ cao nhất 88,3%. Không hài lòng và rất không hài lòng chiếm 33% trong đó nội dung “bệnh viện, khoa an ninh trật tự” chiếm tỷ lệ cao nhất 21,7%. Theo Trần Sỹ Thắng tỷ lệ hài lòng chiếm 92,41%, trong đó nội dung nhà vệ sinh sạch sẽ, an toàn, quần áo phù hợp chiếm tỷ lệ cao nhất về bình thường và không hài lòng là 18,8% [5].

Tỷ lệ người bệnh hài lòng chung chiếm 82,9% trong đó nội dung “hài lòng của người bệnh về giao tiếp thân thiện của điều dưỡng” chiếm tỷ lệ cao nhất 93,7%. Tỷ lệ không hài lòng và rất không hài lòng chung chiếm 17,1% trong đó nội dung “hài lòng về trật tự, vệ sinh khoa/buồng bệnh” chiếm tỷ lệ cao nhất 33%. Theo Luru Quốc Hùng và cộng sự cho thấy tỷ lệ người bệnh hài lòng chung chiếm 90,0% trong đó nội dung “hài lòng của người bệnh về giao tiếp thân thiện của điều dưỡng” chiếm tỷ lệ cao nhất 91,5%. Tỷ lệ không hài lòng và rất không hài lòng chung chiếm 25,3% trong đó nội dung “hài lòng về trật tự, vệ sinh khoa/buồng bệnh” chiếm tỷ lệ 23% [4]. Qua khảo sát Điều dưỡng trưởng cần tăng cường tập huấn nâng cao trình độ chuyên môn cho điều dưỡng, giám sát buồng bệnh để có các giải pháp tích cực cải tiến phong cách giao tiếp ứng xử của điều dưỡng, phục vụ bệnh nhân ngày càng tốt hơn, bảo vệ cần tăng cường kiểm tra bệnh viện để đảm bảo khoa cũng như bệnh viện được an ninh trật tự để bệnh nhân và thân nhân bệnh nhân được an tâm điều trị. Tăng cường công tác kiểm tra, giám sát của phòng điều dưỡng và điều dưỡng trưởng khoa đối với hoạt động chăm sóc, theo dõi của điều dưỡng viên, đặc biệt là việc duy trì môi trường buồng bệnh, khoa phòng sạch sẽ. Bệnh viện cũng phát động phong trào thi đua “5S” trong bệnh viện để khoa và buồng bệnh sạch sẽ, gọn gàng. Nâng cao tinh thần trách nhiệm của điều dưỡng khoa Tim mạch lão học nói riêng và toàn thể điều dưỡng Bệnh viện nói chung hướng tới sự hài lòng của người bệnh trong thời gian tới để phục vụ bệnh nhân ngày càng tốt hơn.

Tỷ lệ bệnh nhân và thân nhân bệnh nhân giới thiệu người thân, bạn bè đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang chiếm tỷ lệ cao 95%. Theo nghiên cứu của Trần Sỹ Thắng có 92,2% người bệnh trả lời sẽ giới thiệu người thân và bạn bè đến khám, điều trị tại bệnh viện[5].

V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát 300 bệnh nhân với 105 nam và 195 nữ ghi nhận kết quả như sau:

- Tỷ lệ bệnh nhân hài lòng và rất hài lòng về giao tiếp thân thiện của điều dưỡng có tỷ lệ 93,7%.
- Tỷ lệ bệnh nhân hài lòng và rất hài lòng về việc thông báo, hướng dẫn cho người bệnh có tỷ lệ 86%.
- Tỷ lệ bệnh nhân hài lòng và rất hài lòng về sự giúp đỡ, hỗ trợ của điều dưỡng khi người bệnh cần có tỷ lệ 85%.
- Tỷ lệ bệnh nhân hài lòng và rất hài lòng về môi trường, trật tự, vệ sinh khoa/buồng bệnh có tỷ lệ 67%.
- Tỷ lệ bệnh nhân hài lòng và rất hài lòng chung đối với sự phục vụ của điều dưỡng là 82,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Minh Tâm (2010), “Kết quả điều tra sự hài lòng tại cơ sở Y tế Hà Nội”, *Kỷ yếu đề tài nghiên cứu khoa học Điều dưỡng nhi khoa toàn quốc*, Hà nội, tr. 32-33.
2. Nguyễn Thị Tuyết Nhung và cộng sự (2013), Khảo sát sự hài lòng của người bệnh và thân nhân người bệnh nội trú về chất lượng y tế tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định năm 2013, <http://binhdinhhospital.vn/bvdk/news/Thong-tin-khoa-hoc>.
3. Nguyễn Văn Chung, Ban điều dưỡng (2014), “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 điều dưỡng Bệnh viện Quân Y 103 năm 2015*, tr. 35-36.
4. Lưu Quốc Hùng, Tạ Văn Trâm (2017), “Khảo sát sự hài lòng của bệnh nhân và thân nhân bệnh nhân đối với dự phục vụ của điều dưỡng tại khoa Tim mạch lão học Bệnh viện Đa khoa Trung Tâm Tiền Giang 2017”, *Y Học TP. Hồ Chí Minh * Phụ Bản Tập 22 * Số 6 * 2018*.
5. Trần Sỹ Thắng, Nguyễn Hồng Lam, Trương Thị Như (2014), *Khảo sát hài lòng của bệnh nhân nội trú đối với sự phục vụ của điều dưỡng tại BVĐK tỉnh Hà Tĩnh 2014*, Cổng thông tin điện tử, Sở Y tế tỉnh Hà Tĩnh, ngày 15/6/2016.

KHẢO SÁT THỰC TRẠNG TUÂN THỦ QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU DƯỠNG CƠ BẢN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024

Phan Đăng Khoa, Võ Thị Kim Thoa,
Trần Hoàng Thông, Nguyễn Thị Bích Tuyền

TÓM TẮT

Mở đầu: Tuân thủ quy trình điều dưỡng cơ bản giúp các Điều dưỡng viên ý thức được những việc mà bản thân đang làm và có trách nhiệm với chúng. Do đó, người điều dưỡng phải có kiến thức, kỹ năng và thái độ, đặc biệt là kỹ năng thực hành các quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ bản.

Mục tiêu: Khảo sát thực trạng việc tuân thủ quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ bản của điều dưỡng viên khi chăm sóc bệnh nhân tại bệnh viện. Tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ bản của người điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 286 điều dưỡng viên đang làm việc tại các khoa lâm sàng trong bệnh viện. Nghiên cứu sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích các yếu tố liên quan

Kết quả: Kết quả nghiên cứu thực hiện trên 286 điều dưỡng viên tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang về vấn đề tuân thủ quy trình kỹ thuật điều dưỡng với các tỷ lệ tuân thủ tốt lần lượt: Quy trình tiêm bắp (90,21%); Quy trình tiêm tĩnh mạch (80,77%); Quy trình tiêm dưới da (84,97%); Quy trình truyền dịch (80,07%); Quy trình bơm thuốc qua khoá lưu kim (80,42%) và Quy trình truyền dịch qua kim luôn (86,71%); Quy trình thay băng (69,23%); Quy trình đặt thông tiểu (70,98%) và quy trình đặt thông dạ dày (73,43%). Tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật được đánh giá chung là: Tốt (78,67%); Khá (19,23%) và trung bình (2,1%) được đánh giá tuân thủ xếp loại tốt thấp nhất chiếm tỷ lệ 69,23%. Thâm niên công tác của điều dưỡng là yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ bản. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết luận: Chuẩn hoá và đồng bộ, ban hành bảng kiểm tất cả các quy trình kỹ thuật điều dưỡng. Điều dưỡng cần chủ động, tích cực học tập, cập nhật, nâng cao kiến thức, kỹ năng về quy trình điều dưỡng. Đồng thời, bệnh viện cần tiếp tục tổ chức tập huấn đào tạo và có đánh giá sau đào tạo để đảm bảo điều dưỡng đạt kiến thức tốt trong việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật điều dưỡng. Tăng cường kiểm tra, giám sát thường xuyên công tác thực hành của điều dưỡng trong thực hiện các quy trình kỹ thuật nhằm khắc phục những hạn chế, nâng cao chất lượng tuân thủ quy trình kỹ thuật điều dưỡng và công tác chăm sóc người bệnh

Từ khóa: Tuân thủ, quy trình kỹ thuật, điều dưỡng

SURVEY OF THE STATUS OF COMPLIANCE WITH BASIC NURSING TECHNICAL PROCEDURES AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2024

ABSTRACT

Background: Complying with basic nursing procedures helps nurses be aware of the things they are doing and be responsible for them. Therefore, nurses must have knowledge, skills and attitudes, especially the skills to practice basic nursing technical procedures.

Objective: Survey the current status of nurses' compliance with basic nursing technical procedures when taking care of patients at the hospital. Find out the factors that affect the rate of compliance with basic nursing technical procedures of nurses in patient care.

Subjects and methods: Cross-sectional descriptive study on 286 working nurses work in clinical departments in hospitals. The study used SPSS 20.0 software to analyze related factors.

Results: Research results conducted on 286 nurses at An Giang Central General Hospital on the issue of compliance with nursing technical procedures with good compliance rates: Intramuscular injection procedure (90.21%); Intravenous injection procedure pulse (80.77%); Subcutaneous injection procedure (84.97%); Infusion procedure (80.07%); Procedure for injecting medication through a needle lock (80.42%) and Procedure for administering fluid through a needle (86.71%); Dressing change procedure (69.23%); Urinary catheterization procedures (70.98%) and gastric catheterization procedures (73.43%). The overall rate of compliance with technical procedures is assessed as: Good (78.67%); Good (19.23%) and average (2.1%) had the lowest compliance rating of good, accounting for 69.23%. A nurse's seniority is a factor that affects the rate of compliance with basic nursing technical procedures. This difference is statistically significant with $p < 0.05$.

Conclusion: Standardize and synchronize, issue a checklist for all nursing technical processes. Nurses need to proactively and actively study, update and improve knowledge and skills about the nursing process. At the same time, hospitals need to continue to organize training and post-training assessments to ensure nurses have good knowledge in complying with nursing technical procedures. Enhanced Regularly inspect and supervise the practice of nurses in implementing technical procedures to overcome limitations and improve the quality of compliance with nursing technical procedures and patient care.

Key words: Compliance, technical process, nursing

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Quy trình điều dưỡng là một loạt các hoạt động theo kế hoạch đã được định trước trực tiếp hướng tới một kết quả riêng biệt. Nhằm ngăn ngừa, giảm bớt, hạn chế những khó khăn của bệnh nhân và thỏa mãn các nhu cầu của người bệnh trong mọi hoàn cảnh. Quy trình điều dưỡng gồm 4 bước: Nhận định – Lập kế hoạch chăm sóc – Thực hiện kế hoạch chăm sóc – Đánh giá. Nắm bắt được quy trình kỹ thuật Điều dưỡng cơ bản sẽ giúp các Điều dưỡng viên nâng cao hiệu suất làm việc và đảm bảo kết quả chăm sóc người bệnh tốt nhất.

Tuân thủ quy trình điều dưỡng cơ bản giúp các Điều dưỡng viên ý thức được những việc mà bản thân đang làm và có trách nhiệm với chúng. Do đó, người điều dưỡng phải có kiến thức, kỹ năng và thái độ, đặc biệt là kỹ năng thực hành các quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ bản. Chăm sóc bệnh nhân là một công việc vất vả, điều dưỡng phải thay nhau thực hiện chăm sóc bệnh nhân, tiếp xúc trực tiếp với họ 24/24 giờ và chứng kiến sự đau đớn, lo lắng, bức bối, la hét, tức giận, mặc cảm về bệnh tật của họ [11] Chính vì những lý do trên, đòi hỏi người điều dưỡng cần phải có kỹ năng thực hiện thao tác, quy trình kỹ thuật điều dưỡng giỏi, thành thạo. Đây là một trong các tiêu chí rất quan trọng trong việc đánh giá chất lượng chăm sóc người bệnh nói riêng và chất lượng bệnh viện theo Bộ tiêu chí kiểm tra bệnh viện của Bộ Y tế hàng năm [2].

Vai trò của điều dưỡng trong xã hội ngày càng được nâng cao, do đó mỗi điều dưỡng phải luôn trau dồi, cập nhật kiến thức, thực hành điều dưỡng dựa vào bằng chứng, bổ sung kỹ năng, bồi dưỡng về chuyên môn, nghiệp vụ, góp phần nâng cao chất lượng khám chữa bệnh. Điều dưỡng phải luôn coi nỗi đau của người bệnh như nỗi đau của chính mình, có sự đồng cảm đó thì mới thực hiện các kỹ thuật tốt với bệnh nhân ngay cả khi không nhận được sự thông cảm và chia sẻ từ người bệnh. Chăm sóc người bệnh theo quy trình điều dưỡng đòi hỏi điều dưỡng có đủ kiến thức, kỹ năng, thái độ, đặc biệt là kỹ năng là yếu tố quyết định cho việc chăm sóc bệnh nhân có thành công hay không.

Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang là bệnh viện hạng I trong tỉnh, lực lượng điều dưỡng chiếm hơn 60% nhân sự bệnh viện. Hàng tháng, Phòng điều dưỡng và các điều dưỡng trưởng đều thực hiện các công tác kiểm tra, giám sát về việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ bản đối với các điều dưỡng viên. Tuy nhiên, việc kiểm tra, giám sát tuân thủ quy trình kỹ thuật đối với điều dưỡng tại một số khoa vẫn còn hình thức đối phó chưa phản ánh đúng thực trạng và chất lượng thực hiện quy trình của điều dưỡng. Nhằm hiểu rõ hơn về những

hạn chế, khó khăn; đồng thời đề xuất các giải pháp cải thiện chất lượng chăm sóc bệnh nhân góp phần nâng cao chất lượng đào tạo và thực hành chuyên môn của điều dưỡng, mang lại lợi ích thiết thực cho bệnh nhân. Chính vì những lý do trên, nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu và thực hiện đề tài: “*Khảo sát thực trạng tuân thủ quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ bản tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2024*” với 2 mục tiêu:

1. Khảo sát thực trạng việc tuân thủ quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ bản của điều dưỡng viên khi chăm sóc bệnh nhân tại bệnh viện
2. Tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ bản của người điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức một tỷ lệ:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 * \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

- + Z: là độ tin cậy lấy ở mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.
- + p: là tỷ lệ tuân thủ quy trình điều dưỡng đạt yêu cầu theo bảng kiểm của bệnh viện. Theo nghiên cứu của tác giả Lê Thị Bình tại 9 Bệnh viện tuyến Trung ương năm 2007 [3] thì tỷ lệ này là 83,4% nên chọn $p = 0,834$
- + d: là sai số cho phép. Chọn $d=0,05$

Thay vào công thức trên tính được $n = 212$

Tổng cộng có 286 điều dưỡng viên đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được giám sát đánh giá quy trình kỹ thuật điều dưỡng

2.3. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn

- + Điều dưỡng đã ký hợp đồng làm việc tại bệnh viện
- + Có chứng chỉ hành nghề của điều dưỡng

- Tiêu chuẩn loại trừ

- + Điều dưỡng thực tập lấy chứng chỉ hành nghề
- + Điều dưỡng đang nghỉ hậu sản
- + Điều dưỡng đang đi học

2.4. Địa điểm

Tất cả các khoa lâm sàng tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang. Thời gian: Bắt đầu từ tháng 01/2024 đến tháng 11/2024

2.5. Cách tiến hành

Bước 1: Quan sát trực tiếp điều dưỡng thực hiện từng bước theo quy trình; tùy tình hình thực tế tại khoa có thể triển khai thực hiện bằng các quan sát thực hiện trên bệnh nhân hoặc mô hình. Khảo sát 10 quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ bản gồm có:

- + Quy trình tiêm bắp gồm 20 bước
- + Quy trình tiêm tĩnh mạch gồm 19 bước
- + Quy trình tiêm dưới da gồm 15 bước
- + Quy trình truyền dịch gồm 19 bước
- + Quy trình bơm thuốc qua khoá lưu kim gồm 15 bước

- + Quy trình truyền dịch qua kim luồn gồm 17 bước
- + Quy trình truyền máu gồm 26 bước
- + Quy trình thay băng gồm 20 bước
- + Quy trình đặt thông tiêu gồm 20 bước
- + Quy trình đặt thông dạ dày gồm 15 bước

Bước 2: Đánh giá kết quả quan sát bằng các tiêu chí, bảng kiểm đã xây dựng sẵn. Bảng giám sát được thiết kế dựa trên chức năng và nhiệm vụ điều dưỡng và được hội đồng điều dưỡng bệnh viện thông qua và ban hành. Các điều dưỡng viên được chọn để lấy mẫu nghiên cứu không được biết trước. Giám sát viên nhìn họ làm và điền vào bảng kiểm qui trình kỹ thuật đều theo một qui trình chung như sau: chiếu từ nội dung các bước tiến hành sang cột bên cạnh (có 3 cột: cột số 0 = không điểm, cột số 1 = 1 điểm và cột số 2 = 2 điểm), nếu bước nào không làm đánh dấu X vào cột 0. Làm chưa tốt đánh dấu X vào cột giữa (cột số 1). Làm tốt đánh dấu vào cột số 2. Kết quả được tính như sau:

* *Cách tính điểm:*

- Thực hiện đúng, đầy đủ: 2 điểm
- Thực hiện đúng, không đầy đủ: 1 điểm
- Không thực hiện, thực hiện không đúng: 0 điểm

* *Xếp loại:*

- Tốt: 90-100 điểm
- Khá: 70-89 điểm
- Trung bình: dưới 70 điểm

* *Cách tính tổng điểm thực tế (thang điểm 100):*

Điểm thực tế = (tổng điểm đạt được x 100)/tổng điểm khung của từng quy trình

Bước 3: Phân tích, so sánh kết quả đánh giá để đưa ra kết luận về thực trạng kiến thức và kỹ năng thực hành của điều dưỡng.

2.6. Xử lý số liệu

Các số liệu nghiên cứu được thu thập và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 26.0.

2.7. Đo lường các biến

- Tỷ lệ % điều dưỡng thực hành đúng từng bước theo quy trình ở từng kỹ thuật.
- Xác định kỹ thuật/bước nào có tỷ lệ thực hành chính xác cao, thấp.
- Xác định những quy trình có nguy cơ ít được tuân thủ nhất, nguy cơ mất an toàn cao.
- So sánh kết quả đánh giá giữa các điều dưỡng có thâm niên công tác khác nhau.
- Sử dụng thuật toán thống kê để xác định mối liên quan đến tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ bản của điều dưỡng. Mức ý nghĩa thống kê sử dụng là $p < 0.05$

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	SL (n=286)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
<30 tuổi	168	58,74
30 – 49 tuổi	116	40,56
>50	2	0,7
Nhóm tuổi trung bình: $30,4 \pm 13,7$		
Giới tính		

Nam	103	36,01
Nữ	183	63,99
Trình độ học vấn		
Đại học	119	41,61
Cao đẳng	141	49,3
Trung cấp	26	9,09
Thâm niên công tác		
Dưới 5 năm	156	54,55
Trên 5 năm	130	45,45
Khoa công tác		
Khối Nội	146	51,05
Khối Ngoại	140	48,95

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Qua kết quả nghiên cứu trên 286 điều dưỡng viên ta thấy đa phần nằm ở độ tuổi dưới 30 tuổi (58,74%) và từ 30 đến 49 tuổi (40,56%). Độ tuổi trung bình của điều dưỡng trong nghiên cứu là $30,4 \pm 13,7$, (thấp nhất 21 tuổi và cao nhất 55 tuổi). Tỷ lệ nữ giới (63,99%) cao hơn nam giới (36,01%). Về trình độ học vấn tỷ lệ điều dưỡng viên trong nghiên cứu có trình độ trung cấp (9,09%), cao đẳng (65,81%) và trình độ đại học (41,61%). Thâm niên công tác dưới 5 năm (54,55%) và trên 5 năm (45,45%). Tỷ lệ điều dưỡng viên tham gia nghiên cứu tại 2 khối nội và ngoại gần tương đương nhau (51,05% và 48,95%)

3.2 Thực trạng việc tuân thủ quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ bản của điều dưỡng viên khi chăm sóc bệnh nhân tại bệnh viện

Quy trình kỹ thuật	Tốt		Khá		Trung bình	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Quy trình tiêm bắp	258	90,21	26	9,09	2	0,7
Quy trình tiêm tĩnh mạch	231	80,77	45	15,73	10	3,5
Quy trình tiêm dưới da	243	84,97	38	13,29	5	1,75
Quy trình truyền dịch	229	80,07	50	17,48	7	2,45
Quy trình bơm thuốc qua khoá lưu kim	230	80,42	55	19,23	1	0,35
Quy trình truyền dịch qua kim luân	248	86,71	29	10,14	9	3,15
Quy trình truyền máu	204	71,33	79	27,62	3	1,05
Quy trình thay băng	198	69,23	78	27,27	10	3,5
Quy trình đặt thông tiểu	203	70,98	75	26,22	8	2,8
Quy trình đặt thông dạ dày	210	73,43	70	24,48	6	2,1

Bảng 3.2: Thực trạng tuân thủ quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ bản của điều dưỡng viên

Nhận xét: Theo kết quả nghiên cứu, có 6/10 quy trình kỹ thuật điều dưỡng tuân thủ được được đánh giá xếp loại tốt cao trên 80% gồm có: Quy trình tiêm bắp (90,21%); Quy trình tiêm tĩnh mạch (80,77%); Quy trình tiêm dưới da (84,97%); Quy trình truyền dịch (80,07%); Quy trình bơm thuốc qua khoá lưu kim (80,42%) và Quy trình truyền dịch qua kim lùn (86,71%). Quy trình thay băng được đánh giá tuân thủ xếp loại tốt thấp nhất chiếm tỷ lệ 69,23%

Đánh giá chung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tốt	225	78,67
Khá	55	19,23
Trung bình	6	2,1

Bảng 3.3: Đánh giá chung tuân thủ quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ bản của điều dưỡng viên

Nhận xét: Đánh giá chung tuân thủ quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ bản của điều dưỡng viên ghi nhận được: Tốt (78,67%); Khá (19,23%) và trung bình (2,1%)

3.3 Các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ bản của người điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh

Đặc điểm		Số lượng	Tốt		Khá		Trung bình		p
			n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Nhóm tuổi	<30 tuổi	168	113	67,26	45	26,79	10	5,95	0,061
	30 – 49 tuổi	116	86	74,14	29	25	1	0,86	
	>50	2	1	50	1	50	0	0	
Giới tính	Nam	103	79	76,7	18	17,48	6	5,83	0,412
	Nữ	183	130	71,04	49	26,78	4	2,19	
Trình độ học vấn	Đại học	119	92	77,31	20	16,81	7	5,88	0,384
	Cao đẳng	141	103	73,05	30	21,28	8	5,67	
	Trung cấp	26	18	69,23	6	23,08	2	7,69	
Thâm niên công tác	Dưới 5 năm	156	108	69,23	43	27,56	5	3,21	0,001
	Trên 5 năm	130	111	85,38	15	11,54	4	3,08	
Khoa công tác	Khối Nội	146	108	73,97	30	20,55	8	5,48	0,553
	Khối Ngoại	140	101	72,14	28	20	11	7,86	

Bảng 3.4: Các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ bản của người điều dưỡng

Nhận xét: Qua bảng trên cho thấy, thâm niên công tác của điều dưỡng là yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ bản. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Qua nghiên cứu, ta thấy về tuổi của điều dưỡng viên: Chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm tuổi < 30 tuổi (58,74%), nhóm tuổi này trẻ nhất, vừa bước vào cuộc đời làm việc, chưa nhiều kinh nghiệm trong công tác nhưng có sức khỏe, do vậy thuận lợi trong việc chăm sóc. Tiếp theo là

nhóm tuổi từ 30 -49 tuổi (40,56%), là nhóm tuổi bắt đầu có kinh nghiệm trong công tác chuyên môn. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Bình (2007) [3]. Tỷ lệ thấp nhất là nhóm tuổi >50 tuổi (0,7%), đa phần khi điều dưỡng ở nhóm tuổi này sức khỏe không ổn định, năng suất công việc giảm sút, do đó họ thường được sắp xếp vào các vị trí việc làm không trực tiếp chăm sóc người bệnh. Đặc điểm giới của điều dưỡng viên tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới, chiếm tỷ lệ 63,99%. Đây cũng là đặc trưng của nghề điều dưỡng là nghề đòi hỏi phải có tính chịu khó, kiên nhẫn trong công việc, vì lẽ đó công việc chăm sóc thường được nữ giới ưa chuộng hơn là nam giới. Thâm niên công tác của điều dưỡng viên tham gia nghiên cứu giữa 2 nhóm dưới 5 năm (54,55%) và trên 5 năm (45,45%) gần tương đương nhau. Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của Lê Thị Bình (2007) khi trong nghiên cứu này tỷ lệ điều dưỡng có thâm niên < 5 năm chiếm tới hơn 1/3 số đối tượng nghiên cứu (34,8%) [3]. Nhóm tuổi thâm niên trẻ dưới 5 năm có khả năng nắm bắt nhanh nhạy các kỹ thuật mới, biết nhìn nhận và có hành vi, thái độ trong khi thực hiện chăm sóc bệnh nhân tốt. Tuy nhiên còn hạn chế về kinh nghiệm chuyên môn và đặc biệt là kiến thức và kỹ năng về chuyên khoa sâu. Ngược lại, nhóm điều dưỡng có thâm niên công tác trên 5 năm thời gian công tác còn nhiều, độ tuổi này phần nào đã tích lũy được kinh nghiệm chuyên môn trong quá trình thực hiện CSBN, đủ khả năng và bồi dưỡng giúp đỡ điều dưỡng lớp tuổi còn trẻ.

Về trình độ chuyên môn của đối tượng nghiên cứu, đa phần điều dưỡng viên tham gia nghiên cứu có trình độ cao đẳng (49,3%) và đại học (41,61%), kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Bình (2007) [3]. Có sự khác biệt kết quả trên có thể là do yếu tố thời gian, khi nhu cầu chất lượng và đào tạo ngày một nâng cao, tỷ lệ sinh viên ngành điều dưỡng tốt nghiệp hàng năm ngày một tăng đáp ứng kịp thời nhu cầu việc làm tại các cơ sở y tế. Do đó, vấn đề trình độ chuyên môn của điều dưỡng các năm gần đây không còn là thách thức và trở ngại đối với các nhà quản lý y tế. Các điều dưỡng viên tham gia nghiên cứu công tác tại 2 khối nội (51,05%) và khối ngoại (48,95%) với tỷ lệ khá tương đương nhau.

4.2 Thực trạng việc tuân thủ quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ bản của điều dưỡng viên khi chăm sóc bệnh nhân tại bệnh viện

Thực hiện các kỹ thuật điều dưỡng cơ bản như tiêm truyền, truyền máu, đặt thông tiêu... được xem là công việc hàng ngày của người điều dưỡng khi thực hành công tác chăm sóc người bệnh. Phòng điều dưỡng của bệnh viện luôn thường xuyên tổ chức kiểm tra, giám sát, đánh giá tập trung vào các kỹ thuật điều dưỡng theo quy trình, bảng kiểm định kỳ. Tuy nhiên, vấn đề tuân thủ đầy đủ các bước theo bảng kiểm khi thực hiện quy trình kỹ thuật điều dưỡng chưa đáp ứng tốt dẫn đến hiệu quả trong công tác chăm sóc người bệnh chưa cao. Kết quả nghiên cứu trên 286 điều dưỡng viên cho thấy tỷ lệ đánh giá việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ bản lần lượt: Tốt (78,67%), khá (19,23%) và trung bình (2,1%) tỷ lệ này thấp hơn so với mục tiêu đặt ra trong kế hoạch tại bệnh viện, khi kế hoạch đề ra hơn 90% điều dưỡng viên tuân thủ quy trình kỹ thuật điều dưỡng đạt mức tốt [2]. Vì vậy, để tìm hiểu rõ những hạn chế thường xuyên xảy ra đối với điều dưỡng khi thực hiện quy trình kỹ thuật, chúng ta sẽ lần lượt đánh giá từng quy trình, cụ thể như sau:

Quy trình tiêm bắp là quy trình được đánh giá tuân thủ xếp loại tốt cao nhất trong 10 quy trình kỹ thuật với tỷ lệ 90,21%. Kết quả của nghiên cứu cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Phạm Thị Luận (2020) khi kết quả nghiên cứu này là 61,4% [7]. Tiêm bắp kỹ thuật tiêm cơ bản được sử dụng phổ biến thường xuyên, kết quả này cũng phần nào phản ánh chất lượng và trình độ của điều dưỡng hiện tại trong bệnh viện. Đối với quy trình kỹ thuật tiêm tĩnh mạch kết quả đánh giá lần lượt: Tốt (80,77%), khá (15,73%) và trung bình (3,5). Kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Luận (2020) là 52,9% [7] và của Nguyễn Thị Thanh Nhiệm (2022) là 59,1% [4]. Sự khác nhau này có thể do bảng kiểm đánh giá các tiêu chí khác hơn so với bảng kiểm của 2 nghiên cứu trên. Các nghiên cứu trước đây đa phần đều đánh giá việc tuân thủ quy trình kỹ thuật với 2 tiêu chí đạt và không đạt, khác với bảng kiểm của chúng tôi khi đánh giá dựa vào 3 tiêu chí: thực hiện đầy đủ, thực hiện không đầy đủ và không thực

hiện. Mặt khác, chúng tôi đánh giá dựa trên quan sát trực tiếp cũng gây những sai số và phần nào tạo nên hạn chế của nghiên cứu.

Đối với quy trình kỹ thuật tiêm dưới da kết quả nghiên cứu đánh giá tỷ lệ tuân thủ quy trình đạt mức tốt chiếm tỷ lệ 84,97%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Thị Luận (2020) [7]. Có sự khác biệt này có thể là do số lượng cỡ mẫu và địa điểm nghiên cứu của cả 2 khác nhau. Quy trình đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại vi là thủ thuật thường quy và rất phổ biến của điều dưỡng. Đây là một thủ thuật xâm lấn đòi hỏi ĐD cần có kỹ năng tốt để thực hiện thành công và tránh biến chứng. Trong thực tế, khi đặt đường truyền tĩnh mạch có thể thành công hoặc thất bại. Đặt đường truyền thất bại thường do kim không được đưa đúng vào lòng mạch do các nguyên nhân khác nhau, bao gồm cả không tuân thủ đúng quy trình cần thiết. Trong các trường hợp này, cần thực hiện lại việc đưa kim vào tĩnh mạch hoặc chọn lại vị trí đặt kim. Ngược lại, việc đặt đường truyền thất bại cũng có thể ảnh hưởng tới thái độ, thực hành quy trình khi đặt lại đường truyền mới. Kết quả nghiên cứu cho thấy Quy trình truyền dịch được đánh giá với kết quả lần lượt là: Tốt (80,07%), khá (17,48%) và trung bình (2,45%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Quốc Khánh (2023) tại bệnh viện Bãi Cháy là 80,7% [9]

Chăm sóc kim luồn sau đặt cũng đóng vai trò quan trọng, chăm sóc kim luồn không tốt sẽ dẫn đến nhiễm khuẩn, gây ra các tai biến để lại hậu quả đáng tiếc. Trong đó, quy trình bơm thuốc qua khoá lưu kim và quy trình truyền dịch qua kim luồn với tỷ lệ tuân thủ tốt lần lượt là: 80,42% và 86,71% là 2 quy trình được xem gói chăm sóc đường truyền tĩnh mạch ngoại vi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phát hiện một số bước kỹ thuật chưa làm tốt, chưa đúng kỹ thuật đó là: đuổi khí, cố định kim luồn, nối dây truyền dịch, giúp người bệnh trở lại tư thế thích hợp, dặn dò người bệnh/người nhà và quan sát, hỏi cảm giác của người bệnh. Với kết quả này, bên cạnh việc tiếp tục tập huấn, đào tạo lại về chăm sóc đường truyền tĩnh mạch ngoại vi, Phòng Điều dưỡng cần thường xuyên tổ chức giám sát chuyên đề về tuân thủ các quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ bản.

Tỷ lệ điều dưỡng tuân thủ tốt quy trình kỹ thuật truyền máu là 71,33%, kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Thị Hà (2020) là 86% [6], điều này cho thấy thực trạng của điều dưỡng tại bệnh viện đang học và làm chủ yếu dựa vào kinh nghiệm của người đi trước thiếu kiến thức và kỹ năng trong việc thực hiện tuân thủ quy trình kỹ thuật. Tỷ lệ điều dưỡng tuân thủ tốt quy trình thay băng tại bệnh viện là 69,23%, tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Phùng Thị Huyền (2012) là 94,6% [8]. Thay băng không đảm bảo quy trình kỹ thuật có thể là một trong các nguyên nhân dẫn đến nhiễm khuẩn vết mổ, để lại nhiều hậu quả như tăng thời gian, chi phí điều trị, tăng nguy cơ cho người bệnh, tăng gánh nặng làm việc cho nhân viên y tế...[1]. Vì vậy, đây được xem là vấn đề cần quan tâm trong bệnh viện. Phòng điều dưỡng thường xuyên tập huấn, giám sát liên tục thực hành của điều dưỡng về quy trình thay băng thường quy. Ngoài ra, cần có những cải tiến trong quy trình thay băng để phù hợp với điều kiện thực tế của bệnh viện và phù hợp quy định của Bộ Y tế.

Đặt thông tiêu là một quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ bản tuy nhiên dễ mang lại những nguy cơ biến chứng cao. Do đó, vai trò chăm sóc và việc tuân thủ tốt quy trình kỹ thuật đặt thông tiêu là vô cùng quan trọng đối với điều dưỡng. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ điều dưỡng tuân thủ quy trình đặt thông tiêu đánh giá tốt với tỷ lệ 70,98%. Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Trần Thái Phúc (2022) với tỷ lệ là 67% [10]. Tỷ lệ điều dưỡng tuân thủ tốt quy trình đặt thông dạ dày là 73,43%, kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Minh Toàn (2022) với tỷ lệ 77,14% [5]. Đặt ống thông dạ dày được biết đến là một kỹ thuật quan trọng để cung cấp dinh dưỡng, theo dõi tình trạng bệnh hoặc hút dịch. Điều dưỡng tuân thủ tốt quy trình kỹ thuật và chăm sóc tốt ống thông dạ dày cho người bệnh sẽ góp phần giảm thiểu các nguy cơ biến chứng và nhiễm khuẩn bệnh viện.

4.3 Các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ bản của người điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh

Kết quả nghiên cứu cho thấy thâm niên công tác là yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật điều dưỡng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu tương đồng với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Bình [3]. Kết quả trên phản ánh vấn đề đối với điều dưỡng viên trẻ nhanh nhạy, nhiệt huyết tuy nhiên lại thiếu kinh nghiệm thực hành lâm sàng và kỹ năng trong công tác chăm sóc người bệnh. Ngược lại, nhóm có thâm niên công tác lâu năm là đội ngũ điều dưỡng 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 kỹ thuật. Do đó, vai trò của cấp quản lý bệnh viện cần xây dựng kế hoạch, tổ chức thực hiện tập huấn quy trình kỹ thuật điều dưỡng đồng thời đào tạo liên tục và đào tạo lại cho số điều dưỡng lớn tuổi, thâm niên trên 5 năm.

Tăng cường kiểm tra, giám sát sự tuân thủ quy trình kỹ thuật điều dưỡng thường xuyên

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu thực hiện trên 286 điều dưỡng viên tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang về vấn đề tuân thủ quy trình kỹ thuật điều dưỡng với các tỷ lệ tuân thủ tốt lần lượt: Quy trình tiêm bắp (90,21%); Quy trình tiêm tĩnh mạch (80,77%); Quy trình tiêm dưới da (84,97%); Quy trình truyền dịch (80,07%); Quy trình bơm thuốc qua khoá lưu kim (80,42%) và Quy trình truyền dịch qua kim luồn (86,71%); Quy trình thay băng (69,23%); Quy trình đặt thông tiểu (70,98%) và quy trình đặt thông dạ dày (73,43%). Tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật được đánh giá chung là: Tốt (78,67%); Khá (19,23%) và trung bình (2,1%) được đánh giá tuân thủ xếp loại tốt thấp nhất chiếm tỷ lệ 69,23%. Thâm niên công tác của điều dưỡng là yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ bản. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Chuẩn hoá và đồng bộ, ban hành bảng kiểm tất cả các quy trình kỹ thuật điều dưỡng. Điều dưỡng cần chủ động, tích cực học tập, cập nhật, nâng cao kiến thức, kỹ năng về quy trình điều dưỡng. Đồng thời, bệnh viện cần tiếp tục tổ chức tập huấn đào tạo và có đánh giá sau đào tạo để đảm bảo điều dưỡng đạt kiến thức tốt trong việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật điều dưỡng. Tăng cường kiểm tra, giám sát thường xuyên công tác thực hành của điều dưỡng trong thực hiện các quy trình kỹ thuật nhằm khắc phục những hạn chế, nâng cao chất lượng tuân thủ quy trình kỹ thuật điều dưỡng và công tác chăm sóc người bệnh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, (2003). *Tài liệu hướng dẫn quy trình chống nhiễm khuẩn Bệnh viện tập I* Nhà xuất bản Y học, trang 187– 192 – 285.
2. Bộ Y tế, (2016). *Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18/11/2016 về việc Ban hành bộ tiêu chí chất lượng Bệnh viện Việt Nam*.
3. Lê Thị Bình, (2007). *Khảo sát về kỹ năng thực hành của điều dưỡng viên khi chăm sóc bệnh nhân và các yếu tố ảnh hưởng*. Tạp chí Y học Thực hành, Số 10.
4. Nguyễn Thị Thanh Nhiệm, (2022). *Kiến thức, thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn của điều dưỡng tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2021*. Journal of 108-Clinical Medicine and Pharmacy.
5. Nguyễn Minh Toàn, (2022). *Đánh giá sự tuân thủ các biện pháp dự phòng viêm phổi liên quan đến thở máy của điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa khu vực Phúc Yên năm 2022*. Tạp chí Y Dược học Quân sự, 48(5), 44-51.
6. Phạm Thị Hà, (2020). *Đánh giá kiến thức và thực hành an toàn truyền máu của điều dưỡng trước và sau tập huấn tại các khoa hệ nội Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2019*. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 3(4), 70-76.
7. Phạm Thị Luân, (2020). *Kiến thức và thực hành về tiêm an toàn của điều dưỡng viên tại Bệnh viện Đa khoa huyện Vũ Thư năm 2019*. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 3(4), 12-15.
8. Phùng Thị Huyền, (2012). *Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ quy trình thay băng thường quy của điều dưỡng Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2012*.
9. Trần Quốc Khánh, (2024). *Kiến thức, thực hành kỹ thuật đặt và chăm sóc kim luồn tĩnh mạch ngoại vi của điều dưỡng Bệnh viện Bãi Cháy năm 2023*. Tạp chí Y học Việt Nam, 538(1).
10. Trần Thái Phúc, (2022). *Kiến thức, thực hành chăm sóc ống thông tiểu của điều dưỡng viên tại một số khoa ngoại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2022*. Tạp chí Y học Cộng đồng, 65(1).
11. World Health Organization, *WHO guideline on the use of safety-engineered syringes for intramuscular, intradermal and subcutaneous injections in health care settings*. 2016: World Health Organization.

THỰC TRẠNG CHĂM SÓC VẾT MỔ NHIỄM KHUẨN CỦA ĐIỀU DƯỠNG KHỐI NGOẠI - BỆNH VIỆN ĐA KHOA TT AN GIANG 2024

Phạm Hoàng Nam, Trần Nguyễn Quang Trung
Hà Thị Minh Thư, Phạm Mỹ Tuyết Phương

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là một trong những nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp. Trong công tác chăm sóc vết mổ, thì vai trò của người điều dưỡng rất quan trọng, khi phối hợp tốt với bác sĩ sẽ hạn chế được tỷ lệ NKVM cũng như ngăn chặn NKVM tiến triển nặng hơn.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá thực trạng chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn của điều dưỡng Khối Ngoại - Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2024.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, nghiên cứu hoạt động chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn của 43 điều dưỡng viên tại 05 Khoa khối Ngoại - Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang từ 01/03/2024 đến 30/09/2024 bằng phương pháp quan sát trực tiếp hoạt động chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn của điều dưỡng bằng phiếu điều tra đã được thiết kế sẵn.

Kết quả: Tỷ lệ thực hành đạt về chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn đạt 64.3% Tỷ lệ thực hành đạt quy trình vệ sinh tay thường quy chiếm 62.1%. Kết luận: Tỷ lệ thực hành đúng từng bước của quy trình thay băng vết mổ nhiễm khuẩn và vệ sinh tay thường quy tương đối cao.

ABSTRACT

Background: Surgical site infection (SSI) is one of the common hospital infections. In surgical site care, the role of the nurse is very important. When working well with the doctor, the rate of SSI will be limited as well as prevent SSI from progressing to a more serious condition.

Materials and methods: Cross-sectional description, research on the practice of caring for infected surgical wounds of 43 nurses at 05 Departments – An Giang Central General Hospital from from March 1 to September 30, 2024 by directly observing infected surgical wound care activities of nurses using a pre-designed survey form.

Results: The rate of successful practice in surgical wound care was 64.3%. The rate of practice reaching routine hand hygiene procedures accounted for 62.1%. Conclusions: The rate of successful practice in surgical wound care and routine hand hygiene was relatively high.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ là một trong những nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp. Theo Bộ Y tế, nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là những nhiễm khuẩn tại vị trí phẫu thuật trong thời gian từ khi mổ cho đến 30 ngày sau mổ với phẫu thuật không có cấy ghép và cho tới 1 năm sau mổ với phẫu thuật có cấy ghép bộ phận giả [1]. Ngoài việc làm tăng chi phí điều trị, nhiễm khuẩn vết mổ còn kéo dài thời gian nằm viện của người bệnh, tăng khả năng nhiễm trùng chéo, kháng thuốc, tăng tỷ lệ tái nhập viện và làm tăng đau đớn cho người bệnh [3].

Có nhiều nguyên nhân gây nhiễm khuẩn vết mổ, trong đó những nguyên nhân liên quan đến quá trình chăm sóc, điều trị, sử dụng kháng sinh...có thể được hạn chế tối đa khi hoạt động của cán bộ y tế theo đúng các qui trình kỹ thuật, đảm bảo chất lượng cao trong chẩn đoán, điều trị và chăm sóc. Đối với chăm sóc vết mổ nói chung và vết mổ nhiễm khuẩn nói riêng thì vai trò của người điều dưỡng (ĐD) rất quan trọng, từ nhận định các yếu tố nguy cơ, nhận định các dấu hiệu lâm sàng, đưa ra chẩn đoán chăm sóc và can thiệp điều dưỡng phù hợp, phối hợp tốt với bác sĩ sẽ hạn chế được tỷ lệ NKVM cũng như ngăn chặn NKVM tiến triển nặng hơn.

Nhận thấy vai trò quan trọng của người điều dưỡng trong chăm sóc vết mổ, nhóm nghiên cứu đã tiến hành đề tài với mục tiêu mô tả thực trạng chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn của điều dưỡng khối ngoại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2024.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Mục tiêu chung

Đánh giá thực trạng chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn của điều dưỡng khối ngoại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2024.

2. Mục tiêu cụ thể

a. Xác định đặc điểm điều dưỡng khối ngoại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2024.

b. Xác định thực trạng chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn của điều dưỡng Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: là số lần thực hiện kỹ thuật chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn của Điều dưỡng tại các Khoa khối Ngoại

Áp dụng công thức cho nghiên cứu mô tả cắt ngang:

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n là cỡ mẫu ước lượng.

$Z_{1-\alpha/2}^2$ là giá trị Z thu được từ bảng Z tương ứng với giá trị α , trong nghiên cứu này lấy $\alpha=0,05$ với $Z=1,96$.

p: Tỷ lệ thực hành đạt về chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn. Theo Phạm Văn Dương (2017) tỷ lệ thực hành đạt là 71,8% nên lấy $p=0,72$ [6].

d là độ chính xác tuyệt đối mong muốn, chọn $d = 0,075$. Thay các chỉ số vào công thức trên, tính được $n = 137,6$. Chọn $n = 140$.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

3. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Là hoạt động chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn của Điều dưỡng tại các Khoa khối Ngoại - Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Hoạt động thực hành chăm sóc được thực hiện bởi điều dưỡng viên học việc.

+ Hoạt động thực hành chăm sóc vết mổ thông thường

Địa điểm: Các Khoa khối Ngoại - Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

4. Cách tiến hành

- Phương pháp thu thập số liệu: Nhóm nghiên cứu quan sát trực tiếp hoạt động chăm sóc người bệnh của ĐD. Với mỗi quy trình, hai điều tra viên sử dụng cùng một mẫu phiếu. Sau mỗi lần quan sát một cơ hội thực hành, 2 điều tra viên đối chiếu kết quả đánh giá ở từng bước của quy trình trên 2 phiếu vừa quan sát. Nếu số liệu quan sát của 2 điều tra viên trùng nhau thì được tính là kết quả quan sát thực hành của điều dưỡng đó. Nếu có một bước nào đó trong quy trình có sự khác nhau về kết quả đánh giá, 2 điều tra viên thảo luận và thống nhất với nhau. Nếu một bước nào đó không thống nhất được thì hủy kết quả quan sát đó và quan sát lại cơ hội chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn của điều dưỡng đó.

5. Xử lý số liệu

Dữ liệu được nhập bằng phần mềm và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

6. Bộ công cụ đo lường gồm 3 phần:

Phần 1: Thông tin chung: Tuổi, giới tính, chức danh, thâm niên công tác ngoại khoa

Phần 2: Quy trình thay băng vết mổ nhiễm khuẩn gồm 20 bước của Bộ công cụ giám sát chuyên môn điều dưỡng của Phòng Điều dưỡng Bệnh viện ĐKTT An Giang ban hành năm 2022. Mỗi câu ĐD thực hành đúng được 1 điểm, không thực hành/ thực hành sai 0 điểm. Tổng điểm tối đa 20 điểm. Sau đó, phân làm 2 mức độ:

- + Mức độ thay băng đạt khi ĐD thực hành đúng 20 bước,
- + Không đạt khi ĐD thực hành sai/không thực hành ít nhất 1 bước.

Chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn đạt là kỹ thuật thay băng vết mổ nhiễm khuẩn của ĐDV đạt, Chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn không đạt là kỹ thuật thay băng vết mổ nhiễm khuẩn của ĐDV không đạt [8].

Phần 3: Quy trình vệ sinh tay thường quy gồm 6 bước của Bộ y tế ban hành theo quyết định số: 3916/QĐ-BYT ngày 28 tháng 8 năm 2017 [3]. Mỗi bước ĐD thực hành đúng được 1 điểm, không thực hành/ thực hành sai 0 điểm. Tổng điểm tối đa 6 điểm. Sau đó, phân loại thực hành kỹ thuật vệ sinh tay thường quy thành 2 mức độ: Vệ sinh tay thường quy đúng khi ĐDV thực hành đúng tất cả 6 bước, Vệ sinh tay thường quy sai khi ĐDV thực hành ít nhất 1 bước sai/ hoặc không thực hiện [8].

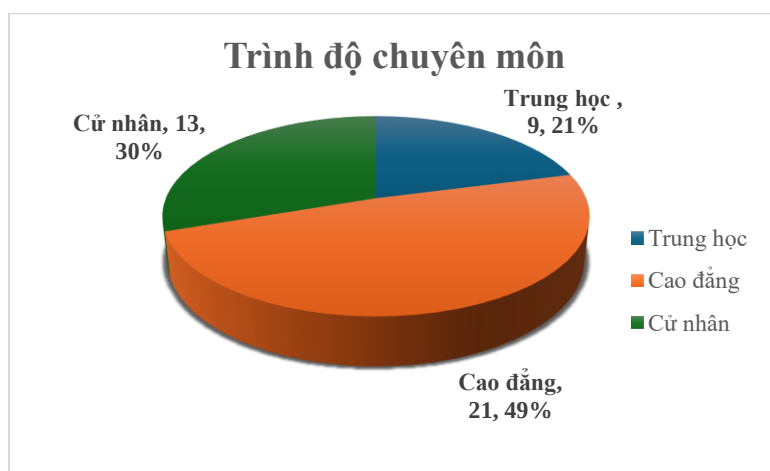
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Đặc điểm chung của Điều dưỡng viên

Bảng 4.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới tính (n=43)

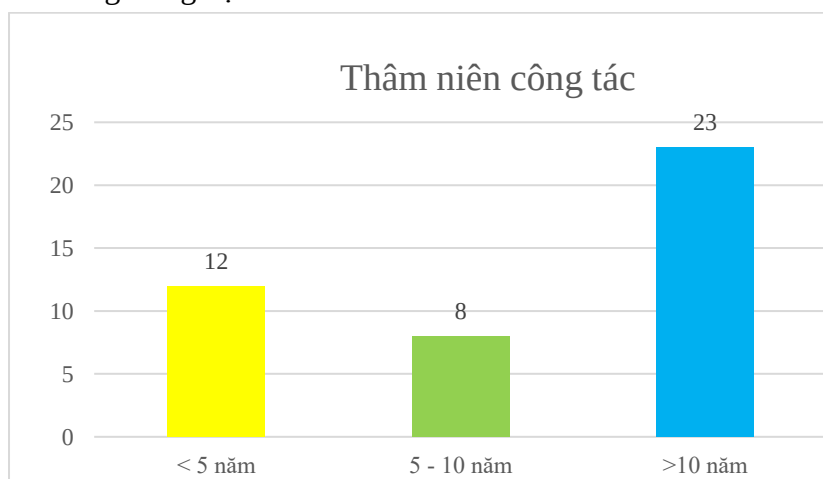
Đặc điểm		Số lượng	%
Tuổi	≤30	14	32.6%
	31-40	22	51.2%
	41-50	5	11.6%
	>50	2	4.7%
Giới tính	Nam	12	27.9%
	Nữ	31	72.1%

Nhận xét: Điều dưỡng trong độ tuổi 31-40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 51.2%, thấp nhất là nhóm trên 50 tuổi với tỷ lệ 4.7%. Có 31 điều dưỡng nữ chiếm 72.1% nhiều hơn điều dưỡng nam với 27.9%.



Biểu đồ 4.1 Phân bố đối tượng nghiên cứu theo trình độ chuyên môn (n=43)

Nhận xét: Điều dưỡng trình độ chuyên môn cao đẳng chiếm đa số 48.8% (21 ĐDV), thấp nhất là điều dưỡng trung học có 9 ĐDV chiếm 20.9%.



Biểu đồ 4.2 Phân bố đối tượng nghiên cứu theo thâm niên công tác (n=43)

Nhận xét: Điều dưỡng có thâm niên công tác dưới 5 năm có số lượng người ít nhất, chỉ có 12 người và cao nhất là nhóm công tác trên 10 năm với 23 người.

4.2. Thực trạng chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn

Bảng 4.2. Thực hành quy trình vệ sinh tay thường quy (n=140)

Thực hành vệ sinh tay thường quy	Điểm	
	0	1
Bước 1: Làm ướt tay bằng nước và xà phòng. Chà hai lòng bàn tay vào nhau	6 (4.3%)	134 (95.7%)
Bước 2: Chà lòng bàn tay này lên mu và kẽ ngoài các ngón tay của bàn tay kia và ngược lại	3 (2.1%)	137 (97.9%)
Bước 3: Chà hai lòng bàn tay vào nhau, miết mạnh các kẽ ngón tay	24 (17.1%)	116 (82.9%)
Bước 4: Chà mặt ngoài các ngón tay này vào lòng bàn tay kia	34 (24.3%)	106 (75.5%)

Bước 5: Xoay ngón tay cái của bàn tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại (làm sạch ngón tay cái)	15 (10.7%)	125 (89.3%)
Bước 6: Xoay các đầu ngón tay của tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại. Làm sạch tay dưới vòi nước chảy đến cổ tay và lau khô	20 (14.3%)	120 (85.7%)

Nhận xét: Tỷ lệ số lần thực hiện đúng và đủ các bước của quy trình vệ sinh tay thường quy là tương đối cao và cao nhất ở bước 2 (97.9%) và bước 1 (95.7%).

Bảng 4.3. Phân loại vệ sinh tay thường quy (n=140)

Phân loại vệ sinh tay thường quy	Số lượng	%
Đạt	87	62.1
Không đạt	53	37.9

Nhận xét: Tỷ lệ thực hành vệ sinh tay thường quy đạt chiếm 62.1% cao hơn tỷ lệ thực hành vệ sinh tay thường quy không đạt với 37.9%.

Bảng 4.4. Thực trạng thay băng vết mổ nhiễm khuẩn (n=140)

Kỹ thuật tiến hành	Thực hiện đúng	
	Số lượng	%
Bước 1: Kiểm tra y lệnh, tình trạng NB, lý do NB có vết mổ trong HSBA.	126	90
Bước 2: Chuẩn bị dụng cụ, phương tiện đầy đủ, đảm bảo nguyên vẹn, còn hạn sử dụng	130	92.9
Bước 3: Chào hỏi, giới thiệu tên, nhiệm vụ	88	62.9
Bước 4: Xác định đúng NB, bộc lộ vùng vết mổ NB đảm bảo kín đáo và thoải mái. Trải tấm lót nylon không thấm nước dưới vùng thay băng.	131	93.6
Bước 5: Nhận định mức độ đau, tình trạng da xung quanh vết mổ. Thông tin cho NB về mục đích của việc thay băng	118	84.3
Bước 6: Sát khuẩn tay nhanh	139	99.3
Bước 7: Mang găng tay sạch/ dùng kèm sạch. Mở băng dơ, quan sát tình trạng vết mổ, chân chỉ, dịch tiết, vùng da xung quanh vết mổ	139	99.3
Bước 8: Thông tin cho NB về tình trạng vết mổ	104	74.3
Bước 9: Tháo bỏ găng tay dơ/ bỏ kèm dơ vào chậu đựng dung dịch khử khuẩn, sát khuẩn tay nhanh	140	100
Bước 10: Mở bộ dụng cụ, lấy và sắp xếp dụng cụ đảm bảo vô khuẩn, thêm gòn, gạc nếu cần. Rót dung dịch NaCl 0.9%, dung dịch sát khuẩn vết mổ vào 02 chén chung	139	99.3

Bước 11: Mang găng tay sạch/ găng tay vô khuẩn (nếu cần)	139	99.3
Bước 12: Vết mổ nhiễm: dùng kèm kelly thấm dung dịch Natrichlorua 0,9% rửa và ấn nhẹ vết mổ cho dịch viêm, mủ thoát ra ngoài (theo nguyên tắc từ trong ra ngoài, từ cao xuống thấp, rửa rộng ra xung quanh vết mổ 3-5cm) hoặc dùng bơm tiêm 10ml rút dung dịch NaCl 0,9% bơm rửa nhẹ nhàng bề mặt vết mổ.	137	97.9
Bước 13: Dùng gạc chặm khô bề mặt vết mổ và vùng da xung quanh	138	98.6
Bước 14: Sát khuẩn vùng da xung quanh từ mép vết mổ ra 3-5cm bằng dung dịch sát khuẩn	139	99.3
Bước 15: Đặt gạc đảm bảo che kín vết mổ, cách rìa 3cm	138	98.6
Bước 16: Dùng kèm tiếp liệu gòn gạc đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn trong suốt quá trình chăm sóc vết mổ.	137	97.9
Bước 17: Tháo găng, vệ sinh tay. Dán băng keo cố định.	139	99.3
Bước 18: Thông báo cho NB biết công việc đã thực hiện xong, giúp NB tiện nghi. Dặn dò NB/ người nhà những điều cần thiết (không tự ý tháo băng; báo ĐD: đau, khó chịu, chảy máu, bất thường khác...)	130	92.9
Bước 19: Thu dọn dụng cụ, xử lý dụng cụ, chất thải đúng quy định. Vệ sinh tay	140	100
Bước 20: Ghi chép HSBA: Ngày giờ thay băng; tình trạng vết mổ; can thiệp trên vết mổ (nếu có); phản ứng của NB (nếu có); ký và ghi tên nhân viên thực hiện	136	97.1

Nhận xét: Tỷ lệ thực hành cao trên 90% ở hầu hết các bước. Tỷ lệ thực hành thấp ở bước 3 (62.9%) và bước 8 (74.3%).

Bảng 4.5. Phân loại thực hành chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn (n=140)

Phân loại thực hành	Số lượng	%
Đạt	90	64.3
Không đạt	50	35.7

Nhận xét: Tỷ lệ thực hành đạt chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn là 64.3% cao hơn tỷ lệ thực hành không đạt (35.7)

IV. BÀN LUẬN

Điều dưỡng ngoại khoa đóng vai trò rất quan trọng trong việc chăm sóc vết mổ, đảm bảo quá trình hồi phục nhanh chóng và an toàn cho bệnh nhân. Cụ thể: Thúc đẩy quá trình lành vết mổ, Đánh giá và phân loại vết mổ, Thu thập số liệu liên quan để lập kế hoạch chăm sóc phù hợp, Lựa chọn băng gạc đúng cách, Tư vấn về dinh dưỡng và chăm sóc sức khỏe sau phẫu thuật. Đồng thời phòng ngừa nhiễm khuẩn và biến chứng bằng cách tuân thủ kỹ thuật vô khuẩn nghiêm ngặt, làm sạch và thay băng vết mổ đúng quy trình, ngăn ngừa nhiễm khuẩn chéo và giữ vệ sinh cho bệnh nhân, theo dõi tình trạng vết mổ và báo cáo kịp thời các dấu hiệu bất thường. Điều dưỡng ngoại khoa không chỉ thực hiện các kỹ thuật y tế mà còn là người đồng hành, hỗ trợ tâm lý và tư vấn cho bệnh nhân trong suốt quá trình hồi phục. Sự chăm sóc tỉ mỉ và chuyên nghiệp

của điều dưỡng viên giúp tăng cường hiệu quả điều trị và giảm nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật.

Vệ sinh bàn tay trước khi thực hiện thủ thuật: Tầm quan trọng của việc vệ sinh tay trước khi thực hiện thủ thuật y tế, được Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo nhằm kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện và phòng ngừa các bệnh lây truyền. Thấy được tầm quan trọng đó, vệ sinh đôi tay là bước 6, bước 9, bước 17 và bước 19 được thực hiện trong quy trình thay băng vết mổ nói chung và thay băng vết mổ nhiễm khuẩn nói riêng đảm bảo an toàn cho cả bệnh nhân và nhân viên y tế của Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang. Trong nghiên cứu tỷ lệ thực hành vệ sinh tay thường quy đạt chiếm 62.1% cao hơn tỷ lệ thực hành vệ sinh tay thường quy không đạt với 37.9% (bảng 4.3). Tuy nhiên trong quy trình thay băng vết mổ nhiễm của chúng tôi tỷ lệ thực hành đúng nội dung trên ở các bước lần lượt là 99.3%; 100%; 99.3% và 100% (bảng 4.4). Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Phạm Văn Dương: 77,5%; 67,6; 43,7 và 33,8% kỹ thuật thực hành rửa tay/sát khuẩn tay đạt ở các bước [0]; nghiên cứu của Vũ Ngọc Anh: 79,9%; 77,6%; 89,7% và 97,1% kỹ thuật thực hành rửa tay/sát khuẩn tay đạt [0]. Sự khác biệt này có thể do vi khuẩn đa kháng đang ngày càng gia tăng theo các báo cáo về vi sinh tại bệnh viện chúng tôi và một trong những biện pháp quan trọng được khuyến cáo thực hiện để ngăn ngừa sự lây lan của vi khuẩn đa kháng chính là vệ sinh tay.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thực hành đúng từng bước của quy trình thay băng vết mổ nhiễm khuẩn tương đối cao (trên 80%), có những bước tỷ lệ thực hành đúng 100%. Cụ thể như sau:

Công tác thực hành chăm sóc vết mổ: theo nghiên cứu, tỷ lệ đạt là 64.3%, nghĩa là hơn một nửa số điều dưỡng viên đã thực hiện đúng quy trình. Tuy nhiên, 35.7% (bảng 4.5) vẫn chưa đạt, cho thấy còn nhiều việc phải làm để nâng cao chất lượng chăm sóc. Kết quả này tương đương với một số nghiên cứu trước đây. Chẳng hạn, Nguyễn Thị Hoan (2017) cũng ghi nhận rằng tỷ lệ kỹ thuật thực hành thay băng vết thương đạt loại giỏi chỉ chiếm 14%, nhưng loại khá thì chiếm tới 71% [7]. Điều này cho thấy rằng mặc dù nhiều điều dưỡng viên làm tốt, nhưng vẫn có một số lượng chưa đạt chuẩn cao nhất. Nghiên cứu của Vũ Ngọc Anh (2020) và Phạm Văn Dương (2017) cũng cho thấy tỷ lệ điều dưỡng có thực hành đạt về chăm sóc phòng ngừa NKVM dao động từ khoảng 64% đến 76%, khá tương đương với nghiên cứu của chúng tôi [1], [6]. Tóm lại, dù tỷ lệ đạt được cao nhưng vẫn cần cải thiện hơn nữa để đảm bảo tất cả các điều dưỡng viên đều tuân thủ quy trình tốt nhất.

Đánh giá tình trạng vết mổ trong chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn: Qua việc đánh giá chi tiết về loại, vị trí, kích cỡ, mức độ tiết dịch, tính chất dịch, vùng da quanh vết mổ và tình trạng đau, điều dưỡng có thể đưa ra kế hoạch chăm sóc chính xác và hiệu quả. Điều này rất quan trọng bởi mỗi vết mổ có đặc điểm riêng, cần phương pháp chăm sóc khác nhau. Nhận định chi tiết về vết mổ: Xác định loại, vị trí và kích cỡ vết mổ giúp điều dưỡng lựa chọn băng gạc và phương pháp chăm sóc phù hợp nhất. Đánh giá dịch vết mổ cung cấp thông tin quan trọng về tiến triển của vết mổ, giúp xác định xem vết mổ có đang lành hay có dấu hiệu nhiễm trùng. Đánh giá tình trạng vùng da quanh vết mổ: Việc theo dõi màu sắc, độ ẩm, nhiệt độ và sự toàn vẹn của vùng da quanh vết mổ cũng là yếu tố quan trọng để đánh giá hiệu quả của phương pháp chăm sóc và điều trị. Từ đó, điều dưỡng có thể điều chỉnh phương pháp chăm sóc nếu cần. Quy trình đánh giá tình trạng đau của bệnh nhân: Giúp xác định hiệu quả của phương pháp điều trị. Nếu bệnh nhân cảm thấy ít đau hoặc tình trạng đau giảm, chứng tỏ quá trình liền thương diễn ra tốt [0]. Theo nghiên cứu của bạn, tỷ lệ điều dưỡng thực hiện đúng quy trình đánh giá tình trạng vết mổ là 99.3% (bảng 4.4), cao hơn so với nghiên cứu của Vũ Ngọc Anh (2020) với tỷ lệ 70.7%. Điều này cho thấy sự nỗ lực và hiệu quả cao trong việc thực hiện các quy trình chăm sóc tại cơ sở nghiên cứu của bạn [1].

Mang găng tay: chúng ta thấy rằng việc sử dụng găng tay vô khuẩn là yếu tố quan trọng trong chăm sóc vết mổ để ngăn ngừa nhiễm khuẩn lây truyền. Quy trình yêu cầu tay chưa mang găng chỉ chạm vào mặt trong của găng, và tay đã mang găng rồi chỉ chạm vào mặt ngoài. Điều này nhằm tránh nhiễm bẩn từ bàn tay vào găng và sau đó lên vết mổ. Kết quả nghiên cứu của

chúng tôi: Tỷ lệ thực hành đúng kỹ thuật mang găng sạch đạt 99.3% (bảng 4.4). Nguyễn Thị Hoan (2017) ghi nhận có 5% điều dưỡng không sử dụng găng vô khuẩn khi thay băng [7]. Sự khác biệt này có thể do nhiều yếu tố như quy trình đào tạo, giám sát và tuân thủ quy định.

Dung dịch thay băng, rửa vết thương: chúng tôi nhận thấy rằng việc sử dụng các dung dịch làm sạch vết mổ đóng vai trò quan trọng trong quy trình chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn. Nước muối sinh lý (Natri Clorid 0,9%): đây là dung dịch đẳng trương với áp suất thẩm thấu tương đương dịch cơ thể, giúp làm sạch vết mổ mà không gây kích ứng. Quy trình sử dụng bao gồm lau rửa xung quanh vết mổ từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài, để loại bỏ vi khuẩn và chất bẩn. Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng 97.9% thực hành đúng bước này, cao hơn so với tỷ lệ 71.3% và 74.6% trong các nghiên cứu trước đó của Vũ Ngọc Anh (2020) và Phạm Văn Dương (2017). Pha dung dịch Povidone-Iodine với nước theo tỉ lệ khoảng 10ml dung dịch với 1 lít nước, sử dụng để ngâm rửa vùng da hoặc rửa vết thương, vết mổ nhiễm. Dung dịch Povidone-Iodine pha loãng (<5%) có thể được sử dụng để rửa vết thương nhiễm khuẩn hiệu quả và an toàn hơn so với dung dịch đặc. Việc sử dụng dung dịch pha loãng giúp giảm tác động gây tổn thương cho mô khỏe mạnh và tế bào bạch cầu, đồng thời vẫn duy trì được khả năng sát khuẩn. Cách sử dụng pha loãng dung dịch: Pha Povidone-Iodine với nước hoặc nước muối sinh lý theo tỉ lệ để đạt nồng độ dưới 5%. Rửa vết thương: Sử dụng dung dịch pha loãng để rửa vết thương nhiễm khuẩn, lau từ trong ra ngoài, và từ trên xuống dưới để đảm bảo sạch sẽ. Dù pha loãng, việc sử dụng quá mức vẫn có thể làm chậm quá trình lành vết thương. Theo dõi tình trạng da sau khi sử dụng để đảm bảo không có phản ứng kích ứng hoặc dị ứng. Dung dịch Povidone-Iodine pha loãng là một lựa chọn tốt để kiểm soát nhiễm khuẩn mà không gây quá nhiều tác hại cho mô lành. Cần cẩn thận và tuân thủ đúng quy trình để đạt hiệu quả tốt nhất.

Xử lý các dụng cụ: Theo quy trình khử khuẩn và tiệt khuẩn dụng cụ trong các cơ sở y tế theo hướng dẫn của Bộ Y tế năm 2012 [0]. Các dụng cụ sau khi sử dụng phải được làm sạch ngay tại khoa phòng, điều này đòi hỏi nhân viên y tế phải xác định đúng nhóm dụng cụ để lựa chọn phương pháp khử khuẩn, tiệt khuẩn phù hợp.

Phân loại của Spaulding: dụng cụ thiết yếu là những dụng cụ tiếp xúc trực tiếp với mô hoặc mạch máu, đòi hỏi phải tiệt khuẩn hoàn toàn. Dụng cụ bán thiết yếu là dụng cụ thay băng rửa vết mổ thuộc nhóm này, cần tiệt khuẩn sau khi sử dụng. Dụng cụ không thiết yếu là những dụng cụ không tiếp xúc trực tiếp với mô hoặc máu, chỉ cần khử khuẩn. Ngâm dụng cụ vào dung dịch khử nhiễm ngay sau khi sử dụng [0]. Đây là nhiệm vụ của điều dưỡng viên, nhằm loại bỏ mầm bệnh và chuẩn bị cho quá trình tiệt khuẩn. Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% điều dưỡng thực hành đúng việc thu gom dụng cụ bẩn vào chậu đựng dịch khử khuẩn sơ bộ, cho thấy tuân thủ nghiêm ngặt quy trình này. Điều này rất quan trọng để ngăn ngừa lây nhiễm chéo và đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế (bảng 4.4).

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thực hành đúng từng bước của quy trình thay băng vết mổ nhiễm khuẩn và vệ sinh tay thường quy tương đối cao. Tuy nhiên chỉ có 64.3% thực hành đúng tất cả các bước của quy trình chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn và 62.1% thực hành đúng tất cả các bước của quy trình vệ sinh tay thường quy.

Để đạt kết quả tốt hơn nữa, chúng tôi kiến nghị: (1) Thường xuyên giám sát thực hành thay băng, nhắc nhở điều dưỡng tuân thủ đúng các bước trong qui trình thay băng của bệnh viện, giúp đảm bảo mọi thủ thuật được thực hiện chính xác và hiệu quả. (2) Tăng cường tổ chức các buổi tập huấn về chăm sóc vết mổ để củng cố kiến thức về thay băng và cập nhật thêm các kiến thức mới nhằm nâng cao chuyên môn cho điều dưỡng viên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Vũ Ngọc Anh (2020), “Thực trạng kiến thức, thực hành về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ của điều dưỡng viên tại các khoa ngoại bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định”. Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
- Bộ Y tế (2020), “Tài liệu đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.44-45
- Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn thực hành vệ sinh tay trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, ban hành theo quyết định số: 3916/QĐ-BYT ngày 28 tháng 8 năm 2017.
- Bộ Y tế (2012). Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ. Ban hành kèm theo Quyết định số: 3671/QĐ -BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012.
- Phan Thị Dung (2016), “Đánh giá kết quả chương trình đào tạo chăm sóc vết thương theo chuẩn năng lực cho điều dưỡng tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức năm 2013- 2015”, Luận án tiến sĩ y tế công cộng, Trường Đại học y tế công cộng.
- Phạm Văn Dương (2017), “Thực trạng kiến thức và thực hành của điều dưỡng trong chăm sóc phòng nhiễm khuẩn vết mổ tại Bệnh viện Sản nhi tỉnh Ninh Bình”, Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
- Nguyễn Thị Hoan (2017), “Đánh giá thực trạng thực hành quy trình thay băng vết thương sau mổ của điều dưỡng khoa Ngoại và hộ sinh khoa Phụ sản bệnh viện đa khoa huyện Đan Phượng từ 03/5/2017 đến 31/7/2017”, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, Bệnh viện Đa khoa huyện Đan Phượng.
- Nguyễn Thị Hồng Nguyên (2019), “Tình hình nhiễm khuẩn vết mổ trên bệnh nhân phẫu thuật tại Khoa Ngoại tổng hợp - Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ”, Tạp chí Nghiên cứu khoa học và Phát triển kinh tế, Trường Đại học Tây Đô, số 06.
- Anderson D.J (2011). Surgical site infection. Infect Dis Clin North AM, pp. 135-153.
- European Centre for Disease Prevention and Control (2012), “Surveillance of surgical site infections in European hospitals-HAISSI protocol”, European Centre for Disease Prevention and Control.

THỰC TRẠNG LOÉT TỖ ĐỀ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN NGƯỜI BỆNH HÔN MÊ TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Nguyễn Văn Tuấn, Đoàn Thị Thu Trang,
Quách Thị Bé Bảy, Lý Băng Tâm

TÓM TẮT

Mở đầu: Khoa Hồi sức tích cực thường có nhiều bệnh nhân hôn mê, đây là những đối tượng thường phải đối mặt với nguy cơ loét do tỳ đè. Loét một trong những nguyên nhân hàng đầu kéo dài thời gian nằm viện, làm tăng chi phí điều trị, tăng thời gian chăm sóc và là một trong những nguyên nhân gây tăng tỷ lệ tử vong, nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ loét do tỳ đè, các yếu tố liên quan và các phương pháp phòng tránh cũng như can thiệp điều trị cho người bệnh.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu. Các bệnh vào khoa Hồi sức trong tình trạng hôn mê, được ghi nhận các biến số như: Tuổi, giới, BMI, Tri giác, Mạch, Huyết áp, Nhiệt độ, bệnh lý mạn tính kèm theo, thời gian thở máy, nguy cơ loét theo Braden, số lượng vết loét, vị trí loét, mức độ tổn thương, số ngày nằm ICU.

Kết quả: có 110 bệnh nhân hôn mê được đưa vào nghiên cứu, có 24 ca loét, chiếm tỷ lệ 21,8%, trong 24 ca loét, số lượng một vết loét 22 ca chiếm 91,7%, có 2 vết loét chỉ có 02 ca chiếm tỷ lệ 8,3%, loét độ I chiếm 87,5% và loét độ II là 12,5%. Về hoạt động chăm sóc vết loét trong 7 ngày: ≤ 1 lần/ngày chiếm tỷ lệ cao từ 84,3% đến 89,2%. Về thay đổi tư thế và xoa bóp vùng tỳ đè ≥ 3 lần/ngày chiếm tỷ lệ cao từ 87,3% đến 96,2%. Nhóm có BMI bình thường ít bị loét hơn nhóm BMI béo phì có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), nhóm không có bệnh đái tháo đường ít bị loét hơn bệnh đái tháo đường, nhóm bệnh có thời gian nằm viện > 7 ngày bị loét nhiều hơn nhóm nằm ≤ 7 ngày, nhóm bệnh có sử dụng nệm hơi ít bị loét hơn nhóm không sử dụng nệm hơi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). số ngày nằm viện trung bình là $8,48 \pm 5,61$.

Kết luận: Người bệnh hôn mê có loét chiếm 21,8%. Thời gian xuất hiện loét tỳ đè ngày 3,4,5 chiếm tỷ lệ cao. Hầu hết bệnh nhân có xuất hiện một vết loét và nằm trong loét độ I. Vị trí loét thường gặp nhất là vùng cùng cụt chiếm 83,3%. người bệnh có các bệnh lý mạn tính kèm theo như đái tháo đường, suy thận, xơ gan, béo phì...thời gian nằm viện kéo dài trên 7 ngày có nguy cơ loét cao hơn so với bệnh nhân hôn mê đơn thuần.

CURRENT SITUATION OF PRESSURE ULCERS AND SOME RELATED FACTORS TO A COMA PATIENT IN THE ICU, AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL SUMMARY

Introduction: The Intensive Care Department (ICU) often has many comatose patients, who often face the risk of pressure ulcers. Ulcers are one of the leading causes of prolonged hospital stays, increasing treatment costs, increasing care time and are one of the causes of increased mortality. Research aims to determine the rate of ulcers caused by pressure, related factors and methods of prevention and treatment intervention for patients.

Methods: Prospective descriptive study. Patients admitted to the ICU in a coma state are recorded with variables such as: Age, gender, occupation, education level, BMI, Consciousness, Pulse, Blood Pressure, Temperature, pathology accompanying chronic diseases, duration of mechanical ventilation, ulcer location, risk of ulcers according to Braden, number of ulcers, extent of damage, ulcer status when leaving the department, time of discharged from hospital, number of days in hospital.

Results: There are 110 patients with coma have a rate of ulcers of 21,8%, one ulcer of 91,7%, two ulcers of only 8.3%, grade I ulcers of 87,5% and grade II ulcers are 12,5%. Regarding ulcer care activities in 7 days: ≤ 1 time/day accounts for a high rate from 84.3% to

89.2%. Regarding changing posture and massaging pressure areas ≥ 3 times/day, the rate is high from 87.3% to 96.2%. The group with normal BMI had less ulcers than the obese BMI group with statistical significance ($p < 0.05$), the group without diabetes had less ulcers than those with diabetes, and the group had a hospital stay > 7 days had more ulcers than the group that stayed ≤ 7 days. The group that used air mattresses had fewer ulcers than the group that did not use air mattresses, with statistical significance ($p < 0.05$). The average number of days in hospital was 8.48 ± 1.61 .

Conclusion: Coma patients with ulcers account for 21,8%. Pressure ulcers appear on days 3,4 and 5 with a high rate. Most patients have an ulcer and are in grade I ulcers. The most common ulcer location is the sacrococcygeal area, accounting for 83,3%. Patients with accompanying chronic diseases such as diabetes, kidney failure, cirrhosis, obesity... with a hospital stay lasting more than 7 days have a higher risk of ulcers than patients in a simple coma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Người bệnh hôn mê có mất tri giác thường phải đối mặt với nguy cơ loét do tỳ đè. Loét tỳ đè là một tổn thương da và tổ chức giữa vùng xương với vật có nền cứng, là hậu quả của quá trình tỳ đè kéo dài gây thiếu máu nuôi tổ chức và chết tế bào gây loét. Mỗi năm có hơn 1,6 triệu người bệnh trên thế giới bị loét khi nằm viện [1], tỷ lệ loét ở các khoa phòng trung bình 10%-15% và ở các khoa Hồi sức cấp cứu từ 30%- 60% [3]. Loét là một trong những nguyên nhân hàng đầu kéo dài thời gian nằm viện, làm tăng chi phí điều trị, tăng thời gian chăm sóc và là một trong những nguyên nhân chính gây tăng tỷ lệ tử vong. Những người bệnh bị loét trong vòng 6 tuần khi nằm viện thì nguy cơ tử vong tăng gấp 3 lần so với những người bệnh không bị Loét [3]. Tại Pháp mỗi năm có khoảng 400.000 người bệnh bị loét tỳ chiếm 8-20% người bệnh nội trú, chi phí điều trị ước tính 15.000 đến 60.000 euro/người [4]. Loét do tỳ đè là một biến chứng thường gặp ở những người bệnh nằm bất động như: chấn thương cột sống, tai biến mạch máu não, gãy hai chi dưới, đái tháo đường, bỏng, bệnh nhân đa chấn thương... Chính vì vậy loét là vấn đề đang được quan tâm hàng đầu ở tất cả các bệnh viện trên thế giới, đặc biệt là tại khoa Hồi Sức Cấp cứu vì thường xuyên có nhiều người bệnh nặng, người cao tuổi, vận động kém, hôn mê,... Bệnh viện Đa Khoa Trung tâm An Giang thường xuyên điều trị chuyên sâu nhiều người bệnh hôn mê thở máy nặng, có nguy cơ loét tỳ đè cao. Việc dự phòng chăm sóc loét tỳ đè đã và đang là một ưu tiên trong công tác điều dưỡng của bệnh viện. Tuy nhiên, những yếu tố nào có thể ảnh hưởng đến loét do tỳ đè, thực tế chăm sóc và điều trị như thế nào, đó là lý do đề tài chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài khảo sát “Thực trạng loét do tỳ đè và một số yếu tố liên quan ở người bệnh hôn mê tại khoa Hồi sức Tích cực và Chống độc BV Đa Khoa Trung tâm An Giang”.

MỤC TIÊU CỦA ĐỀ TÀI

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tình trạng loét của người bệnh hôn mê tại Khoa hồi sức tích cực và chống độc BV Đa Khoa Trung tâm An Giang.
2. Phân tích kết quả chăm sóc và một số yếu tố liên quan.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh hôn mê điều trị tại khoa Hồi sức tích cực có thời gian hơn 07 ngày.

Thời gian: từ 02/2024 đến tháng 09/2024.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

2.3. Cỡ mẫu

Thuận tiện trong quá trình nghiên cứu

3.4. Đánh giá nguy cơ loét tỳ đè

Dựa theo mô hình đánh giá nguy loét tỳ đè của Braden. Các biện pháp can thiệp nhằm làm giảm số lượng bệnh nhân bị loét do tỳ đè: Xoay trở nhiều lần/ngày, dùng thuốc chống loét, nệm hơi...

3.5. Biến số nghiên cứu

Tuổi, giới, nghề nghiệp, BMI, số ngày nằm điều trị, hôn nhân, bệnh lý mạn tính kèm theo, thời gian nằm viện, thời gian thở máy, tri giác, mạch, Huyết áp, Nhiệt độ, bất thường vị trí vùng loét, thời gian xuất hiện loét, nguy cơ loét theo Braden, số lượng vết loét, mức độ tổn thương.

3.6. Xử lý số liệu

Phân tích, xử lý bằng phần mềm SPSS 26.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1: Phân bố đối tượng nghiên cứu

Biến số	Nhóm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤ 60	34	31
	> 60	76	69
Giới tính	Nam	61	54,7
	Nữ	49	45,3
BMI	<18	18	8,9
	18,5-22,9	61	64,1
	≥ 23	31	27
Số ngày nằm ICU	≤ 7 ngày	42	38,2
	> 7 ngày	68	61,8
Thời gian thở máy	≤ 7 ngày	62	55,6
	> 7 ngày	48	44,4
Bệnh lý kèm theo	Bệnh hô hấp	28	25,6
	Đái tháo đường	23	21,5
	Bệnh thần kinh	21	19,6
	Bệnh tim mạch	20	18,9
	Bệnh thận mạn	18	14,4

Nhận xét: Phần lớn người bệnh tuổi > 60, nam nhiều hơn nữ, BMI đa số ở mức trung bình, thời gian thở máy thường > 7 ngày, bệnh lý đường hô hấp và đái tháo đường chiếm đa số.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 2: Biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng

Biểu hiện	Biến số	Trung bình ± SD
Lâm sàng	Sốt	38,23 ± 1,51
	Mạch	110,12 ± 14,45

	Huyết áp TB	56,78 ± 12,53
	Điểm Glasgow	5,51 ± 2,86
Cận lâm sàng	Bạch cầu	19,45 ± 12,44
	Hb	8,91 ± 2,74
	Đường huyết	11,5 ± 8,56
	Protein toàn phần	55,45 ± 2,34
	Albumin	26,45 ± 16,47

Nhận xét: Các chỉ số lâm sàng cho thấy bệnh nhân trong tình trạng nặng, có các bất thường về cận lâm sàng.

3.3. Tình trạng loét của người bệnh trong quá trình điều trị

Bảng 3: Số lượng vết loét và mức độ

Biến số	Số lượng loét n=24	Tỷ lệ (%)
01 vết loét	22	91,7
02 vết loét	2	8,3
Loét độ I	21	87,5
Loét độ II	3	12,5
Vùng cùng cụt	20	83,3
Hai mông	4	16,7

Nhận xét: Trong các ca loét phần lớn là 01 vết loét, vùng cùng cụt và thường là độ I.

3.4. Hoạt động chăm sóc người bệnh

Bảng 4: Một số hoạt động chăm sóc dự phòng loét

Biểu hiện	Biến số	Số lượng (%)
Chăm sóc vết loét	≤ 01 lần/ngày	110 (100%)
	≥ 02 lần/ngày	65 (59%)
Thay đổi tư thế	02 lần/ ngày	110 (100%)
	≥ 03 lần/ngày	45 (41%)
Sử dụng nệm hơi	Có	32 (29%)
	Không	78 (71%)
Dùng dung dịch chống loét	Có	82 (75%)
	Không	28 (25%)

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân đều được chăm sóc vết loét ít nhất 01 lần trong ngày. Hầu hết được sử dụng dung dịch chống loét.

3.5. Các yếu tố liên quan đến loét do tỳ đè

Bảng 5: Các yếu tố liên quan đến loét do tỳ đè

Biến số	Nhóm	Nhóm loét (%)	Không loét (%)	p
Giới	Nam	64%	36%	0,14
	Nữ	44,6%	55,4%	
Tuổi	≤ 60	36,5%	66,7%	0.12
	>60	66,4%	33%	
BMI	<18	42,5%	57,5%	0,03
	18,5-22,9	44,6%	55,4%	
	>23	68,4%	31,6%	
Albumin	Bình thường	14,6%	85,4%	0,018
	Thấp	21,5%	78,5%	
Thời gian nằm ICU	≤ 7 ngày	11,4%	88,6%	0,01
	>7 ngày	66,8%	33,2%	
Mức độ nguy cơ theo Braden	Nguy cơ thấp	15,5%	84,5%	0,04
	Nguy cơ trung bình	21,4%	78,6%	
	Nguy cơ cao	23,6%	76,4%	
	Nguy cơ rất cao	39,5%	60,5%	
Sử dụng dung dịch chống loét	Có	10,6	89,5	0,019
	Không	19,5	81,5	
Sử dụng nệm hơi	Có	12,6%	87,4%	0,001
	Không	21,4%	79,6%	
Thay đổi tư thế và xoa bóp vùng tỳ đè	≤02 lần/ ngày	16,4%	83,6%	0,04
	≥ 03 lần/ngày	8,9%	91,1%	

Nhận xét: các chỉ số BMI, thời gian nằm > 7 ngày, bệnh nhân có nguy cơ cao, sử dụng dung dịch chống loét, nệm hơi, thay đổi tư thế nhiều lần...tỷ lệ loét do tỳ đè thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung:

Nghiên cứu được tiến hành trên tổng số 110 người bệnh, trong đó nam 69 (54,7%) và nữ 41 (45,3%), kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu của Vũ Thị Kim Định, khoa hồi sức tích cực Bệnh Viện Đa Khoa Thanh Nhân [3]. Về tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm tuổi > 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (69%). Kết quả này tương đồng nghiên cứu của Trần Hồng Huệ tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương [4], Trương Thanh Phong Bệnh viện Đa khoa trung ương Cần Thơ [7].

4.2. Tình trạng loét của người bệnh trong quá trình điều trị

Bệnh nhân có loét ngày thứ nhất chỉ có 1,6% do người bệnh được chuyển từ tuyến trước đã có sẵn ổ loét. Loét ngày thứ 3,4,5 chiếm tỷ lệ cao nhất, đến ngày thứ 7 thì giảm do Khoa đã có những biện pháp phòng ngừa và áp dụng các biện pháp chăm sóc tích cực. kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thế Bình bệnh viện Việt Đức. Thời gian nằm viện càng lâu,

người bệnh càng gầy, thể trạng càng kém thì nguy cơ loét tỳ đè càng cao [2]. Thời gian xuất hiện loét luôn có từ ngày đầu đến ngày thứ 7. Tuy nhiên không tương đồng so với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Trang tại bệnh viện Bạch Mai với thời gian xuất hiện loét sớm nhất là 2 ngày và muộn nhất 4 ngày [2].

Về tỷ lệ loét: Người bệnh có loét chiếm 21,8%, kết quả của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thế Bình 31,4% [2] và Trần Văn Oánh 41,7% [6]; điều này có thể giải thích rằng người bệnh hôn mê do bệnh lý nội khoa thì việc chăm sóc, thay đổi tư thế, xoa bóp vùng tỳ đè sẽ thuận lợi hơn so với người bệnh mổ chấn thương cột sống ngực - thắt lưng có liệt tủy tại khoa chấn thương chỉnh hình bệnh viện Việt Đức [2].

Số lượng và vị trí loét : Người bệnh có 1 vết loét chiếm 91,7%, 2 vết loét chiếm 8,3%, chiếm cao nhất là vùng cùi chỏ (83,39%). Kết quả này giống với nghiên cứu của Nguyễn Thế Bình với loét vùng cùi chỏ chiếm 83,34% [2] và cao hơn so với Lê Thị Trang với loét cùi chỏ chiếm 46,6% [8].

Mức độ loét: độ I chiếm 87,5% và độ II là 12,5%. Kết quả không tương đồng so với nghiên cứu của Lê Thị Trang tại khoa chấn thương chỉnh hình và cột sống Bệnh viện Bạch Mai với loét độ I chiếm 26,6%, độ II chiếm 73,4% [8]

4.3. Về hoạt động chăm sóc người bệnh

Về số lần chăm sóc vết loét: Tất cả bệnh nhân đều được chăm sóc ít nhất 01 lần/ngày. Số bệnh nhân được chăm sóc vết loét ≥ 2 lần/ngày chiếm tỷ lệ 59% , kết quả này cũng tương đồng với Nguyễn Thanh Bình [1], Trương Thanh Phong [7], Lê Thị Trang [8].

Về thay đổi tư thế và xoa bóp vùng tỳ đè: Tất cả bệnh nhân đều được thay đổi tư thế 2 lần/ngày, thay đổi ≥ 3 lần/ngày chiếm 41% . Có sự khác biệt và ý nghĩa thống kê giữa người bệnh có thay đổi tư thế với kết quả chăm sóc, $p < 0,05$. Kết quả cho thấy thay đổi tư thế ≥ 3 lần/ngày cho kết quả chăm sóc tốt hơn so với 2 lần/ngày (8,9% so với 16,4%), $p < 0,05$. Giống như kết quả nghiên cứu của Phan Thị Dung [3], Trương Thanh [7], Phong Lê Thị Trang [8]

Về sử dụng dung dịch chống loét và đệm hơi: Sử dụng dung dịch chống loét cho tỷ lệ loét tỳ đè ít hơn không sử dụng dung dịch chống loét có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Người bệnh có sử dụng đệm hơi thì nguy cơ loét cũng ít xảy ra so với không dùng đệm hơi. Tương tự nghiên cứu của Trương Thanh [7], Nguyễn Thanh Bình [1].

Tỷ lệ người bệnh sau 7 ngày chăm sóc: có loét chiếm tỷ lệ 26,5%, không loét chiếm 73,5%, điều này cho thấy hiệu quả của điều dưỡng viên chăm sóc và các biện pháp can thiệp giúp giảm nguy cơ loét, giống các nghiên cứu Nguyễn Thanh [1], Trương Thanh [7], Phong Lê Thị Trang [8].

4.4. Một số yếu tố liên quan

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm người bệnh có BMI bình thường và BMI béo phì với $p < 0,05$, vì khi người bệnh hôn mê có béo phì dẫn đến hạn chế, khó khăn hơn khi vận động hoặc bất động. Kỹ thuật cũng như thời gian xoa bóp khó khăn hơn nên nguy cơ loét cao hơn so với nhóm bệnh nhân không béo phì, tương tự nghiên cứu của Trương Thanh Phong [7], Lê Thị Trang [8].

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa người bệnh có đái tháo đường và người bệnh không có đái tháo đường với kết quả chăm sóc ($p < 0,05$). Do khả năng miễn dịch giảm, sức đề kháng kém hơn so với người không mắc bệnh kèm theo. Có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê giữa thời gian nằm viện ≤ 7 ngày và > 7 ngày với kết quả chăm sóc ($p < 0,05$), người bệnh nằm viện kéo dài, nguy cơ nhiễm trùng cao kết hợp với thể trạng gầy, sức đề kháng kém và dinh dưỡng kém, teo cơ, cứng khớp dẫn đến nguy cơ loét cao mặc dù bệnh nhân đã được can thiệp chăm sóc tích cực, giống nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình [1], Vũ Thị Kim Định [5], Trương Thanh [7].

V. KẾT LUẬN

Người bệnh hôn mê, thở máy nằm tại khoa Hồi sức có tỷ lệ loét do tỳ đè chiếm 21,8%. Thời gian xuất hiện loét tỳ đè ngày 3,4,5 chiếm tỷ lệ cao. Hầu hết bệnh nhân có xuất hiện một vết loét và nằm trong loét độ I. Vị trí loét thường gặp nhất là vùng cùng cụt chiếm 81,6%. Tỷ lệ loét tỳ đè của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu ở các nơi khác cho thấy việc chăm sóc cho người bệnh hôn mê của chúng tôi khá tốt mặc dù lượng bệnh thường xuyên cao (60-70 bệnh cho khoa ICU).

Yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc loét tỳ đè: Dựa theo mô hình đánh giá nguy loét tỳ đè của Braden, người bệnh có các bệnh lý kèm theo như béo phì, đái tháo đường, thời gian nằm viện kéo dài trên 7 ngày, giảm albumin máu, được chăm sóc ít lần trong ngày, không nằm nệm hơi, có nguy cơ loét cao hơn so với bệnh nhân được chăm sóc tốt. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Bình (2020), “Kết quả chăm sóc loét do tỳ đè trên người bệnh chấn thương sọ não tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2020”, Luận văn thạc sĩ Điều dưỡng, Trường ĐH Thăng Long.
2. Nguyễn Thế Bình (2004), “Đánh giá tình hình loét trên người bệnh mổ chấn thương cột sống thắt lưng và có liệt tủy tại khoa Chấn thương chỉnh hình bệnh viện Việt Đức”, Khóa luận TN, Trường ĐHY Hà Nội.
3. Phan Thị Dung (2017), "Nhận xét phòng loét tỳ đè của điều dưỡng qua trường hợp nghiên cứu tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức", Tạp chí y học thảm họa và bỏng, 3(12), tr.56-59.
4. Trần Hồng Huệ, Nguyễn Thị Lan Minh (2016), “Khảo sát loét tỳ đè ở bệnh nhân tại các phòng bệnh nặng trong bệnh viện Nguyễn Tri Phương”, Tạp chí y học TP Hồ Chí Minh, 3(21), tr.112-116.
5. Vũ Thị Kim Định, Đào Quang Minh (2019), “Khảo sát nguy cơ loét tỳ đè và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân nội trú tại khoa hồi sức tích cực Bệnh viện Thanh Nhàn”, Tạp chí y học cộng đồng”, 3(50), tr.134-139.
6. Trần Văn Oánh và cộng sự (2016), “Giải pháp dự phòng loét tỳ đè trên người bệnh tại phòng hồi sức khoa nội- hồi sức thần kinh Bệnh viện Hà Nội Việt Đức”, tr 29-35.
7. Trương Thanh Phong (2021). Thực trạng loét áp lực và một số yếu tố liên quan đến người bệnh hôn mê tại khoa hồi sức tích cực và chống độc bệnh viện đa khoa trung ương cần thơ. Tạp chí y học việt nam tập 503 - tháng 6 - số 1- 2021.
8. Lê Thị Trang (2019). Thực trạng loét tỳ đè trên bệnh nhân chấn thương cột sống có liệt tủy tại khoa chấn thương chỉnh hình và cột sống Bệnh viện Bạch Mai”, Tạp chí y học việt nam, 2(484), tr. 244-249.

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN NĂNG LỰC QUẢN LÝ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRƯỞNG CÁC KHOA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024

Võ Thị Kim Thoa, Phan Đăng Khoa,
Đỗ Minh Thái, Nguyễn Thụy Kim Hoàng

TÓM TẮT

Mở đầu: Vai trò của Điều dưỡng trưởng được xem như một trong những vai trò khó và phức tạp nhất trong hệ thống y tế. Vai trò của người Điều dưỡng trưởng là cực kỳ quan trọng bởi vì họ là người kết nối sự định hướng, mục tiêu, nhiệm vụ của tổ chức với người cung cấp dịch vụ chăm sóc hàng ngày cho người bệnh. Họ là người chịu trách nhiệm đối với các hoạt động chăm sóc người bệnh tại khoa phòng trong suốt 24h.

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng năng lực quản lý của đội ngũ Điều dưỡng trưởng tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2024. Phân tích một số yếu tố liên quan đến năng lực quản lý của Điều dưỡng trưởng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính từ 30 điều dưỡng trưởng trong bệnh viện. Nghiên cứu sử dụng phần mềm SPSS 22.0 để phân tích các yếu tố liên quan

Kết quả: Kết quả khảo sát thực trạng năng lực quản lý của 30 Điều dưỡng trưởng tại bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang cho thấy có 20/30 (66,67%) người đạt năng lực quản lý. Trong số 10 nội dung được sử dụng để đánh giá, 6 nội dung có số đạt trên 70%, gồm kỹ năng tổ chức cuộc họp (90%), kỹ năng văn bản (83,33%), kỹ năng quản lý vật tư, trang thiết bị (83,33%), kỹ năng quản lý chuyên môn và kỹ năng giao tiếp (80%), kỹ năng giải quyết vấn đề (73,33%). Những nội dung có tỷ lệ điều dưỡng trưởng đạt dưới 70% là kỹ năng đào tạo và quản lý đào tạo (63,33%), kỹ năng lập kế hoạch (56,67%), kỹ năng nghiên cứu khoa học (43,33%) và kỹ năng quản lý nhân lực (33,33%). Một số yếu tố như nhóm tuổi, giới tính, trình độ văn hóa, trình độ chuyên môn, ngoại ngữ, tin học và trình độ lý luận chính trị được phân tích nhưng không có yếu tố nào được xác định có mối liên quan với năng lực quản lý của các Điều dưỡng trưởng trong nghiên cứu này.

Kết luận: Xác định chất lượng điều dưỡng giữ vai trò quan trọng trong nâng cao hiệu quả công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân, trước nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân ngày một cao. Bản thân người Điều dưỡng trưởng nói riêng và người điều dưỡng nói chung phải nỗ lực, cố gắng không ngừng để nâng cao trình độ chuyên môn đồng thời phải thay đổi cung cách, tinh thần phục vụ người bệnh nhằm tạo nên sự chuyển biến tích cực về ý thức. Từ đó, từng bước khẳng định vị thế của người điều dưỡng trong xã hội, đóng góp ngày càng nhiều hơn cho sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

Từ khóa: quản lý, năng lực, điều dưỡng trưởng, bệnh viện

CURRENT SITUATION AND SOME FACTORS RELATED TO MANAGEMENT CAPACITY OF HEAD NURSES OF DEPARTMENTS AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2024

ABSTRACT

Background: The role of Chief Nursing Officer is considered one of the most difficult and complex roles in the health system. The role of the Chief Nursing Officer is extremely important because they are the ones who connect the direction, goals, and missions of the organization with those who provide daily care to patients. They are responsible for patient care activities in the department throughout 24 hours.

Objectives: Assess the current state of management capacity of the Chief Nursing team at An Giang Central General Hospital in 2024. Analyze a number of factors related to the management capacity of the Chief Nurse.

Subjects and methods: Cross-sectional descriptive study with analysis, combining quantitative and qualitative research from 30 hospital heads. The study used SPSS 22.0 software to analyze related factors.

Results: Survey results on the current status of management capacity of 30 Chief Nurses at An Giang Central General Hospital showed that there were 20/30 (66.67%) of people passed management capacity. Of the 10 contents used for evaluation, 6 contents have a score of over 70%, including meeting organization skills (90%), document skills (83.33%), and material management skills. investment, equipment (83.33%), professional management skills and communication skills (80%), problem solving skills (73.33%). The contents with the percentage of head nurses reaching less than 70% are training and training management skills (63.33%), planning skills (56.67%), and scientific research skills (43.33%) and human resource management skills (33.33%). A number of factors such as age group, gender, educational level, professional level, foreign language, information technology and political theory level were analyzed but no factor was determined to have a relationship with management capacity of the Chief Nurses in this study. Phlebitis is one of the most common complications of peripheral venous catheterization, which can lead to many complications such as increased treatment costs and hospital stay.

Conclusion: Determining nursing quality plays an important role in improving the effectiveness of care and protecting people's health, in the face of people's increasing health care needs. The Head Nurse in particular and nurses in general must make constant efforts to improve their professional qualifications and at the same time change the way and spirit of serving patients in order to create positive changes. Extreme in medical ethics. Since then, gradually affirming the position of nurses in society, contributing more and more to the cause of caring for and protecting people's health.

Key words: management, capacity, head nurse, hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều dưỡng là một nghề vừa mang tính khoa học, vừa mang tính nghệ thuật. Người Điều dưỡng dựa vào kiến thức, thái độ, kỹ năng của mình để giúp đỡ các cá nhân, gia đình và cộng đồng trong việc duy trì, nâng cao sức khỏe, phòng ngừa bệnh tật, giảm đau đớn về thể chất, tinh thần và biết cách tự chăm sóc nhằm đáp ứng nhu cầu sức khỏe.

Ngày nay, vai trò của Điều dưỡng trưởng được xem như một trong những vai trò khó và phức tạp nhất trong hệ thống y tế. Vai trò của người Điều dưỡng trưởng là cực kỳ quan trọng bởi vì họ là người kết nối sự định hướng, mục tiêu, nhiệm vụ của tổ chức với người cung cấp dịch vụ chăm sóc hàng ngày cho người bệnh. Họ là người chịu trách nhiệm đối với các hoạt động chăm sóc người bệnh tại khoa phòng trong suốt 24h.

Để hình thành và phát triển năng lực cho người Điều dưỡng trưởng, ở các nước phát triển, họ áp dụng rất nhiều mô hình như cung cấp kiến thức chính thống từ các trường, hay các chương trình kèm cặp hỗ trợ (mentorship), hội nghị, hội thảo v.v. Ở Việt Nam, phần lớn anh chị em đảm nhiệm chức danh này đều không có sự chuẩn bị về các kỹ năng quản lý. Thêm vào đó cách thức lựa chọn người vẫn theo truyền thống cũ, chưa thực sự chọn được người có đủ năng lực để đảm nhiệm vị trí khó khăn này. Trong những năm trở lại đây, Bộ Y tế cũng như Hội Điều dưỡng đã có nhiều chương trình để bồi dưỡng, nâng cao năng lực điều dưỡng trưởng nhưng kết quả mang lại thực sự chưa có những thay đổi to lớn.

Theo đánh giá chung hiện nay, năng lực quản lý của các Điều dưỡng trưởng vẫn còn có phần hạn chế; mới chỉ hoàn thành một số nhiệm vụ của điều dưỡng trưởng và nhiệm vụ hành chính chứ chưa là người quản lý thực sự về hoạt động chăm sóc người bệnh và các hoạt động khác của người điều dưỡng [2],[4],[7]

Bởi vậy, việc bồi dưỡng nâng cao năng lực quản lý cho đội ngũ Điều dưỡng trưởng là một trong những nhiệm vụ cấp thiết mà các bệnh viện nói chung và bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang nói riêng cần phải quan tâm, thực hiện. Để làm tốt nhiệm vụ này trước hết và

quan trọng là cần phải biết được thực trạng công tác quản lý của Điều dưỡng trưởng đang ở mức độ nào?

Trên địa bàn tỉnh An Giang hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá cụ thể về lĩnh vực điều dưỡng và công tác quản lý của Điều dưỡng trưởng được thực hiện nhiều [11]. Mặt khác, tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang tính đến hiện tại các đánh giá, khảo sát chỉ mới dừng lại ở điều tra mức độ hoàn thành chức năng nhiệm vụ, chưa đi sâu vào nghiên cứu sự thiếu hụt kiến thức, kỹ năng quản lý so với yêu cầu thực thi nhiệm vụ. Việc tìm ra giải pháp nâng cao hiệu quả quản lý của Điều dưỡng trưởng là hết sức cần thiết và cấp bách. Với những lý do nêu trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *“Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến năng lực quản lý của Điều dưỡng trưởng các khoa tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2024”* với 2 mục tiêu:

1. Đánh giá thực trạng năng lực quản lý của đội ngũ Điều dưỡng trưởng tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2024.
2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến năng lực quản lý của Điều dưỡng trưởng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính.

2.2. Cơ mẫu

- Nghiên cứu định lượng: Chọn mẫu thuận tiện toàn bộ Điều dưỡng trưởng đang đương chức tại bệnh viện với tổng số là 30 ĐDT

- Nghiên cứu định tính: chọn 2 cán bộ lãnh đạo trong bệnh viện gồm có: Trong ban giám đốc bệnh viện, trưởng khoa hoặc ban chủ nhiệm phòng Tổ chức cán bộ và phòng Điều dưỡng nhằm tìm hiểu quan điểm của các cán bộ quản lý đối với các điều dưỡng trưởng về một số nội dung:

- + Kiến thức và quan điểm về điểm mạnh và thách thức trong năng lực quản lý của các Điều dưỡng trưởng ở mỗi khoa tham gia nghiên cứu.
- + Khái niệm và nhận thức về hiệu quả năng lực nhu cầu học tập.
- + Các rào cản, các yếu tố khuyến khích để xây dựng năng lực tăng cường khả năng thực hiện.
- + Các ưu tiên của các cán bộ quản lý bệnh viện về đào tạo nâng cao năng lực quản lý của Điều dưỡng trưởng, cơ chế cung cấp các khóa đào tạo, tập huấn

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Các Điều dưỡng trưởng đang công tác tại bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang

- *Tiêu chuẩn lựa chọn*

- + Điều dưỡng trưởng đã được bổ nhiệm hoặc giao quyền từ 03 tháng trở lên;
- + Điều dưỡng trưởng đồng ý tham gia nghiên cứu

- *Tiêu chuẩn loại trừ*

- + Điều dưỡng trưởng được bổ nhiệm hoặc giao quyền dưới 03 tháng;
- + Không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.4. Địa điểm

Tất cả các khoa lâm sàng và cận lâm sàng tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang.
Thời gian: Bắt đầu từ tháng 01/2024 đến tháng 11/2024

2.5. Cách tiến hành

Bước 1: Nghiên cứu các mô hình lý thuyết về năng lực quản lý, từ đó xây dựng khung lý thuyết về năng lực quản lý của Điều dưỡng trưởng.

Bước 2: Làm rõ yêu cầu năng lực của Điều dưỡng trưởng của các bệnh viện trong nghiên cứu; khung lý thuyết về năng lực của Điều dưỡng trưởng, mức độ quan trọng của từng tiêu chí.

Bước 3: Thiết kế phiếu điều tra các tiêu chí điều tra đưa ra dựa trên khung năng lực của Điều dưỡng trưởng, nhằm đánh giá năng lực quản lý và đánh giá mức độ yêu cầu về năng lực quản lý của các tiêu chí đối với Điều dưỡng trưởng.

Bước 4: Khảo sát phỏng vấn và thu thập phiếu điều tra: mẫu phiếu phỏng vấn phát cho 30 Điều dưỡng trưởng tại các khoa trong bệnh viện, nghiên cứu được phỏng vấn trong bộ câu hỏi.

Mức độ năng lực và tầm quan trọng của các yếu tố cấu thành năng lực được sắp xếp từ: Không đạt là 0 điểm, đạt là 01 điểm. Các chỉ số đánh giá năng lực quản lý của Điều dưỡng trưởng được chọn lựa dựa theo tiêu chuẩn đánh giá năng lực theo 10 tiêu chí do Bộ Y tế quy định [2],[3],[5]

2.6. Xử lý số liệu

Các số liệu nghiên cứu được thu thập và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.7. Đo lường các biến

- Các biến số rời rạc được trình bày dưới dạng tỉ lệ phần trăm.
- Biến số liên tục có phân bố chuẩn được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn.
- Biến số liên tục không có phân bố chuẩn được trình bày dưới dạng giá trị trung vị và khoảng.
- Mối liên quan đến đến năng lực quản lý của người Điều dưỡng trưởng của một số yếu tố như nhóm tuổi, giới tính, số năm công tác, trình độ chuyên môn, trình độ quản lý nhà nước, trình độ quản lý điều dưỡng, trình độ lý luận chính trị, v.v. của các Điều dưỡng trưởng được phân tích bằng phương pháp kiểm định χ^2
- Ngưỡng có ý nghĩa thống kê của các phép kiểm là $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số thông tin chung về của đội ngũ Điều dưỡng trưởng tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang

Đặc điểm			Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	Từ 30 đến 40 tuổi		8	26,67
	Từ 40 đến 50 tuổi		20	66,67
	Từ 50 tuổi trở lên		2	6,67
	Nhóm tuổi trung bình: 38,3 ± 9,7			
Giới tính	Nam		14	46,67
	Nữ		16	53,33
Trình độ chuyên môn	Đại học		19	63,33
	Sau đại học		11	36,67
Năm công tác	Dưới 10 năm		2	6,67
	Trên 10 năm		28	93,33
Thâm niên làm Điều dưỡng trưởng	Dưới 3 năm		8	26,67
	Từ 3 đến 5 năm		8	26,67
	Trên 5 năm		14	46,66
Chứng chỉ bồi dưỡng	Quản lý bệnh viện	Có	17	56,67
		Không	13	43,33
	Quản lý điều dưỡng	Có	30	100

		Không	0	0
Trình độ lý luận chính trị	Sơ cấp		1	3,33
	Trung cấp		29	96,67
Trình độ ngoại ngữ	Anh văn – B		24	80
	Anh văn – B1 Vstep		4	13,33
	Cử nhân Anh		2	6,67
Trình độ tin học	Trình độ A		21	70
	Trình độ B		5	16,67
	Ứng dụng CNTT cơ bản		4	13,33
Chứng chỉ khác	Có		18	60
	Không		12	40

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=30)

Nhận xét: 30 ĐDT tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 38,3 tuổi (độ tuổi cao nhất là 57 tuổi và thấp nhất là 32 tuổi). Trong đó nhóm tuổi từ 40 đến 50 cao nhất (66%). Tỷ lệ nam và nữ gần như tương đương nhau, nam (46,67%) và nữ (53,33%). Trình độ chuyên môn của ĐDT phần lớn đều có trình độ đại học (63,33%) và sau đại học (36,67%). Phần lớn các ĐDT đều có thâm niên công tác trên 10 năm (93,33%) và thâm niên làm điều dưỡng trưởng trên 5 năm (46,66%). Trong số 30 ĐDT, số đã được đào tạo về quản lý bệnh viện chiếm tỷ lệ 56,67%, được đào tạo về quản lý điều dưỡng chiếm tỷ lệ 100%. Phần lớn các ĐDT có trình độ lý luận chính trị trung cấp (96,67%).

Về trình độ ngoại ngữ và tin học, phần lớn các ĐDT có chứng chỉ ngoại ngữ tiếng Anh: Anh văn – B (80%), Anh văn – B1 Vstep (13,33%) và Cử nhân Anh (6,67%). Trình độ tin học văn phòng phần lớn các ĐDT đều có trình độ A (70%). 18/30 ĐDT có những chứng chỉ văn bằng khác (60%)

3.2. Thực trạng năng lực quản lý của đội ngũ Điều dưỡng trưởng tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang

Tiêu chí	Đạt		Không đạt	
	Số lượng	%	Số lượng	%
Năng lực lập kế hoạch	17	56,67	13	43,33
Năng lực quản lý nhân lực	10	33,33	20	66,67
Năng lực quản lý chuyên môn	24	80	6	20
Năng lực quản lý vật tư, trang thiết bị	25	83,33	5	16,67
Năng lực thực hiện kỹ năng giao tiếp	24	80	6	20
Năng lực thực hiện kỹ năng giải quyết vấn đề	22	73,33	8	26,67
Năng lực thực hiện kỹ năng tổ chức cuộc họp	27	90	3	10
Năng lực soạn thảo văn bản	25	83,33	5	16,67
Năng lực đào tạo và quản lý đào tạo	19	63,33	11	36,67
Năng lực nghiên cứu khoa học	13	43,33	17	56,67

Bảng 3.2: Các năng lực quản lý của Điều dưỡng trưởng (n=30)

Nhận xét: Qua kết quả nghiên cứu, ta thấy trong số 10 kỹ năng đánh giá về năng lực quản lý của ĐDT năng lực quản lý nhân lực của ĐDT có tỷ lệ đạt thấp nhất (66,67%) và năng lực thực hiện kỹ năng tổ chức cuộc họp của ĐDT có tỷ lệ cao nhất (90%). Tỷ lệ đạt của các năng lực quản lý khác của ĐDT lần lượt là: Năng lực lập kế hoạch (56,67%); Năng lực quản lý chuyên môn (80%); Năng lực quản lý vật tư, trang thiết bị (83,33%); Năng lực thực hiện kỹ năng giao tiếp (80%); Năng lực thực hiện kỹ năng giải quyết vấn đề (73,33%); Năng lực soạn thảo văn bản (83,33%); Năng lực đào tạo và quản lý đào tạo (63,33%) và Năng lực nghiên cứu khoa học (43,33%)

Năng lực quản lý	Đạt		Không đạt	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Số ĐDT đạt năng lực quản lý (Đạt 70% các kỹ năng)	20	66,67	10	33,33

Bảng 3.3. Kết quả đánh giá về năng lực quản lý của Điều dưỡng trưởng (n=30)

Nhận xét: Theo số liệu tổng hợp, có 20/30 ĐDT đánh giá có năng lực quản lý, chiếm tỷ lệ 66,67%.,

3.3 Một số yếu tố liên quan đến năng lực quản lý của đội ngũ Điều dưỡng trưởng tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang

Đặc điểm			Đạt		Không đạt		OR 95% CI	p
			n	%	n	%		
Nhóm tuổi	Từ 30 đến 40 tuổi		6	75	2	25	0,53 (0,13-2,2)	0,3
	Từ 40 đến 50 tuổi		12	60	8	40		
	Từ 50 tuổi trở lên		1	50	1	50		
Giới tính	Nam		9	64,29	5	35,71	0,55 (0,08-2,7)	0,4
	Nữ		12	75	4	25		
Trình độ chuyên môn	Đại học		10	52,63	9	47,37	1,47 (0,3-6,5)	0,5
	Sau đại học		7	63,64	4	36,36		
Năm công tác	Dưới 10 năm		2	100	0	0	0,47 (0,11-1,8)	0,2
	Trên 10 năm		18	64,29	10	35,71		
Chứng chỉ bồi dưỡng	Quản lý bệnh viện	Có	10	58,82	7	41,18	2,5 (0,6-10,7)	0,14
		Không	7	53,85	6	46,15		
	Quản lý điều dưỡng	Có	18	60	12	40	0,36 (0,1-1,7)	0,12
		Không	0	0	0	0		
Trình độ lý luận chính trị	Sơ cấp		1	100	0	0	1,6 (0,4-6,5)	0,4
	Trung cấp		18	62,07	8	27,59		

Bảng 3.4: Một số yếu tố liên quan đến năng lực quản lý của đội ngũ Điều dưỡng trưởng

Nhận xét: Qua bảng số liệu nêu tại) cho thấy không có mối liên quan giữa các yếu tố: Tuổi: OR: 0,53 (0,13-2,2), p=0,3; Giới tính: OR: 0,55 (0,08-2,7), p=0,4; Trình độ chuyên môn:

OR: 1,47 (0,3-6,5), $p=0,5$; Năm công tác: OR: 0,47 (0,11-1,8), $p=0,2$; Chứng chỉ bồi dưỡng về quản lý bệnh viện: OR: 2,5 (0,6-10,7), $p=0,14$; Chứng chỉ bồi dưỡng về quản lý điều dưỡng: OR: 0,36 (0,1-1,7), $p=0,12$ và trình độ lý luận chính trị: OR: 1,6 (0,4-6,5), $p=0,4$ với năng lực quản lý của ĐDT. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Các nhận định của một số đối tượng nghiên cứu về các yếu tố ảnh hưởng đến năng lực quản lý của điều dưỡng trưởng tại bệnh viện:

“Tất cả các điều dưỡng trưởng có trình độ đại học, thâm niên công tác lâu năm nhưng khả năng tiếp cận công nghệ thông tin còn hạn chế, chưa phát huy tốt vai trò quản lý điều dưỡng tại khoa” (PVS Ban giám đốc)

“Tuy một số điều dưỡng trưởng có năng lực chuyên môn tốt, vượt trội tại khoa được lãnh đạo cất nhắc lên làm điều dưỡng trưởng, nhưng khả năng quản lý thì chưa được như yêu cầu” (PVS Trưởng phòng)

“Thủ tục hành chính, các báo cáo nhiều nên công việc ĐDT bị quá tải, do đó cần tinh giản và rút gọn các thủ tục hành chính, báo cáo, nâng cao vai trò chuyển đổi số, ứng dụng công nghệ thông tin trong công tác quản lý điều dưỡng” (PVS BS Trưởng khoa)

“Bác sĩ trưởng khoa phải thông cảm hiểu công tác quản lý điều dưỡng trưởng khoa từ đó ủng hộ để giúp cho điều dưỡng viên thay đổi cách làm việc phục vụ người bệnh ngày một tốt hơn” (PVS Điều dưỡng trưởng 01)

“Cần phải có những đợt tập huấn nâng cao năng lực quản lý, chia sẻ kinh nghiệm trong công tác quản lý của Điều dưỡng trưởng” (PVS Điều dưỡng trưởng 02)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số thông tin chung về của đội ngũ Điều dưỡng trưởng tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang

Kết quả nghiên cứu về thực trạng năng lực quản lý của đội ngũ Điều dưỡng trưởng tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2024 cho thấy đội ngũ ĐDT tại các cơ sở y tế hiện khá trẻ trung và năng động. Đa số là ở độ tuổi dưới 50 (66,67%). Đây là điều kiện rất thuận lợi cho công tác chăm sóc bệnh nhân, học tập nâng cao trình độ chuyên môn và nghiệp vụ.

Cũng như phần lớn các cơ sở y tế khác, Tỷ lệ ĐDT tại bệnh viện giữa nam và nữ gần tương đương nhau: Nam (46,67%) và Nữ (53,33%). Tỷ lệ nghiên cứu tại bệnh viện khá khác với các cơ sở y tế khác khi phần lớn tỷ lệ nữ giới chiếm đa số hơn nam giới, trong nghiên cứu của Đoàn Mạnh Nam tại bệnh viện tỉnh Hoà Bình năm 2018 tỷ lệ nữ giới chiếm 74% [7]. Điều đó chứng tỏ rằng, ngành điều dưỡng đã được xã hội và giới trẻ quan tâm hơn, không chỉ có nữ giới quan tâm như trước kia nữa mà cả nam giới cũng yêu thích và quan tâm hơn.

Trình độ chuyên môn của các ĐDT trong nghiên cứu này chủ yếu là đại học (63,33%) không có ĐDT có trình độ trung cấp, tỷ lệ này cao hơn với số liệu nghiên cứu của Hội điều dưỡng (2012) là 81,22% [9]. Các ĐDT tham gia nghiên cứu có số năm thâm niên công tác đa phần trên 10 năm (93,33%). Đặc biệt kinh nghiệm làm điều dưỡng trưởng của họ lâu năm chủ yếu nằm ở khoảng thời gian từ 3 đến 5 năm kinh nghiệm (46,67%). Điều này có sự khác biệt nhiều so với nghiên cứu của Đoàn Mạnh Nam là số ĐDT từ 3 đến 5 năm kinh nghiệm (48%) chiếm đa số [7]. Như vậy, đội ngũ ĐDT tại bệnh viện có dày dặn kinh nghiệm cả về tuổi nghề và cả về thâm niên kinh nghiệm làm Điều dưỡng trưởng khoa. Điều này chứng tỏ những Điều dưỡng trưởng khoa này có đầy đủ năng lực, có khả năng cập nhật kiến thức và áp dụng vào quá trình chăm sóc người bệnh, quản lý và nghiên cứu khoa học. Đặc biệt có ý nghĩa lớn đối với việc đưa bằng chứng vào để chăm sóc người bệnh và áp dụng khoa học tiên tiến về điều dưỡng để chăm sóc cho người bệnh. Theo kết quả khảo sát của chúng tôi, số ĐDT có chứng chỉ quản lý bệnh viện và có chứng chỉ quản lý điều dưỡng khá cao, lần lượt chiếm 56,67% và 100%. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Đoàn Mạnh Nam là 70% và 76% [7]. Số có chứng chỉ về trình độ lý luận chính trị trình độ trung cấp chiếm 96,67%, chứng chỉ về trình độ khác (có chứng chỉ lý luận chính trị trình độ trung cấp) chiếm 60%. Đây là những số liệu minh chứng

cho nhận xét trên của chúng tôi là các Điều dưỡng trưởng đều có đầy đủ năng lực quản lý, luôn tích cực học tập và có khả năng cập nhật kiến thức và áp dụng vào quá trình chăm sóc người bệnh, quản lý và nghiên cứu khoa học, chưa kể đến số liệu khảo sát về việc họ được đào tạo về tin học và ngoại ngữ (đại đa số các ĐDT đều có chứng chỉ ngoại ngữ Anh văn trình độ B (80%) và tin học văn phòng A (70%)). Điều này chứng tỏ Ban lãnh đạo bệnh viện đã rất quan tâm đến việc đào tạo, bồi dưỡng cho đội ngũ ĐDT và cũng hoàn toàn phù hợp với mức độ quan tâm hiện nay của chính sách đào tạo cán bộ quản lý. Trình độ về quản lý điều dưỡng, ngoại ngữ và tin học của các ĐDT tại các bệnh viện trong đó Bệnh viện Đa khoa trung tâm tỉnh An Giang như hiện nay đã đáp ứng đủ các chức năng nhiệm vụ của người điều dưỡng do Bộ Y tế ban hành [6]. Các điều kiện trên cũng đáp ứng được tiêu chuẩn điều dưỡng của ngạch điều dưỡng chính. Việc Bộ Nội vụ ban hành các điều kiện, tiêu chuẩn xét nâng ngạch chức danh điều dưỡng hạng II, điều dưỡng hạng I sẽ thúc đẩy các điều dưỡng trưởng có động lực tiếp tục đi học để nâng cao trình độ và đáp ứng đầy đủ theo qui định ban hành. Điều này cũng khích lệ tinh thần làm việc, phấn đấu vươn lên góp phần vào nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh và chất lượng chăm sóc sức khỏe người dân.

4.2. Thực trạng năng lực quản lý của đội ngũ Điều dưỡng trưởng tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang

Kết quả khảo sát cho thấy có 6/10 kỹ năng có số lượng ĐDT được khảo sát đạt trên 70% với tỷ lệ 66,67%. Trong đó cao nhất là kỹ năng tổ chức cuộc họp với tỷ lệ đạt là 90%; kỹ năng văn bản có tỷ lệ đạt là 83,33%; kỹ năng quản lý vật tư, trang thiết bị với tỷ lệ đạt là 83,33%; kỹ năng quản lý chuyên môn và kỹ năng giao tiếp đều có tỷ lệ đạt 80%; còn kỹ năng giải quyết vấn đề có tỷ lệ đạt là 73,33%. Các kỹ năng có tỷ lệ ĐDT đạt thấp bao gồm kỹ năng đào tạo và quản lý đào tạo với tỷ lệ đạt 63,33%, tiếp đó là kỹ năng lập kế hoạch với tỷ lệ đạt là 56,67%; kỹ năng nghiên cứu khoa học với tỷ lệ đạt là 43,33% và thấp nhất là kỹ năng quản lý nhân lực với tỷ lệ đạt chỉ chiếm 33,33%. Để có thể bàn luận sâu hơn về các vấn đề còn tồn tại gây hạn chế kỹ năng quản lý của người Điều dưỡng trưởng trong nghiên cứu này, chúng tôi lần lượt phân tích các kỹ năng có tỷ lệ ĐDT đạt thấp nhất sau đó mới bàn về các kỹ năng có tỷ lệ ĐDT đạt cao hơn.

Về kỹ năng quản lý nhân lực: Kết quả tổng hợp các tiêu chí để đánh giá chung về kỹ năng quản lý nhân sự khá khiêm tốn với tỷ lệ đạt (tương ứng đạt 100% tiêu chí) là 33,33%. Trong thời gian tới Ban Giám đốc các cơ sở y tế tham gia nghiên cứu cần có phương án tạo điều kiện tối đa để các Điều dưỡng trưởng có thể trực tiếp tham gia vào công tác tuyển dụng nhân lực, vừa giúp nâng cao năng lực quản lý cho Điều dưỡng trưởng, vừa là cơ hội để họ sớm tiếp cận, hiểu rõ hơn về nhân lực thuộc quyền quản lý sắp tới. Từ đó tiếp tục đề ra các giải pháp đào tạo, bồi dưỡng hợp lý theo tính chất, yêu cầu công việc tại mỗi khoa.

Về kỹ năng nghiên cứu khoa học: Công tác nghiên cứu khoa học trong khối điều dưỡng nói chung còn rất nhiều hạn chế, số lượng điều dưỡng trưởng tham gia nghiên cứu khoa học rất ít (43,33%). Đây là một tỷ lệ đáng kể vì gánh nặng công việc hành chính và chuyên môn của Điều dưỡng trưởng thường gây hạn chế đến hoạt động nghiên cứu khoa học của họ. Do vậy trong thực tế việc tham gia nghiên cứu khoa học của các Điều dưỡng nói chung và Điều dưỡng trưởng nói riêng chủ yếu ở vai trò cộng sự, tham gia, nhiều khi chỉ ghi tên để đủ điều kiện xét thi đua, khen thưởng, đánh giá cuối năm là chính.

Về kỹ năng lập kế hoạch: Qua kết quả nghiên cứu này, về cơ bản các Điều dưỡng trưởng khoa đã lập được kế hoạch hoạt động cho ĐDT của khoa, tỷ lệ đạt 56,67%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Lê Tiên Thành tại Hải Phòng (2015) [13]. Điều này cho thấy, đội ngũ Điều dưỡng trưởng tại bệnh viện có kỹ năng khá tốt trong việc lập kế hoạch, để hoàn thành tốt các nhiệm vụ của mình người ĐDT cần phải lập và thực hiện tốt kế hoạch. Nếu không có kế hoạch thì sẽ không phân chia được thời gian, công việc cho hợp lý. Vậy nên, việc lập kế hoạch là rất quan trọng. Không chỉ vậy cần phải lập được một kế hoạch để sao cho thực hiện đạt hiệu quả cao nhất. Đó cũng chính là mục tiêu mà mỗi ĐDT phải hướng tới để hoàn thiện mình.

Về kỹ năng đào tạo và quản lý đào tạo: Theo kết quả khảo sát của chúng tôi, chỉ có 63,33% Điều dưỡng trưởng được đánh giá đạt kỹ năng đào tạo và quản lý đào tạo. Trên thực tế đây cũng là một yêu cầu mới đối với người Điều dưỡng trưởng, chính bởi vậy họ cần phải có thời gian để tiếp cận, học tập, rèn luyện nâng cao năng lực bản thân về kỹ năng này. Kết quả phân tích riêng từng tiêu chí đánh giá kỹ năng cho thấy Điều dưỡng trưởng cần phải tích cực rèn luyện phương pháp dạy học cho người lớn, kỹ năng giảng dạy lâm sàng, khả năng tham gia đánh giá chương trình đào tạo, tham gia sửa đổi, viết chương trình cho phù hợp,...

Về kỹ năng quản lý chuyên môn: Nghiên cứu của chúng tôi có 63,33% Điều dưỡng trưởng đã có trình độ đại học và 36,67% trình độ sau đại học. Tỷ lệ ĐDT có trình độ đại học trở lên trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều so với trình độ của nhóm ĐDT là đối tượng nghiên cứu của Đỗ Đình Xuân (2008) với tỷ lệ Điều dưỡng trưởng khoa có trình độ sau đại học chỉ chiếm 0,24% [8]. Có sự khác nhau này có thể liên quan đến yếu tố thời gian khi hiện nay nhiều cơ sở giáo dục đào tạo trình độ sau đại học chuyên ngành điều dưỡng tăng so với trước đây. Trong thời gian tới, ban lãnh đạo bệnh viện cần phải đẩy mạnh việc cử điều dưỡng trưởng đi đào tạo chuẩn hóa đại học, có chế độ đãi ngộ hợp lý nhằm khuyến khích các Điều dưỡng trưởng có trình độ đại học tiếp tục đi học sau đại học nhằm đáp ứng tốt các yêu cầu về quản lý, chăm sóc người bệnh toàn diện, chuẩn hóa quy trình làm việc trong giai đoạn hiện nay và sắp tới.

Về kỹ năng quản lý vật tư, trang thiết bị: Theo kết quả nghiên cứu, đánh giá kỹ năng quản lý vật tư, trang thiết bị của Điều dưỡng trưởng đạt tỷ lệ cao 83,33%. Điều này cho thấy các Điều dưỡng trưởng đã rất quan tâm tới việc dự trữ, bảo quản, bảo dưỡng nhằm duy trì số lượng, chất lượng của các trang thiết bị, y dụng cụ, vật tư y tế tiêu hao. Việc quản lý, bảo vệ tốt tài sản của nhà nước, tránh lạm dụng, thất thoát, lãng phí,... đã góp phần cải thiện, nâng cao chất lượng các dịch vụ của bệnh viện, đáp ứng sự hài lòng của người bệnh, đem lại sự yên tâm, tin tưởng của lãnh đạo bệnh viện, tạo cơ sở cho việc duy trình bệnh viện hạng I trong tỉnh An Giang

Về kỹ năng giao tiếp: Trong những năm gần đây tại các bệnh viện đã có một số đề tài nghiên cứu riêng về kỹ năng giao tiếp của điều dưỡng trưởng nói riêng và điều dưỡng viên nói chung hoặc về những vấn đề có liên quan trực tiếp tới kỹ năng giao tiếp của nhân viên y tế tại bệnh viện như nghiên cứu về sự hài lòng của người bệnh tới khám và điều trị. Để đánh giá năng lực của điều dưỡng trưởng thông qua kỹ năng giao tiếp, trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ đưa ra những tiêu chí cơ bản, theo chuẩn năng lực người điều dưỡng cần phải đạt chứ không đi sâu đánh giá hay đưa ra những phân tích cụ thể, chi tiết. Kết quả nghiên cứu chỉ ra kỹ năng giao tiếp của Điều dưỡng trưởng đạt với tỷ lệ cao so với nhiều năm trước (80%).. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của Đoàn Mạnh Nam tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hoà Bình năm 2018 [7]

Về kỹ năng giải quyết vấn đề: So với nhóm các kỹ năng có tỷ lệ ĐDT đạt cao, kỹ năng giải quyết vấn đề có tỷ lệ Điều dưỡng trưởng đạt khá thấp (73,33%). Kỹ năng giải quyết vấn đề là một trong những kỹ năng thiết yếu của người quản lý bởi vì công việc ở cơ quan và cuộc sống là một chuỗi những vấn đề cần phải giải quyết. Trong thực tế vấn đề rất đa dạng, không có vấn đề nào giống vấn đề nào và cũng không có một công thức chung nào để giải quyết mọi vấn đề. Điều dưỡng trưởng là người phải đương đầu giải quyết nhiều vấn đề trong công tác tổ chức chăm sóc người bệnh hàng ngày. Tuy nhiên cũng giống như các nhà quản lý nói chung đa phần Điều dưỡng trưởng giải quyết hoặc tham gia giải quyết vấn đề theo thói quen, theo kinh nghiệm, thiếu phân tích kỹ lưỡng... không nắm vững 5 bước của quy trình giải quyết vấn đề theo chuẩn năng lực điều dưỡng (Nhận biết vấn đề và xác định vấn đề ưu tiên, phân tích nguyên nhân, đề ra các giải pháp phù hợp, thực hiện các giải pháp và đánh giá kết quả can thiệp) [3]

Về kỹ năng soạn thảo văn bản: Trong công tác quản lý, điều hành người điều dưỡng trưởng cần phải nắm vững vấn đề đặt ra để chọn thể loại văn bản cần soạn thảo cho phù hợp; cần xác định rõ phạm vi hiệu lực, thẩm quyền ban hành văn bản, đối tượng tác động, thời gian, không gian, trách nhiệm thực hiện, bảo đảm tính kế thừa của văn bản, chú ý đến những văn bản

hiện hành để đảm bảo tính mạch lạc, hệ thống, khoa học, bảo đảm văn bản cấp dưới phục tùng văn bản cấp trên. Kỹ năng soạn thảo văn bản được xây dựng và đào tạo rất kỹ trong chương trình bồi dưỡng kiến thức quản lý nhà nước, đối với chương trình bồi dưỡng quản lý điều dưỡng cũng có bố trí một số tiết học nhất định giới thiệu về kỹ năng soạn thảo văn bản. Kết quả nghiên cứu có (83,33%) Điều dưỡng trưởng đáp ứng đầy đủ các kỹ năng soạn thảo văn bản. Điều này phản ánh đúng thực trạng của đội ngũ quản lý ở các khoa nói chung và Điều dưỡng trưởng nói riêng, là chưa quan tâm đúng mức tới việc rèn luyện kỹ năng văn bản.

Về kỹ năng tổ chức cuộc họp: Đây là kỹ năng có tỷ lệ Điều dưỡng trưởng đạt với tỷ lệ cao nhất (90%) so với các kỹ năng khác. Trong công tác quản lý, người Điều dưỡng trưởng phải tổ chức và chủ trì nhiều cuộc họp để tổ chức và điều hành có hiệu quả công tác chăm sóc bệnh nhân. Chính bởi việc thực hiện thường xuyên nên các Điều dưỡng trưởng trong nghiên cứu của chúng tôi thực hiện khá toàn diện các tiêu chí đánh giá của kỹ năng này. Nếu tổ chức cuộc họp thường xuyên, chuẩn bị nội dung kỹ lưỡng sẽ cập nhật được thông tin giúp cho việc quản lý có hiệu quả. Người Điều dưỡng trưởng cần phải tiếp tục rèn kỹ năng trong việc tổ chức và điều hành cuộc họp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Vĩnh Thái tại Khánh Hòa (2014) [15], của Lê Tiến Thành tại Hải Phòng (2015) [13] và của Nguyễn Thị Lệ Xuân tại Nghệ An (2022) [16]

4.3. Một số yếu tố liên quan đến năng lực quản lý của đội ngũ Điều dưỡng trưởng tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang

Nghiên cứu này chưa tìm thấy mối liên quan giữa các yếu tố như: độ tuổi, giới tính, trình độ chuyên môn, năm công tác, các chứng chỉ bồi dưỡng với năng lực quản lý của đội ngũ Điều dưỡng trưởng tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang. Về cơ bản, kết quả nghiên cứu của chúng tôi là tương đồng với kết quả nghiên cứu của Đoàn Xuân Năm tại Hoà Bình (2018) [7]; Nguyễn Vĩnh Thái tại Khánh Hòa (2014) [15], của Lê Tiến Thành tại Hải Phòng (2015) [13] và của Nguyễn Thị Lệ Xuân tại Nghệ An (2022) [16]. Xác định chất lượng điều dưỡng giữ vai trò quan trọng trong nâng cao hiệu quả công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân, trước nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân ngày một cao, đồng thời thực hiện theo phương châm “*Sự hài lòng của người bệnh là sứ mệnh của chúng tôi*”, vai trò của người Điều dưỡng trưởng càng quan trọng hơn. Bản thân người Điều dưỡng trưởng nói riêng và người điều dưỡng nói chung phải nỗ lực, cố gắng không ngừng để nâng cao trình độ chuyên môn đồng thời phải thay đổi cung cách, tinh thần phục vụ người bệnh nhằm tạo nên sự chuyển biến tích cực về y đức. Từ đó, từng bước khẳng định vị thế của người điều dưỡng trong xã hội, đóng góp ngày càng nhiều hơn cho sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

V. KẾT LUẬN

Kết quả khảo sát thực trạng năng lực quản lý của 30 Điều dưỡng trưởng tại bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang cho thấy có 20/10 (66,67%) người đạt năng lực quản lý. Trong số 10 nội dung được sử dụng để đánh giá, 6 nội dung có số đạt trên 70%, gồm kỹ năng tổ chức cuộc họp (90%), kỹ năng văn bản (83,33%), kỹ năng quản lý vật tư, trang thiết bị (83,33%), kỹ năng quản lý chuyên môn và kỹ năng giao tiếp (80%), kỹ năng giải quyết vấn đề (73,33%). Những nội dung có tỷ lệ điều dưỡng trưởng đạt dưới 70% là kỹ năng đào tạo và quản lý đào tạo (63,33%), kỹ năng lập kế hoạch (56,67%), kỹ năng nghiên cứu khoa học (43,33%) và kỹ năng quản lý nhân lực (33,33%).

Một số yếu tố như nhóm tuổi, giới tính, trình độ văn hóa, trình độ chuyên môn, ngoại ngữ, tin học và trình độ lý luận chính trị được phân tích nhưng không có yếu tố nào được xác định có mối liên quan với năng lực quản lý của các Điều dưỡng trưởng trong nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, (2004). *Tài liệu quản lý Điều dưỡng*. Nhà xuất bản y học Hà Nội.
2. Bộ Y tế, (2012). *Quyết định số 1352/QĐ - BYT ngày 21 tháng 4 năm 2012 của Bộ Y tế về việc ban hành: “Chuẩn năng lực cơ bản của Điều dưỡng Việt Nam”*.
3. Bộ Y tế, (2012). *Quyết định số 6520/BYT - K2ĐT ngày 27 tháng 9 năm 2012 của Bộ y tế về việc “Ban hành Chương trình và Tài liệu đào tạo về tăng cường năng lực Quản lý điều dưỡng”*.
4. Bộ Y tế, (2021). *Thông tư 31/TT-BYT ngày 28/12/2021 của Bộ Y tế về Quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện*.
5. Bộ Y tế, (2022). *Quyết định số 3414/QĐ-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2022 của Bộ Y tế về việc phê duyệt tài liệu “Chuẩn năng lực cơ bản của cử nhân điều dưỡng Việt Nam”*.
6. Bộ Y tế, (2021). *Thông tư 31/2021/TT-BYT ngày 28/12/2021 về Quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện*.
7. Đoàn Mạnh Nam, (2018). *Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến năng lực quản lý của điều dưỡng trưởng tại một số bệnh viện của tỉnh Hòa Bình năm 2018*. . Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Đại học Thăng Long.
8. Đỗ Đình Xuân, (2008). *Đánh giá thực trạng năng lực của điều dưỡng trưởng khoa tại các bệnh viện Hà Nội*. Đề tài nghiên cứu cấp bộ.
9. Hội Điều dưỡng Việt Nam, (2012). *Tiêu chuẩn năng lực điều dưỡng*. <https://doi.org/http://hoddieuduong.org.vn/vi/vna/doc/detail/325>.
10. Hội Điều dưỡng Việt Nam, (2012). *Vai trò của điều dưỡng trưởng trong bối cảnh đổi mới*. Hà Nội.
11. Huỳnh Thị Mỹ Thanh, (2007). *Thực trạng công tác quản lý điều dưỡng tại tỉnh An Giang*. . Hội thảo tăng cường công tác quản lý điều dưỡng các cấp và vai trò của Hội điều dưỡng Việt Nam, tháng 7/2007, Hà Nội.
12. Phạm Đức Mục Lương Ngọc Khuê, (2012). *Tài liệu đào tạo tăng cường năng lực quản lý điều dưỡng*. Bộ Y tế.
13. Lê Tiến Thành, (2015). *Thực trạng năng lực quản lý của Điều dưỡng trưởng khoa tại một số bệnh viện tuyến quận huyện Hải Phòng năm 2015*. <https://doi.org/> <https://xemtailieu.com/tai-lieu/thuc-trang-nang-luc-quan-ly-cua-dieu-duong-truong-khoa-tai-mot-so-benh-vien-tuyen-quan-huyen-hai-phong-nam-2015-337265.html>
14. Phan Quốc Hội Nguyễn Trọng Tài, Trần Quốc Kham, Nguyễn Thu Yên, (2013). *Thực trạng và yếu tố ảnh hưởng đến năng lực điều dưỡng trưởng tại tỉnh Nghệ An*. . Tạp chí Y học thực hành, 12/2013.
15. Nguyễn Vĩnh Thái, (2014). *Đánh giá thực trạng năng lực quản lý của điều dưỡng trưởng khoa tại các bệnh viện công lập, tỉnh Khánh Hòa Năm 2014*. . Đại học Tây Nguyên, Luận văn thạc sĩ.
16. Nguyễn Thị Lệ Xuân, (2022). *Thực trạng năng lực quản lý của điều dưỡng trưởng khoa tại Bệnh viện Quốc tế Hoàn Mỹ Vinh – Nghệ An năm 2022*. . Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, Tập 5, số 4.
17. Bilak Y. Beuchlim - Telutki M. S., Merrick M., Reich M., & Stein D, (1993). *Nurse manager performance appraisal: a collaborative approach*. Nursing Management, 24(10), 48-50.
18. Barrett S Brooks B.A., (1998). *Core competencies for outcomes management in nursing*. . College of Nursing, University of Illinois, Chicago, USA.
19. Carroll T. L., (2005). *Leadership skills of women and nurse executives; challenges for 21 st century*. . Leadership skills and attributes of women and nurse executives: challenges for the 21st century. . <https://doi.org/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15923978>
20. Chase L.K, (2010). *Nurse manager competencies*. . PhD (Doctor of Philosophy) thesis, University of Iowa, 2010. . <https://doi.org/https://ir.uiowa.edu/etd/2681>

YẾU TỐ NGUY CƠ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG TẠI KHOA NỘI TIÊU HÓA HUYẾT HỌC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024

Nguyễn Thị Diệp Trinh, Trần Thị Yến Nhi
Trần Thị Thúy Quyên, Bùi Ngọc Đăng Khoa

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát các yếu tố nguy cơ gây xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng của người bệnh tại Khoa Nội Tiêu hóa – Huyết học Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang năm 2024.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, từ ngày 01/2024 đến 7/2024.

Kết quả: Tổng số có 150 người bệnh loét dạ dày tá tràng tham gia nghiên cứu chúng tôi nhận thấy: Đặc điểm về tuổi và giới tính: tuổi trung bình của người bệnh $61,69 \pm 15,41$, tuổi nhỏ nhất 29, tuổi lớn nhất 97. Nam mắc bệnh 50,7%, nữ chiếm 49,3%. Người bệnh mắc bệnh lý kèm chiếm 67,3%: bệnh tăng huyết áp (30%), đái tháo đường tupe 2 (24%), bệnh lý gan 20,6%, bệnh lý tim mạch (20,6%), bệnh lý thận 4% và bệnh lý khác 11,3%.. Người bệnh vào viện với lý do tiêu phân đen và tiêu máu chiếm tỷ lệ (25,3%). Đa số người bệnh nhập viện 3-4 lần chiếm (46,7%). Nguyên nhân gây loét dạ dày tá tràng do thuốc (51,3%). Người bệnh có bệnh lý kèm theo chiếm (67,3%), người bệnh có tiền sử bệnh loét dạ dày tá tràng (56%). Người bệnh có bệnh nền bị xuất huyết tiêu hoá chiếm 54,2%, nhiễm H.Pylori bị xuất huyết tiêu hoá chiếm 52,2%, hút thuốc lá bị xuất huyết tiêu hoá 64,7%, uống rượu bia bị xuất huyết tiêu hoá chiếm 66%, người bệnh Stress bị xuất huyết tiêu hoá 58,1%, dùng thuốc NSAIDs, corticoid bị xuất huyết tiêu hoá 53,2%. Người bệnh có thói quen ăn chua cay bị xuất huyết tiêu hoá 54,3%. Người bệnh uống rượu bia có nguy cơ bị xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày tá tràng 66%, có ý nghĩa thống kê với $P=0,04$

SUMMARY

Objective: To survey the risk factors for gastrointestinal bleeding due to gastric and duodenal ulcers in patients at the Department of Internal Medicine, Gastroenterology and Hematology, An Giang Central General Hospital in 2024.

Research method: Cross-sectional, from January 2024 to July 2024.

Results: A total of 150 patients with gastric and duodenal ulcers participated in the study and we found that: Age and gender characteristics: the average age of patients is 61.69 ± 15.41 , the youngest is 29, the oldest is 97. Men are sick 50.7%, women are 49.3%. Patients with concomitant diseases account for 67.3%: hypertension (30%), type 2 diabetes (24%), liver disease 20.6%, cardiovascular disease (20.6%), kidney disease 4% and other diseases 11.3%.. Patients admitted to the hospital with the reason of black stool and bloody stool account for (25.3%). The majority of patients were hospitalized 3-4 times (46.7%). The cause of gastric and duodenal ulcers is due to drugs (51.3%). Patients with concomitant diseases account for (67.3%), patients with a history of gastric and duodenal ulcers (56%). Patients with underlying diseases had gastrointestinal bleeding at 54.2%, H.Pylori infection had gastrointestinal bleeding at 52.2%, smokers had gastrointestinal bleeding at 64.7%, drinkers had gastrointestinal bleeding at 66%, patients with stress had gastrointestinal bleeding at 58.1%, and patients using NSAIDs and corticosteroids had gastrointestinal bleeding at 53.2%. Patients with the habit of eating spicy and sour foods had 54.3% of gastrointestinal bleeding. Patients who drink alcohol have a 66% risk of gastrointestinal bleeding due to gastric and duodenal ulcers, statistically significant with $P=0.04$

I- ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hoá là một trong những trường hợp cấp cứu thường gặp nhất nhưng lại rất khó tiên lượng và luôn có nguy cơ đe dọa tính mạng của người bệnh. Loét dạ dày tá tràng được ghi nhận là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến xuất huyết tiêu hoá. Ở Việt Nam theo báo cáo gần đây ghi nhận tỷ lệ XHTH do loét dạ dày tá tràng chiếm 56,9%[7]. Xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày, tá tràng là một cấp cứu nội- ngoại khoa chiếm khoảng hơn 60% các trường hợp xuất huyết tiêu hoá trên. Ở các nước Phương Tây tỷ lệ bệnh nhân loét hành tá tràng chiếm khoảng 6-15% dân số, trong đó có 20-30% có biến chứng chảy máu và tỷ lệ tử vong dao động từ 3-14% [2]. Thuốc kháng viêm không steroid (NSAID) là một trong các yếu tố quan trọng gây ra loét dạ dày tá tràng và xuất huyết tiêu hóa thông qua ức chế tổng hợp Prostaglandin, làm giảm sức chống đỡ của niêm mạc dạ dày, tá tràng [5]. Có nhiều yếu tố nguy cơ xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng, các yếu tố thường gặp nhất: nhiễm *Helicobacter Pylori*, tiền sử dùng thuốc kháng viêm giảm đau, stress, uống rượu bia, hút thuốc lá, nhiều nguyên nhân khác. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu khảo sát các yếu tố nguy cơ gây xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng tại khoa Nội tiêu hóa huyết học, Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

II- PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định loét dạ dày tá tràng tự nguyện tham gia nghiên cứu

Cỡ mẫu: thuận tiện

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: từ ngày 01/2024 đến 07/2024

Địa điểm nghiên cứu: khoa Nội tiêu hóa huyết học, Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang.

2.4. Xử lý, phân tích số liệu

Dùng phần mềm SPSS 22.0, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị $P \leq 0,05$

3- KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu từ ngày 01/2024 đến 07/2024 có 150 người bệnh tham gia nghiên cứu thỏa tiêu chuẩn chọn. Những người bệnh này đã trả lời đầy đủ bộ câu hỏi nghiên cứu, cho kết quả như sau:

Đặc điểm chung		Tần số (n)	%
Giới tính	Nữ	74	49,3
	Nam	76	50,7
Nhóm tuổi	Dưới 60	67	44,7
	Trên 60	83	55,3
Trình độ chuyên môn	Tiểu học	93	62
	Trung học cơ sở	43	28,7
	Trung học phổ thông	14	9,3
Nghề nghiệp	Nông dân	37	24,7

	Công Nhân viên	12	8
	MSLĐ	78	52
	Khác	23	15,3
Kinh tế gia đình	Nghèo	26	17,3
	Trung bình	107	71,3
	Khá	17	11,3
Nơi ở	Nông thôn	81	54,4
	Thành Thị	69	46,6

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Người bệnh có trình độ tiểu học chiếm tỷ lệ (62,4%). Nhóm tuổi 60 trở lên chiếm (65,3%), tuổi nhỏ nhất 29, tuổi lớn nhất 97, tuổi trung bình $61,69 \pm 15,41$. Đa số người bệnh lớn tuổi, mất sức lao động do bệnh (52,3%). Nơi người bệnh sinh sống phần lớn ở nông thôn (54,4%). Kinh tế gia đình người bệnh trung bình (71,3%),

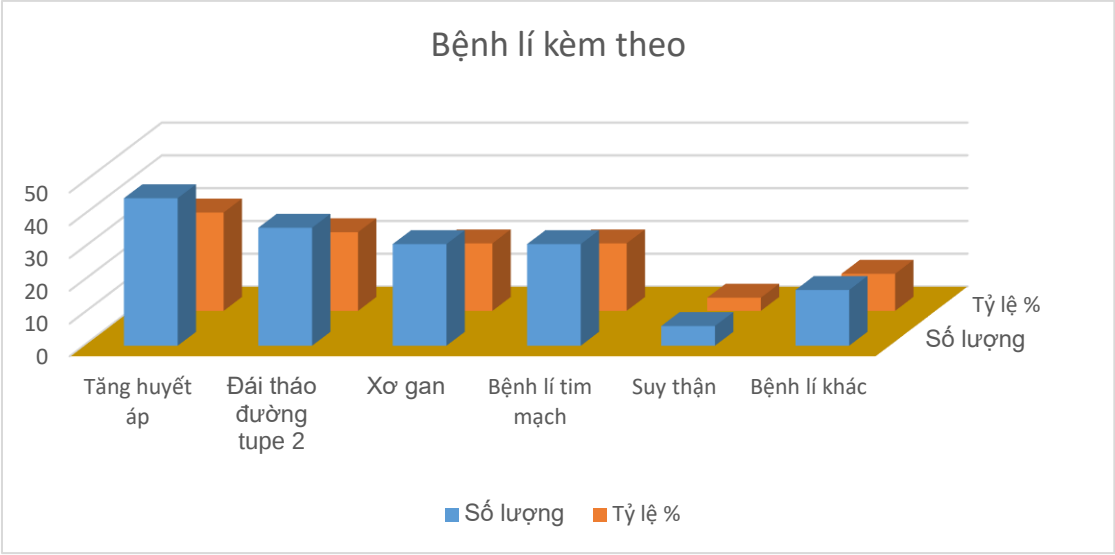
3.2. Đặc điểm lâm sàng ở đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm bệnh		Tần số (n)	Tỷ lệ %
Bệnh lý kèm theo	Có	101	67,3
	Không	49	32,7
Lý do vào viện	Nôn máu	37	24,7
	Tiêu máu, phân đen	38	25,3
	Đau bụng	16	10,7
	Triệu chứng khác	59	39,3
Số lần nhập viện	1-2 lần	46	30,7
	3-4 lần	70	46,7
	>5 lần	34	22,7
Nguyên nhân	Nhiễm HP	23	15,3
	Do thuốc lá	51	34
	Do thuốc: NSAID, Corticoid	77	51,3
	Do rượu	53	35,3
Tiền sử	Có	84	56
	Không	66	44

Bảng 3.2. Đặc điểm bệnh ở đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Người bệnh vào viện với lý do tiêu phân đen và tiêu máu chiếm tỷ lệ (25,3%). Đa số người bệnh nhập viện 3-4 lần chiếm (46,7%). Nguyên nhân gây loét dạ dày tá tràng do

thuốc (51,3%). Người bệnh có bệnh lý kèm theo chiếm (67,3%), người bệnh có tiền sử bệnh loét dạ dày tá tràng (56%).



Biểu đồ 1: Đặc điểm bệnh lý ở đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Kết quả người bệnh có bệnh lý kèm theo chiếm (67,3%). Người bệnh bị xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày tá tràng bệnh lý mắc kèm: bệnh lý tăng huyết áp chiếm 45 NB (30%), đái tháo đường tupe 2 có 36 BN (24%), bệnh lý gan (20,6%), bệnh lý tim mạch (20,6%), bệnh lý thận 4% và bệnh lý khác 11,3%.

3.3 Yếu tố nguy cơ Xuất huyết tiêu hoá

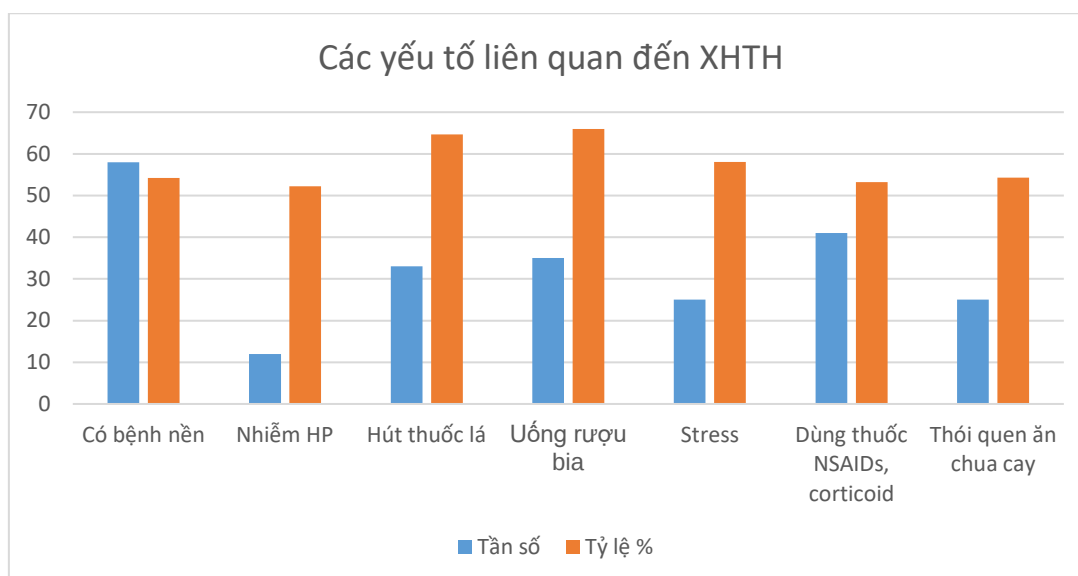
- Các yếu tố dân số kinh tế xã hội liên quan đến xuất huyết tiêu hoá

Đặc điểm	Xuất huyết tiêu hoá		P
	Không	Có	
Giới tính nam	29(38,2%)	47(61,8%)	0,09
Tuổi ≥ 60	38(43,7%)	49(56,3%)	0,52
Tiểu học	41(44,6%)	51(55,4%)	0,80
Nông thôn	34(42%)	47(58%)	0,35

Bảng 3.3 Các yếu tố dân số kinh tế xã hội liên quan đến xuất huyết tiêu hoá

Nhận xét: Kết quả trên cho biết giới tính nam xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày tá tràng 61,8%, người bệnh lớn tuổi xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày tá tràng 56,3%, người bệnh có trình độ tiểu học bị xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày tá tràng chiếm 55,4%, người bệnh ở nông thôn bị xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày tá tràng chiếm 58%.

- Các yếu tố nguy cơ liên quan xuất huyết tiêu hoá



Biểu đồ 2: Các yếu tố nguy cơ liên quan đến xuất huyết tiêu hoá

Nhận xét: Người bệnh có bệnh nền bị xuất huyết tiêu hoá chiếm 54,2%, nhiễm H.Pylori bị xuất huyết tiêu hoá chiếm 52,2%, hút thuốc lá bị xuất huyết tiêu hoá 64,7%, uống rượu bia bị xuất huyết tiêu hoá chiếm 66%, người bệnh Stress bị xuất huyết tiêu hoá 58,1%, dùng thuốc NSAIDs, corticoid bị xuất huyết tiêu hoá 53,2%. Người bệnh có thói quen ăn chua cay bị xuất huyết tiêu hoá 54,3%.

Đặc điểm		Xuất huyết tiêu hoá		OR (KTC 95%)	P
		Không	Có		
Rượu bia	Có	18(34%)	35(66%)	0,525 (0,262 – 1,051)	P=0,04
	Không	48(49,5%)	49(50,5%)		

Bảng 3.4 Các yếu tố nguy cơ liên quan đến xuất huyết tiêu hoá

Nhận xét: Người bệnh uống rượu bia bị xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày tá tràng cao hơn, có ý nghĩa thống kê với P=0,04

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Khảo sát 150 bệnh nhân cho thấy tuổi trung bình của người bệnh $61,69 \pm 15,41$, tuổi nhỏ nhất 29, tuổi lớn nhất 97. Nam mắc bệnh 50,7%, nữ chiếm 49,3%. Với nghiên cứu của Trần Thị Phương Uyên (2020) có 122 người bệnh, tuổi trung bình của người bệnh $55,63 \pm 19,3$, tuổi nhỏ nhất 10 và tuổi lớn nhất là 95. Nam chiếm 74,59%, nữ 25,41% [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi: chiếm tỉ lệ cao nhất là người bệnh lớn tuổi 55,3%. Người bệnh mắc bệnh lý kèm 67,3%: bệnh tăng huyết áp 45NB (30%), đái tháo đường tupe 2 có 36 BN (24%), bệnh lý gan (20,6%), bệnh lý tim mạch (20,6%), bệnh lý thận 4% và bệnh lý khác 11,3%. So nghiên cứu Trần Thị Phương Uyên (2020) chiếm tỉ lệ cao nhất vẫn là những người già 33,61%. Lý do có thể giải thích được là tỉ lệ người cao tuổi mắc các bệnh lý tim mạch, mạch máu não hay thiếu máu cục bộ, tổn thương niêm mạc dạ dày ngày càng nhiều. Điều này

dẫn đến sự gia tăng đáng kể việc sử dụng các thuốc chống huyết khối (Aspirin, clopidogrel) và NSAIDs. Tác giả Trần Thị Phương Uyên (2020) có kết quả mắc bệnh lý kèm theo của người bệnh bị xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày tá tràng, bị bệnh tăng huyết áp chiếm nhiều nhất có 41BN (35,65%), đái tháo đường tupe 2 có 20BN (17,39%), bệnh lý gan (11,3%), bệnh lý tim 13,9% và bệnh lý khác 11,3%[6].

Triệu chứng nhập viện hầu hết là những triệu chứng như tiêu phân đen, tiêu máu chiếm 25,3% nôn ra máu 24,7%, đau bụng 10,7%, ngoài ra còn các triệu chứng như chóng mặt, mệt mỏi,... 39,3%. Trong nghiên cứu của Trần Thị Phương Uyên (2020) có triệu chứng tiêu phân đen 32,34%, ói ra máu bầm chiếm tỉ lệ cao 18,48%, triệu chứng chóng mặt, mệt mỏi 27,39%[6]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Diễm tỉ lệ người bệnh tiêu phân đen chiếm 36,7%[4]. Tác giả Võ Minh Cường và cộng sự (2020) có 91 người bệnh, người bệnh đau thượng vị 90%, vừa ói ra máu vừa tiêu phân đen 43% [7].

Trong nghiên cứu của tác giả Trần Thị Phương Uyên (2020) tiền sử của người bệnh thì bệnh nhân không có tiền sử bệnh loét dạ dày tá tràng chiếm tỉ lệ cao nhất 46,83%, tiền sử XHTH chiếm 16,67%, bệnh lý loét dạ dày tá tràng chiếm 15,87%, dùng thuốc (chống đông, NSAIDs) chiếm 12,7%, rượu bia chiếm 7,14%, thuốc lá 0,79%. Có 81 người được chỉ định xét nghiệm H.pylori chiếm 66,4%. Trong đó kết quả dương tính 34,43%, âm tính 31,97%[6]. Tác giả Võ Minh Cường và cộng sự (2020) tiền sử loét dạ dày tá tràng là 34%, dùng kháng viêm NSAIDs là 53%, có bệnh kết hợp 98%[7]. Tổng cộng có 423 bệnh nhân (67,4% là nam; độ tuổi trung bình: $57,8 \pm 18,9$ tuổi) đã được ghi danh vào các trung tâm nghiên cứu của Thổ Nhĩ Kỳ, trong đó 96,2% được nhập viện vì chảy máu đường tiêu hóa trên cấp tính không do giãn tĩnh mạch. Khi nhập viện, triệu chứng phổ biến nhất là phân đen (76,1%); 28,6% bệnh nhân đang dùng aspirin, 19,9% đang dùng thuốc chống viêm không steroid và 7,3% đang dùng thuốc ức chế bơm proton. Chẩn đoán phổ biến nhất là loét tá tràng (45,2%) và dạ dày (27,7%) và viêm dạ dày/trợt dạ dày (26,2%)[10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi người bệnh có tiền sử loét dạ dày tá tràng 56%, có dùng thuốc kháng viêm NSAIDs 51,3%, có dùng thuốc lá 34%, có uống rượu bia 35,3%, bị Stress 58,1%, nhiễm H.Pylori 52,2%. Người bệnh có thói quen ăn chua cay bị xuất huyết tiêu hoá 54,3%. Các thuốc NSAIDs, corticoid là những tác nhân gây tổn thương dạ dày tá tràng và là yếu tố nguy cơ gây xuất huyết tiêu hoá, đặc biệt là những bệnh nhân có tiền sử loét dạ dày tá tràng. Thuốc lá là một trong những yếu tố nguy cơ gây loét dạ dày tá tràng, làm chậm lành ổ loét và tăng tỷ lệ tái phát ở bệnh nhân loét dạ dày tá tràng do thuốc lá làm tăng tiết acid, giảm sản xuất Prostaglandin, bicarbonat, giảm lưu lượng máu đến niêm mạc dạ dày tá tràng. Do đó người bệnh cần phải giảm và ngưng thuốc lá, đồng thời phải điều trị bệnh tích cực. Rượu bia cũng là yếu tố gây tổn thương niêm mạc dạ dày, trong nghiên cứu chúng tôi uống rượu bia làm gia tăng tỷ lệ xuất huyết tiêu hoá.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 150 người bệnh chúng tôi nhận thấy: Đặc điểm về tuổi và giới tính: tuổi trung bình của người bệnh $61,69 \pm 15,41$, tuổi nhỏ nhất 29, tuổi lớn nhất 97. Nam mắc bệnh 50,7%, nữ chiếm 49,3%. Người bệnh mắc bệnh lý kèm chiếm 67,3%: bệnh tăng huyết áp (30%), đái tháo đường tupe 2 (24%), bệnh lý gan 20,6%, bệnh lý tim mạch (20,6%), bệnh lý thận 4% và bệnh lý khác 11,3%.. Người bệnh vào viện với lý do tiêu phân đen và tiêu máu chiếm tỷ lệ (25,3%). Đa số người bệnh nhập viện 3-4 lần chiếm (46,7%). Nguyên nhân gây loét dạ dày tá tràng do thuốc (51,3%). Người bệnh có bệnh lý kèm theo chiếm (67,3%), người bệnh có tiền sử bệnh loét dạ dày tá tràng (56%). Người bệnh có bệnh nền bị xuất huyết tiêu hoá chiếm 54,2%, nhiễm H.Pylori bị xuất huyết tiêu hoá chiếm 52,2%, hút thuốc lá bị xuất huyết tiêu hoá 64,7%, uống rượu bia bị xuất huyết tiêu hoá chiếm 66%, người bệnh Stress bị xuất huyết tiêu hoá 58,1%, dùng thuốc NSAIDs, corticoid bị xuất huyết tiêu hoá 53,2%. Người bệnh có thói quen ăn chua cay bị xuất huyết tiêu hoá 54,3%.

Người bệnh uống rượu bia bị xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày tá tràng 66%, có ý nghĩa thống kê với $P=0,04$

VI. KIẾN NGHỊ

Sử dụng thuốc kháng viêm giảm đau cho người bệnh, nhân viên y tế cần hỏi tiền sử loét dạ dày tá tràng, tiền sử xuất huyết tiêu hoá, cũng như các bệnh nền của người bệnh, kết hợp với các loại thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày. Ngưng hút thuốc lá, hạn chế uống rượu bia ở người bệnh bị loét dạ dày tá tràng cần giải thích kỹ để người bệnh hiểu và tuân thủ.

Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang có điều kiện để thực hiện xét nghiệm H.Pylori, thực hiện Clotest giúp người bệnh có kế hoạch kiểm tra và điều trị khi bị nhiễm H.Pylori.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tài liệu tiếng Việt

1. Đặng Ngọc Quý Huệ, Trần Văn Huy (2011), “Cập nhật về điều trị nội soi xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày tá tràng”, Tạp chí Y dược học- Trường Đại học Y Dược Huế, số 8, tr.5-11.
2. Lê Nhật Huy, Nguyễn Văn Hương, “Đánh giá kết quả điều trị nội soi can thiệp cấp cứu xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày- hành tá tràng”Y học thường thức số 1/2014, tr.33-39.
3. Ngô Quý Châu, Nguyễn Lâm Việt, Bệnh học nội khoa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2012, tr.38-45.
4. Nguyễn Thị Diễm, Lê Thành Lý, Khảo sát các yếu tố dự đoán nguy cơ chảy máu tái phát ở bệnh nhân loét dạ dày tá tràng xuất huyết sau nội soi cầm máu, Tạp chí Y học Tp.HCM,4(2014) 112.
5. Nguyễn Thị Khánh, Phạm Thị Thu Hương, Nguyễn Thị Tuyết Dương (2019), “Khảo sát nhận thức về loét dạ dày tá tràng của học sinh các trường trung học cơ sở trên địa bàn Thành Phố Nam Định.
6. Trần Thị Phương Uyên (2020), “Khảo sát tình hình điều trị xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày tá tràng tại khoa Nội tiêu hoá Bệnh viện Nhân dân Gia Định”
7. Võ Minh Cường, Tạ Văn Trầm (2020), “ Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày tá tràng ở người cao tuổi”.

Tài liệu tiếng Anh

8. Ana-Maria Botjanu, Daniela Matei, M. Tanțău, Monica Acalovschi (2013), “Urgent versus early endoscopy in high risk patients with acute upper gastrointestinal bleeding: a comparative study in a tertiary center with a permanent endoscopy call”, ROM. J. INTERN. MED., Vol. 51 (1), pp. 35-40.
9. Kang JM, Kim N, Lee BH, Park HK, Jo HJ, Shin CM, Lee SH, Park YS, Hwang JH, Kim JW, Jeong SH, Lee DH, Jung HC, Song IS (2011) Risk factors for peptic ulcer bleeding in terms of Helicobacter pylori, NSAIDs, and antiplatelet agents.
10. Zeynel Mungan (2012),An observational European study on clinical outcomes associated with current management strategies for non-variceal upper gastrointestinal bleeding (ENERGIB-Turkey)

SÁNG KIẾN

SÁNG KIẾN CẢI TIẾN CHẾ LẠI BỘ DÂY ĐIỆN CỰC MÁY HOLTER ECG

Tô Hiếu Nghĩa

PHẦN MỞ ĐẦU

I. Lý do chọn sáng kiến

Tình hình khám chữa bệnh ngày càng đông, tiền hao phí để mua sắm vật tư tăng cao, thủ tục mua sắm gặp nhiều khó khăn, phải chờ đầu thầu nên không cung cấp kịp thời để phục vụ công tác sửa chữa thay thế cho các khoa sử dụng.

Sau một thời gian sử dụng, bộ dây điện cực của các máy HOLTER ECG bị hư, bong tróc gây nhiễu, mất tín hiệu, lỗi bộ dây điện cực đo điện tim gây khó khăn cho việc theo dõi, chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân.

II. Điểm mới của sáng kiến

2.1 Hiệu quả kinh tế

- Tận dụng lại từ những đồ thanh lý những vật tư còn có thể sử dụng được để chế tạo ra một số vật tư thay thế giúp tiết kiệm cho đơn vị.
- Giúp giảm bớt chi phí mua sắm của bệnh viện., góp phần tăng doanh thu cho bệnh viện và sử dụng hiệu quả quỹ bảo hiểm xã hội.
- Giảm thời gian chờ đợi cho bệnh nhân trong quá trình thiết bị theo dõi chẩn đoán.

2.2 Hiệu quả xã hội

- Tiết kiệm thời gian trong khám chữa bệnh, góp phần giảm tình trạng quá tải bệnh viện của ngành y tế.
- Giúp Bác Sĩ và Điều Dưỡng an tâm hơn trong công tác theo dõi , chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân.
- Nâng cao chất lượng chẩn đoán, hội chẩn và điều trị tại bệnh viện.
- Từng bước xây dựng lòng tin và tiện ích cho nhân viên y tế và người bệnh.

PHẦN NỘI DUNG

I. Thực trạng vấn đề mà sáng kiến cần giải quyết

Do máy HOLTER ECG được gắn trực tiếp trên cơ thể người bệnh, theo dõi bệnh nhân từ 24 đến 48 tiếng mới thu được kết quả, nếu như trong quá trình sử dụng mà bộ dây bị lỗi thì không thể thu được kết quả trong 24 đến 48 tiếng.

Trong thời gian bệnh nhân sử dụng máy theo dõi HOLTER ECG thì Bác Sĩ và Điều Dưỡng cũng không thể theo dõi tình trạng hoạt động của thiết bị có ổn định tốt hay không, chỉ khi hết thời gian theo dõi mới lấy thẻ nhớ từ máy đưa vào máy tính để đọc dữ liệu thì mới biết được kết quả.

Để việc theo dõi đạt được kết quả tốt và ổn định thì bộ dây điện cực của thiết bị cần phải đảm bảo chất lượng ổn định.

II. Nội dung sáng kiến

- Tận dụng lại giắc cắm của bộ dây điện cực HOLTER ECG bị hư. dùng một dây dẫn tín hiệu có chất liệu cấu tạo tốt thay thế cho bộ dây đã bị hỏng.
- Tìm hiểu cấu tạo, kết cấu bên trong giắc của bộ dây điện cực HOLTER ECG , vẽ lại sơ đồ kết nối giữa các chân của giắc và bộ dây.
- Kiểm tra, đo đạt tính toán kỹ càng các thông số sao cho bộ dây mới làm ra đáp ứng phù hợp với thiết bị đang dùng.
- Sử dụng ống gel để cách điện chống chạm chập,đồ keo làm kín .



Hình ảnh bộ dây điện cực lúc chưa thay và sơ đồ cấu tạo, kết nối giữa các chân của giắc



Hình ảnh dây dùng để thay thế và bộ dây điện cực sau khi đã làm lại

III. Kết Quả Đạt Được

***Độ bền :**

- Bộ dây điện cực của hãng cấu tạo bằng dây nhôm nên độ bền không được cao, chịu tác động kéo giật yếu, dễ đứt gãy.
- Bộ dây điện cực cải tiến cấu tạo bằng đồng nên bền hơn, chịu tác động tốt hơn
- Dây đồng dẫn tín hiệu tốt hơn dây nhôm rất nhiều, chịu tác động của nhiệt độ cũng tốt hơn dây nhôm

***Về tính kinh tế : (Giá tính theo báo giá của hãng sx và cty)**

- Bộ dây điện cực của hãng giá khoảng trên 10 triệu
 - Bộ dây điện cực cải tiến: Tận dụng lại dây điện tim thanh lý nên không tốn tiền mua sắm.
- Mỗi bộ dây điện cực tự chế tiết kiệm chi phí cho bệnh viện rất nhiều.

PHẦN KẾT LUẬN

I. Ý nghĩa, phạm vi áp dụng của sáng kiến

Do máy HOLTER ECG gắn theo dõi bệnh nhân từ 24 đến 48 tiếng mới thu được kết quả, nếu như trong quá trình sử dụng mà bộ dây bị lỗi thì không thể thu được kết quả trong 24 đến 48 tiếng. Sáng kiến này giúp đảm bảo việc theo dõi tín hiệu điện tim của bệnh nhân được đảm bảo ổn định. Sáng kiến này giúp tiết kiệm được một khoảng chi phí mua sắm hàng năm cho đơn vị. Đồng thời sáng kiến này cũng giúp việc theo dõi, chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân đảm bảo an toàn và kịp thời.

Hiện tại sáng kiến này chỉ đang áp dụng tại khoa Tim Mạch Lão Học Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang.

II. Những kiến nghị, đề xuất

Việc thực hiện những sáng kiến cải tiến mang lại những hiệu quả đáng kể, vừa tiết kiệm chi phí mua sắm trong năm, vừa đảm bảo cho công tác theo dõi, chẩn đoán và khám chữa bệnh được không bị gián đoạn, giúp Bác Sĩ và Điều Dưỡng an tâm hơn trong công tác theo dõi , chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân.

Tổ Bảo Trì Sửa Chữa Phòng Vật Tư kiến nghị Ban Lãnh Đạo nên quan tâm đến việc mua sắm vật tư tiêu hao phục vụ cho công tác sửa chữa được tốt hơn.

CẢI TIẾN KHO LÊ VẬT TƯ Y TẾ, TRANG THIẾT BỊ Y TẾ THEO PHƯƠNG PHÁP 5S TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Ngô Thị Lệ Hằng

PHẦN MỞ ĐẦU

I. Lý do chọn sáng kiến

Trong bối cảnh toàn cầu hóa và hội nhập tổ chức thương mại Thế giới (WTO) đòi hỏi các cơ quan, tổ chức, đơn vị nói chung và khối ngành sức khỏe nói riêng phải luôn nỗ lực cải thiện nâng cao về mọi hoạt động của đơn vị mình để tồn tại và hòa trong xu thế phát triển xã hội hiện nay. Vì vậy, nhưng năm gần đây việc chấp nhận xây dựng phương pháp quản lý thiết thực mang tính khoa học là một quyết định có tầm nhìn chiến lược của các đơn vị, tổ chức.

Việc lựa chọn và áp dụng một mô hình, một hệ thống quản lý chất lượng của một tổ chức phụ thuộc vào các nhu cầu khác nhau với mục tiêu riêng biệt. Xuất phát từ quan điểm nếu làm việc trong một môi trường lành mạnh, sạch đẹp, thoáng mát, tiện lợi thì tinh thần sẽ thoải mái, năng suất lao động sẽ cao hơn và sẽ đem lại niềm tin cho khách hàng nhiều hơn. Ngày nay, có rất nhiều công cụ cải tiến năng suất được áp dụng trong các doanh nghiệp, và trong các đơn vị y tế, các tổ chức sản xuất trên thế giới cũng như trong nước có hiệu quả cao và mô hình quản lý 5S là một trong số các công cụ đó. Mô hình 5S bao gồm như sau:

- Sàng lọc: Sàng lọc những cái không cần thiết tại nơi làm việc và loại bỏ chúng.
- Sắp xếp: Sắp xếp mọi thứ ngăn nắp và đúng chỗ của nó để tiện sử dụng khi cần.
- Sạch sẽ: Vệ sinh, quét dọn, lau chùi mọi thứ gây bẩn tại nơi làm việc.
- Săn sóc: Đặt ra các tiêu chuẩn cho 3S nói trên và thực hiện liên tục.
- Sẵn sàng: Tạo thói quen tự giác, duy trì và tuân thủ nghiêm ngặt các quy định tại nơi làm việc để mọi thứ luôn sẵn sàng.

Về lĩnh vực y tế tại tỉnh An Giang nói chung và tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang nói riêng đã có một số biện pháp áp dụng 5S vào trong quản lý công việc và trong công tác quản lý. Tuy nhiên, tại phòng Vật tư y tế đặc biệt là Kho lẻ cấp phát hàng vật tư cho các khoa, qua quá trình công tác, thực hiện cho thấy thiếu gọn gàng, không ngăn nắp làm cho nhân viên y tế tốn rất nhiều thời gian cho việc tìm kiếm những thứ cần thiết. Mặt khác, môi trường làm việc của cán bộ y tế cũng ảnh hưởng nhiều đến năng suất, chất lượng công việc và cùng với tư tưởng ngại đổi mới, tác phong làm việc chủ yếu dựa theo thói quen. Vấn đề đặt ra là làm cách nào để cải thiện sự bẽ bộn ở kho lẻ tại Phòng Vật tư y tế bệnh viện. Do đó, tôi là một nhân viên có nhiệm vụ cấp phát hàng vật tư hàng ngày cho các khoa đã tiến hành thực hiện sáng kiến: *"Cải tiến kho lẻ vật tư y tế phòng vật tư trang thiết bị y tế theo phương pháp 5S tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang"* nhằm góp phần cải thiện môi trường làm việc của bệnh viện, mang lại tính tích cực trong công tác quản lý vật tư y tế mang tính khoa học và ứng dụng cao.

II. Điểm mới của sáng kiến

5S giúp tạo ra một môi trường làm việc thuận tiện, thoải mái cho mọi vị trí; 5S giúp giảm thiểu/loại bỏ các lãng phí tại các công đoạn công việc trong một quá trình như rút ngắn thời gian vận chuyển, thời gian tìm kiếm, loại bỏ các lỗi chủ quan của con người,

Với một môi trường làm việc thông thoáng và khoa học, 5S giúp nâng cao an toàn và phòng ngừa các rủi ro một cách chủ động; Ý thức làm việc vì lợi ích tập thể được nhận thức rõ và nâng cao; tăng cường tính đoàn kết, gắn bó giữa lãnh đạo và nhân viên, giữa nhân viên với nhân viên; Khuyến khích sự sáng tạo và cải tiến của các cán bộ công nhân viên chức thông qua 5S; Tạo dựng, củng cố và nâng cao hình ảnh chuyên nghiệp của nhà trường tới cộng đồng

Trước đây, kho lẻ Vật tư y tế các hàng hoá khi được nhập vào được sắp xếp lên các ngăn kệ. Tuy nhiên, không phân chia rõ ràng các loại hàng hoá dẫn đến tốn nhiều công sức trong việc tìm kiếm và phân loại vật tư cấp phát cho các khoa

PHẦN NỘI DUNG

I. Thực trạng vấn đề mà sáng kiến cần giải quyết

Trước đây, kho lẻ Vật tư y tế các hàng hoá khi được nhập vào được sắp xếp lên các ngăn kệ. Tuy nhiên, không phân chia rõ ràng các loại hàng hoá dẫn đến tốn nhiều công sức trong việc tìm kiếm và phân loại vật tư cấp phát cho các khoa



Hình 1.1: Hình ảnh trước khi thực hiện 5S

II. Nội dung sáng kiến

Bắt đầu từ đầu năm 2023 đến nay, tôi đã sắp xếp lại các vật tư y tế theo thứ tự chữ cái ABC, phân chia các loại vật tư theo công dụng và công năng. Đồng thời dựa vào mô hình 5S, tôi đã phân loại vật tư theo từng ngăn, từng hàng, theo nhãn dán, chức năng, công dụng, quy cách và kỹ thuật từ đó đã góp phần mang lại các hiệu quả đáng kể, giảm thiểu thời gian tìm kiếm và phát hàng vật tư cho các khoa một cách nhanh chóng và thuận tiện

Tạo không gian làm việc hướng đến sự tinh gọn, thoải mái, tối giản tất cả những chi tiết thừa tạo sự thông thoáng mà bất kỳ viên chức, nhân viên nào cũng thấy dễ chịu mỗi khi bước vào kho

Áp dụng ý tưởng mô hình 5S công tác quản lý hàng hoá, vật tư y tế theo hệ thống và trật tự. Tạo tiền đề cho nền tảng mang đến không gian làm việc chuyên nghiệp, tiện lợi và thoáng đãng tạo sự hứng khởi, tinh thần làm việc sảng khoái từ đó nâng cao hiệu quả, chất lượng công việc.

Xây dựng ý thức cải tiến cho mọi người tại nơi làm việc, góp phần xây dựng tinh thần đồng đội giữa mọi người. Phát triển vai trò lãnh đạo của cán bộ lãnh đạo và cán bộ quản lý thông qua các hoạt động thực tế.



Hình 1.2: Hình ảnh sau khi thực hiện 5S

Qua quá trình ứng dụng phương pháp 5S tại Kho lẻ phòng Vật tư y tế từ thực tế hiện nay Phòng Vật tư y tế đã và đang có sự phản hồi rất tốt, hiệu quả từ các khoa/phòng, cụ thể như sau:

- Đáp ứng được tất cả các yếu tố cần thiết trong công tác quản lý và cung ứng vật tư y tế
- Việc theo dõi, cập nhật các vật tư y tế mới nhận được kịp thời.
- Xây dựng được môi trường làm việc sạch sẽ, ngăn nắp, tiết kiệm thời gian tìm kiếm, phân phát vật tư. Tính chuyên nghiệp trong việc cấp phát hàng ngày càng cao và hiệu quả chất lượng công việc tăng.
- Bản thân tôi vừa là người thiết lập quản lý và thực hiện áp dụng phương pháp trong 1 năm qua cảm thấy mô hình 5S đã đem lại cho tôi một cách làm việc chuyên nghiệp, giải quyết công việc một cách kịp thời và hiệu quả, giảm được thời gian, công sức rất nhiều. Ước tính của bản thân tôi khi áp dụng phương pháp này giúp giảm được $\frac{1}{2}$ khối lượng thời gian tìm kiếm, xử lý, phân phát các loại vật tư y tế hiện có tại đơn vị.

PHẦN KẾT LUẬN

I. Ý nghĩa, phạm vi áp dụng của sáng kiến

Việc triển khai thực hiện 5S thực ra là những triển khai ý thức về sự hoạt động tiêu chuẩn hoá cho toàn bệnh viện. Khi triển khai 5S, chúng ta đều ý thức được những việc mình phải làm, thực hiện toàn tâm cho việc tổ chức hoạt động công việc, nơi làm việc gọn gàng, ngăn nắp, khoa học để tạo đà nâng cao năng suất, chất lượng và hiệu quả công việc. Vì vậy, khi thực hiện triển khai 5S ở tại kho lẻ quản lý hàng hoá Vật tư chính là một trong những bước đầu cần thiết để cải tiến hoạt động của phòng Vật tư y tế. Mặt khác, sắp xếp hàng hoá và quản lý vật tư y tế tốt sẽ thực hiện kế hoạch được giao sát hơn, tỷ lệ phát đúng hàng vật tư cho các khoa sẽ kỹ hơn, chính xác

Như vậy ta có thể thấy 5S là công cụ quản lý chất lượng hữu ích để các khoa/phòng khác trong bệnh viện có thể áp dụng và nâng cao chất lượng môi trường làm việc của mình nhằm tạo ra một hiệu quả làm việc tốt hơn. Nguyên lý của 5S không khó nhưng để thực hiện hiệu quả thì cần có sự nỗ lực của toàn thể viên chức, nhân viên trong bệnh viện.

II. Những kiến nghị, đề xuất

Việc áp dụng mô hình 5S trong công tác quản lý phân loại vật tư y tế tại kho lẻ đã đạt được những hiệu quả rõ rệt và tính thiết yếu cao. Chính vì vậy việc áp dụng rộng rãi và ứng dụng trong các khoa cũng như các phòng chức năng trong bệnh viện là thật sự cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quản trị chất lượng theo tiêu chuẩn quốc tế NXB Đại học Quốc gia TP Hồ Chí Minh, tác giả: Lưu Thanh Tâm, xuất bản năm 2003
2. Giáo trình quản lý chất lượng trong tổ chức NXB giáo dục trường đại học kinh tế quốc dân, tác giả GS.TS Nguyễn Đình Phan, xuất bản năm 2002
3. Quản lý chất lượng đồng JOHNS.OAKLAND Nhà xuất bản thống kê ĐH kinh tế quốc dân, xuất bản năm 1994. Quy chế bệnh viện – Bộ Y tế ban hành năm 1997
4. Tài liệu đào tạo liên tục về quản lý chất lượng bệnh viện và an toàn người bệnh của cục QLKCB-BYT;

CẢI TIẾN QUY TRÌNH CHO SỐ THỨ TỰ VÀ TIẾP NHẬN BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM, ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI KHOA KHÁM BỆNH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TT AN GIANG

Nguyễn Thị Phi Yến

PHẦN MỞ ĐẦU

I. Lý do chọn sáng kiến

Khám chữa bệnh, nâng cao sức khỏe cộng đồng là vấn đề luôn được Đảng, Nhà nước và toàn xã hội quan tâm. Kéo dài thời gian thăm khám, tư vấn và giảm thời gian chờ đợi, đáp ứng sự hài lòng của người bệnh là xu hướng phát triển của các bệnh viện, phòng khám hiện nay.

Ở Việt Nam, quá tải tại các bệnh viện đang là tình trạng phổ biến từ trung ương đến cơ sở, đặc biệt là tại các bệnh viện tuyến đầu trong các tỉnh. Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang là bệnh viện đa khoa hạng I của tỉnh An Giang, là tuyến cuối cùng của nhiều chuyên khoa, tiếp nhận những bệnh nhân (BN) nặng của tỉnh An Giang và các địa phương khác lân cận chuyển về. Là bệnh viện lớn với gần 1200 giường bệnh nội trú, nhưng luôn trong tình trạng quá tải, nhiều khoa, phòng bệnh nhân phải hành lang. Số lượng BN ngoại trú đến khám tại khoa khám bệnh ngày càng đông, nhưng số lượng phòng khám và nhân viên y tế có hạn, do đó tình trạng quá tải thường xuyên xảy ra. Theo thống kê hàng năm, số lượng BN đến khám tại Khoa Khám chữa bệnh ngày càng tăng: năm 2022: 414.430 lượt BN, năm 2023: 562.042 lượt bệnh nhân, tăng hơn 135,62% [2]

Tình trạng quá tải gây hệ quả xấu cho cả phía BN và nhân viên y tế. Người bệnh phải chờ đợi rất lâu mới được khám, được xét nghiệm, chụp phim, được kết luận bệnh, kê đơn và tư vấn về bệnh. Do đó, BN dễ bức xúc và không hài lòng về dịch vụ khám chữa bệnh. Thầy thuốc thì không đủ thời gian để hỏi bệnh, khám bệnh, tư vấn cho người bệnh một cách đầy đủ. Hậu quả là dễ bỏ sót bệnh, chẩn đoán bệnh không chính xác, hướng dẫn phòng chữa bệnh cho BN không đầy đủ, không theo dõi tốt được BN...

Theo tiến sỹ Lý Ngọc Kính - vụ trưởng vụ điều trị (Bộ Y tế) cho biết theo tiêu chí kiểm tra chất lượng bệnh viện năm 2007 quy định bệnh viện không được để tình trạng thời gian chờ khám trung bình của bệnh nhân quá 60 phút [3]

Nhằm mục đích nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh ngày một tốt hơn, rút ngắn thời gian chờ khám bệnh để đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh ngày càng cao của xã hội. Trong đó, thời gian BN phải chờ đợi làm thủ tục tiếp nhận và phân phối đến các phòng khám là một trong những khâu quan trọng để đánh giá sự hài lòng của người bệnh. Chính vì vậy tôi tiến hành nghiên cứu và đưa ra giải pháp: *"Cải tiến quy trình cho số thứ tự và tiếp nhận bệnh nhân đến khám, điều trị ngoại trú tại Khoa khám bệnh Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang"*

II. Điểm mới của sáng kiến

Tháng 12 năm 2022, Bệnh viện đã thành lập phòng Công tác xã hội đảm nhận vai trò chăm sóc khách hàng trong bệnh viện. Thực hiện theo sự chỉ đạo của Ban giám đốc, ban lãnh đạo phòng đã sắp xếp và bố trí tại khu đăng ký khám bệnh đã phân công thêm nhân viên, bộ phận hướng hướng dẫn điều tiết, xử trí, phân luồng trong các trường hợp đông bệnh, tránh ùn tắc gây mất trật tự. Đồng thời đã thiết kế và triển khai thêm thùng phân loại từng đối tượng khám nhằm dễ dàng sàng lọc và phân bổ số thứ tự theo đối tượng hợp lý. Hạn chế tập trung đông người do các đối tượng khám không BHYT có mặt trực tiếp tại thời điểm cho số.

Rút ngắn thời gian chờ đợi của người bệnh đến khi tiếp nhận đăng ký Theo đó, quy trình tiếp nhận khám, chữa bệnh tại các bệnh viện đã giảm từ 8-10 bước xuống còn 4-5 bước tùy theo tính chất bệnh lý và yêu cầu của bác sĩ. Việc thống nhất quy trình khám bệnh, cải cách thủ tục hành chính, sắp xếp liên hoàn, phân loại hợp đối tượng khám chữa bệnh... tại bệnh viện đã giúp rút ngắn thời gian khám bệnh của người bệnh. Theo đó, thời gian ngồi chờ lấy số thứ tự khám ngoại trú đơn thuần trung bình 30 phút, giảm 20 phút so với trước khi triển khai cải tiến; thời

gian sau khi nhận số thứ tự đến khi được tiếp nhận đăng ký khám chữa bệnh trung bình 60 phút, giảm 30 phút so với trước khi triển khai cải tiến... Tính chung sau khi cải tiến quy trình tiếp đón người bệnh khi đến khám chữa bệnh đã giảm được 50 phút so với trước khi triển khai cải tiến quy trình.

PHẦN NỘI DUNG

I. Thực trạng vấn đề mà sáng kiến cần giải quyết

Thời gian chờ khám được định nghĩa: “*Là một khoảng thời gian chờ đợi trong quy trình khám bệnh, được tính từ khi BN tới phòng khám cho đến khi BN gặp bác sỹ để khám bệnh và nhân viên y tế để thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng trên BN*”. Hiện nay, người bệnh đang phải tốn rất nhiều thời gian và công sức cho khâu khám bệnh và bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang đã áp dụng nhiều biện pháp cải tiến cho khâu này như: lấy số tự động, nhập liệu máy vi tính, khám bệnh từ lúc 6h30 sáng; đăng ký khám qua tổng đài bệnh viện: số điện thoại 1900585888; khám ngoài giờ vào thứ 7 và chủ nhật;.....nhưng tình trạng quá tải vẫn rất nặng nề.

Theo ước tính của Ban giám đốc bệnh viện nếu bỏ qua mọi vấn đề “bên lề” thì thời gian trung bình để một người bệnh làm thủ tục từ quầy khám bệnh đến phòng khám bệnh chỉ mất từ 5 đến 10 phút. Song đó chỉ là con số “lý tưởng” bởi trên thực tế lượng BN quá đông nên trung bình thời gian BN chờ làm thủ tục phải mất từ 60 đến 90 phút. Thời gian BN chờ đến lúc khám bệnh xong mất từ 30 đến 60 phút nữa, tổng thời gian từ khi lấy số cho đến lúc khám xong mất 2 – 3 giờ. Tuy nhiên, đó chỉ là cách tính trung bình bởi thực tế nhiều BN phải chờ đợi từ sáng sớm đến chiều vẫn chưa khám xong bệnh nếu có làm nhiều cận lâm sàng [2]

Hình 1.1: Bệnh nhân xếp hàng chờ lấy số đăng ký khám bệnh





Hình 1.2: Gia đình và bệnh nhân mệt mỏi vì chờ khám bệnh

Căn cứ theo Quyết định số 1313/QĐ-BYT ngày 22/4/2013 về việc ban hành Hướng dẫn quy trình khám bệnh tại Khoa khám bệnh của Bệnh viện [4]. Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang đã thực hiện và ban hành quy trình thủ tục tiếp nhận và phân phối bệnh nhân đến khám, điều trị nội trú tại bệnh viện như sau:

- Thời gian: Sáng bắt đầu lúc 05h00 giờ 00 , Trưa bắt đầu lúc 12 giờ 00
- Nhân viên phụ trách : 01 Bảo vệ + nhân viên phòng Công tác xã hội (02 người)
- Số lượng thùng đựng sổ : 02
- + Thùng đựng sổ ưu tiên: 01
- + Thùng đựng sổ khám BHYT và sổ khám không bảo hiểm: 01



Mặc dù bệnh viện đã xây dựng quy trình và cải tiến giảm thiểu các thủ tục nhưng vẫn tồn tại nhiều bất cập từ các nguyên nhân chủ quan lẫn khách quan như:

- Thời gian sau khi nhận sổ thứ tự đến khi được tiếp nhận đăng ký khám, người bệnh phải ngồi chờ khoảng 90 - 120 phút
- Tạo điều kiện cho các thành phần xấu trục lợi thông qua hành vi gian lận, mua bán sổ thứ tự
- Tạo số ảo và gây thiệt thòi cho người bệnh là không được tiếp nhận theo sổ thứ tự thực tế

- Người khám có BHYT thường gửi sổ trước ngày khám và đến nhận sau giờ đăng ký khám (07 giờ), nên làm mất thời gian do phải gọi tên nhiều lần.
- Việc sử dụng chung thùng đựng sổ hai đối tượng khám bảo hiểm y tế và không bảo hiểm y tế gây khó khăn khi phân loại và phát sổ thứ tự (người bệnh khám không bảo hiểm y tế thì có mặt trực tiếp tại thời điểm cho sổ) kèm theo đó số lượng người tập trung tại thùng sổ khá đông gây mất an ninh trật tự và mỹ quan bệnh viện

II. Nội dung sáng kiến

Cải tiến quy trình tiếp đón người bệnh bằng cách phân bổ lại nhân sự, thời gian phát sổ thứ tự; đồng thời thiết kế và triển khai thêm thùng phân loại từng đối tượng khám nhằm dễ dàng sàng lọc và phân bổ sổ thứ tự theo đối tượng hợp lý:

- Thời gian: Sáng bắt đầu lúc 05 giờ 30 , Trưa bắt đầu lúc 12 giờ 30
- Nhân viên phụ trách : nhân viên phòng Công tác xã hội (03 người)
- Số lượng thùng đựng sổ : 03
- + Thùng đựng sổ ưu tiên :01
- + Thùng đựng sổ khám BHYT : 01
- + Thùng đựng sổ khám không bảo hiểm : 01



Hình 1.3: Hình ảnh thùng đựng sổ sau khi cải tiến



Hình 1.4: Bệnh nhân được phân loại theo đối tượng đến khám

Các thùng đựng sổ được thiết kế nhỏ gọn, trực quan giúp người bệnh khi đến khám dễ dàng nhận biết và tuân thủ thực hiện. Đồng thời, phòng Công tác xã hội luôn bố trí nhân viên hướng dẫn, tiếp đón người bệnh khi đến khám chữa bệnh hàng ngày

PHẦN KẾT LUẬN

I. Ý nghĩa, phạm vi áp dụng của sáng kiến

- Giảm thiểu thời gian sau khi nhận sổ thứ tự đến khi được tiếp nhận đăng ký khám chữa bệnh so với trước khi cải tiến từ 30 - 60 phút đáp ứng được yêu cầu trong tiêu chí B6 của phiếu khảo sát ý kiến người bệnh ngoại trú của Bộ y tế
- Hạn chế tình trạng lợi dụng trục lợi của các thành phần xấu thông qua việc mua bán sổ thứ tự
- Phân loại các đối tượng khám chữa bệnh rõ ràng cụ thể, thông qua đó chấm dứt tình trạng số ảo, tạo sự công tâm và minh bạch cho tất cả người dân khi đến khám, chữa bệnh
- Hạn chế tập trung đông người do đã giải áp đối tượng khám không BHYT có mặt trực tiếp tại thời điểm cho sổ.

Việc hướng dẫn người bệnh cụ thể, chu đáo, chính xác sẽ giúp người bệnh nắm được quy trình khám bệnh và tiết kiệm thời gian, công sức của người bệnh. Nâng cao sự hài lòng người bệnh, tăng chất lượng bệnh viện và số lượt khám chữa bệnh mỗi ngày. Cải tiến và duy trì 5S trong phân loại đối tượng đến khám, chữa bệnh thông qua thùng sổ khám bệnh đã giải quyết các vấn đề bất cập trong tiếp đón người bệnh một cách hiệu quả. Chi phí thực hiện thấp tuy nhiên hiệu quả mang lại khá cao. Rút ngắn thời gian chờ đợi của người bệnh đến khi tiếp nhận đăng ký, mang lại sự hài lòng cho người bệnh khi đến khám, chữa bệnh tại bệnh viện. Đồng thời, giảm tải được áp lực công việc cho nhân viên phụ trách phân luồng, sàng lọc, tiếp đón người bệnh. Sáng kiến có thể áp dụng đối với các bệnh viện có thực hiện kios bốc sổ thứ tự cho người bệnh khi đến khám trong phạm vi toàn tỉnh.

II. Những kiến nghị, đề xuất

Quản lý khám, chữa bệnh từ khâu tiếp nhận đến khám và điều trị cần có sự phối hợp, thống nhất giữa các bộ phận trong toàn bộ quy trình. Cần cụ thể chức năng, nhiệm vụ nhằm quy rõ trách nhiệm cho từng phòng ban liên quan

Bố trí nhân lực hợp lý, khi ít bệnh nhân nơi tiếp đón nhân lực sẽ thực hiện hướng dẫn người bệnh đến các phòng khám cụ thể, ngược lại khi cao điểm phải bổ sung nhân lực kịp thời nhằm tránh ùn tắc số lượng người bệnh tại nơi tiếp đón.

Duy trì và phát huy hiệu quả việc 5S trong phân loại đối tượng khám chữa bệnh thông qua các thùng đựng sổ khám bệnh.

Ứng dụng công nghệ thông tin, hệ thống kios phát số tự động cho tất cả các phòng khám ngoại trú tại bệnh viện

Ứng dụng hệ thống đăng ký khám bệnh trực tiếp qua hình thức áp thẻ BHYT, căn cước công dân, giấy hẹn tái khám ... để giải áp số lượng người bệnh tập trung chờ tại khu tiếp nhận bệnh.

Đề xuất Ban giám đốc Bệnh viện bố trí các dãy phân cách tại sảnh tiếp đón, lấy số thứ tự của người bệnh khi đến khám chữa bệnh nhằm cải thiện thời gian chờ đợi và nâng cao sự hài lòng của người bệnh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, (2016). *Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18/11/2016 về việc Ban hành bộ tiêu chí chất lượng Bệnh viện Việt Nam.*
2. Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang, (2023). *Báo cáo số 59/BC-BVAG về Tổng kết hoạt động bệnh viện năm 2023 và Phương hướng nhiệm vụ năm 2024.*
3. Bệnh viện Bạch Mai - Hà Nội, (2011). *Tài liệu thống kê hàng năm bệnh nhân đến khám.*
4. Bộ Y tế, (2013). *Quyết định số 1313/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn quy trình khám bệnh tại khoa khám bệnh của Bệnh viện.*

CHỐNG NGHỆT LAVABO BẰNG NẮP CHAI NƯỚC SUỐI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Đỗ Minh Thái

PHẦN MỞ ĐẦU

I. Lý do chọn sáng kiến

Qua thời gian công tác tại các khoa lâm sàng từ khi Bệnh viện mới đi vào hoạt động. Sau một thời gian sử dụng, hầu hết tất cả các nắp chặn rác tại các lavabo trong phòng bệnh và phòng nhân viên đều bị hư, mục, thất lạc... không còn hiệu quả chặn rác nên gây ra hiện tượng nghẹt lavabo thường xuyên. Hiện tại nắp chặn rác của lavabo hiệu TOTO không bán linh kiện rời và không còn phù hợp với các đời theo model lavabo thế hệ cũ.

Quan sát và tìm hiểu về tình hình số lượng người bệnh và thân nhân người bệnh tại các khoa luôn càng ngày càng tăng. Hiện tượng nghẹt tại các lavabo thường xuyên xảy ra, lực lượng nhân viên quản lý tòa nhà cũng ít. Khi có hiện tượng nghẹt lavabo thì cũng chưa được giải quyết kịp thời như bơm thụt, làm thông, vì vậy làm phát sinh mùi hôi khó chịu, gây mất vệ sinh các phòng bệnh và làm ảnh hưởng đến công tác phục vụ người bệnh của nhân viên y tế.

Từ đó bản thân nghiên cứu đưa ra giải pháp tái sử dụng nắp chai nước suối, nắp chai còn đã qua sử dụng để làm phương tiện chống nghẹt các lavabo. Việc này đã được thực hiện sau vài tháng tại các khoa từ khi bệnh viện mới đi vào hoạt động.

II. Điểm mới của sáng kiến

2.1 Hiệu quả kinh tế

- Chống nghẹt các lavabo cho các phòng bệnh, phòng nhân viên và hệ thống ống thoát nước của tòa nhà nhằm tăng tính hiệu quả trong công tác phục vụ người bệnh, nhân viên trong bệnh viện.

- Hạn chế về thời gian và số lượng nhân viên của bộ phận thông lavabo, thông cống thuộc bộ phận quản lý tòa nhà vì phải thường xuyên đến các khoa thông, chống nghẹt các lavabo.

- Tái sử dụng lại các nắp chai nước suối và nắp chai còn đã qua sử dụng.

- Không tốn kinh phí cho Bệnh viện.

2.2 Hiệu quả xã hội

- Hạn chế phát sinh mùi hôi tại các phòng bệnh và môi trường xung quanh đồng thời nâng cao tính chuyên nghiệp và thẩm mỹ trong công tác phục vụ người bệnh.

- Các nắp chặn rác lavabo tại các phòng bệnh, phòng nhân viên của Bệnh viện thuộc thương hiệu TOTO không có phụ tùng thay thế và không phù hợp cùng chủng loại.

- Nâng cao ý thức cho nhân viên, người bệnh và thân nhân người bệnh về giảm thiểu rác thải nhựa.

PHẦN NỘI DUNG

I. Thực trạng vấn đề mà sáng kiến cần giải quyết

Từ năm 2016, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang được đưa vào hoạt động. Qua một thời gian sử dụng thì các nắp chặn rác tại các lavabo phòng bệnh và phòng nhân viên bị hư mục và bể dần. Bên cạnh đó còn có một số người bệnh và thân nhân người bệnh chưa có ý thức cao. Họ thường xuyên rửa dụng cụ đựng thức ăn, đồ thức ăn thừa, chải tóc...vào các lavabo gây nên tình trạng nghẹt ứ đọng nước và mùi hôi trong phòng bệnh.

Hình ảnh rác rơi vào lỗ thoát nước của lavabo



Lavabo bị nghẹt ứ nước



II. Nội dung sáng kiến

Do tình hình thực tế của bệnh viện mỗi phòng bệnh, phòng nhân viên, phòng họp, quầy điều dưỡng đều được trang bị lavabo nên toàn bệnh viện với số lượng rất lớn.

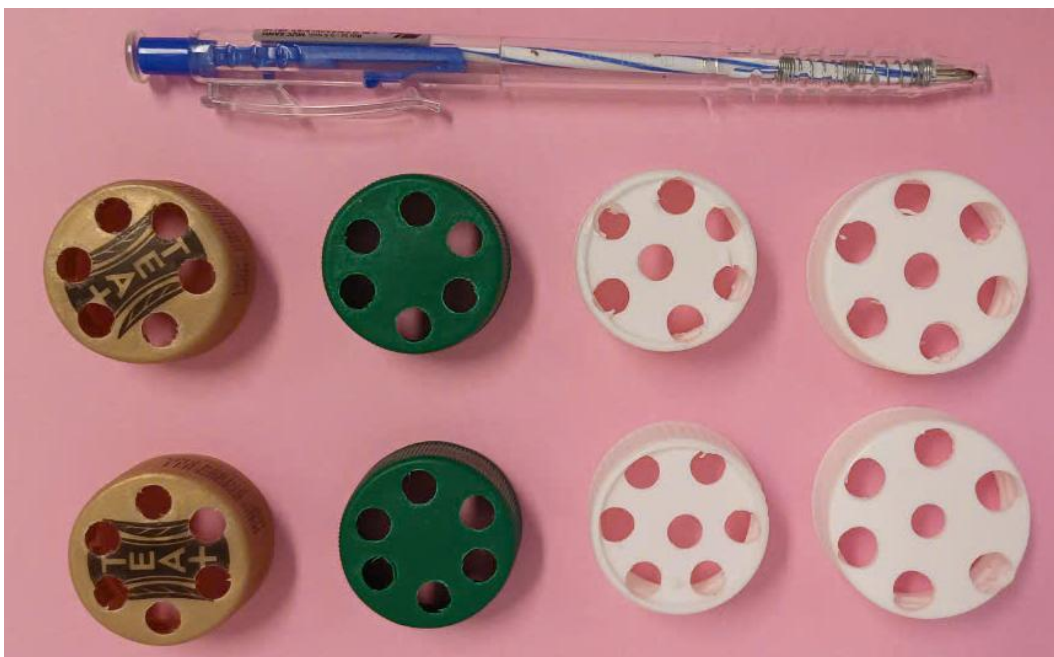
Bên cạnh đó, bệnh viện trang bị lavabo thuộc thương hiệu TOTO mà thương hiệu này không có sản xuất phụ tùng đi kèm thay thế và chủng loại không đồng bộ theo năm sản xuất

nên không khắc phục được hiện tượng nghẹt tại các lavabo. Tiến hành dùng dùi đục lỗ có đường kính 5-6mm lên nắp chai từ 6-7 lỗ nhằm đảm bảo sau khi lắp nắp chai khít chặt vào lỗ thoát nước của lavabo sao cho nước vẫn chảy kịp thời và ngăn chặn không cho rác rơi vào lỗ thoát gây nghẹt.



Hình ảnh nắp chai nước suối được đục lỗ

Từ khi thực hiện sáng kiến, bản thân thường xuyên phối hợp với anh nhân viên Mai Văn Tuấn Hùng thuộc bộ phận sửa chữa bảo trì thiết bị nước của Bệnh viện tiến hành đục lỗ nắp chai nước suối và lắp đặt cho các lavabo bị hư nắp chặn rác.



Hình ảnh Lavabo được lắp nắp chai nước suối chặn rác



PHẦN KẾT LUẬN

I. Ý nghĩa và phạm vi áp dụng của sáng kiến

Bản thân luôn lấy mục tiêu “*Hết lòng vì phục vụ Người bệnh*”, từ đó luôn học hỏi phần đầu phát triển bản thân về tác phong lẫn chuyên môn nghiệp vụ nhằm luôn mang lại sự hài lòng cao nhất cho người bệnh và đồng nghiệp.

Hiện tại hầu hết các lavabo trong bệnh viện đã được lắp đặt thay thế bằng nắp chai nước suối đã đục lỗ để hạn chế tình trạng ứ nghẹt rác và tránh được mùi hôi phát sinh trong các phòng bệnh và phòng nhân viên.

Bản thân cũng thường xuyên đục lỗ các nắp chai nước suối, cung cấp, và đồng thời phối hợp với anh Mai Văn Tuấn Hùng thuộc nhân viên quản lý toà nhà lắp gắn khi có xuất hiện nắp chặn rác hiệu TOTO bị hư-bể.

Song song đó, bản thân cũng thường xuyên cung cấp dự phòng cho Điều dưỡng trưởng khoa các khoa lâm sàng các nắp chai nước suối đã đục lỗ sẵn để thuận tiện cho việc chống nghẹt tại các lavabo kịp thời nhằm hạn chế nhân viên quản lý toà nhà đến sửa.

II. Những kiến nghị, đề xuất

Trong tương lai, bản thân mong muốn bàn giao dụng cụ và công việc đục lỗ nắp chai nước suối cho bộ phận quản lý toà nhà đảm trách.

ĐẨY MẠNH ỨNG DỤNG CHỮ KÝ SỐ TRONG VIỆC GỬI NHẬN VĂN BẢN TẠI PHÒNG VẬT TƯ – TRANG THIẾT BỊ Y TẾ BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG

Lý Quốc Quân

PHẦN MỞ ĐẦU

I. Lý do chọn sáng kiến

Ngày nay, cùng với sự phát triển mạnh mẽ của công nghệ thông tin (CNTT) và mạng Internet đã làm thay đổi căn bản các hoạt động trong đời sống xã hội. Các giao dịch điện tử ngày càng trở lên phổ biến. Trong đó việc ứng dụng chữ ký số, chữ ký điện tử trong các cơ quan nhà nước hay doanh nghiệp là nhu cầu cần thiết trên môi trường mạng nhằm phục vụ công tác cải cách hành chính, tiết kiệm được chi phí, thời gian, tăng tính tiện lợi cho người dân và các tổ chức trong việc giải quyết công việc, từng bước xây dựng hoàn thiện chính quyền điện tử.

Hơn nữa, việc triển khai ứng dụng chữ ký số, chứng thư số có hiệu quả còn đảm bảo được an toàn tin cậy cho các giao dịch điện tử phục vụ hoạt động chỉ đạo điều hành, tác nghiệp của các cơ quan nhà nước. Thực tế cho thấy các dạng điện tử hóa của chữ ký truyền thống như scan chữ ký, photo chữ ký, đánh máy tên và địa chỉ vào trong thông điệp dữ liệu... không đảm bảo được độ an toàn cho chữ ký và nội dung văn bản được ký vì những lý do sau: Dễ giả mạo chữ ký; Dữ liệu tạo chữ ký không gắn duy nhất với người ký; Dữ liệu tạo chữ ký không thuộc sự kiểm soát của người ký; Khó phát hiện các thay đổi đối với nội dung thông điệp sau khi ký; Khó phát hiện các thay đổi đối với bản thân chữ ký sau khi đã ký.

Chữ ký trên giấy không thể áp dụng đối với các văn bản điện tử (ví dụ trên file word, pdf, excel...) vì trong giao dịch điện tử các bên không gặp mặt nhau trực tiếp để thực hiện ký kết, hơn nữa do đặc thù của các văn bản điện tử việc xác định và tìm ra các thay đổi trong nội dung rất khó thực hiện. Chữ ký số giúp giải quyết vấn đề trên và tăng cường tính bảo mật và toàn vẹn nội dung văn bản tốt hơn nhiều lần so với chữ ký trên giấy.

Ngày 03/10/2024, Phó Chủ tịch Ủy ban nhân dân tỉnh An Giang - Lê Văn Phước ký Quyết định số 1516/QĐ-UBND phê duyệt Kế hoạch triển khai chữ ký số công cộng đến năm 2025 trên địa bàn tỉnh An Giang [3]. Mục đích nhằm tăng cường ứng dụng chữ ký số, cụ thể hóa các kế hoạch về chuyển đổi số, đẩy mạnh việc sử dụng dịch vụ công trực tuyến, triển khai có hiệu quả Đề án 06/CP trên địa bàn tỉnh An Giang và các giao dịch trên môi trường mạng; Triển khai cung cấp chữ ký số công cộng miễn phí (cấp chữ ký số công cộng) một cách đơn giản, thuận tiện, an toàn. Tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang nói chung, phòng Vật tư – trang thiết bị y tế nói riêng, việc triển khai ứng dụng chữ ký số trong việc gửi, nhận văn bản điện tử trên hệ thống quản lý văn bản bệnh viện và đối với các nhà thầu vẫn còn khá mới mẻ và lạ lẫm. Chính vì những lợi ích thực tế và hiệu quả của chữ ký số nên tôi tiến hành thực hiện sáng kiến: “*Đẩy mạnh ứng dụng chữ ký số trong việc gửi nhận văn bản tại Phòng Vật tư – trang thiết bị y tế Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang*” bước đầu đáp ứng được những yêu cầu, quy định và quy trình ký số văn bản điện tử trên môi trường mạng. Đồng thời, xây dựng một số giải pháp giúp việc ứng dụng chữ ký số tại phòng và bệnh viện đạt hiệu quả cao.

II. Điểm mới của sáng kiến

Chữ ký số rất khó giả mạo như trong trường hợp của chữ ký trên giấy và con dấu. Bản chất của chữ ký trên giấy là phải giống nhau qua các lần ký, chính vì thế việc cắt dán, sao chép hay ký giả sẽ được thực hiện và rất khó bị phát hiện do các chữ ký trên giấy của một người phải giống nhau. Tuy nhiên, với công nghệ ký số mỗi chữ ký gắn với văn bản được ký sẽ hoàn toàn khác nhau nếu nội dung văn bản đó chỉ khác nhau dù một chi tiết nhỏ. Hơn nữa, việc xác thực một người có phải là chủ của chữ ký số lại có thể được thực hiện dễ dàng và chính xác. Với công nghệ khóa công khai, chữ ký số có một số ưu điểm hơn so với chữ ký trên giấy.

Chữ ký số giữ vai trò đảm bảo an toàn cho các giao dịch điện tử. Đây là yếu tố quan trọng nhất và là điều kiện tiên quyết khi chuyển các giao dịch có giá trị lớn trên giấy tờ sang

giao dịch trên mạng, đem lại lợi thế cạnh tranh cho các doanh nghiệp trong bối cảnh hội nhập kinh tế quốc tế. Thay vì việc truy cập một website, điền các mẫu (form) đặt hàng, giao dịch có sẵn, sau đó in ra giấy và ký theo phương thức truyền thống rồi gửi đơn hàng qua bưu điện hoặc fax, việc sử dụng chữ ký số cho phép những bước cuối cùng trong quy trình giao dịch được thực hiện tự động trên mạng. Trong môi trường mở của mạng Internet hiện nay, khi các giao dịch đặc biệt liên quan đến thanh toán, tài chính và ngân hàng, doanh nghiệp cần nhận thức được tầm quan trọng và vai trò của bảo mật và an toàn cũng như quy định của các nước về vấn đề này. Với các giao dịch thương mại điện tử, giá trị các giao dịch nhỏ, các cá nhân thường sử dụng các thông tin trên thẻ tín dụng để xác thực sự đồng ý của mình và dùng các thông tin này tương đương với “chữ ký” khi thực hiện các giao dịch này. Với các giao dịch thương mại điện tử có giá trị lớn, việc sử dụng chữ ký số là cần thiết vì tầm quan trọng của giao dịch và đòi hỏi về mức độ bảo mật cũng cao hơn đặc biệt là đối với việc quản lý các dự án, gói thầu về vật tư y tế tại bệnh viện

Chữ ký điện tử ra đời nhằm ký các văn bản điện tử (thông điệp dữ liệu) để khắc phục các hạn chế trên và đẩy mạnh việc sử dụng các giao dịch điện tử trong lĩnh vực thương mại và phi thương mại. Trong khi chữ ký truyền thống được dùng để ký trên các văn bản bằng giấy thì chữ ký điện tử và chữ ký số được sử dụng để ký lên các văn bản số hay thông điệp dữ liệu qua một quy trình tương tự như quy trình ký trên giấy nhưng sử dụng các phương tiện điện tử và phần mềm ký điện tử để tạo ra các chữ ký điện tử. Bên cạnh đó, xác thực thời gian ký điện tử cũng dễ dàng hơn và khó giả mạo hơn đối với chữ ký bằng giấy với sự hỗ trợ của các máy chủ lưu trữ về thời gian ký (trusted time-stamping server).

PHẦN NỘI DUNG

I. Thực trạng vấn đề mà sáng kiến cần giải quyết

Năm 2016, Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang được Ủy ban nhân tỉnh cấp chữ ký số [1]. Tuy nhiên những năm đầu, việc tiếp cận chữ ký số chỉ dừng lại ở những lớp tập huấn mang tính khái niệm, tìm hiểu những ưu nhược điểm và ứng dụng của chữ ký số trong giao dịch điện tử. Đây cũng là tình trạng chung của các cơ quan đơn vị trong toàn tỉnh.

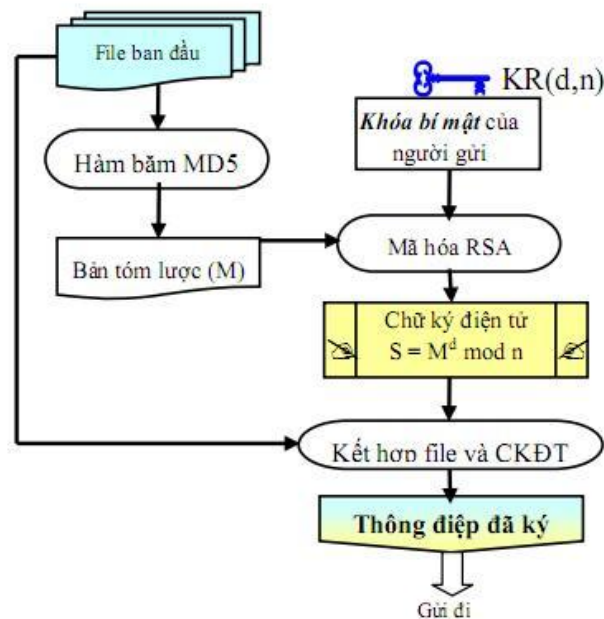
Năm 2020, tỉnh An Giang bắt đầu thực hiện việc gửi nhận văn bản điện tử trên hệ thống quản lý và điều hành [2], Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang cũng là một trong những đơn vị đi đầu trong việc thực hiện nhiệm vụ. Phần mềm chữ ký số cũng được cài đặt dưới dạng thử nghiệm nhưng cũng chỉ dừng lại ở các bước cài đặt, tìm hiểu các tính năng cơ bản của phần mềm và thực hành ký số văn bản. Hơn nữa, việc triển khai ứng dụng chữ ký số chủ yếu được thực hiện tại bệnh viện và sử dụng chữ ký của ban giám đốc để thực hiện các giao dịch văn bản trên trục liên thông của tỉnh. Việc triển khai, ứng dụng chữ ký số thường chỉ áp dụng tại một hoặc một số khâu trong toàn bộ quy trình xử lý văn bản điện tử tại các văn bản đi trong tỉnh nên hiệu quả chưa cao. Việc chữ ký số chưa tích hợp vào các hệ thống thông tin chuyên ngành của các bộ phận giao dịch, quản lý dự án đấu thầu dẫn đến chưa nâng cao tính thuận tiện trong quá trình khai thác, sử dụng.

Song song đó, nhận thức về vai trò của chữ ký số tại nhiều phòng ban trong bệnh viện còn hạn chế, dẫn đến việc ứng dụng và triển khai chữ ký số có nơi chưa đạt hiệu quả cao. Trình độ, kiến thức CNTT của nhân viên chưa đồng đều, còn nhiều hạn chế khi sử dụng các thiết bị công nghệ, phần mềm, internet. Tâm lý lo ngại về sự không thuận tiện, mất an toàn thông tin khi sử dụng dịch vụ các thiết bị công nghệ, hệ thống phần mềm. Công tác bồi dưỡng nhân viên bệnh viện, công tác tuyên truyền, phổ biến về lợi ích khi ứng dụng CNTT vào công việc còn hạn chế. Việc liên kết tích hợp dữ liệu giữa các cơ quan nhà nước còn gặp nhiều khó khăn về mặt pháp lý và cơ sở hạ tầng. Bên cạnh đó, hệ thống mạng đôi khi còn gặp trục trặc trong việc truyền tải dữ liệu nên việc đăng ký hay cập nhật còn gặp khó khăn.

II. Nội dung sáng kiến

Bước 1: Từ file cần gửi ban đầu, chương trình sẽ sử dụng hàm băm SHA-1 để mã hóa chuỗi ký tự dài 128 bit. Chương trình sử dụng thuật toán RSA để mã hóa giá trị băm thu được

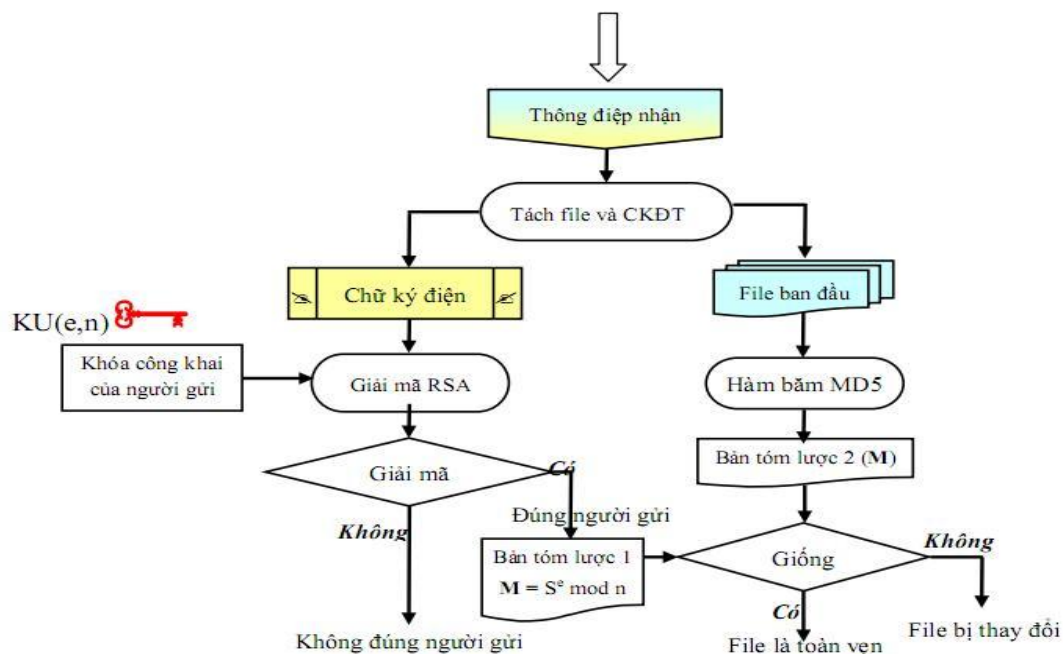
với khóa riêng của người gửi được một giá trị gọi là chữ ký điện tử. Kết hợp file ban đầu với chữ ký điện tử thành một thông điệp đã ký và gửi đi cho người nhận



Hình 1.1: Ký văn bản

Bước 2: Sau khi người nhận nhận được văn bản. Hệ thống sẽ tách thông điệp đã ký ra thành file và chữ ký điện tử. Đến giai đoạn này có 2 quá trình kiểm tra :

- Kiểm tra file có đúng người gửi hay không : Sử dụng thuật toán RSA để giải mã chữ ký điện tử bằng khóa công khai của người gửi. Nếu giải mã không được file nhận được thì file nhận được không đúng người. Nếu giải mã thành công thì file nhận được đúng người gửi và có giá trị băm 1 (bản tóm lược 1)
- Kiểm tra file có bị thay đổi hay không : Từ file được tách ra ta sử dụng hàm băm SHA-1 mã hóa thành giá trị băm 2 (bản tóm lược 2). Kiểm tra giá trị băm 1 và giá trị băm 2 có giống nhau hay không? Nếu giống nhau thì file nhận được là toàn vẹn, không bị thay đổi, ngược lại là file đã bị thay đổi



Hình 1.2 : Xác thực chữ ký

Bước 3: Hoàn tất chữ ký số và chuyển file định dạng pdf gửi văn bản đi

SỞ Y TẾ AN GIANG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA
TRUNG TÂM AN GIANG

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh Phúc

BẢNG KÊ TÒN CUỐI CƠ SỞ TÙ TRỰC

(HÓA CHẤT + VTYT) T08 - 2024

STT	TÊN KHOA/PHÒNG	TỔNG TIỀN KIỂM KÊ - 31/08	Ghi Chú
1	CSCC Dã Chiến	315,070.00	
2	CTCH Phòng Bó Bột	65,520.00	
3	CTH Ngoại Khoa	168,340.00	
4	CTH Nội Khoa	509,830.00	
5	KHSCC Ngoại_NV	241,750.00	
6	KHO CẤP CỨU	43,359,984.00	
7	KHO CHĂM SÓC ĐẶC BIỆT	5,514,679.00	
8	KHO CT SCANNER	49,202,375.00	
9	Kho Khoa Chấn Thương Chỉnh Hình 1	483,468,361.00	
10	KHO KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC	250,043,879.00	
11	KHO KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC NGOẠI KHOA	69,602,950.00	
12	KHO KHOA NỘI HÔ HẤP	6,189,490.00	
13	KHO KHOA NỘI THẬN	3,098,811.00	
14	KHO KHOA NỘI THẬN KINH	10,171,042.00	
15	KHO KHOA NỘI TIẾT	25,840,707.00	
16	KHO KHOA NỘI TIÊU HÓA HUYẾT HỌC	7,674,788.00	
TỔNG TIỀN CS TT 21 KHOA/PHÒNG :		955,467,576.00	
SỐ TIỀN BẰNG CHỮ:		Chín trăm năm mươi lăm triệu, bốn trăm sáu mươi bảy nghìn, năm trăm bảy mươi sáu.	

An Giang, Ngày 14 Tháng 10 Năm 2024

Người Lập Bảng

Digital signed by L.P.
Tran, CN=Tran, OU=An Giang,
O=An Giang, C=VN
Date: 2024.10.14
Time: 10:10:00
Hash: SHA-256
Version: 1.0.0

Hình 1.3 : Văn bản khi đã ký chữ ký số

PHẦN KẾT LUẬN

I. Ý nghĩa, phạm vi áp dụng của sáng kiến

Việc ứng dụng chữ ký số tại Phòng Vật tư – thiết bị y tế mang lại nhiều hiệu quả như: giảm chi phí văn phòng phẩm, tiết kiệm được chi phí gửi văn bản qua đường bưu điện. Giảm công sức

lao động người đưa công văn, scan văn bản giấy, nhân bản công văn... ; rút ngắn được thời gian, phục vụ kịp thời cho công việc, nâng cao năng suất công việc;

Văn bản điện tử có ký số được gửi đi nhanh chóng, cho nhiều tổ chức, cá nhân thay vì văn thư phải phô tô, đóng dấu; có thể ký văn bản ở bất kỳ đâu, bất kỳ thời gian nào. Giảm thiểu tối đa thời gian nhận gửi văn bản, tiết kiệm chi phí.

Ứng dụng chữ ký số giúp tiết kiệm được chi phí giao dịch bằng văn bản giấy thông thường (giấy, mực in, chuyển phát ...) trên toàn tỉnh dự tính hàng tỷ đồng mỗi năm. Ngoài ra việc ứng dụng chữ ký số trong giao dịch điện tử giữa các cơ quan doanh nghiệp và người dân tăng hiệu quả, phương pháp làm việc chính xác làm cơ sở để thúc đẩy quá trình ứng dụng CNTT, các dịch vụ hành chính công và tiến tới xây dựng hoàn thiện Chính quyền điện tử.

Đẩy mạnh ứng dụng chứng thực điện tử và chữ ký số chuyên dùng trong các giao dịch điện tử, từng bước thay thế các giao dịch truyền thống giữa các bệnh viện với các công ty, đối tác và các đơn vị trong, ngoài tỉnh, ngành. Chứng thực điện tử và chữ ký số chuyên dùng được ứng dụng hiệu quả vào các hoạt động tác nghiệp hành chính của đội ngũ nhân viên, nâng cao mức độ an toàn và bảo mật cho các giao dịch điện tử giữa các bộ phận quản lý hành chính đặc biệt là công tác quản lý dự án, đấu thầu trên môi trường mạng. Góp phần tăng cường ứng dụng CNTT trong bệnh viện; tăng cường trao đổi văn bản điện tử, giảm trao đổi văn bản giấy giữa các cơ quan nhà nước, giữa cơ quan nhà nước với người dân, doanh nghiệp, góp phần thúc đẩy cải cách hành chính trong ngành cũng như của tỉnh.

II. Những kiến nghị, đề xuất

Hiện nay, chữ ký số đã được tôi sử dụng vào công tác báo cáo, trả kết quả đánh giá thầu, văn bản đi tại phòng vào các dịch vụ công trực tuyến đảm bảo được mức độ an toàn, chính xác. Vì vậy, để đẩy mạnh việc ứng dụng chữ ký số cần thực hiện các giải pháp sau:

Tham mưu với lãnh đạo phòng và ban giám đốc bệnh viện chỉ đạo các phòng ban khác trong bệnh viện đẩy mạnh ứng dụng CNTT, đặc biệt là chữ ký số trong triển khai gửi nhận văn bản qua mạng. Phối hợp với các đơn vị liên quan tổ chức tập huấn sử dụng chữ ký số cho nhân viên tại phòng và các nhân viên phụ trách các giao dịch điện tử trong bệnh viện. Tích cực kiểm tra, đôn đốc việc ứng dụng CNTT nói chung, chữ ký số nói riêng đối với các văn bản, giao dịch trong phòng và bệnh viện

Đồng thời, từng bước hoàn thiện các văn bản hướng dẫn, triển khai chữ ký số tại phòng cũng như trong bệnh viện như: Quyết định ban hành Quy chế quản lý, sử dụng chữ ký số chuyên dùng của phòng Vật tự - thiết bị y tế; Quyết định ban hành quy chế sử dụng hệ thống quản lý văn bản và điều hành; Quyết định ban hành Quy chế đảm bảo an toàn, an ninh thông tin thuộc lĩnh vực CNTT trong hoạt động của bệnh viện; ... Ngoài ra, xây dựng các văn bản có lồng ghép nội dung quy định về chữ ký số trong quy chế vận hành, duy trì hoạt động của các hệ thống thông tin có tích hợp ứng dụng chữ ký số. Đẩy mạnh tuyên truyền tới toàn thể nhân viên nâng cao năng lực nghiên cứu, ứng dụng, tiếp thu, làm chủ và sáng tạo về CNTT; Khả năng bảo đảm an toàn, an ninh thông tin, giữ vững chủ quyền quốc gia trên không gian mạng; kỹ năng nhận biết, phòng tránh các nguy cơ mất an toàn thông tin đối với các thiết bị CNTT cá nhân như điện thoại thông minh, máy tính, máy tính bảng.

Tích cực tuyên truyền về sự cần thiết và tính hiệu quả của việc ứng dụng chữ ký số trên văn bản điện tử cho nhân viên thông qua việc họp cơ quan, giao ban mở rộng, ... có văn bản hướng dẫn cụ thể về việc gửi nhận văn bản có ký số trên hệ thống quản lý và điều hành văn bản tới các phòng ban trong bệnh viện

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ủy ban nhân dân tỉnh An Giang, (2016). *Quyết định số 67/2016/QĐ-UBND ban hành Quy chế quản lý và sử dụng chữ ký số, chứng thư số chuyên dùng trên địa bàn tỉnh An Giang.*
2. Ủy ban nhân dân tỉnh An Giang, (2020). *Quyết định số 42/2020/QĐ-UBND quy định việc quản lý, sử dụng dịch vụ chứng thực chữ ký số chuyên dùng Chính phủ trên địa bàn tỉnh An Giang.*
3. Ủy ban nhân dân tỉnh An Giang, (2024). *Quyết định số 1516/QĐ-UBND Kế hoạch triển khai chữ ký số công cộng đến năm 2025 trên địa bàn tỉnh An Giang.*

SÁNG KIẾN DỤNG CỤ BẢO VỆ NIÊM MẠC KHI LẤY DỊ VẬT DẠ DÀY, THỰC QUẢN

Hồ Hiền Sang

PHẦN MỞ ĐẦU

I. Lý do chọn sáng kiến

Hiện nay, việc lấy dị vật từ thực quản và dạ dày là một thủ thuật phổ biến trong nội soi tiêu hóa. Tuy nhiên, trong quá trình thực hiện, nguy cơ gây tổn thương đến niêm mạc của bệnh nhân là khá cao, đặc biệt đối với những trường hợp dị vật sắc nhọn, kích thước lớn hoặc ở vị trí khó thao tác. Những tổn thương này không chỉ làm tăng nguy cơ biến chứng như chảy máu, viêm nhiễm mà còn kéo dài thời gian hồi phục của bệnh nhân, gây ảnh hưởng đến chất lượng điều trị và làm tăng chi phí y tế.

Việc nghiên cứu và phát triển một dụng cụ chuyên dụng để bảo vệ niêm mạc trong quá trình lấy dị vật là vô cùng cấp thiết. Sáng kiến này không chỉ giúp giảm thiểu nguy cơ tổn thương niêm mạc, mà còn góp phần cải thiện sự an toàn cho bệnh nhân và hiệu quả của phương pháp nội soi. Điều này đồng thời giúp giảm thiểu gánh nặng về chi phí y tế do biến chứng, tăng cường uy tín và chất lượng dịch vụ y tế, đáp ứng nhu cầu điều trị an toàn, hiệu quả trong bối cảnh y học ngày càng phát triển.

Vì vậy, việc triển khai nghiên cứu và áp dụng sáng kiến dụng cụ bảo vệ niêm mạc không chỉ mang lại giá trị y tế lớn mà còn là một bước tiến quan trọng trong lĩnh vực nội soi tiêu hóa.

II. Điểm mới của sáng kiến

Hiệu quả kinh tế

Việc chế tạo dụng cụ bảo vệ niêm mạc từ ống đặt nội khí quản có nhiều lợi ích kinh tế rõ rệt:

Chi phí thấp: Ống đặt nội khí quản là vật liệu rẻ tiền và phổ biến trong hầu hết các cơ sở y tế, không yêu cầu các công nghệ phức tạp hoặc đắt đỏ để chế tạo. Điều này giúp giảm đáng kể chi phí sản xuất và sử dụng dụng cụ so với các sản phẩm tương tự có thể được thương mại hóa.

Tính sẵn có cao: Vì ống đặt nội khí quản là dụng cụ y tế thông dụng, có mặt ở hầu hết các bệnh viện và phòng khám, nên không cần đầu tư thêm nguồn cung riêng cho dụng cụ này. Điều này giúp giảm chi phí nhập khẩu hoặc tìm kiếm các vật liệu đặc thù.

Giảm chi phí điều trị và biến chứng: Sử dụng dụng cụ này có thể giúp giảm nguy cơ tổn thương niêm mạc, do đó hạn chế các biến chứng sau thủ thuật, chẳng hạn như chảy máu, viêm hoặc nhiễm trùng. Điều này gián tiếp tiết kiệm chi phí cho bệnh nhân cũng như cơ sở y tế, do giảm thời gian điều trị hậu phẫu và ít cần sử dụng thuốc hơn.

Dễ chế tạo và bảo trì: Quá trình chế tạo đơn giản và tận dụng được vật liệu sẵn có giúp việc sản xuất dụng cụ trở nên dễ dàng, không cần đến quy trình công nghiệp phức tạp. Điều này cũng giúp giảm chi phí bảo trì, thay thế, hoặc xử lý dụng cụ sau sử dụng.

Hiệu quả kinh tế của sáng kiến này rất cao vì tận dụng vật liệu phổ thông, đồng thời cải thiện chất lượng điều trị mà không làm tăng chi phí đáng kể.

2.2 Hiệu quả xã hội

Tăng cường chất lượng chăm sóc y tế: Dụng cụ này giúp bảo vệ niêm mạc khỏi tổn thương trong quá trình nội soi, giảm thiểu nguy cơ chảy máu và các biến chứng sau thủ thuật. Nhờ vậy, bệnh nhân có trải nghiệm an toàn hơn và chất lượng điều trị được nâng cao, đặc biệt là ở những vùng thiếu thốn thiết bị y tế cao cấp.

Giảm gánh nặng tài chính cho bệnh nhân và hệ thống y tế: Vì dụng cụ này được làm từ vật liệu rẻ tiền, dễ tìm và phổ biến, chi phí điều trị cho bệnh nhân sẽ giảm đáng kể so với việc sử dụng các công cụ thương mại đắt tiền. Điều này cũng giúp giảm gánh nặng tài chính cho các bệnh viện, phòng khám, đặc biệt là những nơi có nguồn lực hạn chế.

Dễ dàng phổ biến và triển khai: Với thiết kế đơn giản và dễ chế tạo, dụng cụ này có thể nhanh chóng được nhân rộng và áp dụng rộng rãi trong các cơ sở y tế, đặc biệt ở những khu vực có điều kiện kinh tế khó khăn. Việc này giúp các cơ sở y tế nhỏ lẻ cũng có thể cung cấp dịch vụ nội soi an toàn và hiệu quả hơn mà không phải đầu tư vào các trang thiết bị đắt đỏ.

Giảm áp lực cho đội ngũ y tế: Việc sử dụng dụng cụ này giúp các bác sĩ nội soi thao tác an toàn hơn, giảm thiểu sự lo lắng về việc gây tổn thương cho bệnh nhân trong quá trình lấy dị vật. Điều này giúp giảm áp lực công việc và nguy cơ mắc sai sót, đồng thời tăng cường sự tự tin trong khi thực hiện thủ thuật.

Thúc đẩy sáng tạo và đổi mới trong y tế: Sáng kiến của bạn có thể truyền cảm hứng cho các đồng nghiệp trong ngành y tế, khuyến khích họ tìm kiếm các giải pháp tương tự để cải tiến các quy trình và thiết bị y tế khác. Điều này góp phần vào sự phát triển chung của ngành y tế, đặc biệt là các giải pháp giá rẻ, dễ tiếp cận cho mọi người.

Nhìn chung, sáng kiến này có tiềm năng tác động lớn đến cộng đồng y tế, không chỉ ở khía cạnh cải thiện hiệu quả điều trị mà còn giúp giảm bất bình đẳng trong việc tiếp cận các dịch vụ y tế chất lượng.

PHẦN NỘI DUNG

I. Thực trạng vấn đề mà sáng kiến cần giải quyết

Nguy cơ tổn thương niêm mạc khi lấy dị vật: Khi thực hiện nội soi để lấy dị vật từ thực quản hoặc dạ dày, có một nguy cơ cao rằng các dị vật, đặc biệt là những dị vật sắc nhọn hoặc lớn, có thể gây tổn thương cho niêm mạc. Các tổn thương này có thể dẫn đến chảy máu, rách niêm mạc, và thậm chí nhiễm trùng. Trong nhiều trường hợp, những tổn thương này có thể trở nên nghiêm trọng và kéo dài thời gian hồi phục của bệnh nhân.

Thiếu các dụng cụ bảo vệ chuyên biệt: Hiện tại, nhiều cơ sở y tế, đặc biệt là ở các khu vực có nguồn lực hạn chế, không có đủ dụng cụ bảo vệ niêm mạc chất lượng cao để hỗ trợ quá trình lấy dị vật. Những dụng cụ này thường đắt đỏ, và không phải cơ sở y tế nào cũng có thể tiếp cận được. Điều này làm tăng nguy cơ xảy ra các biến chứng trong quá trình nội soi.

Khả năng triển khai hạn chế ở các cơ sở y tế nhỏ: Các bệnh viện lớn hoặc cơ sở y tế chuyên sâu thường có trang thiết bị hiện đại và đủ nguồn lực để mua sắm các dụng cụ hỗ trợ. Tuy nhiên, ở các cơ sở y tế nhỏ hơn, đặc biệt là ở vùng nông thôn hoặc những nơi có điều kiện kinh tế khó khăn, việc đầu tư vào các dụng cụ bảo vệ niêm mạc là một thách thức lớn. Điều này dẫn đến sự bất bình đẳng trong chất lượng chăm sóc y tế giữa các khu vực.

Nguy cơ biến chứng sau thủ thuật: Trong quá trình lấy dị vật nếu không có dụng cụ bảo vệ thích hợp, bệnh nhân dễ gặp phải các biến chứng như viêm nhiễm, chảy máu, hoặc thậm chí là thủng thực quản hoặc dạ dày. Những biến chứng này có thể kéo dài thời gian điều trị, tăng chi phí y tế, và ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe tổng thể của bệnh nhân.

Thiếu giải pháp giá rẻ, dễ tiếp cận: Các sản phẩm chuyên dụng bảo vệ niêm mạc hiện nay thường có giá thành cao và không phải nơi nào cũng có thể mua được. Điều này tạo ra khoảng cách trong việc tiếp cận các công cụ nội soi an toàn giữa các cơ sở y tế có điều kiện kinh tế khác nhau. Đối với nhiều bệnh viện, đặc biệt là ở những vùng khó khăn, việc tìm kiếm một giải pháp vừa hiệu quả vừa rẻ tiền là một nhu cầu cấp thiết.

Sự hạn chế về kiến thức và kỹ thuật: Nhiều cơ sở y tế chưa có đủ kinh nghiệm hoặc kiến thức để chế tạo các dụng cụ bảo vệ niêm mạc hiệu quả từ những vật liệu sẵn có. Điều này làm cho việc tìm kiếm các giải pháp thay thế tạm thời hoặc cải tiến trở nên khó khăn.

Sáng kiến này nhằm giải quyết những vấn đề trên, bằng cách sử dụng vật liệu sẵn có như ống đặt nội khí quản để chế tạo dụng cụ bảo vệ niêm mạc. Điều này không chỉ giúp giảm thiểu nguy cơ tổn thương cho bệnh nhân, mà còn cung cấp một giải pháp rẻ tiền, dễ tiếp cận cho các cơ sở y tế có nguồn lực hạn chế, giúp nâng cao chất lượng điều trị một cách toàn diện.

II. Nội dung sáng kiến

1. Chuẩn bị ống nội khí quản số 7.5

- Với ống nội khí quản số 7.5, đường kính ngoài của ống là khoảng 10.0 mm. Ống soi dạ dày thông thường có đường kính ngoài khoảng 9-10 mm, vì vậy, ống nội khí quản số 7.5 sẽ vừa khít với ống soi dạ dày, đảm bảo rằng dụng cụ chế tạo từ ống nội khí quản có thể dễ dàng lắp vào và hoạt động hiệu quả trong quá trình nội soi.

- Ống này có bóng mềm, được thiết kế để chèn ép vào lòng thanh quản, giúp giảm ma sát và áp lực lên niêm mạc khi dụng cụ nội soi được đưa vào và lấy dị vật ra.

2. Chế tác từ ống nội khí quản

- Cắt gọn phần ống hai đầu: Đầu tiên, bạn cần cắt bỏ phần hai đầu của ống nội khí quản sao cho chỉ giữ lại phần ống tròn ở giữa có bóng mềm. Mục tiêu của việc này là tạo ra một đoạn ống đủ ngắn và đủ gọn để dễ dàng lắp vào ống soi dạ dày mà không làm cản trở việc thao tác nội soi.

- Sử dụng phần bóng mềm: Phần bóng mềm của ống nội khí quản (phần được sử dụng để chèn vào lòng thanh quản) sẽ được giữ lại. Đây là phần quan trọng nhất trong sáng kiến, vì nó có chức năng chính là bảo vệ niêm mạc thực quản và dạ dày. Bóng mềm này sẽ bao quanh đoạn ống và tạo ra lớp đệm để giảm thiểu ma sát và nguy cơ tổn thương cho niêm mạc khi nội soi.

3. Lắp vào ống soi dạ dày

- Lắp đoạn ống nội khí quản vừa chế vào ống soi dạ dày: Sau khi đã cắt gọn và chuẩn bị ống nội khí quản, bạn sẽ lắp phần ống này vào đầu ống soi dạ dày. Đoạn ống được thiết kế để vừa khít với ống soi, giúp đảm bảo quá trình nội soi không bị cản trở.

- Bóng mềm sẽ tiếp xúc trực tiếp với thành niêm mạc thực quản hoặc dạ dày, tạo ra một lớp bảo vệ ngăn dị vật hoặc đầu ống soi gây tổn thương cho niêm mạc.

4. Tiến hành lấy dị vật

Trong quá trình nội soi, bác sĩ sẽ đưa ống soi qua miệng và thực quản, tiến đến khu vực dạ dày nếu cần.

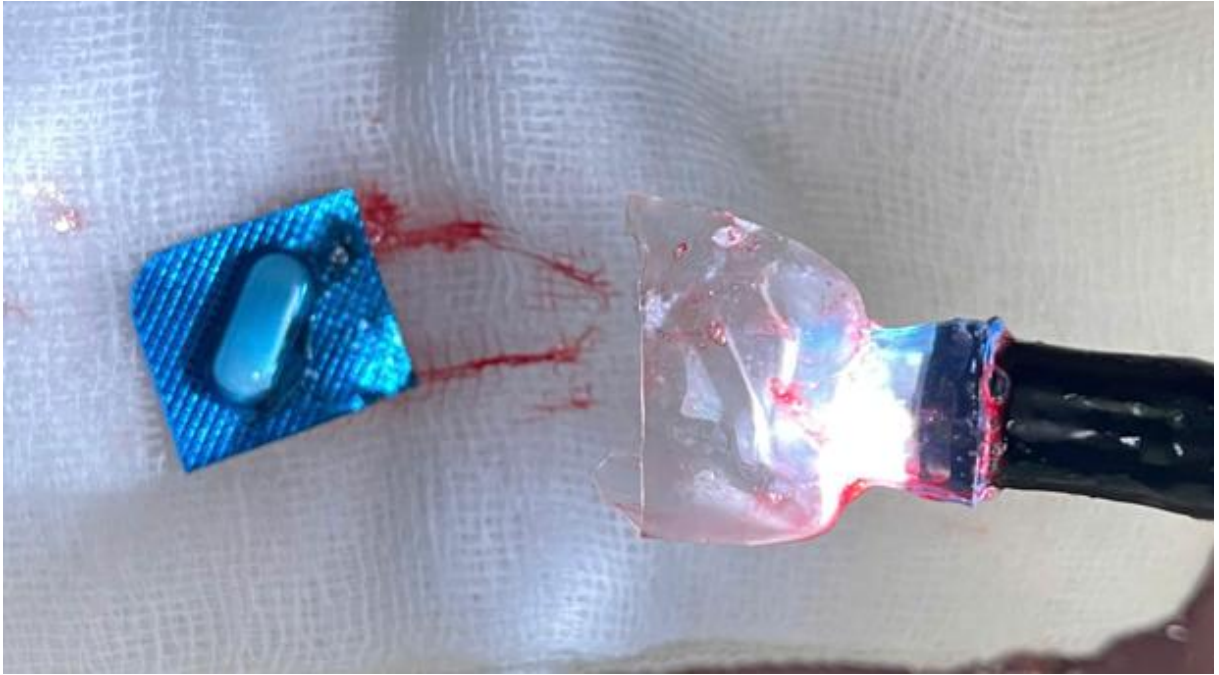
Khi ống soi tiếp cận vị trí của dị vật, bóng mềm sẽ hoạt động như một lớp đệm bảo vệ xung quanh dụng cụ lấy dị vật. Bóng mềm sẽ làm giảm ma sát giữa dị vật và niêm mạc, hạn chế nguy cơ trầy xước hoặc chảy máu khi kéo dị vật ra ngoài.

5. Kiểm tra và hoàn tất

Sau khi lấy dị vật ra ngoài, bác sĩ sẽ kiểm tra niêm mạc để đảm bảo không có tổn thương nghiêm trọng nào xảy ra.

Nếu dụng cụ này hoạt động hiệu quả, niêm mạc sẽ ít bị tác động bởi các lực ma sát, va chạm từ dị vật hoặc dụng cụ nội soi.





PHẦN KẾT LUẬN

I. Ý nghĩa và phạm vi áp dụng của sáng kiến

1. Ý nghĩa của sáng kiến

Bảo vệ niêm mạc trong thủ thuật nội soi: Dụng cụ này mang lại sự an toàn tối đa cho bệnh nhân bằng cách giảm thiểu nguy cơ tổn thương niêm mạc khi lấy dị vật. Điều này giúp bệnh nhân không bị tổn thương niêm mạc thực quản, dạ dày, từ đó hạn chế các biến chứng như chảy máu, viêm nhiễm hoặc loét niêm mạc.

Tiết kiệm chi phí y tế: Sáng kiến sử dụng ống nội khí quản – một dụng cụ có sẵn, rẻ tiền và phổ biến tại hầu hết các cơ sở y tế. Điều này giúp tiết kiệm chi phí so với việc sử dụng các dụng cụ thương mại chuyên dụng đắt tiền, đồng thời giúp giảm giá thành điều trị cho bệnh nhân.

Dễ dàng phổ biến và thực hiện: Vì sử dụng các vật liệu đơn giản, quen thuộc và dễ chế tác, sáng kiến này có thể được phổ biến rộng rãi tại các bệnh viện, phòng khám trên khắp cả nước, bao gồm cả những nơi có nguồn lực hạn chế. Dụng cụ này dễ dàng được chế tạo tại chỗ, không cần phụ thuộc vào thiết bị phức tạp hoặc công nghệ cao.

Tăng cường chất lượng điều trị: Sáng kiến này giúp các bác sĩ nội soi thực hiện thủ thuật an toàn hơn, giảm thiểu rủi ro cho bệnh nhân và đồng thời cải thiện kết quả điều trị, từ đó nâng cao chất lượng dịch vụ y tế.

2. Phạm vi áp dụng của sáng kiến

Các bệnh viện và cơ sở y tế nhỏ lẻ: Ở những cơ sở y tế nhỏ hoặc bệnh viện tuyến huyện, việc trang bị các dụng cụ nội soi chuyên dụng có thể là thách thức lớn do chi phí cao. Sáng kiến này cung cấp một giải pháp thay thế dễ dàng và rẻ tiền, có thể áp dụng ngay lập tức mà không cần đầu tư lớn.

Các phòng khám tư nhân: Các phòng khám tư nhân, nơi thực hiện các thủ thuật nội soi tiêu hóa, cũng có thể tận dụng sáng kiến này để nâng cao chất lượng dịch vụ mà không tốn quá nhiều chi phí.

Các khu vực thiếu thốn trang thiết bị y tế: Sáng kiến này có thể áp dụng ở những vùng nông thôn hoặc khu vực có nguồn lực hạn chế, nơi việc mua sắm các dụng cụ nội soi thương mại cao cấp là khó khăn. Với cách làm này, bất kỳ cơ sở y tế nào cũng có thể nhanh chóng tự chế tạo và sử dụng mà vẫn đảm bảo an toàn.

Phẫu thuật hoặc nội soi lấy dị vật thường xuyên: Dụng cụ này có thể áp dụng cho các ca phẫu thuật hoặc thủ thuật nội soi yêu cầu lấy dị vật thường xuyên, như các bệnh viện đa khoa hoặc chuyên khoa tiêu hóa. Dụng cụ này giúp giảm tổn thương và thời gian hồi phục của bệnh nhân.

II. Những kiến nghị, đề xuất

Đánh giá và thử nghiệm lâm sàng: Thực hiện thử nghiệm trên bệnh nhân để đảm bảo an toàn và hiệu quả của sáng kiến.

Phổ biến và đào tạo: Tổ chức tập huấn cho các bác sĩ về cách chế tạo và sử dụng dụng cụ.

Phổ cập ở vùng khó khăn: Đưa sáng kiến đến các cơ sở y tế nông thôn, vùng sâu vùng xa để giảm chi phí và nâng cao chất lượng dịch vụ.

Hỗ trợ tài chính và chính sách: Đề xuất Bộ Y tế hỗ trợ tài chính cho các cơ sở y tế áp dụng sáng kiến này.

Công nhận sáng kiến: Tạo các chương trình khen thưởng và khuyến khích sự sáng tạo trong y tế.

Bảo hộ sở hữu trí tuệ: Đăng ký bảo hộ sáng kiến để bảo vệ quyền lợi và phát triển.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y Tế, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý tiêu hóa. Nhà Xuất bản Y học, 2019.

Bộ Y Tế, Quyết định số 3215/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn sử dụng nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tiêu hóa. 05/08/2017.

Hiệp hội Nội soi tiêu hóa Việt Nam (VDE), Hướng dẫn thực hành nội soi tiêu hóa. 2020.

Hiệp hội Tiêu hóa và Gan mật châu Âu (ESGE), Hướng dẫn về các biến chứng nội soi và cách phòng ngừa. 2017.

Nguyễn Văn Thắng, Nghiên cứu về biến chứng trong quá trình nội soi tiêu hóa. Tạp chí Y học Việt Nam, 2019.

Olympus Medical, Hướng dẫn sử dụng và bảo trì thiết bị nội soi tiêu hóa. 2018.

SÁNG KIẾN GIẢI PHÁP NÂNG CAO HIỆU QUẢ VÀ CHẤT LƯỢNG QUẢN LÝ CƠ SỞ TỬ TRỰC THÔNG QUA ỨNG DỤNG CÁC PHẦN MỀM HỖ TRỢ TRỰC TUYẾN

Lý Quốc Quân

PHẦN MỞ ĐẦU

I. Lý do chọn sáng kiến

Trong thời đại cuộc cách mạng công nghệ 4.0 (gọi tắt là thời đại 4.0) diễn ra mạnh mẽ tại hầu hết các nước trên thế giới hiện nay, đối với cuộc sống con người, công nghệ ngày càng đóng vai trò quan trọng. Hầu hết tất cả các lĩnh vực trong cuộc sống đều có sự can thiệp của công nghệ. Thời đại 4.0 tập trung vào sự phát triển của công nghệ và tất cả những gì liên quan đến hệ thống không gian mạng.

Các ứng dụng hỗ trợ trong quá trình làm việc thông dụng như bộ ứng dụng Microsoft Office gồm ứng dụng hỗ trợ soạn thảo văn bản Word, ứng dụng hỗ trợ lập bảng tính Excel, ứng dụng hỗ trợ thuyết trình Powerpoint,... đều là những phần mềm ứng dụng gần như không thể thiếu được trong quá trình làm việc truyền thống, tuy nhiên trong thời đại 4.0 thì có một xu hướng mà ngày càng nhiều người quan tâm và sử dụng, đó là xu hướng xử lý công việc trực tuyến (online) đang ngày càng lớn mạnh cùng với nhiều dịch vụ hỗ trợ lưu trữ đám mây, ứng dụng hỗ trợ trao đổi và hội họp trực tuyến, ứng dụng hỗ trợ soạn thảo trực tuyến,...

Hiện nay để tiếp cận được tri thức của thế giới, chúng ta có một phương tiện vô cùng quan trọng và gần như không thể thiếu trong thời đại 4.0, đó chính là Internet. Với sự phát triển mạnh mẽ của Internet ngày nay, các phần mềm công nghệ thông tin trực tuyến cũng được phát triển mạnh mẽ nhằm hỗ trợ cho xu hướng xử lý công việc trực tuyến một cách hiệu quả, nhanh chóng và tiện lợi. Với nhiệm vụ phụ trách công tác quản lý cơ sở tử trực vật tư y tế tiêu hao tại các khoa lâm sàng trong bệnh viện, nhận thức được tầm quan trọng của việc ứng dụng các phần mềm hỗ trợ trực tuyến trong xử lý công việc nhằm nâng cao hiệu quả và chất lượng trong quá trình làm việc. Xuất phát từ các xu hướng trên tôi thực hiện sáng kiến *“Giải pháp nâng cao hiệu quả và chất lượng quản lý cơ sở tử trực thông qua ứng dụng các phần mềm hỗ trợ trực tuyến”*

II. Điểm mới của sáng kiến

Trong các năm qua việc ứng dụng Công nghệ thông tin trong quản lý đa phần tập trung vào tài chính bằng phần mềm MISA, thư viện bằng phần mềm VEMIS, điểm số có phần mềm S-MAS của Viettel, thông tin giáo viên bằng phần mềm PMIS, bảo hiểm xã hội cũng có phần mềm riêng, ... Bên cạnh đó, việc ứng dụng các tiện ích từ các phần mềm Google apps, Mindmanager, Excel, ... chưa nhiều, đặc biệt là công cụ Google drive với tiện ích Google sheets, Google documents, Google forms, ... rất cần thiết cho công tác báo cáo, thu thập thông tin, số liệu, khi muốn tổng hợp số nhanh và hiệu quả cao. Đối với nhân viên quản lý phụ trách cơ sở tử trực vật tư y tế tiêu hao của các khoa thì việc báo cáo, thu thập thông tin, số liệu, là một việc làm thường xuyên, tốn nhiều công sức và thời gian, lại diễn ra từ năm này sang năm khác. Vấn đề đặt ra là làm sao có thể tập hợp được tất cả các báo cáo của các tổ chuyên môn, các bộ phận, các thông tin (ý kiến), các số liệu, để cho ra một báo cáo chung một cách tự động, ít tốn thời gian, công sức của nhân viên phụ trách

Đồng thời, công cụ Google Sheet là một ứng dụng cung cấp tới người dùng rất nhiều mẫu có sẵn để chúng ta sử dụng cho nội dung của mình. Người dùng tạo lại bảng, nhập nội dung theo các định dạng có điều kiện để kích chọn tự động từng ngày cụ thể. Khi sử dụng phiếu biểu mẫu Google form chúng ta có thể trích xuất dữ liệu ra bộ công cụ Google Sheet sẽ tạo ra các định dạng chọn dữ liệu tự động, nhanh, tiết kiệm thời gian nhập liệu, hạn chế nhập sai dữ liệu, thuận tiện khi in ấn hoặc chia sẻ lên các nhóm của khoa/phòng mình như Zalo, Messenger ... hoặc đơn giản là giúp người báo cáo có thể tổng hợp số liệu và tải thành tệp Microsoft Excel một cách dễ dàng và thuận tiện

PHẦN NỘI DUNG

I. Thực trạng vấn đề mà sáng kiến cần giải quyết

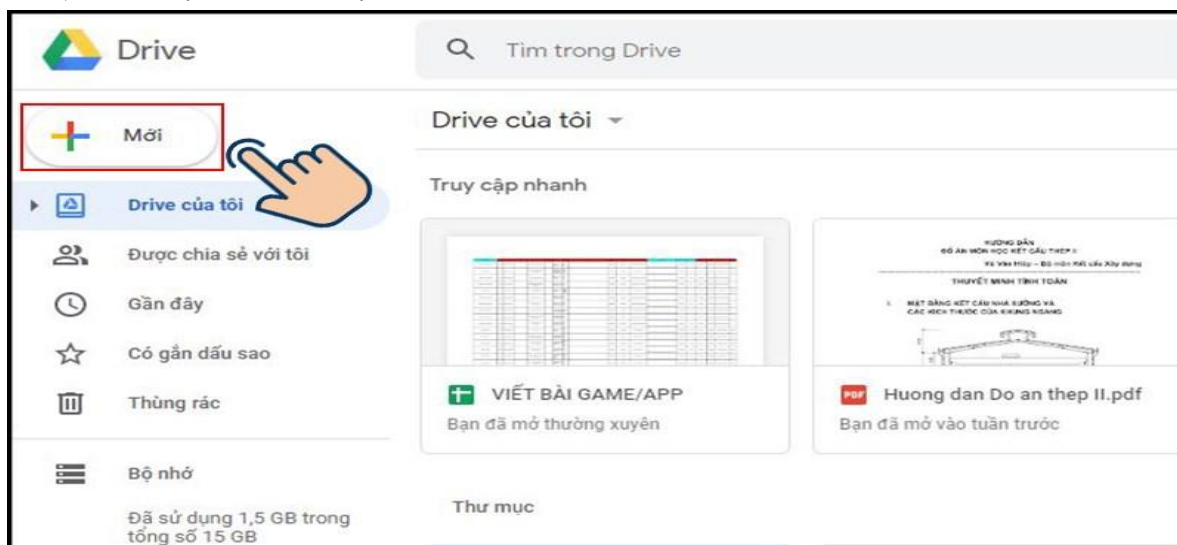
Hiện nay, khi dự trù cơ sở tử trực khung về vật tư y tế tiêu hao cho các khoa hầu hết đều sử dụng bằng báo cáo bằng file Excel và được chuyển đến địa chỉ Gmail của phòng. Phương thức này tồn tại khá nhiều bất cập khi đòi cập nhật thông tin chưa kịp thời, do không kiểm tra Gmail thường xuyên. Đồng thời, việc tập hợp các báo cáo mất nhiều công sức, thường xuyên bị động về thời gian.

Việc phải tập hợp tất cả các báo cáo, dự trù cơ sở tử trực của các khoa để viết thành một báo cáo chung của bộ phận phụ trách chuyên môn rất tốn thời gian, đôi khi sẽ bị động về thời gian nếu tất cả các khoa đều báo cáo vào ngày cuối cùng. Do đó, cán bộ phụ trách thường xuyên vất vả trong việc tập hợp số liệu để cho ra một báo cáo chung. Đôi khi do tính chất công việc nên có những báo cáo gọi Ban chủ nhiệm phòng “rất khẩn” và phải cần đến sự hỗ trợ của Google drive thì mới có thể đỡ vất vả cho người làm báo cáo, đặc biệt là đối với các báo cáo liên quan đến số liệu, thống kê

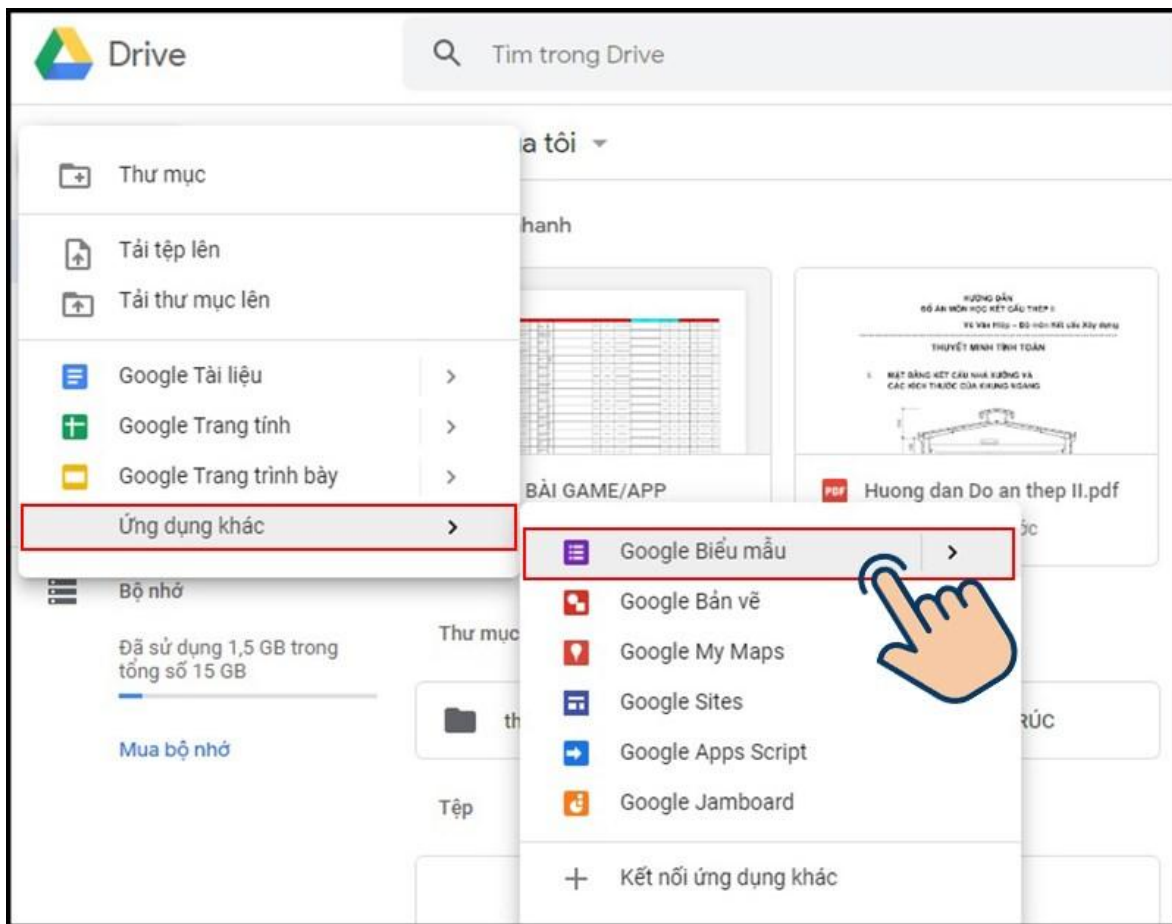
II. Nội dung sáng kiến

Google sheets, Google documents, Google forms để thu thập thông tin, số liệu cần làm báo cáo, hay theo dõi tiến độ hoàn thành công việc của các khoa do mình phụ trách. Chẳng hạn như đối với việc. Nhờ công cụ Google forms của Google drive đã giúp giải quyết được vấn đề khó khăn, bất cập, khi mà việc đăng ký và kiểm tra về cơ sở tử trực của khoa đều diễn ra online thông qua biểu mẫu được tạo từ Google forms. Để tạo biểu mẫu này ta có thể thực hiện theo các bước:

Bước 1: Trước hết chúng ta sẽ đăng nhập vào tài khoản Google Drive cá nhân. Tại giao diện chính, nhấn chọn vào nút chọn Mới.



Bước 2: Tiếp theo tại Ứng dụng khác bạn hãy chọn vào Google biểu mẫu.



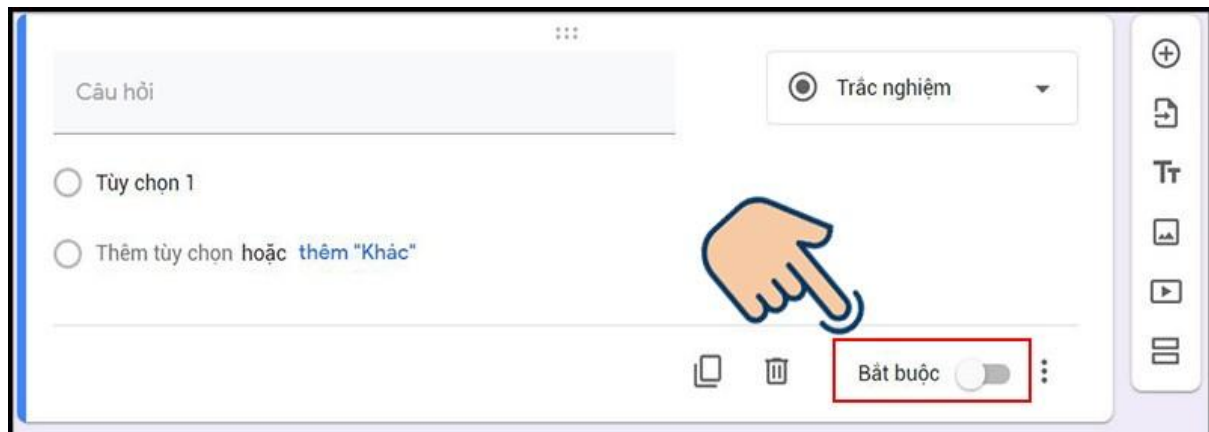
Bước 3: Nhập tiêu đề và mô tả biểu mẫu bạn muốn làm.

 The image shows the Google Forms creation page. At the top, there are tabs for 'Câu hỏi' (Questions) and 'Câu trả lời' (Answers). The main form area has a title field containing 'Mẫu không có tiêu đề' (Form without title) and a description field labeled 'Mô tả biểu mẫu' (Form description). A hand icon points to the description field. Below the description field, there is a section for 'Câu hỏi không có tiêu đề' (Question without title) with a radio button option labeled 'Tùy chọn 1' (Option 1). On the right side, there is a vertical toolbar with icons for adding elements, undo, redo, text, image, video, and a list icon.

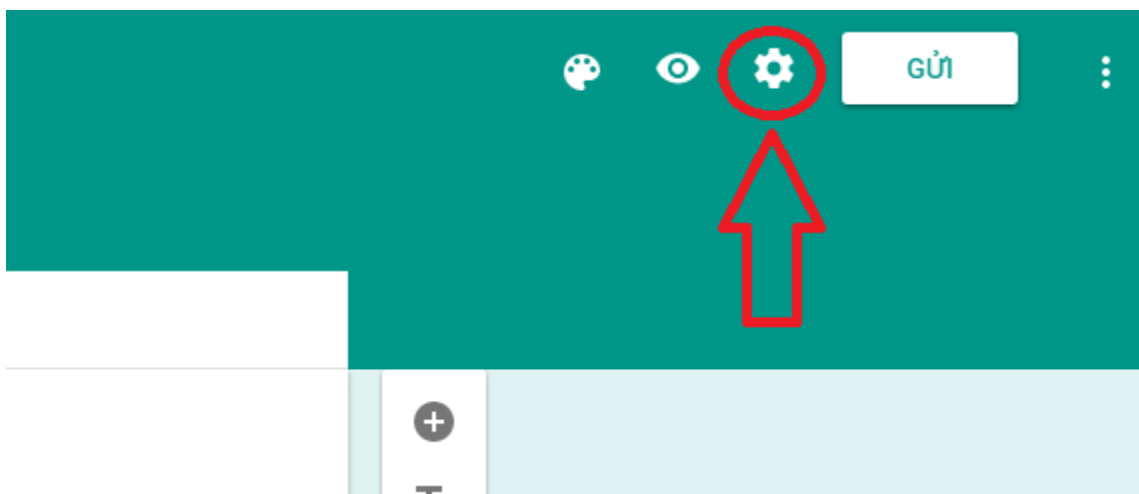
Bước 4: Nhập câu hỏi của bạn mà bạn muốn khảo sát và tùy chọn hình thức đáp án(trắc nghiệm, văn bản,...)



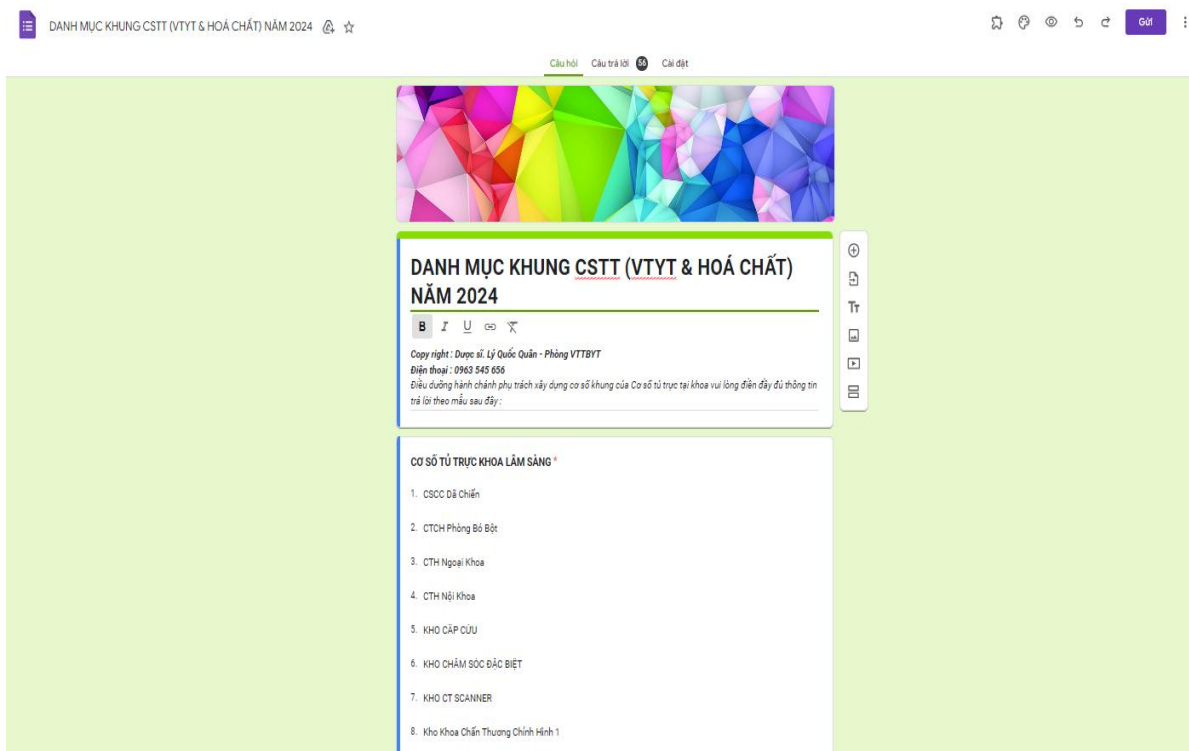
Bước 5: Chọn chế độ cho câu hỏi bắt buộc hoặc không.



Bước 6: Chọn biểu tượng răng cưa để cài đặt tính năng chung biểu mẫu. Lưu lại nếu có thay đổi ở cài đặt.

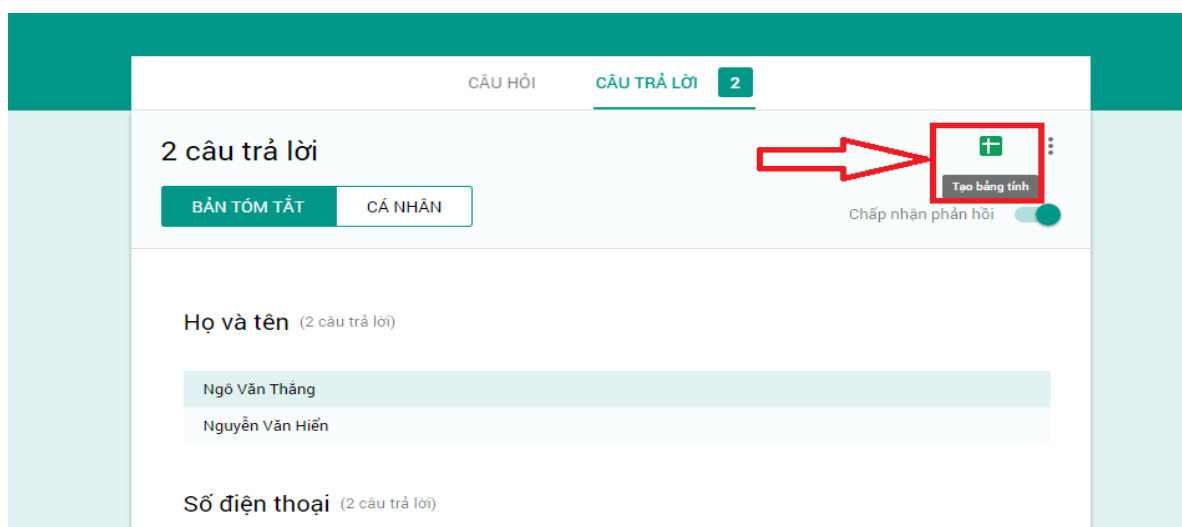


Bước 7: Xem lại biểu mẫu trước khi gửi đi đến các đối tượng sử dụng

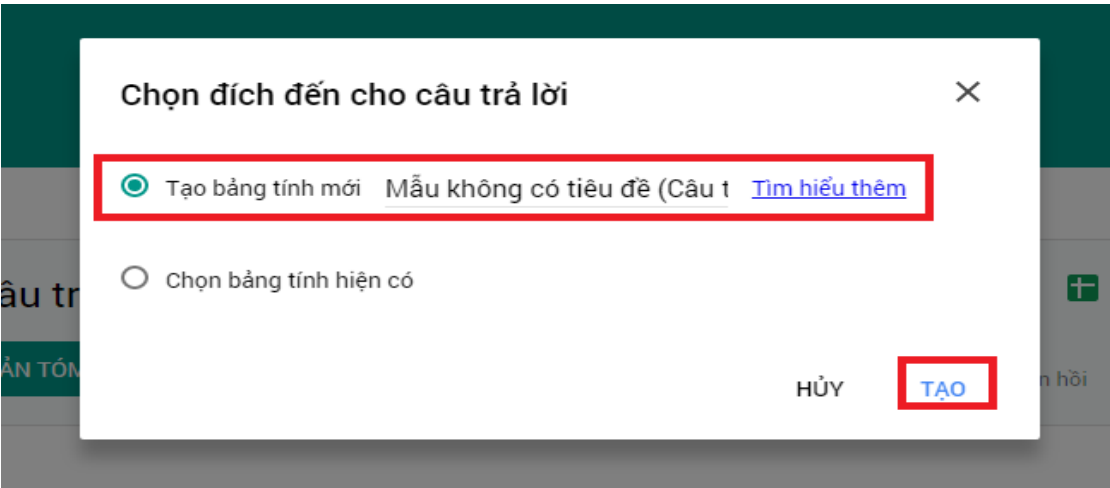


Với các bước hướng dẫn trên chúng ta có thể tạo được biểu mẫu hoàn chỉnh một cách dễ dàng. Để xem lại câu trả lời đánh giá, chúng ta tiếp tục thực hiện các bước sau:

Bước 1: Nếu muốn xem câu trả lời dưới dạng bảng Excel, click chuột vào biểu tượng dấu cộng màu xanh.



Bước 2: Nếu là lần đầu tiên thì sẽ có câu hỏi như hình dưới đây thì click chọn **Tạo bảng tính mới**, Sau đó biểu mẫu sẽ chiết xuất ra file excel như hình dưới



Bước 3: Nếu muốn chia sẻ tệp excel này thì vào **Tệp** → **Chia sẻ**

DANH MỤC KHUNG CS TT (VTVT & HOÁ CHẤT) NĂM 2024

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	Dấu thời gian	CƠ SỞ TỬ TRỰC KHOA LÂM SÀNG	Họ tên người báo cáo	Điện Thoại	Danh mục Cơ sở tử trực (VTVT tiêu hao & hoá chất)	Bổ Sung Thêm (Những mặt hàng Ngoài Danh Mục)	Ghi chú	Đ
2								
3	25/01/2024 1:53:03	KHO KHOA TIM MẠCH LÃO HỌC	Phan Thị Bích Tuyền	0349661955	ALFASEPT CLEANSER 4, ANIOSYME S	Dây hút dịch thủ thuật 2m, Dây hút đàm		nhanph
4	25/01/2024 4:30:19	KHO KHOA XÉT NGHIỆM	Hoàng Thị Túy Phương	0772841038	Băng cá nhân Goodgo, Bơm tiêm sử dụng một lần 10ml, Bơm tiêm sử dụng một lần Banapha - 10 M 100T.			5n hoangpl
5	25/01/2024 4:43:14	Máy U411	Hoàng Thị Túy Phương	0772841038				
6	25/01/2024 4:50:31	Máy B221	Hoàng Thị Túy Phương	0772841038	Băng cá nhân Goodgo		S2	
7	25/01/2024 4:52:04	Máy LabUmat	Hoàng Thị Túy Phương	0772841038	Băng cá nhân Goodgo		Labstrip	
8	25/01/2024 4:54:28	Máy Coag XL_1	Hoàng Thị Túy Phương	0772841038	Băng cá nhân Goodgo		PT5 , PTT , Fibri	
9	25/01/2024 4:58:35	Sysmex XN 1000 - 1	Hoàng Thị Túy Phương	0772841038	Băng cá nhân Goodgo	Fluorocell WDF, Fluorocell WNR, SLS , lysercell WDF, lysercell WNR		
10	25/01/2024 5:04:07	Máy AU680	Hoàng Thị Túy Phương	0772841038	CHOLESTEROL, CRP-Turbi	Ure, Creatinin, glucose, ast, alt,GGT, trigly, hdl, protein, albumin, mic		
11	25/01/2024 16:26:13	KHO KHOA NỘI TIẾT	Lê Thị Kim Hồng	0985640856	Băng cá nhân Goodgo, Băng dính lụa 5cm x 5m, Bộ mask xông khí dung, Bộ nối dài tiêm tĩnh mạch 140cm			
12	25/01/2024 16:45:54	Kho Khoa Chấn Thương Chỉnh Hình 1	Cao Thị Linh Đa	0935313855	Áo phẫu thuật L, Băng cá nhân Goodgo Các dụng cụ định nẹp vít để mổ chấn thương chỉnh hình			
13	25/01/2024 16:53:55	KHO KHOA NỘI THẦN KINH	Nguyễn thị quỳnh giao	0967813754	Băng cá nhân Goodgo, Băng dính lụa 5cm x 5m, Bộ mask xông khí dung, Bơm cho ăn MPV 50ml, Bơm tiêm			
14	25/01/2024 22:14:15	KHO KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC	Nguyễn văn tuần	0972773991	Băng dính lụa 5cm x 5m, Băng vải cuộn y tế 2m x 0.09m, Bộ đo huyết áp xâm lấn Model: FT-A001, Bộ hút			
15	25/01/2024 22:41:39	KHO KHOA TÂM THẦN	Hồ Mi Sol	09035519126	Băng cá nhân Goodgo, Bơm tiêm sử dụng một lần 10ml, Dây dịch truyền			
16	25/01/2024 22:45:04	KHO KHOA NỘI TỔNG HỢP	Tô Hồng Ánh	0834441343	Băng cá nhân Goodgo, Băng vải cuộn Dây truyền dịch Autofusion Set, dây hút dịch phẫu thuật 2m			
17	25/01/2024 22:48:46	KHOA HỒ HẤP	NGUYỄN THỊ THƠ	0834513165	Băng cá nhân Goodgo, Băng vải cuộn DÂY TRUYỀN DỊCH, DÂY HÚT DỊCH PHẪU THUẬT (2M)			
18	25/01/2024 22:59:52	Máy Cobas 8000	Hoàng Thị Túy Phương	0772841038	03183688122 ALB BCG GEN.2, 300T Ure, glucose, cholesterol, trigly, hdl, ast, alt, GGT, bi T, che, etoh, tpg,			
19	25/01/2024 23:49:46	KHO KHOA RĂNG HÀM MẶT	Lâm Thị Ngọc	0942526459	Băng cá nhân Goodgo, Băng dính lụa 1. Povidone. 2 Dây truyền dịch. 3 Mũi khoan chỉnh hình ODR. 4 Gòn h			
20	26/01/2024 0:04:39	KHO KHOA LAO	Nguyễn Hoàng Nam	0765920840	Băng cá nhân Goodgo, Bình thông phổi, Bộ mask xông khí dung, Bộ nối dài tiêm tĩnh mạch 140cm, Bơm c			
21	26/01/2024 0:34:30	Kho Phòng Công Tác Xã Hội	Lâm Thị Mẫn	0987350217	Bơm tiêm sử dụng một lần 10ml, Bơm tiêm sử dụng một lần 50ml, Bơm tiêm vô trùng sử dụng một lần 1			
22	26/01/2024 0:57:07	KHO KHOA NGOẠI THẦN - TIẾT NIỆU	Phạm trúc đào	0396617292	Băng cá nhân Goodgo, Bộ mask xông khí dung, Bộ nối dài tiêm tĩnh mạch 140cm, Bơm cho ăn MPV 50ml,			
23	26/01/2024 1:12:27	KHO CẤP CỨU	Huỳnh Ngọc Nhân	0918008502	Băng cá nhân Goodgo, Băng dính lụa 5cm x 5m, Băng thun 3 móc (10cm x 4.5m), Băng vải cuộn y tế 2m x			
24	26/01/2024 1:48:24	KHO KHOA GIẢI PHẪU BỆNH	Lê Thị Tuyết Anh	0913966719	Găng kiểm tra dùng y tế không Xylen, EA50, Hematoxylin, Cồn tuy Cồn tuyệt đối gpb mới sử dụng đ			
25	26/01/2024 3:12:30	KHO KHOA NGOẠI THẦN KINH LỒNG NGU	Trần thị kim tuyền	0939879488	ALFASEPT CLEANSER 4, Băng cá nhân Goodgo, Băng dính lụa 5cm x 5m, Băng thun 3 móc (10cm x 4.5m), l			

PHẦN KẾT LUẬN

I. Ý nghĩa, phạm vi áp dụng của sáng kiến

Trong bệnh viện hiện nay, công nghệ thông tin là một công cụ không thể thiếu đối với tất cả nhân viên đặc biệt là trong các công tác quản lý, báo cáo, thống kê số liệu. Việc ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý là một trong những cách thức, con đường mang lại hiệu quả cao trong bệnh viện theo hướng chuẩn hóa, hiện đại, đáp ứng được yêu cầu của xã hội đặt ra đối với ngành y tế

Sau khi triển khai việc thực hiện, báo cáo dự trù cơ sở tử trực thông qua các công cụ Google drive là cần thiết, giảm thời gian và sức lực rất nhiều cho trong công việc. Việc sử dụng ứng dụng công cụ Google drive vào công tác báo cáo, thu thập thông tin, số liệu tạo hiệu quả cao, đáp ứng nhu cầu về thời gian và chất lượng trong công việc. Những thông tin từ các khoa được gửi đến nhân viên phụ trách theo thời gian thực giúp cho nhân viên luôn nắm được tình hình dự trù cơ sở tử trực của khoa

Đồng thời, những thông tin trên được thống kê và lưu trữ và thể hiện bằng biểu đồ trực quan giúp nhân viên có thể quan sát được sự chênh lệch cơ sở tử trực giữa các khoa. Từ đó, có thể điều chỉnh và phân phối cơ sở một cách linh hoạt và thích hợp. Đây là một trong những tính năng hỗ trợ hoạt động của nhân viên quản lý nhiều nhất, giảm bớt áp lực về giấy tờ, sổ sách cho công tác quản lý

Những tính năng trên đã thể hiện được vai trò của chúng trong quản lý cơ sở tử trực, tuy nhiên nhu cầu mới luôn phát sinh và đòi hỏi sự đáp ứng kịp thời để phù hợp với điều kiện mới. Tính tiện dụng cũng là một trong những nhu cầu đáng xem xét trong việc áp dụng công nghệ thông tin vào hoạt động y tế, quản lý. Phòng vật tư trang thiết bị y tế luôn mong được sử dụng các công nghệ tiên tiến với giao diện thân thiện, đưa thông tin nhanh chóng và có thể sử dụng ở bất kỳ đâu.

II. Những kiến nghị, đề xuất

Việc ứng dụng công nghệ thông tin trong công tác báo cáo bằng công cụ Google sheets là hết sức cần thiết và hiệu quả đối với tất cả các cán bộ quản lý trong bệnh viện. Vì lẽ đó, Phòng Vật tư – thiết bị y tế cần có sự hướng dẫn cũng như phổ biến cách thức đến tất cả các nhân viên phụ trách quản lý các vật tư y tế và trang thiết bị tại phòng

Củng cố và duy trì công tác báo cáo bằng công cụ Google drive để cách thức này ngày càng phổ biến rộng rãi trong trường, kích thích khả năng làm việc hiệu quả khoa học của nhân viên khi biết khai thác tốt công nghệ thông tin. Đồng thời cần động viên, khuyến khích mọi nhân viên khai thác triệt để bộ công cụ của Google drive vào công tác của mỗi cá nhân, thúc đẩy phong trào tự học, tự nghiên cứu của các nhân viên

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1.Chính phủ, *Nghị định 16/2015/NĐ-CP ngày 14 tháng 02 năm 2015- Quy định cơ chế tự chủ của đơn vị sự nghiệp* 2015.
- 2.Bộ Y Tế, *Thông tư số 46/2018/TT-BYT về Quy định hồ sơ bệnh án điện tử* 28/12/2018
- 3.Bộ Y Tế, *Thông tư số 54/2017/TT-BYT về Ban hành bộ tiêu chí ứng dụng công nghệ thông tin tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.* 29/12/2017

SÁNG KIẾN ỨNG DỤNG GOOGLE FORM TRONG GIÁM SÁT TUÂN THỦ VỆ SINH TAY

Trần Thanh Tâm

PHẦN MỞ ĐẦU

I. Lý do chọn sáng kiến

Vệ sinh đôi tay là biện pháp quan trọng nhất trong việc phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện vì đôi bàn tay là phương tiện quan trọng làm lan truyền các tác nhân gây nhiễm khuẩn đã được nghiên cứu rất nhiều và không còn là vấn đề tranh cãi. Với mục tiêu chính là ngăn chặn sự lây lan của vi khuẩn và nhiễm khuẩn trong môi trường y tế, tháng hành động này mang lại những lợi ích to lớn cho cả bệnh nhân và nhân viên y tế.

Việc giám sát tuân thủ vệ sinh tay (VST) theo cách truyền thống là sử dụng các phiếu in bằng giấy làm tăng chi phí vật tư, tăng khối lượng chất thải. Ngoài ra tốn nhiều thời gian và nhân lực trong vấn đề nhập phiếu giám sát vào máy để xử lý số liệu.

Google Form (google biểu mẫu) là một ứng dụng nền web được sử dụng để tạo biểu mẫu cho mục đích thu thập dữ liệu. Tạo phiếu giám sát trên ứng dụng này giúp giảm chi phí vật tư, giảm thiểu chất thải, giảm thời gian nhập liệu...

Vì vậy, tôi đề ra sáng kiến “ứng dụng google form trong giám sát tuân thủ vệ sinh tay”.

II. Điểm mới của sáng kiến

2.1 Hiệu quả kinh tế

Tiết kiệm thời gian nhập liệu.

Giảm sai sót do quá trình nhập liệu bằng tay.

Các báo cáo VST được xử lý tự động.

Dữ liệu cập nhật online, liên tục.

Tiết kiệm giấy mực.

Giảm thiểu phát sinh chất thải rắn.

2.2 Hiệu quả xã hội

Tiết kiệm thời gian trong quá trình nhập liệu và xử lý số liệu.

Tiết kiệm nhân lực hỗ trợ trong quá trình nhập liệu và xử lý số liệu.

Nâng cao chất lượng giám sát.

Giảm thiểu các sai sót trong nhập liệu và xử lý số liệu.

PHẦN NỘI DUNG

I. Thực trạng vấn đề mà sáng kiến cần giải quyết

Thực trạng giám sát vệ sinh tay truyền thống thường gặp một số vấn đề khó khăn. Về Tính chính xác, phương pháp ghi chép bằng giấy dễ bị sai sót do con người, như quên ghi chép, ghi không đầy đủ hoặc sai thông tin. Gây khó khăn trong việc phân tích, dữ liệu thu thập trên giấy thường khó tổng hợp và phân tích, làm giảm khả năng phát hiện xu hướng và cải tiến quy trình. Mất nhiều thời gian và công sức, việc ghi chép bằng giấy yêu cầu nhiều thời gian và công sức, ảnh hưởng đến hiệu quả công việc của nhân viên y tế. Không khả thi trong môi trường bận rộn, trong các cơ sở y tế đông đúc, việc dừng lại để ghi chép trên giấy có thể làm gián đoạn quy trình chăm sóc bệnh nhân. Thiếu tính linh hoạt, việc thay đổi hoặc cập nhật quy trình giám sát trên giấy thường chậm và khó khăn.

Giám sát vệ sinh tay điện tử mang lại nhiều lợi ích đáng kể, bao gồm: Tính chính xác và đáng tin cậy, hệ thống điện tử giảm thiểu sai sót do con người, giúp ghi lại dữ liệu chính xác và nhất quán. Phân tích dữ liệu dễ dàng, dữ liệu có thể được tổng hợp và phân tích nhanh chóng, giúp phát hiện xu hướng và cải thiện quy trình vệ sinh tay. Theo dõi thời gian thực, hệ thống điện tử cho phép giám sát và phản hồi ngay lập tức về thực hành vệ sinh tay, giúp nâng cao tính tuân thủ. Tiết kiệm thời gian, nhân viên y tế có thể tập trung vào công việc chăm sóc bệnh nhân

hơn là ghi chép thủ công, từ đó nâng cao hiệu quả công việc. Cải thiện ý thức, sử dụng công nghệ có thể tăng cường nhận thức về vệ sinh tay thông qua thông báo và nhắc nhở tự động. Dễ dàng triển khai các chiến dịch giáo dục, dữ liệu từ hệ thống có thể hỗ trợ trong việc xây dựng các chương trình đào tạo và nâng cao nhận thức. Tích hợp với các hệ thống khác, giám sát điện tử có thể được tích hợp với các hệ thống quản lý bệnh viện khác, tạo ra một quy trình chăm sóc toàn diện hơn.

Tóm lại, giám sát vệ sinh tay điện tử không chỉ cải thiện quy trình và hiệu quả, mà còn góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe. Một trong các phần mềm hiệu quả nhất hiện nay là công cụ Google Form.

II. Nội dung sáng kiến

Thay thế phiếu giám sát tuân thủ vệ sinh tay truyền thống bằng phiếu giám sát tuân thủ vệ sinh tay online trên Google Form.



Hình ảnh giám sát tuân thủ vệ sinh tay trước sáng kiến



Hình ảnh giám sát tuân thủ vệ sinh tay sau sáng kiến

PHỤ LỤC 6
PHIẾU GIÁM SÁT TUÂN THỦ VỆ SINH TAY

Bệnh viện:..... Đơn vị:.....
 Tên giám sát viên:..... Ngày (Ngày/tháng/năm):/...../.....
 Buổi giám sát số: Giai đoạn:..... Giờ bắt đầu/kết thúc:

Nghề nghiệp:			Nghề nghiệp:			Nghề nghiệp:			Nghề nghiệp:		
Số lượng NVYT:			Số lượng NVYT:			Số lượng NVYT:			Số lượng NVYT:		
Cơ hội	Chỉ định	Hành động	Cơ hội	Chỉ định	Hành động	Cơ hội	Chỉ định	Hành động	Cơ hội	Chỉ định	Hành động
1	☐ T- ☐ C ☐ NB ☐ N ☐ VK ☐ K ☐ S- ☐ G ☐ DCT ☐ Đ ☐ S- ☐ S ☐ NB ☐ S- XQNB		1	☐ T- ☐ C ☐ NB ☐ N ☐ VK ☐ K ☐ S- ☐ G ☐ DCT ☐ Đ ☐ S- ☐ S ☐ NB ☐ S- XQNB		1	☐ T- ☐ C ☐ NB ☐ N ☐ VK ☐ K ☐ S- ☐ G ☐ DCT ☐ Đ ☐ S- ☐ S ☐ NB ☐ S- XQNB		1	☐ T- ☐ C ☐ NB ☐ N ☐ VK ☐ K ☐ S- ☐ G ☐ DCT ☐ Đ ☐ S- ☐ S ☐ NB ☐ S- XQNB	
2	☐ T- ☐ C ☐ NB ☐ N ☐ VK ☐ K ☐ S- ☐ G ☐ DCT ☐ Đ ☐ S- ☐ S ☐ NB ☐ S- XQNB		2	☐ T- ☐ C ☐ NB ☐ N ☐ VK ☐ K ☐ S- ☐ G ☐ DCT ☐ Đ ☐ S- ☐ S ☐ NB ☐ S- XQNB		2	☐ T- ☐ C ☐ NB ☐ N ☐ VK ☐ K ☐ S- ☐ G ☐ DCT ☐ Đ ☐ S- ☐ S ☐ NB ☐ S- XQNB		2	☐ T- ☐ C ☐ NB ☐ N ☐ VK ☐ K ☐ S- ☐ G ☐ DCT ☐ Đ ☐ S- ☐ S ☐ NB ☐ S- XQNB	
3	☐ T- ☐ C ☐ NB ☐ N		3	☐ T- ☐ C ☐ NB ☐ N		3	☐ T- ☐ C ☐ NB ☐ N		3	☐ T- ☐ C ☐ NB ☐ N	

Hình ảnh phiếu giám sát tuân thủ vệ sinh tay truyền thống

The screenshot shows a Google Form titled "PHIẾU GIÁM SÁT TUÂN THỦ VỆ SINH TAY" (Hand Hygiene Compliance Form) from the "BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG". The form is designed to monitor hand hygiene compliance among staff. It includes the following sections:

- Khoa *** (Department): Radio buttons for Cấp cứu, Hồi sức tích cực chống độc, Sản sóc đặc biệt, Ngoại chấn thương chỉnh hình, Ngoại tiết niệu, and Ngoại thần kinh - lồng ngực.
- Nghề nghiệp *** (Occupation): Radio buttons for Bác sĩ, Điều dưỡng, and Hộ lý.
- Nhân viên *** (Staff): Radio buttons numbered 1 through 10.
- Thời điểm VST *** (Hand hygiene timing): Radio buttons for T-NB, T-VK, S-DCT, S-NB, and S-XONB.
- Hành động của NVYT *** (Hand hygiene actions): Radio buttons for Sát khuẩn tay nhanh, Rửa tay thường quy, Găng, and Bỏ lỡ.
- Tuân thủ *** (Compliance): Radio buttons for Tuân thủ and Không tuân thủ.
- Gửi** (Submit) button and **Xóa hết câu** (Clear all questions) button.

Hình ảnh phiếu giám sát tuân thủ vệ sinh tay trên Google Form

2.1. Thực hiện các bước kỹ thuật

2.1.1. Chuẩn bị

- Địa điểm: Các khoa lâm sàng Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.
- Dụng cụ, phương tiện:
- + Điện thoại di động thông minh.
- + Trang phục đúng quy định của bệnh viện.

2.1.2. Các bước thực hiện

- **Bước 1:** Đăng nhập vào đường link Google Form “Phiếu giám sát tuân thủ VST”.
- **Bước 2:** Ở mục “Khoa”, chọn tên khoa đang được giám sát.
- **Bước 3:** Ở mục “Nghề nghiệp”, chọn đối tượng đang được giám sát, bao gồm bác sĩ, điều dưỡng hoặc hộ lý.
- **Bước 4:** Ở mục “Nhân viên”, chọn số lượng đối tượng nhân viên đang được giám sát (VD: Đang giám sát bác sĩ thứ 4 tại khoa, thì chọn vào ô số “4”).
- **Bước 5:** Ở mục “Thời điểm VST”, chọn vào thời điểm nhân viên đang thực hiện (1 trong 6 thời điểm VST).
- **Bước 6:** Ở mục “Hành động của NVYT”, chọn thao tác của nhân viên y tế sau khi thực hiện các thời điểm VST.
- **Bước 7:** Ở mục “Tuân thủ”, chọn vào ô “Tuân thủ” khi ở bước 6 đã chọn “Sát khuẩn tay nhanh” hoặc “Rửa tay thường quy”. Chọn vào ô “Không tuân thủ” khi ở bước 6 đã chọn “Găng” hoặc “Bỏ lỡ”.
- **Bước 8:** Chọn vào ô “Gửi” để hoàn thành một lượt giám sát.

2.2. Tổng hợp báo cáo sau giám sát

Dữ liệu sau khi giám sát sẽ được chuyển tự động vào ứng dụng Google Excel.

Nhân viên tổng hợp thuộc khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn (KSNK) sẽ tổng hợp dữ liệu bằng chức năng Pivot Table trong Google Excel.

Viết báo cáo gửi Hội đồng KSNK và các khoa lâm sàng.

PHẦN KẾT LUẬN

I. Ý nghĩa, phạm vi áp dụng của sáng kiến

Sáng kiến cải tiến “Ứng dụng Google Form trong giám sát tuân thủ vệ sinh tay” trong quá trình giám sát tuân thủ VST tại các khoa lâm sàng Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang của khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn. Sáng kiến là một kỹ thuật đơn giản dễ làm, đem lại kết quả khả quan giúp giảm hao phí nhiều cho bệnh viện và khoa, giảm phát sinh chất thải rắn và giảm thiểu rủi ro sai sót khi xử lý số liệu. Bản thân luôn tìm tòi, học hỏi ứng dụng công nghệ thông tin, tìm những sáng kiến mới giúp thực hiện các công việc tại khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn được dễ dàng, thuận tiện hơn, góp phần nâng cao chất lượng bệnh viện.

II. Những kiến nghị, đề xuất

Tổ chức đào tạo, tập huấn để triển khai giám sát tuân thủ vệ sinh tay bằng Google Form cho hệ thống mạng lưới KSNK. Điều chỉnh, bổ sung, thống nhất các góp ý từ các khoa lâm sàng để có thể cải tiến hơn nữa trong quá trình giám sát tuân thủ vệ sinh tay nói riêng và các quy trình KSNK khác nói chung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y Tế : “Quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh”, Thông tư số 16/TT-BYT Ngày 20 tháng 07 năm 2018.

Bộ Y Tế : “ Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn“ , Quyết định số 3671/ QĐ – BHYT Ngày 27 tháng 09 năm 2012.

Bộ Y Tế : “ Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh “, Quyết định số 3916/ QĐ – BHYT Ngày 28 tháng 08 năm 2017.

SỬ DỤNG PHẦN MỀM QUẢN LÝ THIẾT BỊ SỬA CHỮA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Đặng Quang Lâm

PHẦN MỞ ĐẦU

I. Lý do chọn sáng kiến

Trong môi trường bệnh viện, các thiết bị công nghệ thông tin như máy in, máy tính, UPS đóng vai trò quan trọng trong việc duy trì hoạt động liên tục và hiệu quả của hệ thống quản lý, hồ sơ y tế và các công tác hành chính. Tuy nhiên, việc quản lý và sửa chữa các thiết bị này thường gặp nhiều khó khăn do số lượng thiết bị lớn, yêu cầu về thời gian khắc phục nhanh chóng, và việc bảo trì không được thực hiện kịp thời. Để giảm thiểu thời gian gián đoạn và đảm bảo thiết bị luôn trong tình trạng hoạt động tốt, việc áp dụng phần mềm quản lý sửa chữa thiết bị trở thành một giải pháp cần thiết và tối ưu.

II. Điểm mới của sáng kiến

Tự động hóa quá trình bảo trì và sửa chữa: Phần mềm sẽ tự động hóa quy trình từ tiếp nhận yêu cầu sửa chữa, phân công nhiệm vụ đến theo dõi và hoàn tất sửa chữa.

Quản lý tập trung thông tin thiết bị: Tất cả thông tin liên quan đến thiết bị như lịch sử sửa chữa, bảo trì sẽ được lưu trữ và quản lý tập trung. Tất cả thiết bị sửa chữa sẽ được định danh để dễ quản lý.

Cảnh báo sự cố kịp thời: Phần mềm có khả năng đưa ra cảnh báo về tình trạng thiết bị như thời điểm cần bảo trì hoặc khi thiết bị gặp sự cố. Thiết bị nào sửa chữa quá nhiều lần cần đề nghị thay mới hay thanh lý. Trên khoa có thể theo dõi quá trình sửa chữa.

Tối ưu hóa nguồn lực kỹ thuật: Phân bổ hợp lý nhân lực sửa chữa, giảm thiểu thời gian ngưng hoạt động của thiết bị.

PHẦN NỘI DUNG

I. Thực trạng vấn đề mà sáng kiến cần giải quyết

Thiết bị công nghệ thông tin cần quản lý chặt chẽ: Máy in, máy tính, UPS và các thiết bị khác thường xuyên gặp sự cố hoặc cần bảo trì định kỳ. Tuy nhiên, việc quản lý bảo trì và sửa chữa các thiết bị này còn thiếu hệ thống, gây gián đoạn cho hoạt động của bệnh viện khi thiết bị ngừng hoạt động.

Khó khăn trong việc theo dõi bảo trì: Việc quản lý thủ công thông tin bảo trì và sửa chữa dễ dẫn đến sai sót, khó truy xuất dữ liệu về lịch sử thiết bị, thời gian sử dụng và hiệu suất.

Hiệu quả sửa chữa chưa cao: Do không có công cụ theo dõi tiến độ sửa chữa và phân công nhiệm vụ kịp thời, việc sửa chữa thường bị trì hoãn hoặc không đạt hiệu quả cao, làm giảm hiệu suất hoạt động của bệnh viện.

II. Nội dung sáng kiến

Xây dựng phần mềm quản lý sửa chữa thiết bị công nghệ thông tin

Phần mềm quản lý sẽ bao gồm các tính năng sau:

Tiếp nhận yêu cầu sửa chữa từ các bộ phận thông qua hệ thống điện tử.

Phân công nhiệm vụ: Dựa trên mức độ ưu tiên và nơi sửa chữa được phân công.

Theo dõi tiến độ sửa chữa: Trạng thái và tiến độ của mỗi yêu cầu sẽ được cập nhật liên tục.

Quản lý lịch sử thiết bị: Tất cả thông tin về sửa chữa, bảo trì sẽ được lưu trữ tập trung, dễ dàng truy xuất.

Cảnh báo bảo trì: Phần mềm sẽ tự động đưa ra cảnh báo khi thiết bị đến thời hạn bảo trì định kỳ hoặc khi có sự cố phát sinh.

Quy trình triển khai

Bước 1: Các bộ phận nhập yêu cầu sửa chữa hoặc bảo trì thiết bị công nghệ thông tin thông qua hệ thống phần mềm.

Bước 2: Người quản lý sẽ phân loại và gọi kỹ sư đến nơi báo sửa chữa.

Bước 3: Kỹ sư tiến hành sửa chữa và cập nhật thông tin về tiến độ, tình trạng thiết bị cho người quản lý phần mềm nhập lên phần mềm.

Bước 4: Sau khi hoàn tất, kết quả sửa chữa sẽ được lưu trữ và cập nhật trong hệ thống để dễ dàng truy xuất và báo cáo.

Bước 5: Phần mềm tổng hợp các báo cáo định kỳ về tình trạng bảo trì, sửa chữa thiết bị.

Form để người dùng báo thiết bị sửa chữa

* Thiết bị

Máy in Canon 161 DN

* Phòng ban

KHOA CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

* Vấn đề

Máy mở không lên nguồn

Ghi chú

phòng điện cơ

Gửi Yêu Cầu

13 / 200

Form để người quản lý cập nhật tình trạng sửa chữa, cụ thể là mã định danh, tiến độ, ít thực hiện,..

Cập Nhật Thiết Bị

Thông tin thiết bị

* Tên Thiết Bị

Máy in Canon 2900

* Phòng Ban

KHOA NỘI A

* Vấn Đề

Hư không in được

Mã Định Danh

105

?

Có thể để trống

Thông tin cập nhật

* Trạng Thái

Đã chuyển tổ mua sắm

* Tình Trạng Giấy Bảo

Đã nhận giấy báo sửa chữa

* IT Thực Hiện

Đặng Quang Lãm

Ghi chú của IT

Tối đa 200 ký tự

0 / 200

Hủy

Cập nhật

Danh sách các thiết bị đã tiếp nhận sửa chữa

Bộ lọc tìm kiếm

Mã Sửa Chữa

Tên thiết bị

Trạng thái

Phòng ban

Tất cả phòng ban

Tháng

Tất cả

Năm

2024

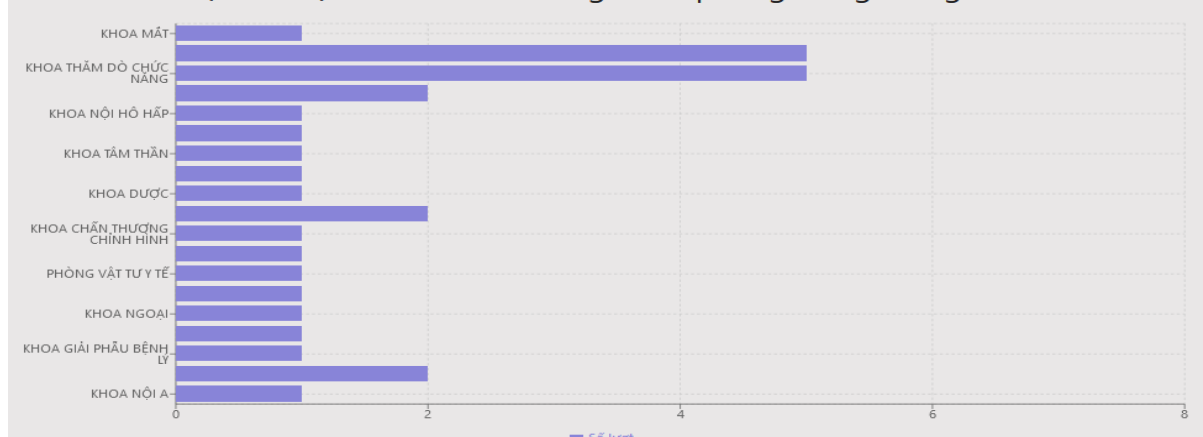
Tìm Kiếm

ID	Mã Định Danh	Tên Thiết Bị	Nơi Bảo	Vấn Đề	Giấy Bảo	Ngày Bảo	Trạng Thái	Ghi Chú	Chức Năng
630	105	Máy in Canon 2900	KHOA NỘI A	Hư không in được	Có	09:27:03 16/10/2024	Đã chuyển tổ mua sắm	in kiu to	Sửa Xóa Thêm
628		Bàn phím	PHÒNG TÀI CHÍNH KẾ TOÁN	Hư không dùng được	Có	13:26:51 15/10/2024	Tiếp nhận sửa chữa	đã cấp tckt lần 1 rồi chưa in phiếu xuất	Sửa Xóa Thêm
627		UPS	PHÒNG CÔNG NGHỆ THÔNG TIN	Hư không dùng được	Có	09:10:32 15/10/2024	Đã sửa xong	ubs máy chủ phòng mdf hư bình 32 bình	Sửa Xóa Thêm
626		Bảng đề nghị	PHÒNG CÔNG NGHỆ THÔNG TIN	Hư không dùng được	Có	09:02:35 15/10/2024	Bảng đề nghị	thanh nguồn ở csm 6 l6 4 cái hệ thống máy chủ	Sửa Xóa Thêm
625		UPS	PHÒNG TÀI CHÍNH KẾ TOÁN	Hư không dùng được	Có	16:38:33 14/10/2024	Đã chuyển tổ mua sắm	hư bình điện (của tháo)	Sửa Xóa Thêm

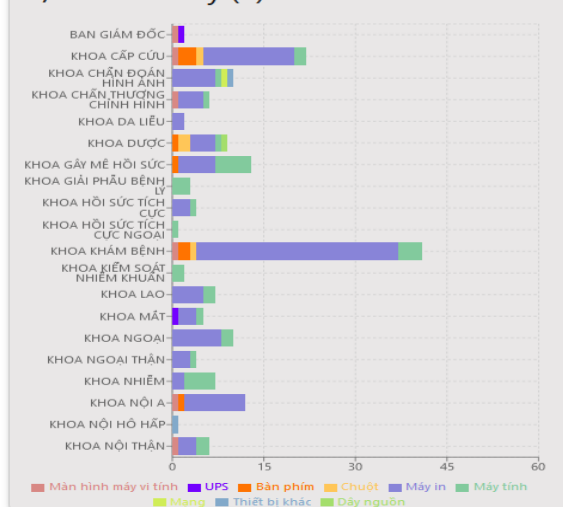
Các biểu đồ, thống kê sửa chữa

704

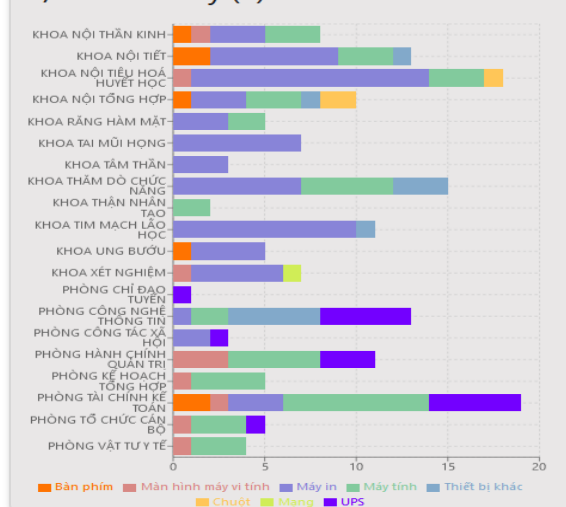
Biểu đồ thể hiện số lượt sửa chữa của từng khoa/phòng trong tháng 10



Biểu đồ thể hiện lượt sửa chữa từ 04/2024 tới nay (1)



Biểu đồ thể hiện lượt sửa chữa từ 04/2024 tới nay (2)



Tích hợp hệ thống báo cáo và cảnh báo:

Phần mềm sẽ tự động tổng hợp các báo cáo định kỳ về tình trạng thiết bị, số lần sửa chữa, thời gian hoàn thành, giúp ban quản lý đánh giá hiệu quả công tác bảo trì và sử dụng thiết bị.

Tích hợp cảnh báo tự động khi thiết bị cần được bảo trì hoặc khi thiết bị gặp sự cố.

PHẦN KẾT LUẬN

I. Ý nghĩa, phạm vi áp dụng của sáng kiến

Ý nghĩa: Sáng kiến giúp tối ưu hóa quy trình quản lý, bảo trì và sửa chữa thiết bị công nghệ thông tin tại bệnh viện, từ đó đảm bảo hoạt động thông suốt của các hệ thống hỗ trợ bệnh viện, nâng cao chất lượng dịch vụ.

Phạm vi áp dụng: Phần mềm có thể áp dụng rộng rãi tại các bệnh viện, trung tâm y tế, phòng khám có sử dụng nhiều thiết bị công nghệ thông tin như máy in, máy tính, UPS, giúp đảm bảo tính liên tục của các dịch vụ và quy trình vận hành.

II. Những kiến nghị đề xuất

Đầu tư cơ sở hạ tầng: Cần trang bị các hệ thống máy tính, thiết bị mạng đủ mạnh để triển khai phần mềm một cách hiệu quả.

Đào tạo nhân sự: Tổ chức các buổi đào tạo cho đội ngũ kỹ thuật viên và nhân viên quản lý để họ làm quen với quy trình mới, giúp nâng cao hiệu quả quản lý thiết bị.

SỬ DỤNG TỐI ĐA KHÍ OXY HÓA LỎNG

Nguyễn Quang Trình

PHẦN MỞ ĐẦU

Lý do chọn sáng kiến

Đặt điểm của Oxy dạng lỏng được chứa trong bồn chứa Oxy hóa lỏng là tự hóa hơi thành dạng khí và tạo áp suất lên bồn chứa. Đến thời điểm đạt áp suất cao, vượt ngưỡng an toàn thì phải buộc xả bớt khí Oxy này ra ngoài môi trường nhằm làm giảm áp suất lên bồn chứa Oxy hóa lỏng với mục tiêu là an toàn cho bồn chứa Oxy hóa lỏng. Từ đó gây hao hụt khí Oxy trong quá trình lưu trữ và sử dụng.

Việc tận dụng tối đa khí Oxy phải xả bớt ra môi trường này để đưa vào hệ thống khí Oxy trung tâm để tiếp tục sử dụng là việc làm cần thiết nhằm tránh lãng phí khí Oxy y tế, và tiết kiệm chi phí mua Oxy y tế.

Điểm mới của sáng kiến

Hiệu quả kinh tế

Sử dụng tối đa khí Oxy hóa lỏng trong quá trình lưu trữ và sử dụng.

Giảm chi phí mua khí Oxy hóa lỏng để sử dụng trong Bệnh viện.

Hiệu quả xã hội

Giảm nguy cơ cháy nổ khi áp dụng sáng kiến vì đã hạn chế tối đa việc xả khí Oxy ra ngoài môi trường bên ngoài (*Khí oxy, là khí không cháy, nhưng khi có một nguồn gây cháy và nhiên liệu, chúng có thể tác động và làm tăng nhanh sự cháy một cách mãnh liệt*).

Nâng cao ý thức cho nhân viên vận hành về việc thực hành tiết kiệm, chống lãng phí.

PHẦN NỘI DUNG

Thực trạng vấn đề mà sáng kiến cần giải quyết

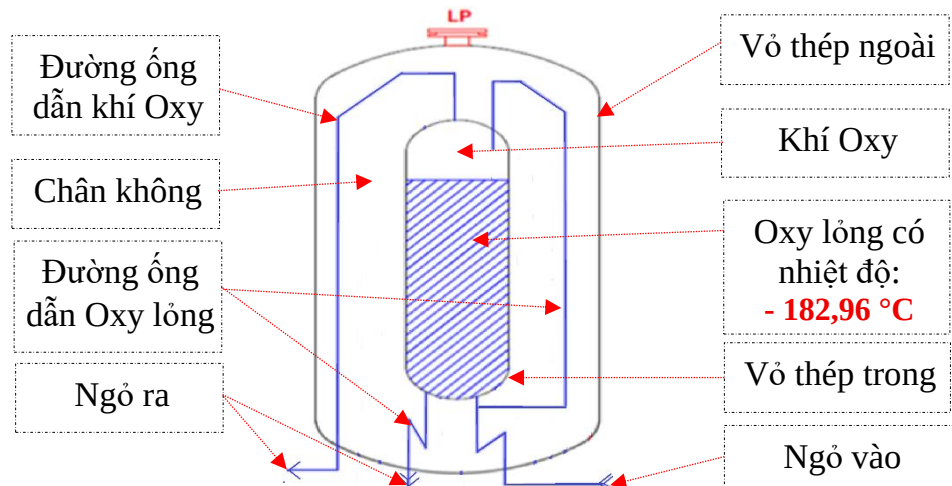
Hiện nay, Bệnh viện đang sử dụng các bồn chứa Oxy hóa lỏng để lưu trữ và cung cấp khí Oxy y tế sử dụng cho bệnh nhân.

Bồn chứa Oxy hóa lỏng được sản xuất từ nguyên vật liệu thép không gỉ cả vỏ bên ngoài lẫn vỏ bên trong. Cấu tạo bởi 2 lớp vỏ được lồng vào nhau, còn giữa được hút chân không và cách nhiệt để nhằm mục đích đảm bảo nhiệt độ bên trong luôn được ổn định. Nhiệt độ vỏ bên trong là $-182,96^{\circ}\text{C}$, đây là nhiệt độ hóa lỏng của Oxy, nếu cao hơn nhiệt độ này thì Oxy lỏng sẽ hóa hơi. Tuy nhiên việc cách nhiệt để giữ độ lạnh trong bồn chứa Oxy hóa lỏng không hoàn toàn tuyệt đối, nhiệt độ tăng dần nên Oxy hóa lỏng sẽ tự hóa hơi một phần.

Phần Oxy hóa lỏng sau khi tự hóa hơi sẽ tích tụ dần và sẽ gây áp suất cao lên bồn chứa Oxy hóa lỏng, làm ảnh hưởng xấu đến bồn chứa Oxy hóa lỏng. Vì vậy phải định kỳ xả bỏ phần Oxy hóa hơi này ra môi trường bên ngoài, dẫn đến thất thoát khí Oxy, gây lãng phí.

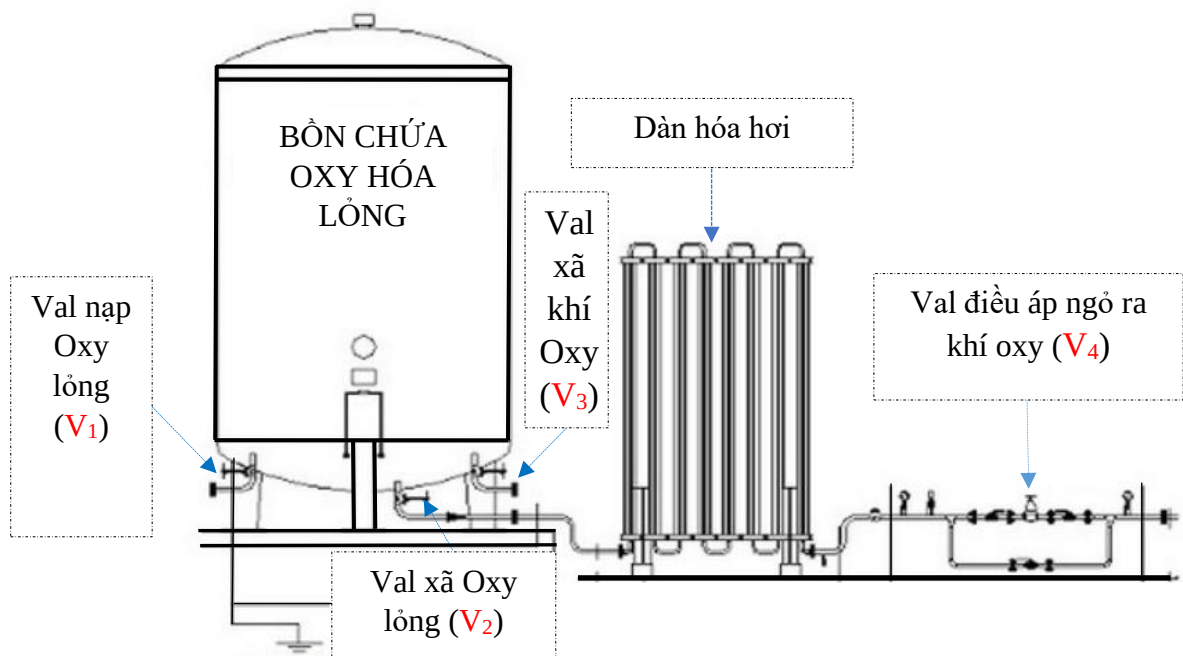
Nội dung sáng kiến

Cấu tạo bồn chứa Oxy hóa lỏng:



Hình 1: Cấu tạo bồn chứa Oxy hóa lỏng

Sơ đồ hệ thống khí Oxy lỏng:



Hình 2: Cấu tạo hệ thống khí Oxy hóa lỏng

Nguyên lý hoạt động của hệ thống khí Oxy hóa lỏng

Oxy dạng lỏng từ nhà máy sản xuất được vận chuyển đến Bệnh viện bằng xe bồn chứa Oxy lỏng chuyên dụng, sau đó được nạp qua Val nạp Oxy lỏng (V_1) để vào bồn chứa oxy hóa lỏng của bệnh viện.

Thông qua Val xả Oxy lỏng (V_2), Oxy lỏng từ bồn chứa Oxy lỏng được đẩy qua dàn hóa hơi để chuyển oxy lỏng thành Oxy dạng khí.

Oxy dạng khí này sẽ tiếp tục qua Val điều áp ngõ ra (V_4) để được áp suất ổn định, sau đó khí Oxy này sẽ vào hệ thống đường ống khí y tế âm tường của Bệnh viện để tới các bệnh nhân khi có nhu cầu thở Oxy y tế.

Đặt điểm của Oxy dạng lỏng sẽ tự hóa hơi thành khí và tạo áp suất lên bồn chứa, khi áp suất cao vượt ngưỡng an toàn ($\geq 10\text{ bar}$) hoặc trong quá trình nạp Oxy lỏng, thì mở Val (V_3) để xả bớt khí Oxy với mục tiêu làm giảm áp suất về mức an toàn ($05-10\text{ bar}$).

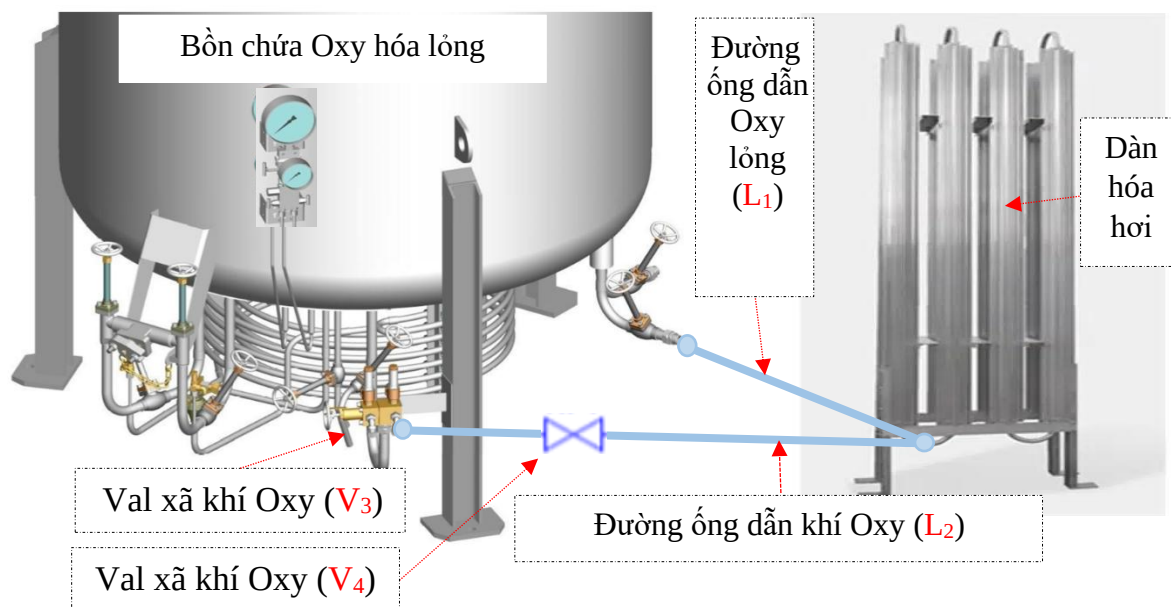
Nội dung thực hiện

Thiết kế thêm đường ống dẫn khí Oxy (**L₂**) và Val xả khí Oxy (**V₄**) để tận dụng tối đa khí Oxy y tế.

Đường Ống dẫn khí Oxy (**L₂**): Đường dẫn khí Oxy với công dụng là dẫn khí Oxy áp lực cao từ bồn chứa Oxy hóa lỏng sang dàn hóa hơi.

Val xả khí Oxy (**V₄**): Val xả khí Oxy với công dụng đóng/mở dòng khí Oxy áp lực cao từ bồn chứa Oxy hóa lỏng sang dàn hóa hơi.

Hình 3: Sơ đồ thiết kế đường ống dẫn khí Oxy (L₂**) và val xả khí Oxy (**V₄**)**



Trước đây, khi áp lực trong bồn chứa Oxy hóa lỏng gần vượt ngưỡng an toàn ($\geq 10 \text{ bar}$) hoặc trong quá trình nạp Oxy lỏng thì cần phải xả bớt khí Oxy trong bồn ra môi trường bên ngoài bằng Val xả khí Oxy (**V₃**). Cách làm này gây thất thoát một phần khí Oxy vì đưa trực tiếp khí Oxy trong bồn chứa ra môi trường bên ngoài.

Sau khi thiết kế thêm đường ống dẫn khí Oxy (**L₂**) và val xả khí Oxy (**V₄**). Khi áp lực trong bồn gần vượt ngưỡng an toàn ($\geq 10 \text{ bar}$) hoặc trong quá trình nạp Oxy lỏng thì cần phải xả bớt khí Oxy trong bồn bằng Val xả khí Oxy (**V₄**), khí Oxy áp lực cao từ bồn chứa Oxy hóa lỏng sẽ qua Đường ống dẫn khí Oxy (**L₂**) vào dàn hóa hơi để tiếp tục sử dụng cho bệnh viện. Cách làm này sẽ tối ưu vì đã tận dụng tối đa khí Oxy, không gây thất thoát khí Oxy.

PHẦN KẾT LUẬN

Ý nghĩa và phạm vi áp dụng của sáng kiến

Đường ống dẫn khí Oxy (**L₂**): Ống nhẹ, bền, linh hoạt, chống xói mòn, chịu mài mòn, chịu thời tiết, axit, kiềm nỏ, chịu áp suất cao ($\geq 30 \text{ bar}$) và dễ uốn cong. Rất an toàn trong quá trình sử dụng

Val xả khí Oxy (**V₄**): Là một loại van bi được chế tạo bằng vật liệu thép không gỉ như phần thân van bi inox được làm bằng inox 304, 316 và bi inox được làm từ inox 316 chống gỉ sét và chịu được áp suất cao ($\geq 100 \text{ bar}$) và rất an toàn trong quá trình sử dụng.

Khí Oxy được tận dụng này, trước đây bắt buộc phải xả bỏ ra môi trường bên ngoài khi áp suất vượt ngưỡng an toàn, nay được tận dụng là loại khí từ Oxy dạng lỏng tự hóa hơi thành Oxy dạng khí. Khí Oxy này tuyệt đối an toàn trong quá trình sử dụng cho bệnh nhân.

Trước đây, Bệnh viện có 03 bồn chứa Oxy hóa lỏng, để giữ được áp suất trong các bồn chứa Oxy hóa lỏng này ở mức an toàn và giảm áp trong quá trình nạp Oxy lỏng, hàng tháng bắt buộc phải xả bỏ khí Oxy này ra ngoài môi trường trung bình 280.000 lít khí Oxy (trị giá khoảng 1.400.000 VNĐ).

Sau khi thiết kế thêm đường ống dẫn khí Oxy (**L₂**) và val xả khí Oxy (**V₄**) thì việc xả bỏ khí Oxy này ra ngoài môi trường như trên không còn nữa, tiết kiệm khoảng 1.400.000 VNĐ/ tháng. Hiện nay, Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang đang sử dụng 03 bồn chứa Oxy hóa lỏng để lưu trữ và cung cấp khí Oxy y tế sử dụng cho bệnh nhân. Sáng kiến này giúp tiết kiệm được một khoảng chi phí mua sắm khí oxy hóa lỏng hàng tháng khoảng 1.400.000 VNĐ.

Những kiến nghị, đề xuất

Với sáng kiến này, hiện vẫn phải vận hành bằng tay, thủ công. Trong thời gian tới, bệnh viện sẽ lắp thêm các bộ Val xả khí Oxy tự động để hệ thống vận hành hoàn toàn tự động.

SÁNG KIẾN THAY THỂ NÚM XOAY CÀI ĐẶT THÔNG SỐ MÁY BƠM TIÊM ĐIỆN HIỆU TERUMO

Nguyễn Phước Thiện

PHẦN MỞ ĐẦU

I.Lý do chọn sáng kiến

Trước đây, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang được trang bị nhiều máy bơm tiêm điện hiệu Terumo từ các nguồn ngân sách, viện trợ, chương trình chống dịch Covid 19.

Bơm tiêm điện là một loại máy bơm tiêm giúp tiêm cho bệnh nhân theo liều lượng, tốc độ đã được điều chỉnh và cài đặt nhiều thông số khác nhau được cài đặt trên máy để đạt được sự chính xác cao nhất. Bơm tiêm điện giúp truyền dịch, truyền thuốc tiêm cho bệnh nhân mà bác sỹ không cần trực tiếp thao tác và có thể chăm sóc nhiều bệnh nhân hơn.

Việc thiết kế Núm xoay cài đặt thông số với những linh kiện sẵn có, rẽ tiền trên thị trường để thay thế cho các núm xoay theo máy là rất cần thiết.

II.Điểm mới của sáng kiến

Hiệu quả kinh tế

Trước đây chi phí mua núm xoay cài đặt thông số với giá 850.000 đồng/cái, hiện nay chi phí thiết kế và tạo 01 núm xoay cài đặt thông số với giá 59.000 đồng/cái, tiết kiệm gần 790.000 đồng/cái.

Hiện tại, đã thay thế núm xoay cài đặt thông số cho máy bơm tiêm điện Terumo của các khoa: ICU, SICU, TH-HH, TMLH ...

Hiệu quả xã hội

Giảm thời gian thay thế kịp thời núm xoay cài đặt thông số cho các máy bơm tiêm điện Terumo bị mất núm xoay, kịp thời có máy để phục vụ bệnh nhân.

Nâng cao ý thức cho nhân viên kỹ thuật thiết bị y tế về việc sáng kiến cải tiến, thực hành tiết kiệm, chống lãng phí.

PHẦN NỘI DUNG

Thực trạng vấn đề mà sáng kiến cần giải quyết:

Sau khoảng thời gian sử dụng thì Núm xoay cài đặt thông số của Bơm tiêm hiệu Terumo thường hay rớt, thất lạc trong quá trình sử dụng. Trường hợp liên hệ công ty cung cấp để mua sắm thì rất mất nhiều thời gian và chi phí để mua Núm xoay khác thay thế.

Thay thế Núm xoay cài đặt thông số của Máy bơm tiêm điện hiệu Terumo kịp thời với chi phí thấp.

Nội dung sáng kiến:

Giới thiệu máy bơm tiêm điện terumo:

Bơm tiêm điện Terumo; Model: TE-SS830; Hãng: Terumo Corporation; Xuất xứ: Nhật Bản. Thiết bị này được sử dụng trong các cơ sở y tế: hồi sức cấp cứu, phòng mổ, các khoa chăm sóc đặc biệt, khoa điều trị tim mạch và nhiều phòng khoa khác. Chức năng của thiết bị này là dùng để đưa một lượng thuốc nhỏ vào cơ thể bệnh nhân với độ chính xác cao. Tốc độ tiêm (mL/h) có thể tự động được tính toán dựa trên đơn vị đặt liều $\mu\text{g/kg/phút}$, mg/kg/h . Màn hình màu LCD 4,3 inch hiển thị rõ ràng. Hiển thị dung lượng ắc quy với 5 vạch giúp người sử dụng dễ quan sát. Có đèn hoạt động báo sáng giúp dễ dàng nhận biết tình trạng máy đang hoạt động, ngừng hoạt động, các cảnh báo hay đang ở chế độ chờ. Thiết kế gọn nhẹ, dễ bảo trì, vệ sinh máy. Có hai nguồn điện cung cấp: nguồn điện lưới AC và ắc quy bên trong máy.



Hình 1: Bơm tiêm điện Terumo

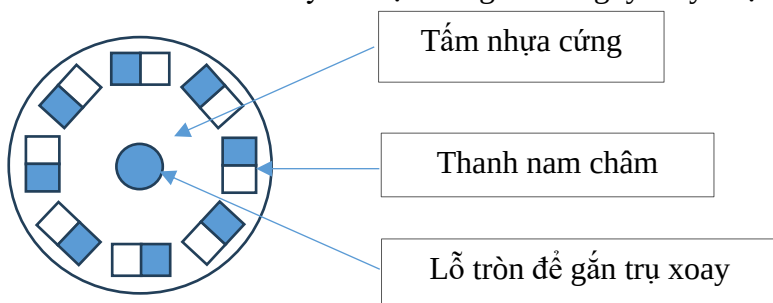


Hình 2: Nút xoay cài đặt thông số

Nút xoay cài đặt thông số:

Nút xoay cài đặt thông số dùng để điều chỉnh giá trị các thông số cần cài đặt: Tốc độ, lưu lượng, thể tích, chọn nhân bơm tiêm,... với thao tác vô cùng đơn giản và tiện lợi

Sơ đồ thiết kế nút xoay cài đặt thông số và nguyên lý hoạt động



Hình 3: Cấu tạo nút xoay cài đặt thông số

Nút xoay cài đặt thông số được làm từ nhựa cứng, trên đó có gắn các thanh nam châm và cố định các thanh nam châm này bằng keo AB như hình 3.

Khi xoay nút này sẽ tạo ra từ trường thay đổi, từ trường này tác động lên cảm biến từ trên thân máy sẽ tạo ra tín hiệu điều khiển nhằm thay đổi các giá trị cần cài đặt theo chỉ định của bác sĩ.

Chi phí thực hiện

Chi phí thiết kế và tạo 01 nút xoay cài đặt thông số cho 01 máy Bơm tiêm điện Terumo như sau:

STT	NỘI DUNG	ĐVT	SL	ĐƠN GIÁ (VNĐ)	THÀNH TIỀN (VNĐ)
1	Thanh nam châm	Cái	08	3.000	24.000
2	Keo dán AB	Cái	01	15.000	15.000
2	Mún xoay bằng nhựa	Cái	01	20.000	20.000
Tổng cộng					59.000

PHẦN KẾT LUẬN

Ý nghĩa và phạm vi áp dụng của sáng kiến

Số lượng bơm tiêm hiệu Terumo tại các khoa lâm sàng trong Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang hiện nay khá nhiều. Sáng kiến này giúp tiết kiệm được một khoảng chi phí mua sắm hàng năm, mỗi nút xoay cài tiến này tiết kiệm được khoảng 790.000 đồng/cái

Thay thế kịp thời núm xoay cài đặt thông số cho các máy bơm tiêm điện Terumo bị mất núm xoay cài đặt thông số với chi phí thấp.

Những kiến nghị, đề xuất

Trong tương lai, bản thân mong muốn mở rộng sáng kiến trên để áp dụng cho các trang thiết bị khác tương tự.

.

THIẾT KẾ PHẦN MỀM ĐĂNG KÝ TÁI KHÁM VÀ ĐĂNG KÝ KHÁM BỆNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG TRÊN THIẾT BỊ KIOSK

Trần Phước Hiền

PHẦN MỞ ĐẦU

I. Lý do chọn sáng kiến

Hiện nay, ngành Y tế đang thực hiện một số nội dung trong chuyển đổi số về bệnh án điện tử, lĩnh vực AI trong chẩn đoán hình ảnh, phần mềm HIS,... Chuyển đổi số đang từng bước thâm nhập vào hệ thống, nhằm đáp ứng tốt nhu cầu khám chữa bệnh cho người dân. Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang là bệnh viện đa khoa hạng I trong tỉnh An Giang với quy mô là tuyến cuối cùng của nhiều chuyên khoa, tiếp nhận những người dân (BN) nặng của tỉnh An Giang và các địa phương khác lân cận chuyển về. Là bệnh viện lớn với gần 1200 giường bệnh nội trú, nhưng luôn trong tình trạng quá tải, nhiều khoa, phòng người dân phải hành lang. Số lượng BN ngoại trú đến khám tại khoa khám bệnh ngày càng đông, nhưng số lượng phòng khám và nhân viên y tế có hạn, do đó tình trạng quá tải thường xuyên xảy ra. Theo thống kê hàng năm, số lượng BN đến khám tại Khoa Khám chữa bệnh ngày càng tăng: năm 2022: 414.430 lượt BN, năm 2023: 562.042 lượt người dân, tăng hơn 135,62% [1]. Đặc biệt, bộ phận tiếp nhận đăng ký khám, chữa bệnh luôn trong tình trạng quá tải và không đáp ứng đủ yêu cầu phục vụ người dân hàng ngày.

Đứng trước những cơ hội, thách thức của cuộc cách mạng công nghiệp 4.0 và nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng cao của người dân, trong khi đó, Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang đang thực hiện cơ chế tự chủ về tài chính, do vậy Đảng ủy - Ban Giám đốc bệnh viện đã đặt ra câu hỏi *“Nếu không đổi mới, không năng động, sáng tạo, cải cách tìm tòi những mô hình mới, cách làm hay, sẽ nhanh chóng bị tụt hậu và không thể cạnh tranh trong thời buổi kinh tế thị trường?”*. Xuất phát từ thực tiễn đó, bệnh viện đã xác định việc ứng dụng công nghệ thông tin, sáng kiến cải tiến kỹ thuật trong hoạt động khám, chữa bệnh là yêu cầu cấp thiết để nâng cao chất lượng khám, điều trị, tăng nguồn thu, giảm chi phí, nhưng không tăng nguồn nhân lực nhằm mang lại sự hài lòng cho người dân đối với dịch vụ. Chính vì những lý do đó, tôi đã phát triển: *“Phần mềm quản lý hệ thống Kiosk thông minh đăng ký tái khám và đăng ký khám bệnh tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang”* để giải quyết những khó khăn tồn tại trên, vừa là phương pháp tối ưu cho cả bệnh viện lẫn người dân.

II. Điểm mới của sáng kiến

- Cho phép lấy số thứ tự - tự đăng kí khám bệnh cho người dân nhanh chóng : Người đến đăng kí khám bệnh, chủ động khai báo thông tin hành chính, chọn khoa phòng và lấy số thứ tự một cách nhanh chóng, không phải xếp hàng chờ đợi. Hệ thống Kios được tích hợp chức năng quét mã QR code người dân có thể tự đăng ký khám chữa bệnh bằng Căn cước công dân có gắn chip hoặc tài khoản VNeID mức 2 rút ngắn được thời gian và các bước khai báo thông tin cho các đối tượng đã đăng kí khám và chữa bệnh tại bệnh viện, chủ động lấy số và đến khoa phòng đã chọn để khám bệnh.

- Cho phép người bệnh chủ động tìm kiếm khoa phòng khám bệnh: Người bệnh tự chủ động tìm kiếm khoa phòng bệnh của mình hoặc tìm kiếm khoa phòng bệnh của người thân qua chức năng Sơ đồ bệnh viện, chỉ đường, từ đó người bệnh có thể đến các khoa phòng bệnh, khoa phòng chức năng mà không cần phải xếp hàng khu vực tiếp đón để hỏi thông tin cần biết, tiết kiệm được thời gian, chi phí tiếp đón

PHẦN NỘI DUNG

I. Thực trạng vấn đề mà sáng kiến cần giải quyết

Hiện nay, để đăng ký khám bệnh, người dân cần đến bệnh viện rất sớm để xếp hàng và nhận số thứ tự. Vì vậy, tình trạng quá tải và ùn tắc tại khu đăng ký khám của bệnh viện là diễn

biến thường nhật. Điều này ảnh hưởng tiêu cực không chỉ đến bệnh viện và bản thân người dân cũng không tránh khỏi những tác động của việc xếp hàng bốc số này. Bệnh viện bố trí Kios nhưng phần mềm chỉ thực hiện chức năng cho số người bệnh và hạn chế việc người dân có thể truy cập thông tin vào hệ thống thông qua thẻ căn cước công dân. Đồng thời, người dân không thể thông qua phần mềm đặt lịch khám bệnh cụ thể tại một phòng khám nhất định.

Phần mềm quản lý Kios hiện tại không đồng nhất với phần mềm hệ thống quản lý hồ sơ bệnh án bệnh viện. Do đó, khi người dân đến viện, bác sĩ không thể truy cập thông tin, hồ sơ bệnh án của người dân, bao gồm: lịch sử khám chữa bệnh, kết quả chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm, đơn thuốc, chế độ điều trị (nếu có) trước đó của người dân tại tất cả cơ sở y tế đã từng khám, điều trị.

II. Nội dung sáng kiến

Bước 1: Truy cập vào phần mềm đã có sẵn tại Kios

Ngày làm việc : 08/10/2024

Chọn ngày **Thoát**

Ngày Khám	Khoa Khám	Bác sĩ khám

Thông tin tiếp nhận

☒ TỰ ĐẾN KHÁM BỆNH **1** ☐ TIẾP NHẬN TÁI KHÁM

☐ Tra cứu theo CCCD **2** ☐ Tra cứu theo thẻ BHYT

☐ Tra cứu theo Barcode ☐ Tra cứu theo thẻ BIDV

Tra cứu

Thông tin bệnh nhân

Tên BN: **3** Giới tính:

Ngày sinh: Quốc tịch: Dân Tộc:

Tỉnh thành: Phường Xã:

Q/Huyện: Số nhà:

Địa chỉ:

Thông tin tái khám

Số BHYT: **5** Từ ngày: Đến ngày:

Số CCCD: ☐ Khám hồ hấp ☐ Khám Nội A

Công khám: **CHỌN CÔNG KHÁM MỚI**

Phòng khám: SL_BHYT SL_THUPHI

THÊM MỚI **TÁI KHÁM** **Xóa Tái khám** **THOÁT**

Thông tin lịch khám

Ngày TK	Khoa Khám	Số TT

THIẾT KẾ BỞI : PHÒNG CÔNG NGHỆ THÔNG TIN - KS TRẦN PHƯỚC HIỂN - SĐT: 0939 294 224

Hình 1.1: Giao diện chính của phần mềm quản lý hệ thống Kios

Bước 2:

- Nhập thông tin tiếp nhận

+ Nếu người bệnh BHYT có nơi đăng ký KCB ban đầu tại bệnh viện (89012) và đã từng khám tại bệnh viện thì check vào: tự đến khám bệnh

+ Nếu người dân có nhập viện nội trú và có hẹn tái khám tại bệnh viện thì check vào tiếp nhận tái khám

- Tiến hành tra cứu thông tin

+ Tra cứu theo CCCD: Quét mã QR Code trên CCCD của người dân

+ Tra cứu theo thẻ BHYT: Quét mã QR Code trên thẻ BHYT của người dân

+ Tra cứu theo Barcode: dùng để quét mã barcode (mã y tế của người dân)

- ### Hình 1.2: Thông tin khi tra cứu tại phần mềm

Hình 1.3: Danh sách các phòng khám

715

In

Thoát

**P. KHÁM LÃO KHOA (42 -
LẦU 1)**



PHÒNG KHÁM: 42
STT KHÁM: 24

**TÊN BN: TRẦN PHƯỚC
HIỀN**

MÃ BN: 99999999
NGÀY KHÁM: 09/10/2024

Hình 1.3: Phiếu đăng ký khám bệnh tại Kiosk

Bước 4: Bệnh nhân cầm phiếu đã in ra lên thẳng phòng khám mình chọn để khám bệnh.

PHẦN KẾT LUẬN

I. Ý nghĩa và phạm vi áp dụng của sáng kiến

Phần mềm quản lý Kios là một trong những mô hình phần mềm quan trọng hàng đầu trong việc quản lý hệ thống kios của bệnh viện, hỗ trợ công tác y tế tối ưu nhất, được bình. Trong công tác khám và chữa bệnh, việc tiếp đón đăng kí và hướng dẫn thông tin khám và chữa bệnh vừa mất thời gian, tốn nhân lực, khiến độ hài lòng của người dân không tốt

Phần mềm quản lý hệ thống Kiosk thông minh tại bệnh viện được phát triển giúp tiết kiệm thời gian, tránh xếp hàng chờ đợi và giảm thiểu sự tiếp xúc trực tiếp với nhân viên y tế, giúp giảm thiểu thời gian chờ đợi của người dân, thay vì phải đến quầy đăng ký để đăng ký khám bệnh, các kiosk được đặt tại các vị trí khác nhau trong khu vực bệnh viện để người dân sử dụng lấy số thứ tự tiếp đón, đăng ký khám, tìm kiếm thông tin tại cơ sở y tế và các dịch vụ y tế khác, người dân có thể sử dụng kiosk để đăng ký khám một cách nhanh chóng và thuận tiện hơn.

II. Những kiến nghị, đề xuất

Cải tiến phần mềm quản lý hệ thống Kios thông minh tại bệnh viện đã mang lại hiệu quả thiết thực trong việc khám bệnh và điều trị rút ngắn thời gian chờ đợi của người bệnh, tăng sự hài lòng của người bệnh. Qua đó, chứng minh cần phải tiếp tục đẩy mạnh phát triển ứng dụng công nghệ thông tin trong bệnh viện, phù hợp với xu hướng chuyển đổi số hiện nay, mang lại hiệu quả thiết thực cho cả phía bệnh viện lẫn người dân. Vì vậy, ban lãnh đạo bệnh viện cần có sự quan tâm đúng mức, chọn lựa các giải pháp phù hợp để từng bước hoàn thiện hệ thống công nghệ thông tin hiện đang có của bệnh viện, nghiên cứu xã hội hoá công nghệ thông tin và đồng thời, đảm bảo đủ nguồn lực để vận hành, duy trì và phát triển hệ thống

SÁNG KIẾN PHẦN MỀM TRA CỨU THÔNG TIN BẢO HIỂM Y TẾ THÔNG QUA CÔNG THÔNG TIN BẢO HIỂM XÃ HỘI QUỐC GIA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Trần Hoàng Thông

PHẦN MỞ ĐẦU

I. Lý do chọn sáng kiến

Đa số mọi người thường sử dụng bảo hiểm y tế (BHYT) để khám và chữa bệnh, nhưng không phải ai cũng nắm rõ được hầu hết thông tin trên thẻ bảo hiểm của mình. Thông thường khi người dân đến khám và điều trị tại bệnh viện, nhân viên sẽ sử dụng đến Ứng dụng Tra cứu BHYT – BHXH do Bảo hiểm xã hội Việt Nam phát triển. Bao gồm nhiều phương thức tra cứu như quét mã QR trên thẻ, chụp ảnh thẻ bằng camera hoặc nhập thủ công đầy đủ các thông tin như họ tên, mã BHYT và ngày sinh. Dựa vào đó, hệ thống sẽ cung cấp cho bạn các thông tin như ngày tham gia, hạn kết thúc, mức hưởng BHYT, nơi đăng ký khám chữa bệnh và thời điểm đủ 5 năm liên tục của thẻ.

Trước yêu cầu của tình hình mới, sự phát triển của kinh tế - xã hội cùng công tác chuyển đổi số trong khám, chữa bệnh. Nhằm đảm bảo quyền lợi tối ưu cho người dân khi đến khám và chữa bệnh tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang. Thực hiện theo phương châm của Ban giám đốc bệnh viện luôn phải đột phá, thay đổi công tác ứng dụng công nghệ thông tin trong cải cách thủ tục hành chính và nội dung bảo đảm quyền lợi tối ưu cho người dân luôn là vấn đề ưu tiên hàng đầu. Nhận thức được tầm quan trọng của vấn đề trên, là một nhân viên trong Tổ Công nghệ thông tin của bệnh viện, tôi đã nghiên cứu và thực hiện sáng kiến: *“Phần mềm tra cứu thông tin Bảo hiểm y tế thông qua cổng thông tin Bảo hiểm xã hội quốc gia tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang”*

II. Điểm mới của sáng kiến

Phần mềm quản lý bảo hiểm y tế được phát triển nhằm mục tiêu quản lý, tra cứu thông tin bằng thẻ BHYT hoặc qua ứng dụng VSSID: thông tin người tham gia BHYT, thông tin hành chính, thời gian sử dụng, đối tượng hưởng BHYT. Phần mềm được thiết kế với cái mục đích:

- Truy cập dữ liệu tra cứu bảo hiểm y tế thông qua cổng thông tin Bảo hiểm xã hội quốc gia
- Ứng dụng các dữ liệu thông tin truy cập lịch sử, sử dụng bảo hiểm y tế của người bệnh khi đến điều trị tại bệnh viện bằng cách quét mã QR Code trên thẻ BHYT hoặc CCCD
- Thống kê được lượt kiểm tra bảo hiểm qua thẻ BHYT, qua CCCD
- Giải quyết được 1 số vấn đề về phần cứng máy quét, bị mã hóa khi quét thẻ CCCD, khi quét trực tiếp trên phần mềm HIS FPT hoặc trên trang <https://gdbhyt.baohiemxahoi.gov.vn/> bị lỗi.
- Tăng hiệu suất cập nhật BHYT cho bệnh nhân lên chương trình FPT tại phòng Công nghệ thông tin và Kế hoạch tổng hợp sau khi bệnh đã nhập viện.
- Tăng hiệu suất kiểm tra thông tin thẻ của người bệnh khi vào viện tại quầy tiếp nhận, cấp cứu, không cần phải đăng nhập vào trang <https://gdbhyt.baohiemxahoi.gov.vn/> qua nhiều thao tác rườm rà, tốn thời gian

PHẦN NỘI DUNG

I. Thực trạng vấn đề mà sáng kiến cần giải quyết

Hiện nay, theo yêu cầu của Bảo hiểm xã hội, các hình thức tiếp nhận người bệnh khi đến khám có thể thông qua ứng dụng VSSID, Căn cước công dân có tích hợp chip hoặc tra cứu thông tin trên cổng Bảo hiểm xã hội Tuy nhiên, trình độ dân trí tại nước ta còn thấp, đặc biệt tỉnh An Giang là tỉnh nông nghiệp nên đa phần người dân ít xài điện thoại thông minh cũng như truy cập mạng xã hội. Từ đó, dẫn đến một số hạn chế khi cần truy cập thông tin hay trích xuất dữ liệu từ cổng thông tin bảo hiểm xã hội khi người dân đến bệnh viện khám và chữa bệnh. Đồng thời hệ thống tra cứu thông tin trên cổng Bảo hiểm xã hội quốc gia đôi lúc quá tải, gây ra tình trạng không truy cập được hoặc kết nối truy cập chậm, làm ảnh hưởng đáng kể công tác tiếp nhận bệnh nhân khi đến khám và điều trị tại bệnh viện

Để kịp thời theo dõi, bảo đảm đầy đủ quyền lợi bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế của người dân khi đến điều trị tại bệnh viện nếu dựa vào phần mềm tra cứu thông tin trên cổng Bảo hiểm xã hội sẽ không đáp ứng đủ. Đồng thời mặt hạn chế khi tra cứu trực tiếp bằng cách truy cập vào Cổng thông tin điện tử của BHXH Việt Nam (<https://baohiemxahoi.gov.vn/>) và sử dụng chức năng "Tra cứu trực tuyến". Các thông tin có thể được tra cứu gồm có: mã số BHXH, cơ quan BHXH, quá trình tham gia BHXH, thời gian đóng; tra cứu đơn vị tham gia BHXH, điểm thu, đại lý thu BHXH và tra cứu cơ sở khám chữa bệnh cấp giấy nghỉ việc hưởng BHXH. Thông tin tra cứu khá phức tạp và nhiều dữ liệu gây ảnh hưởng đáng kể đến thời gian và chất lượng phục vụ của người dân

II. Nội dung sáng kiến

Bước 1: Viết và tạo phần mềm kết nối dữ liệu từ API của cổng bảo hiểm xã hội cung cấp, cho phép truy xuất thông tin thẻ BHYT chính xác từ bảo hiểm xã hội.

The screenshot shows a web browser window with the address bar displaying '172.16.3.253/kt/index.html'. The page title is 'BHYT/ Kiểm tra thẻ BHYT'. The main content area has a header 'Thông Tin Thẻ BHYT hoặc CCCD' and a sub-header 'Quét Barcode hoặc Nhập Tay'. Below this, there is a 'Scan QrCode' section with a QR code and a button 'Scan QrCode ngay đây'. Underneath, there is a form for manual input with three fields: 'Số thẻ BHYT hoặc CCCD (bắt buộc khi nhập tay)' with the value '089099000999', 'Họ và tên (bắt buộc khi nhập tay)' with the value 'Hoàng Thông', and 'Năm Sinh (bắt buộc khi nhập tay)' with the value '1992'. At the bottom of the form, there are two buttons: 'Xóa Đã Nhập' and 'Kiểm Tra'.

Bước 2: Tạo server để truy cập trang web trong mạng nội bộ trong hệ thống mạng nội bộ bệnh viện sử dụng hệ điều hành. Nhân viên có thể truy cập thông tin bất cứ đâu khi kết nối mạng của bệnh viện, không cần cài thêm bất cứ phần mềm gì khác, chỉ cần truy cập trang web bằng trình duyệt có sẵn trên máy ở bệnh viện.

Thông tin thẻ

Trạng thái

2024-10-13 14:29:50 Trần Phước Hiền

Thông tin thẻ BHYT chính xác (000)

BT2898924779721

89010

BHYT

01/01/2024

31/12/2024

Nguyễn Hữu Ý

12/07/1952

Nữ

Hòa Phú 4, Thị trấn An Châu, Huyện Châu Thành, Tỉnh An Giang

Trung tâm Y tế huyện Châu Thành

Hạng 3

Tuyến 3

Ghi Chú

Thẻ còn giá trị sử dụng! Họ tên : Nguyễn Hữu Ý, Ngày sinh: 12/07/1952, Giới tính : Nữ! (ĐC: Hòa Phú 4, Thị trấn An Châu, Huyện Châu Thành, Tỉnh An Giang; Nơi KCBBĐ: 89010; Hạn thẻ: 01/01/2024 - 31/12/2024; Thời điểm đủ 5 năm liên tục: 01/11/2021).

Data Thẻ

Tiếp Nhận

In Kết Quả

Hình 1.2: Kết quả tra cứu thông tin thẻ bảo hiểm y tế trên phần mềm
PHẦN KẾT LUẬN

I. Ý nghĩa, phạm vi áp dụng của sáng kiến

Tra cứu thông tin BHYT qua phần mềm thiết kế riêng tại bệnh viện là một cách tiện lợi và nhanh chóng để nhân viên y tế có thể kiểm tra các thông tin của người dân tham gia BHXH ở mọi lúc, mọi nơi khi chỉ cần có kết nối internet với mạng nội bộ bệnh viện. Kết quả tra cứu cũng được hiển thị ngay lập tức sau khi bạn nhập đầy đủ thông tin.

Ngoài ra, thông tin tra cứu được cung cấp trực tiếp từ hệ thống của BHXH Việt Nam, đảm bảo độ tin cậy và tính bảo mật cao để bảo vệ thông tin người dân. Phần mềm còn tích hợp dữ liệu truy cập bằng cách quét mã QR code từ thẻ BHYT, CCCD hoặc thông qua ứng dụng VSSID, VNEID. Nhân viên bệnh viện có thể dễ dàng và thoải mái với việc sử dụng, đồng thời phần mềm còn tạo nên hiệu quả tiết kiệm thời gian, nâng cao chất lượng đối với công tác phục vụ điều trị người dân tại bệnh viện

II. Những kiến nghị, đề xuất

Phần mềm tra cứu thông tin Bảo hiểm y tế thông qua cổng thông tin Bảo hiểm xã hội quốc gia giúp cho nhân viên y tế có thể tra cứu thông tin về bảo hiểm y tế, lịch sử thanh toán và các chế độ đã hưởng bảo hiểm y tế của người dân. Tuy nhiên, mặt hạn chế của phần mềm là chỉ sử dụng khi truy cập vào mạng nội bộ của bệnh viện và không thể tra cứu bằng dữ liệu di

động. Vì vậy, để có thể nhân rộng tính tiện ích của phần mềm, đội ngũ tập thể phòng công nghệ thông tin nói chung và bản thân tôi nói riêng phải tiếp tục nghiên cứu , tìm hiểu nhằm phát triển phát triển tối đa hiệu quả và giá trị của phần mềm mang lại trong việc ứng dụng chuyển đổi số y tế hiện nay

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, (1997). *Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT về việc ban hành quy chế bệnh viện.*
2. Bộ Y tế, (2001). *Quy chế bệnh viện.* Nhà xuất bản Y học.
3. Bảo hiểm xã hội Việt Nam. <https://baohiemxahoi.gov.vn/tracuu/Pages/tra-cuu-thoi-han-su-dung-the-bhyt.aspx>.
4. Bộ Y tế, (2017). *Thông tư số 54/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 về Ban hành bộ tiêu chí ứng dụng công nghệ thông tin tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.*
5. Bộ Y tế, (2018). *Thông tư số 46/2018/TT-BYT ngày 28/12/2018 về Quy định hồ sơ bệnh án điện tử*

SÁNG KIẾN TRA CỨU LỊCH TRỰC VÀ TÍCH HỢP TIỆN ÍCH NHẮC NHỞ NGÀY TRỰC VÀO PHẦN MỀM GOOGLE CALENDAR TRÊN SMARTPHONE

Phan Thị Tâm Như

PHẦN MỞ ĐẦU

I. Lý do chọn sáng kiến

Hiện tại trong bệnh viện, việc tra cứu lịch trực đang thực hiện thủ công trên tờ in lịch trực mỗi tháng và phải tự nhớ ngày trực của mình, không có công cụ để tra cứu và nhắc nhở khi đến ngày trực. Bên cạnh đó, khi lãnh đạo hoặc nhân viên bệnh viện muốn kiểm tra xem ngày đó, có nhân viên nào tại phòng ban trực thì cũng sẽ thực hiện dễ dàng. Ngoài ra, nhân viên mỗi lần muốn kiểm tra xem ngày trực gần nhất của mình là khi nào phải tra cứu tay trên tờ lịch trực.

II. Điểm mới của sáng kiến

Tra cứu thông tin trực đa dạng và linh hoạt: Tra cứu lịch trực của nhân viên theo từng khoa hoặc phòng ban vào ngày cụ thể. Tra cứu lịch trực của toàn bộ một khoa phòng theo từng tháng. Tra cứu danh sách toàn bộ nhân viên đang trực tại bệnh viện theo ngày cụ thể.

Thông tin chính xác và dễ sử dụng: Do đồng bộ với dữ liệu chấm công trên phần mềm FPT nên thông tin sẽ chính xác theo cập nhật của từng khoa phòng hàng ngày.

Nhắc nhở khi đến ngày trực: tự động nhắc nhở trên smartphone khi đến ngày trực.

PHẦN NỘI DUNG

I. Thực trạng vấn đề mà sáng kiến cần giải quyết

- Nhân viên đôi khi không nhớ được ngày trực trong tháng vì quá nhiều thông tin
- Khó khăn trong việc tìm kiếm thông tin về nhân sự trực tại khoa/phòng nào đó trong Bệnh viện để liên hệ hỗ trợ công việc.
- Mất thời gian trong việc tìm kiếm thông tin trực thủ công bằng cách dò trên tờ Lịch trực.

II. Nội dung sáng kiến

1. Phối hợp phòng Công nghệ thông tin hỗ trợ, xây dựng phần mềm chạy trên nền website tra cứu lịch trực dựa trên ý tưởng ban đầu

Phần mềm sẽ bao gồm các tính năng sau:

- Tra cứu lịch trực theo ngày của từng khoa phòng
- Tra cứu lịch trực theo tháng của từng khoa phòng
- Thêm lời nhắc đến ngày trực vào Google Calendar cho lịch trực cả tháng.

Quy trình triển khai

Bước 1: Viết câu truy vấn SQL để trích xuất dữ liệu từ cơ sở dữ liệu của bệnh viện.

Bước 2: Tạo một máy chủ dựa trên câu truy vấn đó để cung cấp API trả về dữ liệu.

Bước 3: API này có thể được sử dụng để tạo trang web hiển thị lịch làm việc theo tháng, ngày và theo khoa/phòng. Bổ sung tính năng xuất file để nhập vào Google Calendar...

Form để người dùng thực hiện tra cứu theo ngày

LỊCH TRỰC BỆNH VIỆN

Chọn Ngày

15/07/2024

Chọn Khoa

KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC

Tra cứu

Tên Nhân Viên Trực	Phòng Ban	Chức Danh	SĐT
Phan Đình Dự	KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC	Bác Sĩ	1000
Võ Đình Nguyễn	KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC	Bác Sĩ	1000
Nguyễn Huỳnh Bích Phượng	KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC	BS.CKII	1000
Nguyễn Thị Thu Hà	KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC	Cao đẳng Điều Dưỡng	1000
Lý Văn Khánh	KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC	Cao đẳng Điều Dưỡng	1000
Phạm Thị Thảo Nghi	KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC	Cao đẳng Điều Dưỡng	1000
Trần Thị Thanh Thảo	KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC	Cử nhân Điều Dưỡng	1000
Nguyễn Thị Kim Phượng	KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC	Điều Dưỡng	1000
Đoàn Thị Thu Trang	KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC	Điều Dưỡng Tổng Hợp	1000
Đào Hữu Trí	KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC	Điều Dưỡng Tổng Hợp	1000
Trần Thị Úc Châu	KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC	Hộ Lý	1000
Lý Minh Hiếu	KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC	Trung cấp Điều Dưỡng	1000
Nguyễn Thị Hạnh	KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC	Y sĩ	1000
Lý Băng Tâm	KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC	Y Tá	1000

Form để người dùng thực hiện tra cứu theo tháng

LỊCH TRỰC THEO THÁNG

KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC

07

2024

Tên Nhân Viên

Search

Thêm Tất Cả Vào Lịch

Today

Back

Next

July 2024

Month

Week

Day

Agenda

Sun	Mon	Tue	Wed	Thu	Fri	Sat
30	01	02	03	04	05	06
	Nguyễn Thị Kim Ngân +13 more	Nguyễn Thị Thu Cúc +12 more	Lý Băng Tâm +13 more	Vân Thị Thu Xương +11 more	Nguyễn Trường Toàn +13 more	Nguyễn Thị Thu Cúc +12 more
07	08	09	10	11	12	13
Trần Thị Thanh Thảo +13 more	Vân Thị Thu Xương +13 more	Trần Thị Úc Châu +13 more	Nguyễn Thị Thu Cúc +12 more	Trần Thị Thanh Thảo +13 more	Vân Thị Thu Xương +13 more	Nguyễn Trường Toàn +13 more
14	15	16	17	18	19	20
Nguyễn Thị Thu Cúc +12 more	Trần Thị Thanh Thảo +13 more	Vân Thị Thu Xương +13 more	Lê Ngọc Trường Giang +12 more	Nguyễn Thị Thu Cúc +10 more	Trần Thị Thanh Thảo +12 more	Vân Thị Thu Xương +12 more
21	22	23	24	25	26	27
Trần Thị Úc Châu +13 more						
28	29	30	31	01	02	03

LỊCH TRỰC THEO THÁNG			
KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC		07	2024
Tên Nhân Viên		Search	Thêm Tất Cả Vào Lịch
Today	Back	Next	07/01/2024 – 07/31/2024
		Month	Week
		Day	Agenda
Date	Time	Event	
Mon Jul 01	7:00 am	Nguyễn Thị Kim Ngân	
	7:00 am	Lê Ngọc Trường Giang	
	7:00 am	Lê Duyệt Hoàng Mai	
	7:00 am	Huỳnh Trung Nghĩa	
	7:00 am	Nguyễn Trường Toàn	
	7:00 am	Trần Thị Kim Loan	
	7:00 am	Đặng Nguyễn Thành Phong	
	7:00 am	Nguyễn Thiện Tánh	
	7:00 am	Bùi Thị Thủy Trang	
	7:00 am	Quách Thị Bé Bảy	
	7:00 am	Phạm Anh Tuấn	
	7:00 am	Phù Kỳ Thạnh	

Thêm lời nhắc đến ngày trực vào Google Calendar cho lịch trực cả tháng.

Đăng Quang Lãm Trực

Phòng Ban PHÒNG CÔNG NGHỆ THÔNG TIN

Thứ Hai, ngày 15 thg 7, 2024
 từ 07:00 đến 08:00

06:00
07:00
08:00
09:00

Lịch

phanbao0106@gmail.com

Cảnh báo
 Trước 30 phút

Ghi chú

Lịch trực của Đặng Quang Lãm tại PHÒNG CÔNG NGHỆ THÔNG TIN

PHẦN KẾT LUẬN

I. Ý nghĩa, phạm vi áp dụng của sáng kiến

Ý nghĩa: Sáng kiến giúp nhân viên chủ động nắm bắt thông tin, tra cứu dễ dàng ngày trực của mình, bên cạnh đó cũng sẽ giảm đi việc ghi nhớ ngày trực thông qua đặt lịch nhắc nhở trên Google Calendar.

Phạm vi áp dụng: Có thể áp dụng rộng rãi trong bất kỳ bệnh viện, cơ quan y tế nào có sử dụng hệ thống chấm công trên phần mềm.

II. Những kiến nghị đề xuất

Dữ liệu vẫn còn thiếu sự đồng bộ với khoa phòng. Hiện nay, một số khoa phòng chấm công trực vào cuối tháng nên dữ liệu thời gian thực từ FPT bị thiếu.

Khoa phòng sẽ thực hiện phân công trực thông qua tính năng Chấm công trên phần mềm FPT vào đầu tháng sau đó in phân công trực gửi phòng Kế hoạch tổng hợp thay vì phân công thủ

công trên file excel, từ cơ sở đó, phần mềm tra cứu lịch trực mới tương tác với cơ sở dữ liệu của FPT và cung cấp được thông tin trực một cách chính xác và đầy đủ.

ỨNG DỤNG CHƯƠNG TRÌNH QUẢN LÝ XE TRONG CÔNG TÁC LẬP BÁO CÁO XE CHUYỂN BỆNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Nguyễn Thị Hồng Hạnh

PHẦN MỞ ĐẦU

I. Lý do chọn sáng kiến

Hiện nay, công tác lập báo cáo trong công việc đang được khá nhiều người quan tâm, đặc biệt trong môi trường làm việc phức tạp, đòi hỏi các báo cáo phải rõ ràng và được thực hiện một cách nhanh chóng nhất. Quản lý và theo dõi tiến độ công việc đóng vai trò nòng cốt đối với mỗi doanh nghiệp. Tuy nhiên phải làm gì khi khối lượng công việc ngày càng tăng lên và các hình thức quản lý và báo cáo thủ công không thể đáp ứng nhu cầu của doanh nghiệp. Báo cáo công việc là một tài liệu thể hiện kết quả, cách thức làm việc, tiến độ công việc và cung cấp bản tóm tắt cùng các ghi chú liên quan đến các vấn đề công việc của một cá nhân, đội nhóm, phòng ban hoặc doanh nghiệp.

Công việc báo cáo này tưởng chừng như đơn giản nhưng lại làm khó rất nhiều người. Đặc biệt với môi trường làm việc phức tạp như ở Bệnh viện, có rất nhiều khoa phòng, nên công tác lập báo cáo càng phức tạp hơn. Hiện tại, Phòng Hành Chánh Quản Trị chúng tôi đang quản lý tất cả xe chuyển bệnh của Bệnh viện và mỗi ngày xe chuyển rất nhiều ca bệnh. Mỗi tháng phải tổng hợp lại tất cả các ca chuyển bệnh cũng như lập báo cáo thanh toán tiền cho các tài xế, điều dưỡng và bác sĩ đi chuyển bệnh. Chính vì thế, chúng tôi phải tìm cách để rút ngắn thời gian cũng như đơn giản hóa công tác lập báo cáo giúp công việc được thực hiện nhanh chóng và mang lại hiệu quả cao.

Nhằm nâng cao hiệu quả của công tác lập báo cáo, chúng tôi đề ra sáng kiến “Ứng dụng chương trình quản lý xe trong công tác lập báo cáo xe chuyển bệnh” tại phòng Hành chánh quản trị - Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang làm chủ đề nghiên cứu.

II. Điểm mới của sáng kiến

Từ tháng 6 năm 2018, Tổ thâu thành lập và bắt đầu tiếp nhận công tác điều xe, lập báo cáo từ P. KHTH. Trong giai đoạn đó, quy trình điều xe, lập báo cáo được thực hiện theo quy trình cũ đang thực hiện trước đó. Trong quá trình điều xe, người phụ trách sẽ nhập tất cả thông tin chuyển viện vào file excel và dùng công thức tính ra số tiền thanh toán cho đội ngũ chuyển viện. Tuy nhiên, quá trình lập báo cáo diễn ra khá lâu và nhiều công đoạn, bên cạnh đó, các báo cáo dễ sai sót do tính sai công thức. Bên cạnh đó, dữ liệu chỉ lưu trữ ở cá nhân người lập, người phụ trách quản lý khó theo dõi tiến độ công việc.

Sau quá trình tổng hợp báo cáo diễn ra khá phức tạp và dễ dẫn đến sai sót do công thức sai, và báo cáo chậm tiến độ, báo cáo bị sai phải trình ký lại mất thời gian. Chính vì vậy, đầu năm 2020 bộ phận điều xe đã lên ý tưởng tạo chương trình Quản lý xe. Chương trình này được lên ý tưởng và thiết kế để phục vụ cho công tác báo cáo của mình. Tất cả thông tin sẽ được nhập vào chương trình, sau mỗi tháng người phụ trách sẽ xuất file ra từ chương trình đã nhập.

PHẦN NỘI DUNG

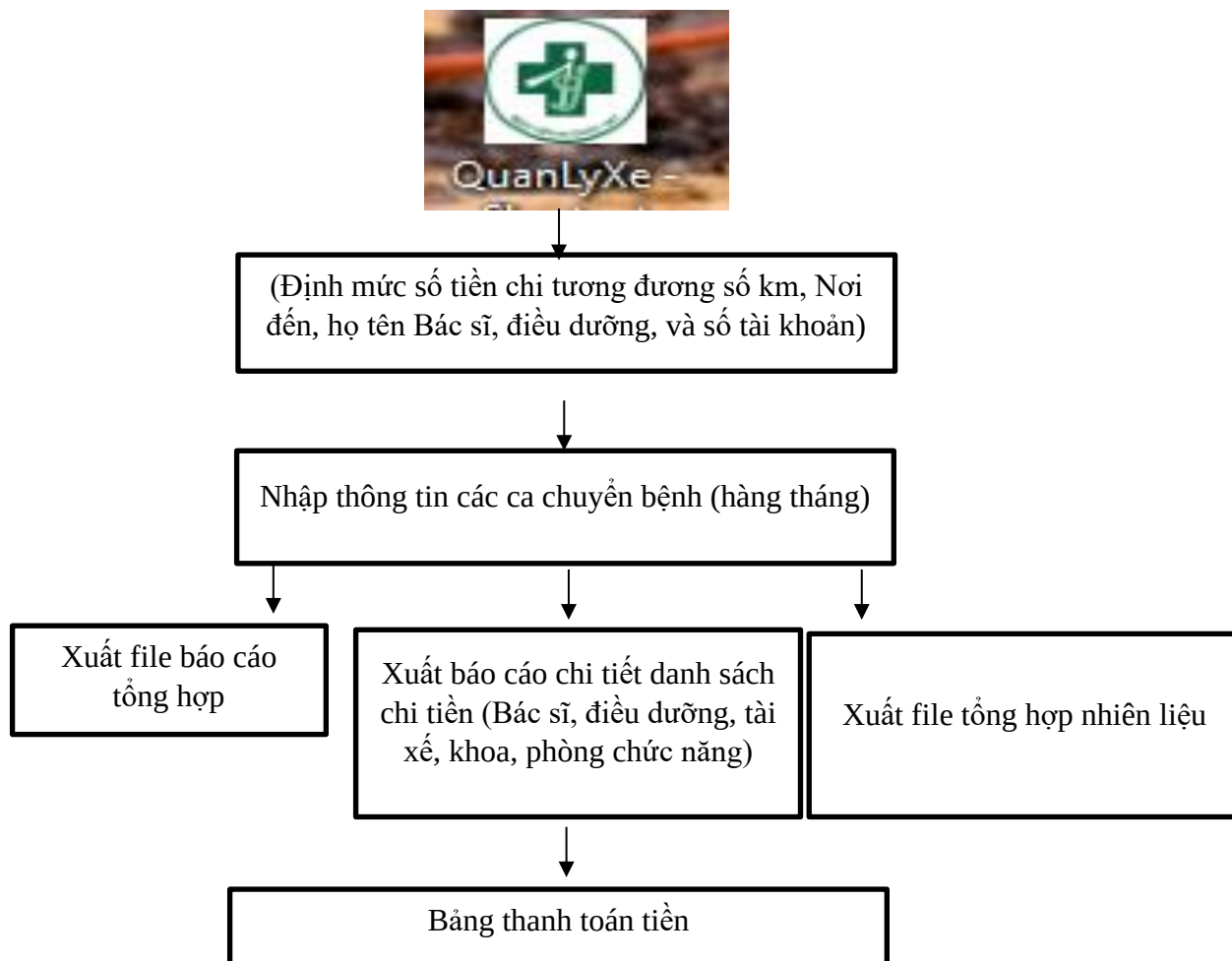
I. Thực trạng vấn đề mà sáng kiến cần giải quyết

Trong những năm tổ thâu mới thành lập, công tác điều xe được chuyển từ phòng KHTH qua, phòng Hành chánh quản trị cũng đã tích cực tiếp nhận công tác điều xe và thực hiện theo quy trình trước đây. Tuy nhiên, sau thời gian lập báo cáo gặp nhiều sai sót, báo cáo chậm tiến độ cũng như tốn nhiều thời gian bỏ ra gây khó khăn cho người lập báo cáo cũng như người quản lý. Một báo cáo thanh toán tiền xe cho các điều dưỡng, tài xế phải mất tầm 5 đến 7 ngày do phải thực hiện nhiều thao tác và các bước thực hiện cũng khá phức tạp.

Bên cạnh đó, khả năng lưu trữ dữ liệu ngắn, rất dễ bị mất khi máy tính gặp sự cố do không lưu trữ đồng bộ tập trung. Việc để dữ liệu ở nhiều nơi sẽ gây khó khăn trong việc tổng hợp, quản lý. Hơn nữa, chúng ta khó có thể đối chiếu kiểm tra số liệu để xác định những sai sót có thể phát sinh trong quá trình thống kê báo cáo.

Để khắc phục những khó khăn trên, phòng Hành chánh quản trị đã lập ra chương trình Quản lý xe trong công tác lập báo cáo xe chuyển bệnh để công việc thực hiện mang lại hiệu quả cao hơn.

II. Nội dung sáng kiến



Sơ đồ 1. Quy trình lập báo cáo áp dụng chương trình Quản lý xe Các thông tin được trích xuất ra từ chương trình Quản lý xe:

Hình 1. Thông tin nhân viên chuyển bệnh

The screenshot shows the 'THÔNG TIN NHÂN VIÊN' window with a menu bar (HỆ THỐNG, XE DỊCH VỤ, XE CÔNG) and a toolbar with icons for Logout, Manage, and various reports. The main area displays a table of employee information with columns for ID, Name, Type, and Account Number. The table is filtered by 'TẤT CẢ' (All).

	HỌ TÊN	LOẠI	SỐ TÀI KHOẢN
78	DƯƠNG THỊ THU CÚC	Bác Sĩ	-1
79	NGÔ VƯƠNG MỸ NHÂN	Bác Sĩ	-1
80	MAI NGỌC HIẾU	Bác Sĩ	-1
81	NGUYỄN DUY KHÁNH	Ki Sư	-1
82	HÀ THỊ NHÚT TÂM	Cử Nhân	-1
83	BS PHẠM NGỌC TRUNG	Bác Sĩ	-1
84	BÙI NGỌC ĐĂNG KHOA	Điều Dưỡng	1028898636
85	NGUYỄN MINH TRÍ	Điều Dưỡng	1018902532

At the bottom of the window, there are three buttons: 'THÊM' (Add), 'SỬA' (Edit), and 'EXIT'.

	NGÀY ĐI	HỌ TÊN	SỐ HỒ SƠ	NƠI ĐẾN	SỐ TIỀN	SỐ BIÊN LẠI	TUỔI	TÀI XẾ	MÃ	KHO
1	24/09/2023	LÊ VĂN AN	58545	MỸ PHƯỚC, LX, AG	200,000	192784	0	TRƯỜNG HOÀI VINH	NOIO	KHOA C
2	24/09/2023	TRƯƠNG MINH NGỌC	0	THOẠI SƠN, AG	530,000	192827	51	Ê QUỐC THỊNH	IGEN60	KHOA C
3	24/09/2023	NGUYỄN BẢO LIỆT	192795	MỸ PHƯỚC, LX, AG	200,000	192795	52	RẦN TUẤN MINH	NOIO	KHOA B
4	24/09/2023	PHẠM THỊ BÉ	0	MỸ XUÂN	200,000	192779	1941	Ồ XUÂN DƯƠNG	NOIO	PHÒNG I
5	24/09/2023	VÕ VĂN TÂN	0	MỸ LƯƠNG VÀO B.V.	660,000	192775	1965	TRƯỜNG HOÀI VINH	IGEN60	PHÒNG I
6	24/09/2023	LÊ VĂN GIÀU	58414	BỆNH VIỆN CHỢ RẦY	3,700,000	58414	1937	RẦN TUẤN MINH	TPHCM	KHOA N
7	24/09/2023	NGUYỄN NGỌC PHƯỚC	58593	BỆNH VIỆN CHỢ RẦY	3,700,000	192815	27	Ê TRI PHƯƠNG	TPHCM	KHOA C
8	24/09/2023	NGUYỄN THỊ PHIM	58557	BỆNH VIỆN BÀ KHỎA	1,800,000	192807	1944	RẦN TUẤN MINH	CANTHO	KHOA C
9	24/09/2023	PHAN THỊ CẨM LOAN	58329	BỆNH VIỆN CHỢ RẦY	3,700,000	192802	1982	Ồ XUÂN DƯƠNG	TPHCM	KHOA N
10	24/09/2023	BÀNG TRƯƠNG THUẦN	58560	BỆNH VIỆN CHỢ RẦY	3,700,000	192800	38	LẠI VĂN SĨNG	TPHCM	KHOA B

Hình 2. Danh sách nhập các ca chuyển bệnh

Hình 3. Các nội dung báo cáo được hiện rõ trên chương trình

STT	BỘ Y TẾ	TÊN BỆNH	SỐ LƯU	SỐ TIỀN	CHI C
1	1	TRƯỜNG HOÀI VINH	1	192779	1
2	2	TRƯỜNG HOÀI VINH	2	192779	2
3	3	TRƯỜNG HOÀI VINH	3	192779	3
4	4	TRƯỜNG HOÀI VINH	4	192779	4
5	5	TRƯỜNG HOÀI VINH	5	192779	5
6	6	TRƯỜNG HOÀI VINH	6	192779	6
7	7	TRƯỜNG HOÀI VINH	7	192779	7
8	8	TRƯỜNG HOÀI VINH	8	192779	8
9	9	TRƯỜNG HOÀI VINH	9	192779	9
10	10	TRƯỜNG HOÀI VINH	10	192779	10
11	11	TRƯỜNG HOÀI VINH	11	192779	11
12	12	TRƯỜNG HOÀI VINH	12	192779	12
13	13	TRƯỜNG HOÀI VINH	13	192779	13
14	14	TRƯỜNG HOÀI VINH	14	192779	14
15	15	TRƯỜNG HOÀI VINH	15	192779	15
16	16	TRƯỜNG HOÀI VINH	16	192779	16
17	17	TRƯỜNG HOÀI VINH	17	192779	17
18	18	TRƯỜNG HOÀI VINH	18	192779	18
19	19	TRƯỜNG HOÀI VINH	19	192779	19
20	20	TRƯỜNG HOÀI VINH	20	192779	20
21	21	TRƯỜNG HOÀI VINH	21	192779	21
22	22	TRƯỜNG HOÀI VINH	22	192779	22
23	23	TRƯỜNG HOÀI VINH	23	192779	23
24	24	TRƯỜNG HOÀI VINH	24	192779	24
25	25	TRƯỜNG HOÀI VINH	25	192779	25

Hình 4. Xuất file báo cáo từ chương trình đã nhập

HỆ THỐNG

XE DỊCH VỤ

XE CÔNG

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài xế

Quản lý tài

Hình 5. Quản lý chi phí nhiên liệu của các tài xế

Nhận xét: Các thao tác trên chương trình quản lý xe rất cụ thể, rõ ràng, thông tin các ca chuyển viện được nhập lên chương trình, cuối mỗi tháng nó sẽ tự xuất ra các dữ liệu chúng ta cần. Sáng kiến này từ khi áp dụng đã giúp ích rất nhiều trong công tác báo cáo điều xe của phòng lên lãnh đạo cấp trên, giúp công việc được nhanh chóng và độ chính xác cao hơn.

PHẦN KẾT LUẬN

I. Ý nghĩa, phạm vi áp dụng của sáng kiến

Tiết kiệm thời gian thực hiện công tác báo cáo.

Mục tiêu ban đầu trong quá trình lập báo cáo là hoàn thành 04 báo cáo trong vòng tối đa 5 ngày. Sau khi áp dụng chương trình Quản lý xe, thời gian đã được rút ngắn lại còn 3 ngày và hoàn thành được 05 báo cáo. Kết quả đạt được cao hơn so với mục tiêu ban đầu và thời gian hoàn thành nhanh hơn, điều này có nghĩa là chương trình mang lại hiệu quả công việc cao, tiết kiệm được thời gian.

Bên cạnh đó, thao tác thực hiện cũng nhanh hơn so với trước đây. Điều đó giúp nhân viên tiết kiệm thời gian và công sức vì ứng dụng báo cáo hiệu quả công việc hàng ngày, hàng tháng cho phép người dùng làm các báo cáo chỉ bằng một vài thao tác trên hệ thống.

Số liệu được dữ liệu qua các năm, cung cấp kịp thời thông tin cho lãnh đạo khi cần.

Hàng tháng, các số liệu về công tác chuyển bệnh phải được gửi về người phụ trách công tác báo cáo của phòng. Từ khi có ứng dụng, số liệu được cập nhật chính xác, kịp thời hơn phục vụ tốt cho công tác của phòng.

Số liệu báo cáo chính xác, đồng nhất và lưu trữ tập trung.

Việc để dữ liệu ở nhiều nơi sẽ gây khó khăn trong việc tổng hợp, quản lý. Đồng bộ liên tục dữ liệu và quản lý tập trung trên ứng dụng sẽ giúp chúng ta có các báo cáo chính xác và cập nhật theo thời gian thực hiện. Chương trình được lưu trữ tại hệ thống cơ sở dữ liệu SQL server, lưu trữ tập trung đảm bảo được tính bảo mật và nhu cầu tra cứu, đối chiếu dữ liệu lịch sử sau này một cách dễ dàng, tiện lợi.

Sử dụng chương trình giúp đảm bảo độ chính xác cao về số liệu liên quan đến các tuyến đường, người bệnh, tài xế và điều dưỡng chuyển bệnh đi cùng... Hơn nữa, chúng ta có thể đối chiếu kiểm tra số liệu dễ dàng để xác định những sai sót có thể phát sinh trong quá trình thống kê báo cáo theo thời gian.

Tính bền vững cao, có thể sử dụng lâu dài.

Phần mềm quản lý báo cáo công việc hàng ngày giúp mọi thứ trở nên dễ dàng hơn bởi: Khi cài đặt phần mềm báo cáo công việc, chúng ta có thể truy cập và sử dụng trên máy tính, điện thoại hay bất cứ phương tiện nào có Internet, mọi lúc, mọi nơi mang lại sự tiện dụng cao nhất và dữ liệu sẽ được lưu trữ an toàn hơn.

Tăng khả năng quản lý của lãnh đạo đơn vị.

Chương trình quản lý có chức năng truy xuất tự động các báo cáo, số liệu, giúp người quản lý giảm nhiều thao tác cũng như công sức để xây dựng các báo cáo, số liệu này theo phương pháp thủ công. Hơn nữa, các báo cáo này có thể xuất ra các file excel, word hoặc các định dạng khác thuận tiện cho việc in ấn. Chương trình cũng có thể được cài đặt để tự động lập báo cáo theo ngày, theo tuần hoặc theo tháng...

Có thể nói, việc áp dụng các chương trình, phần mềm vào công tác quản lý, báo cáo ở cơ quan. Dù ở bất kỳ vị trí nào cũng đều rất quan trọng đối với người phụ trách cũng như người lãnh đạo. Khả năng lập báo cáo và cách thức lấy số liệu báo cáo cũng là một trong những tiêu chí đánh giá trình độ làm việc cũng như chuyên môn của nhân viên. Ngày nay, hầu hết các cơ quan đơn vị đều sử dụng phần mềm trong công việc, nhằm giúp tiến độ thực hiện và lập báo cáo nhanh hơn.

II. Những kiến nghị, đề xuất

Bên cạnh những tính năng vượt trội thì chương trình cũng còn tồn tại một số hạn chế như: Một số module chưa được xây dựng như: Quản lý người dùng; Một số tính năng của quản lý xe chưa hoàn thiện như: Thêm sửa xóa xe, thêm sửa xóa bác sĩ, điều dưỡng, tài xế, ... Để chương trình được hoàn thiện hơn, cần nâng cấp với những tính năng mới để việc quản lý đạt được hiệu quả cao hơn. Bên cạnh đó, đường truyền mạng Bệnh viện cần ổn định hơn để đáp ứng nhu cầu thực hiện công việc tại Bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Hàm (2009), Phương pháp luận trong nghiên cứu khoa học y học, Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên.
2. Phạm Văn Hiền (2009), Phương pháp tiếp cận nghiên cứu khoa học, <http://pgo.hcmuaf.edu.vn/pvhiem>.
3. Nguyễn Văn Hộ, Nguyễn Đăng Bình (2004), Phương pháp luận nghiên cứu khoa học, Đại học Thái Nguyên.
4. <https://workplus.vn/phan-mem-quan-ly-bao-cao-cong-viec/>

ỨNG DỤNG CÔNG CỤ GOOGLE SHEETS ĐỂ THEO DÕI CÔNG TÁC SINH HOẠT CHUYÊN MÔN ĐIỀU DƯỠNG TẠI CÁC KHOA LÂM SÀNG BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Nguyễn Thuý Kim Hoàng

PHẦN MỞ ĐẦU

I. Lý do chọn sáng kiến

Công nghệ thông tin là một lĩnh vực quan trọng và đang phát triển mạnh mẽ trong thời đại hiện nay. Nó bao gồm tất cả các công nghệ liên quan đến việc thu thập, lưu trữ, xử lý và truyền tải thông tin. Công nghệ thông tin đã và đang thay đổi cách chúng ta làm việc, học tập và giao tiếp. Các ứng dụng của công nghệ thông tin hiện diện trong mọi lĩnh vực, từ giáo dục, y tế, đến kinh doanh và giải trí. Công nghệ thông tin không chỉ giúp nâng cao hiệu quả công việc và quản lý dữ liệu mà còn tạo ra những cơ hội mới cho giao tiếp và hợp tác toàn cầu. Từ các ứng dụng văn phòng, phần mềm quản lý doanh nghiệp đến các dịch vụ trực tuyến như thương mại điện tử và mạng xã hội, công nghệ thông tin đã thay đổi cách chúng ta tương tác và hoạt động hàng ngày.

Google Sheets là một trong những công cụ nổi bật trong lĩnh vực này, cho phép người dùng tạo, chỉnh sửa và chia sẻ bảng tính trực tuyến một cách dễ dàng và thuận tiện. Nhờ vào tính năng chia sẻ và làm việc nhóm theo thời gian thực, Google Sheets giúp nâng cao hiệu quả cộng tác, cho phép nhiều người cùng thao tác trên một bảng tính cùng lúc. Ngoài ra, ứng dụng này còn hỗ trợ nhiều hàm và công thức phong phú, giúp người dùng thực hiện các phép toán phức tạp và phân tích dữ liệu một cách nhanh chóng. Với khả năng lưu trữ trên đám mây, Google Sheets cũng đảm bảo rằng người dùng có thể truy cập dữ liệu của mình từ bất kỳ đâu, trên bất kỳ thiết bị nào có kết nối Internet. Với khả năng hỗ trợ làm việc nhóm và tích hợp với các ứng dụng khác trong Google Workspace, Google Sheets đã trở thành lựa chọn phổ biến cho cả cá nhân và doanh nghiệp trong việc quản lý dữ liệu và phân tích thông tin.

Tại Phòng Điều dưỡng - Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang, Công nghệ thông tin đã được ứng dụng vào hầu hết công việc quản lý. Theo Thông tư 31/2021/TT - BYT, Tổ chức thực hiện các hoạt động nghiên cứu khoa học, cải tiến chất lượng chăm sóc, thực hành chăm sóc dựa vào bằng chứng nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh là một trong sáu nhiệm vụ của Phòng Điều dưỡng [3]. Do đó, Phòng Điều dưỡng - Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang có ban hành “Quy trình sinh hoạt chuyên môn, Bình phiếu chăm sóc” quy định về việc tổ chức sinh hoạt khoa học điều dưỡng cấp khoa tối thiểu 1 lần/ tháng. Xuất phát từ những lý do trên tôi đã kết hợp và cho ra sáng kiến: “*Ứng dụng công cụ Google sheets để theo dõi công tác sinh hoạt chuyên môn điều dưỡng tại các khoa lâm sàng Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang*”

II. Điểm mới của sáng kiến

Công tác quản lý theo dõi lịch sinh hoạt chuyên môn, bình hồ sơ chăm sóc hàng tháng là một trong những chức năng vô cùng quan trọng của điều dưỡng. Vì vậy, sau một thời gian thực hiện sáng kiến đạt được một số hiệu quả nhất định:

- Giúp Điều dưỡng trưởng khoa nâng cao năng suất làm việc : Điều dưỡng trưởng khoa sắp xếp các bài sinh hoạt và bệnh án dựa vào mức độ quan trọng và theo thứ tự ưu tiên sinh hoạt trong tháng. Ưu tiên và kết hợp, theo dõi các bài sinh hoạt của khoa khác mà không tốn quá nhiều công sức.
- Có thêm thời gian để làm những việc của người quản lý: Công việc của tập thể là vô hạn nhưng nhân lực là có hạn mà mỗi khoa/phòng có quá nhiều việc phải làm, thực hiện trong ngày, trong tuần, trong tháng, trong năm. Chính vì vậy, quản lý sắp xếp theo một lịch cụ thể, hiệu quả giúp phòng điều dưỡng làm được nhiều việc hơn như: hội họp, nghiên cứu tài liệu, giám sát...

PHẦN NỘI DUNG

I. Thực trạng vấn đề mà sáng kiến cần giải quyết

Trước đây, khi báo cáo lịch sinh hoạt chuyên môn, bình hồ sơ chăm sóc các khoa lâm sàng phải gửi bằng báo cáo giấy về Phòng Điều dưỡng, điều này tồn tại một số hạn chế như sau:

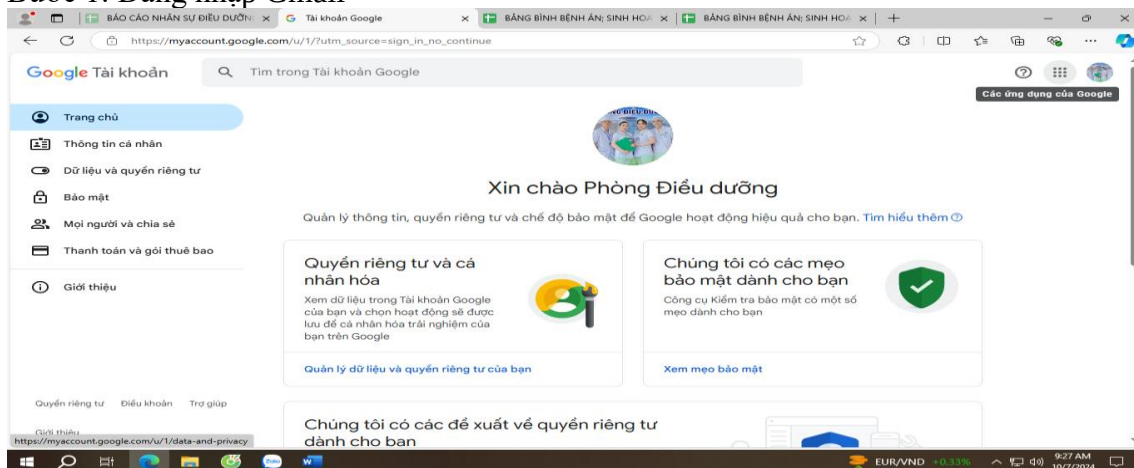
- Mỗi tháng 01 bảng nên khó theo dõi.
- Quá trình kiểm tra, giám sát khó khăn, thiếu liên tục.
- Tốn thời gian và con người khi thực hiện.
- Tăng hao phí văn phòng phẩm các khoa lâm sàng.
- Gây khó khăn trong công tác tổng hợp, báo cáo và trích xuất các dữ liệu theo dõi thời gian sinh hoạt chuyên môn tại các khoa
- Phòng Điều dưỡng bị động trong công tác kiểm tra, giám sát về vấn đề theo dõi lịch sinh hoạt chuyên môn, bình hồ sơ chăm sóc tại các khoa

II. Nội dung sáng kiến

Google Sheets là một ứng dụng trong bộ ứng dụng văn phòng trực tuyến của Google, Google Workspace (trước đây là G Suite). Nó cung cấp các tính năng tương tự như Microsoft Excel, cho phép người dùng tạo, chỉnh sửa, quản lý bảng tính và làm việc cộng tác trực tuyến. Vì vậy, với Google Sheets thì người dùng chỉ cần có một đường Internet để truy cập và 01 tài khoản Gmail là đã có thể sử dụng ở bất kỳ đâu, mà không cần cài đặt phần mềm hay lưu trữ dữ liệu cục bộ.

Dựa vào sự linh hoạt của Google Sheets tôi đã thực hiện ứng dụng với các bước như sau:

Bước 1: Đăng nhập Gmail



Bước 2: Vào Google drive, chọn Google trang tính



BẢNG BÌNH BỆNH ÁN; SINH HOẠT CMDD CÁC KHOA LÂM SÀNG NĂM 2024

Tập Chỉnh sửa Xem Chèn Định dạng Dữ liệu Công cụ Tiện ích Trợ giúp

Tháng: 05

Stt	KHOA	BÌNH BỆNH ÁN	SINH HOẠT - CMDD	NỘI DUNG BÌNH BỆNH ÁN	NỘI DUNG SH - CMDD
		Sáng	Chiều		
1	NỘI THHH	7 giờ 15 ngày 9/5/2024	7h15 ngày 9/5/2024	Xơ gan	Hướng dẫn lấy mẫu máu
2	NỘI TMLH	7g30 ngày 15/5/2024	7g30 ngày 15/5/2024	HD ghi phiếu CS 1,2,3	HD kỹ thuật rút mẫu cấy máu
3	NỘI TH				
4	NỘI TIẾT				
5	NỘI THẬN				
6	NỘI TK	14h 28/5/2024	14h 28/5/2024	Thiếu máu não	Hướng dẫn ghi chép phiếu chăm sóc.
7	NGOẠI THẬN				
8	RHM				
9	MẮT				
10	TMH	7h30 16/5/2024	7h20 16/5/2024		HD KT lấy mẫu cấy máu
11	CTCH				
12	TK - LN				
13	NGOẠI TQ				
14	UNG BƯỞU	7h20 30/5/2024	7h40 30/5/2024	K phổi	HD lấy mẫu cấy máu
15	ICU				

THÁNG 04 THÁNG 05 THÁNG 06 THÁNG 07 THÁNG 08 THÁNG 09 THÁNG 10 THÁNG 11 THÁNG 1

Sau khi triển khai, đã đạt được một số kết quả

- Theo dõi quản lý thuận tiện, mọi lúc mọi nơi.
- Thông tin được cập nhật liên tục.
- Biểu mẫu có thể thiết lập hoặc điều chỉnh nhanh chóng phù hợp với nội dung yêu cầu của người dùng.
- Dữ liệu được lưu giữ dưới dạng bảng tính Excel, giúp việc thống kê báo cáo tiện lợi, nhanh chóng, chính xác.
- Tăng tính chủ động của nhân viên phòng và điều dưỡng trưởng.
- Giảm thời gian ghi chép.
- Giảm chi phí in ấn.

PHẦN KẾT LUẬN

I. Ý nghĩa, phạm vi áp dụng của sáng kiến

Công nghệ thông tin là một công cụ không thể thiếu trong các bệnh viện hiện nay, đặc biệt đối với nhân viên y tế nói chung và cán bộ quản lý nói riêng. Việc ứng dụng công nghệ giúp tối ưu hóa quy trình làm việc, tăng cường hiệu quả quản lý, đồng thời cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Vì vậy, việc ứng dụng công nghệ để theo dõi công tác sinh hoạt chuyên môn điều dưỡng tại các khoa lâm sàng là cần thiết, làm giảm thời gian và chi phí, tăng tính chủ động của nhân viên phòng và điều dưỡng trưởng.

Sáng kiến này giải quyết được các khó khăn, hạn chế trong cách sắp xếp, tổng hợp lịch sinh hoạt chuyên môn của các khoa. Đồng thời, giảm thiểu thời gian ghi chép thông tin không tận dụng được những tiêu đề hay hàng cột. Tạo nên bảng lịch sinh hoạt chuyên môn trên Google Sheet sẽ tạo nên các bảng lịch rõ ràng, đầy đủ, sáng tạo, sạch đẹp đảm bảo chính xác nhưng thay đổi và cập nhật thông tin bằng kích chọn tự động thuận tiện và nhanh chóng. Tiết kiệm thời gian, công sức, tiết kiệm kinh tế, chống lãng phí, hạn chế sai sót ...trong quản lý con người, theo dõi bệnh nhân. Giúp nâng cao hiệu suất, giải quyết, xử lý công việc nhanh chóng và khoa học.

II. Những kiến nghị, đề xuất

Phòng Điều dưỡng tiếp tục đẩy mạnh cải cách thủ tục hành chính, quản lý trên phần mềm, nhằm giảm thiểu ghi chép và nâng cao chất lượng trong việc khám chữa bệnh. Các nỗ lực này không chỉ tạo điều kiện thuận lợi cho người bệnh và người nhà họ được phục vụ tốt hơn mà còn góp phần nâng cao chất lượng công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân trong thời gian tới, hướng tới một hệ thống y tế hiện đại và hiệu quả hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, (2001). Bệnh viện Quy chế. Nhà xuất bản Y học.
2. Bộ Y tế, (2016). Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18/11/2016 về việc làm Ban hành bộ tiêu chí chất lượng Bệnh viện Việt Nam.
3. Bộ Y tế, (2021). Thông tư 31/2021/TT-BYT ngày 28/12/2021 về Quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện.
4. Bộ Y tế, (2017). Thông số 54/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 về Ban hành bộ tiêu chí ứng dụng công nghệ thông tin tại các cơ sở chữa bệnh, chữa bệnh.

ỨNG DỤNG SỐ HÓA TRONG PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH THƯỜNG GẶP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Phan Đăng Khoa

PHẦN MỞ ĐẦU

I. Lý do chọn sáng kiến

Phiếu tóm tắt thông tin điều trị được xây dựng cho một bệnh xác định. Thiết kế dạng tờ rơi trên 1 tờ giấy A4 hoặc A5 (1 hoặc 2 trang). Các thông tin được rút ra từ hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của bệnh viện. Các thông tin bao gồm: Định nghĩa, nguyên nhân gây bệnh, những yếu tố nguy cơ, biểu hiện thường gặp, biến chứng, cận lâm sàng, hướng điều trị, chế độ theo dõi, hướng dẫn phòng bệnh, chế độ dinh dưỡng và sinh hoạt [2]. Thông qua phiếu tóm tắt thông tin điều trị người bệnh có thể biết được và tự theo dõi được quá trình điều trị. Dựa trên các mục đã được đánh dấu, người bệnh có thể biết được các hoạt động thăm khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, nội soi, thăm dò chức năng, thủ thuật, phẫu thuật, phương pháp điều trị, loại thuốc điều trị... đã thực hiện hoặc dự kiến thực hiện. Từ việc theo dõi này, người bệnh có thể hỏi nhân viên y tế lý do chưa nhận được dịch vụ y tế trong phiếu tóm tắt và tiến trình điều trị đang đến giai đoạn nào.

QR Code (mã QR) là viết tắt của Quick response code (Tạm dịch: Mã phản hồi nhanh), hoặc có thể gọi là Mã vạch ma trận (Matrix-barcode) hay Mã vạch 2 chiều (2D). Đây là một dạng thông tin được mã hóa để hiển thị sao cho máy có thể đọc được. QR Code cho phép quét và đọc mã nhanh hơn bằng các thiết bị như máy đọc mã vạch hoặc điện thoại có camera với ứng dụng cho phép quét mã, vô cùng tiện lợi cho người dùng. Nhằm hoàn thành mục tiêu đáp ứng tiêu chí “A4.1: Người bệnh được cung cấp thông tin và tham gia vào quá trình điều trị” trong Bộ tiêu chí Chất lượng 2.0 [2] đạt mức 5, dựa trên ứng dụng Google drive tích hợp các dữ liệu, mã hoá nguồn thông tin,...từ đó tiến hành cải tiến chất lượng nhằm giúp thân nhân, bệnh nhân dễ tiếp cận đến các thông tin điều trị bệnh, đồng thời cập nhật kiến thức y khoa, có thể tích hợp thêm các hướng dẫn, khuyến cáo tóm tắt về chế độ dinh dưỡng, phòng tránh tái phát, biến chứng của bệnh và các vấn đề cần lưu ý khác, giúp việc điều trị, chăm sóc hiệu quả hơn. Chính vì lý do đó, tôi tiến hành thực hiện sáng kiến **“Ứng dụng số hóa trong phiếu tóm tắt thông tin điều trị các bệnh thường gặp tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang”**

II. Điểm mới của sáng kiến

Xuất phát từ nhu cầu thực tế tại bệnh viện, để tăng tỉ lệ người nhà và người bệnh có kiến thức và thực hành tốt trong việc hỗ trợ điều trị, chăm sóc bệnh khi nằm viện, giảm số lần phải tư vấn lặp lại nhiều lần và truyền đạt thông tin hướng dẫn một cách hiệu quả. Nhân viên y tế có thể sử dụng các tờ bướm tuy nhiên khá tốn kém chi phí và mất thời gian trong lúc tư vấn và hướng dẫn cho người nhà và người bệnh giúp họ dễ hiểu. Vì vậy, thực hiện số hóa phiếu tóm tắt thông tin tăng sự chủ động của người nhà và người bệnh khi tiếp cận kiến thức, đồng thời người nhà và người bệnh ghi nhớ những mốc quan trọng để thực hành cho việc hỗ trợ điều trị chăm sóc đúng cách. Qua đó, giúp họ có thêm kiến thức, thông tin truyền thông - giáo dục sức khoẻ sau khi xuất viện.

Google Drive là dịch vụ lưu trữ dữ liệu trực tuyến phổ biến của Google. Với tính năng bảo mật cao, lưu trữ dữ liệu vô thời hạn. Ứng dụng tính năng lưu trữ của Google drive tiến hành tích hợp và mã hoá thành mã QR code. Thông qua mã QR code, người nhà và người bệnh có thể dễ dàng truy cập vào đường link bài viết đầy đủ phiếu tóm tắt thông tin điều trị các bệnh thường gặp. Giúp người nhà và người bệnh có thêm nhiều thời gian tham khảo nội dung bất kể thời gian, vị trí nào, các thông tin sẽ được truyền tải nhanh chóng và hiệu quả hơn

PHẦN NỘI DUNG

I. Thực trạng vấn đề mà sáng kiến cần giải quyết

Phiếu tóm tắt thông tin điều trị thiết kế dạng tờ rơi trên 1 tờ giấy A4 hoặc A5 (1 hoặc 2 trang). Phiếu được thông qua Hội đồng bệnh viện và ban hành cho các khoa in và phát cho người nhà và người bệnh có thể biết được và tự theo dõi được quá trình điều trị bằng cách đánh dấu vào danh mục (hoặc bảng kiểm). Các thông tin bao gồm: triệu chứng-biểu hiện thường gặp, cận lâm sàng, hướng điều trị, chế độ theo dõi, hướng dẫn phòng bệnh-chế độ dinh dưỡng và sinh hoạt.... đã thực hiện hoặc dự kiến thực hiện. Tuy nhiên, chi phí in ấn khá tốn kém và không đạt hiệu quả cao khi thân nhân/người bệnh thường không có thói quen bảo quản tốt, đồng thời thân nhân/người bệnh khó tiếp cận và nắm bắt hầu hết nội dung khi sử dụng phiếu.

Phiếu tóm tắt thông tin điều trị được nhân viên y tế sử dụng để trao đổi thông tin, phổ cập các kiến thức cho thân nhân/người bệnh phục vụ trong công tác hỗ trợ điều trị và chăm sóc người bệnh khi nằm viện. Tuy nhiên, khi sử dụng phiếu xảy ra khá nhiều bất cập khi các đối tượng tiếp cận không cao khi có sự thay đổi người nuôi từ phía người bệnh, thân nhân/ người bệnh luôn bị động trong cách tiếp cận thông tin phiếu khi phải chờ đợi sự giải đáp và tư vấn từ phía nhân viên y tế, đặc biệt khi số lượng thân nhân người bệnh đông sẽ góp phần gây tốn nhiều thời gian trong việc tham khảo nội dung và thông tin.

II. Nội dung sáng kiến

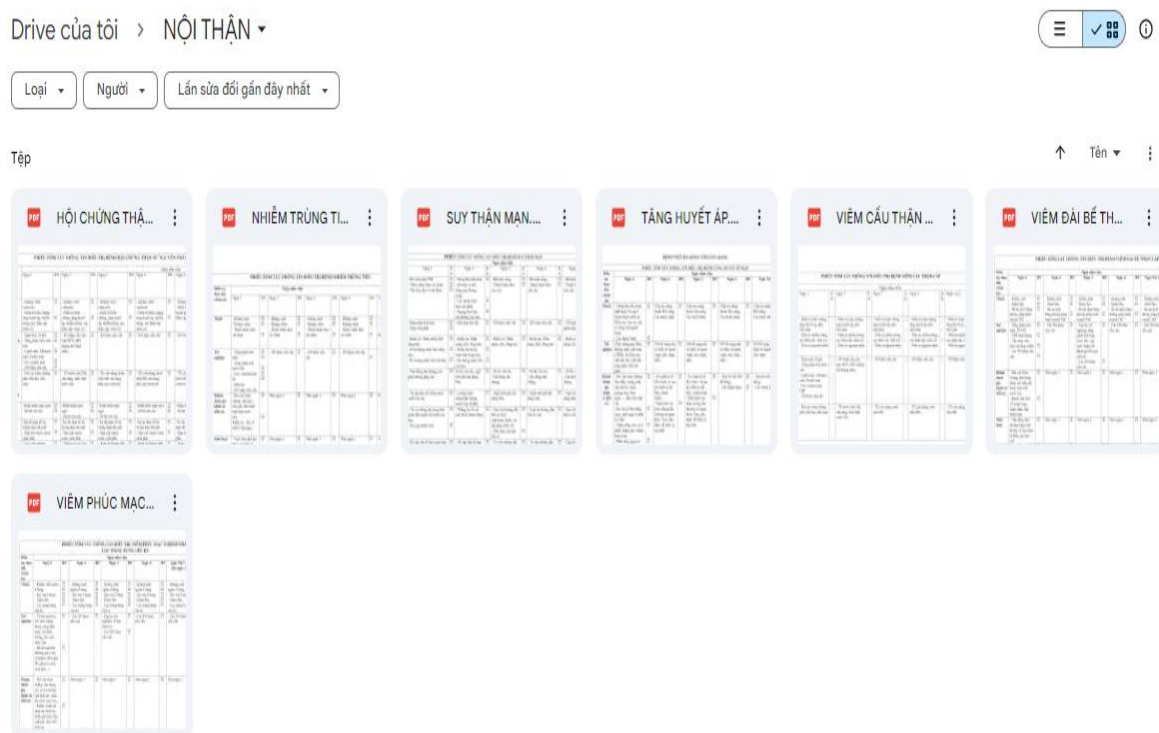
Phiếu tóm tắt thông tin điều trị được thiết kế theo khổ giấy A4 nằm ngang (01 trang hoặc 02 trang). Các thông tin chính được rút ra từ hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của bệnh viện. Nội dung bao gồm: Các triệu chứng lâm sàng; Xét nghiệm cận lâm sàng; Chẩn đoán; Phương pháp điều trị; Biến chứng; Điều trị biến chứng; Hướng dẫn chăm sóc, cách dùng thuốc, dinh dưỡng, sinh hoạt; Phòng ngừa; Truyền thông giáo dục sức khỏe.. Phiếu được viết tóm tắt, sắp xếp dễ hiểu, dễ đọc với người bệnh dưới dạng danh mục các đầu việc chính, gạch đầu dòng hoặc bảng kiểm.

Sau đó, phiếu sẽ được tích hợp và mã hoá dữ liệu thông tin thành mã QR code. Thông qua mã QR code thân nhân/người bệnh linh động truy cập để xem lại hình ảnh của phiếu bất cứ lúc nào. Khi người bệnh được vào khoa sẽ được đội ngũ nhân viên y tế hướng dẫn, giải thích và tư vấn cách nhận phiếu bằng các cách: nếu thân nhân/ người bệnh không sử dụng smart phone sẽ được tư vấn và nhận phiếu trực tiếp. Ngược lại, nếu thân nhân/người bệnh đang sử dụng smart phone sẽ được hướng dẫn quét mã QR code tại góc truyền thông mỗi khoa



Hình 1.1: Mã QR code tra cứu phiếu tóm tắt thông tin điều trị tại khoa Nội thận

Mã QR code giúp thân nhân/ người bệnh linh động truy cập tham khảo lại các nội dung của tờ bướm mọi lúc mọi nơi, thêm thời gian tìm hiểu kỹ hơn nội dung các tờ bướm, đường link giúp dễ dàng truyền tải và tăng khả năng lan toả trong cộng đồng. Giúp thân nhân dễ dàng ghi nhớ các kiến thức được truyền tải qua tờ bướm, dễ hình dung và thực hiện theo các hướng dẫn thực hành.



Hình 1.2: Nội dung các phiếu tóm tắt thông tin điều trị khi tra cứu code

PHẦN KẾT LUẬN

I. Ý nghĩa, phạm vi áp dụng của sáng kiến

Để giúp cho bệnh nhân an tâm, chủ động phối hợp trong công tác chăm sóc và chữa bệnh, nâng cao chất lượng điều trị, tại đây, khi bệnh nhân vào nhập khoa sẽ được đội ngũ nhân viên y tế hướng dẫn, giải thích, tư vấn cho bệnh nhân phiếu tóm tắt thông tin điều trị theo từng loại bệnh. Nội dung trên phiếu cung cấp đầy đủ thông tin bệnh, triệu chứng, tai biến có thể xảy ra, các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm, phác đồ điều trị từng ngày, thời gian phẫu thuật, chăm sóc, điều trị, trước và sau phẫu thuật (Những lưu ý trước mổ và sau mổ đối với bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật). Do đó mà bệnh nhân đến với Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang rất yên tâm phối hợp điều trị.

Ứng dụng số hoá (quét mã QR Code) phiếu tóm tắt thông tin điều trị giúp thân nhân/người bệnh dễ dàng tiếp cận thông tin điều trị bệnh một cách chủ động và nhanh chóng, tiết kiệm thời gian tư vấn, giảm chi phí in ấn, bảo quản sử dụng. Đồng thời thông tin được thân nhân/ người bệnh phổ biến rộng rãi nâng cao tỷ lệ tiếp cận kiến thức đến cộng đồng. Có thể nói việc số hoá phiếu tóm tắt thông tin điều trị là một việc làm rất thiết thực giúp cho thân nhân/ người bệnh thoát khỏi những băn khoăn, hoang mang lo lắng khi vào viện, từ đó cải thiện mối quan hệ giao tiếp giữa thân nhân/người bệnh nhân và nhân viên y tế.

II. Những kiến nghị, đề xuất

Triển khai quét mã QR code tra cứu phiếu tóm tắt thông tin điều trị một số bệnh thường gặp tại bệnh Đa khoa trung tâm An Giang nhằm giúp bệnh nhân, thân nhận có thể dễ dàng tiếp cận đến các thông tin điều trị bệnh, đồng thời cập nhật các kiến thức y khoa, và tích hợp thêm các hướng dẫn, khuyến cáo tóm tắt về chế độ dinh dưỡng, phòng tránh tái phát và các vấn đề cần lưu ý khác, giúp việc điều trị và chăm sóc hiệu quả hơn. Tuy nhiên, để có thể

nhân rộng và phổ biến công tác triển khai cần có sự phối hợp giữa các khoa/phòng trong bệnh viện

Phòng Điều dưỡng: Triển khai tổ chức các buổi tập huấn, đào tạo cho các nhân viên trong bệnh viện về cách sử dụng ứng dụng từ đó mỗi nhân viên đều có thể thực hiện và tư vấn tốt cho thân nhân/ người bệnh về cách sử dụng và tra cứu thông tin nhanh chóng tại khoa

Các khoa lâm sàng: Tích cực truyền thông, tư vấn kiến thức, phổ biến và hướng dẫn cách sử dụng phiếu tóm tắt thông tin điều trị thông qua mã QR code, giúp thân nhân/ người bệnh tiếp cận thông tin một cách chủ động, nhanh chóng và hiệu quả cao

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tài liệu tham khảo chưa được phân loại

1. Bộ Y tế, (2001). Bệnh viện Quy chế. Nhà xuất bản Y học.
2. Bộ Y tế, (2016). Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18/11/2016 về việc làm Ban hành bộ tiêu chí chất lượng Bệnh viện Việt Nam.
3. Bộ Y tế, (2017). Thông số 54/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 về Ban hành bộ tiêu chí ứng dụng công nghệ thông tin tại các cơ sở chữa bệnh, chữa bệnh.

ỨNG DỤNG HỆ THỐNG CỘT TREO VAN KÉO SƯỜN TỰ ĐỘNG TRONG PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Lê Huy Cường

PHẦN MỞ ĐẦU

I. Lý do chọn sáng kiến

Bộc lộ phẫu trường là vấn đề rất quan trọng trong bất kỳ phẫu thuật nào, góp phần rất lớn để giảm thiểu tai biến – biến chứng, góp phần thành công cho cuộc phẫu thuật. Từ xa xưa, để phẫu thuật được thuận lợi, phẫu trường rõ ràng, người ta đã nghiên cứu, chế tạo, ứng dụng các dụng cụ banh vết mổ khác nhau do người phụ mổ nắm giữ giúp phẫu thuật viên chính tiếp cận tốt nhất phẫu trường. Trong phẫu thuật gan mật và lách, do các cơ quan nằm dưới bờ sườn cứng chắc nên việc bộc lộ khó khăn hơn nhiều so với vùng mổ khác, người phụ cần phải dùng nhiều sức lực để kéo van banh bụng, nếu mổ thời gian lâu sẽ gây bất lợi đến cuộc phẫu thuật, gây tâm lý tiêu cực cho cả ekip mổ, để khắc phục tình trạng này, tôi đã sáng kiến “ứng dụng cột treo sườn tự động trong phẫu thuật gan mật và lách tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang” nhằm tiết kiệm công sức cho người phụ mổ, giúp bộc lộ phẫu trường giữ ổn định và lâu dài trong suốt quá trình phẫu thuật.

II. Hiệu quả của sáng kiến

- Tiết kiệm một nhân sự và công sức của phụ mổ.
- Giúp bộc lộ phẫu trường ổn định, lâu dài trong suốt cuộc phẫu thuật.
- Bộc lộ phẫu trường tốt hơn so với người phụ mổ cầm nắm.
- Do tiếp cận phẫu trường tốt hơn nên góp phần làm giảm tai biến – biến chứng của phẫu thuật.
- Làm giảm thời gian phẫu thuật.
- Tâm lý ekip mổ thoải mái hơn.

PHẦN NỘI DUNG

I. Thực trạng vấn đề mà sáng kiến cần giải quyết

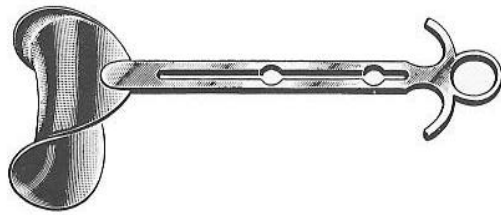
Trong quá trình phẫu thuật, việc bộc lộ phẫu trường đóng vai trò rất quan trọng, nhất là trong phẫu thuật mở, việc nắm giữ, kéo van banh bụng bộc lộ phẫu trường thường do phụ mổ đảm trách, với những cơ quan nằm sâu, nằm dưới bờ sườn 2 bên thì việc bộc lộ rất khó khăn, nếu phẫu thuật trong thời gian dài thì người phụ mổ sẽ rất tốn sức để kéo van và bộc lộ không còn ổn định, phẫu trường không còn rõ ràng, điều này bắt đầu gây khó khăn cho phẫu thuật. Do vậy, việc bộc lộ phẫu trường rõ ràng, ổn định và lâu dài suốt cuộc phẫu thuật là vấn đề cần phải giải quyết nhằm giúp cho quá trình phẫu thuật được thuận lợi.

Người phụ mổ phải nắm kéo van bánh bụng trong suốt cuộc mổ



II. Nội dung sáng kiến

Từ thực trạng trên, tôi đã nghiên cứu, học hỏi từ nhiều trung tâm và tự làm cột treo van kéo sườn một cách tự động, không đòi hỏi phụ mổ nắm kéo van trong suốt cuộc mổ và hệ thống này giúp bộc lộ phẫu trường tốt hơn, giữ ổn định hơn, nhất là mổ trong thời gian dài. Tôi xin mô tả các thành phần treo cố định van kéo sườn bao gồm:



Van Balfour



Cột cố định



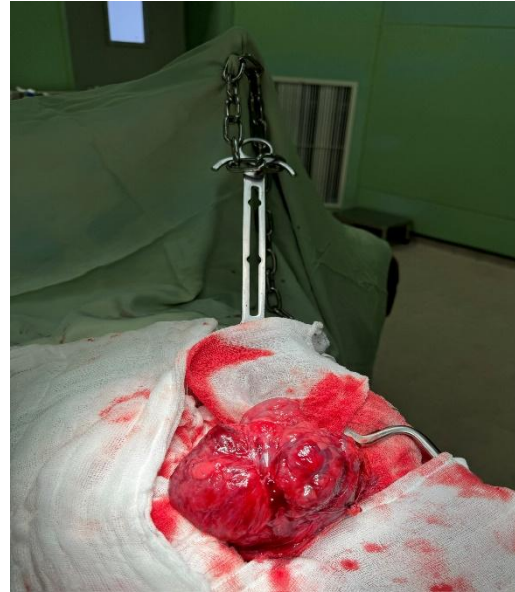
Dây xích kết nối cột cố định và van



Cột cố định vào bàn mổ



Hệ thống kết nối (giả định)



Trong lúc phẫu thuật

PHẦN KẾT LUẬN

I. Ý nghĩa, phạm vi áp dụng của sáng kiến

Việc nghiên cứu tạo ra hệ thống cột treo van kéo sườn có ý nghĩa rất quan trọng, đòi hỏi phải hiểu biết rất rõ những yêu cầu trong cuộc phẫu thuật, thông qua dây xích, chúng ta có thể tăng hay giảm mức độ kéo lên van bằng cách chỉnh từng nấc mắt xích, điều này rất thuận lợi trong các thì phẫu thuật khác nhau.

Hệ thống cột treo van kéo sườn này áp dụng trong các phẫu thuật mở, phẫu thuật các cơ quan nằm sâu trong bờ sườn 2 bên hoặc vùng dưới mũi ức như phẫu thuật cắt gan-lách, chấn thương gan-lách, phẫu thuật vùng tâm-phình vị...

II. Những kiến nghị, đề xuất

Mặc dù hệ thống tự chế này đáp ứng được phần lớn các phẫu thuật như đã mô tả nhưng bên cạnh đó còn một số hạn chế trong những phẫu thuật cắt gan lớn, can thiệp những tổn thương sâu nằm sát cơ hoành, trong những trường hợp này cần phải trang bị thêm hệ thống banh dưới sườn chính hãng để phẫu thuật được tất cả các bệnh chuyên sâu.

Đề xuất mua hệ thống van kéo sườn tự động chuyên sâu để phẫu thuật các phẫu thuật khó, phẫu thuật lớn theo định hướng trong thời gian tới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, “Quyết định số 4420/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa Chuyên khoa phẫu thuật gan mật”, 17/8/2016.
2. Phạm Văn Bùng, Nguyễn Hồng Ri (2007), “Dụng cụ phẫu thuật cơ bản – Phẫu thuật thực hành”, tr. 143-151.