



SỞ Y TẾ AN GIANG  
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG  
----- o0o -----

*KỶ ỨNG*

**HỘI NGHỊ KHOA HỌC KỸ THUẬT**

*2023*



*09 - 12 - 2023*

**SỞ Y TẾ AN GIANG**  
**BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG**  
— 000 —

**HỘI NGHỊ KHOA HỌC KỸ THUẬT**  
**2023**

*Ngày 9 tháng 12 năm 2023*



# CHƯƠNG TRÌNH HỘI NGHỊ KHOA HỌC KỸ THUẬT BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Ngày 9 tháng 12 năm 2023

7h00-8h00	Đón tiếp đại biểu; tham quan các gian hàng
8h00-8h10	Tuyên bố lý do, Giới thiệu đại biểu
8h10-8h20	Phát biểu khai mạc (BS. CKII. Nguyễn Duy Tân – Giám đốc BV)
<b>Phiên toàn thể Hội trường A</b>	<b>Chủ tọa:</b> GS.TS. Võ Thành Nhân; PGS.TS.BS. Phạm Văn Bùi;
	TS.BS. Nguyễn Văn Thọ; BS. CKII. Nguyễn Thị Hạnh; BS. CKII. Lâm Võ Hùng
8h20-8h45	OCT làm thay đổi chiến lược can thiệp như thế nào <i>GS.TS. Võ Thành Nhân – Chủ tịch Hội Tim mạch can thiệp TP HCM</i>
8h45-9h10	Cập nhật bước tiến trong điều trị giảm tử vong cho bệnh nhân thận mạn sau 20 năm <i>PGS.TS.BS. Phạm Văn Bùi – Chủ tịch Liên chi Hội lọc máu TP.HCM</i>
9h10-9h35	Cập nhật hướng dẫn chẩn đoán - điều trị bệnh lý hô hấp <i>TS.BS. Nguyễn Văn Thọ - Chủ nhiệm Bộ môn Lao &amp; Bệnh phổi Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh</i>
9h35-10h35	Công ty Giới thiệu thuốc (Tài trợ chính)
10h35-11h00	<b>Giải lao – chia hội trường</b>
<b>Hội trường A Khôi nội</b>	<b>Chủ tọa:</b> BS. CKII. Lâm Võ Hùng; BS. CKII. Nguyễn Văn Hưng BS. CKII. Phạm Ngọc Kiều; BS. CKII. Trương Văn Lâm
11h00-11h10	Phối hợp insulin và thuốc uống điều trị ĐTĐ típ 2: vai trò của ức chế DPP4 <i>ThS.BS. Lại Thị Phương Quỳnh - Giảng viên BM Nội Tiết, Đại học Y Dược TPHCM</i>
11h10-11h20	Hiệu quả cải tiến qui trình điều trị nhồi máu não bằng thuốc tiêu sợi huyết tại Bệnh viện ĐKTT An Giang <i>ThS.BS. Mai Nhật Quang</i>
11h20-11h30	Hiệu quả thay huyết tương ở bệnh nhân viêm tụy cấp do tăng Triglyceride tại khoa ICU Bệnh viện ĐKTT An Giang <i>BS. Đoàn Minh Trí</i>
11h30-11h40	Đặc điểm và kết quả điều trị viêm phúc mạc ở bệnh nhân suy thận mạn lọc màng bụng tại Bệnh viện ĐKTT An Giang 2019- 2023 <i>BS. CKII. Lữ Công Trung</i>
11h40-11h50	Giá trị của khoảng trống đường huyết trong tiên lượng kết cục nội viện ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có đái tháo đường <i>ThS.BS. Phạm Huỳnh Minh Trí</i>
11h50-12h00	Nghiên cứu thang điểm DECAF trong tiên lượng tử vong gần của đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện ĐKTT An Giang năm 2022-2023 <i>BS. CKII. Huỳnh Thị Huyền Trang</i>
12h00-12h30	<b>Thảo luận; Tổng kết phiên Nội khoa</b>

<b>Hội trường B Khối ngoại; Điều dưỡng</b>	<b>Chủ tọa:</b> BS.CKII. Phan Văn Bé; BS.CKII. Trần Văn Lờ; BS.CKII. Nguyễn Minh Hải; ThS.ĐD Võ Thị Kim Thoa
11h00-11h10	Đánh giá hiệu quả của can thiệp nội mạch trong điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt <i>BS CKII. Thi Văn Gừng Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP Hồ Chí Minh</i>
11h10-11h20	Đánh giá kết quả bước đầu điều trị khuyết hồng phần mềm vùng cổ bàn chân bằng vật da trên mắt cá ngoài tại Bệnh viện ĐKTT An Giang năm 2023 <i>BS. Thiệu Quang Bình</i>
11h20-11h30	Đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng PTNS đặt mảnh ghép ngoài phúc mạc tại Bệnh viện ĐK khu vực tỉnh An Giang 2014-2023 <i>BS. CKI. Nguyễn Hữu Tuấn Bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang</i>
11h30-11h40	Hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật cắt đại trực tràng nội soi bằng gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng (tap block) dưới hướng dẫn của siêu âm <i>BS. CKII. Nguyễn Thị Kim Loan</i>
11h40-11h50	Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và giá trị của cắt lớp vi tính 160 lát cắt ở bệnh nhân bệnh động mạch vành mạn tại Bệnh viện ĐKTT An Giang năm 2023 <i>BS. CKI. Lê Tấn Đạt</i>
11h50-12h00	Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại khoa ngoại tổng hợp Bệnh viện ĐKTT An Giang. <i>CN. Phạm Hoàng Nam</i>
12h00-12h30	<b>Thảo luận; Tổng kết phiên Ngoại khoa - Điều dưỡng</b>

## MỤC LỤC

STT	NỘI KHOA	TRANG
01	<p><b>ÁP DỤNG THANG ĐIỂM PSQI ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG GIÁC NGỦ NĂM 2023 BỆNH NHÂN TẠI BIÊN MẠCH MÁU NÃO TẠI PHÒNG KHÁM NỘI THẦN KINH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Lâm Ngọc Cẩm, Nguyễn Thị Hằng, Lê Thị Nguyệt Hà, Nguyễn Thị Nga</i></p>	16
02	<p><b>CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ BỆNH PHỔI TẮC NGHỀN MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Tô Hồng Ánh, Đặng Trần Văn Anh Trương Văn Lâm, Nguyễn Thị Thơ</i></p>	23
03	<p><b>CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG MỨC ĐỘ NẶNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Trương Văn Lâm, Lương Thị Kim Trinh Dương Thị Kim Cương, Nguyễn Thế Bảo</i></p>	27
04	<p><b>ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, YẾU TỐ THỨC ĐẨY VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN NIÊM TOAN CETON ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI KHOA NỘI TIẾT BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Nguyễn Huỳnh Nguyên, Nguyễn Thành An, Trần Thị Tiểu Thơ, Hồ Bảo Hoàng</i></p>	33
05	<p><b>ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TÁC NHÂN GÂY BỆNH Ở BỆNH NHÂN NIÊM KHUẨN TIẾT NIỆU</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Lữ Công Trung, Trần Ngọc Bích Lê Thị Mãi, Nguyễn Thị Tuyết Ngọc</i></p>	38
06	<p><b>ĐẶC ĐIỂM VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỨC MẠC Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN LỘC MÀNG BỤNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2019- 2023</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Lữ Công Trung, Huỳnh Nhật Duy Huỳnh Thị Mai Phan, Nguyễn Thị Trương</i></p>	45
07	<p><b>ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN NHỊP TIM BẰNG PHƯƠNG PHÁP TRIỆT ĐÓT BẰNG SÓNG CÓ TẦN SỐ RADIO TẠI BVĐKTT AN GIANG</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Nguyễn Sơn Nam, Phạm Trọng Tiến, Trần Văn Đẩu, Nguyễn Văn Thành An</i></p>	52
08	<p><b>ĐÁNH GIÁ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TÁI PHÁT ĐỘT QUỴ THIỂU MÁU NÃO TẠI KHOA NỘI THẦN KINH- BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG NĂM 2023</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Trần Thanh Phong, Phạm Thúy Ngân, Hồ Phan Tuyết Loan</i></p>	58
09	<p><b>ĐÁNH GIÁ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN TÂM THẦN PHÂN LIỆT TẠI KHOA TÂM THẦN, BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG</b></p> <p style="text-align: right;"><i>Nguyễn Hương Báu, Nguyễn Thị Hoàng Oanh, Hồ Hoàng Bình, Nguyễn Đình Vũ</i></p>	64

10	<b>GIÁ TRỊ CỦA KHOẢNG TRỐNG ĐƯỜNG HUYẾT TRONG TIỀN LƯỢNG KẾT CỤC NỘI VIỆN Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP CÓ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG</b> <i>Phạm Huỳnh Minh Trí, Đinh Lê Uyên Nhi, Lê Đoàn Bảo Trân, Đặng Ngọc Phương Uyên</i>	71
11	<b>GIÁ TRỊ THANG ĐIỂM ICH SCORE LÚC NHẬP VIỆN TRONG TIỀN LƯỢNG BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT NÃO TỰ PHÁT DO TĂNG HUYẾT ÁP</b> <i>Dương Gia Hải, Nguyễn Thúy Vy, Phạm Thị Ánh Nguyệt, Trần Văn Điệp</i>	77
12	<b>HIỆU QUẢ CẢI TIẾN QUI TRÌNH ĐIỀU TRỊ NHỒI MÁU NÃO BẰNG THUỐC TIÊU SỢI HUYẾT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG</b> <i>Nguyễn Duy Tân, Lâm Võ Hùng, Mai Nhật Quang, Phạm Nguyên Bình</i>	84
13	<b>HIỆU QUẢ LỌC MÁU LIÊN TỤC TRONG ĐIỀU TRỊ SỐC NHIỄM KHUẨN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC - BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG</b> <i>Phạm Ngọc Kiều, Nguyễn Huỳnh Bích Phượng, Nguyễn Phú Quốc, Trần Ngọc Trâm</i>	88
14	<b>HIỆU QUẢ THAY HUYẾT TƯƠNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP DO TĂNG TRIGLYCERIDE TẠI KHOA ICU BVĐKTT AN GIANG</b> <i>Đoàn Minh Trí, Lê Minh Tân, Nguyễn Ngọc Hải Uyên, Nguyễn Văn Tuấn</i>	95
15	<b>KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI ỚNG MẬT CHỦ BẰNG NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG (ERCP) TẠI BVĐKTT AN GIANG 2023</b> <i>Nguyễn Tấn Thành, Huỳnh Tuyền Khanh Nguyễn Thị Hữu Ngọc, Bùi Ngọc Đăng Khoa</i>	100
16	<b>KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG BẰNG NỘI SOI CAN THIỆP KẾT HỢP THUỐC ỨC CHẾ BƠM PROTON TẠI KHOA NỘI TIÊU HÓA HUYẾT HỌC NĂM 2023</b> <i>Hồ Hiền Sang, Neang Reth Tha, Trần Thị Xuân Hương, Đào Thanh Ngọc</i>	104
17	<b>KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG THẬN VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI BIẾN CHỨNG THẬN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG</b> <i>Nguyễn Thành An, Phan Thiên Ngân, Nguyễn Huỳnh Nguyên, Nguyễn Quốc Đạt</i>	110
18	<b>KHẢO SÁT LÝ DO BỆNH NHÂN ĐANG ĐIỀU TRỊ ĐỘNG KINH PHẢI NHẬP VIỆN VÌ CO GIẬT TẠI KHOA THẦN KINH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG</b> <i>Mai Nhật Quang, Lê Đặng Hoàng Duy, Lê Minh Thà, Trương Văn Xưa</i>	120

19	<b>KHẢO SÁT MÔ HÌNH BỆNH TẬT CỦA ĐỐI TƯỢNG THUỘC ĐIỆN QUẢN LÝ SỨC KHOẺ TỈNH AN GIANG</b> <i>Trương Hồng Nhật, Trình Thị Tây Nam, Lê Hữu Kiên, Đoàn Nguyễn Thoại Giang</i>	124
20	<b>KHẢO SÁT TỈ LỆ LOÃNG XƯƠNG Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI ĐANG CHẠY THẬN NHÂN TẠO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG</b> <i>Huỳnh Trinh Trí, Trần Ngọc Giải, Phan Trần Bảo Duy, Mai Huyền Anh</i>	131
21	<b>MỐI LIÊN QUAN GIỮA FERRITIN HUYẾT THANH VỚI SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM TẠI BVĐKTTAN GIANG NĂM 2022-2023</b> <i>Đoàn Công Du, Trần Thị Huyền Trân, Lê Trần Xuân Phương, Nguyễn Thị Bích Ngọc</i>	139
22	<b>NGHIÊN CỨU CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN CHẤT LƯỢNG SỐNG BỆNH NHÂN ĐỘNG KINH</b> <i>Trần Thanh Phong Nguyễn Thị Hằng Nguyễn Thị Quỳnh Giao, Nguyễn Thị Nga</i>	145
23	<b>NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN TẠI KHOA HỒI SỨC NGOẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023</b> <i>Võ Văn Đức Khôi, Nguyễn Chánh Thông, Nguyễn Thiên Ân, Nguyễn Minh Trí</i>	151
24	<b>NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG NẶNG Ở BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023</b> <i>Chung Trần Phan, Phạm Văn Kiểm Lê Thành Hữu, Bùi Lê Huy Hoàng</i>	157
25	<b>NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH HỌC BỆNH NHÂN ĐỢT QUY NÃO <math>\leq 50</math> TUỔI TẠI KHOA NỘI THẦN KINH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG</b> <i>Mai Nhật Quang, Lê Phước An, Nguyễn Phước Dừa, Lê Thị Hai</i>	165
26	<b>NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, PHÂN LOẠI VÀ XỬ TRÍ BAN ĐẦU BỆNH NHÂN SUY HÔ HẤP CẤP TẠI KHOA CẤP CỨU BVĐKTT AN GIANG NĂM 2023</b> <i>Cao Hồng Liên Phương, Trần Vũ Linh Nguyễn Thanh Tuấn, Nguyễn Duy Linh</i>	169
27	<b>NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM MÀNG NÃO MỦ TẠI KHOA TRUYỀN NHIỄM BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023</b> <i>Nguyễn Văn Minh, Dương Quốc Hiền, Lâm Thái Châu, Nguyễn Thị Hồng Gấm</i>	176



28	<b>NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG NẶNG Ở BỆNH NHÂN SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE NGƯỜI LỚN TẠI KHOA NHIỄM, BVĐKTT AN GIANG NĂM 2023</b> <i>Nguyễn Thị Hồng Gấm, Dương Quốc Hiền, Nguyễn Văn Minh, Lâm Thái Châu</i>	183
29	<b>NGHIÊN CỨU SỰ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ THUỐC CHỐNG KẾT TẬP TIỂU CẦU CỦA BỆNH NHÂN ĐẶT STENT ĐỘNG MẠCH VÀNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2022-2023</b> <i>Nguyễn Sơn Nam, Đoàn Công Du, Luu Nhật Toàn, Phan Thị Bích Tuyền</i>	188
30	<b>NGHIÊN CỨU THANG ĐIỂM DECAF TRONG TIÊN LƯỢNG TỬ VONG GẦN CỦA ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẽn MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2022-2023</b> <i>Huỳnh Thị Huyền Trang, Nguyễn Sơn Nam, Nguyễn Thị Bích Tuyền, Trần Mai Kiều Diễm Hạnh</i>	196
31	<b>TUÂN TRỊ VÀ KẾT CỤC LÂM SÀNG NGẮN HẠN SAU XUẤT VIỆN Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI MẮC HỘI CHỨNG VÀNH CẤP</b> <i>Mai Thanh Bình, Quảng Thị Huyền Trang, Phạm Huỳnh Minh Trí, Đặng Văn Thạnh</i>	201
32	<b>TỶ LỆ MẮC VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÁC DỤNG PHỤ Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ BỆNH LAO ĐA KHÁNG THUỐC TẠI KHOA LAO BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG</b> <i>Phan Thanh Dũng, Nguyễn Quang Thương, Nguyễn Hoàng Khoa, Bùi Tòng Nguyên</i>	210
33	<b>NGOẠI KHOA</b>	215
34	<b>ĐÁNH GIÁ CÔNG TÁC ĐÀO TẠO LIÊN TỤC NĂM 2023 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG</b> <i>Nguyễn Kim Chi, Phan Văn Bé, Trần Thị Tố Nữ, Nguyễn Ngọc Nam Phương</i>	216
35	<b>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</b> <i>Nguyễn Như Nguyễn, Ngô Quốc Tuấn, Phạm Ngọc Trân, Nguyễn Thị Ngọc Hạnh</i>	224
36	<b>ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA CAN THIỆP NỘI MẠCH TRONG ĐIỀU TRỊ TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT</b> <i>Dương Đình Hoàn, Thi Văn Gừng, Nguyễn Cảnh Hưng, Phan Hoàng Vĩnh Phú, Nguyễn Trung Đức</i>	233
37	<b>ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ GIẢM ĐAU CỦA BỆNH CƠ XƯƠNG KHỚP BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẮY CHỈ TẠI BVĐKTT AN GIANG NĂM 2023</b> <i>Lê Thị Nguyệt Nga, Lăng Ngọc Ánh Nga</i>	239

38	<b>ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT CẮT ĐẠI TRỰC TRÀNG NỘI SOI BẰNG GÂY TÊ MẶT PHẲNG CƠ NGANG BỤNG (TAP BLOCK) DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM</b> <i>Nguyễn Thị Kim Loan, Trương Triều Phong, Tì Nguyễn Anh Duy, Nguyễn Thiện Tuấn</i>	246
39	<b>ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH CỘT SỐNG ÍT XÂM LẤN BẰNG PHƯƠNG PHÁP BẮT VÍT QUA DA TRONG ĐIỀU TRỊ GÂY CỘT SỐNG NGỰC THẮT LƯNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG</b> <i>Nguyễn Minh Tâm, Nguyễn Tấn Đạt</i>	254
40	<b>ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BAN ĐẦU ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT GỠ ĐÀU DƯỚI XƯƠNG QUAY BẰNG NỆP KHÓA ĐA HƯỚNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023</b> <i>Nguyễn Minh Hải, Lương Văn Pháp, Thiều Quang Bình, Nguyễn Huỳnh Gia Phú</i>	262
41	<b>ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ KHUYẾT HỒNG PHẦN MỀM VÙNG CỔ BÀN CHÂN BẰNG VẬT DA TRÊN MẮT CÁ NGOÀI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023</b> <i>Nguyễn Kim Quang, Trần Văn Dũng, Thiều Quang Bình, Lương Văn Pháp</i>	269
42	<b>ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT GỠ ĐÀU DƯỚI HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN BẰNG KỸ THUẬT ÍT XÂM LẤN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023</b> <i>Nguyễn Minh Hải, Nguyễn Kim Quang, Trần Văn Dũng, Nguyễn Huỳnh Gia Phú</i>	274
43	<b>GIÁ TRỊ CHẨN ĐOÁN CỦA ĐAO ĐỘNG XUNG KÝ (IOS) TRÊN BỆNH PHỔI TẮC NGHẽn MẠN TÍNH TẠI BVĐKTT AN GIANG NĂM 2023</b> <i>Nguyễn Thị Nhiệm, Trần Thế Hải, Nguyễn Thiện Tuấn, Nguyễn Thanh Hòa</i>	283
44	<b>KẾT QUẢ CAN THIỆP NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG XÉT NGHIỆM HÓA SINH BẰNG CÔNG CỤ SIX SIGMA VÀ CHỈ SỐ MỤC TIÊU CHẤT LƯỢNG TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG NĂM 2023</b> <i>Nguyễn Thị Minh Hiếu, Phạm Lê Thị Kim Anh, Trần Thị Thùy Linh, Phạm Thanh Trúc</i>	290
45	<b>KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT MẢNH GHÉP HOÀN TOÀN NGOÀI PHỨC MẠC ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN</b> <i>Lê Huy Cường, Nguyễn Thành Phúc, Hồ Nguyễn Hoàng, Trần Nguyễn Quang Trung</i>	300
46	<b>KẾT QUẢ TUÂN THỦ THỰC HÀNH KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN PHÒNG NGỪA VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI CÁC ĐƠN VỊ HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023</b> <i>Phạm Hòa Lợi, Nguyễn Kim Chi Trần Thanh Tâm, Phùng Quyên Phương</i>	307

47	<b>KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM VÀ PHÂN TÍCH SỰ HÌNH THÀNH TÍN HIỆU PHẢN VỆ LIÊN QUAN ĐẾN KHÁNG SINH CEFTRIAZONE TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023</b> <i>Nguyễn Minh Loan, Dương Khánh Ngọc, Lê Hoàng Vũ, Phan Huỳnh Kim Trang</i>	313
48	<b>KHẢO SÁT MÔ HÌNH BỆNH TẬT CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023</b> <i>Phạm Thị Huệ, Nguyễn Thị Phương Linh Lê Văn Danh, Nguyễn Ngọc Thanh Mai</i>	320
49	<b>KHẢO SÁT VI KHUẨN VÀ KHÁNG SINH ĐỒ TRONG NHIỄM KHUẨN DO RĂNG TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG 2023.</b> <i>Bùi Thanh Nghị, Trần Thị Thủy Tiên, Mai Ngọc Hiếu, Lâm Thị Ngọc</i>	328
50	<b>NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA DỊ HÌNH VÁCH NGĂN MŨI Ở BỆNH NHÂN VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH</b> <i>Ngô Vương Mỹ Nhân, Phùng Khánh Quyên, Phạm Thị Ánh Ngọc, Nguyễn Xuân Chinh</i>	333
51	<b>NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM XOANG HÀM MẠN TÍNH MỘT BÊN TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG</b> <i>Ngô Vương Mỹ Nhân, Lê Tường Vi, Huỳnh Thu Trang, Huỳnh Hữu Tân</i>	340
52	<b>NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HOẠI THỦ FOURNIER TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2022 – 2023</b> <i>Trần Đức Anh, Huỳnh Quốc Mến, Nguyễn Trọng Tuệ, Bùi Duy Lễ</i>	348
53	<b>NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC NGOẠI KHOA BVĐKTT AN GIANG</b> <i>Nguyễn Duy Tân, Lê Hồ Tiến Phương, Nguyễn Minh Tâm, Lê Nguyễn Quang Thái</i>	358
54	<b>NGHIÊN CỨU MÔ HÌNH BỆNH TẬT THEO ICD – 10 CỦA BỆNH NHÂN NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2022 - 2023</b> <i>Tạ Hoàng Thanh Phụng, Trần Văn Lôi, Nguyễn Quang Trình, Phan Văn Đức Bảo</i>	362
55	<b>NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP CHẤN THƯƠNG XUYÊN CHỌT NHẪN CẦU KÈM THEO DỊ VẬT NỘI NHẪN</b> <i>Lê Thị Thanh Trúc</i>	372
56	<b>PHÂN TÍCH CHI PHÍ Y TẾ TRỰC TIẾP TRONG ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 CHO NGƯỜI BỆNH CÓ BẢO HIỂM Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2022</b> <i>Nguyễn Hà Thục Vân, Đinh Thị Thuỳ Trang, Tô Thị Lệ Dung, Hà Thị Nhứt Tâm</i>	376

57	<b>PHÂN TÍCH VI SINH VÀ TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI TẠI KHOA NỘI TỔNG HỢP BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023</b> <i>Huỳnh Ngọc Hoàn Mỹ, Nguyễn Hoàng Yến Nhi, Nguyễn Duy Toàn, Nguyễn Hữu Lộc</i>	382
58	<b>SO SÁNH HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐAU THẮT LƯNG GIỮA NSAIDS VÀ ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP CHIẾU ĐÈN HỒNG NGOẠI TRÊN BỆNH NHÂN THOÁI HOÁ CỘT SỐNG THẮT LƯNG</b> <i>Lê Hồ Bảo Châu, Nguyễn Thị Xuân Huỳnh Khoa Nội tổng hợp - Trung tâm Y tế Thị xã Tịnh Biên</i>	387
59	<b>THỰC TRẠNG PHÁT SINH VÀ CÁC GIẢI PHÁP CAN THIỆP GIẢM THIỂU CHẤT THẢI RẮN Y TẾ TẠI CÁC KHOA TRỌNG ĐIỂM CỦA BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023</b> <i>Phạm Hòa Lợi, Nguyễn Duy Khánh Phạm Thị Phương Thùy, Trần Phan Thanh Vân</i>	392
60	<b>THỰC TRẠNG SƠ CỨU VÀ VẬN CHUYỂN BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG CƠ QUAN VẬN ĐỘNG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG 2020-2021</b> <i>Võ Ngọc Toàn, Trần Phương Minh, Nguyễn Thị Ngọc Lam, Trần Thị Kim Tuyền</i>	401
61	<b>THỰC TRẠNG SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN HUYẾT VÀ SỐC NHIỄM KHUẨN TẠI KHOA HSTC – CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023</b> <i>Lâm Võ Hùng, Nguyễn Minh Loan, Nguyễn Hoàng Em, Tô Phương Toàn</i>	408
62	<b>THỰC TRẠNG SỬ DỤNG VẬT TƯ Y TẾ TIÊU HAO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023</b> <i>Lý Quốc Quân, Nguyễn Quang Trình, Ngô Thị Kiều Dung, Ngô Thị Lệ Hằng</i>	415
63	<b>TỈ LỆ NHIỄM VÀ MỨC ĐỘ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA E.COLI TRÊN BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT TẠI BỆNH VIỆN ĐA TRUNG TÂM AN GIANG TỪ THÁNG 01/2023 ĐẾN THÁNG 06/2023.</b> <i>Nguyễn Thị Xuân, Nguyễn Thị Thúy Hồng Võ Thị Mỹ Hạnh, Châu Ngọc Thanh Trúc</i>	421
64	<b>ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH HỌC VÀ GIÁ TRỊ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH 160 LÁT CẮT Ở BỆNH NHÂN BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH MẠN TẠI BVĐKTT AN GIANG NĂM 2023</b> <i>Lê Tấn Đạt, Dương Phước Hậu Bùi Hoàng Phương Linh, Lê Nguyễn Trường Tường</i>	429
65	<b>ĐIỀU DƯỠNG</b>	437

66	<b>CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM</b> <i>Trần Thị Bé Thì, Võ Thị Mỹ Hợp, Phan Văn Bé, Ngô Thị Kiều Dung</i>	438
67	<b>ĐÁNH GIÁ HOẠT ĐỘNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE CHO NGƯỜI BỆNH CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023</b> <i>Phạm Thị Hoàng, Nguyễn Thị Phi Yến, Nguyễn Thị Kim Nguyệt, Lê Thị Bảo Trân</i>	444
68	<b>ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT TẠI KHOA NGOẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG</b> <i>Phạm Hoàng Nam, Hà Thị Minh Thư Thị Bích Vân, Phan Thị Thúy Vân</i>	452
69	<b>ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG LOÉT DO TỖ ĐÈ VÀ KẾT QUẢ CHĂM SÓC TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023</b> <i>Phan Đăng Khoa, Huỳnh Thị Huyền Trang, Lý Quốc Quân, Võ Kim Nguyên</i>	460
70	<b>ĐÁNH GIÁ TUÂN THỦ QUY TRÌNH LÀM SẠCH BAN ĐẦU DỤNG CỤ CỦA ĐIỀU DƯỠNG BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN</b> <i>Nguyễn Duy Tân, Phạm Hòa Lợi, Lê Thị Tuyết Anh, Nguyễn Thị Thu Nguyệt</i>	471
71	<b>KHẢO SÁT NHẬN THỨC VỀ LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA NỘI TIÊU HÓA HUYẾT HỌC BVĐKTT AN GIANG NĂM 2023</b> <i>Bùi Thị Thanh Trúc, Bùi Thị Thúy Vi, Nguyễn Trung Nhì, Nguyễn Thị Diệp Trinh</i>	478
72	<b>KHẢO SÁT TỶ LỆ VIÊM TĨNH MẠCH TẠI VỊ TRÍ SAU ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH NGOẠI VỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023</b> <i>Võ Thị Kim Thoa, Phan Đăng Khoa, Đỗ Minh Thái, Nguyễn Thuỳ Kim Hoàng</i>	486
73	<b>KIẾN THỨC TRƯỚC MỒ VIÊM RUỘT THỪA CỦA NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG 2023</b> <i>Bùi Lê Huy Hoàng, Huỳnh Ngọc Nhân Phan Huỳnh Minh Thư, Ôn Thị Tuyết Mai</i>	495
74	<b>KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH SỬ DỤNG THUỐC ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP CỦA BỆNH NHÂN BỊ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI KHOA TIM MẠCH LÃO HỌC BVĐKTTAN GIANG NĂM 2023</b> <i>Nguyễn Trọng Nhân, Nguyễn Quốc Trung, Đỗ Thị Ngọc Thường, Nguyễn Thị Nhớ</i>	500

75	<b>KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH TỰ CHĂM SÓC CỦA NGƯỜI BỆNH SUY TIM MẠCH TẠI KHOA TIM MẠCH LÃO HỌC BVĐKTT AN GIANG NĂM 2023</b> <i>Phan Thị Mỹ Nhân, Lý Thanh Đông, Nguyễn Thanh Phương, Nguyễn Văn Trí</i>	512
76	<b>NGHIÊN CỨU TỶ LỆ ĐỒNG NHIỄM HCV VÀ KIẾN THỨC VỀ BỆNH VIÊM GAN C TRÊN BỆNH NHÂN HIV/AIDS TẠI PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ HIV BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023</b> <i>Phạm Hữu Kiệt, Nguyễn Thị Trúc Loan, Phạm Thanh Hải, Võ Thị Kim Oanh</i>	522
77	<b>SÁNG KIẾN</b>	528
78	<b>SÁNG KIẾN TRONG QUI TRÌNH KỸ THUẬT ĐO LƯU HUYẾT NÃO (REG)</b> <i>Nguyễn Thanh Hòa, Nguyễn Thị Nhiệm</i>	529
79	<b>ỨNG DỤNG CẢI TIẾN VẬT TƯ TRONG KỸ THUẬT BƠM THUỐC CÁN QUANG</b> <i>Nguyễn Lễ Trường Tường</i>	533
80	<b>SÁNG KIẾN CẢI TIẾN CHẾ LẠI BỘ DÂY ĐIỆN CỰC ĐO ĐIỆN TIM MONITOR THEO DÕI BỆNH NHÂN</b> <i>Tô Hiếu Nghĩa</i>	539
81	<b>TÁI SỬ DỤNG MÚT XÓP ĐỂ ĐỂ HOÀN THIỆN HỆ THỐNG VẬN CHUYỂN MẪU</b> <i>Nguyễn Thị Thơ</i>	541
82	<b>“ĐÈN BÁO GIAO THÔNG” TÍN HIỆU CẢNH BÁO KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG TẠI KHOA NỘI THẬN – TIẾT NIỆU BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG</b> <i>Huyền Thị Mai Phan</i>	543
83	<b>CẢI TIẾN PHIẾU THEO DÕI LỘC MÁU ĐỊNH KỲ TRONG CHẠY THẬN NHÂN TẠO TẠI KHOA THẬN NHÂN TẠO BV ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG</b> <i>Nguyễn Chí Hiếu</i>	546
84	<b>SÁNG KIẾN SỬ DỤNG HÌNH ẢNH POSTER ĐỂ TƯ VẤN, HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ NGƯỜI NHÀ NỘI QUY ĐỊNH CỦA BỆNH VIỆN, CỦA KHOA VÀ TRANG THIẾT BỊ TRONG PHÒNG BỆNH KHI ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA TIM MẠCH LÃO HỌC</b> <i>Phan Thị Mỹ Nhân</i>	550
85	<b>HƯỚNG DẪN PHÒNG NGỪA VÀ BÀI TẬP CHO BỆNH NHÂN ĐAU LƯNG TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG</b> <i>Nguyễn Thị Ngọc Hà</i>	554
86	<b>SÁNG KIẾN KHẮC PHỤC RÒ RỈ KHÍ HỆ THỐNG KHÍ TRUNG TÂM</b> <i>Phạm Văn Hào</i>	558
87	<b>SỬ DỤNG HỆ THỐNG ÂM THANH PHỐI HỢP TRỊ LIỆU ÂM NHẠC CHO BỆNH NHÂN TÂM THẦN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG</b> <i>Nguyễn Hương Bảy</i>	560

88	<b>ÁP DỤNG PHƯƠNG PHÁP 5S TRONG CÔNG TÁC QUẢN LÝ THUỐC TỬ TRỰC</b> <i>Huỳnh Ngọc Nhân</i>	564
89	<b>TRA CỨU KẾT QUẢ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH BẰNG QR CODE THÔNG QUA HỆ THỐNG PACS TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG</b> <i>Trần Hoàng Thông</i>	567
90	<b>CẢI TIẾN QUẢN LỒ TRONG NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI PHÒNG NỘI SOI TIÊU HÓA BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023</b> <i>Bùi Thị Thanh Trúc</i>	570
91	<b>ỨNG DỤNG CÔNG CỤ GOOGLE SHEETS ĐỂ THEO DÕI TIẾN ĐỘ CÔNG VIỆC TẠI PHÒNG ĐIỀU DƯỠNG BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG</b> <i>Võ Thị Kim Thoa</i>	573
92	<b>CẢI TIẾN THÙNG NGÂM DỤNG CỤ THAY BẰNG TRÊN XE ĐA NĂNG TẠI KHOA CHẨN THƯƠNG CHÍNH HÌNH BVĐKTT AN GIANG</b> <i>Huỳnh Phi Vân</i>	579
93	<b>ỨNG DỤNG GOOGLE DRIVE TRONG CÔNG TÁC BÁO CÁO NHÂN SỰ ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG</b> <i>Phan Đăng Khoa</i>	588
94	<b>ỨNG DỤNG GOOGLE TRANG TÍNH QUẢN LÝ BUỒNG BỆNH VÀ PHÂN CÔNG ĐIỀU DƯỠNG CHĂM SÓC HÀNG NGÀY</b> <i>Phạm Hoàng Nam</i>	592
95	<b>ỨNG DỤNG MẠNG ZALO GROUP GIẢI PHÁP CẢI TIẾN TRONG SINH HOẠT CHUYÊN MÔN VÀ BÌNH HỒ SƠ CHĂM SÓC CẤP KHOA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG</b> <i>Phạm Thị Hoàng</i>	595
96	<b>ỨNG DỤNG VIDEO CLIP VÀO BUỔI HỌP HỘI ĐỒNG NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH TÍCH CỰC NGOẠI KHOA BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG</b> <i>Trần Thị Bé Thì</i>	599

# **NỘI KHOA**



# ÁP DỤNG THANG ĐIỂM PSQI ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ NĂM 2023 BỆNH NHÂN TẠI BIẾN MẠCH MÁU NÃO TẠI PHÒNG KHÁM NỘI THẦN KINH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Lâm Ngọc Cẩm, Nguyễn Thị Hằng,  
Lê Thị Nguyệt Hà, Nguyễn Thị Nga

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Giấc ngủ kém gây nhiều ảnh hưởng đến sức khỏe, tâm lý làm giảm chất lượng cuộc sống, ảnh hưởng hiệu quả điều trị bệnh chính. Giấc ngủ kém sau tai biến mạch máu não (TBMMN) là tình trạng rất hay gặp khiến sức khỏe ngày càng giảm sút, khó phục hồi được thể chất.

**Mục tiêu:** Đánh giá chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân TBMMN, tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả 204 bệnh nhân TBMMN khám lần đầu tại phòng khám Nội thần kinh bệnh viện ĐKTT An Giang, từ tháng 2 đến tháng 10 năm 2023. Dữ liệu thu thập bằng bộ câu hỏi Chỉ số Chất lượng Giấc ngủ Pittsburgh (PSQI) để đánh giá CLGN. CLGN kém được định nghĩa là điểm PSQI > 5.

**Kết quả:** Tỷ lệ CLGN kém là 88%, Điểm trung bình PSQI của nghiên cứu là  $12,17 \pm 4,1$  điểm, thời lượng ngủ trung bình mỗi đêm là 4 giờ 45 phút, CLGN kém có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nơi cư trú, tình trạng hôn nhân và sự hài lòng về kinh tế của đối tượng nghiên cứu ( $p < 0,05$ ). Bệnh nhân mắc bệnh chuyển hóa có CLGN với  $OR = 2,6$  (CI 95%: 1,1-6,3,  $p = 0,03$ ), bệnh nhân kèm theo bệnh về tiết niệu có CLGN với  $OR = 3,5$  (CI 95%: 1,2-10,7,  $p = 0,02$ ).

**Kết luận:** Nhiều yếu tố liên quan đến CLGN cần được quan tâm và xử lý kịp thời để bệnh nhân TBMMN hồi phục được sức khỏe thể chất lẫn tinh thần, sớm hòa nhập cộng đồng.

**Từ khóa:** Chất lượng giấc ngủ, thang đo chất lượng giấc ngủ PSQI, TBMMN.

## ABSTRACT

### APPLICATION PSQI SCALE TO ASSESS SLEEP QUALITY PATIENTS WITH STROKE AT THE NEUROLOGY CLINIC OF AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2023

**Background:** Poor sleep has many effects on health and psychology, reduces quality of life, and affects the effectiveness of treatment for major diseases. Poor sleep after a stroke is a very common condition that causes health to deteriorate.

**Objectives:** To evaluate sleep quality in stroke patients and its associated factors.

**Methods:** We conducted a cross-sectional survey in January 2023 to October 2023 and recruited 204 stroke patients at neurology clinic. Face to face interviews that used the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) questionnaire to assess the sleep quality of the participants. Poor sleep quality was defined as a PSQI score > 5.

**Results:** The prevalence of poor sleep quality is 88%, the mean PSQI score is  $12,17 \pm 4,1$ . the mean sleep duration is 4 hours and 45 minutes. Poor sleep quality had a statistically significant association with place of residence, marital status, and economic satisfaction, metabolic disease, and urinary disease. Patients with metabolic diseases there are CLGN with  $OR = 2,6$  (CI 95%: 1,1-6,3,  $p = 0,03$ ), patients with urinary diseases there are CLGN with  $OR = 3,5$  (CI 95%: 1,2-10,7,  $p = 0,02$ ).

**Conclusions:** There are many factors related to quality of sleep that need to be paid attention to and handled promptly so that stroke patients can recover their physical and mental health and integrate into the community soon.

**Key words:** sleep quality, PSQI scale, stroke

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng giấc ngủ (CLGN) là sự hài lòng của một người sau khi trải qua giấc ngủ, được đánh giá nhiều qua các khía cạnh như việc bắt đầu ngủ, duy trì giấc ngủ, thời gian ngủ và tình trạng sức khỏe khi thức giấc. Rối loạn giấc ngủ làm ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ, chất

lượng sống và là một yếu tố thúc đẩy đến một số bệnh lý khác hoặc giấc ngủ kém là hậu quả của một bệnh cơ thể. Các rối loạn giấc ngủ gây ra một số ảnh hưởng tiêu cực thường thấy như buồn ngủ vào ban ngày, mệt mỏi, ảnh hưởng sự tỉnh táo, tập trung và suy giảm nhận thức, suy giảm hệ miễn dịch, tăng nguy cơ bệnh lý tim mạch, tăng nguy cơ té ngã và gãy xương, tăng tỷ lệ tai nạn và tử vong, sa sút sức khỏe tinh thần. Trên lâm sàng, chất lượng giấc ngủ vẫn chưa được quan tâm đúng mức[8]. Hiện còn ít nghiên cứu về chất lượng giấc ngủ ở Việt Nam được công bố, giấc ngủ kém sau tai biến mạch máu não (TBMMN) là tình trạng rất nhiều người gặp phải khiến sức khỏe ngày càng giảm sút. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mô tả rõ hơn về đặc điểm chất lượng giấc ngủ của những bệnh nhân tai biến mạch máu não đến khám tại phòng khám Nội thần kinh – Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang với hai mục tiêu: Mô tả các đặc điểm giấc ngủ của bệnh nhân bằng thang điểm PSQI và đánh giá các yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ.

## **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 ước lượng một tỉ lệ, dựa trên trị số mong muốn của tỉ lệ theo nghiên cứu Khazaei S tỉ lệ giấc ngủ kém ở bệnh nhân đột quy não là 84% (CI 95%: 0,75 -0,91)[9]. Cỡ mẫu cần ít nhất 105 người. Trong nghiên cứu chúng tôi thực hiện trên 204 bệnh nhân.

### **2.3. Đối tượng:**

Bệnh nhân đã được chẩn đoán TBMMN lần đầu đến khám bệnh tại phòng khám Nội thần kinh.

#### **2.3.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu:**

Bệnh nhân đến khám bệnh lần đầu tại phòng khám Nội thần kinh và đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### **2.3.2. Tiêu chuẩn loại trừ:**

Bị rào cản bởi ngôn ngữ, giao tiếp và không hoàn thành hết cuộc phỏng vấn.

### **2.4. Địa điểm:**

Phòng khám Nội thần kinh

### **2.5. Cách tiến hành:**

Phỏng vấn bằng thang đo chỉ số chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (PSQI). Thang đo chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (PSQI): Thang đo chất lượng giấc ngủ – Pittsburgh Sleep Quality Index - PSQI được đề nghị sử dụng cả trong thực hành lâm sàng. 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 (tỷ 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 lớn hơn 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% (Kappa = 0,75, p <0,001)[4].

### **2.6. Xử lý số liệu:**

Phần mềm SPSS 20.0

### **2.7. Đo lường các biến:**

Các biến định lượng được viết dưới dạng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn, Các biến phân loại được mô tả dưới dạng tần số, tỷ lệ %.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Thành phần	Tần số	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	123	60,3
	Nữ	81	39,7
Nghề nghiệp	1. Công nhân viên chức/NVVP	29	14,2
	2. Công nhân/Nông dân	45	22,1
	3. Buôn bán	21	10,3
	4. Thất nghiệp/Hưu trí/Nội trợ	71	34,8
	5. Tự do khác	38	18,6
Địa chỉ	1. Nông Thôn	104	51,0
	2. Thành Thị	100	49,0
Hôn nhân	Độc thân	16	7,8
	Kết hôn	138	67,6
	Ly hôn/góa	50	24,5
Kinh tế	Bình thường	107	52,5
	Hài lòng	75	36,8
	Không hài lòng	22	10,8
Tuổi trung bình $57,52 \pm 13,24$ tuổi			

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu**

**Nhận xét:** Tuổi trung bình  $57,52 \pm 13,24$  tuổi, có 123 bệnh nhân là nam chiếm tỷ lệ 60,3%. Đối tượng Thất nghiệp/hưu trí/nội trợ chiếm tỷ lệ cao nhất, nơi cư trú tương đương nhau giữa nông thôn và thành thị, 52,5% đánh giá kinh tế bình thường, 10,8% không hài lòng về kinh tế, 67,6% đối tượng hiện đang có vợ hoặc chồng.

Đặc điểm chất lượng giấc ngủ của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.2 Chất lượng giấc ngủ chủ quan và chất lượng giấc ngủ được đánh giá theo thang điểm PSQI**

Chất lượng giấc ngủ		Tỷ lệ %
Chất lượng giấc ngủ chủ quan	Rất tốt	12,7%
	Khá tốt	31,3%
	Khá kém	42,8%
	Rất kém	13,2%
Chất lượng giấc ngủ theo PSQI	Tốt	12%
	kém	88%

**Nhận xét:** Giấc ngủ do bệnh nhân tự đánh giá có 44% cho thấy giấc ngủ khá và khá tốt. Có 56% bệnh nhân tự đánh giá giấc ngủ kém. Tỷ lệ giấc ngủ kém sau khi được đánh giá chi tiết bằng thang điểm PSQI là 88%.

**3.2 Đặc điểm chất lượng giấc ngủ theo thang điểm PSQI**  
**Bảng 3.3. Độ trễ khi ngủ, thời lượng ngủ, thời điểm đi ngủ, thời điểm thức dậy**

	Độ trễ khi ngủ	Thời lượng ngủ	Thời điểm đi ngủ	Thời điểm thức dậy/ thức giấc
<b>Giá trị TB</b>	39,03	4,76	21,60	3,08
<b>Độ lệch chuẩn</b>	25,14	1,63	1,13	1,65
<b>Giá trị lớn nhất</b>	120	7,5	23,75	9
<b>Giá trị nhỏ nhất</b>	3	0,75	18	1

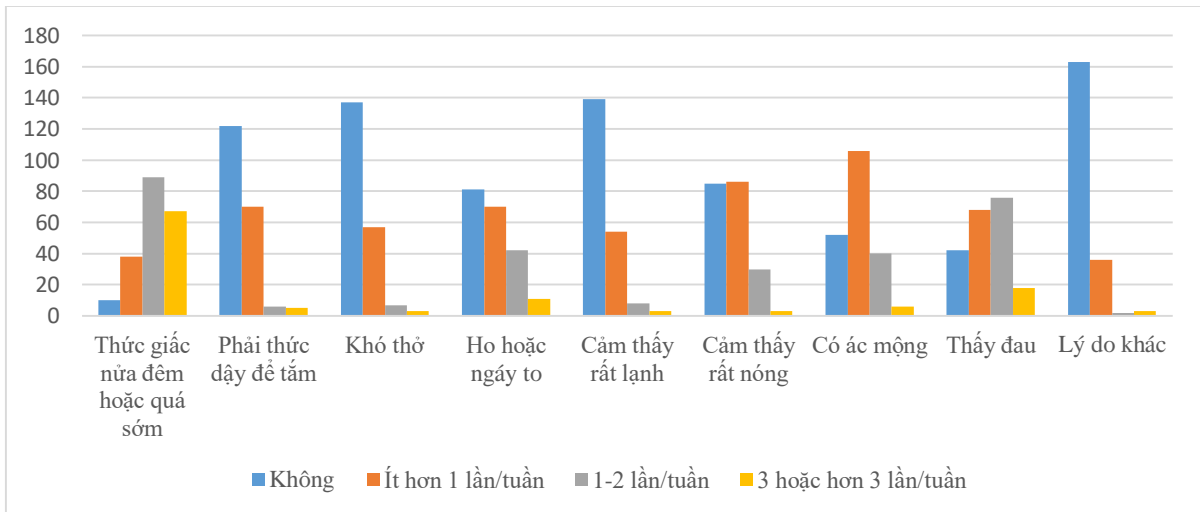
**Nhận xét:** Độ trễ khi ngủ trung bình là 39 phút, dài nhất là 120 phút và ngắn nhất là 3 phút. Thời lượng ngủ trung bình mỗi đêm là 4 giờ 45 phút, dài nhất là 7 giờ 30 phút, ngắn nhất là 45 phút. Đối tượng nghiên cứu thường dậy trung bình vào khoảng 3 giờ sáng, sớm nhất là 1 giờ sáng, với thời điểm đi ngủ trung bình vào lúc 21 giờ 35 phút.

**Bảng 3.4. Điểm PSQI và số lần bị TBMMN**

Số lần bị TBMMN	Số bệnh nhân	PSQI Trung bình	Độ lệch chuẩn	p
<b>01 lần</b>	148	10,92	4,11	0,02
<b>2 lần trở lên</b>	55	14,38	3,54	
<b>Chung</b>	204	11,87	4,23	

**Nhận xét:** Bệnh nhân TBMMN 02 lần trở lên có chất lượng giấc ngủ kém hơn so với bệnh nhân bị TBMMN 01 lần với điểm PSQI lần lượt là  $14,38 \pm 3,5$  và  $10,92 \pm 4,1$  điểm với  $p < 0,05$ .

**3.3 Các yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ của đối tượng nghiên cứu**  
**3.3.1 Các yếu tố gây ảnh hưởng đến giấc ngủ trong thang điểm PSQI**



**Hình 3.1 Các yếu tố ảnh hưởng đến giấc ngủ**

**Nhận xét:** Thức giấc nửa đêm hay thức quá sớm là vấn đề thường gặp nhất ở các bệnh nhân. Một số trong số họ cảm thấy đau đây là triệu chứng hay gặp ở bệnh nhân TBMMN, gặp ác mộng và ho hay ngứa to cũng ảnh hưởng đến giấc ngủ.

### 3.3.2 Các yếu tố khác liên quan đến chất lượng giấc ngủ

**Bảng 3.5. Các yếu tố xã hội liên quan giấc ngủ**

Đặc điểm	Thành phần	Tần số	Tỷ lệ	Chất lượng giấc ngủ theo PSQI		P
				Kém	Tốt	
Tuổi	Nhóm tuổi $\geq 60$	104	51	96 (92,3%)	8 (7,7%)	0,04
	Nhóm tuổi $< 60$	100	49	83 (83%)	17 (17%)	
Địa chỉ	1. Nông Thôn	104	51,0	96 (53,6%)	8 (32%)	0,04
	2. Thành Thị	100	49,0	83 (40,7%)	17 (8,3%)	
Hôn nhân	Độc thân	16	7,8	14 (87,5%)	2 (12,5%)	0,04
	Kết hôn	138	67,6	116 (84,1%)	22 (15,9%)	
	Ly hôn/ góa	50	24,5	49 (98%)	1 (2%)	
Kinh tế	Bình thường	107	52,5	102 (95,3%)	5 (4,7%)	0,001
	Hài lòng	75	36,8	56 (74,7%)	19 (25,3%)	
	Không hài lòng	22	10,8	21 (95,5%)	1 (4,5%)	

**Nhận xét:** CLGN kém có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tuổi, nơi cư trú, tình trạng hôn nhân và sự hài lòng về kinh tế của đối tượng nghiên cứu ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.6. Chất lượng giấc ngủ và các bệnh nền khác**

Bệnh nền khác		OR	95 %CI	P
Chuyển hóa	Có	2,57	1,05-6,26	0,03
	Không	1		
Hô hấp	Có	1,66	0,54-5,1	0,37
	Không	1		
Tim mạch	Có	0,60	0,19-1,85	0,37
	Không	1		
Tiết niệu	Có	3,53	1,16-10,72	0,02
	Không	1		
Thính giác	Có	0,9	0,89-0,96	0,16
	Không	1		

**Nhận xét:** CLGN kém có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với các vấn đề chuyển hóa và tiết niệu ( $p < 0,05$ ).

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1 Chất lượng giấc ngủ của đối tượng nghiên cứu

Điểm trung bình PSQI của nghiên cứu là  $12,17 \pm 4,1$  điểm. Tỷ lệ chất lượng giấc ngủ kém trong nghiên cứu là 88%, cao hơn tỷ lệ ngủ kém trong nghiên cứu của Khazaei S ở những bệnh nhân này là 84% [9]. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của của Dasdemir Ilkhan G, với điểm trung bình PSQI trong nghiên cứu của tác giả là  $8,33 \pm 4,16$ , hầu hết người tham gia nghiên cứu có chất lượng giấc ngủ kém với 83,5% [6]. Bệnh nhân TBMMN 02 lần trở lên có chất lượng giấc ngủ kém hơn so với bệnh nhân bị TBMMN 01 lần với điểm PSQI lần lượt là  $14,38 \pm 3,5$  và  $10,92 \pm 4,1$  điểm với  $p < 0,05$ . Có sự khác biệt này là do phương pháp đánh giá rối loạn giấc ngủ, dân số nghiên cứu khác nhau, sự khác biệt giữa các nhóm tuổi của bệnh nhân cũng là một trong những nguyên nhân dẫn đến khác biệt so với các nghiên cứu khác.

Độ trễ khi ngủ trung bình là 39 phút, dài nhất là 120 phút và ngắn nhất là 3 phút. Thời gian chờ ngủ trên 30 phút trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 59,4%. Kết quả này có cao hơn với nghiên cứu của tác giả Son J hầu hết các đối tượng có thời gian chờ ngủ trên 30 phút chiếm đến 40,3% [10]. Thời lượng ngủ trung bình mỗi đêm là 4 giờ 45 phút, dài nhất là 7 giờ 30 phút, ngắn nhất là 45 phút. Tương đương trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuấn thời lượng ngủ trung bình của bệnh nhân là  $5,0 \pm 1,9$  giờ [3]. Thời gian chờ ngủ của người Việt Nam dài hơn, trong khi thời gian ngủ được mỗi đêm lại ít hơn. Thời gian chờ ngủ dài liên quan đến việc người cao tuổi thường đi ngủ theo thói quen chứ không phải vì buồn ngủ. Nhiều người cao tuổi hay nhầm lẫn cảm giác mệt mỏi với cảm giác buồn ngủ vì vậy thời gian đi ngủ thường

rất sớm hơn. Đối tượng nghiên cứu thường dậy trung bình vào khoảng 3 giờ sáng, sớm nhất là 1 giờ sáng, với thời điem đi ngủ trung bình vào lúc 21 giờ 35 phút.

#### **4.2 Các yếu tố liên quan chất lượng giấc ngủ**

Trong các vấn đề gây gián đoạn giấc ngủ, triệu chứng thường gặp nhất là thức giấc nửa đêm hay thức quá sớm, họ cảm thấy đau, gập ác mộng và ho hay ngáy to cũng ảnh hưởng đến giấc ngủ. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuấn, 3 vấn đề thường gặp là tỉnh dậy lúc nửa đêm hoặc quá sớm vào buổi sáng, thức dậy đi vệ sinh và không thể ngủ lại được trong vòng 30 phút chiếm tỷ lệ lần lượt là 92,5%, 92,2% và 88,2%[3]. Sự khác biệt này là do triệu chứng đau thường gặp ở bệnh nhân sau TBMMN, lý do khác có thể là các vùng não bị tổn thương sau đột quỵ xử lý các đặc điểm khác nhau về chất lượng giấc ngủ như vùng hệ thống lưới thân não và vùng dưới đồi.

CLGN kém có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tuổi, nơi cư trú, tình trạng hôn nhân và sự hài lòng về kinh tế của đối tượng nghiên cứu ( $p < 0,05$ ). Các yếu tố này cũng tương đương trong nghiên cứu của tác giả Mỹ Châu, CLGN có liên quan có ý nghĩa thống kê với học vấn ( $p < 0,001$ ) và tình trạng hôn nhân ( $p = 0,01$ )[1]. Nơi cư trú, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp thu nhập đóng vai trò quan trọng trong vấn đề giấc ngủ. Bệnh nhân không có thu nhập ổn định, kinh tế chịu sự phụ thuộc vào người thân cho thấy chất lượng giấc ngủ kém hơn nhiều nhóm bệnh nhân khác. Với tình trạng hôn nhân, các bệnh nhân đã li hôn/góa bụa có chất lượng giấc ngủ kém nhất. Kết quả nghiên cứu trên tương tự như các nghiên cứu khác ở Đài Loan[5].

Bệnh nhân mắc các bệnh chuyển hóa có CLGN với  $OR = 2,57$  (CI 95%: 1,05-6,26,  $p = 0,03$ ), điều này cũng thấy ở nghiên cứu của tác giả Hà Hoa là bệnh nhân có bệnh đái tháo đường có CLGN kém hơn với  $OR = 3,6$ [2]. Các yếu tố làm gián đoạn giấc ngủ của bệnh nhân hay gặp như bệnh thần kinh ngoại biên gây dị cảm, hạ đường huyết vào ban đêm, hội chứng chân không yên hay tiểu đêm.

Bệnh nhân có vấn đề về bệnh tiết niệu có CLGN kém với  $OR = 3,53$  (CI 95%: 1,16-10,72,  $p = 0,02$ ). Điều này cũng thấy trong nghiên cứu Doo SW Bệnh nhân tiểu đêm cho thấy tỷ lệ rối loạn giấc ngủ nặng cao hơn (74,1%) so với bệnh nhân không tiểu đêm (35,3%) ( $p < 0,01$ )[7]. Chất lượng giấc ngủ kém do tiểu đêm làm tăng mệt mỏi ban ngày và giảm mức độ hạnh phúc nói chung. Tiểu đêm ở bệnh nhân có thể do rối loạn chức năng cơ bàng quang sau TBMMN hoặc đồng thời gặp ở bệnh nhân suy tim là hậu quả của việc gia tăng hormone peptide natri lợi niệu, sử dụng các thuốc lợi tiểu, khả năng cô đặc nước tiểu kém ở bệnh nhân cao tuổi.

#### **V. KẾT LUẬN**

Tỷ lệ chất lượng giấc ngủ kém trong nghiên cứu là 88%. Thời lượng ngủ trung bình mỗi đêm là 4 giờ 45 phút. Thức giấc giữa đêm hay quá sớm là yếu tố làm gián đoạn giấc ngủ nhiều nhất. Có mối liên quan của CLGN kém với các yếu tố độ tuổi, nơi cư trú, tình trạng hôn nhân và sự hài lòng về kinh tế, với bệnh chuyển hóa và vấn đề tiết niệu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Mỹ Châu và cộng sự. Chất lượng giấc ngủ kém và các yếu tố liên quan ở phụ nữ 50-65 tuổi tại thành phố Vũng Tàu, năm 2020. Tạp chí Y học TPHCM. 2021;25:168-74.
2. Võ Thị Hà Hoa và cộng sự. Nghiên cứu chất lượng giấc ngủ của người cao tuổi có nguy cơ chuyển hóa tim mạch tại thành phố Đà Nẵng. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam. 2023(93):229-36.
3. Nguyễn Văn Tuấn và cộng sự. Đặc điểm lâm sàng chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2021;145(9):45-54.
4. Buysse DJ, Reynolds CF, 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry research. 1989;28(2):193-213.
5. Chen HM, Clark AP, Tsai LM, Chao YF. Self-reported sleep disturbance of patients with heart failure in Taiwan. Nursing research. 2009;58(1):63-71.
6. Dasedmir Ilkhan G, Celikhisar H. The effect of incontinence on sleep quality in the elderly. International journal of clinical practice. 2021;75(5):e13965.
7. Doo SW, Lee HJ, Ahn J, Kim JH, Yun JH, Yang WJ, et al. Strong impact of nocturia on sleep quality in patients with lower urinary tract symptoms. The world journal of men's health. 2012;30(2):123-30.
8. Hofmeijer J, van Kaam R, Vermeer SE, van Putten M. Severely Disturbed Sleep in Patients With Acute Ischemic Stroke on Stroke Units: A Pilot Study. Frontiers in neurology. 2019;10:1109.
9. Khazaei S, Ayubi E, Khazaei M, Khazaei M, Afrookhteh G. Sleep Quality and Related Determinants among Stroke Patients: A Cross-Sectional Study. Iranian journal of psychiatry. 2022;17(1):84-90
10. Son J, Jung S, Song H, Kim J, Bang S, Bahn S. A Survey of Koreans on Sleep Habits and Sleeping Symptoms Relating to Pillow Comfort and Support. International journal of environmental research and public health. 2020;17(1):302.

# CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Tô Hồng Ánh, Đặng Trần Văn Anh  
Trương Văn Lâm, Nguyễn Thị Thơ

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), bệnh hô hấp mãn tính phổ biến nhất trên toàn thế giới, không chỉ dẫn đến suy giảm chức năng phổi và chất lượng cuộc sống liên tục mà còn trở thành gánh nặng kinh tế lớn cho cá nhân, gia đình và xã hội. mục tiêu: xác định các yếu tố nguy cơ bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính 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 01/2023 đến 10/2023

**Kết quả:** Trong nghiên cứu chúng tôi, có 53 bệnh nhân, tuổi trung bình  $62 \pm 1,3$ , tuổi thấp nhất 40, tuổi cao nhất 86, nam chiếm 79,2%, nữ chiếm 20,8%; các yếu tố nguy cơ như tiền sử hút thuốc lá (OR = 5,2; KTC 95%: 1,3- 11,32; P = 0,02), tiếp xúc với khói bụi (OR = 2,3; KTC 95%: 1,2-8,6; P = 0,04), và tiền sử lao phổi cũ (OR = 3,4; KTC 95%: 1,2-9,7; P = 0,02) là các yếu tố nguy cơ mắc bệnh COPD.

**Kết luận:** các yếu tố như tiền sử hút thuốc lá, có tiếp xúc khói bụi thường xuyên, tiền sử lao phổi cũ là những yếu tố nguy cơ độc lập COPD, có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,05$

**Từ khóa:** Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

## ABSTRACT

### RISK FACTORS OF CHRONIC OBSTRUCTION PULMONARY DISEASE AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL

**Background:** Obstructive obstructive disease (COPD), the most common chronic respiratory disease worldwide, not only leads to persistent decline in lung function and quality of life but also becomes a major economic burden. for individuals, families and society. Objective: Identify risk factors for chronic occlusion at An Giang central general hospital

**Methods:** All patients with chronic cough at the respiratory clinic - An Giang central general hospital during the period from January 2023 to October 2023

**Results:** In our study, there were 53 patients, average age  $62 \pm 1.3$ , lowest age 40, highest age 86, 79.2% of men, 20.8% of women; Risk factors such as smoking history (OR = 5.2; CI 95%: 1.3- 11.32; P = 0.02), exposure to dust (OR = 2.3; 95 %CI: 1.2-8.6; P = 0.04), and history of pulmonary tuberculosis (OR = 3.4; 95% CI: 1.2-9.7; P = 0.02) were risk factors for COPD.

**Conclusion:** factors such as smoking history, exposure to dust, and history of tuberculosis are independent risk factors for COPD, with statistical significance,  $p < 0.05$

**Keywords:** Obstructive obstructive disease

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), bệnh hô hấp mãn tính phổ biến nhất trên toàn thế giới, không chỉ dẫn đến suy giảm chức năng phổi và chất lượng cuộc sống liên tục mà còn trở thành gánh nặng kinh tế lớn cho cá nhân, gia đình và xã hội.[7].

Một số yếu tố nguy cơ của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) đã được công bố trong các công trình nghiên cứu ở trong và ngoài nước[2],[4],[9],[10]. Tại Việt Nam, các yếu tố nguy cơ này chưa được nghiên cứu đầy đủ. Do đó tiến hành đề tài này với mục tiêu: xác định các yếu tố nguy cơ bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

## II. ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân ho mạn tính tại phòng khám hô hấp- bệnh viện ĐKTTAG trong thời gian từ 01/2023 đến 10/2023.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân ho mạn tính chia 2 nhóm:
- Nhóm 1: bệnh nhân COPD
- Nhóm 2: Nhóm chứng: bệnh nhân không COPD



- Bệnh nhân Đồng ý tham gia nghiên cứu

### **2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia hoặc không hợp tác trong khi nghiên cứu

- Suy tim

### **2.2. Thiết kế nghiên cứu**

Mô tả cắt ngang có phân tích

### **2.3. Cơ mẫu**

Trong nghiên cứu chúng tôi chọn được 53 bệnh nhân

### **2.4. Nội dung nghiên cứu**

+ Định nghĩa COPD:

- Ho mạn tính: thường liên tục trong một ngày, ít khi về đêm.

Khạc đàm mạn tính.

- Khó thở: tiến triển tăng dần theo thời gian, tồn tại liên tục, tăng lên khi gắng sức và sau mỗi đợt nhiễm khuẩn hô hấp.

Tiền sử hút thuốc lá, Có tiếp xúc chất đốt sinh khói

- Đo Chức năng hô hấp: Đây là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định:  $FEV_1/FVC < 70\%$  sau dùng thuốc giãn phế quản.

+ Tìm hiểu các yếu tố nguy cơ:

- Tuổi:

- Giới tính: nam; nữ

- Nơi sinh sống: nông thôn hay thành thị

- Hút thuốc: có, không,

- Có tiếp xúc chất đốt sinh khói: đun bếp củi thường xuyên

- Lao phổi cũ: lao phổi đã điều trị theo đúng phác đồ

- BMI  $< 18,5 \text{ m}^2/\text{kg}$

### **2.5. 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

### **2.6. 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 22.0.

## **III. KẾT QUẢ**

### **3.1.Đặc điểm chung:**

Trong nghiên cứu chúng tôi, có 53 bệnh nhân, tuổi trung bình  $62 \pm 1,3$ , tuổi thấp nhất 40, tuổi cao nhất 86, nam chiếm 79,2%, nữ chiếm 20,8%, có 25/53 bệnh nhân COPD chiếm 47,2%.

### 3.2. Phân tích đơn biến các yếu tố nguy cơ COPD

**Bảng 3.1. Phân tích đơn biến các yếu tố nguy cơ COPD**

Các biến	OR*	KTC(95%)	P
Giới tính			
Nữ	1		
Nam	1,5	1,2-5,9	0,035
Nơi sống			
Thành thị			
Nông thôn	1,3	0,2-1,8	0,14
Hút thuốc			
Không	1		
Có	6,2	1,3-11,8	0,001
Có tiếp xúc khói bụi			
Không	1		
Có	3,4	1,2-1,6	0,03
Lao phổi cũ			
Không	1		
Có	4,6	1,1-25,1	0,01
Suy dinh dưỡng (BMI<18,5)			
Không	1		
Có	1,6	0,5-12,5	0,2

**Nhận xét:** giới tính nam, lao phổi cũ, hút thuốc lá, tiếp xúc khói bụi yếu tố nguy cơ có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$

### 3.3. Phân tích đa biến các yếu tố nguy cơ COPD

Những yếu tố có ý nghĩa thống kê, chúng tôi đưa vào phân tích đa biến các yếu tố nguy cơ, có kết quả bảng 3.2.

**Bảng 3.2. Phân tích đa biến các yếu tố nguy cơ COPD**

Các biến	OR*	KTC(95%)	P
Hút thuốc			
Không	1		
có	5,2	1,3-11,8	0,001
Lao phổi cũ			
không	1		
có	3,4	1,2-9,7	0,02
Có tiếp xúc khói bụi			
Không	1		
có	2,3	1,2-8,6	0,04

**Nhận xét:** phân tích đa biến biến cho thấy, các yếu tố nguy cơ COPD là có hút thuốc lá, lao phổi cũ, có tiếp xúc chất sinh khói có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,05$

### IV. BÀN LUẬN:

Trong nghiên cứu chúng tôi, có 53 bệnh nhân, tuổi trung bình  $62 \pm 1,3$ , tuổi thấp nhất 40, tuổi cao nhất 86, nam chiếm 79,2%, nữ chiếm 20,8%, có 25/53 bệnh nhân COPD chiếm 47,2%

Trong nghiên cứu chúng tôi, các yếu tố như có hút thuốc lá, có tiếp xúc chất sinh khói, lao phổi cũ, nam giới là những yếu tố nguy cơ COPD có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,05$

Trong nghiên cứu chúng tôi, những người hút thuốc có nguy cơ COPD cao gấp 5,2 lần so với những người không hút thuốc có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$  (OR = 5,2,  $p < 0,05$ ), cũng phù hợp nhiều tác giả, như Huỳnh Đình Nghĩa và công sự, nghiên cứu 2013, cho thấy bệnh nhân COPD có hút thuốc lá chiếm 62,5% [2], tác giả Nguyễn Thị Thu Thảo, cho thấy bệnh nhân bị COPD ở nhóm bệnh nhân hút thuốc lá chiếm tỉ lệ khá cao 84,2% [3], tác giả Fumitô K và công sự, nhóm người COPD có hút thuốc chiếm tỉ lệ cao 85% [6]. Tác giả Ngô Hoàng Khởi,

năm 2022, cho thấy hút lá nguy cơ COPD cao 2,7 lần so nhóm không hút thuốc [ 1 ], tác giả Adeloeye D và cộng sự, cho thấy nghiên cứu 169 bệnh nhân năm 2019, nhóm hút thuốc nguy cơ COPD cao gấp 3,2 lần so nhóm không hút (OR 3,2 ; khoảng tin cậy 95% là 2,5-4) [4].tác giả Zhang J, Perret JL và cộng sự, cho thấy, Trong khi hút thuốc liên tục có liên quan COPD cao gấp 1,8 lần ( OR = 1,81; 95% CI: 1,36-2,26;)[9], Chen H, Liu X, (năm 2021), cho thấy hút thuốc lá nguy cơ COPD cao 2,58 nhóm không hút thuốc (OR = 2,58; CI 95%: 2,00- 3,32; P <0,01) [5],điều này cũng phù hợp y văn thế giới[ 9],[10],[11].

Trong nghiên cứu chúng tôi, những người thường xuyên tiếp xúc khói bụi có nguy cơ COPD cao hơn 2,3 lần so nhóm bệnh nhân không tiếp xúc khói bụi, điều này cũng phù hợp một số nghiên cứu, như tác giả như Huỳnh Đình Nghĩa và cộng sự, nghiên cứu 2013, cho thấy bệnh nhân COPD có thường xuyên tiếp xúc khói bụi chiếm tỉ lệ cao 25% [2], tác giả Adeloeye D, Song P, Zhu Y và cộng sự, nghiên cứu 169 bệnh nhân năm 2019, nhóm hút thuốc nguy cơ COPD cao gấp 1,4 lần so nhóm không tiếp xúc khói bụi (OR 1,4 ; khoảng tin cậy 95% là [1-2]) [4].Tác giả Zhang J, Perret JL (2022), cũng cho thấy, nhóm người tiếp xúc khói bụi nguy cơ COPD cao hơn nhóm không tiếp xúc khói bụi [9], Chen H, Liu X, (năm 2021), cho thấy, tiếp xúc khói bụi nguy cơ COPD cao 1,65 nhóm không tiếp xúc khói bụi (OR= 1,65; 95%CI: 1,32-2,06; P <0,01)[5], điều này cũng phù hợp các tác giả khác[ 9],[10],[11].

Nghiên cứu chúng tôi, Lao phổi cũ có nguy cơ COPD cao gấp 3,4 so nhóm không lao phổi cũ, cũng phù hợp tác giả Huỳnh Đình Nghĩa [2].điều này phù hợp một số tác giả khác [4], [ 8 ], Những người lao phổi thường gây tổn thương xơ làm giãn phế nang ở cạnh tổ chức xơ, [7] Y văn thế giới hút thuốc lá, thuốc láo, tiếp xúc thường xuyên với khói bụi, lao phổi cũ là nguyên nhân chính gây COPD [7],[9],[10],[11].

#### V. KẾT LUẬN:

Các yếu tố như hút thuốc lá, có tiếp xúc khói bụi thường xuyên, lao phổi cũ là những yếu tố nguy cơ độc lập COPD, có ý nghĩa thống kê, p< 0,05

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

#### Tiếng Việt

1.Ngô Hoàng khởi và cộng sự,(2022), “ Tình trạng dinh dưỡng và yếu tố liên quan ở người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị ngoại trú tại bệnh viện huyện châu thành tỉnh hậu giang 2021-2022”, tạp chí y dược cần thơ, 52, tr 86-92.

2.Huỳnh Đình Nghĩa và cộng sự, 2013, “ Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện la và bệnh phổi tỉnh Dinh Dương”, *tạp chí y học TPHCM*,17(3),tr.190-195.

3.Nguyễn Thị Thu Thảo và cộng sự (2023). “tình hình, đặc điểm một số kiểu hình bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ngoài đợt cấp tại bệnh viện trường đại học y dược Cần Thơ” . *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 39, 192-198.

#### Tiếng Anh

4.Adeloeye D, Song P, Zhu Y(2022), “Global, regional, and national prevalence of, and risk factors for, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in 2019: a systematic review and modelling analysis.”;*PLoS One*.;10(5):447-458.

5.Chen H, Liu X, (2021)“Epidemiological evidence relating risk factors to chronic obstructive pulmonary disease in China: A systematic review and meta-analysis.”.*PLoS One*.;16(12):e0261692-97.

6.Fujimoto K et al (2006), Clinical analysis of Chronic obstructive Pulmonary disease Phenotypes Classified Using high – resolution Computed Tomography, *respirology* 11, P:731 – 740.

7.Global Initiative for Obstructive Lung Disease (2022), Global Initiative for Obstructive Lung Disease, <http://www.goldcopd.com>,

8.Higbee DH, Granell R 2022“Prevalence, risk factors, and clinical implications of preserved ratio impaired spirometry: a UK Biobank cohort analysis.”*Lancet Respir Med*. 2022 Feb;10(2):149-157.

9.Zhang J, Perret JL (2022)“Risk factors for chronic cough in adults: A systematic review and meta-analysis.”, *Dharmage SC.Respirology*.;27(1):36-47.

10.Zou J, Sun T “Distributions and trends of the global burden of COPD attributable to risk factors by SDI, age, and sex from 1990 to 2019: a systematic analysis of GBD 2019 data.”, *.Respir Res*;23(1):90-95

11.Yang IA, Jenkins CR(2022) “Chronic obstructive pulmonary disease in never-smokers: risk factors, pathogenesis, and implications for prevention and treatment.”;*PLoS One*.;10(5):497-511.

# CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG MỨC ĐỘ NẶNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Trương Văn Lâm, Lương Thị Kim Trinh  
Đương Thị Kim Cương, Nguyễn Thế Bảo

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCĐ) là một bệnh lý nhiễm trùng phổ biến và có tỷ lệ tử vong cao. VPMPCĐ mức độ nặng ngày càng tăng trong các báo cáo gần đây. Việc tìm hiểu các yếu tố nguy cơ VPMPCĐ mức độ nặng là hết sức hữu ích trong việc tiên lượng điều trị.

**Mục tiêu:** xác định các yếu tố nguy cơ viêm phổi mắc phải cộng đồng mức độ nặng tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

**Phương pháp nghiên cứu:** Một nghiên cứu Mô tả cắt ngang có phân tích trên các bệnh nhân được chẩn đoán VPMPCĐ lúc nhập viện được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. Các yếu tố nguy cơ độc lập VPMPCĐ nặng được xác định bằng phương pháp phân tích hồi quy logistic đa biến. Từ 01/01/2023 đến 30/09/2023.

**Kết quả:** trong nghiên cứu chúng tôi có 73 bệnh nhân, tuổi trung bình  $71,1 \pm 13,4$ , tuổi nhỏ nhất 25 tuổi, tuổi lớn nhất 94 tuổi. các yếu tố như Hội chứng cushing (OR, 1,8; KTC 95%, 1,1 – 5,7;  $p = 0,03$ ), bệnh phổi mạn tính (OR, 3,6; KTC 95% , 1,7 - 9,8;  $p = 0,01$ ) và tiền sử tai biến mạch máu não (OR, 2,4; KTC 95% , 1,8 – 7,9;  $p = 0,02$ ) là những yếu tố nguy cơ độc lập của VPMPCĐ mức độ nặng. **Kết luận:** những yếu tố như hội chứng Cushing, bệnh phổi mạn tính và tiền sử tai biến mạch máu não là những yếu tố dự đoán nguy cơ độc lập liên quan đến CAP mức độ nặng.

**Từ khóa:** viêm phổi mắc phải cộng đồng mức độ nặng

## RISK FACTORS FOR COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA SEVERITY LEVELS OF AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL

**Background:** Community acquired pneumonia (CAP) is a common infectious disease with a high mortality rate. The level of CAP has been increasing in recent reports. Understanding risk factors for severe CAP is extremely useful in predicting treatment.

**Objective:** determine risk factors for severe community-acquired pneumonia at An Giang Central General Hospital.

**Methods:** An analytical cross-sectional study on patients diagnosed with CAP at admission was conducted at An Giang Central General Hospital. Independent risk factors for severe CAP were identified using multivariable logistic regression analysis. From January 1, 2023 to october 30, 2023.

**Results:** our study had 73 patients, average age  $71.1 \pm 13.4$ , youngest 25 years old, oldest 94 years old. Factors such as Cushing syndrome (OR, 1.8; 95% CI, 1.1 – 5.7;  $p = 0.03$ ), chronic lung disease (OR, 3.6; 95% CI, 1, 7 – 9.8;  $p = 0.01$ ) and history of stroke (OR, 2.4; 95% CI, 1.8 – 7.9;  $p = 0.02$ ) were risk factors. independent muscle of severe CAP. **Conclusion:** factors such as Cushing's syndrome, chronic lung disease (COPD, Asthma) and history of cerebrovascular accident are independent risk predictors related to severe CAP.

**Keywords:** severe community-acquired pneumonia

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCĐ) là một bệnh lý nhiễm trùng phổ biến và có tỷ lệ tử vong cao. VPMPCĐ mức độ nặng ngày càng tăng trong các báo cáo gần đây [3],[4],[6],[7],[8]. Việc tìm hiểu các yếu tố nguy cơ gây VMPCĐ mức độ nặng là hết sức hữu ích trong việc tiên lượng điều trị. Mục tiêu: xác định các yếu tố nguy cơ viêm phổi mắc phải cộng đồng mức độ nặng 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 được chẩn đoán viêm phổi mắc phải cộng đồng tại khoa Nội Tổng

Hợp

Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang trong thời gian từ 01/2023 đến 10/2023.

### **2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh**

- Bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi mắc phải cộng đồng đưa vào nghiên cứu.

Chúng tôi chia làm 2 nhóm:

Nhóm 1: viêm phổi mắc phải cộng đồng nặng

Nhóm 2: nhóm chứng: viêm phổi mắc phải cộng đồng nhẹ, trung bình.

### **2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ**

Bệnh nhân không đồng ý tham gia

Lao phổi

### **2.2. Thiết kế nghiên cứu**

Mô tả cắt ngang có phân tích

### **2.3. Cơ mẫu**

Chúng tôi chọn được 73 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn

### **2.4. Nội dung nghiên cứu**

Viêm phổi:

Theo hiệp hội lồng ngực Mỹ năm 2009 [6]

+ Có các triệu chứng mới xuất hiện (có ho, khạc đờm, và hoặc có khó thở).

+ Hội chứng nhiễm trùng.

+ Hội chứng đông đặc, nghe phổi có ran ẩm, ran nổ.

+ X quang có hội chứng lấp đầy phế nang

+ Xét nghiệm: bạch cầu tăng  $> 10.000$  hoặc  $< 4000$ ; CRP  $> 10$  mg/l.

+ Viêm phổi nặng: CURB 65  $\geq 3$  ĐIỂM

Tiêu chuẩn phân loại nặng theo Hiệp hội lồng ngực Anh – BTS (British Thoracic Society) gọi tắt là tiêu chuẩn CURB-65

\* Năm yếu tố: mỗi yếu tố = 1 điểm

(Confusion) Giảm tri giác mới xuất hiện: ý thức u ám, nói chuyện lẫn lộn, tiêu không tự chủ.

Urê  $> 7$  mmol/l.

(Respiratory Rate) Nhịp thở tăng  $> 30$  lần/phút

(Blood pressure) Huyết áp tối đa  $< 90$  mmHg, hoặc huyết áp tối thiểu  $< 60$  mmHg.

Tuổi trên 65.

+ Tìm hiểm các yếu tố nguy cơ:

\* Tuổi  $> 65$

\* Nghiện rượu: có nghiện rượu là khi uống rượu hàng ngày hoặc không có

\* Dùng kháng sinh 7 ngày trong tháng trước: có hoặc không

\* Tiền sử bệnh nhân tai biến mạch máu não (Nhồi máu não; xuất huyết não) :

Là những người có bệnh tai biến mạch máu não (TBMMN) được chụp ctscanner sọ não được chẩn đoán nhồi máu não; xuất huyết não, được nhập viện, có giấy ra viện.

\* Bệnh phổi mạn tính: những người có tiền sử COPD hoặc Hen phế quản (có sổ khám bệnh được quản lý phòng khám hô hấp mạn tính, được chẩn đoán COPD có đo hô hấp ký; Hen phế quản)

\* Nằm viện  $\geq 2$  ngày trong 3 tháng trước: có hoặc không

\* Bệnh đồng mắc: bệnh thận mạn, suy tim mạn, đái tháo đường

Là người được chẩn đoán lúc nhập viện như bệnh viêm gan; bệnh thận mạn; suy tim mạn; đái tháo đường

Bệnh thận mạn: hội đồng thận học quốc gia Mỹ (NKF-KDOQI) (Nation kidney foundation-kidney disease outcomes quality initiatives) KDIGO (kidney disease improving global outcomes) của hội thận học Quốc tế

Suy thận mãn tính nghĩa là những bất thường về cấu trúc hoặc chức năng thận, kéo dài trên 3 tháng và ảnh hưởng đến sức khỏe người thì được gọi là bệnh thận mãn tính; GFR  $< 90$  ml/phút.

Đái tháo đường: theo hiệp hội đái tháo đường hoa kỳ theo ADA (2022), đái tháo đường khi

Đường huyết lúc đói  $\geq 126$  mg/dl ( $\geq 7$  mmol/l). hoặc

Đường huyết bất kỳ  $\geq 200$  mg/dl (11,1 mmol/l). hoặc

HbA1C  $\geq$  6,5%

Suy tim mạn:2019 ACC/HAH/HFSA

Suy tim mạn là một hội chứng rối loạn chức năng tâ thất, suy tim trái gây khó thở, mệt mỏi, suy tim phải gây ú trệ tuần hoàn ngoại biên; các tình trạng suy tim trên có thể tiến triển đồng thời hay độc lập. chẩn đoán ban đầu dựa trên lâm sàng, x quang ngực bóng tim to, siêu âm tim và xét nghiệm ProBNP > 500ng/l.

\*Suy dinh dưỡng ( BMI< 18,5) theo WHO áp dụng cho người Châu Á năm 2000

Những người có BMI< 18,5 kg/m<sup>2</sup>

\* Hội chứng Cushing do thuốc: Những người được chẩn đoán hội chứng Cushing do thuốc sau khi dùng corticoid kéo dài, có biểu hiện cushing: mặt tròn, phân bố mỡ bất thường, teo cơ...

### 2.5. 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

### 2.6. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Sử dụng phân tích mô hình hồi qui logistic đơn biến

Những biến số có ý nghĩa thống kê đưa vào mô hình hồi qui logistic đa biến có hiệu chỉnh

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 22.0.

## III.KẾT QUẢ

### 3.1.Đặc điểm chung:

Trong nghiên cứu chúng tôi có 73 bệnh nhân, tuổi trung bình 72,1±14,4, tuổi nhỏ nhất 26 tuổi, tuổi lớn nhất 94 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 83,6%, nữ chiếm 16,4%.

**Bảng 1. Các bệnh đồng mắc**

Bệnh đồng mắc	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Không	34	46,6%
có	39	53,4
Các bệnh đồng mắc		
Bệnh Cushing	8	20,5
Bệnh Suy Dinh Dưỡng	3	7,7
Bệnh Thận mạn	4	10,2
Bệnh ĐTĐ	4	10,2
Bệnh Suy tim mạn	3	7,7
Bệnh TBMMN	7	17,9
Bệnh phổi mạn (COPD.Hen)	10	25,6

**Nhận xét:** các bệnh phổi mạn chiếm cao nhất 25,6%, kể đến hội chứng cushing chiếm 20,5%.

**Bảng 2: Mức độ Viêm phổi mắc phải cộng đồng**

Mức độ	Số lượng	Tỉ lệ
Nhẹ, trung bình	38	52,1
Nặng	35	47,9
Tổng	73	100%

**Nhận xét:** nhóm bệnh VPMPCĐ nặng chiếm 47,9%,

**3.2. Kết quả phân tích đơn biến (hồi quy logistic) các yếu tố nguy cơ VPMPCĐ nặng**

**Bảng 3. Kết quả phân tích đơn biến các yếu tố nguy cơ VPMPCĐ nặng**

Các biến	OR*	KTC(95%)	P
Nhóm tuổi			
< 65 tuổi	1		
≥65 tuổi	1,4	1,4-17	0,04
Giới			
Nữ	1		
Nam	3,3	0,9-12,1	0,06
Nơi sống			
Thành thị			
Nông thôn	1,2	0,2-1,8	0,14
Nghiện rượu			
Không	1		
Có	1,03	0,9-1	0,5
Dùng kháng sinh 7 ngày trong tháng trước			
không	1		
có	1,2	0,2-1,7	0,13
Nằm viện ≥ 2 ngày trong 3 tháng trước			
Không	1		
có	1,6	1,3-2,1	0,03
Tiền sử Tai biến mạch máu não			
Không	1		
có	3,4	1,2-1,6	0,01
Bệnh phổi mạn tính (COPD, Hen)			
Không	1		
Có	5,2	1,1-25,1	0,001
Bệnh đồng mắc: bệnh thận mạn, suy tim mạn, đái tháo đường			
Không	1		
Có	1,2	0,4-3,3	0,46
Đái Tháo Đường			
Không	1		
Có	3,5	0,7-17,2	0,08
Suy tim mạn			
Không	1		
Có	1,3	0,4-3,8	0,4
Bệnh thận mạn			
Không	1		
Có	1,1	0,2-6,2	0,6
Suy dinh dưỡng (BMI<18,5)			
không	1		
Có	2,6	0,5-12,5	0,2
Hội chứng Cushing			
Không	1		
Có	2,5	1,2-7,8	0,02

OR\* phân tích đơn biến trong mô hình hồi qui logistic, KTC(95%): khoảng tin cậy 95%.

Nhận xét: Phân tích đơn biến cho thấy, Nhóm tuổi  $\geq 65$  tuổi, nằm viện trước đó, bệnh hội chứng Cushing, bệnh phổi mạn, tiền sử tai biến mạch não là những yếu tố nguy cơ liên quan VPMPCĐ nặng, có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

### 3.3. Phân tích đa biến mô hình hồi qui logistic các yếu tố nguy cơ viêm phổi nặng

Các yếu nguy cơ có ý nghĩa thống kê, chúng tôi đưa vào phân tích đa biến hồi qui logistic đa biến, như bảng 4.

**Bảng 4. Kết quả phân tích đa biến các yếu tố nguy cơ VPMPCĐ nặng**

Triệu chứng	OR**	KTC(95%)	p
Nhóm tuổi $\geq 65$	1,5	0,4-27	0,22
Nằm viện $\geq 2$ ngày trong 3 tháng trước	1,2	0,9-15	0,07
Hội chứng Cushing	1,8	1,1-5,7	0,03
Bệnh Phổi mạn tính (COPD, hen phế quản)	3,6	1,7-9,8	0,01
Tiền sử TBMMN	2,4	1,8-7,9	0,02

OR\*\*:(có hiệu chỉnh) phân tích đa biến

**Nhận xét:** phân tích đa biến cho thấy những yếu tố: hội chứng Cushing; bệnh phổi mạn tính và tiền sử TBMMN là những yếu tố độc lập nguy cơ liên quan đến VPMPCĐ nặng (có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ ).

## IV. BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm chung bệnh nhân

Trong nghiên cứu chúng tôi có 73 bệnh nhân, tuổi trung bình  $71,1 \pm 13,4$ , tuổi nhỏ nhất 25 tuổi, tuổi lớn nhất 94 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 83,6%, nữ 16,4%. Nghiên cứu chúng tôi cũng tương tự Tác giả Torres Bonafonte OH và cộng sự (2017), bao gồm 139 bệnh nhân với tuổi trung bình là  $75,9 \pm 15,3$  tuổi; 63,3% là nam giới [14]. Tác giả Dinh A, Duran C và cộng sự [9], có 310 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu; phân tích bao gồm 291 bệnh nhân 59,8% Nam; tuổi trung bình  $69,6 \pm 18,5$  tuổi,

### 2. Các yếu tố nguy cơ viêm phổi mắc phải cộng đồng nặng

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, khi phân tích hồi qui logistic đa biến, cho thấy rằng những yếu tố: tiền sử TBMMN, hội chứng cushing và bệnh phổi mạn tính là những yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến viêm phổi mắc phải cộng đồng mức độ nặng (có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ ),

Kết quả nghiên cứu chúng tôi cũng tương tự một số nghiên cứu trong và ngoài nước Theo nghiên cứu chúng tôi bệnh nhân bệnh nhân sử dụng corticoid kéo dài gây hội chứng cushing là yếu tố nguy cơ độc lập liên quan viêm phổi nặng, tương tự một số tác giả khác, như nghiên cứu của tác giả Quang Văn Trí nghiên cứu năm 2007, có 160 bệnh nhân, cho thấy rằng tiền sử dùng corticoid kéo dài là yếu tố nguy cơ viêm phổi nặng gấp 3,2 lần [5], Các trường hợp có sử dụng corticoid kéo dài sẽ gây suy giảm sức đề kháng của ký chủ tạo điều kiện cho nhiễm trùng phát triển. tác giả Almirall J, Serra-Prat M, et al (2017), cho thấy rằng, bệnh nhân hội chứng cushing có nguy cơ VPMPCĐ nặng cao hơn bệnh nhân không hội chứng cushing. Nhận định này cũng phù hợp với một số tác giả trên thế giới [8],[11].

Nghiên cứu chúng tôi, Yếu tố nguy cơ bệnh phổi mạn là yếu tố nguy cơ độc lập VPMPCĐ nặng có ý nghĩa thống kê. Tương tự một số tác giả như tác giả Quang Văn Trí, những người bệnh phổi mạn (COPD, Hen) có nguy cơ viêm phổi nặng gấp 2,7 lần [5], phần lớn bệnh nhân có tiền căn bệnh phổi cơ bản, nhất là COPD, Hen phế quản, là những bệnh lý có tác dụng trực tiếp làm thay đổi cấu trúc mô học, sinh lý học của niêm mạc đường hô hấp, gây giảm khả năng đề kháng với nhiễm trùng của phổi. Đây là những yếu tố nguy cơ tại chỗ tạo cơ hội cho nhiễm trùng phổi dễ xảy ra nhất, cũng tương tự tác giả Dinh A, Duran C và cộng sự [9], năm 2018, nghiên cứu 310 bệnh nhân, cho thấy rằng, nhóm bệnh phổi mạn tính có nguy cơ VPMPCĐ nặng cao hơn nhóm không COPD là 1,85 lần (OR, 1,85; 95% CI, 1,03-3,30), điều này cũng phù hợp các tác giả trên thế giới [9],[10].



Nghiên cứu chúng tôi, Tiền sử TBMMN nguy cơ viêm phổi mắc phải cộng đồng nặng phù hợp một số tác giả khác như Tác giả Quang Văn Trí, nghiên cứu năm 2007, có 160 bệnh nhân, cho thấy rằng tiền sử TBMMN liên quan VPMPCĐ nặng, gấp 2,7 lần [5], Đây cũng là những bệnh lý gây suy giảm từ từ sức đề kháng miễn dịch của cơ thể, và tạo điều kiện thuận lợi cho nhiễm trùng bùng phát, trong đó có nhiễm trùng phổi. Theo tác giả Almirall J, Serra-Prat M, et al (2017)[7], cho thấy bệnh nhân tiền sử tai biến mạch máu não có nguy cơ viêm phổi nặng hơn nhóm bệnh nhân không tiền sử tai biến mạch máu não, Điều này cũng phù hợp với một số tác giả khác[12],[13].

## V.KẾT LUẬN

Những yếu tố như hội chứng cushing, tiền sử TBMMN và bệnh phổi mạn tính là những yếu tố nguy cơ độc lập liên quan VPMPCĐ nặng

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Tiếng Việt

1. Bộ y tế (2020), “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng”, nhà xuất bản y học
2. Bộ y tế “ Hướng dẫn và điều trị bệnh đường hô hấp”, nhà xuất bản Y học- năm 2012.
3. Trần Văn Ngọc, Đặng Văn Ninh (2018), “ Đánh giá các yếu tố nguy cơ dự đoán viêm phổi mắc phải trong cộng đồng do vi khuẩn gram âm”, *Tạp chí y học TP HCM*, (2), trang 89-93.
4. Phạm Hùng Vân, Nguyễn Phạm Thanh Nhân, Phạm Thái Bình, (2005), “Khảo sát tình hình đề kháng in-vitro các kháng sinh của các vi khuẩn gây nhiễm trùng hô hấp cấp”, *Tạp chí Y học thực hành*, Công trình nghiên cứu khoa học Hội nghị bệnh phổi toàn quốc, Cần Thơ 6-2005, Bộ Y Tế, số 513, trang 117-125.
5. Quang Văn Trí, Ngô Thanh Bình (2008), “Phân tích đặc điểm và mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ với mức độ nặng của viêm phổi mắc phải cộng đồng”, *Tạp chí y học TP HCM*, 12(2). Trang 112-119.

### Tiếng Anh

6. American Thoracic Society (2009), “Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia: diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention”, *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, (163), pp.1730-1754
7. Almirall J, Serra-Prat M, et al (2017) “Risk Factors for Community-Acquired Pneumonia in Adults: A Systematic Review of Observational Studies”. *Respiration*. 2017;94(3):299-311.
8. Bartlett J.G., Dowell F., Mandell A. et al. (2000). “Practice guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults”, *Clin. Infect. Dis.*, (31), pp.347-382
9. Dinh A, Duran C, Ropers J, et al (2021), “Factors Associated With Treatment Failure in Moderately Severe Community-Acquired Pneumonia: A Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. ; Pneumonia Short Treatment (PTC) Study Group. *JAMA Netw Open*. 1;4(10):pp.2129566-45.
10. Ewig S. et al (1998). “Severe community-acquired pneumonia: assessment of severity criteria”, *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, (158), pp.1102-1108.
11. File T.M. (2003). “Overview of community-acquired respiratory tract infections”, *Community-acquired respiratory infections*, pp.1-30.
12. Fraser R.S., Paré P.D. (2005). “Infectious disease of the lung”, *Synopsis of diseases of the chest*, 3rd edition, pp.222-235.
13. Niederman M.S. (2004). “Pneumonia, including community- acquried and nosocomial pneumonia”, *Baum’s textbook of pulmonary diseases*, 7th edition, pp.425-454.
14. Torres Bonafonte OH, Gil Olivas E, et al (2017), “Predictors of drug-resistant pathogens in community-onset pneumonia: Are factors considered in health-care associated pneumonia useful in the emergency department? *.Emergencias*.29(5),pp.306-312.

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, YẾU TỐ THỨC ĐẨY VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN NHIỄM TOAN CETON ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI KHOA NỘI TIẾT BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Nguyễn Huỳnh Nguyễn, Nguyễn Thành An,  
Trần Thị Tiểu Thơ, Hồ Bảo Hoàng

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân nhiễm toan ceton đái tháo đường. Khảo sát yếu tố thúc đẩy và kết quả điều trị bệnh nhân nhiễm toan ceton đái tháo đường.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang. Chọn bệnh nhân nhiễm toan ceton đái tháo đường điều trị tại khoa Nội tiết, Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang từ 01/2023 đến 09/2023.

**Kết quả:** có 37 trường hợp được chọn. Giới: nữ (73%), nam (27%). Tuổi:  $46,7 \pm 13,93$ . Đái tháo đường type 1 (24,3%), type 2 (75,7%), Yếu tố khởi phát: chưa được chẩn đoán (21,6%), nhiễm trùng (48,6%), bỏ trị (18,9%), không rõ (10,8%). Triệu chứng cơ năng: mệt mỏi, chán ăn (83,6%); Khát nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều, sụt cân (97,3%); rối loạn tri giác (59,5%); buồn nôn, nôn (75,7%); đau bụng (32,4%). Triệu chứng thực thể: tim nhanh (86,6%), dấu mất nước (97,3%), thở Kussmaul (81,1%), hạ huyết áp (18,9%), hơi thở có mùi ceton (35,1%). Cận lâm sàng: Glucose máu ( $31,56 \pm 10,05$  mmol/L), pH máu ( $7,13 \pm 0,11$ ), HCO<sub>3</sub> ( $6,39 \pm 3,01$  mmol/L), Ceton niệu (100%). Tai biến: hạ kali (56,75%), hạ đường huyết (0%). Kết quả điều trị: ra viện (100%).

**Kết luận:** Nữ nhiều hơn nam. Độ tuổi trung bình  $46,7 \pm 13,93$ . Tỷ lệ đái tháo đường type 2 nhiều hơn type 1. Yếu tố khởi phát chủ yếu là nhiễm trùng (48,6%). Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là khát nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều (97,3%), dấu mất nước (97,3%), tim nhanh (86,6%), mệt mỏi, chán ăn (83,6%), thở Kussmaul (81,1%). Tai biến: hạ kali máu (56,7%), hạ glucose máu (0%). Tỷ lệ tử vong 0%.

**Từ khóa:** đái tháo đường, toan ceton.

## SUMMARY

### THE CLINICAL, PARACLINICAL FEATURES, TRIGGER FACTORS AND TREATMENT FOR PATIENTS WITH DIABETIC KETOACIDOSIS AT ENDOCRINOLOGY OF AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL.

**Objectives:** To study clinical, paraclinical features of patients with diabetic ketoacidosis. To evaluate trigger factors and treatment for patients with diabetic ketoacidosis. Research object and method: A cross-sectional study. Collected samples were patients with diabetic ketoacidosis at endocrinology of AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL from 01/2023 to 09/2023.

**Results:** 37 patients were selected. Gender: female (73%), male (27%). Age:  $46,7 \pm 13,93$ . Diabetes type 1 (24,3%), type 2 (75,7%). Trigger factors: undiagnosed (21,6%), infection (48,6%), dropout (18,9%), unknown (10,8%). Functional symptoms: fatigue, anorexia (83,6%), Thirst, drinking a lot, urinating a lot (97,3%), somnolence (59,5%), nausea (75,7%), pain abdomen (32,4%). Physical symptoms: tachycardia (86,6%), dehydration (97,3%), Kussmaul breathing (81,1%), hypotension (18,9%), breath of ketones (86,6%). Subclinical: blood glucose ( $31,56 \pm 10,05$  mmol/L), blood pH ( $7,13 \pm 0,11$ ), HCO<sub>3</sub> ( $6,39 \pm 3,01$  mmol/L), Ketonuria (100%). Complications: hypokalemia (56,75%), hypoglycemia (0%). Mortality rate (0%).

**Conclusion:** female more than male. The age  $46,7 \pm 13,93$ . The rate of type 2 diabetes is higher than type 1 group. The main trigger factor is infection (48,6%). The main clinical symptoms are thirst, drinking a lot, urinating a lot (97,3%), dehydration (97,3%), tachycardia (86,6%), fatigue, anorexia (83,6%), Kussmaul breathing (81,1%). Complications: hypokalemia (56,75%), hypoglycemia (0%). Mortality rate (0%).

**Keywords:** Diabetes, Ketoacidosis.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm toan ceton là biến chứng cấp tính của Đái tháo đường, được đặc trưng bởi tình trạng tăng đường huyết, tăng ceton máu và nhiễm toan chuyển hoá.

Nhiễm toan ceton là một cấp cứu nội khoa ở Đái tháo đường, với tần suất hay gặp tại Mỹ khoảng 110 000 bệnh nhân/năm, tỉ lệ tử vong còn cao 2-5% và có thể lên đến 14%. Yếu tố thúc đẩy dẫn đến nhiễm toan ceton đái tháo đường thường là: bệnh nhân mới được chẩn đoán đái tháo đường, bệnh nhân đái tháo đường tự ý ngưng điều trị, stress (bệnh lí nhiễm trùng, bệnh lí cấp tính...), không rõ nguyên nhân.

Khoa Nội tiết Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang là nơi điều trị những bệnh nhân nhiễm toan ceton đái tháo đường. Để hiểu rõ hơn về bệnh lí cấp cứu này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu:

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố thúc đẩy bệnh nhân nhiễm toan ceton đái tháo đường.
2. Kết quả điều trị bệnh nhân nhiễm toan ceton đái tháo đường tại khoa Nội tiết Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang.

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 37 bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường nhiễm toan ceton điều trị tại khoa Nội Tiết Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 01/2023 đến tháng 09/2023.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân vào nghiên cứu:
- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường nhiễm toan ceton dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng (Glucose máu > 13.9 mmol/L, pH máu < 7.3, HCO<sub>3</sub> < 18, Ceton máu (hoặc nước tiểu +).
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại trừ:

- Bệnh nhân không rõ nhiễm toan ceton / ĐTĐ
- Bệnh nhân không làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Cỡ mẫu:  $n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$  Chọn  $\alpha = 0,05 \rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ ;  $d = 0,05$

$p = 0,41 - 0,8\%$  (tỉ lệ ĐTĐ nhiễm toan ceton mới hàng năm)

$\rightarrow n \approx 6 - 12..$

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện trong khoảng thời gian từ tháng 1/2023 đến tháng 9/2023, hoặc đến khi lấy đủ số lượng theo cỡ mẫu.

Phương pháp tiến hành: bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm toan ceton đái tháo đường và đồng ý tham gia nghiên cứu, được đưa vào nghiên cứu: hỏi bệnh sử, tiền sử; khám lâm sàng; xét nghiệm máu, nước tiểu, chẩn đoán hình ảnh; theo dõi điều trị (hạ đường huyết, hạ kali máu, OAP...); đánh giá kết quả điều trị.

- 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.

## III. KẾT QUẢ

### 3.1 Các đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu:

- Đặc điểm về giới: Nam 10 (27%) Nữ 27 (73%).
- Đặc điểm về tuổi: Tuổi trung bình:  $46,7 \pm 13,93$  (nhỏ nhất 16, lớn nhất 74).
- ĐTĐ mới chẩn đoán hay đã lâu: 29 BN có tiền căn ĐTĐ, chiếm 78,4%. 8 BN mới phát hiện ĐTĐ, chiếm 21,6%.
- Thời gian mắc ĐTĐ:  $5,7 \pm 3,99$  năm (ít nhất 1,5 năm, lâu nhất 20 năm).

Type ĐTĐ: Type 1 có 9 BN, chiếm 24,3%. Type 2 có 28 BN, chiếm 75,7%

Thuốc điều trị ĐTĐ: 11 BN dùng thuốc viên (37,9%), 15 BN dùng insulin (51,7%), 3 BN dùng cả hai (10,3%).

### 3.2 Yếu tố thúc đẩy:

YTTĐ	n	%
Mới phát hiện ĐTĐ	8	21.6
Ngưng thuốc	7	18.9
Bệnh lý nhiễm trùng:	18	48.6
hô hấp	6	33.3
tiêu hoá	9	50
tiết niệu	2	11.1
da, mô mềm	1	5.6
Stress - Bệnh lý cấp tính (phẫu thuật, NMCT, nhồi máu não...)	0	0
Không rõ	4	10.8

**Nhận xét:** Yếu tố thúc đẩy chủ yếu là nhiễm trùng (48,6%), trong đó hay gặp nhất là nhiễm trùng tiêu hoá (50%), rồi đến nhiễm trùng hô hấp (33,3%). Các đối tượng mới được phát hiện ĐTĐ xếp thứ 2 với 21,6%, và 18,9% bệnh nhân bỏ trị.

### 3.3 Đặc điểm lâm sàng:

Triệu chứng	n	%	Triệu chứng	n	%
Buồn nôn, nôn	28	75.7	Nhịp tim nhanh	32	86.6
Khát nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều, sụt cân	36	97.3	Tụt HA	7	18.9
Mệt, chán ăn	31	83.6	Dấu mất nước	36	97.3
Đau bụng	12	32.4	Thở nhanh sâu	30	81.1
Rối loạn tri giác:	22	59.5	Hơi thở mùi ceton	13	35.1
-ngủ gà	16	72.7			
-lơ mơ	6	27.3			
-hôn mê	0	0			

**Nhận xét:** Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là: là khát nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều (97,3%), dấu mất nước (97,3%), tim nhanh (86,6%), mệt mỏi, chán ăn (83,6%), thở Kusmaul (81,1%).

### 3.4. Đặc điểm cận lâm sàng:

Kết quả CLS	Lúc nhập viện	Sau 6h nhập viện	Sau 12h nhập viện
Glucose	31.56 ± 10.05 (Min 16.03, Max 61.07)	15.79 ± 3.36	10.16 ± 1.93
pH	7.13 ± 0.11 (Min 6.82, Max 7.28)	7.31 ± 0.07	7.37 ± 0.03
HCO <sub>3</sub>	6.39 ± 3.01 (Min 1.9, Max 12.00)	11.54 ± 3.44	13.63 ± 2.57
Na	131.72 ± 6.02 (Min 120, Max 144)	135.29 ± 5.19	138.97 ± 3.07
Kali	4.57 ± 1.08 (Min 2.57, Max 7.16)	3.44 ± 0.64	3.44 ± 0.51

- Ceton niệu: Mức 5 mmol/L: 12 BN chiếm 32.4%  
Mức 15 mmol/L: 25 BN chiếm 67.6%

**Nhận xét:** các xét nghiệm phù hợp với chẩn đoán nhiễm toan ceton ĐTĐ, với Glucose máu 31.56 ± 10.05 mmol/L, pH máu 7.13 ± 0.11, và HCO<sub>3</sub>: 6.39 ± 3.01. Với 100% Ceton niệu (+).

- Phân độ theo pH máu:

Phân độ	n	%
Nhẹ	4	10.8
Trung bình	28	75.7
Nặng	5	13.5

**Nhận xét:** hầu hết bệnh nhân nhiễm toan ceton ĐTĐ mức độ trung bình (75,7%).

- Tăng ALTT máu: 2 BN chiếm 5.4%

### 3.5 Theo dõi điều trị:

- Tai biến điều trị:

Theo dõi	6h sau nhập viện	12h sau nhập viện
Hạ kali máu	21 ( 56,75%)	6 (16,21%)
Hạ đường huyết	0	0
OAP	0	0

**Nhận xét:** Kali máu sau 6h điều trị là 56,7%, sau 12h điều trị là 72,96%. Không gặp tai biến hạ đường huyết và OAP.

Đáp ứng điều trị:

Toan máu	6h sau nhập viện	12h sau nhập viện
+	16 (43,24%)	1 (2,7%)
-	21 (56,76%)	36 (97,3%)

**Nhận xét:** sau 6h điều trị có 56,76% bệnh nhân hết toan.

Sau 12h điều trị 97,3% bệnh nhân hết toan.

### 3.6 Kết quả điều trị:

- Ra viện: 37 BN (100%)

- Thời gian điều trị:  $7.16 \pm 2.75$  (Min 4, Max 19)

## IV. BÀN LUẬN

Về độ tuổi của nhóm ĐTĐ type 1 và ĐTĐ type 2:

Loại ĐTĐ	n	Tuổi trung bình
Type 1	9	$29,11 \pm 6,412$
Type 2	28	$52,36 \pm 10,503$

Độ tuổi trung bình ở ĐTĐ type 1 là  $29,11 \pm 6,412$ , ĐTĐ type 2 là  $52,36 \pm 10,503$ .

Khác biệt về độ tuổi trung bình của 02 nhóm ĐTĐ có ý nghĩa thống kê (kiểm định Independent Samples Test với  $p=0,000$ ).

Điều này cũng phù hợp với y văn, khi độ tuổi khởi phát ĐTĐ type 1 thường nhỏ hơn so với ĐTĐ type 2.

Về yếu tố khởi phát nhiễm toan ceton ở nhóm ĐTĐ type 1 và ĐTĐ type 2:

		Yếu tố thúc đẩy				Tổng
		Mới ĐTĐ	Ngưng thuốc	Nhiễm trùng	Không rõ	
Type 1	n	2	4	2	1	9
	%	5,4%	10,8%	5,4%	2,7%	24,3%
Type 2	n	6	3	16	3	28
	%	16,2%	8,1%	43,2%	8,1%	75,7%
Tổng	n	8	7	18	4	37
	%	21,6%	18,9%	48,6%	10,8%	100%

Ở nhóm ĐTĐ type 1, yếu tố thúc đẩy nhiễm toan ceton đa phần là bỏ trị.

Ở nhóm ĐTĐ type 2, yếu tố thúc đẩy hàng đầu là nhiễm trùng.

Về thời gian điều trị của nhóm ĐTĐ type 1 và ĐTĐ type 2:

Loại ĐTĐ	n	Ngày điều trị TB
Type 1	9	$6,11 \pm 1,167$
Type 2	28	$7,5 \pm 3,037$

Số ngày điều trị trung bình ở ĐTĐ type 1 là  $6,11 \pm 1,167$ , ĐTĐ type 2 là  $7,5 \pm 3,037$ .

Khác biệt về số ngày điều trị trung bình của 02 nhóm ĐTĐ không có ý nghĩa thống kê (kiểm định Independent Samples Test với  $p=0,693$ ).

Về thời gian điều trị của các nhóm phân độ nhiễm toan ceton ĐTĐ:

Phân độ Toan ceton ĐTĐ	n	Ngày điều trị TB
Nhẹ	4	7,75 ±1,708
Trung bình	28	7,21 ±2,898
Nặng	5	6,4 ±2,881

Số ngày điều trị trung bình của từng nhóm phân độ nhiễm toan ceton lần lượt là:

Nhẹ: 7,75 ±1,708

Trung bình: 7,21 ±2,898

Nặng: 6,4 ±2,881

Dùng phân tích One-Way ANOVA để đánh giá sự khác biệt về thời gian điều trị giữa các nhóm phân độ nhiễm toan ceton ĐTĐ. Kết quả  $p > 0.05$ , khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Về kết quả điều trị:

Nghiên cứu	Tỉ lệ tử vong	Nơi NC
Chúng tôi	0%	Khoa Nội tiết – BV ĐKTT An Giang
Y văn	2-14%	
L.P.T.T và Cs	12,5%	ICU – BV ĐKTT Tiền Giang

Khác biệt về tỉ lệ tử vong trong nghiên cứu so với Y văn và với nghiên cứu khác là do địa điểm trong nghiên cứu là khoa Nội Tiết. Do đó, những bệnh nặng, nguy kịch có nguy cơ tử vong đã được sàng lọc từ khoa Cấp cứu và chuyển vào ICU.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 37 bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường nhiễm toan ceton điều trị tại khoa Nội Tiết Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 01/2023 đến tháng 09/2023, chúng tôi ghi nhận một số kết quả sau:

Tỉ lệ nữ nhiều hơn nam.

ĐTĐ type 2 nhiều hơn ĐTĐ type 1.

Yếu tố thúc đẩy nhiễm toan ceton ĐTĐ chủ yếu là nhiễm trùng (48,6%).

Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là: là khát nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều (97,3%), dấu mất nước (97,3%), tim nhanh (86,6%), mệt mỏi, chán ăn (83,6%), thở Kusmaul (81,1%).

Đặc điểm cận lâm sàng:

Glucose máu: 31.56 ± 10.05 (Min 16.03, Max 61.07)

pH: 7.13 ± 0.11 (Min 6.82, Max 7.28)

HCO<sub>3</sub>: 6.39 ± 3.01 (Min 1.9, Max 12.00)

Chủ yếu là mức độ trung bình (75,7%).

Tai biến điều trị chủ yếu là Hạ kali máu: sau 6h điều trị là 56, 75%, sau 12h là 72,96%.

Tình trạng toan chuyển hoá cải thiện sau 6h là 56,76%, sau 12h là 97,3%.

100% ra viện, với số ngày điều trị: 7.16 ± 2.75..

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y Tế (2015), “Nhiễm toan ceton – hôn mê do nhiễm toan ceton đái tháo đường”, *hướng dẫn chuẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết – chuyển hoá*, NXB Y học, tr188.
- Nguyễn, T. P., & Nguyễn, K. D. V. (2018). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của đái tháo đường trong thai kỳ có nhiễm toan ceton. *Tạp Chí Phụ sản*, 16(1), 26-30. <https://doi.org/10.46755/vjog.2018.1.694>
- Mai Thế Trạch, Nguyễn Thy Khuê (2005), *Nội tiết học đại cương* (tr. 601-612). TP HCM: NXB Y học.
- Trần Quang Khánh (2021), *Nội tiết học lâm sàng* (tr. 85-108). TP HCM: NXB Y học.
- Lê P.T.T & CS (2022). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân nhiễm toan ceton đái tháo đường tại khoa Hồi sức tích cực và chống độc, Bệnh viện ĐKTT Tiền Giang. *Tạp Chí Hội Nội Tiết - Đái Tháo Đường và rối loạn chuyển hoá miền Trung Việt Nam*, 56, 5.
- Nyenwe EA, Kitabchi AE. The evolution of diabetic ketoacidosis: An update of its etiology, pathogenesis and management. *Metabolism*. 2016 Apr;65(4):507-21. [PubMed]
- Evans K. Diabetic ketoacidosis: update on management. *Clin Med (Lond)*. 2019 Sep;19(5):396-398

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TÁC NHÂN GÂY BỆNH Ở BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU

Lữ Công Trung, Trần Ngọc Bích  
Lê Thị Mãi, Nguyễn Thị Tuyết Ngọc

## TÓM TẮT:

**Đặt vấn đề:** Nhiễm khuẩn tiết niệu là một trong các loại nhiễm khuẩn thường gặp, việc phát hiện sớm và ngăn ngừa nhiễm khuẩn tiết niệu là rất quan trọng đối với bác sĩ lâm sàng, giúp chẩn đoán và điều trị hiệu quả

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, khảo sát căn nguyên vi sinh và mức độ kháng thuốc của vi khuẩn gây bệnh nhiễm khuẩn tiết niệu

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu, tiền cứu

**Kết quả:** Nghiên cứu 46 bệnh nhân nhiễm khuẩn tiết niệu, kết quả cho thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $62,30 \pm 2,19$ , nữ giới chiếm 65.22%. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là tiểu gắt (32.61%) và sốt (30.43%). Vi khuẩn *E.coli* chiếm tỉ lệ cao nhất (50%), kế tiếp là *K.pneumoniae* (8.70%). Về tỉ lệ đề kháng kháng sinh, *E.coli* có tỉ lệ đề kháng cao với Ceftriaxone (73.91%), Trimethoprim/Sulfamethoxazole (69.57%), Ciprofloxacin (65.22%), *K.pneumoniae* có tỉ lệ đề kháng cao với Gentamycin (100%), Trimethoprim/Sulfamethoxazole (100%), Ceftriaxone (75%).

**Kết luận:** Nhiễm khuẩn tiết niệu thường gặp ở nhóm bệnh nhân nữ giới, lớn tuổi. Triệu chứng thường gặp là sốt và tiểu gắt. *E. coli* là vi khuẩn gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu cao nhất. Bạch cầu niệu trên  $500\text{tb}/\text{mm}^3$  có ý nghĩa thống kê với nhiễm trùng Gram âm với  $p=0.017$ . Tình trạng đề kháng kháng sinh của các loại vi khuẩn ngày càng cao trong bệnh viện.

**Từ khóa:** nhiễm khuẩn tiết niệu, đề kháng kháng sinh

## ABSTRACT

### CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS AND CAUSATIVE AGENTS IN PATIENTS WITH URINARY TRACT INFECTIONS

**Background:** Urinary tract infections are one of the most common types of infections. Early detection and prevention of urinary tract infections is very important for clinicians, helping to diagnose and treat them effectively.

**Objectives:** Describe the clinical and paraclinical characteristics, survey the microbiological etiology and level of drug resistance of bacteria causing urinary tract infections

**Methods:** Cross-sectional, retrospective, prospective study

**Results:** Studying 46 patients with urinary tract infections, the results showed that the average age of the study subjects was  $62.30 \pm 2.19$  years old, women accounted for 65.22%. The most common clinical symptoms are urinary urgency (32.61%) and fever (30.43%). *E.coli* bacteria account for the highest proportion (50%), followed by *K.pneumoniae* (8.70%). Regarding antibiotic resistance rate, *E.coli* has a high resistance rate to Ceftriaxone (73.91%), Trimethoprim/Sulfamethoxazole (69.57%), Ciprofloxacin (65.22%), *K.pneumoniae* has a high resistance rate to Gentamycin (100%), Trimethoprim/ Sulfamethoxazole (100%), Ceftriaxone (75%).

**Conclusion:** Urinary tract infections are common in older, female patients. Common symptoms are fever and painful urination. *E. coli* is the bacteria that causes the highest urinary tract infections. Urinary leukocytes above 500 cells/mm<sup>3</sup> are statistically significant for Gram-negative infections with  $p=0.017$ .

Antibiotic resistance among bacteria is increasing in hospitals.

**Keywords:** urinary tract infection, antibiotic resistance

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Nhiễm khuẩn tiết niệu là một trong các loại nhiễm khuẩn thường gặp nhất cả trong và ngoài bệnh viện. Trên toàn thế giới ước tính có khoảng 150 triệu bệnh nhân nhiễm khuẩn đường tiết niệu mỗi năm. Ở Mỹ khoảng 11 triệu case mỗi năm, chi phí trực tiếp và gián tiếp do nhiễm khuẩn đường tiết niệu từ 2- 3,5 tỷ đô la Mỹ/ năm [5]. Ở nước ta hiện nay, chưa có sự quản lý

chặt chẽ về việc nhập, quản lý phân phối và sử dụng kháng sinh chưa hợp lý nên đã dẫn đến tỷ lệ vi khuẩn đề kháng kháng sinh ngày càng tăng. Đứng trước tình hình này, làm thế nào để các bác sĩ lâm sàng lựa chọn kháng sinh hợp lý trong điều trị. Vì những lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nhiễm trùng tiết niệu
2. Xác định căn nguyên vi sinh bằng phương pháp cấy nước tiểu thường qui và mức độ kháng kháng sinh của vi khuẩn gây bệnh

## **II. PHƯƠNG PHÁP VÀ ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU:**

### **2.1 Phương pháp nghiên cứu:**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu, tiền cứu

### **2.2 Cỡ mẫu:**

Thuận tiện

### **2.3 Đối tượng nghiên cứu:**

Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu điều trị nội trú tại khoa Nội Thận Tiết niệu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân đặt sonde tiểu.

Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### **2.4. Địa điểm:**

Khoa Nội thận – Tiết niệu bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang

Cách tiến hành:

Tiêu chẩn chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu

+ Lâm sàng: có thể có hoặc không có triệu chứng lâm sàng: Rối loạn đi tiểu (khó tiểu, tiểu gáp, tiểu lắt nhắt), tiểu đục, đau hông lưng, đau trên xương mu và sốt.

+ Cấy nước tiểu:  $\geq 10^5$  cfu/ml tác nhân vi khuẩn trong lấy nước tiểu giữa dòng

+ Nước tiểu 10 thông số: BC (+), Nitrit (+)

Chẩn đoán xác định nhiễm khuẩn đường tiết niệu khi cấy khuẩn niệu mọc vi khuẩn.

Phương pháp lấy mẫu nước tiểu để cấy vi khuẩn.

Cấy nước tiểu trước khi điều trị kháng sinh.

Lấy nước tiểu bằng phương pháp lấy nước tiểu giữa dòng vào là phương pháp thông thường được sử dụng hiện nay.

- *Xét nghiệm vi khuẩn niệu và làm kháng sinh đồ.*

Mẫu nước tiểu sau khi lấy được chuyển đến khoa xét nghiệm để nuôi cấy vi khuẩn trước 2 giờ.

*Kháng sinh đồ:* Được thực hiện theo phương pháp vi pha loãng bằng hệ thống tự động

- *Xử lý số liệu:* Phần mềm STATA 12.0

### **2.6 Đo lường các biến:**

Xét nghiệm máu:

Công thức máu: Hồng cầu, Bạch cầu, công thức bạch cầu, Hemoglobine

Sinh hóa máu: Ure, Creatinin, Glucose, Điện giải đồ, một số xét nghiệm yêu cầu theo bệnh chính.

Xét nghiệm nước tiểu: hồng cầu niệu, bạch cầu niệu, nitrit niệu, protein niệu, trụ niệu

Cấy nước tiểu, kháng sinh đồ, cấy máu nếu cần.

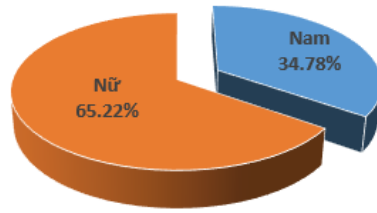
Chẩn đoán hình ảnh: Siêu âm ổ bụng, Cắt lớp vi tính hệ tiết niệu, X-quang hệ tiết niệu không chuẩn bị, soi bàng quang trong một số trường hợp có chỉ định cụ thể, không phải áp dụng cho tất cả bệnh nhân nghiên cứu.

## **III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:**

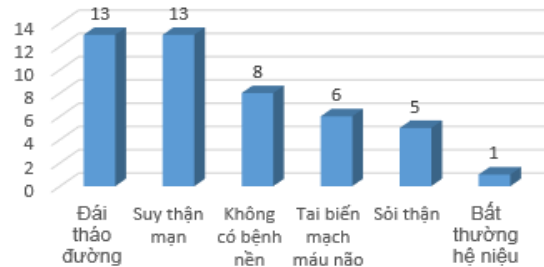
### **3.1. Các đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu:**

Có 46 đối tượng nghiên cứu, trong đó có 30 nữ ( 65.22%) và 16 nam ( 34.78%), tuổi trung bình là  $62,30 \pm 2,19$  năm ( nhỏ nhất 21 , lớn nhất 74 )





**Biểu đồ 3.1 : Giới tính của nhóm nghiên cứu**



**Biểu đồ 3.2: Các bệnh lý nền kèm theo**

Các bệnh lý nền kèm theo của đối tượng nghiên cứu, bao gồm Đái tháo đường (28.26%) hợp), suy thận mạn ( 28.26%) ,Tai biến mạch máu não ( 13.04%), sỏi thận (10.90%), bất thường hệ niệu (2.17%) và không có bệnh nền ( 17.39%)

### 3.2 Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu:

#### 3.2.1 Các triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.1: Các triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu:**

Triệu chứng		Tần số	Phần trăm (%)
Triệu chứng tiết niệu	Tiểu buốt	6	13.04
	Tiểu gắt	15	32.61
	Tiểu khó	4	8.70
	Tiểu máu	4	8.70
	Tiểu mù	3	6.52
	Bí tiểu	3	6.52
Triệu chứng đau	Đau lưng	5	10.87
	Đau hạ vị	9	19.57
Triệu chứng sốt		14	30.43
Không triệu chứng		4	8.70%

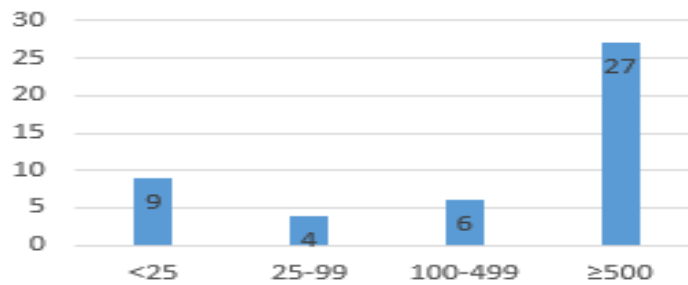
**Nhận xét:** Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là tiểu gắt (32.61%) và sốt (30.43%), đau hông lưng (10.87%) và không triệu chứng (8.70%)

#### 3.2.2. Các đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu:

**Bảng 3.2: Kết quả công thức máu và sinh hóa máu, pH nước tiểu**

Thông số	Giá trị trung bình
Bạch cầu (TB/mm <sup>3</sup> )	12815 ± 823.54
Neutrophil (%)	75.88 ± 13.02
CRP (mg/l)	92.91 ± 15.24
pH nước tiểu	6.71 ± 1.18

**Nhận xét:** số lượng bạch cầu, Neutrophil, CRP tăng cao phù hợp với tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu.



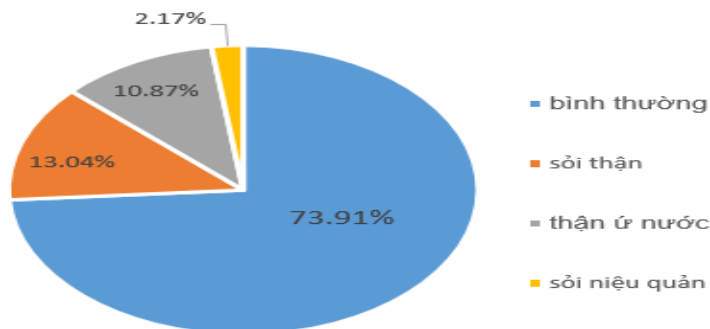
**Biểu đồ 3.3: Đặc điểm bạch cầu niệu trên đối tượng nghiên cứu**

Nhận xét: Bạch cầu niệu  $\geq 500$  TB/mm<sup>3</sup> là 27 trường hợp (chiếm 58.70%) ; từ 100-499 TB/mm<sup>3</sup> là 6 trường hợp (13.04%) ; từ 25-99 TB/mm<sup>3</sup> là 4 trường hợp (8.70%) ; <25 TB/mm<sup>3</sup> là 9 trường hợp (19.57%). Nitrit nước tiểu dương là 11 trường hợp (23.91%), nitrit nước tiểu âm là 35 trường hợp (76.09%)

**Bảng 3.3 : Đặc điểm bạch cầu niệu với nhiễm vi khuẩn gram âm.**

Vi khuẩn	Số lượng BC niệu >500tb/mm <sup>3</sup>	p
Gram âm	16	0.017

**Nhận xét :** Bạch cầu niệu > 500 tb/mm<sup>3</sup> có ý nghĩa thống kê với Gr(-), p = 0.017 ( p < 0.05)

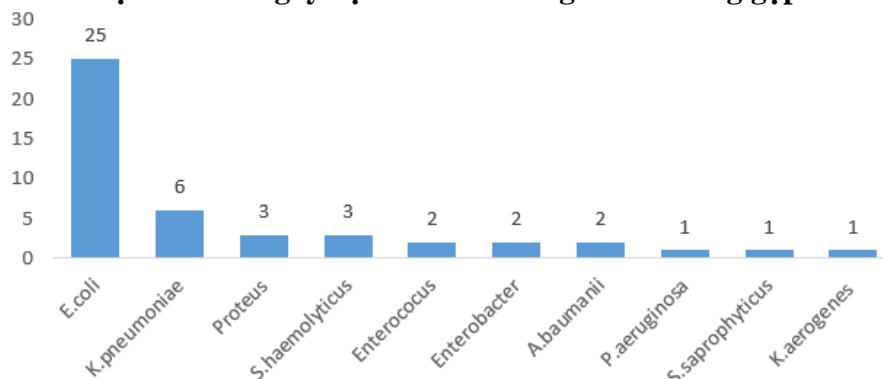


**Biểu đồ 3.4: Kết quả siêu âm của đối tượng nghiên cứu**

**Nhận xét :** Đa số có kết quả siêu âm bình thường (73.91%), một số ít ghi nhận sỏi thận (13.04%), sỏi niệu quản (2.17%) và thận ứ nước (10.87%)

### 3.3 Đặc điểm của vi sinh vật và kháng sinh trên đối tượng nghiên cứu

#### 3.3.1. Các loại vi khuẩn gây bệnh nhiễm trùng tiểu thường gặp:



**Biểu đồ 3.4: Các chủng vi khuẩn gây bệnh trong nhóm đối tượng nghiên cứu**

**Nhận xét :**Trong 46 đối tượng nghiên cứu, có 42 trường hợp Gram âm ( chiếm 91.30%) và 4 trường hợp Gram dương (chiếm 8.70%); trong đó vi khuẩn gây bệnh thường gặp nhất là E.coli (54.34%), K.pneumoniae (13.04%), Proteus mirabilis (6.52%), S.haemolyticus (6.52%), Enterococcus faecalis (4.35%), Enterobacter (4.35%), A.baumannii (4.35%), P.aeruginosa ( 2.17%), S.saprophyticus ( 2.17%), K.aerogenes ( 2.17%)

### 3.3.2: Đặc điểm kháng kháng sinh trên từng loại vi khuẩn:

**Bảng 3.4: Tỷ lệ kháng kháng sinh của chủng E.coli (n = 25)**

	Nhạy		Kháng		Trung gian	
	Số	%	Số	%	Số	%
Ceftriaxone	4	16 %	19	76 %	2	8 %
Ceftazidim	8	32 %	12	48 %	5	20 %
Cefepime	8	32 %	7	28 %	10	40 %
Piperacillin/Tazobactam	17	68 %	4	16 %	4	16 %
Amikacin	16	64 %	1	4 %	8	32 %
Gentamycin	11	44 %	13	52 %	1	4 %
Ciprofloxacin	5	20 %	16	64 %	4	16 %
Levofloxacin	1	4 %	13	52 %	11	44 %
Doxycycline	1	4 %	0	0 %	23	92 %
Trimethoprim/ Sulfamethoxazole	7	28 %	18	72 %	0	0 %
Ertapenem	19	76 %	4	16 %	2	8 %
Imipenem	17	68 %	1	4 %	7	28 %
Meropenem	22	88 %	2	8 %	1	4 %

**Nhận xét:** E coli có tỉ lệ kháng với Ceftriaxone cao nhất (76%), Trimethoprim/Sulfamethoxazole (72%), Ciprofloxacin ( 64 %), Levofloxacin (52 %), Ceftazidim (48 %), Gentamycin (52%), Cefepime (28 %). E.coli đề kháng thấp với Imipenem 4 %, Amikacin 4%, Meropenem 8 %, Ertapenem 16 %, Piperacilin/Tazobactam 16 %.

**Bảng 3.5: Tỷ lệ kháng kháng sinh của chủng Klebsiella pneumoniae (n = 6)**

Kháng sinh	Nhạy		Kháng		Trung gian	
	Số	%	Số	%	Số	%
Ceftriaxone	2	33.33%	4	66.67%	0	0 %
Ceftazidim	1	16.67%	5	83.33%	0	0%
Cefepime	3	50 %	3	50 %	0	0%
Piperacillin	2	33.33%	3	50 %	1	16.67%
Amikacin	3	50 %	1	16.67%	2	33.33%
Gentamycin	0	0 %	6	100 %	0	0%
Ciprofloxacin	0	0 %	5	83.33%	1	16.67%
Levofloxacin	0	0 %	4	66.67%	2	33.33%
Trimethoprim/ Sulfamethoxazole	0	0 %	6	100 %	0	0%
Ertapenem	3	50 %	3	50.00%	0	0%
Imipenem	3	50 %	2	33.33%	1	16.67%
Meropenem	5	83.33%	1	16.67%	0	0%

**Nhận xét:** tỉ lệ kháng kháng sinh của chủng K.pneumoniae khá cao: Gentamycin (100%), Trimethoprim/Sulfamethoxazole(100%),Ceftriaxone(66.67%),Ceftazidim(83.33%), Ciprofloxacin (83.33%).

## **IV. BÀN LUẬN**

### **4.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:**

Trong số 46 đối tượng nghiên cứu có 30 nữ ( 65.22%) và 16 nam ( 34.78%), tuổi trung bình là  $62,30 \pm 2,19$  năm ( nhỏ nhất 21 , lớn nhất 74 ), kết quả này gần giống với kết quả của Aina Gomila và cộng sự (năm 2018) [3] trong nghiên cứu đa trung tâm với số lượng bệnh nhân là 948 tỷ lệ nam nữ lần lượt là 56% và 44%, tuổi trung bình là  $65.8 \pm 18.2$  năm, và cũng tương tự với nghiên cứu của Trần Quốc Huy (năm 2021) [2] trên 352 bệnh nhân với tỉ lệ nam nữ là 57.7% và 42.3%, tuổi trung bình là  $66.5 \pm 15.1$ , cho chúng ta thấy nhiễm trùng tiết niệu thường gặp ở nữ giới hơn nam giới. Điều này có thể là do cấu tạo giải phẫu đường tiết niệu sinh dục của nữ có niệu đạo ngắn hơn nam và lỗ tiểu gần với hậu môn nên các vi khuẩn từ đường tiêu hóa và đường sinh dục dễ xâm nhập vào đường tiết niệu. Bên cạnh đó Đái tháo đường (28.26%), suy thận mạn (28.26%), tai biến mạch máu não (13.04%) cũng là yếu tố thuận lợi kèm theo trên đối tượng bệnh nhân nhiễm trùng tiểu do tình trạng suy giảm miễn dịch, nồng độ glucose trong nước tiểu tăng cao, bất động lâu ngày, vệ sinh vùng tiết niệu kém.

### **4.2 Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là tiểu gắt (32.61%) và sốt (30.43%), triệu chứng ít gặp hơn là tiểu buốt (13.04%), đau hông lưng (10.87%). Kết quả này khác biệt với tác giả Trần Thị Kiều Phương ( năm 2022) [1] tại bệnh viện Bạch Mai trong tổng số 155 bệnh nhân với triệu chứng tiểu buốt (72.3%), tiểu gắt (71.6%), sốt và đau hông lưng (48.4%). Khác biệt này là do mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ, và thời gian nghiên cứu ngắn hơn. Bên cạnh đó, vẫn tồn tại một tỉ lệ nhỏ nhiễm trùng tiểu không triệu chứng (8.70%) do bệnh nhân nhập viện điều trị bệnh lý khác, thực hiện các xét nghiệm tổng quát và phát hiện vi trùng trong nước tiểu. Kết quả số lượng bạch cầu, Neutrophil, CRP định lượng tăng cao phù hợp với tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu. Nitrit nước tiểu dương là 11 trường hợp (23.91%), nitrit nước tiểu âm là 35 trường hợp ( 76.09%) có thể âm tính giả trong nhiễm trùng tiểu. Bạch cầu niệu  $>500$  tế bào/ $\text{mm}^3$  chiếm 58.7% trong nhóm nghiên cứu, cho chúng ta thấy bạch cầu niệu tăng cao lớn hơn  $500\text{tb}/\text{mm}^3$  có ý nghĩa thống kê với nhiễm trùng Gram âm với  $p=0.017$ , là một gợi ý có giá trị đối với các nhiễm trùng tiểu ( có triệu chứng hoặc không triệu chứng) để bước tiếp theo là cấy tìm vi khuẩn nước tiểu xác định chẩn đoán.

### **4.3 Đặc điểm vi sinh vật gây bệnh**

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm vi khuẩn Gram âm chiếm tỉ lệ khá cao (91.30%) và vi khuẩn thường gặp nhất là E.coli chiếm 54.34% và K.pneumoniae là 13.04%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Trần Quốc Huy [2] tại bệnh viện đa khoa Kiên Giang với Gram âm là 90.90%, E.coli là 54.5%, K.pneumoniae là 15.6%. Và cũng tương tự với nghiên cứu của Anila Gomila và cộng sự [3] với kết quả phân lập E.coli là 52% và K.pneumoniae là 15.6%. Nhưng nghiên cứu chúng tôi khác biệt so với nghiên cứu của Trần Thị Kiều Phương [1] tại bệnh viện Bạch Mai khi kết quả Gram âm ở bệnh viện Bạch Mai chỉ 78.7% nhưng E.coli thì tương tự chiếm tỉ lệ 52.9%. Nguyên nhân có thể do E.coli là vi khuẩn bình thường sống trong đường ruột, khoảng cách từ hậu môn đến niệu đạo ngắn là điều kiện thuận lợi cho vi khuẩn gây bệnh.

### **4.4 Mức độ kháng kháng sinh của vi khuẩn**

Kết quả nghiên cứu cho thấy E coli có tỉ lệ đề kháng cao với Ceftriaxone 76%, Trimethoprim/Sulfamethoxazole 72%, Ciprofloxacin 64 %, Levofloxacin 52 %, Ceftazidim 48 %, Gentamycin 52%, Cefepime 28 %. E.coli đề kháng thấp với Imipenem 4 %, Amikacin 4%, Meropenem 8 %, Ertapenem 16 %, Piperacilin/Tazobactam 16 %. So sánh với kết quả Trần Quốc Huy [2] tại bệnh viện Kiên Giang khi tỉ lệ đề kháng của E.coli lần lượt là Ceftriaxone 87.5%, Trimethoprim/Sulfamethoxazole 72.4%, Ciprofloxacin 91.7%, Ceftazidim 88.5%. Và kết quả của Trần Thị Kiều Phương [1] tại bệnh viện Bạch Mai, E.coli kháng với kháng sinh nhóm quinolon và cephalosporin ( $>50\%$ ). Nhìn chung kết quả chúng tôi tương tự với với các nghiên cứu khác, E.coli đề kháng cao đối với nhóm Cephalosporin và Quinolon, đề kháng thấp với carbapenem, amikacin và Piperacilin/Tazobactam nhưng đề kháng cụ thể với từng loại kháng sinh thì lại có sự khác biệt do mẫu nghiên cứu nhỏ hơn, thời gian quan sát ngắn hơn và

kinh nghiệm sử dụng kháng sinh khác nhau ở mỗi bệnh viện nên tạo ra quần thể E.coli kháng thuốc khác nhau.

Tác nhân gây bệnh thứ hai thường gặp sau E.coli là K.pneumoniae với tỉ lệ kháng Gentamycin 100% , Trimethoprim/Sulfamethoxazole 100%, Ceftriaxone 66.67%, Ceftazidim 83.33%, Ciprofloxacin 83.33%. Và so sánh với kết quả của Trần Quốc Huy [1] tại bệnh viện Kiên Giang, K.pneumoniae kháng với Gentamycin 48.1%, Trimethoprim/Sulfamethoxazole 52.7%, Ceftriaxone 89.1%, Ceftazidime 90.9%, Ciprofloxacin 96.4%. Kết quả có sự khác biệt do mẫu nghiên cứu nhỏ, số lượng mẫu phân lập vi khuẩn K.pneumoniae thấp, nhưng nhìn chung K.pneumoniae có mức độ đề kháng cao đối với đa số các loại kháng sinh.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 46 bệnh nhân nhiễm trùng tiểu ở khoa Nội thận, thấy được rằng bệnh cảnh lâm sàng đa dạng từ sốt, tiểu buốt, tiểu gắt, đau hông lưng đến không có triệu chứng; bạch cầu niệu >500 tế bào/mm<sup>3</sup> là một chỉ điểm gợi ý nhiễm trùng tiểu. Kết quả phân lập nước tiểu hầu hết là vi khuẩn gram âm, trong đó E.coli chiếm đa số, tiếp theo là K.pneumoniae. Mức độ đề kháng của E.coli cao đối với Quinolon và Cephalosporin, thấp hơn đối với Carbapenem, Amikacin và Piperacilin/Tazobactam. K.pneumoniae có mức độ đề kháng cao đối với đa số các loại kháng sinh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thị Kiều Phương, Đặng Thị Việt Hà. (2022) “ Đặc điểm bệnh nhân nhiễm khuẩn tiết niệu phức tạp tại bệnh viện Bạch Mai”, *Tạp chí Y học Việt Nam tập 518*, trang : 279- 282.
2. Trần Quốc Huy, Trần Thị Mộng Lành. (2021) “Tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu và kháng kháng sinh tại bệnh viện đa khoa Kiên Giang”, *Tạp chí Y học Việt Nam tập 523*, trang: 256 - 261
3. Ania Gomila, Evelyn Shaw, et al. (2018) “Predictive factors for multidrug-resistant gram-negative bacteria among hospitalised patients with complicated urinary tract infections”, *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, pp: 1-11.
4. Ana L. Flores-Mireles, Jennifer N. Walker, et al. (2015) “Urinary tract infections: epidemiology, mechanisms of infection and treatment options”. *Nature Review/Microbiology*, volume 13, pp: 269 -284
5. Jame Ross, Duane Hickling (2022) “Medical Treatment for Urinary Tract Infection”, *Unologic clinics of North America*, volume 49, issue 2, pp: 283 -297.

# ĐẶC ĐIỂM VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỨC MẠC Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN LỌC MÀNG BỤNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2019- 2023

Lữ Công Trung, Huỳnh Nhật Duy  
Huỳnh Thị Mai Phan, Nguyễn Thị Trương

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Viêm phúc mạc ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú (CAPD) chiếm 15%- 35% trong số nguyên nhân nhập viện của người bệnh lọc màng bụng và là nguyên nhân chính khiến bệnh nhân chuyển sang thận nhân tạo và tử vong[3].

**Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, ở 85 bệnh nhân suy thận mạn đang lọc màng bụng ( CAPD) bị viêm phúc mạc tại bệnh viện Đa Khoa trung Tâm An Giang từ 4/2019-4/2023

**Kết quả:** Nghiên cứu ở 85 bệnh nhân suy thận mạn bị viêm phúc mạc, tuổi trung bình  $50,6 \pm 1,2$  năm (21-85), nam chiếm tỷ lệ 61,18 % (52 người), nữ chiếm 38,82 % (33 người), thời gian lọc màng bụng trung bình  $43,91 \pm 3,3$  tháng. Tỷ lệ viêm phúc mạc trung bình 3.52%/ năm. Không có mối liên quan giữa viêm phúc mạc và trình độ học vấn ( $r= 0.13$ ) Triệu chứng của viêm phúc mạc là dịch lọc đục ( 96,47 % ), đau bụng 49.41 %, 100% số lượng bạch cầu trong dịch lọc trên 100 tế bào/mm<sup>3</sup>. Tác nhân viêm phúc mạc hàng đầu là *Staphylococcus aureus*, Kết quả cấy dương tính dịch màng bụng 61.53%, âm tính 36.47%, nấm 2%. Vi trùng Gr (+) chiếm 55.35% ( $p < 0.0001$ ), Gr (-) chiếm 44.65 %. Kháng sinh đường dùng chủ yếu là ngậm ổ bụng 98.2 %, điều trị thành công viêm phúc mạc chiếm 72.94 %, chuyển sang thận nhân tạo 18.82%, tử vong do viêm phúc mạc chiếm 5.88%, tử vong do bệnh khác 9.41%

**Kết luận:** Vi khuẩn cấy dịch lọc của chúng tôi chủ yếu là Gr(+), căn nguyên gây viêm phúc mạc chủ yếu là *staphylococcus aureus*. Đợt viêm phúc mạc càng nhiều thì nguy cơ chuyển thận nhân tạo tăng gấp 2,4 lần, Kháng sinh ceftazidime và cefazoline vẫn đáp ứng tốt trên lâm sàng

## ABSTRACT

### CHARACTERISTICS AND RESULTS OF TREATMENT PERITONITIS IN PATIENT OF CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2019- 2023

**Objective:** Peritonitis in CAPD(continuous ambulatory peritoneal dialysis) patients accounts for 15% - 35% of hospitalizations for peritoneal dialysis patients and is the main reason why patients switch to hemodialysis and die.[3]

**Methods:** A cross-sectional study was performed on 85 CAPD patients who had peritonitis at An Giang Central General Hospital in 2019- 2023

**Results:** Research on 85 chronic kidney disease patients with peritonitis, average age  $50.6 \pm 1.2$  years (21-85), male accounts for 61.18% (52 people), female accounts for 38.82% ( 33 people), peritoneal dialysis time  $43.91 \pm 3.3$  months. Average peritonitis rate 3.52%/year There is no relationship between peritonitis and education level ( $r= 0.13$ ). Symptoms of peritonitis were cloudy dialysis effluent (96.47%), abdominal pain 49.41% There are 100% of white blood cells in the filtrate above 100 cells/mm<sup>3</sup> The leading peritonitis agents are *Staphylococcus aureus*, with positive culture results at 61.53%,negative at 36.47%, and fungus at 2%. Gr (+) accounts for 55.35% ( $p < 0.0001$ ), Gr (-) accounts for 44.65 %, Antibiotics are mainly used as intraperitoneal 98.2 %, Successful treatment accounts for 72.94 %, transfer to hemodialysis 18.82%, 5.88% of deaths due to peritonitis, 9.41% of deaths due to other diseases

**Conclusions:** Our peritoneal dialysis solution culture bacteria are mainly Gr(+), and the main cause of peritonitis is *Staphylococcus aureus*. The more frequent episodes of peritonitis, the risk of Hemodialysis transfer increases by 2.4 times. Antibiotics ceftazidime and cefazoline still have a good clinical response.

**Keywords :** CAPD, Peritoneal Dialysis- Related Peritonitis.

## **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Viêm phúc mạc chiếm 15%- 35% trong số nguyên nhân nhập viện của người bệnh lọc màng bụng và là nguyên nhân chính khiến bệnh nhân chuyển sang thận nhân tạo. Theo hiệp hội thẩm phân thể giới (ISPD) năm 2016 tỷ lệ tử vong do viêm phúc mạc chiếm khoảng 5% [3] Phòng ngừa viêm phúc mạc và xử trí viêm phúc mạc kịp thời và thích hợp là điều cần thiết cho sự thành công lâu dài của thẩm phân phúc mạc ở tất cả các bệnh nhân suy thận mạn.

### **MỤC TIÊU**

1. Tìm hiểu tỷ lệ, tác nhân vi khuẩn, đánh giá kết quả điều trị viêm phúc mạc ở bệnh nhân lọc màng bụng từ năm 2019- 2023

2. Một số yếu tố liên quan đến viêm phúc mạc: tuổi, giới tính, trình độ văn hóa của người thực hiện lọc màng bụng tại nhà, tự thay dịch hoặc người trợ giúp,

## **II. PHƯƠNG PHÁP VÀ ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu và tiến cứu, mô tả cắt ngang.**

### **2.2. Cỡ mẫu:**

Thuận tiện

### **2.3. Đối tượng nghiên cứu:**

Tất cả các bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn 5 được điều trị bằng lọc màng bụng bị viêm phúc mạc.

**2.4. Tiêu chuẩn chọn bệnh:** (1). Trên 18 tuổi tính từ thời điểm năm 2019; (2). Thời gian làm lọc màng bụng  $\geq 1$  tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ: viêm phúc mạc sau mổ, hồ sơ không đủ dữ liệu

### **2.5. Thời gian nghiên cứu:**

Bệnh nhân được điều trị lọc màng bụng từ 1/04/2019 đến 1/04/2023

### **2.6. Địa điểm:**

Khoa Nội Thận bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang

### **2.7. Cách tiến hành:**

Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phúc mạc: (1). Lâm sàng: đau bụng, dịch thẩm phân đục. (2). Bạch cầu trong dịch thẩm phân cao  $> 100$  tế bào/  $\text{mm}^3$ , phần lớn là bạch cầu đa nhân trung tính ( $\geq 50\%$ ). (3) Cây dịch thẩm phân phát hiện vi khuẩn gây bệnh. Ít nhất 2 tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phúc mạc.[6]

### **2.8. Xử lý số liệu:**

STATA 12

### **2.9. Đo lường các biến:**

Tự thay dịch, hay có người thay dùm

Trình độ văn hóa của người thực hiện lọc màng bụng tại nhà ( Không biết chữ, trung học, đại học )

Kết quả cấy dịch ổ bụng ,loại vi khuẩn.

Kháng sinh đồ

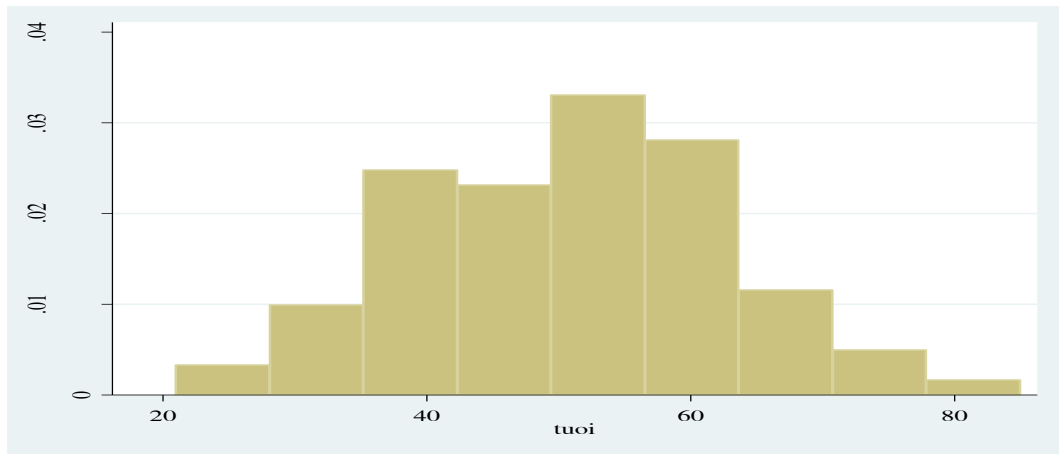
Thuốc kháng sinh sử dụng: đường dùng kháng sinh: ngâm ổ bụng ,tĩnh mạch,kết hợp cả 2

Kết quả đợt điều trị viêm phúc mạc: Sống, ra viện, tử vong do viêm phúc mạc, tử vong do bệnh kèm theo, rút bỏ catheter ổ bụng, chuyển sang thận nhân tạo

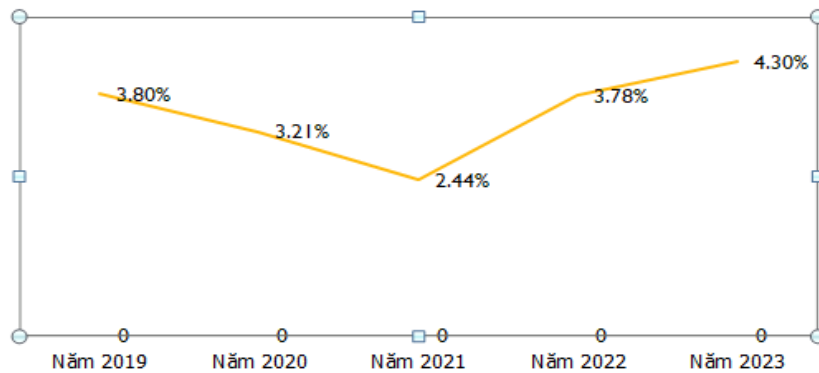
## **III. ĐẶC ĐIỂM CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU :**

### **3.1 Đặc điểm chung của bệnh nhân viêm phúc mạc ;**

Chúng tôi nghiên cứu 85 bệnh nhân bị viêm phúc mạc



**Biểu đồ 3.1 : Tuổi trung bình  $50,6 \pm 1,2$  năm( 21-85), nam chiếm tỷ lệ 61,18 % (52 người),nữ chiếm 38,82 %(33 người) , thời gian lọc màng bụng  $43,91 \pm 3,3$  tháng.  
3.2 Tỷ lệ viêm phúc mạc và các yếu tố liên quan :**



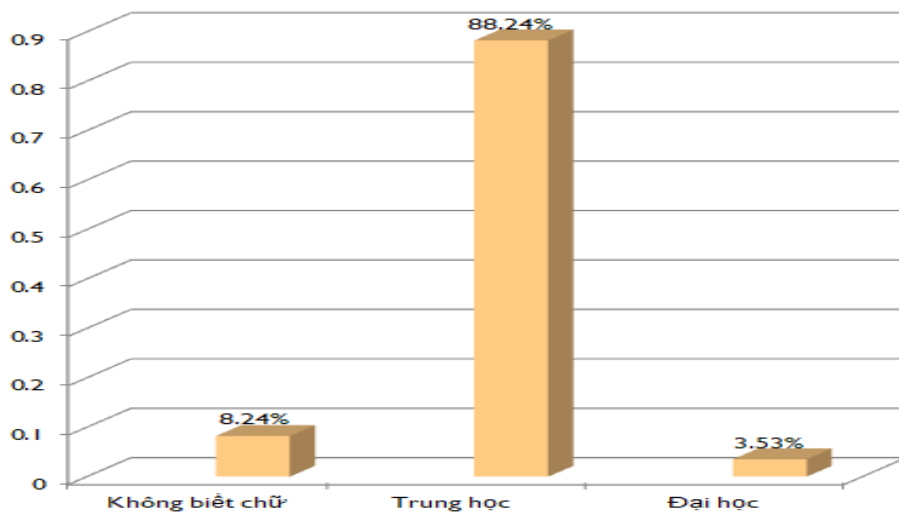
**Biểu đồ 3.2 :Tỷ lệ viêm phúc mạc trung bình 3.52%/ năm.**

Kháng sinh ngâm ổ bụng là chủ yếu 98,2%, đường tĩnh mạch 2,8% .

Tự thay dịch chiếm 78.82 %, trợ giúp 21.18 %.

Không có trường hợp nào thay dịch bằng máy bị viêm phúc mạc ( Automated Peritoneal Dialysis ).

Thời gian điều trị viêm phúc mạc trung bình từ 14- 21 ngày.



**Biểu đồ 3.3 : Không có mối liên quan giữa viêm phúc mạc và trình độ học vấn ( $r=0.13$ )**

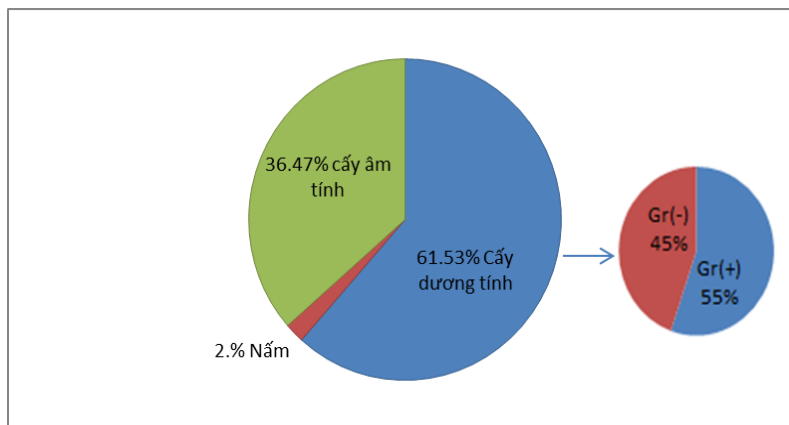


### 3.3 Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của viêm phúc mạc:

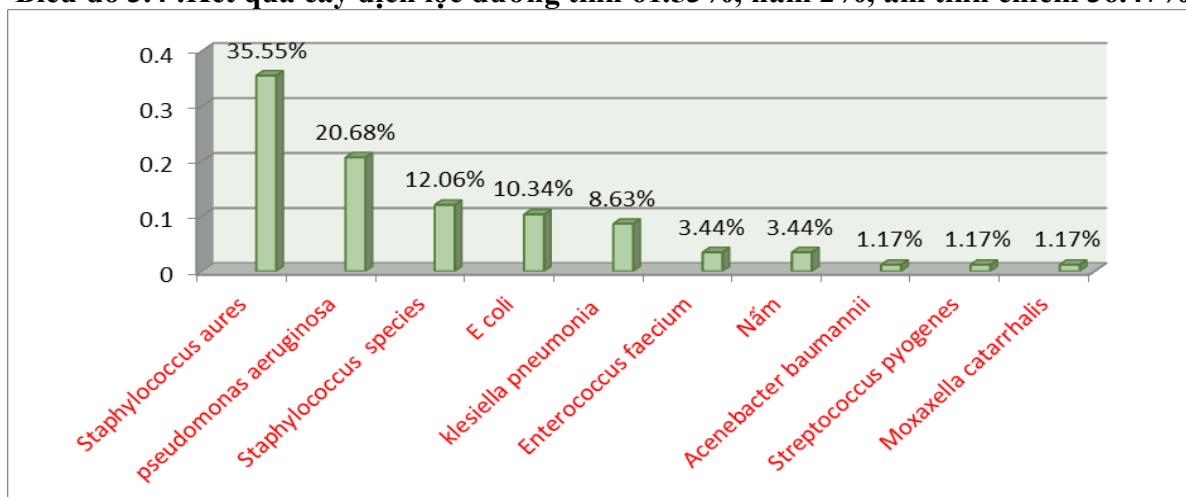
**Bảng 3.1 :Triệu chứng lâm sàng của viêm phúc mạc**

Triệu chứng lâm sàng	Số người	Tỷ lệ phần trăm
Đau bụng	42	49,41%
Dịch lọc đục	82	96,47%
Số lượng bạch cầu > 100tb/mm <sup>3</sup>	85	100%

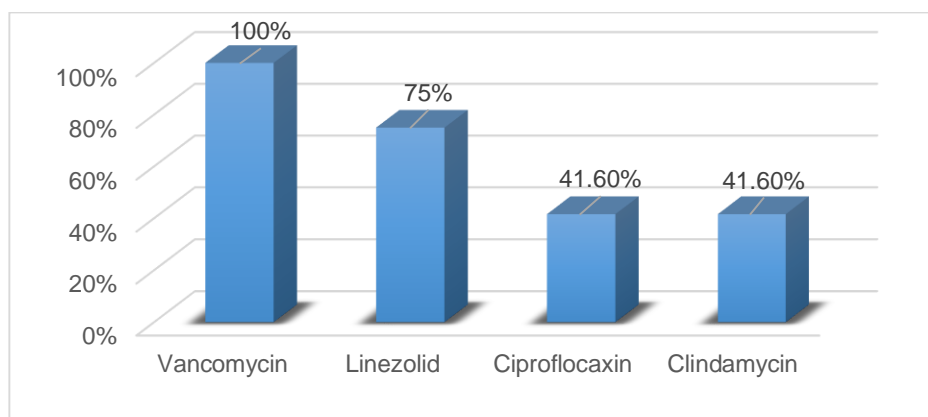
### 3.4 Tác nhân gây bệnh và kết quả điều trị viêm phúc mạc ở bệnh nhân lọc màng bụng



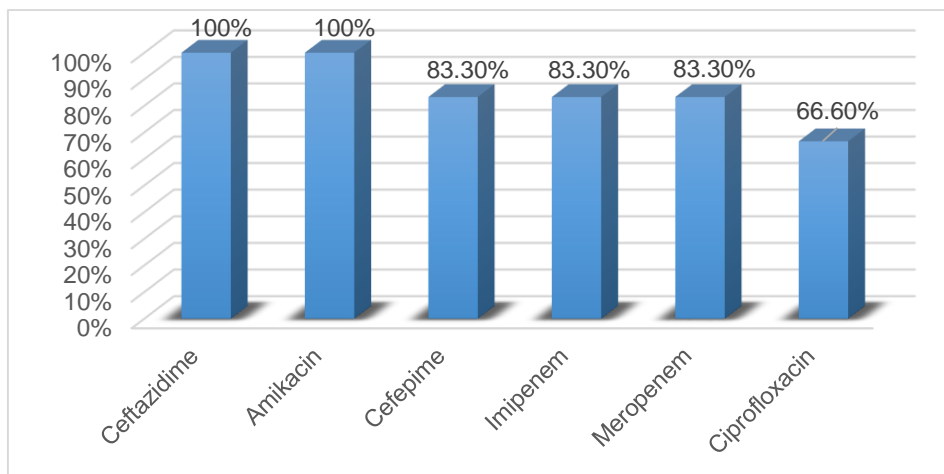
**Biểu đồ 3.4 :Kết quả cấy dịch lọc dương tính 61.53%, nấm 2%, âm tính chiếm 36.47%**



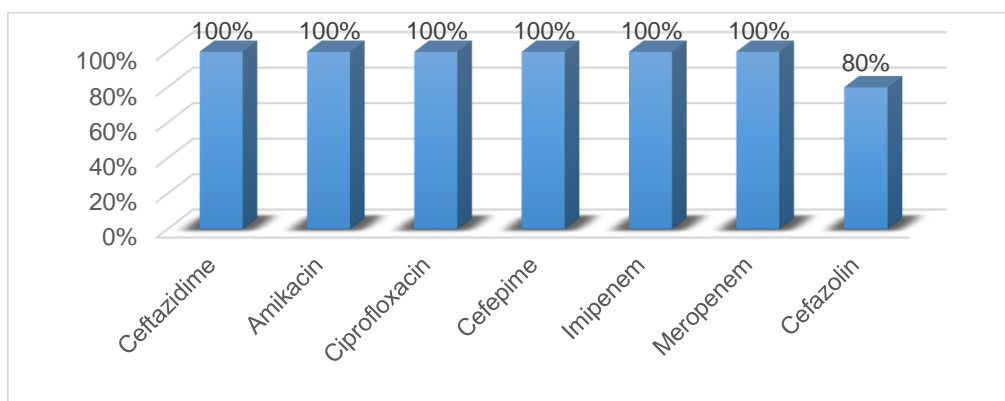
**Biểu đồ 3.5: Tác nhân gây viêm phúc mạc tại BVĐKTT An Giang**



**Biểu đồ 3.6: Tỷ lệ nhạy kháng sinh của Staphylococcus aureus**

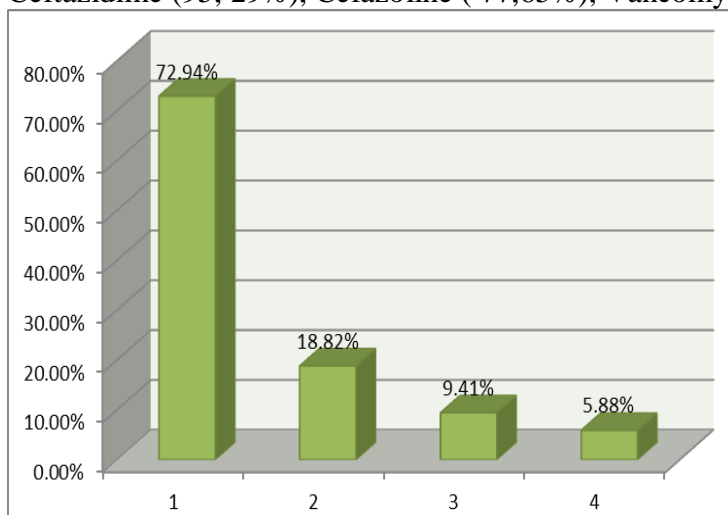


**Biểu đồ 3.7: Tỷ lệ nhạy kháng sinh của Pseudomonas aeruginosa**



**Biểu đồ 3.8: Tỷ lệ nhạy kháng sinh của Ecoli**

Kháng sinh ban đầu sử dụng điều trị viêm phúc mạc tại bệnh viên BVĐKTT An giang :  
Ceftazidime (95, 29%), Cefazoline ( 77,65%), Vancomycine ( 10,59%), Amikacine ( 15,29 %)



1	Thành công	72.94%
2	Chuyển Thận nhân tạo	18.82%
3	Tử vong do bệnh khác	9.41%
4	Tử vong do VPM	5.88%

**Biểu đồ 3.9 : Kết quả điều trị viêm phúc mạc tại BVĐKTT An Giang**

**Bảng 3.2: Phân tích hồi quy đa biến số đợt viêm phúc mạc có nguy cơ tăng gấp 2,4 lần chuyển sang lọc máu chu kỳ ( Hemodialysis)**

Chuyển thận nhân tạo (HD)	Odds Ratio	p
Vi khuẩn Gr ( + )	0.61	0.467
Số đợt viêm phúc mạc	2.4	<b>0.006</b>
Thời gian lọc màng bụng	0.97	0.93

## VI. BÀN LUẬN :

### 4.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu :

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nam giới chiếm 61,18%, nữ giới chiếm 38,82%, tuổi trung bình  $50,6 \pm 1,2$  năm, theo tác giả Phạm Thị Chải cho thấy giới tính nam nữ tương tự nhau, tuổi trung bình  $44,2 \pm 14,6$  năm[1] . Điều thấy cho thấy một số bệnh nhân lọc màng bụng còn trong tuổi lao động, chỉ định lọc màng bụng không phụ thuộc giới tính mà tùy thuộc vào điều kiện kinh tế, xã hội và tình trạng bệnh tật cụ thể như suy tim, tăng áp động mạch phổi.

### 4.2 Tỷ lệ viêm phúc mạc và các yếu tố liên quan :

Trong thời điểm từ 2019 – 2023 tại trung tâm chúng tôi số lượng bệnh nhân lọc màng bụng từ 135- 145 người, tỷ lệ viêm phúc mạc chiếm 3.52 %/ năm phù hợp với tiêu chí của hội thẩm thế giới (ISPD 2022) là tỷ lệ không viêm phúc mạc phải >80%. Tình trạng học vấn, không biết chữ chiếm 8,24%, trung học chiếm 88,24%, đại học chiếm 3,53 %, chúng tôi thấy rằng không có mối liên quan giữa trình độ học vấn và tình trạng viêm phúc mạc (  $r = 0.13$  ). Tự thay dịch thẩm phân chiếm 78,82%, trợ giúp 21,18% cũng không liên quan đến viêm phúc mạc. (  $r = 0.026$  ). Chúng tôi có 5 bệnh nhân lọc màng bụng bằng máy, không có trường hợp nào lọc màng bụng bằng máy bị viêm phúc mạc cho thấy số lần thay dịch trong ngày càng nhiều thì nguy cơ viêm phúc mạc càng tăng[5].

### 4.3 Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của viêm phúc mạc:

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 85 bệnh nhân triệu chứng đau bụng chiếm 49,41%, dịch đục chiếm 96,47% đây là dấu hiệu viêm của màng bụng, cũng là tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phúc mạc ,theo Nguyễn văn Thanh (2016)[2] ở 68 lượt bệnh nhân viêm phúc thì đau bụng chiếm 93.7 % cao hơn nghiên cứu của chúng tôi , nhưng dịch lọc đục tương tự với chúng tôi, bạch cầu đa nhân > 100 tế bào/mm<sup>3</sup> chiếm 100% , đây là dấu hiệu hướng dẫn lâm sàng, khi trên lâm sàng còn nghi ngờ.

### 4.3 Tác nhân gây bệnh và kết quả điều trị viêm phúc mạc ở bệnh nhân lọc màng bụng:

Khi bệnh nhân vào bị viêm phúc mạc thì được nuôi cấy bệnh phẩm 100%, kết quả nuôi cấy của chúng tôi dương tính chiếm 61,53%, nấm chiếm 2%, và âm tính chiếm 36,47% Theo ISPD (2022) cấy dịch lọc âm tính không nên vượt quá 15% [6], theo Nguyễn Thị Chải ( 2009) tỷ lệ cấy dịch lọc dương tính chỉ có 25 %[1], theo Nguyễn Văn Thanh (2016) cấy dịch lọc dương tính 32.3 %[2], chúng tôi cấy dịch vào chai cấy máu Bactec và trước khi sử dụng kháng sinh tỷ lệ dương tính cao hơn các tác giả trên. Tác nhân gây bệnh chủ yếu là vi khuẩn Gr (+) chiếm 31/56 : 55.35% (  $p < 0.0001$  ), vi khuẩn Gr (-) chiếm 44.65 %. Các tác nhân gây bao gồm: Staphylococcus aureus (35,55%), Pseudomonas aeruginosa( 20,68%), Staphylococcus species(12,06%), Klebsiella pneumonia(8,63%), Ecoli( 10,34%), Acinetobacter(1,17%), nấm( 3,34%). Staphylococcus aureus là nguyên nhân gây bệnh hàng đầu. Theo Nguyễn văn Thanh vi khuẩn gây viêm phúc mạc chủ yếu là Gr (-), Ecoli là nguyên nhân gây viêm phúc mạc hàng đầu ( 10.3 %), có 8.8% nguyên nhân do nấm. Theo tác giả Nguyễn Thị Chải vi khuẩn gây bệnh 60% là do Gr (-) và có 2 bệnh nhân bị nấm, chúng tôi cấy dương tính chủ yếu là vi khuẩn Gr (+) và có 2 trường hợp bị nấm, tương tự với tác giả Cheu chun szeto tại bệnh viện Hoàng tử xứ Wales từ 2010-2019 ( 2021) vi khuẩn chủ yếu là Gr(+)[3]. Những bệnh

nhân bị nhiễm *Staphylococcus aureus* và *Pseudomonas aeruginosa* phải chú ý quy trình thay dịch và lưu ý chăm sóc lỗ thoát và đường hầm của catheter Tenckhoff.

Kháng sinh ban đầu của chúng tôi Ceftazidime (95, 29%), Cefazoline ( 77,65%), Vancomycine ( 10,59%), Theo tác giả Muthana Al Sahalawi et al ( 2021)[4] sử dụng kháng sinh trung tâm ở Thái Lan giống với chúng tôi có lẽ do cùng ở vùng Đông nam Á, nhưng khác với Anh và Mỹ nơi sử dụng Vancomycin chiếm tỷ lệ cao ( Anh 88%, Mỹ 81% ) như vậy mỗi nơi có đặc điểm nguyên nhân gây bệnh khác nhau.

Kháng sinh đồ thì *Staphylococcus aureus* nhạy vancomycine 100%, *Pseudomonas aeruginosa* nhạy ceftazidime và Amikacine 100%, Ecoli còn nhạy với nhiều kháng sinh.

Thời gian điều trị của chúng tôi từ 14- 21 ngày,kết quả điều trị viêm phúc mạc tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang điều trị thành công chiếm tỷ lệ cao 72,94%, chuyển thận nhân tạo 18,82%, tử vong do bệnh khác 9,41%, tử vong do viêm phúc mạc 5,88% Theo nghiên cứu của tác giả Muthana Al Sahalawi[4] ( 2021 ) trên 1990 bệnh nhân bị viêm phúc mạc ở 126 trung tâm điều trị khỏi trung bình 65 %( 54- 68 % ), tử vong do viêm phúc mạc trung bình 6%, chuyển thận nhân tạo 16 % cũng tương tự như chúng tôi, điều đó cũng là niềm khuyến lệ đối với chúng tôi.

## V. KẾT LUẬN

Vi khuẩn ở các trung tâm khác nhau, vi khuẩn của chúng tôi chủ yếu là Gr( + ), tỷ lệ cấy dương tính tương đối cao so với các trung tâm khác do chúng tôi cấy sớm trước sử dụng kháng sinh và cấy trong chai Bactec phù hợp với khuyến cáo của ISPD ( 2022). Đợt viêm phúc mạc càng nhiều thì nguy cơ chuyển thận nhân tạo tăng gấp 2,4 lần. *Staphylococcus aureus* vẫn còn nhạy với kháng sinh vancomycine 100%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Thị Chải , Đào Bùi Quý Quyền ( 2009),Viêm phúc mạc trong thẩm phân phúc mạc liên tục ngoại trú, Y học TP Hồ chí Minh, 13(1), 265-270
- 2.Nguyễn Văn Thanh (2016), Tình trạng viêm phúc mạc ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai, Kỷ yếu HN khoa học lần thứ X( VUNA), lần thứ III
- 3.Cheuk- Chun szeto et al ( 2023), Peritonitis in Peritoneal Dialysis, *Handbook of Dialysis Therapy*, pp : 272- 278
- 4.Muthana Al Sahalawi et al ( 2021 ), Variation in peritoneal Dialysis- Related peritonitis outcomes in the peritoneal Dialysis outcomes and practice patterns study ( PDOPPS )
- 5.Jeffrey Perl et al (2020), Peritoneal Dialysis – Related infection Rate and outcomes: Result from the peritoneal Dialysis outcomes and Practice Pattern study (PDOPPS )
- 6.Phillip Kam- Tao li ( 2022) ISPD peritonitis guideline recommendations: 2022 update on prevention and treatment

# ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN NHỊP TIM BẰNG PHƯƠNG PHÁP TRIỆT ĐỐT BẰNG SÓNG CÓ TẦN SỐ RADIO TẠI BVĐKTT AN GIANG

Nguyễn Sơn Nam, Phạm Trọng Tiến,  
Trần Văn Đẩu, Nguyễn Văn Thành An

## TÓM TẮT

**Tổng quan:** rối loạn nhịp tim và một vấn đề khá thường gặp và rất phức tạp trong bệnh học tim mạch. Mục tiêu: nghiên cứu tỷ lệ và hiệu quả triệt đốt các rối loạn nhịp tim bằng sóng tần số radio.

**Đối tượng và phương pháp:** gồm 49 bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn nhịp tim có chỉ định thăm dò điện sinh lý.

**Kết quả:** tuổi trung bình là  $52,35 \pm 14,85$ , thấp nhất 20, cao nhất 88 tuổi. Trong đó 36,7% là nam giới. Thời gian thủ thuật trung bình là  $88,06 \pm 44,21$  phút. Thời gian chiếu tia trung bình là  $22,96 \pm 13,33$  phút. Kết quả thành công chiếm tới 98%. Kết luận: triệt đốt các rối loạn nhịp trên thất bằng sóng tần số radio có tỷ lệ thành công cao, biến chứng thấp.

**Từ khóa:** rối loạn nhịp tim, triệt đốt bằng sóng tần số radio, điện sinh lý tim

## ABSTRACT

### EVALUATION OF PRIMARY RESULTS OF ELECTROPHYSIOLOGY AND RADIOFREQUENCY ABLATION IN PATIENTS WITH ARRHYMIAS AT AN GIANG GENERAL CENTER HOSPITAL

**Background:** cardiac arrhythmia is a quite common and complex problem in cardiovascular pathology.

**Objective:** to study the clinical characteristic of cardiac arrhythmias and efficacy of radiofrequency (RF) ablation. **Subject and method:** a descriptive study was performed on 49 patients with arrhythmias.

**Results:** the average age were  $52,35 \pm 14,85$  years old, the lowest was 20 years old, the highest was 88 years old. Of which 36,7% were men. The average procedure time was  $88,06 \pm 44,21$  minutes. The average radiation time was  $22,96 \pm 13,33$  minutes. Successful results accounted for 98%.

**Conclusions:** RF ablation for arrhythmias was an effective method with high successful rate, low complication and low recurrent rate.

**Keywords:** arrhythmias, RF ablation, electrophysiology

## 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. Trên thế giới việc nghiên cứu điện sinh lý và ứng dụng sóng có năng lượng tần số radio để điều trị rối loạn nhịp tim đã được nghiên cứu từ nhiều năm nay. Ở nước ta, kỹ thuật nghiên cứu điện sinh lý tim thâm nhập (electrophysiology study: EPs) đã thực hiện trên 30 năm. Cố giáo sư, TSKH Nguyễn Mạnh Phan là người đầu tiên ở Việt Nam thực hiện kỹ thuật này vào những năm 80 của thế kỷ trước. Với các bằng chứng khoa học thực tiễn, giáo sư đã kết luận: trên người Việt Nam, để đánh giá chức năng nút xoang và dẫn truyền nhĩ thất, 2 phương pháp thực hiện qua đường tĩnh mạch và đường thực quản đều cho giá trị chẩn đoán như nhau. Ngày nay, kỹ thuật nghiên cứu điện sinh lý tim thâm nhập đã được thực hiện ở nhiều bệnh viện từ Bắc đến Nam. Điện sinh lý tim thâm nhập đã phát triển nhanh chóng từ công cụ nghiên cứu đến phương pháp tiến hành, phục vụ đắc lực cho việc khám phá và điều trị các rối loạn nhịp tim. Do đó tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang đã triển khai kỹ thuật hiện đại này 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 “Đánh giá bước đầu điều trị rối loạn nhịp tim bằng phương pháp triệt đốt bằng sóng có tần số radio tại

bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang”. Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu cụ thể: *Đánh giá bước đầu kết quả điều trị rối loạn nhịp tim bằng phương pháp triệt đốt bằng sóng có tần số radio.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

### 2.2. Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả các bệnh nhân rối loạn nhịp tim được thăm dò điện sinh lý và/hoặc triệt đốt bằng sóng có tần số radio tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 08/2022 đến tháng 10/2023.

\* Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân được chẩn đoán nhịp nhanh kịch phát trên thất, ngoại tâm thu thất, nhịp nhanh thất, hội chứng W.P.W được thăm dò điện sinh lý và/hoặc triệt đốt bằng sóng có tần số radio.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

\* Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân mắc các bệnh lý nặng khác (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.

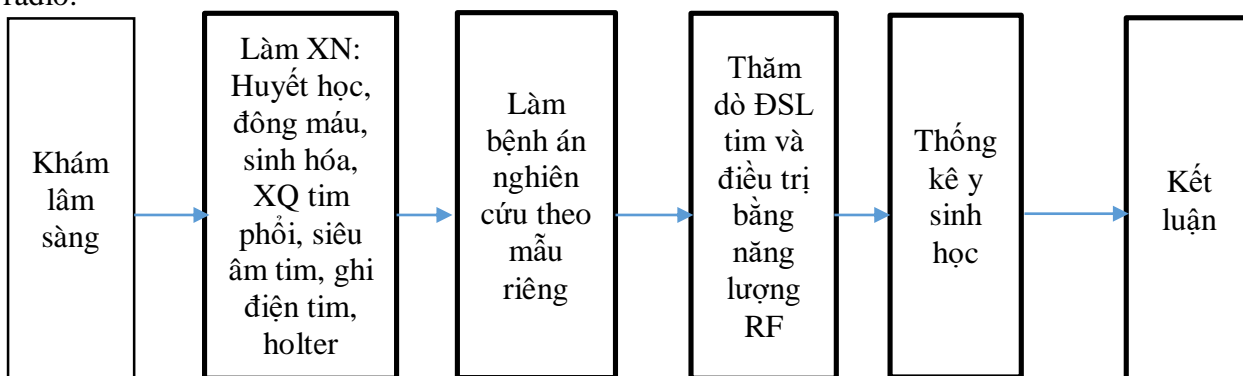
### 2.3. Xử lý và phân tích số liệu:

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 ( $\chi^2$ ) hay Fisher'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  $p < 0,05$ . Trình bày kết quả bằng bảng và biểu đồ. Sử dụng chương trình xử lý số liệu thống kê Excel 2010 và SPSS 20.0.

### 2.4. Phương pháp tiến hành

Tất cả các bệnh nhân được làm bệnh án theo mẫu bệnh án nghiên cứu, các số liệu lấy từ hồ sơ bệnh án, biên bản thăm dò điện sinh lý và triệt đốt bằng sóng tần số radio. Đánh giá tỷ lệ các rối loạn nhịp, tỷ lệ thành công và biến chứng của phương pháp triệt đốt bằng sóng có tần số radio.



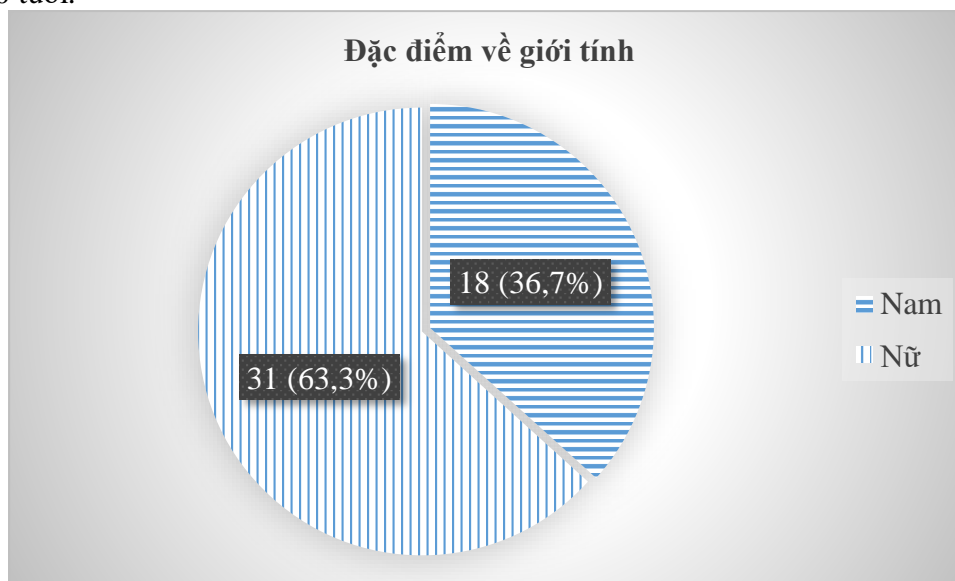
Sơ đồ 1. Sơ đồ quá trình nghiên cứu

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm về tuổi**

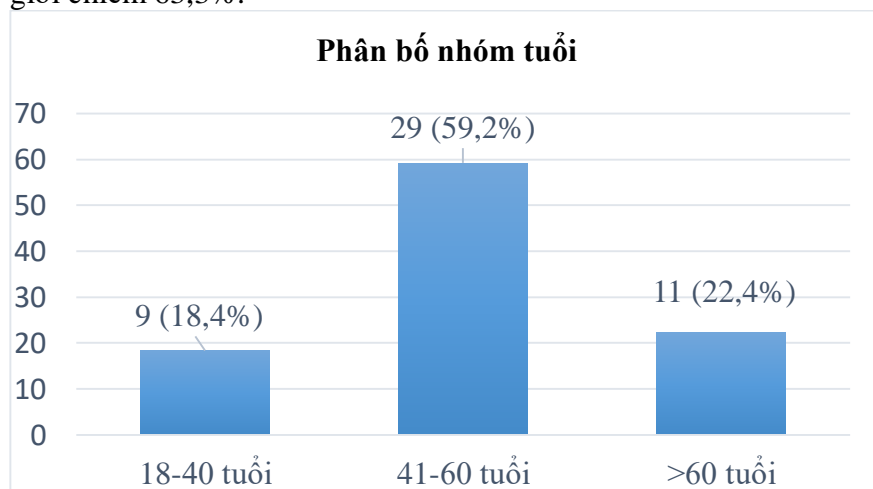
N	Tuổi trung bình (năm)	Cao nhất (năm)	Thấp nhất (năm)
49	52,35±14,85	88	20

**Nhận xét:** tuổi trung bình của nghiên cứu là 52,35±14,85. Cao nhất là 88 tuổi. Thấp nhất là 20 tuổi.



**Hình 1. Đặc điểm giới tính**

**Nhận xét:** đa số bệnh nhân được thăm dò điện sinh lý và triệt đốt rối loạn nhịp là nữ giới chiếm 63,3%.



**Biểu đồ 1. Phân bố theo giới tính**

**Nhận xét:** đa số bệnh nhân có độ tuổi từ 41-60 tuổi chiếm 59,2%. Độ tuổi <40 chiếm tỷ lệ thấp nhất 18,4%.

**Bảng 2. Đặc điểm văn hóa xã hội đối tượng nghiên cứu**

		Tần số	Tỷ lệ %
Nơi cư trú	Thành thị	11	22,4
	Nông thôn	38	77,6
BH YT	Có	49	100
	Không	0	0

**Nhận xét:** đa số bệnh nhân sinh sống ở nông thôn chiếm 77,6%. 100% có tham gia bảo hiểm y tế.

**Bảng 3. Số lần triệt đốt**

N	Trung bình	Cao nhất (lần)	Thấp nhất (lần)
49	0,94±0,38	2	0

**Nhận xét:** đa số bệnh nhân được triệt đốt 1 lần. Có 2 (4,1%) bệnh nhân triệt đốt 2 lần. Có 5 (10,2%) chỉ có thăm dò điện sinh lý tim mà không có triệt đốt.

**Bảng 4. Thời gian thủ thuật**

N	Trung bình (phút)	Thấp nhất (phút)	Cao nhất (phút)
49	88,06±44,21	35	190

**Nhận xét:** thời gian thủ thuật trung bình là 88,06±44,21 phút. Lần thực hiện ngắn nhất là 35 phút và dài nhất là 190 phút.

**Bảng 5. Thời gian chiếu tia**

N	Trung bình (phút)	Thấp nhất (phút)	Cao nhất (phút)
49	22,96±13,33	8	65

**Nhận xét:** thời gian trung bình chiếu tia X dưới màn huỳnh quang tăng sáng (DSA) là 22,96±13,33 phút. Lần thực hiện chiếu tia ngắn nhất là 8 phút, cao nhất là 65 phút.

**Bảng 6. Tỷ lệ chẩn đoán**

Rối loạn nhịp	Tần số	Tỷ lệ %
Nhanh nhĩ (AT)	3	6,1
Rung nhĩ (AF)	1	2,1
Nhịp nhanh kịch phát trên thất vòng vào lại tại nút (AVNRT)	13	26,5
Nhịp nhanh kịch phát trên thất vòng vào lại nhĩ thất (AVRT)	6	12,2
Ngoại tâm thu thất (PVC)	23	46,9
Nhanh thất (VT)	1	2,1
Ngất	2	4,1

**Nhận xét:** tỷ lệ ngoại tâm thu thất cao nhất với 46,9%. Kế đến là nhịp nhanh vào lại tại nút 26,5%. Ghi nhận có 1 trường hợp rung nhĩ và nhanh thất chiếm 2,1%.

**Bảng 7. Biến chứng**

Biến chứng chính	Tần số	Tỷ lệ %
Máu tụ ở vị trí đâm kim	2	4,1
Cường phế vị	0	0
Block nhĩ thất thoáng qua	2	4,1
Tràn khí, tràn máu màng phổi	0	0
Rối loạn nhịp tim	0	0
Huyết khối	0	0

**Nhận xét:** biến chứng xảy ra không đáng kể, chỉ có 2 trường hợp có tụ máu ít nơi chọc kim và 2 trường hợp block nhĩ thất thoáng qua sau đó phục hồi hoàn toàn chiếm tỷ lệ 4,1%.

**Bảng 8. Kết quả**

	Tần số	Tỷ lệ %
Thành công	48	98
Không thành công	1	2
Tổng	49	100

**Nhận xét:** tỷ lệ thành công của thủ thuật rất cao chiếm 98%. Chỉ có 1 trường hợp không thành công do vị trí ngoại tâm thu khó tiếp cận chiếm tỷ lệ 2%.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam giới chiếm tỷ lệ thấp hơn nữ giới, chỉ chiếm 36,7%. Nghiên cứu của chúng tôi thì trái ngược với tác giả Lê Mạnh ghi nhận tỷ lệ nam giới chiếm 80%, nữ giới chiếm 20%. Sự khác biệt trên có lẽ tác giả nghiên cứu ở bệnh viện 198 – Bộ Công An thì nam giới chiếm tỷ lệ chủ yếu [5].



Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $52,35 \pm 14,85$  tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất là 88, thấp nhất là 20 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Nguyễn Hồng Hạnh và cộng sự (2011) ghi nhận tuổi trung bình là  $42 \pm 13$  tuổi, có 25,4% là nam giới [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì 100% đến khám có BHYT và 77,6% bệnh nhân sống ở khu vực nông thôn.

Xét về tỷ lệ các loại rối loạn nhịp cho thấy tỷ lệ ngoại tâm thu thất chiếm tỷ lệ cao nhất 46,9%; kế đến là nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất chiếm 26,5% và nhịp nhanh vào lại nhĩ thất chiếm 12,2%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Phạm Trường Sơn và cộng sự (2022) [7] khi nghiên cứu 331 bệnh nhân được điều trị rối loạn nhịp trên thất, tác giả ghi nhận nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất chiếm tỷ lệ cao nhất (31,7%), cao hơn so với đường phụ (22,6%), ít nhất là rung nhĩ chiếm tỷ lệ 1,8%. Các nghiên cứu trong và ngoài nước đều thấy với nhịp nhanh kịch phát trên thất thì nhịp nhanh nút nhĩ thất chiếm chủ yếu khoảng 50%, sau đó mới đến nhịp nhanh do đường phụ và sau đó là nhanh nhĩ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân được triệt đốt 1 lần. Có 2 (4,1%) bệnh nhân triệt đốt 2 lần. Có 5 (10,2%) chỉ có thăm dò điện sinh lý tim mà không có triệt đốt. Tác giả Phạm Trường Sơn cũng ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân được điều trị bằng RF chiếm tỷ lệ (73,1%) cao hơn nhiều so với bệnh nhân chỉ thăm dò điện sinh lý. Tác giả ghi nhận có 33,3% thăm dò có biểu hiện yếu nút xoang. Những bệnh nhân được thăm dò của tác giả có lẽ là do phần lớn là do có biểu hiện nhịp chậm nhưng tuổi thường trung niên nên nhịp chậm là do cường phó giao cảm nên không có biểu hiện yếu nút xoang khi thăm dò điện sinh lý [7].

Thời gian thủ thuật trung bình là  $88,06 \pm 44,21$  phút. Lần thực hiện ngắn nhất là 35 phút và dài nhất là 190 phút. Thời gian trung bình chiếu tia X dưới màn huỳnh quang tăng sáng (DSA) là  $22,96 \pm 13,33$  phút. Lần thực hiện chiếu tia ngắn nhất là 8 phút, cao nhất là 65 phút. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự tác giả Lê Mạnh [5] ghi nhận thời gian thủ thuật trung bình là  $69,75 \pm 35,99$  phút, cao nhất là 180 phút và thấp nhất là 30 phút. Thời gian chiếu tia rất quan trọng. Hạn chế được thời gian chiếu tia là bảo vệ cho cả bệnh nhân và bác sĩ. Tác giả Lê Mạnh ghi nhận thời gian chiếu tia trung bình  $16,65 \pm 9,09$  phút, cao nhất là 40 phút và thấp nhất là 5 phút. Thời gian làm thủ thuật và thời gian chiếu tia của chúng tôi so với nghiên cứu của GerHard [8], Hans Kottkamp [9] là tương đương nhưng so với nghiên cứu của Hug Calkins [10] và MS Wen [11] thì thời gian chiếu tia của 2 tác giả này dài hơn của chúng tôi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thành công là 98%, chỉ có 1 trường hợp không thành công do vị trí ngoại tâm thu khó tiếp cận. Tỷ lệ biến chứng của chúng tôi chỉ có 2 trường hợp tụ máu nơi đâm kim và block nhĩ thất thoáng qua sau đó hồi phục hoàn toàn. Tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự các nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy tỷ lệ điều trị rối loạn nhịp bằng triệt đốt RF thành công rất cao, ít biến chứng. Tác giả Phạm Trường Sơn [7] cho thấy tỷ lệ triệt đốt thành công của nhịp nhanh nút nhĩ thất là 91,8%, tiếp theo là nhịp nhanh do WPW (91,7%), nhịp nhanh đường phụ ản (87,2%) và nhanh nhĩ (60%). Kết quả của tác giả thấp hơn một chút so với các tác giả khác, Phạm Quốc Khánh [4] cho thấy tỷ lệ thành công đối với nhịp nhanh kịch phát nói chung là 98%, Trần Văn Đồng [1] thông báo tỷ lệ 95,6% đối với nhịp nhanh đường phụ. Sở dĩ tỷ lệ của tác giả thấp hơn một chút, vì trong nhóm nghiên cứu có một tỷ lệ đường phụ ở vị trí bó His và vị trí thượng tâm mạc. Với vị trí His, tác giả chủ động không triệt đốt để tránh nguy cơ block nhĩ thất không hồi phục, còn với vị trí thượng tâm mạc, tác giả không tìm được vị trí chính xác để triệt đốt. Tuy nhiên, tác giả Phạm Trường Sơn [7] và cộng sự cho thấy biến chứng block nhĩ thất độ cao không hồi phục phải cấy máy chiếm 0,4%. Kết quả nghiên cứu của tác giả tương tự như các tác giả Trần Văn Đồng (2%) [1]. Nghiên cứu của tác giả có 1,6% block nhĩ thất thoáng qua sau đó tự hồi phục, phần lớn ở nhóm bệnh nhân vòng vào lại nút nhĩ thất. Như vậy, trong triệt đốt cần hết sức chú ý, nếu thấy PQ dài dần thì dừng ngay để tránh biến chứng block nhĩ thất không hồi phục. Bóc tách thành động mạch chủ gặp 0,8% trong nghiên cứu của tác giả. Vì vậy, ở nhóm bệnh nhân khi triệt đốt đường phụ bên trái cần chú ý quan sát khi lái catheter triệt đốt trong lòng động mạch chủ. Huyết khối tĩnh mạch sâu trong nghiên cứu của tác giả, có tỷ lệ là 0,8%.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 49 bệnh nhân rối loạn nhịp tim được thăm dò điện sinh lý tim và điều trị RF thành công tại khoa Tim mạch Lão học, bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Tuổi trung bình là  $52,35 \pm 14,85$ , thấp nhất 20, cao nhất 88 tuổi. Trong đó 36,7% là nam giới.
- Thời gian thủ thuật trung bình là  $88,06 \pm 44,21$  phút. Thời gian chiếu tia trung bình là  $22,96 \pm 13,33$  phút.
- Kết quả thành công chiếm tới 98%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Văn Đồng (2006), *Nghiên cứu điện sinh lý tim và điều trị hội chứng WPW bằng năng lượng sóng tần số radio*, Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
2. Trần Song Giang (2012), *Nghiên cứu đặc điểm điện sinh lý và điều trị nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất bằng năng lượng sóng có tần số Radio*, Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
3. Nguyễn Hồng Hạnh và cộng sự (2011), “Nghiên cứu ứng dụng điện sinh lý học tim để chẩn đoán và điều trị một số rối loạn nhịp thất bằng năng lượng sóng có tần số radio”, *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, Số 57, tr. 30-38.
4. Phạm Quốc Khánh (2002), *Nghiên cứu điện sinh lý học tim qua đường tĩnh mạch trong chẩn đoán và điều trị một số rối loạn nhịp tim*, Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
5. Lê Mạnh (2016), “Đánh giá bước đầu điều trị rối loạn nhịp tim bằng phương pháp triệt đốt bằng sóng có tần số radio tại bệnh viện 198 – Bộ Công An”, *Kỷ yếu khoa học Kỹ thuật bệnh viện*.
6. Tôn Thất Minh (2004), *Khảo sát điện sinh lý và cắt đốt bằng năng lượng sóng có tần số Radio qua catheter để điều trị nhịp nhanh trên thất*, Luận án Tiến sỹ Y học.
7. Phạm Trường Sơn và cộng sự (2022), “Kết quả thăm dò điện sinh lý và triệt đốt bằng sóng tần số radio ở các bệnh nhân rối loạn nhịp trên thất tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ năm 2018 đến năm 2020”, *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*, 17(1), tr. 1-7.
8. GerHard.Lauck, Dietmar Burkhardt (1999), “Radiofrequency Catheter Ablation of Symptomatic Ventricular Ectopic Beats Originating in the Right Ventricular Outflow Tract”, *Journal of pacing and clinical electrocardiography*, vol 22, part 1.
9. Hans Kott kamp, Gerhard Hindrick (1995), “Radiofrequency Catheter Ablation of Sustained Ventricular Tachycardia in Idiopathic Dilated Cardiomyopathy”, *Journal of American Heart Association*, Vol 189, pp. 1159-1167.
10. Hugh Calkins. MD, Lawrence Rosenthal. MD, Mahadevappa Ph.D (2000), “Radiation Exposure During Radiofrequency Catheter Ablation Procedures in Radiofrequency Catheter Ablation of Cardiac Arrhythmias (Basic concepts and clinical applications)”, Edited by Shoei K, Stephen Huang MD, David J, Wilber MD; chapter 37, pp.793-803; second edition, futura publishing company.Inc.
11. MS Wen, SJ Yeh, CC Wang, FC Lin (1994), “Radiofrequency Ablation Therapy in Idiopathic Left Ventricular Tachycardia with No Obvious Structural Heart Disease”, *Circulation*, volume 89, pp. 1690-1696.

# ĐÁNH GIÁ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TÁI PHÁT ĐỘT QUY THIẾU MÁU NÃO TẠI KHOA NỘI THẦN KINH-BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG NĂM 2023

Trần Thanh Phong, Phạm Thúy Ngân,  
Hồ Phan Tuyết Loan

## TÓM TẮT

**Mở đầu:** Đột quy thiếu máu não tái phát vẫn còn là một thách thức mặc dù đã có những cải thiện trong chiến lược phòng ngừa đột quy thứ phát. Vì vậy, việc xác định các yếu tố liên quan đến nguy cơ tái phát đột quy có ý nghĩa vô cùng quan trọng.

**Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định các yếu tố liên quan đến khả năng tái phát đột quy thiếu máu não cục bộ.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả được tiến hành trên 245 bệnh nhân điều trị tại Khoa Nội Thần kinh - Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 01/2022 đến tháng 08/2023.

**Kết quả:** 245 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu (96 nữ và 149 nam), tuổi trung bình  $69 \pm 13$  tuổi, tỷ lệ tái phát lần 1 là 75,1% và lần 2 là 24,9%. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với đột quy tái phát bao gồm: tuổi, sử dụng các thuốc chống huyết khối như kháng kết tập tiểu cầu, các statin điều trị rối loạn lipid máu. Các yếu tố nguy cơ như: tăng huyết áp, đái tháo đường, rung nhĩ, nghẽn tắc động mạch cảnh, tăng LDL-C.

**Kết luận:** Tuổi, tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường, rung nhĩ, nghẽn tắc động mạch cảnh, nồng độ LDL-C cao làm tăng nguy cơ đột quy não tái phát.

**Từ khóa:** yếu tố nguy cơ, tái phát muộn, liên quan, đột quy thiếu máu não cấp.

## ABSTRACT

### RESEARCH ON RISK FACTORS FOR RECURRENT ISCHEMIC STROKE AT THE NEUROLOGY DEPARTMENT OF AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2023

**Background:** Recurrent ischemic stroke remains a challenge in spite of the recent advances in secondary stroke prevention. Information regarding risk factors for recurrent ischemic stroke is limited. So we conducted this research.

**Objective:** Clinical characteristics of recurrent ischemic stroke and identify the association between some independent risk factors and stroke recurrence.

**Methods:** Cross – sectional study in January 2022 to August 2023 and recruited 245 patients at neurology department of An Giang Central General Hospital

**Result:** The mean age of the participants was  $69 \pm 13$  years old, and 149 (60,8%) of the 245 patients were male. The first and second stroke recurrence rates were 75,1% and 24,9%. Recurrent ischemic stroke had a statistically significant association with: antiplatelet therapy, statin therapy, hypertension, diabetes, atrial fibrillation, extracranial internal carotid artery occlusion, high LDL-C.

**Conclusion:** Age, hypertension, diabetes, atrial fibrillation, extracranial internal carotid artery occlusion, high LDL-C were independently associated with increased risk of stroke recurrence.

**Keywords:** risk factors, late recurrent, associated, acute ischemic stroke.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Đột quy luôn là một vấn đề được quan tâm hàng đầu đối với các nền y học lớn trên thế giới bởi những di chứng nặng nề sau đó. Theo tổ chức y tế thế giới (WHO), đột quy là nguyên nhân đứng hàng thứ hai dẫn đến tử vong và đứng hàng thứ ba dẫn đến tàn phế. Tính riêng tại Việt Nam, theo thống kê của Bộ Y Tế năm 2008 và 2010 cho thấy đột quy là nguyên nhân tử vong hàng thứ nhất, ngoài ra còn là nguyên nhân gây tàn phế hàng đầu ở người lớn[4]. Một điều đáng lo ngại đó là đột quy không chỉ xảy ra một lần trong cuộc đời mà có nguy cơ tái phát rất cao, nhất là trong năm đầu tiên. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng, tỉ lệ tái phát tích lũy đột quy tại thời điểm 1 năm lên tới 17,7%, gấp 15 lần so với dân số chung[10]. Hơn thế nữa, tỉ lệ tái

phát ở các thời điểm 90 ngày và 6 tháng cũng rất đáng báo động với các tỉ lệ lần lượt là 10,4% [3] và 20,54% [2].

Hiện tại, đã có rất nhiều nghiên cứu và phác đồ về điều trị đột quỵ giai đoạn cấp cũng như dự phòng đột quỵ tái phát, nhưng nhìn chung, việc dự phòng này vẫn chưa thực sự mang lại hiệu quả tối ưu, bởi vẫn còn những yếu tố làm ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Chính vì lẽ đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá các yếu tố nguy cơ tái phát đột quỵ thiếu máu não cục bộ tại khoa Nội thần kinh – Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2023” với mục tiêu xác định các yếu tố liên quan đến tái phát sau đột quỵ thiếu máu não cục bộ.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán xác định đột quỵ thiếu máu não cục bộ tái phát điều trị tại khoa Nội thần kinh, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang (BVĐKTT An Giang) từ tháng 01/2022 – tháng 08/2023. Có hình ảnh CLVT sọ não. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Không đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân không khảo sát được đầy đủ các yếu tố cần thiết cho nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ trong quần thể nghiên cứu.

$$n = \frac{z^2 \cdot \frac{p(1-p)}{1-\alpha}}{d^2} = 238 \text{ (với } p = 0,18, \text{ theo nghiên cứu của tác giả Đinh Hữu}$$

Hùng[1]). Thực tế số mẫu thu được là 245 bệnh nhân.

- Địa điểm: Khoa Nội thần kinh – BVĐKTT An Giang.

- Nội dung nghiên cứu

+ Nghiên cứu lâm sàng: đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (tuổi, giới, trình độ), số lần tái phát, các yếu tố nguy cơ (tăng huyết áp, đái tháo đường, rung nhĩ, hút thuốc lá), tình trạng điều trị dự phòng nhồi máu não tái phát (sử dụng thuốc kháng kết tập tiểu cầu).

+ Nghiên cứu đặc điểm cận lâm sàng: Xét nghiệm lipid máu, siêu âm Doppler hệ mạch máu ngoài sọ lúc nhập viện.

+ Mối liên quan số lần tái phát với các yếu tố nguy cơ, tình trạng điều trị dự phòng nhồi máu não tái phát, xét nghiệm cận lâm sàng lúc nhập viện.

- Thời gian: 01/2022 đến 08/2023.

- Cách tiến hành: Sử dụng phiếu thu thập số liệu soạn sẵn.

- Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu, số lần tái phát, sử dụng thuốc phòng ngừa tái phát, yếu tố nguy cơ, các cận lâm sàng lúc nhập viện.

**Bảng 3.1. Đặc tính dân số mẫu nghiên cứu**

Đặc điểm		n=245	%
Nhóm tuổi	≤60	59	24,1
	>60	186	75,9
Tuổi trung bình	69,65 ± 13,81(41-96)		
Giới tính	Nữ	96	39,2
	Nam	149	60,8
Trình độ	Tiểu học	124	50,6
	Trung học	86	35,1
	Cao đẳng – đại học	35	14,3
Số lần tái phát	Lần 1	184	75,1
	Lần 2	61	24,9

**Nhận xét:** Nhóm 60 tuổi chiếm tỷ lệ 24,1%, nhóm trên 60 tuổi chiếm 75,9%, tuổi nhỏ nhất là 41, tuổi lớn nhất là 96, tuổi trung bình là 69,65 ± 13,81. Bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 60,8%, bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 39,2 %.

**Bảng 3.2. Các yếu tố liên quan đến nguy cơ tái phát đột quỵ thiếu máu não**

Các yếu tố		n=245	%	
Tăng huyết áp	Có	215	12,2	
	Không	30	87,8	
Đái tháo đường type 2	Có	174	71	
	Không	71	29	
Rung nhĩ	Có	30	12,2	
	Không	215	87,8	
Hút thuốc lá	Có	121	49,4	
	Không	124	50,6	
Tiền căn đột quỵ	Sử dụng kháng kết tập tiểu cầu	Có	194	79,2
		Không	51	20,8
	Sử dụng statin	Có	192	78,4
		Không	53	21,6

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân có tăng huyết áp chiếm 87,8%, không tăng huyết áp chiếm 12,2%. Bệnh nhân có đái tháo đường chiếm 71%, không có đái tháo đường 29%.

**Bảng 3.3. Các cận lâm sàng lúc bệnh nhân tái phát đột quỵ não.**

Các cận lâm sàng		n=245	%
Nghẽn tắc động mạch cảnh (70-99%)	Có	183	74,7
	Không	62	25,3
Tăng cholesterol toàn phần	Có	122	49,8
	Không	123	50,3
Tăng LDL-C	Có	109	44,5
	Không	136	55,5
Tăng triglyceride	Có	180	73,5
	Không	65	26,5

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân có nghẽn tắc động mạch cảnh chiếm 74,7%, không có nghẽn tắc chiếm 25,3%. Tỷ lệ tăng cholesterol toàn phần chiếm 50,2%, không tăng chiếm 49,8%.

**3.2. Mối liên quan giữa các yếu tố ảnh hưởng với nguy cơ tái phát đột quỵ thiếu máu não.**

**Bảng 3.4. Liên quan giữa đặc điểm dân số với tái phát đột quỵ não**

Các yếu tố		Tái phát lần 1	Tái phát lần 2	OR	Giá trị p
Giới	Nữ	68	28	1,54	0,22
	nam	116	33		
Nhóm tuổi	≤ 60	51	8	5,34	0,02
	> 60	133	53		
Trình độ	Tiểu học	93	31	2,34	0,31
	Trung học	68	18		
	Cao đẳng/ đại học	23	12		

**Nhận xét:** Giới và trình độ học vấn lần lượt có OR = 1,54 và 2,37, mức ý nghĩa thống kê p = 0,22 và 0,31. Tuổi có OR= 5,34, mức ý nghĩa thống kê p = 0,02. Như vậy, sự tương quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi với tái phát đột quỵ não.

**Bảng 3.5. Liên quan của các yếu tố nguy cơ với tái phát đột quỵ não**

Các yếu tố		Số lần tái phát		OR	Giá trị p
		Lần 1	Lần 2		
Tăng huyết áp	Có	123	54	10,74	0,001
	Không	61	7		
Đái tháo đường type 2	Có	123	51	6,25	0,01
	Không	61	10		
Rung nhĩ	Có	16	14	8,66	0,003
	Không	168	47		
Hút thuốc lá	Có	85	36	3,01	0,08
	Không	99	25		
Tiền căn đột quỵ	Sử dụng kháng kết tập tiểu cầu	Có	140	4,29	0,04
		Không	44		
	Sử dụng statin	Có	138	4,94	0,03
		Không	46		

**Nhận xét:** Các yếu tố tăng huyết áp, đái tháo đường, rung nhĩ, sử dụng kháng kết tập tiểu cầu, sử dụng statin có khác biệt ý nghĩa thống kê với p<0,05.

**Bảng 3.6. Liên quan của các cận lâm sàng lúc nhập viện với tái phát đột quỵ não**

Các yếu tố	Phân nhóm	Tái phát lần 1	Tái phát lần 2	OR	Giá trị p
Nghẽn tắc động mạch cảnh (70-99%)	Có	131	52	4,79	0,03
	Không	53	9		
Tăng cholesterol toàn phần	Có	91	31	0,03	0,85
	Không	93	30		
Tăng LDL-C	Có	57	52	54,63	0,001
	Không	127	9		
Tăng triglyceride	Có	137	43	0,37	0,54
	Không	47	18		

**Nhận xét:** Nghẽn tắc động mạch cảnh và tăng LDL-C có OR = 4,79 và 54,63, mức ý nghĩa thống kê p = 0,03 và p <0,001

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm dân số của đối tượng nghiên cứu**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi có liên quan có ý nghĩa thống kê với sự tái phát đột quỵ não. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của George Ntaios và cs năm 2017[6]. Điều này trở nên quan trọng hơn khi tuổi thọ của người dân trên thế giới, trong đó có Việt Nam,

ngày càng tăng dần. Trình độ học vấn và giới tính không liên quan có ý nghĩa thống kê với sự tái phát đột quy não.

#### **4.2. Các yếu tố nguy cơ liên quan**

Tăng huyết áp là một yếu tố nguy cơ độc lập của xơ vữa động mạch, cũng là yếu tố nguy cơ chính của bệnh lý mạch máu não nói chung và đột quy thiếu máu não nói riêng. Trong nghiên cứu này, tăng huyết áp có mối tương quan có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,001$ ) với tái phát đột quy, kết quả tương tự với nghiên cứu Framingham năm 1970.

Vai trò của đái tháo đường với đột quy lần đầu đã được chứng minh, nhưng đối với đột quy tái phát, vẫn chưa được thống nhất, cụ thể là do thời gian nghiên cứu không đồng nhất. Với những nghiên cứu kéo dài dưới 2 năm, kết quả hầu như đều không có sự tương quan giữa đái tháo đường và đột quy tái phát. So với những nghiên cứu kéo dài trên 5 năm, kết quả là hoàn toàn ngược lại. Theo nghiên cứu của chúng tôi, đái tháo đường là yếu tố nguy cơ gây đột quy thiếu máu não tái phát, với mức ý nghĩa thống kê  $p = 0,01$ . Điều này tương tự với nghiên cứu của Petty và cs năm 1998, với thời gian theo dõi kéo dài 5 năm, cho thấy rằng có mối liên hệ giữa đái tháo đường và đột quy tái phát ( $p = 0,0004$ )[7].

Rất nhiều nghiên cứu cho thấy rung nhĩ là một yếu tố nguy cơ mạnh, độc lập đối với đột quy thiếu máu não tái phát, nhất là trên nhóm đối tượng không sử dụng kháng đông hoặc có sử dụng kháng đông kháng Vitamin K nhưng không duy trì được mức INR. Ở nghiên cứu của chúng tôi, điều này tương đồng với các nghiên cứu khác, với mức ý nghĩa thống kê  $p = 0,003$ .

Liệu pháp chống kết tập tiểu cầu có liên quan độc lập với sự làm giảm nguy cơ tái phát ( $p = 0,04$ ). Đây thực sự là một vấn đề kinh điển và đã được chứng minh rõ ràng bởi nhiều tác giả khác nhau. Điển hình, theo Burke (nghiên cứu năm 2010), việc duy trì đều đặn liệu pháp này làm giảm đến 72,5% nguy cơ tái phát ( $HR = 0,275$ ;  $p < 0,0004$ )[5]. Sự kết tinh những bằng chứng thuyết phục đó chính là nội dung của các khuyến cáo dự phòng tái phát đột quy.

Kết quả cho thấy liệu pháp statins là yếu tố làm giảm nguy cơ tái phát ( $p = 0,03$ ). Điều tương tự cũng có trong nghiên cứu SPARCL công bố năm 2006. Cho đến nay, liệu pháp này là một trong những tiến bộ quan trọng đối với dự phòng đột quy tái phát.

#### **4.3. Các yếu tố cận lâm sàng**

Theo nghiên cứu của chúng tôi, nghẽn tắc động mạch cảnh đoạn ngoài sọ là một yếu tố nguy cơ gây tái phát đột quy thiếu máu não cấp, với mức ý nghĩa thống kê  $p = 0,03$ . Theo đó, nghiên cứu của Roquer và cs vào năm 2011, cho thấy hẹp động mạch cảnh có liên quan đến gia tăng các biến cố tim mạch, trong đó có đột quy, với  $p = 0,0001$ [8]. Mặt khác, theo Tsivgoulis và cs năm 2006, ứng với mỗi mức tăng bề dày lớp nội trung mạc của động mạch cảnh lên 0,1mm thì nguy cơ tái phát đột quy tăng lên 18% ( $p = 0,03$ )[9].

Rối loạn lipid máu từ lâu là một yếu tố nguy cơ chính gây nên các biến cố tim mạch cũng như đột quy thiếu máu não, nhưng đối với đột quy tái phát, vẫn chưa có các bằng chứng rõ ràng để chứng minh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng có sự liên quan giữa mức tăng LDL-C và sự tái phát đột quy cấp.

### **V. KẾT LUẬN**

Các yếu tố có liên quan đến nguy cơ tái phát đột quy thiếu máu não bao gồm: tuổi, tăng huyết áp, đái tháo đường, rung nhĩ, nghẽn tắc động mạch cảnh đoạn ngoài sọ, tăng LDL-C.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đinh Hữu Hùng (2014), *Nguy cơ tái phát sau đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp theo phân tầng một số yếu tố liên quan*, luận văn tiến sĩ y học, TP.HCM.
2. Vũ Anh Nhị, Bùi Châu Tuệ (2011). "Tiên lượng bệnh nhân nhồi máu não tái phát bằng bảng điểm nguy cơ đột quỵ Essen", *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 15, Phụ bản của Số 1, tr.579 – 586.
3. Cao Phi Phong, Ngô Bá Minh (2011). "Xác định bệnh nhân có nguy cơ cao đột quỵ thiếu máu sau cơn thiếu máu não thoáng qua hoặc đột quỵ nhẹ bằng thang điểm ABCD2 ", *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 15, Phụ bản của Số 1, tr.603 – 608.
4. Nguyễn Bá Thắng (2020), *Đột quỵ*, giáo trình thần kinh học, đại học Y Dược TP.HCM, NXB ĐHQG TP.HCM, trang 111.
5. Burke J. P., Sander S., Shah H., Zarotsky V., Henk H. (2010). Impact of persistence with antiplatelet therapy on recurrent ischemic stroke and predictors of nonpersistence among ischemic stroke survivors. *Curr Med Res Opin*, 26(5): 1023-1030.
6. George N., *et al* (2017), "Age- and sex-specific analysis of patients with embolic stroke of undetermined source", *American Academy of Neurology*, 89(6), pp.526.
7. Petty G. W., *et al.* (1998), "Survival and recurrence after first cerebral infarction: a population-based study in Rochester, Minnesota, 1975 through 1989", *Neurology*, 50(1), pp. 208-216.
8. Roquer J, *et al.* (2011), "Value of carotid intima-media thickness and significant carotid stenosis as markers of stroke recurrence", *Stroke*, 42(11), 3099-3104.
9. Tsivgoulis G, *et al.* (2006), "Common carotid artery intima-media thickness and the risk of stroke recurrence", *Stroke*, 37(7), pp.1913-1916.
10. Wang Y, *et al.* (2013), "Association of hypertension with stroke recurrence depends on ischemic stroke subtype", *Stroke*, 44(5), pp.1232-1237.



# ĐÁNH GIÁ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN TÂM THẦN PHÂN LIỆT TẠI KHOA TÂM THẦN, BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Nguyễn Hương Bảy, Nguyễn Thị Hoàng Oanh,  
Hồ Hoàng Bình, Nguyễn Đình Vũ

## TÓM TẮT

**Mở đầu:** Tâm thần phân liệt là một bệnh loạn thần nặng với các triệu chứng lâm sàng rất đa dạng. Người bệnh nếu không được điều trị tốt, họ dần trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội. Trong điều trị bệnh Tâm thần phân liệt, song song với trị liệu tâm lý, liệu pháp lao động và phục hồi chức năng nhằm làm giảm nguy cơ tái phát, thì việc sử dụng các nhóm thuốc an thần kinh đúng cách có vai trò đặc biệt quan trọng. Nhiều bệnh nhân gây rối địa phương, hay tái phát nhập viện nhiều lần do không tuân thủ điều trị tốt, gây ảnh hưởng đến nhiều mặt về kinh tế, điều trị và quản lý xã hội.

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá tuân thủ điều trị theo thang điểm GMAS. Xác định một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của người bệnh tâm thần phân liệt.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, mẫu được tính theo công thức với  $p=0,31\%$ , bao gồm những bệnh nhân tâm thần phân liệt đến khám và điều trị nội trú tại khoa tâm thần Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu. Tiến hành thăm khám, quan sát và phỏng vấn bệnh nhân hoặc thân nhân người bệnh theo bảng thu thập số liệu. Số liệu sau khi thu thập sẽ được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

**Kết quả:** Nghiên cứu gồm 98 bệnh nhân, đánh giá tuân thủ điều trị theo GMAS cho kết quả: tuân thủ cao 5,1%, tuân thủ tốt 30,6%, tuân thủ một phần 26,5%, tuân thủ thấp 24,5% và tuân thủ kém 13,3%. Các yếu tố có ảnh hưởng đến tuân thủ bệnh nhân bao gồm: tuổi, thời gian mắc bệnh, trình độ học vấn, tình trạng gia đình, nghề nghiệp và kinh tế ( $p < 0,05$ ).

**Kết luận:** Tuân thủ điều trị trên bệnh nhân tâm thần phân liệt tương đối thấp hơn so với tuân thủ điều trị những bệnh lý mạn tính khác, và chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố khách quan.

**Từ khóa:** tâm thần phân liệt, tuân thủ điều trị, thang điểm GMAS.

## ABSTRACT

### ASSESSMENT OF TREATMENT ADHERENCE IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AT THE DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY OF AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL

**Background:** Schizophrenia is a severe mental disorder with a wide range of clinical symptoms. If not treated effectively, they gradually become a burden to their families and society. In the treatment of schizophrenia, alongside psychological therapy, vocational therapy, and functional recovery to reduce the risk of relapse, the proper use of antipsychotic medications plays a particularly important role. Many patients cause local disturbances or experience multiple hospital readmissions due to poor treatment adherence, affecting various aspects of the economy, treatment, and social management.

**Objectives:** Assessing treatment adherence using the GMAS scale. Identifying some factors related to treatment adherence in individuals with schizophrenia.

**Methods:** A cross-sectional descriptive study, the sample size calculated using the formula with  $p=0.31\%$ , including schizophrenia patients who came for outpatient consultation and inpatient treatment at the psychiatric ward of An Giang Central General Hospital, meeting the sample selection criteria. The study involved medical examinations, observations, and interviews with patients or their relatives, as per the data collection sheet. The collected data will be processed using SPSS 20.0 statistical software.

**Results:** The study included 98 patients, assessing treatment adherence using GMAS with the following results: high adherence 5.1%, good adherence 30.6%, partial adherence 26.5%, low adherence 24.5%, and poor adherence 13.3%. Factors influencing patient adherence included age, duration of illness, educational level, family status, occupation, and economic status ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** *The treatment adherence in schizophrenia patients is relatively lower compared to the treatment adherence in other chronic illnesses and is influenced by many objective factors.*

**Key words:** *Schizophrenia, treatment adherence, GMAS scale*

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt là một bệnh loạn thần nặng với các triệu chứng lâm sàng rất đa dạng. Rối loạn thường bắt đầu ở tuổi trẻ và có thể kéo dài suốt đời, gặp ở mọi tầng lớp xã hội. Những rối loạn của bệnh nhân biểu hiện ở nhận thức, tri giác, tư duy, cảm xúc, hành vi... các triệu chứng có thể khác nhau ở từng bệnh nhân hay từng giai đoạn thời gian, nhưng thường các rối loạn này thường tác động nghiêm trọng và kéo dài trong suốt cuộc đời bệnh nhân. Trong điều trị bệnh Tâm thần phân liệt, song song với trị liệu tâm lý, liệu pháp lao động và phục hồi chức năng nhằm làm giảm nguy cơ tái phát, thì việc sử dụng các nhóm thuốc an thần kinh đúng cách có vai trò đặc biệt quan trọng, vì ngoài tác dụng làm yên dịu các tình trạng hưng phấn và kích động, chống loạn thần (hoang tưởng, ảo giác,...), các loại thuốc này sẽ giúp bệnh nhân tâm thần thoát khỏi 4 bức tường bệnh viện và hòa nhập cộng đồng thuận lợi hơn [3].

Có tới khoảng 75% bệnh nhân mắc bệnh tâm thần phân liệt ngừng sử dụng thuốc chống loạn thần của họ trong vòng 18 tháng [8]. Các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ của người bệnh đã được Tổ chức Y tế thế giới đưa ra, có thể kể đến như yếu tố kinh tế xã hội, yếu tố bệnh và quá trình điều trị: tính chất bệnh, nhận thức về bệnh, tần suất dùng thuốc, ảnh hưởng của tác dụng không mong muốn của thuốc... Bên cạnh đó, kiến thức và sự hỗ trợ của gia đình, xã hội cũng là yếu tố rất quan trọng giúp người bệnh tâm thần điều trị, đặc biệt với người bệnh điều trị tại cộng đồng.

Khoa Tâm thần bệnh viện đa khoa trung tâm An giang với chức năng khám và điều trị các rối loạn tâm thần, hiện đang theo dõi và điều trị với hơn 1000 bệnh nhân tâm thần phân liệt. Trong đó, rất nhiều bệnh nhân nhập viện nhiều lần trong năm do bỏ thuốc tái phát với nhiều lí do khác nhau: người nhà không theo dõi, bệnh ổn định tự ngưng thuốc, uống thuốc bị tác dụng phụ,... Điều này đòi hỏi cần có một đánh giá khách quan hơn và cũng cần tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến sự tuân thủ thuốc điều trị của bệnh nhân. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá tuân thủ điều trị ở bệnh nhân tâm thần phân liệt tại khoa tâm thần bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang” với mục tiêu:

Đánh giá tuân thủ điều trị theo thang điểm GMAS (General medication adherence scale).

Xác định một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của người bệnh tâm thần phân liệt.

## 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 Tâm thần phân liệt theo các tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế thế giới ICD 10 mục F20.

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 do lạm dụng chất, hay bệnh sử đã từng ghi nhận sử dụng các chất gây nghiện.

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 01/2023 đến tháng 08/2023.

Cỡ mẫu nghiên cứu: sử dụng công thức:

$$N \geq \frac{z^2 p(1-p)}{e^2} = \frac{1,96^2 * 0,1 * (1 - 0,31)}{0,05^2} = 106,02 \# 106$$

Trong đó: N là cỡ mẫu; Z là 1,96 (với độ tin cậy 95%); e là độ chênh lệch tỉ lệ 5%. p: tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị = 0,31 trong nghiên cứu của Lê Thị Tuyên [2].

Phương Pháp:

Bệnh nhân đến Khám tại phòng khám hoặc đang điều trị nội trú tại Khoa tâm thần Bệnh viện đa khoa trung tâm An giang. Được chọn lọc theo các tiêu chuẩn chẩn đoán phù hợp theo mã chẩn đoán ICD là F20 - Tâm Thần Phân Liệt.

Tiến hành phỏng vấn bệnh nhân và/hoặc thân nhân bệnh nhân theo mẫu thu thập số liệu. Đánh giá tuân thủ điều trị theo thang điểm GMAS [5].

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, X<sup>2</sup> 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. Nếu các Bệnh nhân đang trong tình trạng kích động hay không nhận thức được bản thân và xung quanh, thì đại diện người thân bệnh nhân được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu. Các số liệu thu được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Giới: Có 98/98 bệnh được khảo sát, nam chiếm tỷ lệ cao hơn với 61,2% (60 bệnh nhân), nữ là 38,8% (38 bệnh nhân).

Tuổi: bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có độ tuổi từ 17 đến 66. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $31,6 \pm 11,37$ , trong đó nhóm tuổi từ 30 đến 44 chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ 56,1% (55 bệnh nhân), nhóm tuổi từ 17 đến 29 chiếm 23,5% (23 bệnh nhân), nhóm tuổi từ 45 trở lên chiếm tỷ lệ thấp hơn là 20,4% (20 bệnh nhân).

Dân tộc: dân tộc kinh chiếm đa số với 91,8%, khme chiếm 5,1%, các dân tộc khác chiếm 3,1%.

Học vấn: có 28/98 có trình độ học vấn từ 12/12 trở lên chiếm 28,6%, còn lại 71,4% có trình độ học vấn < 12/12.

Tình trạng gia đình: Số bệnh nhân sống cùng gia đình là 80/98 chiếm 81,6% (trong đó có một số đối tượng không sống cùng gia đình, nhưng được chăm sóc trong cơ sở chăm sóc bảo trợ xã hội), không sống cùng gia đình là 18,4%

Nghề nghiệp: Bệnh nhân có nghề nghiệp tạo thu nhập chiếm 20,4% (20/98 bệnh nhân), không đi làm có thu nhập là 79,6%

Thời gian mắc bệnh: thời gian mắc bệnh trung bình là  $7,31 \pm 15,32$ , trong đó thời gian mắc bệnh từ 5 – 10 năm chiếm tỉ lệ cao nhất là 55,1%, dưới 5 năm là 25,5% và trên 10 năm là 19,4%.

2. Đánh giá tuân thủ điều trị theo thang điểm GMAS:

Phân loại lâm sàng theo ICD-10: Dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức y tế thế giới (WHO) ta phân loại các thể lâm sàng trong mẫu nghiên cứu như sau:

**Bảng 1. Các thể lâm sàng theo mã chẩn đoán ICD-10**

Thể lâm sàng	Tần suất	Tỉ lệ %
F20.0: Tâm thần phân liệt thể Paraniod	82	83,7
F20.5: Tâm thần phân liệt thể di chứng	07	7,1
F20.6: Tâm thần phân liệt thể đơn thuần	03	3,1
F20: Các thể tâm thần phân liệt khác	06	6,1

Chiếm tỉ lệ cao nhất là Tâm thần phân liệt thể Paraniod (F20.0) 83,7%, Có 7,1% có biểu hiện sa sút tâm thần nặng ở Tâm thần phân liệt thể di chứng (F20.5).

Đánh giá tuân thủ điều trị: Tiến hành đánh giá tuân thủ điều trị trong mẫu nghiên cứu theo thang điểm GMAS (General Medication Adherence Scale):

- Theo cách tính cũ:

**Bảng 2. Tuân thủ điều trị theo thang điểm GMAS (cách tính cũ)**

Tổng điểm tuân thủ tích lũy	Tần suất	Tỉ lệ %
Tuân thủ cao (30 – 33 điểm)	05	5,1
Tuân thủ tốt (27 – 29 điểm)	30	30,6
Tuân thủ một phần (17 – 26 điểm)	26	26,5
Tuân thủ thấp (11 – 16 điểm)	24	24,5
Tuân thủ kém (0 – 10 điểm)	13	13,3

Tỉ lệ bệnh nhân tuân thủ tốt chiếm 30,6%, bệnh nhân tuân thủ kém chiếm 13,3% (13/98 bệnh nhân), còn tỉ lệ bệnh nhân có điểm tuân thủ cao chiếm tỉ lệ thấp nhất 5,1%.

- Theo cách tính mới:

**Bảng 3. Tuân thủ điều trị theo thang điểm GMAS (cách tính mới)**

Tổng điểm tuân thủ tích lũy	Tần suất	Tỉ lệ %
Tuân thủ $\geq 27$ điểm	35	35,7
Không tuân thủ $< 27$ điểm	63	64,3

Tỉ lệ bệnh nhân không tuân thủ cao hơn với 64,3%, số bệnh nhân tuân thủ điều trị là 35 chiếm 35,7%

3. Các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị:

Dựa trên đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu, cũng như dựa vào các đặc điểm khảo sát trong bảng câu hỏi GMAS, nhóm tác giả đã chọn lọc một số yếu tố có khả năng ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị.

**Bảng 4: Các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị**

Yếu tố ảnh hưởng		Tuân thủ điều trị		Tổng	OR	p
		Tuân thủ	Không tuân thủ			
Tuổi	≥ 45 tuổi	5	15	20	3,38	0,001
	< 45 tuổi	30	48	78		
Giới	Nam	25	35	60	0.79	0.29
	Nữ	10	30	38		
Số năm mắc bệnh	≥ 5 năm	30	43	73	3,05	0,001
	< 5 năm	5	20	25		
Trình độ học vấn	≥ 12/12	2	26	28	5,64	0.001
	< 12/12	33	37	70		
Tình trạng gia đình	Sống cùng gia đình	32	48	80	4,29	0,006
	Không sống cùng gia đình	3	15	18		
Nghề nghiệp người bệnh	Có thu nhập trong công việc	3	17	20	3.07	0.002
	Không có thu nhập	32	46	78		
Cách dùng thuốc: số lần, liều lượng	Có khó khăn trong cách dùng	16	20	36	1.35	0.16
	Không khó khăn	19	43	62		
Tác dụng phụ của thuốc	Nhiều tác dụng phụ	2	13	15	1,00	0,87
	Không đáng kể	33	50	83		
Kinh tế	Có kinh tế đủ dùng thuốc	30	38	68	2,22	0.003
	Không đủ kinh tế	5	25	30		

Các yếu tố có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) bao gồm: tuổi, số năm mắc bệnh, trình độ học vấn, tình trạng gia đình, nghề nghiệp người bệnh và kinh tế.

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nam chiếm phần lớn hơn 61,2% so với nữ 38,8 %. Điều này có thể phản ánh là nam chiếm ưu thế hơn trong bệnh lý tâm thần phân liệt, cũng phù hợp khi so với nghiên cứu của tác giả Tadele Eticha [7] nam chiếm tỉ lệ cao hơn 72%. Cũng theo nghiên cứu của tác giả này độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu 30,52 và nhóm tuổi chiếm ưu thế hơn 25 đến 34 tuổi là 48,1%, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả khác hơn một chút độ là tuổi trung bình 31,6, còn nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao hơn là 30 đến 44 tuổi chiếm 56,1%.

Tỉ lệ bệnh nhân có trình độ học vấn từ 12/12 trở lên chỉ chiếm 28,6% còn dưới 12/12 là 71,4 %, so với tác giả Lý Thị Kim Chi [1] là 36,9 % có trình độ > THPT và 63.1 % có trình độ < THPT là tương tự nhau. Cho thấy, quan điểm “học càng cao, thì dễ tâm thần” là chưa hoàn toàn chính xác, khi số người mắc tâm thần phân liệt chiếm tỉ lệ cao có trình độ < THPT. Đến nay, người ta cho rằng yếu tố di truyền tác động cùng với yếu tố môi trường thuận lợi khiến cho bệnh tâm thần phân liệt xuất hiện và phát triển [4].

Trong khi số người bệnh tâm thần phân liệt có việc làm tạo thu nhập chỉ có 20,4%, thì có tới 79,6 % bệnh nhân phải sống dựa vào người thân. Đặc biệt, trong mẫu nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có tới hơn 20 bệnh nhân được người thân đưa vào Trung tâm bảo trợ xã hội tỉnh An giang chăm sóc và nuôi dưỡng. Những con số cho thấy khả năng điều trị hòa nhập cộng đồng của người bệnh tâm thần phân liệt là rất khó khăn, và đây là một trong những nhóm bệnh tạo nên những gánh nặng đáng kể lên chế độ an sinh xã hội.

Nghiên cứu tỉ lệ các nhóm bệnh của chúng tôi cho thấy: Tâm thần phân liệt thể Paranoid chiếm tỉ lệ cao nhất 83,7%, tâm thần phân liệt thể di chứng chiếm 7,1 %, tâm thần phân liệt thể đơn thuần chiếm 3,1% và các thể tâm thần phân liệt khác chiếm 6,1 %. Kết quả của tác giả Mostafa Amr [6] trong nghiên cứu của Ai cập năm 2013 cũng cho thấy tỉ lệ tâm thần phân liệt thể paranoid chiếm 77,2 % và các thể tâm thần phân liệt khác chiếm 22,8%.

Hiện nay, trong các bài báo cáo nghiên cứu khoa học trong nước cũng như nước ngoài, khi dùng công cụ để đánh giá sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân, thường các tác giả sẽ sử dụng bộ công cụ Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) hay còn được gọi là thang Morisky. Đây là bộ công cụ dễ sử dụng, nhưng khi áp dụng tại Việt Nam ta hay sử dụng ở dạng các bản dịch không chính thức, do vậy thường gặp khó khăn trong vấn đề bản quyền. Năm 2021 một nhóm tác giả tại trường Đại học y dược Cần Thơ đã giới thiệu thang đánh giá tuân thủ điều trị GMAS với bản Tiếng Việt đã được đăng ký và chuẩn hóa [5]. Đánh giá theo bảng câu hỏi này cho chúng tôi kết quả: Tuân thủ cao (30 – 33 điểm) chiếm 5,1%, tuân thủ tốt (27 – 29 điểm) 30,6%, tuân thủ một phần (17 – 26 điểm) 26,5%, tuân thủ thấp (11 – 16 điểm) 24,5% và tuân thủ kém (0 – 10 điểm) là 13,3%. Với 2 cách tính điểm khác nhau bộ câu hỏi có thể ứng dụng rất tốt trong đánh giá tuân thủ nhiều bệnh lý mạn tính khác nhau. Theo cách tính điểm mới của thang GMAS ta có kết quả: 64,3% bệnh nhân không tuân thủ và 35,7% tuân thủ điều trị.

Nhóm nghiên cứu đã tìm ra các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  như sau: Nhóm người bệnh từ 45 tuổi trở xuống tuân thủ gấp 3,38 lần so với nhóm người bệnh từ 45 tuổi trở lên và người bệnh có số năm mắc bệnh dưới 5 năm tuân thủ cao gấp 3 lần so với nhóm người bệnh có thời gian mắc bệnh dài trên 5 năm, việc bệnh kéo dài nhiều năm cộng với tuổi tác tăng đã ảnh hưởng lớn đến tuân thủ điều trị của bệnh nhân tuân thủ điều trị. Nhóm người bệnh có trình độ học vấn  $\geq 12/12$  đạt tuân thủ gấp 5 lần so với nhóm người có trình độ học vấn kiến thức  $< 12/12$ . Nhóm người bệnh sống cùng gia đình với sự quan tâm và nhắc nhở của người thân có tuân thủ gấp 4,2 lần so với nhóm người bệnh không sống cùng gia đình.

Ngoài ra, việc chi trả tiền thuốc điều trị cũng là một vấn đề trở ngại không nhỏ cho việc tuân thủ điều trị, nghiên cứu cho thấy nhóm bệnh nhân có đủ kinh tế tuân thủ tốt hơn 2,2 lần so với nhóm không đủ kinh tế. Các yếu tố có ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị của nghiên cứu chúng tôi cũng tương tự với tác giả Lý Thị Kim Chi khi sử dụng thang điểm Morisky – 8 đánh giá tuân thủ điều trị của bệnh nhân tâm thần phân liệt tại một địa phương ở Hà Nội. Các yếu tố tác giả Lý Thị Kim Chi [1] bao gồm: Tuổi ( $> 35$  tuổi), tiền sử gia đình mắc bệnh tâm thần, số năm mắc bệnh ( $> 15$  năm), không có kiến thức đạt, người bệnh sống một mình và không có sự quan tâm động viên từ gia đình.

Các yếu tố: giới tính, cách thức dùng thuốc về liều lượng và cách dùng khó khăn và tác dụng phụ do thuốc gây ra không cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tuân thủ điều trị ( $p > 0,05$ ).

## V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát, nghiên cứu và phân tích 98 bệnh nhân được chẩn đoán Tâm thần phân liệt đến phòng khám và điều trị tại Khoa tâm thần bệnh viện đa khoa trung tâm an giang, chúng tôi ghi nhận:

Đánh giá theo thang đánh giá tuân thủ GMAS cho kết quả: Tuân thủ cao (30 – 33 điểm) chiếm 5,1%, tuân thủ tốt (27 – 29 điểm) 30,6%, tuân thủ một phần (17 – 26 điểm) 26,5%, tuân thủ thấp (11 – 16 điểm) 24,5% và tuân thủ kém (0 – 10 điểm) là 13,3%.

Các yếu tố có ảnh hưởng đến tuân thủ bệnh nhân tâm thần phân liệt bao gồm: tuổi ( $> 45$  tuổi), Thời gian mắc bệnh ( $> 5$  năm), trình độ học vấn, tình trạng không sống cùng gia đình, nghề nghiệp và kinh tế không đủ dùng thuốc, với  $p < 0,05$  có ý nghĩa thống kê.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lý Thị Kim Chi, Nguyễn Văn Tuấn (2022). Tuân thủ điều trị bệnh tâm thần phân liệt tại huyện Ứng Hòa - Hà Nội và các yếu tố liên quan. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2022, 152.4: 152-160.
2. Lê Thị Tuyên (2013), Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến việc tuân thủ điều trị của bệnh nhân TTPL điều trị tại cộng đồng, huyện Lương Sơn tỉnh Hòa Bình năm 2013. Luận văn thạc sỹ, Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội, 126.
3. Ngô Văn Truyền, Nguyễn Văn Thống (2020), Tâm thần phân liệt, Trường đại học Y dược Cần thơ, Nhà xuất bản Y Học, 6, 68.
4. Bùi Quang Huy (2020), Tâm thần phân liệt nguyên nhân chẩn đoán và điều trị, Bệnh viện quân y 103, Nhà xuất bản Y Học, 1, 20.
5. Nguyen, T. H., Truong, H. V., Vi, M. T., Taxis, K., Nguyen, T., & Nguyen, K. T. (2021, October). Vietnamese Version of the General Medication Adherence Scale (GMAS): Translation, Adaptation, and Validation. In Healthcare (Vol. 9, No. 11, p. 1471). MDPI.
6. Amr, Mostafa; EL-MOGY, Ahmed; EL-MASRY, Ragaa. Adherence in Egyptian patients with schizophrenia: the role of insight, medication beliefs and spirituality. Arab JPsychiatr, 2013, 24: 60-68.
7. Eticha, T., Teklu, A., Ali, D., Solomon, G., & Alemayehu, A. (2015). Factors associated with medication adherence among patients with schizophrenia in Mekelle, Northern Ethiopia. PloS one, 10(3), e0120560.
9. Dobber, Jos, et al. Medication adherence in patients with schizophrenia: a qualitative study of the patient process in motivational interviewing. BMC psychiatry, 2018, 18.1: 1-10.

# GIÁ TRỊ CỦA KHOẢNG TRỐNG ĐƯỜNG HUYẾT TRONG TIỀN LƯỢNG KẾT CỤC NỘI VIỆN Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP CÓ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Phạm Huỳnh Minh Trí, Đinh Lê Uyên Nhi,  
Lê Đoàn Bảo Trân, Đặng Ngọc Phương Uyên

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tăng đường huyết là một vấn đề thường gặp ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp. Mối liên quan của tăng đường huyết cấp tính đối với kết cục lâm sàng nội viện ở người bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) bị NMCT cấp vẫn còn đang tranh cãi. Khoảng trống đường huyết (KTĐH) là một chỉ số mới để đánh giá mối liên quan của tăng đường huyết do stress và kết cục nội viện ở bệnh nhân NMCT cấp có ĐTĐ.

**Mục tiêu:** khảo sát mối liên quan giữa KTĐH và các kết cục lâm sàng nội viện trên người bệnh ĐTĐ nhập viện vì NMCT cấp.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu trên 80 bệnh nhân NMCT cấp có ĐTĐ tại khoa Tim mạch - lão học bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 1 đến tháng 8 năm 2023.

**Kết quả:** tuổi trung bình của dân số trong nghiên cứu là  $66 \pm 13,1$  tuổi. Tỷ lệ nam giới là 56%, nữ giới là 44%, tỉ số nam : nữ là 1.2:1. Trị số KTĐH trung vị là 98,1 mg/dL (KTPV: 35,2 - 214,2). Nhóm bệnh nhân có biến cố tim mạch bất lợi và tử vong do mọi nguyên nhân có KTĐH trung vị cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân không có biến cố tim mạch bất lợi và không tử vong (giá trị p lần lượt là  $p < 0,05$  và  $p < 0,05$ ). **Kết luận:** KTĐH nên được xem xét sử dụng như một chỉ số bổ sung cho đường huyết lúc nhập viện trong đánh giá ảnh hưởng của tăng đường huyết do stress sinh lý cấp tính trên kết cục lâm sàng ở bệnh nhân NMCT cấp có ĐTĐ.

**Từ khóa:** khoảng trống đường huyết, nhồi máu cơ tim, đái tháo đường, kết cục nội viện

## SUMMARY

### GLYCEMIC GAP AND INHOSPITAL OUTCOMES IN DIABETIC PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARTION

**Background:** Acute hyperglycemia is a frequent finding in patients with acute myocardial infarction (AMI). The relationship between acute hyperglycemia and inhospital outcomes in diabetic patients with AMI still remains controversial. A glycemic gap is used as a new parameter to evaluate the association between acute hyperglycemia and inhospital clinical outcome in diabetic patients presenting with AMI.

**Objective:** To study the relationship between glycemic gap and the occurrence of inhospital clinical outcome in diabetic patients with AMI. **Subjects and research methods:** An observational cross-sectional study was prospectively conducted on 80 diabetic patients with AMI at the Cardiology and Gerontology Department of An Giang general hospital from January to August 2023.

**Results:** The mean value of age was  $66 \pm 13,1$  years. The sample included 45 males (56%) and 35 females (44%), the male : female ratio was 1.2:1. The median value of glycemic gap was 98,1 mg/dL (IQR: 35,2 – 214,2). Patients with major cardiac events and allcause death had significantly higher glycemic gaps than patients without major cardiac events and survivors (*p* value respectively was  $p < 0,05$  and  $p < 0,05$ ). **Conclusion:** Glycemic gap should be considered as an additional parameter to an admission serum glucose level to evaluate the impact of stress induced hyperglycemia on inhospital clinical outcomes in diabetic patients with AMI.

**Keywords:** glycemic gap, inhospital outcomes, acute myocardial infarction, diabetes

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng đường huyết là một vấn đề thường gặp ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. Đường huyết tăng cao phản ánh đáp ứng của cơ thể với stress và/hoặc tình trạng chuyển hoá đường bất thường. Bất kể là do cơ chế nào, nhồi máu cơ tim cấp kèm tăng đường huyết có mối liên quan đến tình trạng viêm và tiền tạo huyết khối, giảm sức co bóp cơ tim và tăng tỉ lệ tử vong ngắn hạn cũng như dài hạn<sup>[3,8]</sup>. Một số nghiên cứu cho thấy các bệnh nhân này thường có vùng cơ



tim bị nhồi máu rộng hơn, kèm theo sự tăng nhạy cảm với các tổn thương thiếu máu cục bộ và tái tưới máu là nguyên nhân dẫn đến kết cục xấu hơn ở nhóm nhồi máu cơ tim cấp có tăng đường huyết. Đối với người bệnh nhồi máu cơ tim cấp có đái tháo đường, cần phải cân nhắc tình trạng tăng đường huyết mạn tính khi khảo sát mối quan hệ giữa nồng độ đường huyết và các kết cục lâm sàng. Tình trạng tăng đường huyết tại thời điểm nhập viện có thể được gây ra bởi các stress sinh lý cấp tính và/hoặc nồng độ đường huyết nền cơ bản cao, do đó không phản ánh chính xác tác động của tăng đường huyết do stress, điều này dẫn đến những khác biệt trong các kết quả nghiên cứu trước đây<sup>[6]</sup>.

Để loại trừ đi ảnh hưởng của nồng độ đường huyết cao mạn tính ở bệnh nhân đái tháo đường, khoảng trống đường huyết được đề nghị như một chỉ số mới để đánh giá tác động của tăng đường huyết do stress một cách chính xác hơn lên các biến cố lâm sàng<sup>[6,7]</sup>. Khoảng trống đường huyết được định nghĩa là sự khác biệt giữa đường huyết vào thời điểm nhập viện và đường huyết trung bình nền cơ bản của người bệnh. Việc ước đoán mức đường huyết trung bình nền cơ bản có thể được tính toán từ giá trị HbA1c<sup>[4]</sup>. Thời gian gần đây đã có một vài nghiên cứu về vai trò của khoảng trống đường huyết như là một dấu chỉ tiên lượng xấu ở bệnh nhân đái tháo đường mắc các bệnh cấp tính nặng như viêm phổi cộng đồng, đột quỵ, và bệnh nhân điều trị tại khoa săn sóc đặc biệt. Tuy nhiên, hiện chỉ có ít nghiên cứu về khoảng trống đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường bị NMCT cấp. Kết quả nghiên cứu vẫn còn nhiều tranh cãi do các công bố chưa đồng bộ về kết cục chính, thiết kế nghiên cứu, chưa khảo sát kết cục nội viện toàn diện và chưa thống nhất trong việc xác định điểm cắt tối ưu cho khoảng trống đường huyết để tiên lượng biến cố. Thêm vào đó, tính đến thời điểm hiện tại tại Việt Nam có rất ít nghiên cứu về giá trị tiên lượng của khoảng trống đường huyết ở bệnh nhân NMCT cấp có đái tháo đường. Vì các lý do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để trả lời câu hỏi khoảng trống đường huyết có mối liên quan như thế nào đối với nguy cơ xuất hiện các kết cục lâm sàng bất lợi ở người bệnh đái tháo đường nhập viện vì nhồi máu cơ tim cấp (bao gồm gồm tử vong, các biến cố tim mạch bất lợi là choáng tim, suy tim cấp, rối loạn nhịp tim nguy hiểm như nhanh thất, rung thất), cũng như có chăng sự liên quan giữa khoảng trống đường huyết với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh, nhằm góp phần vào dữ liệu chung cho các nghiên cứu tiếp tục sau này về vai trò tiên lượng của khoảng trống đường huyết.

## **II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1. Phương pháp nghiên cứu:**

Mô tả cắt ngang, tiền cứu.

### **2. Cỡ mẫu:**

Lấy mẫu thuận tiện.

### **3. Đối tượng nghiên cứu:**

Bệnh nhân đái tháo đường nhập viện vì nhồi máu cơ tim cấp vào 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.

a. Tiêu chuẩn chọn mẫu: bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên mắc nhồi máu cơ tim cấp (theo “Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hội chứng mạch vành cấp” của Bộ Y tế Việt Nam năm 2019”, gồm cả ST chênh lên và không ST chênh lên) và đái tháo đường. Bệnh nhân có dữ liệu về đường huyết tĩnh mạch lúc nhập viện và HbA1c trong thời gian nằm viện hoặc trong vòng 1 tháng trước.

- Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên theo: Bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng đau thắt ngực kèm theo bằng chứng về hoại tử cơ tim.

+ Tăng men tim Troponin T-hs hoặc I (Troponin T-hs > 0,014 ng/mL hoặc Troponin I > 0,2ng/mL) và

+ Điện tâm đồ: đoạn ST chênh lên mới tại: Tại chuyển đạo V2 và V3: Nam < 40 tuổi: J ≥ 2,5mm; Nam ≥ 40 tuổi: J ≥ 2mm; Nữ: J ≥ 1,5 mm. Các chuyển đạo khác: J ≥ 1 mm. Đoạn ST chênh lên ở 2 chuyển đạo liên tiếp, sóng T đảo ngược, sóng Q bệnh lý hoặc bloc nhánh trái mới xuất hiện.

- Nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên: Bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng đau thắt ngực kèm theo bằng chứng về hoại tử cơ tim.

+ Tăng men tim Troponin T-hs hoặc I (Troponin T-hs > 0,014 ng/mL hoặc Troponin I > 0,2ng/mL) và

+ Điện tâm đồ: đoạn ST chênh xuống và/hoặc thay đổi sóng T. Đoạn ST mới chênh xuống ngang hoặc chênh xuống  $\geq 0,5\text{mm}$  ở 2 chuyển đạo liên tiếp; và/hoặc sóng T đảo ngược  $\geq 1\text{ mm}$  ở 2 chuyển đạo với sóng R cao hoặc  $R/S > 1$ .

- Đái tháo đường được định nghĩa: bệnh nhân đã được chẩn đoán đái tháo đường tít 1 hoặc 2 và/hoặc có ít nhất một toa thuốc bao gồm insulin và/hoặc thuốc hạ đường huyết dạng uống và/hoặc một kết quả HbA1c  $\geq 6,5\%$  trong vòng 2 tháng trước theo hướng dẫn của Hội Đái tháo đường Hoa Kỳ năm 2021.

b. Tiêu chuẩn loại trừ: hạ đường huyết (<70 mg/dL) lúc nhập viện; hoặc BN được truyền thuốc hoặc chế phẩm làm tăng đường huyết như glucose, adrenalin, corticoid trước khi vào viện; hoặc có bệnh khác gây rối loạn đường huyết (như u tuý thượng thận, hội chứng Cushing, đang sử dụng corticoid); hoặc có bất thường hemoglobin (hồng cầu hình liềm, thalassemia); hoặc bệnh về máu (thiếu máu tán huyết); hoặc được truyền máu (hồng cầu lắng, máu toàn phần) có thể ảnh hưởng đến độ chính xác của kết quả HbA1c.

#### 4. Biến số nghiên cứu:

Chỉ số sinh trắc, tiền sử (tăng huyết áp, rối loạn lipid máu), đặc điểm lâm sàng bao gồm NMCT cấp ST chênh lên, NMCT cấp không ST chênh lên, can thiệp mạch vành qua da và tổng thời gian nằm viện. Thông số cận lâm sàng (đường huyết lúc nhập viện, HbA1c (%), khoảng trống đường huyết (mg/dL) = đường huyết lúc nhập viện - (28,7 x HbA1c - 46,7), hemoglobin, creatinin, troponin T-hs, bilan lipid máu). Kết cục lâm sàng nội viện bao gồm tử vong do mọi nguyên nhân, các biến cố tim mạch bất lợi (choáng tim, suy tim cấp, rối loạn nhịp tim nguy hiểm như nhanh thất, rung thất).

#### 5. 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.  $p < 0,05$  được xem là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian nghiên cứu, có 80 bệnh nhân NMCT cấp có đái tháo đường đủ tiêu chuẩn tham gia vào nghiên cứu. Tuổi trung bình của dân số trong nghiên cứu là  $66 \pm 13,1$  tuổi, tuổi nhỏ nhất là 41 tuổi, tuổi lớn nhất là 100. Có 45 bệnh nhân nam (chiếm 56%), và 35 bệnh nhân nữ (chiếm 44%), tỉ số nam:nữ là 1,2:1. Chỉ số khối cơ thể trung bình là 23,4 (22,2 - 25,4)  $\text{kg/m}^2$ . Tăng huyết áp và rối loạn lipid máu là hai tình trạng bệnh đồng mắc phổ biến, chiếm tỷ lệ lần lượt là 93,8% và 81,3%.

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của dân số nghiên cứu**

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi (năm), TB $\pm$ ĐLC	66 $\pm$ 13,1
Nam, (%)	45 (56,3%)
Chỉ số khối cơ thể ( $\text{kg/m}^2$ ), TV (KTPV)	23,4 (22,2 - 25,4)
Tăng huyết áp (%)	75 (93,8%)
Rối loạn lipid máu (%)	65 (81,3%)
Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên (%)	33 (41,3%)
Can thiệp mạch vành qua da (%)	30 (37,5%)
Tổng thời gian nằm viện (ngày) TB $\pm$ ĐLC	8,6 $\pm$ 3,1
Đường huyết lúc nhập viện (mg/dL), TV (KTPV)	305 (221,7 - 409,9)
HbA1c (%), TV (KTPV)	8,2 (7 - 9,8)
Khoảng trống đường huyết (mg/dL), TV (KTPV)	98,1 (35,2 - 214,2)

Trong 80 bệnh nhân có 33 bệnh nhân (chiếm 41,3%) nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên và 30 bệnh nhân có can thiệp mạch vành qua da, chiếm 37,5%. Tổng thời gian nằm viện trung bình là 8,6 ngày.

**Bảng 2. Đặc điểm kết cục lâm sàng của dân số nghiên cứu**

Kết cục	Giá trị n (%)
Tử vong do mọi nguyên nhân	4 (5%)
Biến cố tim mạch bất lợi	45 (56,3%)
Choáng tim	11 (13,8%)
Rối loạn nhịp tim nguy hiểm	8 (10%)
Suy tim cấp	32 (40%)

Về kết cục lâm sàng, chúng tôi nhận thấy có 4 trường hợp tử vong do mọi nguyên nhân, chiếm 5%. Có 45 trường hợp xảy ra biến cố tim mạch, chiếm 56,3%, trong đó có 9 trường hợp xảy ra từ 2 biến cố trở lên.

**Bảng 3: So sánh đặc điểm các thang thước đo đường huyết giữa nhóm có và không có biến cố tim mạch**

	Có biến cố tim mạch (N=45)	Không biến cố tim mạch (N=35)	p
Đường huyết nhập viện (mg/dL)	359,3 (244,7 – 478,7)	251,3 (180 - 374,4)	< 0,05
HbA1c (%)	8,3 (7,2 – 10,2)	8,1 (7 – 9,7)	0,377
KTĐH (mg/dL)	130,5 (54 – 277,1)	61,2 (8,7 – 139,8)	<0,05

Nhóm bệnh nhân có xảy ra biến cố tim mạch có giá trị trung vị đường huyết lúc nhập viện cao hơn (359,3 mg/dL so với 251,3 mg/dL,  $p < 0,05$ ), và giá trị trung vị khoảng trống đường huyết cao hơn (130,5 mg/dL so với 61,2 mg/dL,  $p < 0,05$ ) so với nhóm không biến cố tim mạch. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị HbA1c ở nhóm có và không có biến cố tim mạch.

**Bảng 4. So sánh đặc điểm các thang đo đường huyết giữa nhóm tử vong và không tử vong**

	Tử vong (N=4)	Không tử vong (N=76)	p
Đường huyết lúc nhập viện (mg/dL)	477,5 (349,1 – 518,3)	301,7 (220,3 – 406,7)	<0,05
HbA1c (%)	7,4 (6,8 – 10,2)	8,3 (7,1 – 9,8)	0,558
KTĐH (mg/dL)	254,4 (166,2 – 364,8)	81,7 (33,9 – 205,9)	<0,05

Nhóm bệnh nhân tử vong có giá trị đường huyết lúc nhập viện cao hơn (477,5 mg/dL so với 301,7 mg/dL,  $p < 0,05$ ) và khoảng trống đường huyết cao hơn (130,5 mg/dL so với 61,2 mg/dL,  $p < 0,05$ ) có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân không tử vong. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị HbA1c ở nhóm có và không có tử vong do mọi nguyên nhân.

#### IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Độ tuổi trung bình của dân số trong nghiên cứu của chúng tôi là  $66 \pm 13,1$  tuổi. Độ tuổi này cao hơn kết quả nghiên cứu tại Ai Cập của tác giả Ghanem (N=100) là  $60,3 \pm 10,1$ , thấp hơn kết quả nghiên cứu tại Đài Loan của tác giả Liao (N=331) là  $69,9 \pm 12,7$  và tương đương với nghiên cứu của tác giả Trần Thái Hưng là  $65,6 \pm 11,2$ <sup>[2,6,7]</sup>. Về sự phân bố giới tính trong NMCT cấp có đái tháo đường, chúng tôi ghi nhận tỉ số nam/nữ là 1,2:1. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Ghanem (N=100) có tỉ số nam:nữ là 2,84:1, tương đương nghiên cứu của tác giả Liao (N=331) có tỉ số nam : nữ là 1,90:1 và cao hơn nghiên cứu của tác giả Trần Thái Hưng có tỉ lệ nam:nữ là 0,85:1<sup>[2,6,7]</sup>. Theo y văn, độ tuổi trung bình của dân số NMCT là từ 60 tuổi trở lên và NMCT cấp thường gặp ở nam giới nhiều hơn, điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: Tăng huyết áp là tình trạng đồng mắc có tỉ lệ là 93,8% trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Liao (N=311) có tỉ lệ tăng huyết áp là 87,6% và tác giả Trần Thái Hưng có tỉ lệ tăng huyết áp là 99%<sup>[2,6]</sup>. Trong các nghiên cứu trên thế giới, tỉ lệ tăng huyết áp trên bệnh nhân NMCT dao động trong khoảng 50-70% và có xu hướng tăng trong những năm gần đây. Bên cạnh đó, tăng huyết áp là một trong những yếu tố nguy cơ quan trọng của NMCT cấp. Điều này cho thấy tầm quan trọng của việc kiểm soát huyết áp nhằm giảm thiểu kết cục tim mạch bất lợi cho bệnh nhân. Rối loạn lipid máu là tình trạng phổ biến hàng thứ 2, chiếm 81,3%. Hầu hết bệnh nhân được chẩn đoán từ trước và đang điều trị, tuy nhiên đa số bệnh nhân chưa đạt LDL-Cholesterol mục tiêu, trong đó chỉ có 30% bệnh nhân có giá trị LDL-Cholesterol <70 mg/dL. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của tác giả Liao (N=331) là 52,3%<sup>[6]</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị trung vị của KTĐH là 98,1 mg/dL (KTPV: 35,2 – 214,2), thấp hơn giá trị trung bình của KTĐH trong nghiên cứu của tác giả Ghanem là 100,2 ± 43,2 mg/dL (nhỏ nhất 29,2 mg/dL – lớn nhất 206,6 mg/dL) và cao hơn KTĐH trong nghiên cứu của tác giả Trần Thái Hưng là 52,2 (KTPV: 39 – 94,4)<sup>[2,7]</sup>.

Khoảng trống đường huyết và kết cục lâm sàng: Chúng tôi ghi nhận có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa có xảy ra biến cố tim mạch với đường huyết lúc nhập viện ( $p < 0,05$ ) và khoảng trống đường huyết ( $p < 0,05$ ), nhưng không có mối liên quan với HbA1c ( $p = 0,377$ ) (Bảng 3). Kết quả từ nghiên cứu của Ghanem và cộng sự trên 100 bệnh nhân cũng cho kết quả tương tự với khoảng trống đường huyết ( $p < 0,001$ ) và HbA1c ( $p = 0,001$ ) nhưng không có khác biệt có ý nghĩa thống kê đối với giá trị đường huyết lúc nhập viện ( $p = 0,879$ )<sup>[7]</sup>. Bên cạnh đó, chúng tôi nhận thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kết cục tử vong do mọi nguyên nhân với đường huyết lúc nhập viện ( $p < 0,05$ ) và khoảng trống đường huyết ( $p < 0,05$ ) nhưng không có mối liên quan với HbA1c ( $p = 0,558$ ) (Bảng 4). Trong nghiên cứu của tác giả Liao trên 331 bệnh nhân, nhóm bệnh nhân tử vong do mọi nguyên nhân có KTĐH cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không tử vong ( $p = 0,01$ ), nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi xét đến giá trị của đường huyết lúc nhập viện ( $p = 0,12$ ) và HbA1c ( $p = 0,59$ )<sup>[6]</sup>. Ngoài ra, giá trị trung vị của KTĐH ở nhóm bệnh nhân có biến cố tim mạch là 130,5 mg/dL cao hơn so với giá trị trung vị của KTĐH trong nghiên cứu của Ghanem là 99,2 mg/dL<sup>[7]</sup>. Giá trị trung vị của KTĐH ở nhóm bệnh nhân tử vong là 254,4 mg/dL cao hơn kết quả KTĐH trung bình trong nghiên cứu của Liao là 95,7 ± 119,8 mg/dL<sup>[6]</sup>. Trong nghiên cứu của tác giả Trần Thái Hưng (N=100) ghi nhận có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa có xảy ra biến cố tim mạch với đường huyết lúc nhập viện ( $p < 0,001$ ) và KTĐH ( $p < 0,001$ ). Tương tự, khác biệt có ý nghĩa thống kê về đường huyết lúc nhập viện ( $p = 0,006$ ) và KTĐH ( $< 0,001$ ) giữa 2 nhóm có tử vong và không có tử vong<sup>[2]</sup>. Như vậy, giá trị KTĐH ở nhóm có biến cố tim mạch và tử vong do mọi nguyên nhân cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có biến cố tim mạch bất lợi và tử vong, điều này tương đồng với nhau giữa các nghiên cứu. Sự khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi về đường huyết lúc nhập viện đối với các biến cố tim mạch cũng đã được báo cáo trong các nghiên cứu khác. Lý giải điều này có thể do đường huyết lúc nhập viện có nhiều yếu tố gây nhiễu gây ảnh hưởng như bệnh nhân đã ăn trước đó, kiểm soát đường huyết dài hạn kém đã dẫn đến các kết quả khác nhau trong các nghiên cứu.

## V. KẾT LUẬN

Qua 80 trường hợp NMCT cấp có đái tháo đường tại khoa Tim mạch lão học (Bệnh viện Đa Khoa Trung tâm An Giang), chúng tôi nhận thấy nhóm bệnh nhân xảy ra biến cố tim mạch và tử vong do mọi nguyên nhân có giá trị khoảng trống đường huyết cao hơn có ý nghĩa thống kê khi so với nhóm không biến cố tim mạch và tử vong. Vì vậy, khoảng trống đường huyết nên được xem xét sử dụng như một chỉ số bổ sung cho đường huyết lúc nhập viện trong đánh giá ảnh hưởng của tăng đường huyết do stress sinh lý cấp tính trên kết cục lâm sàng ở bệnh nhân NMCT cấp có ĐTĐ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, (2019), Quyết định số 2187/QĐ-BYT. Quyết định về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hội chứng mạch vành cấp”. tr.1-33.
2. Trần Thái Hưng, Trần Kim Trang (2023), “Khoảng trống đường huyết và kết cục nội viện ở người bệnh nhồi máu cơ tim cấp có đái tháo đường”, *Tạp chí y học Viện Nam*, 527 (1), tr.262-266.
3. American Diabetes Association (2021), "Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2021", *Diabetes Care*, 44 (Suppl 1), pp. S15-s33.
4. D. M. Nathan, J. Kuenen, R. Borg, H. Zheng, et al (2008), "Translating the A1C assay into estimated average glucose values", *Diabetes Care*, 31 (8), pp. 1473-1478.
5. T. Kojima, S. Hikoso, D. Nakatani, S. Suna, et al (2020), "Impact of Hyperglycemia on Long-Term Outcome in Patients With ST-Segment Elevation Myocardial Infarction", *Am J Cardiol*, 125 (6), pp. 851-859.
6. W. I. Liao, C. S. Lin, C. H. Lee, et al (2016), "An Elevated Glycemic Gap is Associated with Adverse Outcomes in Diabetic Patients with Acute Myocardial Infarction", *Sci Rep*, 6, pp. 27770.
7. Yehia Mostafa Ghanem, Mona Wagdy Ayad, Azza Abdel Kareem, et al (2022), "Glycemic gap and the outcome of diabetic patients presenting with acute coronary syndrome", *The Egyptian Journal of Internal Medicine*, 34 (1), pp. 10.
8. Yong Zhu, Kesen Liu, Shuai Meng, Ruofei Jia, et al (2020), "Augmented glycaemic gap is a marker for an increased risk of post-infarct left ventricular systolic dysfunction", *Cardiovascular Diabetology*, 19 (1), pp. 101.

# **GIÁ TRỊ THANG ĐIỂM ICH SCORE LÚC NHẬP VIỆN TRONG TIÊN LƯỢNG BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT NÃO TỰ PHÁT DO TĂNG HUYẾT ÁP**

*Dương Gia Hải, Nguyễn Thúy Vy,  
Phạm Thị Ánh Nguyệt, Trần Văn Điệp*

## **TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Xuất huyết não chiếm 10 – 15% tỉ lệ bệnh nhân được chẩn đoán đột quỵ, tuy chiếm tỉ lệ thấp nhưng xuất huyết não đem lại dự hậu xấu cho bệnh nhân và vẫn chưa có nhiều tiến bộ trong điều trị. Mặc dù có nhiều thang điểm tiên lượng dự hậu xuất huyết não nhưng chưa có thang điểm chuẩn mực để sử dụng và có giá trị tiên lượng mà mọi bác sĩ đều dùng được.

**Mục tiêu:** Chúng tôi đánh giá tiên lượng tử vong trong quá trình điều trị ở bệnh nhân xuất huyết não theo thang điểm ICH score.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang 121 bệnh nhân xuất huyết não do tăng huyết áp nhập viện tại khoa Cấp cứu bệnh viện Đa khoa tỉnh An Giang từ tháng 02/2023 đến tháng 09/2023.

**Kết quả nghiên cứu:** các yếu tố độc lập tiên lượng tử vong trong quá trình điều trị bao gồm thang điểm Glasgow, thể tích ổ xuất huyết, thể tích ổ xuất huyết > 30ml, xuất huyết chảy vào não thất, xuất huyết dưới lều tiểu não tất cả đều có  $p < 0.001$ . GCS 3 – 4 điểm (32 ca); 5 – 12 điểm (42 ca); 13 – 15 điểm (47 ca). Tuổi trên 80 (11 ca), không (110 ca). Xuất huyết dưới lều tiểu não (30 ca), không (91 ca). Thể tích xuất huyết não > 30ml (90 ca), không (31 ca). Xuất huyết vào não thất (51 ca), không (70 ca). Tỉ lệ tử vong trong quá trình nằm viện dựa vào thang điểm ICH score tăng từ điểm 0 (21.9%) đến điểm 5 (100%), tất cả bệnh nhân có điểm 4, 5 đều tử vong. Thang điểm ICH score tại điểm cắt 1,5 thang điểm có độ nhạy 81,7%, độ đặc hiệu 84% với chỉ số Youden 0,657. Diện tích dưới đường cong 0,874,  $p < 0.001$ , 95%CI = 0.811 – 0.937.

**Kết luận:** Thang điểm ICH score là một công cụ hỗ trợ đắc lực cho phép mọi bác sĩ tiếp nhận bệnh nhân có thể tiên lượng dự hậu ở bệnh nhân xuất huyết não.

## **ABSTRACT**

### **STUDY THE ICH SCORE AT THE TIME OF HOSPITALITY IN THE PREDICTING SPONTANEOUS INTRACEREBRAL HEMORRHAGE BY HYPERTENSION**

**Background:** Today, stroke is the second leading cause of death worldwide according to WHO 2019. Cerebral hemorrhage accounts for 10-15% of patients diagnosed with stroke. Although the rate is low, cerebral hemorrhage accounts for 10-15% of patients diagnosed with stroke. brings bad outcomes for patients and there has not been much progress in treatment. Although there are many prognostic scores for cerebral hemorrhage, there is no standard score that is easy to use and has prognostic value that all doctors can use.

**Objectives:** The purpose of this study was to define death during treatment in patients with cerebral hemorrhage according to the ICH score scale.

**Materials and method:** Cross-sectional study of 121 patients with cerebral hemorrhage by hypertension hospitalized at the Emergency Department of An Giang General Hospital from February 2023 to September 2023.

**Results:** Independent factors predicting death during treatment include Glasgow scale ( $p < 0.001$ ); hemorrhage volume ( $p < 0.001$ ); hemorrhage volume > 30ml ( $p < 0.001$ ); hemorrhage into the ventricles ( $p < 0.001$ ); Subtentorial hemorrhage ( $p < 0.001$ ). GCS 3 – 4 points (32 cases); 5 – 12 points (42 cases); 13 – 15 points (47 cases). Age over 80 (11 cases), under 80 (110 cases). Hemorrhage under the tentorium of the cerebellum (30 cases), above the tentorium (91 cases). Cerebral hemorrhage volume > 30ml (90 cases), < 30ml (31 cases). Hemorrhage entered the ventricles (51 cases), not entered the ventricles (70 cases). The mortality rate during hospitalization based on the ICH score scale increased from 0 (21.9%) to 5 (100%), all patients with scores 4 and 5 died. The ICH score scale at the cutoff point of 1.5 points has a sensitivity of 81.7%, a specificity of 84% with a Youden index of 0.657. Area under the curve 0.874,  $p < 0.001$ , 95%CI = 0.811 – 0.937.

**Conclusion:** The ICH score is a valuable tool that allows all physician admitting a patient to predict the outcome of a patient with cerebral hemorrhage.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, đột quỵ não là nguyên nhân hàng thứ 2 gây tử vong trên toàn thế giới theo WHO 2019 và chưa có dấu hiệu giảm hạng. Đột quỵ não gồm nhồi máu não, xuất huyết não và xuất huyết dưới nhện. Trong đó xuất huyết não chiếm 10 – 15% tỉ lệ bệnh nhân được chẩn đoán đột quỵ, tuy chiếm tỉ lệ thấp nhưng đột quỵ xuất huyết não đem lại dự hậu xấu hơn so với đột quỵ nhồi máu não trong quá trình nằm viện cho bệnh nhân.

Mặc dù có những tiến bộ trong điều trị nhồi máu não và xuất huyết dưới nhện nhưng vẫn chưa có phương pháp điều trị nào chứng minh cải thiện được dự hậu cho bệnh nhân xuất huyết não. Do đó, sau khi xuất huyết não đã được chẩn đoán, việc đánh giá toàn diện bệnh nhân là một vấn đề rất quan trọng. Tiên đoán được tỉ lệ tử vong của bệnh sẽ là cơ sở giúp ích cho các quyết định điều trị tích cực ngay từ đầu, là cơ sở tin cậy để cung cấp thông tin cho thân nhân bệnh nhân, giúp cả thầy thuốc và thân nhân bệnh nhân chủ động trong kế hoạch điều trị cho bệnh nhân. Nhiều thang điểm ra đời nhằm mục tiêu giải quyết vấn đề trên như: thang điểm ICH, thang điểm ESSEN và thang điểm FUNC.

Vì thế, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nghiên cứu thang điểm ICH lúc nhập viện trong tiên lượng tử vong bệnh nhân xuất huyết não tự phát do tăng huyết áp tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm những mục tiêu sau:

1. Nhận xét về một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, tỉ lệ tử vong của bệnh nhân xuất huyết não.
2. Tìm các yếu tố có liên quan đến tiên lượng nặng của bệnh ngay từ khi nhập viện.
3. Đánh giá giá trị thang điểm ICH trong tiên lượng tử vong của bệnh nhân xuất huyết não trong quá trình điều trị.

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Phương pháp nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang

### 2. Cỡ mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện

Công thức tính cỡ mẫu:

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

Trong đó:

-n là cỡ mẫu nghiên cứu cần có

Z = 1.96 với hệ số tin cậy 95%

d=0.05 là sai lệch cho phép giữa tỷ lệ từ mẫu và tỷ lệ thật của quần thể

p=8,1% (tỷ lệ bệnh nhân hôn mê nặng (GCS 3-4 điểm) theo nghiên cứu Cao Phi Phong, Mạc Văn Hòa, “Nghiên cứu thang điểm xuất huyết não trong tiên lượng bệnh nhân xuất huyết não tự phát do tăng huyết áp (1).

Thay vào công thức tính cỡ mẫu, cỡ mẫu nghiên cứu tính được là:

$$-n = (1.96^2 \times 0.081 \times 0.919) / 0.05^2 = 114$$

### 3. Đối tượng nghiên cứu:

tất cả bệnh nhân xuất huyết não do tăng huyết áp nhập viện tại khoa Cấp cứu bệnh viện Đa khoa tỉnh An Giang.

### 4. Địa điểm:

Khoa cấp cứu bệnh viện Đa khoa tỉnh An Giang.

### 5. Cách tiến hành:

khi bệnh nhân có đủ điều kiện chọn mẫu thì được thu thập số liệu theo phiếu mẫu thu thập số liệu

-Tiêu chuẩn chọn: tất cả bệnh nhân xuất huyết não do tăng huyết áp.

-Tiêu chuẩn loại trừ:

+Xuất huyết não do chấn thương đầu, xuất huyết não được phẫu thuật; xuất huyết não có kèm theo bệnh lý nội khoa nặng có thể thúc đẩy tử vong như: Suy tim nặng, suy thận mạn, xơ gan mất bù, ung thư...

+Bệnh nhân không hợp tác trong quá trình nghiên cứu.

#### 6. Xử lý số liệu:

phần mềm SPSS 20.0

#### 7. Đo lường các biến:

- Các biến định lượng được kiểm tra có phân phối chuẩn bằng cách vẽ đường phân phối chuẩn trên Histogram và kiểm định One – Sample Kolmogorov – Dmirnov.

- Các biến định lượng (Tuổi, Huyết áp tâm thu, Huyết áp tâm trương, Thể tích xuất huyết, Số ngày nhập viện) được trình bày dưới dạng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn khi số liệu có phân phối chuẩn.

- Biến định lượng Đường huyết được trình bày dưới dạng trung vị và khoảng min/max khi số liệu có phân phối không chuẩn.

- Các biến định tính ( Điểm GCS, Tuổi>80, Thể tích xuất huyết não>30, Xuất huyết não chảy vào não thất, Xuất huyết dưới lều tiểu não, Bệnh kèm theo) được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm.

- Kiểm định trung bình bằng kiểm định Independent-Samples T Test.

- So sánh tỉ lệ 2 nhóm bằng kiểm định Chi-square.

- Phân tích tương quan của các yếu tố trong thang điểm ICH với kết cục điều trị bằng Hồi quy logistic đa biến.

- Vẽ đường cong ROC của thang điểm ICH.

- Giá trị p được xem là có ý nghĩa thống kê ở mức <0,05.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

**Bảng 1. Phân tích đơn biến 121 bệnh nhân xuất huyết não**

	Tổng số n=121	Tử vong n = 71	Sống = 50	P
Tuổi, năm (TB $\pm$ DLC)	59.98 $\pm$ 13.83	60.84 $\pm$ 12.52	59.37 $\pm$ 14.74	0.073
Giới: nam (n:%)	68 (56.2%)	39 (54.9%)	29 (58%)	0.737
Tuổi > 80	11 (9.1%)	7 (9.9%)	4 (8%)	0.495
Tiền sử mắc bệnh mạn tính	76(62.8%)	48(67.6%)	28 (56%)	0.193
Số ngày nằm viện	5.64 $\pm$ 4.99	9.4 $\pm$ 4.79	2.99 $\pm$ 3.06	<0.001
Thể tích xuất huyết>30ml	90(74.4%)	43 (60.6%)	47 (94%)	<0.001
Thể tích ổ xuất huyết (ml)	19.15 $\pm$ 20.46	25.97 $\pm$ 22.64	9.46 $\pm$ 11.41	<0.001
Xuất huyết lan vào não thất	51 (42.1%)	42 (59.2%)	9 (18%)	<0.001
Dưới lều tiểu não	30 (24.8%)	26 (36.6%)	4 (8%)	<0.001
HA tâm thu	158.1 $\pm$ 42.18	163.1 $\pm$ 49.24	151 $\pm$ 28.37	0.091
HA tâm trương	89.5 $\pm$ 17.55	89.15 $\pm$ 19.91	90 $\pm$ 13.7	0.975
GCS				
3 – 4 điểm	32 (26.4%)	32 (45.1%)	0(0%)	<0.001
5 – 12 điểm	42 (34.7%)	28 (39.4%)	14 (28%)	<0.001
13 – 15 điểm	47 (38.8%)	11 (15.5%)	36 (72%)	<0.001

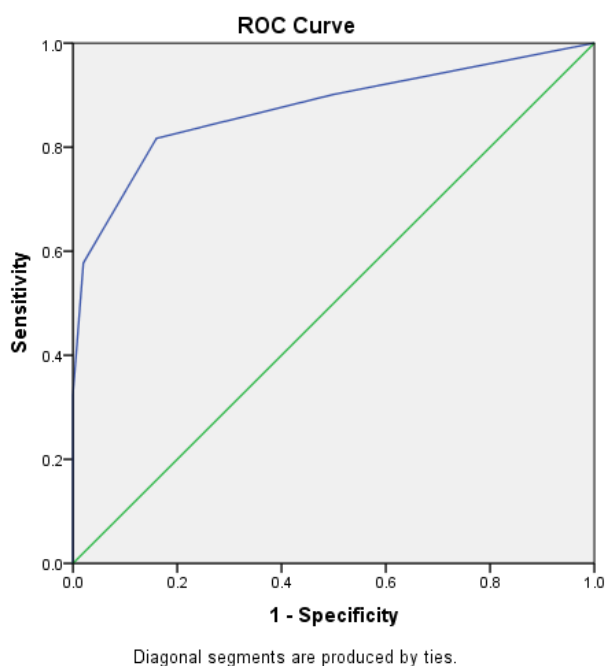


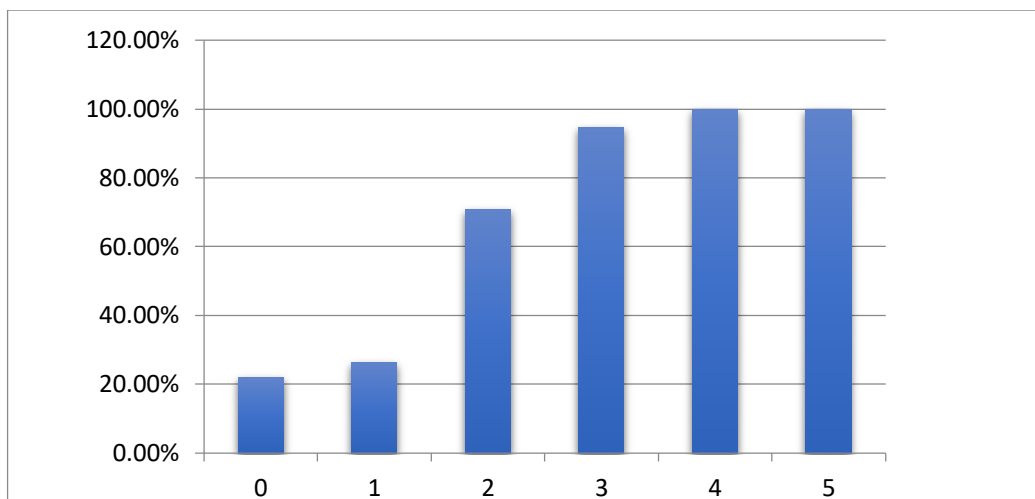
**Bảng 2. Giá trị tiên lượng tử vong của thang điểm ICH score**

Thang điểm		Điểm cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Diện tích dưới đường cong ROC	Chỉ số Youden
ICH		1.5	81.7%	84%	0.874	0.657

**Bảng 3. Phân tích hồi qui logistic đa biến các yếu tố liên quan độc lập đến tử vong trong quá trình nhập viện ở bệnh nhân xuất huyết não**

Biến số	P	OR	95% CI
Thể tích ổ xuất huyết >30ml	0.001	10.84	2.82-41.66
Xuất huyết chảy vào não thất	0.003	4.32	1.66-11.29
Xuất huyết dưới lều	0.002	7.10	2.05-24.60
Tuổi $\geq 80$	0.389	1.93	0.43-8.57

**Biểu đồ 1. Đường cong ROC thể hiện giá trị tiên lượng kết cục chức tử vong theo thang điểm ICH score****Biểu đồ 2. Tỷ lệ tử vong theo thang điểm ICH score**



**Kết quả:** 121 trường hợp xuất huyết não (Bảng 1), tuổi trung bình  $59.98 \pm 13.83$ , trên 80 tuổi 9.1%, nam chiếm 56.2%, thời gian nhập viện trung bình  $5.64 \pm 4.99$ . Tình trạng tri giác GCS 13-15 chiếm tỷ lệ 38.8%, GCS 5-12 chiếm 34.7%, GCS 3-4 chiếm 26.4%.

Các yếu tố liên quan tử vong bao gồm: thể tích xuất huyết > 30ml, thể tích ổ xuất huyết, xuất huyết lan vào não thất, xuất huyết dưới lều tiểu não, điểm Glasgow. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0.001$  về mức độ hôn mê giữa sống và tử vong. Thể tích ổ xuất huyết lúc nhập viện trung bình là  $19.15 \pm 20.46$ , trong đó thể tích xuất huyết ở bệnh nhân tử vong cao gấp 2.7 lần bệnh nhân sống ( $25.97 \pm 22.64$  so với  $9.46 \pm 11.41$ ), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.001$ . Nhóm bệnh nhân. Nhóm bệnh nhân có xuất huyết nhu mô chảy vào não thất cao gấp 4.67 lần so với nhóm xuất huyết não đơn thuần  $p < 0.001$ ; 95% CI = 2.78-15.64. Xuất huyết dưới lều tiểu não có tỷ lệ tử vong gấp 6.5 lần so với nhóm xuất huyết trên lều  $p < 0.001$ ; 95% CI = 2.15-20.57.

Vẽ đường cong ROC (Biểu đồ 1), tính được diện tích dưới đường cong (Bảng 2) là 0.874 đồng thời tính chỉ số Youden, ta tìm ra điểm cắt 1.5 (của thang điểm ICH) là điểm cắt để có độ nhạy và độ đặc hiệu của thang điểm cao nhất (độ nhạy 81.7%, độ đặc hiệu 84%) trong tiên lượng tử vong của bệnh nhân xuất huyết não.

Tiên lượng tử vong theo ICH score (Biểu đồ 2): Tỷ lệ tử vong tăng khi điểm ICH tăng. ICH =4 và ICH =5 có tỷ lệ tử vong 100%.

Đưa vào phân tích hồi qui logistic đa biến (Bảng 3), ba yếu tố dự đoán tử vong sau xuất huyết não có ý nghĩa thống kê bao gồm: Thể tích ổ xuất huyết >30ml, xuất huyết chảy vào não thất và xuất huyết dưới lều (Bảng). Thể tích ổ xuất huyết có liên quan mạnh nhất với tỷ lệ tử vong ( $p=0.001$ ).

#### IV. BÀN LUẬN:

Thang điểm ICH score là thang điểm kết hợp lâm sàng và cận lâm sàng bao gồm: Tình trạng tri giác bệnh nhân (dựa vào thang điểm Glasgow), tuổi (có trên 80 tuổi hay không), thể tích ổ xuất huyết (có trên 30ml hay không), chảy vào não thất (có/không), vị trí xuất huyết não (trên/ dưới lều tiểu não). Mục tiêu của thang điểm ICH score là giúp cho bác sĩ có cái nhìn tổng quát và dự hậu cho bệnh nhân xuất huyết não, cũng như là 1 công cụ để sử dụng cho 1 bác sĩ tổng quát.

Thang điểm GCS cho tới hiện tại vẫn là 1 thang điểm hiệu quả để đánh giá tình trạng thần kinh cho mọi bệnh nhân bị tổn thương thần kinh cấp bao gồm nhồi máu não, xuất huyết não và chấn thương sọ não. Nghiên cứu chúng tôi cho thấy có sự liên quan giữa điểm Glasgow lúc nhập viện và tử vong, nhóm điểm 13 – 15 điểm có tỉ lệ tử vong là 23.4%, 5 – 12 điểm là 66.67%, 3 – 4 điểm là 100%, tỉ lệ tử vong tăng dần khi điểm GCS giảm xuống, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê  $p < 0.001$ . Nghiên cứu tiên lượng vong do xuất huyết não của Ruiz – Sandoval (2007) trên 378 bệnh nhân, Kim Kyu – Hong (2009) trên 585 bệnh nhân, Cao Phi Phong (2011) trên 148 bệnh nhân, Đỗ Văn Vân (2011) trên 81 bệnh nhân cho kết quả tương tự với  $p < 0.001$ .

Tuổi trên 80 không là yếu tố tiên lượng tử vong, sự khác biệt giữa nhóm sống và tử vong trên 80 tuổi khác nhau không có nghĩa thống kê với  $p > 0.05$  ( $p=0.495$ ). Khác với nghiên cứu của Cao Phi Phong với  $p = 0.003$  nhưng giống với nghiên cứu của Nguyễn Thành Luân với  $p = 0.832$  vì vậy chúng tôi đưa tuổi trên 80 vào phân tích hồi quy logistic đa biến tính được  $p = 0.389$ ,  $CI = 0.43 - 8.57$  có chứa giá trị 1, không có mối tương quan giữa tuổi trên 80 và tỉ lệ tử vong.

Thể tích ổ xuất huyết được tính theo công thức  $V = Ax Bx C/2$ , trong đó A là đường kính ngang lớn nhất của lát cắt có ổ xuất huyết lớn nhất, B là đường kính dọc lớn nhất đó vuông góc với A trên cùng lát cắt và C là tổng số lát cắt chứa ổ xuất huyết ( $1\text{cm}^3 = 1\text{ml}$ ). Thể tích ổ xuất huyết càng lớn có tỉ lệ tử vong càng cao với  $p < 0.001$ , tương tự với thể tích ổ xuất huyết  $> 30$  ml có tỉ lệ tử vong cao hơn với  $p < 0.001$ . Điều này tương tự với nghiên cứu của Cao Phi Phong với  $p < 0,001$ , nghiên cứu của Nguyễn Văn Đạt với  $p < 0.001$ , nghiên cứu của Đỗ Văn Vân  $p = 0.003$ .

Xuất huyết não chảy vào não thất nhận 2 giá trị (có/không) và vị trí ổ xuất huyết não cũng tương tự có 2 giá trị (trên/ dưới lều tiểu não), cả 2 đều là yếu tố độc lập tiên lượng tử vong với  $p < 0.001$ . Điều này tương tự với nghiên cứu của Cao Phi Phong với  $p < 0,001$ , nghiên cứu của Đỗ Văn Vân với  $p < 0,001$ .

Thời gian nằm viện là yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xuất huyết não, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Điều này tương tự với nghiên cứu của Cao Phi Phong với  $p < 0,001$ .

Giới tính không là yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xuất huyết não, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0.737$ . Điều này tương tự với nghiên cứu của Đỗ Văn Vân với  $p = 0.503$ .

Tiền sử mắc bệnh mạn tính không là yếu tố tiên lượng tử vong, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0.193$ . Điều này tương tự với nghiên cứu của Cao Phi Phong với  $p = 0,523$  (tiền sử ĐTĐ) và  $p = 0,113$  (tiền sử THA); nghiên cứu của Đỗ Văn Vân với  $p = 0.125$  (tiền sử ĐTĐ) và  $p = 0.69$  (tiền sử THA).

Huyết áp tâm thu và tâm trương không là yếu tố tiên lượng tử vong, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,091$  và  $p = 0.975$ . Điều này tương tự với nghiên cứu của Cao Phi Phong với  $p = 0.14$  và  $p = 0,473$ .

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thang điểm ICH score thấp nhất là 0, cao nhất là 6. Trong đó, điểm 0 chiếm tỉ lệ cao nhất, tỉ lệ này giảm dần từ 1 đến 5, không có điểm 6. Tỉ lệ tử vong 21,9% ở bệnh nhân 0 điểm và tăng dần khi điểm ICH score tăng, tỉ lệ này 100% ở bệnh nhân có điểm 4 và 5. Điều này khác nhau ở nghiên cứu của Ruiz – Sandoval (2007), nghiên cứu của Kim Kyu – Hong (2009), nghiên cứu của Cao Phi Phong (2011), nghiên cứu của Đỗ Văn Vân (2011), Nguyễn Thành Luân (2020).

Giá trị tiên lượng của thang điểm ICH score được thực hiện bằng cách vẽ đường cong ROC. Tại điểm cắt 1,5 thang điểm có độ nhạy 81,7%, độ đặc hiệu 84% với chỉ số Youden 0,657. Diện tích dưới đường cong 0,874,  $p < 0.001$ , 95%CI = 0.811 – 0.937. Điều này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thành Luân (2020).

Các yếu tố tiên lượng tử vong được đưa vào phân tích hồi quy logistic đa biến ta thu được thể tích ổ xuất huyết (OR = 10,84; 95% CI = 2.82-41.66,  $p = 0,001$ ), xuất huyết não chảy vào não thất (OR = 4.32; 95% CI = 1.66-11.29,  $p = 0,003$ ), xuất huyết dưới lều (OR = 7.1; 95% CI = 2.05-24.60,  $p = 0,002$ ). Điều này khác nhau nghiên cứu của Cao Phi Phong (2011), nghiên cứu của Nguyễn Thành Luân (2020).

## V. KẾT LUẬN:

Qua nghiên cứu 121 bệnh nhân xuất huyết não, tiên lượng tử vong trong lúc nhập viện theo thang điểm XHN, thang điểm gồm có 5 yếu tố lúc nhập viện: điểm hôn mê Glasgow, thể tích ổ xuất huyết, máu chảy vào não thất, vị trí xuất huyết dưới lều tiểu não và tuổi trên 80. Sau khi phân tích hồi quy đa biến: cho thấy có 3 yếu tố lúc nhập viện có giá trị tiên lượng tử vong trong quá trình điều trị: Thể tích ổ xuất huyết  $> 30\text{ml}$ , xuất huyết chảy vào não thất và xuất huyết dưới lều. Đánh giá tiên lượng tử vong trong quá trình điều trị bệnh nhân xuất huyết não theo thang điểm ICH score theo thứ tự: 0, 1, 2, 3, 4, 5 là 21.9%, 26.1%, 70.8%, 94.7%, 100%, 100%.

Với diện tích dưới đường cong là 0.874, thang điểm ICH score lúc nhập viện có giá trị trong tiên lượng tử vong trong quá trình điều trị. Thang điểm ICH score là một công cụ hỗ trợ đặc biệt cho phép mọi bác sĩ tiếp nhận bệnh nhân có thể tiên lượng dự hậu ở bệnh nhân xuất huyết não.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Phi Phong, Mạc Văn Hòa, “Nghiên cứu thang điểm xuất huyết não trong tiên lượng bệnh nhân xuất huyết não tự phát do tăng huyết áp”. *Nghiên cứu Y học Y Học TP. Hồ Chí Minh Tập 15 Phụ bản của Số 1 năm 2011*.
2. Đỗ Văn Vân, Hồ Ngọc Diệp, Tạ Thị Kim Liên, Đỗ Thị Thủy, “Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng tử vong trong xuất huyết não tại BV Châu Đốc”. *Kỷ yếu Hội nghị Khoa học bệnh viện An Giang, Số tháng 10/2011*.
3. Nguyễn Thành Luân, Nguyễn Đình Toàn, “Nghiên cứu thang điểm ICH 24 giờ trong tiên lượng bệnh nhân xuất huyết não”. *Tạp chí Y Dược học – Trường Đại học Y Dược Huế - Số 6, tập 10, tháng 12/2020*.
4. Nguyễn Thanh Tùng (2007), “Tiên lượng xuất huyết não trên lễ bảng các thang điểm đột quỵ tại Bệnh viện Thủ Đức”. *Luận án Chuyên Khoa cấp II, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh*.
5. Nguyễn Văn Đạt (2013), “Các yếu tố tiên lượng tử vong bệnh nhân trên bệnh nhân xuất huyết não tại bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu – Bến Tre.”
6. Hemphill JC III et al (2001), “The ICH score: A simple, reliable grading scale for intracerebral hemorrhage”. *Stroke*, 32, pp 891- 897.
7. Hemphill JC III et al (2009), “Prospective validation of the ICH score for 12-month functional outcome”. *Neurology*, 73, pp 1088-1094.
8. Kim Kyu-Hong et al (2009), “Predictors of 30-day and-day functional recovery after primary intracerebral hemorrhage: hospital based multivariate analysis in 585 patients”. *J Korean Neurosurg Soc*, 45, pp 341-349.
9. Rost NS et al (2008), “Prediction of functional outcome in patients with primary intracerebral hemorrhage: The FUNC score”. *Stroke*, 39, pp 2304-2309.
10. Ruiz-Sandoval JL et al (2007), “Grading scale for prediction of outcome in primary intracerebral hemorrhage”. *Stroke*, 38, pp 1641-1644.

# HIỆU QUẢ CẢI TIẾN QUI TRÌNH ĐIỀU TRỊ NHỒI MÁU NÃO BẰNG THUỐC TIÊU SỢI HUYẾT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Nguyễn Duy Tân, Lâm Võ Hùng,  
Mai Nhật Quang, Phạm Nguyên Bình

## TÓM TẮT:

**Đặt vấn đề:** Tai biến mạch máu não hay đột quỵ não là bệnh lý thần kinh thường gặp, chiếm khoảng 50% trong tổng số các bệnh thần kinh[1]. Ngày nay, mặc dù có nhiều tiến bộ trong điều trị đột quỵ não cấp, nhưng thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch vẫn là lựa chọn ưu tiên. Việc sử dụng thuốc sớm nhất có thể đã được chứng minh hiệu quả trong điều trị đột quỵ nhồi máu não cấp[3]. Điều trị đột quỵ não cấp bằng thuốc tiêu sợi huyết là cuộc chạy đua khắc nghiệt về thời gian của hệ thống y tế nhằm giảm thiểu tử vong và tàn phế cho người bệnh.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt cases tại khoa thần kinh từ tháng 1/2023 đến 31/09/2023.

**Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình trong nghiên cứu  $55,7 \pm 10,5$  tuổi. Thời gian trung bình từ lúc bắt đầu có triệu chứng đến khi nhập viện trung bình  $120,6 \pm 53,5$  (phút) so với trước cải tiến quy trình là  $133,8 \pm 67,8$  (phút), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Thời gian trung bình từ lúc nhập viện đến khi được tiêm thuốc là  $40,6 \pm 15,2$  (phút) so với trước đây là  $64,4 \pm 28,8$  (phút), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Điểm Rankin lúc ra viện  $1,23 \pm 1,19$  điểm so với trước đây là  $1,88 \pm 1,85$  điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,02$ .

**Kết luận:** Sử dụng tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch càng sớm giúp phục hồi vận động tốt hơn ở bệnh nhân đột quỵ não cấp.

## ABSTRACTS

### PROCESS CHANGE EFFECTIVENESS THROMBOLYSIS WITH INTRAVENOUS rtPA AT AN GIANG GENERAL HOSPITAL

**Background:** To treatment brain stroke disease is a challenge in clinical neurological. Patients and

**Methods:** Case series report including 72 persons who admitted to Neurology ward of An giang hospital from February 1<sup>st</sup> 2023 to September 30<sup>th</sup> 2023.

**Results:** The average time from the onset of symptoms to hospital admission was  $120,6 \pm 53,5$  (minutes) compared to  $133,8 \pm 67,8$  (minutes) before the process change, no statistically significant difference with  $p > 0,05$ . The average time from hospital admission to injection was  $40,6 \pm 15,2$  (minutes) compared to previously  $64,4 \pm 28,8$  (minutes), the statistically significant difference with  $p < 0,001$ . Rankin score at discharge was  $1,23 \pm 1,19$  points compared to previously  $1,88 \pm 1,85$  points. The statistically significant difference with  $p = 0,02$ .

**Conclusions:** Thrombolysis with intravenous rtPA to help restore movement in acute ischemic stroke.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ nhồi máu não là bệnh lý thần kinh thường gặp trong thực hành lâm sàng chiếm khoảng 80-85% các trường hợp bệnh cảnh đột quỵ não, khi đột quỵ xảy ra di chứng để lại vô cùng nặng nề là gánh nặng cho gia đình và xã hội[1],[3]. Hiện nay, kỹ thuật điều trị rtPA cho bệnh nhân đột quỵ não cấp thể nhồi máu đem lại những dự hậu tốt cho bệnh nhân đã được báo. Vì cửa sổ điều trị tiêu sợi huyết ngắn dưới 4,5 giờ nên không thể chuyển bệnh nhân lên tuyến trên điều trị vì không có đủ thời gian. Khoa thần kinh Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An giang đã áp dụng kỹ thuật điều trị rtPA cho những bệnh nhân nhồi máu não cấp từ tháng 1 năm 2018, nhưng thuốc được sử dụng tại khoa ICU. Hiện nay, chúng tôi thay đổi qui trình sử dụng thuốc ngay tại khoa Cấp cứu nhằm rút ngắn thời gian điều trị cho bệnh nhân.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1 Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não trong vòng 4,5 giờ đầu tại khoa Cấp cứu Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 01/2023 đến 30/09/2023.

### 2.1.1 Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Tuổi  $\geq 18$  tuổi.

Thời gian khởi phát đột quỵ đến khi dùng thuốc dưới 270 phút.

Chẩn đoán nhồi máu não cấp với 4 điểm  $< \text{NIHSS} \leq 24$  điểm.

Không có hình ảnh xuất huyết não trên CT sọ não hoặc MRI sọ não.

Cắt lớp vi tính sọ não hoặc cộng hưởng từ: vùng đậm độ  $< 1/3$  khu vực phân bố của động mạch não giữa

Được sự đồng ý của bệnh nhân hoặc thân nhân người bệnh.

### 2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ

Các triệu chứng khởi phát của đột quỵ  $> 270$  phút hoặc không rõ thời gian.

Các triệu chứng đột quỵ nhẹ, đơn thuần hoặc cải thiện nhanh.

Khởi phát có co giật.

Có các TC xuất huyết dưới nhện.

Hình ảnh CT sọ: Nhồi máu não lớn ( $> 1/3$  bán cầu) hay không có CT sọ não hoặc có chảy máu trên CT.

Điểm NIHSS  $> 24$ .

Chấn thương hoặc chảy máu nội sọ.

Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng hay viêm màng ngoài tim.

Chấn thương cấp hay đang chảy máu.

Tiền sử đột quỵ, chấn thương đầu nặng, nhồi máu cơ tim hoặc phẫu thuật sọ não trong 3 tháng gần đây.

Có tiền sử xuất huyết não hay các bệnh lý thần kinh khác như u não, xuất huyết dưới nhện, dị dạng động tĩnh mạch hay có phình mạch nội sọ.

Tiền sử chảy máu tiêu hoá, tiết niệu trong vòng 21 ngày.

Tiền sử chấn thương lớn hoặc phẫu thuật lớn trong 14 ngày.

Chọc dò tuỷ sống hoặc động mạch trong 7 ngày.

Có bệnh lý nội sọ bẩm sinh.

Đường huyết  $< 50$  mg/dl hoặc  $> 400$  mg/dl.

Hematocrit dưới 25%.

Tiểu cầu  $< 100.000$  mm<sup>3</sup>.

HA không kiểm soát được.

Điều trị thuốc chống đông với INR  $> 1,5$  giây.

Bệnh chảy máu bẩm sinh hay mắc phải.

### 2.2 Địa điểm nghiên cứu:

Khoa thần kinh Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

### 2.3 Phương pháp nghiên cứu

*Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca.

*Qui trình tiến hành:* Bệnh nhân ngoại trú (khám tại Phòng khám bệnh hoặc khoa Cấp cứu) hoặc bệnh nhân đang điều trị nội trú tại các khoa nếu có triệu chứng nghi ngờ đột quỵ não xuất hiện trong vòng 4,5 giờ sau khi khởi phát được chuyển đến khoa cấp cứu. Bệnh nhân được chụp CT đầu không cản quang và các xét nghiệm cơ bản, nếu không có chống chỉ định và người nhà đồng ý sử dụng tPA. Bệnh nhân được sử dụng điều trị tPA tại khoa Cấp cứu với liều 0,9mg/kg. Trước đây qui trình này điều trị tại khoa ICU.

*Các biến nghiên cứu:*

Tuổi: Năm 2023 trừ năm sinh bệnh nhân.

Giới: Qua thăm khám trực tiếp.

Tiền căn tăng huyết áp, tiền căn đái tháo đường, rối loạn lipid máu: dựa vào chẩn đoán trước đây hoặc toa thuốc bệnh nhân đang điều trị.

Điểm NIHSS đánh giá dựa vào thang điểm của đột quỵ của Viện sức khỏe Hoa Kỳ có tổng cộng 42 điểm.

Điểm rankin dựa vào thang điểm Rankin sửa đổi có 6 mức độ từ 0 điểm đến 6 điểm.

*Xử lý số liệu:*

Nhập dữ liệu và phân tích dữ liệu bằng phần mềm SPSS 22.0

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.

Khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1 Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu**

Đặc điểm mẫu nghiên cứu		Trước cải tiến qui trình	Sau cải tiến qui trình	p
<b>Tuổi</b>		62,3±11,4 tuổi	55,7±10,5 tuổi	0,005
<b>Giới: Nam (nữ)</b>		49 (18)	52(20)	>0,05
<b>Thời gian từ lúc khởi phát đến lúc nhập viện</b>		133,8±67,8 (phút)	120,6±53,5 (phút)	0,21
<b>Thời gian từ lúc nhập viện đến khi điều trị thuốc</b>		64,4±28,8 (phút)	40,6±15,2 (phút)	<0,001
<b>Điểm NIHSS</b>	Vào viện	11,03±3,4 (6-23)	12,31±4,7 (6-24)	<0,001
	Ra viện	4,38±2,3 (0-10)	3,25±2,71 (0-8)	0,008
	Điểm NIHSS cải thiện ≥4 Khi ra viện	50/67	61/72	
<b>Huyết áp tâm thu</b>		143,31±26,28 mmHg	156,33±32,57mmHg	>0,05
<b>Huyết áp tâm trương</b>		84,22±15,73mmHg	82,53±17,42mmHg	>0,05
<b>Tiền căn</b>	THA	41/67	62/72	>0,05
	ĐTD	19/67	50/72	>0,05
	RLLP	50/67	40/72	>0,05
<b>Điểm Rankin lúc ra viện</b>		1,88±1,85	1,23±1,19	0,02

**Nhận xét:** Thời gian từ lúc nhập viện đến khi sử dụng thuốc tiêu sợi huyết, điểm NIHSS lúc ra viện và điểm Rankin lúc ra viện có sự khác biệt trước và sau khi thay đổi qui trình điều trị với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.2 Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân nhồi máu não**

Triệu chứng lâm sàng		n	%	n	%	p
<b>Ý thức</b>	Tỉnh táo	50/67	74,62%	56/72	77,78%	0,8
	Ngủ gà	10/67	14,92%	12/72	16,67%	0,7
	Lơ mơ	7/67	10,44%	4/72	5,55%	0,2
	Hôn mê	0/67		0/72		
<b>Liệt vận động</b>		67/67	100%	72/72	100%	
<b>Rối loạn cảm giác</b>		60/67	89,55%	65/72	90,28%	0,9
<b>Rối loạn ngôn ngữ</b>		48/67	71,64%	52/72	72,22%	0,9

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt về các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân đột quỵ não trước và sau thay đổi qui trình sử dụng tPA.

### IV. BÀN LUẬN

Từ 01/2023 đến 30/09/2023 có 72 bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não thỏa tiêu chuẩn dùng thuốc rtPA. Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 55,7±10,5 tuổi cao hơn trong nghiên cứu của tác giả Lê Văn Thành và cộng sự là 50 tuổi, nam giới chiếm đa số với 52/72 trường hợp[2]. Tiền căn tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ tim mạch chiếm tỉ lệ 62/72 (86,11%) các trường hợp, nghiên cứu của tác giả Lê Văn Thành và cộng sự tăng huyết áp chiếm 43,2% [2]. Tiền căn đái tháo đường 50/72 trường hợp chiếm 69,44% và rối loạn lipid máu 40/72 trường hợp chiếm 55,55%, nghiên cứu của tác giả Lê Văn Thành và cộng sự tỷ lệ rối loạn lipid máu là 69,4%. Chỉ số huyết áp tâm thu trước thời điểm truyền rtPA trung bình là 156,33±32,57 mmHg, và huyết áp tâm trương trung bình là 82,53±17,42mmHg cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Lê Văn Thành và cs là 139 ±28mmHg và 81,8±14mmHg[2].

Điểm NIHSS trung bình khi vào viện là  $12,31 \pm 4,7$  điểm, dao động từ 8-24 điểm là cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Lê Văn Thành và cộng sự là  $11,17 \pm 4$  điểm[2], cao hơn nghiên cứu của tác giả Dick và cộng sự 10,8 điểm và điểm NIHSS trung bình lúc ra viện là  $3,25 \pm 2,71$  điểm, dao động từ 0-8 điểm[4].

Thời gian trung bình từ lúc bắt đầu có triệu chứng đến khi nhập viện trung bình là  $120,6 \pm 53,5$  (phút) có ngắn hơn so với trước đây là  $133,8 \pm 67,8$  (phút), nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Thời gian trung bình từ lúc nhập viện đến khi được tiêm thuốc là  $40,6 \pm 15,2$  (phút) so với trước đây là  $64,4 \pm 28,8$  (phút), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Thời gian này ngắn hơn so với nghiên cứu của tác giả Lê Văn Thành và cộng sự là 76 phút, nghiên cứu của tác giả Albright là 85 phút[5]. Thời gian từ lúc nhập viện đến khi sử dụng thuốc được rút ngắn, giúp bệnh nhân nhồi máu não cải thiện rõ rệt so với qui trình trước đây.

Phục hồi vận động lúc ra viện được đánh giá bằng thang điểm Rankin sửa đổi. Điểm Rankin lúc ra viện trung bình  $1,23 \pm 1,19$  điểm so với trước đây  $1,88 \pm 1,85$  điểm, cao nhất 6 điểm và thấp nhất 0 điểm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,02$ . Trong nghiên cứu của chúng tôi có 03 bệnh nhân nhồi máu diện rộng được điều trị bằng rtPA nhưng diễn tiến không thuận lợi người nhà xin cho bệnh nhân về, hai trường hợp xuất huyết não lớn người nhà không đồng ý điều trị tiếp, và năm trường hợp xuất huyết não thùy nhỏ nhưng lúc ra viện tri giác cải thiện tốt. Các trường hợp còn lại có tỷ lệ phục hồi vận động tốt.

## V. KẾT LUẬN

Sự thành công điều trị đột quỵ não cấp với rtPA tại khoa Cấp cứu, giúp chúng tôi tự tin hơn tiếp tục triển khai điều trị thuốc tiêu sợi huyết trong thời gian tới với mục tiêu giảm di chứng vận động, sớm đưa bệnh nhân hòa nhập cộng đồng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Tuấn. Giáo trình thần kinh học. Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, năm 2020.
2. Lê Văn Thành và cộng sự. Đánh giá bước đầu điều trị rtPA ở bệnh viện 115, bệnh viện An Bình và bệnh viện Nhân Dân Gia Định.
3. Guidelines for Intravenous Thrombolysis (Recombinant Tissue-type Plasminogen Activator), the Third Edition, March 2019: A Guideline from the Japan Stroke Society.
4. Dick and et al: IV tPA for Acute Ischemic. Stroke . Results of the First 101 Patients in a Community Practice. The Neurologist 2005;11: 305-308.in Acute Stroke. Stroke.2007.
5. Albright and et al: **Time to Neurological Deterioration in Ischemic Stroke.**



# HIỆU QUẢ LỌC MÁU LIÊN TỤC TRONG ĐIỀU TRỊ SỐC NHIỄM KHUẨN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC - BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG

Phạm Ngọc Kiều, Nguyễn Huỳnh Bích Phượng,  
Nguyễn Phú Quốc, Trần Ngọc Trâm

## TÓM TẮT

**Mở đầu:** Nhiễm khuẩn huyết (NKH) và sốc nhiễm khuẩn (SNK) là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở bệnh nhân khoa Hồi sức tích cực, mặc dù đã điều trị đúng theo phác đồ nhưng tỷ lệ tử vong vẫn còn cao. Lọc máu liên tục được xem xét như là một phương pháp mang lại kết quả khả quan có thể giảm nhanh tình trạng bệnh và giảm được tỷ lệ tử vong.

**Phương pháp:** Phương pháp tiền cứu, Bệnh nhân vào khoa ICU được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết hoặc sốc nhiễm trùng, làm các xét nghiệm thường quy, đo nồng độ các chất gây viêm Interleukin-6, các marker phản ánh viêm CRP, Procalcitonin, đánh giá độ nặng bằng thang điểm SOFA, APACHE II. Kết quả được so sánh lúc nhập (T0) và lúc rời khoa ICU (T1).

**Kết quả:** Từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 08 năm 2023 có 41 bệnh nhân đủ điều kiện đưa vào nghiên cứu, tỷ lệ nữ/nam 21/20. Tuổi trung bình  $58,78 \pm 13,37$ . Nồng độ các chất cytokin, các chất gây viêm, lactate, CRP, procalcitonin, creatinin, thang điểm SOFA và APACHE II giảm có ý nghĩa thống kê tại thời điểm T0 so với T1. Tỷ lệ tử vong là 31,7% so với tỷ lệ 40-60% khi điều trị thông thường [10,11]. Thời gian nằm khoa Hồi sức trung bình là  $6,41 \pm 2,73$  ngày.

**Kết luận:** Lọc máu liên tục có hiệu quả trong điều trị nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn. Do đó, cần tiến hành sớm ở những bệnh nhân có chỉ định, góp phần giảm tỷ lệ tử vong và thời gian nằm ICU.

## SUMMARY

### EFFICACY OF CONTINUOUS RENAL REPLACEMENT THERAPY IN THE TREATMENT OF SEPTIC SHOCK AT THE ICU DEPARTMENT OF AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL

**Introduction:** Sepsis and septic shock are the leading causes of death in patients in the Intensive Care Unit. Even though the treatment regimen is correct, the death rate is still high. Continuous Renal Replacement Therapy (CRRT) is considered a method that brings positive results that can quickly reduce disease conditions and reduce mortality rates.

**Methods:** Prospective method, patients admitted to the ICU are diagnosed with sepsis or septic shock, routine tests are performed, measuring the concentration of inflammatory substances Interleukin 6, markers reflecting inflammation CRP, Procalcitonin, Assess severity using SOFA and APACHE II scales. Results were compared at admission (T0) and at discharge from the ICU (T1).

**Results:** From January 2023 to August 2023, there were 41 patients eligible for inclusion in the study, female / male ratio 21/20. Average age  $58.78 \pm 13.37$ . Concentrations of cytokines, inflammatory substances, lactate, CRP, procalcitonin, creatinine, SOFA and APACHE II scores decreased statistically significantly at T0 compared to T1. The mortality rate is 31.7% compared to 40-60% with conventional treatment [10,11]. The average length of stay in the Intensive Care Department was  $6.41 \pm 2.73$  days.

**Conclusion:** Continuous Renal Replacement Therapy is effective in treating sepsis and septic shock. Therefore, it is necessary to proceed early in patients with indications, contributing to reducing mortality and ICU stay.

**Từ khóa:** Nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, lọc máu liên tục.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết là tình trạng rối loạn chức năng cơ quan đe dọa tính mạng do bệnh nhân bị rối loạn điều hòa đáp ứng miễn dịch đối với tình trạng nhiễm trùng, là nguyên nhân hàng đầu gây tổn thương thận cấp tính (AKI) và yêu cầu phải thay thận trị liệu ở đơn vị chăm sóc đặc biệt (ICU). Trong sốc nhiễm khuẩn, bệnh nhân bị rối loạn đáp ứng với các mầm bệnh truyền nhiễm dẫn đến đôn con bão cytokine, với việc sản xuất và giải phóng không kiểm soát

các chất trung gian dẫn đến tổn thương tế bào, thúc đẩy sự phát triển tình trạng suy đa cơ quan từ đó làm gia tăng tỷ lệ tử vong.

Nhiễm khuẩn huyết (NKH) và sốc nhiễm khuẩn (SNK) 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. Cơ chế bệnh sinh của NKH 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...[3],[7]. Diễn tiến từ NKH trở thành NKH nặng, sốc nhiễm khuẩn (SNK), sốc không hồi phục, suy đa tạng và tử vong nhiều khi tiến triển rất nhanh. 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 có khả năng loại bỏ các cytokine, do đó cắt được vòng xoắn bệnh lý gây NKH và suy đa tạng, làm giảm tỉ lệ tử vong [1], [5]. Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu về hiệu quả của LMLT đã được tiến hành ở bệnh viện Chợ Rẫy và bệnh viện Bạch Mai. Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang đã triển khai trong nhiều năm nhưng chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả của LMLT trong lâm sàng. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài: “Nghiên cứu hiệu quả lọc máu liên tục trong điều trị sốc nhiễm khuẩn tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang”.

Mục tiêu nghiên cứu

Đánh giá hiệu quả lọc máu liên tục bằng lâm sàng, cận lâm sàng và các thang điểm SOFA, APACHE II ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn.

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Phương pháp nghiên cứu:

Mô tả tiến cứu.

### 2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chọn bệnh: Theo tiêu chuẩn chẩn đoán NKH của Hội nghị quốc tế đồng thuận về NKH năm 2016 (Sepsis-3). Cập nhật năm 2022

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân dưới 16 tuổi, sốc kháng trị, bệnh nhân có các bệnh mạn tính giai đoạn cuối, người thân của bệnh nhân không đồng ý cũng như không có điều kiện để LMLT.

Các biến số nghiên cứu:

Các đặc điểm chung: tuổi, giới, nguồn gốc nhiễm trùng.

Hiệu quả của LMLT: đánh giá các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng (các marker viêm, nhiễm trùng, creatinin, lactate...) và thang điểm SOFA, APACHE II ngay trước khi LMLT (T0), thời điểm 48h (hoặc khi kết thúc lọc máu) (T1).

Cỡ mẫu: Thuận tiện trong quá trình nghiên cứu.

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

Cách tiến hành:

+ Bệnh nhân vào Khoa HS được chẩn đoán Nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội nghị quốc tế đồng thuận năm 2016 (Sepsis-3). Cập nhật năm 2022.

+ Điều trị cơ bản theo phác đồ.

+ Lọc máu liên tục theo chỉ định.

+ Kiểm tra các chỉ số cận lâm sàng mỗi 24 giờ, đánh giá thang điểm SOFA, APACHE II ngay trước khi LMLT (T0) và thời điểm khi kết thúc quá trình lọc máu (T1).

- Đo lường các biến:

Các biến định lượng được trình bày theo giá trị trung bình và độ lệch chuẩn ( $\bar{X} \pm SD$ ), sử dụng các test tham số (t-test, ANOVA test) cho biến phân bố chuẩn và các test phi tham số như bách phân vị, Friedman, Cochran, Mann-Whitney... cho các biến phân bố không chuẩn. Các biến định tính được trình bày theo tỷ lệ phần trăm (%), sử dụng test  $\chi^2$  hoặc Fisher's exact test để kiểm định. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$

Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 26

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ năm tháng 01/2023 đến 08/2023, có 41 bệnh nhân nhập khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang đủ tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu.

#### 3.1. Đặc điểm chung

Trong số 41 bệnh nhân đủ điều kiện lọc máu, giới nữ: 21, nam: 20; tuổi trung bình  $58,78 \pm 13,37$  tuổi, tỷ lệ tử vong 31,7%, thời gian nằm khoa Hồi sức trung bình là  $6,41 \pm 2,73$

**Bảng 1: Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu**

STT	Thông số	TB $\pm$ SD
1	Tuổi	$58,78 \pm 13,37$
2	Nữ / Nam	21/20
3	Điểm Glasgow	$10,76 \pm 4,0$
4	Mạch	$113,05 \pm 1,2$
5	HATT	$77,15 \pm 8,9$
6	Nhiệt độ	$38,38 \pm 0,7$
7	Nhịp thở	$27,76 \pm 5,34$
8	Bạch cầu	$21,35 \pm 6,06$
9	SOFA	$11,9 \pm 1,62$
10	APACHE II	$25,73 \pm 3,7$
11	CRP	$230,87 \pm 129,71$
12	Procalcitonin	$51,25 \pm 39,94$
13	GFR	$35,86 \pm 25,53$
14	Lactate	$7,89 \pm 4,46$
15	pH	$7,2 \pm 0,15$
16	IL-6	$2562,51 \pm 1123,26$
17	D-dimer	$6156,87 \pm 5184,94$
18	Tỷ lệ tử vong	31,7%
19	Thời gian nằm ICU (ngày)	$6,41 \pm 2,73$

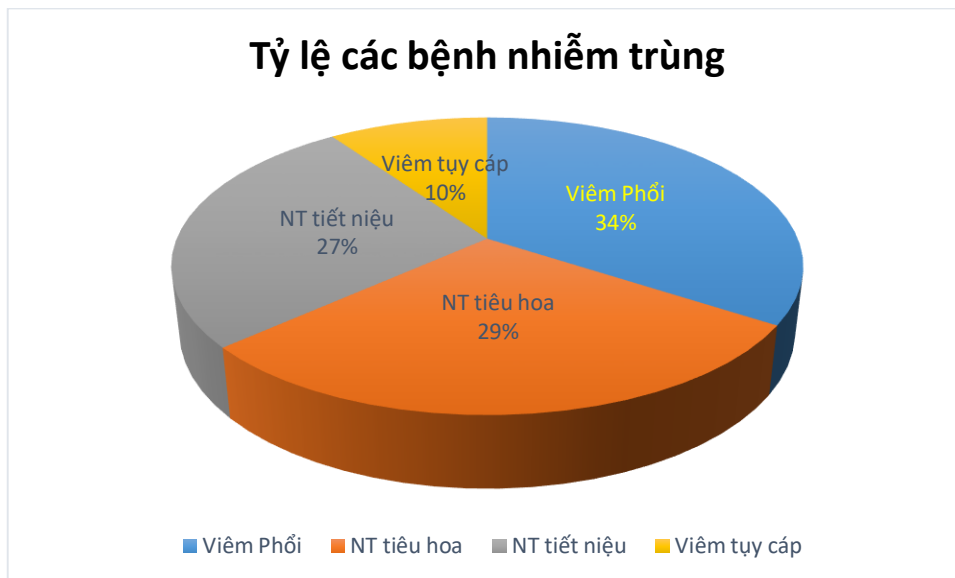
**Nhận xét:** các chỉ số lâm sàng đều ở mức độ nặng lúc vào viện

#### 3.2. Nguồn gốc nhiễm trùng

**Bảng 2: Nguồn gốc nhiễm trùng**

STT	Bệnh nguyên	Số lượng	Tỷ lệ %
1	Viêm phổi	14	31,1
2	Nhiễm trùng đường ruột	12	29,3
3	Nhiễm trùng tiết niệu	11	26,8
5	Viêm tụy cấp	4	9,8
	Tổng	41	100

**Nhận xét:** Đúng đầu là bệnh phổi, kế đến nhiễm trùng tiêu hóa, tiết niệu...



**Sơ đồ 1: Tỷ lệ các bệnh nhiễm trùng**

### 3.3. Đánh giá hiệu quả của lọc máu liên tục

**Bảng 3: Hiệu quả lọc máu**

Thông số	Trước lọc TB ± SD	Sau lọc TB ± SD	p
Điểm GCS	9,76 ± 4,07	11,90 ± 3,1	0,00
HATB(mmHg)	52,05 ± 8,35	70,98 ± 30,82	0,00
CRP	232,12 ± 121,36	181,23 ± 57,42	0,00
Procalcitonin	84,71 ± 26,41	6,08 ± 4,61	0,00
Lactate	12,33 ± 6,69	2,18 ± 0,14	0,00
IL-6	2562,51 ± 1123,26	21,59 ± 13,65	0,00
D-dimer	16115,33 ± 7405,67	7598,66 ± 6451,42	0,00
GFR	26,54 ± 24,56	58,53 ± 43,67	0,00
SOFA	12,01 ± 1,73	3,97 ± 0,98	0,00
APACHE II	26,67 ± 5,50	9,33 ± 1,52	0,00

**Nhận xét:** Các chỉ số trước lọc và sau lọc máu đều giảm có ý nghĩa thống kê

### 3.4. So sánh giữa hai nhóm

**Bảng 4: So sánh các chỉ số giữa hai nhóm**

Thông số	Thời điểm	Chung (n = 41)	Sống (n=28)	Tử vong (n=13)	p
IL-6	T0	2562,51±1123,26	644,99 ±126,56	3545,12±2276,45	0,001
	T1	21,59±13,65	29,48 ±28,67	1875,24± 1118,12	0,003
Lactate	T0	12,33± 6,69	7,13± 3,92	9,53 ± 5,25	0,11
	T1	2,18± 0,14	1,96± 0,53	4,31 ± 3,15	0,03
pH	T0	7,23± 0,05	7,24± 0,1	7,12± 0,2	0,02
	T1	7,31± 0,03	7,35± 0,04	7,32± 0,03	0,01
SOFA	T0	12,01 ± 1,73	11,5±1,57	12,77 ± 1,42	0,01
	T1	3,97 ± 0,98	3,96 ± 1,26	9,15 ± 3,48	0,00
APACHE II	T0	26,67 ± 5,50	25,25 ± 3,6	26,77± 3,87	0,22
	T1	9,33 ±1,52	9,14± 2,25	18,54± 3,77	0,00

**Nhận xét:** Các chỉ số IL-6, Lactate, pH, điểm SOFA, APACHE II ở nhóm bệnh nhân sống thấp cải thiện tốt hơn nhóm bệnh nhân tử vong, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung

Tuổi và giới: Trong nghiên cứu của chúng tôi, giới nam và nữ tương đương nhau 20/21, tuổi trung bình là  $58,78 \pm 13,37$ . Kết quả này tương đồng với Nguyễn Gia Bình ( $55,7 \pm 16,29$  tuổi) [1], thấp hơn của Mayummy ( $63,4 \pm 14,3$  tuổi) [7], nhưng cao hơn so với Lê Thị Diễm Tuyết ( $46,2 \pm 12,88$  tuổi) [4].

### 4.2. Nguồn gốc bệnh:

Nhiễm khuẩn từ hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất 34% kể đến là đường tiêu hóa 29% , tiết niệu 27% và viêm tụy cấp là 10%. Kết quả của chúng tôi có khác so với các tác giả khác. Theo Lê Thị Diễm Tuyết, nhiễm khuẩn tiêu hóa và viêm tụy cấp chiếm tỷ lệ 41%, nhiễm khuẩn hô hấp chiếm tỷ lệ 25,5% [4]. Theo Phạm Thị Ngọc Thảo, nhiễm khuẩn tiêu hóa từ đường tiêu hóa chiếm 56,1%, nhiễm khuẩn từ đường hô hấp chiếm 21,1% [2]. Có thể do đặc điểm của từng địa phương.

### 4.3. Đánh giá hiệu quả của lọc máu liên tục

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  $9,76 \pm 4,07$  điểm, sau lọc  $11,90 \pm 3,1$  điểm sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  và huyết áp trung bình trước lọc là  $52,05 \pm 8,35$ mmHg sau lọc  $70,98 \pm 30,82$ 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...

Về cận lâm sàng: 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 ở nhóm sống và ít giảm ở nhóm tử vong tương tự tác giả Phạm Thị Ngọc Thảo [2]. Các chất phản ánh tình trạng viêm nhiễm như CRP, procalcitonin, D-dimer và độ lọc cầu thận giảm mạnh trong quá trình LMLT, giảm nhanh ở nhóm bệnh nhân còn sống so với nhóm tử vong. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của Lê Thị Diễm Tuyết [4], Bùi Mạnh Hùng [5], Uchino S [9] và Koji Goto [13].

Nồng độ lactate máu giảm trong quá trình LMLT, giảm có ý nghĩa thống kê ở nhóm bệnh nhân còn sống, thay đổi không nhiều ở nhóm bệnh nhân tử vong. Kết quả của chúng tôi tương tự với

nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Quan điểm trước đây người ta cho rằng lactate là một chỉ số quan trọng giúp xác định tình trạng tưới máu và oxy hóa mô. Tuy nhiên nhiều cơ chế gây tăng lactate máu ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết được ghi nhận, đó là sự rối loạn chức năng ty lạp thể, ức chế men pyruvate dehydrogenase, bất tương xứng giữa cung cấp và tiêu thụ oxy mô, sự kích thích  $\beta$ -receptor gây tăng giải phóng lactate từ mô cơ. Ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết được LMLT, cơ chế làm giảm lactate vẫn chưa rõ, tuy nhiên nhiều nghiên cứu cho thấy giá trị tiên lượng tử vong cao của lactate [1], [5], [9].

Thang điểm SOFA và APACHE II trong quá trình lọc máu liên tục: giá trị thang điểm SOFA tại thời điểm T0 và T1 lần lượt là  $12,01 \pm 1,73$  và  $3,97 \pm 0,98$ . Thang điểm APACHE II tại thời điểm T0 và T1 lần lượt  $26,67 \pm 5,50$  và  $9,33 \pm 1,52$ . Sau quá trình lọc máu các chỉ số của hai thang điểm trên giảm có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Thay đổi nhiều ở nhóm sống, ít thay đổi ở nhóm bệnh nhân tử vong. Theo Nguyễn Gia Bình thang điểm SOFA giảm có ý nghĩa thống kê từ thời điểm 12h ở nhóm bệnh nhân sống [1]. Nghiên cứu của Lê Thị Diễm Tuyết, thang điểm SOFA tại thời điểm giờ thứ 36 và giờ thứ 72 ở nhóm bệnh nhân sống lần lượt là  $12,2 \pm 3,84$  và  $9,94 \pm 5,59$ ; sự khác biệt của thang điểm SOFA không có ý nghĩa ở nhóm bệnh nhân tử vong [4]. Tác giả Marshall nghiên cứu trên 303 bệnh nhân, thấy SOFA lúc vào viện có liên quan đến tử vong. SOFA càng tăng thì tử vong càng cao, cụ thể là tỷ lệ tử vong 25% với SOFA 9 - 12 điểm, 50% (13 - 16 điểm), 75% (17 - 20 điểm), 100% (> 20 điểm) [8].

#### **4.4. Kết quả điều trị**

Tất cả bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu đều có tình trạng sốc nhiễm khuẩn, tỷ lệ tử vong là 31,7%. Kết quả này thấp so với nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình, tỷ lệ tử vong chung là 49,3% [1]. Trần Ngọc Tuấn nghiên cứu 81 bệnh nhân bỏng NKH và SNK cũng cho kết quả tương tự, tỷ lệ tử vong ở nhóm được LMLT giảm còn 38,71% so với nhóm chứng không được LMLT là 87,5% [3].

#### **V.KẾT LUẬN**

Lọc máu liên tục có hiệu quả tốt trong điều trị nhiễm khuẩn huyết có huyết động không ổn định đặc biệt là sốc nhiễm khuẩn. 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 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. Vì vậy cần tiến hành lọc máu sớm ở những bệnh nhân này khi có chỉ định, góp phần giảm tỷ lệ tử vong và thời gian nằm ở ICU.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Gia Bình (2018), Nghiên cứu ứng dụng một số kỹ thuật lọc máu hiện đại trong cấp cứu điều trị một số bệnh, Đề tài cấp Nhà nước, tr. 240 - 241.
2. Phạm Thị Ngọc Thảo (2017), Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị tiên lượng của một số cytokine trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết nặng, Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, tr. 47 - 74.
3. Trần Ngọc Tuấn, Lê Thế Trung (2018), “Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật lọc máu liên tục điều trị bệnh nhân bồng nhiễm độc nhiễm khuẩn nặng”, *Tạp chí thông tin Y dược*, Số chuyên đề bồng, tr. 57 - 60.
4. Lê Thị Diễm Tuyết, Trần Minh Tuấn, Nguyễn Gia Bình (2017), “Đánh giá tác dụng của lọc máu liên tục trong điều trị suy đa tạng tại khoa Điều trị tích cực - Bệnh viện Bạch Mai”, *Y học Lâm sàng*, (4), tr. 39 - 43.
5. Bùi Mạnh Hùng, Nguyễn Thái Thuận (2019), “Nghiên cứu hiệu quả lọc máu liên tục trong điều trị nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Trung ương Huế”. *Tạp chí Y Học lâm sàng* số 58/2019.
6. Honore P.M., Jacobs R., De Waele E. et al (2018), “Biomarkers of inflammation during continuous renal replacement therapy: sensors, players, or targets? A reply to the letter by Villa et al”, *Blood Purif*, 38 (2), pp. 102 - 103.
7. Mayumi K., Yamashita T., Hamasaki Y. et al (2016), “Impact Of Continuous Renal Replacement Therapy Intensity On Septic Acute Kidney Injury”, *Shock*, 45 (2), pp. 133 - 138.
8. Marshall J.C., Cook D.J., Christou N.V. et al (2018), “Multiple organ dysfunction score: a reliable descriptor of a complex clinical outcome”, *Crit Care Med*, 23 (10), pp. 1638 - 1652.
9. Uchino S., Bellomo R., Morimatsu H., et al, (2021), “Continuous renal replacement therapy: a worldwide practice survey. The beginning and ending supportive therapy for the kidney (B.E.S.T. kidney) investigators”, *Intensive Care Med*, 33 (9), pp. 1563 - 1570.
10. Shankar-Hari, M.; Harrison, D.; Rubenfeld, G.; Rowan, K. Epidemiology of sepsis and septic shock in critical care units: Comparison between sepsis-2 and sepsis-3 populations using a national critical care database. *Br. J. Anaesth.* 2017, 119, 626–636. [CrossRef] [PubMed]
11. Laupland, K.B.; Zygun, D.A.; Doig, C.J.; Bagshaw, S.M.; Svenson, L.; Fick, G.H. One-year mortality of bloodstream infection-associated sepsis and septic shock among patients presenting to a regional critical care system. *Intensive Care Med.* 2016, 31, 213–219. [CrossRef]
12. Vincent, J.-L.; Jones, G.; David, S.; Olariu, E.; Cadwell, K.K. Frequency and mortality of septic shock in Europe and North America: A systematic review and meta-analysis. *Crit. Care* 2019, 23, 1–11. [CrossRef]
13. Koji Goto\*, Seigo Hidaka. Continuous Renal Replacement Therapy Improves Septic Shock in Patients Unresponsive to Early Goal-Directed Therapy. *Journal of Anesthesia & Clinical Research*. Volume 2 . Issue 9 . 2018. 1000161

# HIỆU QUẢ THAY HUYẾT TƯƠNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP DO TĂNG TRIGLYCERIDE TẠI KHOA ICU BVĐKTT AN GIANG

Đoàn Minh Trí, Lê Minh Tân,  
Nguyễn Ngọc Hải Uyên, Nguyễn Văn Tuấn

## TÓM TẮT

**Mở đầu:** Tăng triglycerid máu là nguyên nhân phổ biến thứ ba gây viêm tụy. Thay huyết tương là một phương pháp điều trị hiệu quả để giảm nhanh nồng độ triglycerid trong máu. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục đích xem xét hiệu quả của việc thay huyết tương như một lựa chọn điều trị cho bệnh viêm tụy cấp do tăng triglyceride máu, giảm tỷ lệ tử vong cũng như giảm thời gian nằm ở ICU.

Nghiên cứu hồi cứu, nồng độ triglycerid trong máu trước và sau khi thay huyết tương được so sánh. Thang điểm SOFA, Ranson và BISAP đã được thực hiện khi nhập ICU và sau khi thay huyết tương.

**Kết quả:** Từ 2021 đến 2022 có 20 bệnh nhân đủ điều kiện thay huyết tương, nam giới 85%, nữ 15%; tuổi trung bình  $38,90 \pm 6,7$  tuổi. Triglyceride đã giảm từ  $20,36 \pm 15,99$  mmol/L xuống  $5,59 \pm 2,71$  mmol/L trong lần thay huyết tương thứ nhất và xuống còn  $2,71 \pm 1,77$  mmol/L sau lần thay huyết tương thứ hai ( $p < 0,001$ ). Thời gian nằm viện ICU trung bình là  $4 \pm 2,2$  ngày. Tỷ lệ tử vong trong bệnh viện là 0%. Điểm SOFA đã giảm đáng kể từ  $7 \pm 1,5$  điểm khi nhập viện xuống  $2,29 \pm 0,8$  điểm khi chuyển trại ( $p < 0,001$ ). Điểm BISAP khi nhập viện là  $3,15 \pm 0,9$  điểm và  $2,9 \pm 0,8$  khi chuyển trại ( $p < 0,001$ ). Tiêu chí Ranson là  $3,15 \pm 0,7$  điểm khi nhập viện và  $1,8 \pm 0,6$  khi chuyển khoa ( $p < 0,001$ ).

**Kết luận:** Thay huyết tương cho bệnh nhân viêm tụy cấp do tăng triglycerid là phương pháp điều trị hiệu quả, nhanh chóng và an toàn, nồng độ triglyceride máu giảm nhanh trong lần lọc thứ nhất và trở về bình thường trong các lần lọc sau. Đồng thời phương pháp này còn cải thiện đáng kể kết quả lâm sàng của bệnh nhân.

## SUMMARY

### EFFICACY OF PLASMA EXCHANGE IN PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS DUE TO HYPERTRIGLYCERIDEMIA AT THE ICU DEPARTMENT OF AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL

**Introduction:** Hypertriglyceridemia is the third most common cause of acute pancreatitis. Plasma exchange is an effective treatment for reducing blood triglycerides rapidly. The aim of the study was to assess plasma exchange's effectiveness in treating hypertriglyceridemic acute pancreatitis, reducing mortality and decrease hospital stay.

**Methods:** A case report study, blood triglyceride levels before and after plasma exchange were compared. SOFA, Ranson, and BISAP scores were performed upon ICU admission and after plasmapheresis.

**Results:** From 2021 to 2022, there were 20 patients were eligible for plasma exchange, 85% men, 15% women; Average age  $38.90 \pm 6.7$  years old. Triglycerides decreased from  $20,36 \pm 15,99$  mmol/L to  $5.59 \pm 2.71$  mmol/L during the first plasma exchange and to  $2.71 \pm 1.77$  mmol/L after the second plasma exchange ( $p < 0.001$ ). The average ICU stay was  $4 \pm 2.2$  days. A hospital death was not reported. SOFA score decreased significantly from  $7 \pm 1.5$  points at admission to  $2.29 \pm 0.8$  points at the time of transferring the patient out of the ICU ( $p < 0.001$ ). BISAP score at admission was  $3.15 \pm 0.9$  points and  $2.9 \pm 0.8$  points at the time of transferring the patient out of the ICU ( $p < 0.001$ ). Ranson criteria were  $3.15 \pm 0.7$  points on admission and  $1.8 \pm 0.6$  at the time of transferring the patient out of the ICU ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** The treatment of acute hypertriglyceridemia-induced pancreatitis with plasma exchange is safe, effective, and fast. The level of blood triglycerides decreases rapidly during the first dialysis session and then returns to normal following subsequent sessions. Concurrently this method also significantly improves the clinical outcomes of patients.



## **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Viêm tụy cấp (VTC) là quá trình tổn thương cấp tính của tụy, bệnh thường xảy ra đột ngột với triệu chứng lâm sàng đa dạng, phức tạp từ viêm tụy cấp nhẹ thể phù nề đến viêm tụy cấp nặng thể hoại tử với các biến chứng suy đa tạng nặng nề, tỷ lệ tử vong cao. Tăng triglyceride (TG) máu là nguyên nhân phổ biến thứ ba gây viêm tụy cấp, sau sỏi và rượu, chiếm đến 10% trường hợp trong dân số chung, thường gặp ở nam, trung niên, có thói quen uống rượu [1],[6]. Nguyên nhân nguyên phát thường gặp nhất của tăng triglyceride máu nặng ở người trưởng thành là tăng triglyceride máu nặng có tính gia đình, một tình trạng di truyền nhiễm sắc thể trội với tỉ lệ hiện mắc từ 1-2% đến 5-10% dân số. Các nguyên nhân thứ phát của tăng triglyceride máu nặng có thể được phân loại theo “4-D”: Diseases, Diet, Disorder of Metabolism và Drugs. Tình trạng thường gặp nhất liên quan với tăng triglyceride máu là béo phì, đái tháo đường, lạm dụng rượu, thai kỳ. Khi có sự bất thường về cấu trúc lipoprotein và men lipoprotein lipase (LPL), làm cho nồng độ chylomicrons tăng cao trong máu. Khi lượng TG vượt quá 11mmol/L, chylomicrons hầu như hiện diện thường xuyên trong các mao mạch. Các phần tử tỷ trọng thấp này kích thích rất lớn gây tắc nghẽn các mao mạch tụy dẫn đến thiếu máu gây hoại tử và toan hóa máu. Trong môi trường acid, các acid béo tự do gây hoạt hóa trypsinogen dẫn đến quá trình “tự tiêu hóa” mô tụy gây nên viêm tụy cấp.

Mặc khác, nồng độ chylomicron tăng cao làm cho TG tiếp xúc với men lipase của tụy ở xung quanh tụy (men tụy thấm rỉ ra xung quanh) tạo thành acid béo tự do với nồng độ cao.

Sự thoái biến của TG thành các acid béo tự do với nồng độ cao sẽ dẫn đến tổn thương nhiễm độc tế bào tuyến tụy, gây thêm tổn thương tại chỗ, làm tăng các chất trung gian của phản ứng viêm và các gốc tự do, cuối cùng biểu hiện bằng viêm tụy.

Thay huyết tương (Therapeutic plasma exchange- TPE) là một kỹ thuật tách huyết tương sử dụng máy siêu lọc và màng lọc tách huyết tương thông qua vòng tuần hoàn ngoài cơ thể để tiến hành tách bỏ huyết tương có chứa thành phần gây bệnh có trọng lượng phân tử lớn trong huyết tương và đồng thời bù lại thể tích huyết tương đã bị loại bỏ bằng dung dịch điện giải, dung dịch keo, huyết tương tươi đông lạnh hoặc dung dịch albumin 4-5%.

Thay huyết tương được chứng minh hạ nồng độ triglyceride đáng kể và nhanh chóng, có thể bắt đầu trong vòng 48 giờ sau chẩn đoán, điều trị mỗi ngày trong 01 đến 03 ngày đến khi đạt mục tiêu nồng độ triglyceride. Mặc dù thay huyết tương hạ nhanh triglyceride nhưng đây là biện pháp đắt tiền nên số bệnh nhân có điều kiện kinh tế để thực hiện không nhiều. Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang là nơi đầu tiên trong Tỉnh làm kỹ thuật này, chúng tôi tổng kết trong hai năm 2021- 2022 để báo cáo.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định hiệu quả của việc thay huyết tương trên bệnh nhân viêm tụy cấp do tăng triglycerid máu.

## **II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Phương pháp nghiên cứu:**

Cắt ngang mô tả

### **2.2. Cơ mẫu:**

Thuận tiện trong quá trình nghiên cứu

### **2.3. Đối tượng nghiên cứu:**

Các bệnh nhân từ 16 tuổi vào Khoa HS được chẩn đoán viêm tụy cấp do tăng triglycerid máu.

### **2.4. Địa điểm:**

Khoa Hồi Súc tích cực. BVĐKTT An Giang.

### **2.5. Cách tiến hành:**

Bệnh nhân vào khoa ICU được chẩn đoán viêm tụy cấp theo tiêu chuẩn Atlanta sửa đổi năm 2012.

Lâm sàng: cơn đau bụng điển hình

+ Amylase máu tăng cao > 3 lần

+ Lipase máu tăng cao > 3 lần

+ Chụp cắt lớp vi tính: Hình ảnh viêm tụy cấp

+ Triglyceride máu > 11.3 mmol/L  
(Thay huyết tương được chỉ định khi TG > 11,3mmol/l (TG > 1000 mg/dl)).  
Đánh giá độ nặng bằng các thang điểm SOFA, SAPS II, Ranson. Triglycerid được đo khi nhập viện và sau mỗi lần thay huyết tương, ít nhất là 01 lần nhiều nhất là 03 lần.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Viêm tụy cấp do nguyên nhân khác: sỏi mật, giun chui ống mật, do chấn thương
- Bệnh nhân và người nhà không đồng ý lọc máu
- Bệnh nhân không đủ điều kiện thay huyết tương

### 2.6. Đo lường các biến

Các biến định lượng được trình bày theo giá trị trung bình và độ lệch chuẩn ( $\bar{X} \pm SD$ ), sử dụng các test tham số (t-test, ANOVA test) cho biến phân bố chuẩn và các test phi tham số như bách phân vị, Friedman, Cochran, Mann-Whitney... cho các biến phân bố không chuẩn. Các biến định tính được trình bày theo tỷ lệ phần trăm (%), sử dụng test  $\chi^2$  hoặc Fisher's exact test để kiểm định. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 26

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ năm 2021 đến 2022, có 20 bệnh nhân nhập khoa Hồi sức Tích cực, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang đủ tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu.

### 3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Trong số 20 bệnh nhân đủ điều kiện thay huyết tương, nam giới 85% nữ 15%; tuổi trung bình  $38,90 \pm 6,7$  tuổi, Không có bệnh nhân tử vong, thời gian nằm khoa Hồi sức trung bình là  $4 \pm 2,2$  ngày.

**Bảng 1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu**

Thông số	TB $\pm$ SD
Tuổi	$38,90 \pm 6,7$
Nam/ Nữ	85%
Điểm Glasgow	$13,65 \pm 2,3$
Mạch	$103,8 \pm 12,7$
HATT	$129,1 \pm 17,8$
Nhiệt độ	$37,1 \pm 1,5$
Amylase	$714 \pm 312$ UI/L
Lipase	$623 \pm 217$ UI/L
Tỷ lệ tử vong	0%
Thời gian nằm ICU (ngày)	$\pm 2,2$

### 3.2. Kết quả thay huyết tương

**Bảng 2. Kết quả nồng độ Triglycerid sau khi thay huyết tương.**

Triglycerid	TB $\pm$ SD	Trung vị	Minimum	Maximum
Lúc vào	$20,36 \pm 15,99$	13.79	11.50	70.82
PTE lần 1	$5,59 \pm 2,71$	4.98	1.13	10.80
PTE lần 2	$2,71 \pm 1,77$	2.36	1.02	6.98
p	0.000	0.000		

**Bảng 3. Kết quả nồng độ Cholesterol sau khi thay huyết tương.**

Cholesterol	TB±SD	Trung vị	Minimum	Maximum
Lúc vào	9,11± 5,34	6.54	5.6	23.72
PTE lần 1	6,75 ± 2,69	5.66	4.60	13.60
PTE lần 2	5,5 ± 0,6	5.26	4.96	6.89
p	0.000			

**Nhận xét:** Nồng độ Triglycerid và Cholesterol giảm sau mỗi lần lọc có ý nghĩa thống kê

### 3.3.Kết quả đánh giá độ nặng của VTC

**Bảng 3. Kết quả độ nặng của VTC**

Thời điểm	SOFA TB ± SD	BISAP TB ± SD	Ranson TB ± SD
Lúc nhập viện	7 ± 1,6	3,15± 0,98	3,15 ± 0,74
Chuyển trại	2,29 ± 0,8	1,8 ± 0,6	1,3 ± 0,47
p	<0,001	<0,001	<0,001

**Nhận xét:** các chỉ số SOFA, BISAP và Ranson giảm có ý nghĩa thống kê sau khi thay huyết tương.

## IV BÀN LUẬN

### 4.1 Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là nam giới chiếm 85%, nữ 15%, tuổi trung bình  $38,90 \pm 6,7$  đây là độ tuổi khá trẻ, tương đương với các tác giả của Nguyễn Gia Bình là  $40.3 \pm 9.8$  [2]; Nguyễn Hữu Nhượng là  $41 \pm 15$  [3], thấp hơn các tác giả như Tô Hoàng Dương  $62 \pm 17$  [5], Yuchen Wang là  $47 \pm 10$  [6], có thể do đặc điểm của từng nơi. Đa số có uống rượu 73,4%, béo phì rối loạn lipid máu 66,7%, đái tháo đường 54,5%

### 4.2 Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:

Về triệu chứng lâm sàng, tất cả 100% trường hợp bệnh nhân có đau bụng trên rốn; có buồn nôn 91.7%, nôn; 65.4%. Chướng bụng 99,2%, đau điểm sườn lưng 56.3%. Nhìn chung triệu chứng lâm sàng của viêm tụy cấp tăng triglycerid cũng giống như lâm sàng của viêm tụy cấp nói chung.

### 4.3 Về cận lâm sàng:

Nồng độ men Amylase lúc vào khoa:  $714 \pm 312$  UI/L; Lipase  $623 \pm 217$ UI/L, tất cả đều cao gấp 03 lần bình thường. Nồng độ Triglycerid trong nghiên cứu của chúng tôi là  $20,36 \pm 15,99$  mmol/l, cao nhất là 70,84mmol/l. Nồng độ Cholesterol:  $9,11 \pm 5,34$  mmol/L. Theo nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình khảo sát các bệnh nhân VTC tăng TG tại Bệnh viện Bạch Mai thì nồng độ TG là  $23,40 \pm 18,10$  mmol/l cao hơn của chúng tôi [2]. Sau thay huyết tương lần 1, nồng độ TG giảm xuống còn  $5,59 \pm 2,71$  mmol/l, sau lần 2 giảm tiếp là:  $2,71 \pm 1,77$ mmol/l. Sự giảm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.001$ . Nồng độ cholesterol trung bình chung trước lọc  $9,11 \pm 5,34$  mmol/l. Sau thay huyết tương lần 1, nồng độ cholesterol giảm xuống còn  $6.3 \pm 3.2$  mmol/l, sau lần 2 giảm tiếp là:  $5,5 \pm 0,6$  mmol/l có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.01$ . Về hình ảnh CT scanner, 45.9% tổn thương Baltaza mức C, 32,5% mức D và 21,6% ở mức E, kết quả này khác với kết quả của Nguyễn Gia Bình, tổn thương tụy thường ở mức độ nhẹ và vừa [2], tương đương với tác giả Lea U và Altay Kandemir [8],[9].

### 4.4. Về biến chứng:

Do tất cả bệnh nhân đều sử dụng Albumin pha vào dịch lọc nồng độ 5% để thay huyết tương nên không có bệnh nhân nào bị dị ứng hay tai biến. Tuy nhiên có 05 trường hợp (25%) bị hồng màng lọc phải thay ngay.

#### **4.5 Số lần thay huyết tương của chúng tôi:**

13 bệnh nhân (65%) thay 01 lần, 4 ca (20%) thay 02 lần và 03 ca (15%) thay 03 lần, không có ca nào thay trên 03 lần. Trong nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình thực hiện liệu pháp 42 BN. Phần lớn bệnh nhân thay huyết tương 01 lần lượng TG trở về bình thường, có 4 BN 2 lần, 2 BN thực hiện 3 lần [2].

4.6. Về cải thiện độ nặng của bệnh, thang điểm SOFA giảm từ  $7 \pm 1,6$  xuống còn  $2,29 \pm 0,8$  ( $p < 0,00$ ), điểm BISAP từ  $3,15 \pm 0,98$  xuống còn  $1,8 \pm 0,6$  ( $p < 0,00$ ); thang điểm Ranson cũng giảm từ  $3,15 \pm 0,74$  xuống còn  $1,3 \pm 0,47$  ( $p < 0,00$ ), tương đương tác giả Nguyễn Hữu Nhượng, điểm SOFA giảm từ  $8,3 \pm 3,93$  xuống còn  $3,0 \pm 2,69$  có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  [3]

#### **4.7. Kết quả điều trị:**

Tỷ lệ khỏi hoàn toàn là 100%, số ngày nằm ở ICU là  $4 \pm 2,2$  ngày, kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Nhượng cũng không ghi nhận trường hợp nào tử vong [3]. Giống với tác giả Lea U [8] và Altay Kandemir [9].

#### **V. KẾT LUẬN**

Thay huyết tương cho bệnh nhân viêm tụy cấp do tăng triglycerid là phương pháp điều trị hiệu quả, nhanh chóng và an toàn, bên cạnh nồng độ triglyceride máu giảm nhanh sau lọc, phương pháp này còn cải thiện đáng kể kết quả lâm sàng của bệnh nhân. Cần được triển khai rộng rãi và thường quy trong bệnh viện.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nguyễn Khánh Trạch (2003), “Viêm tụy cấp”, Bệnh học Nội khoa – dành cho đối tượng sau đại học tập 1, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 143 – 153
2. Nguyễn Gia Bình (2012), “ Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị viêm tụy cấp do tăng Triglyceride”, đề tài cơ sở - Bệnh viện Bạch Mai.
3. Nguyễn Hữu Nhượng (2018), “ Nhận xét kết quả thay huyết tương trong điều trị viêm tụy cấp tăng Triglycerid”, đề tài cơ sở - Bệnh viện 354.
4. Đỗ Thanh Hoà (2019), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả của liệu pháp thay huyết tương trong điều trị viêm tụy cấp do tăng triglycerid máu”, Luận văn tiến sĩ Y học – Viện nghiên cứu Y Dược lâm sàng BV 108
5. Tô Hoàng Dương 2021, “Nhận xét kết quả thay huyết tương trong phối hợp điều trị viêm tụy cấp do tăng triglycerid máu tại bệnh viện Hữu Nghị”. Tạp chí Y học Việt Nam số 508, tháng 11, số 01- 2021.
6. Yuchen Wang (2018), “Assessment of the Effects of Plasmapheresis on patients with Hypertriglyceridemia -induced Acute Pancreatitis”, Pancreatic Disorders and Therapy, DOI: 10.4172/2165-7092.1000192
7. Machicado JD, Gougol A, Tan X, Gao X, Paragomi P, Pothoulakis I. Mortality in acute pancreatitis with persistent organ failure is determined by the number, type, and sequence of organ systems affected. United European Gastroenterol J. 2021 Mar;9(2):13949.
8. Lea U, Krauß Andreas-M, Brosig 2023. Therapeutic Plasma Exchange in ICU Patients with Acute Hypertriglyceridemia-Induced Pancreatitis Improves Patient Outcomes. Published by S. Karger AG, Basel.
9. Altay Kandemir. Therapeutic plasma exchange for hypertriglyceridemia induced acute pancreatitis: the 33 cases experience from a tertiary reference center in Turkey. Copyright 2018 by The Turkish Society of Gastroenterology.

# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI ỐNG MẬT CHỦ BẰNG NỘI SOI MẬT TUY NGƯỢC DÒNG (ERCP) TẠI BVĐKTT AN GIANG 2023

Nguyễn Tấn Thành, Huỳnh Tuyên Khanh  
Nguyễn Thị Hữu Ngọc, Bùi Ngọc Đăng Khoa

## TÓM TẮT

**Mở đầu:** Bệnh lý đường mật khá phổ biến ở nước ta và thường gặp nhất là sỏi ống mật chủ (OMC). Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) là phương pháp điều trị được ưu tiên hàng đầu trong điều trị các bệnh lý đường mật - tụy. Kỹ thuật lấy sỏi bằng nội soi mật tụy ngược dòng đã góp phần điều trị thành công bệnh lý sỏi ống mật chủ, giúp bệnh nhân tránh được phẫu thuật, giảm thời gian nằm viện và giảm chi phí điều trị.

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả điều trị sỏi ống mật chủ bằng nội soi mật tụy ngược dòng.

**Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

**Kết quả:** Trong thời gian từ tháng 1/2023 đến tháng 8/2023 tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang đã thực hiện được cho 100 bệnh nhân can thiệp ERCP lấy sỏi ống mật chủ. Tuổi trung bình  $61.9 \pm 17$ , thấp nhất 22 tuổi, cao nhất 103 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ 1/2. Tỷ lệ thành công 93%. Tỷ lệ biến chứng viêm tụy cấp 9%, biến chứng chảy máu 5%, thủng tá tràng 0%. Không có bệnh nhân tử vong.

**Kết luận:** Ngày nay điều trị sỏi ống mật chủ bằng phương pháp ERCP đạt được hiệu quả cao và ít xâm lấn.

## ABSTRACT

**Background:** Biliary tract stones disease is very common in Vietnam and the most common disease is common bile duct stones (choledocholithiasis). ERCP is a primary modality for management of pancreatobiliary disorders. The biliary stones extraction technique by ERCP has successfully treated common bile duct stone patients without surgery; reduction in the length of hospitalization and cost of care.

**Aims:** The objectives of our study were to evaluate the efficacy of ERCP in treatment choledocholithiasis.

**Methods:** Cross sectional study

**Result:** From 1/2023 to 8/2023, we performed 100 ERCP to extract common bile duct stone at An Giang General Hospital. The mean age was  $61.9 \pm 17$ . Male /Female ration 1/2. The success rate was 93%. the post-ERCP acute pancreatitis rate was 9%, upper gastrointestinal bleeding 5%. There was no duodenal perforation and no death.

**Conclusion:** Nowadays, the common bile duct stone extraction technique by ERCP is a non – invasive, effective, safety procedure for treatment choledocholithiasis.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi ống mật chủ (OMC) là một bệnh lý tương đối thường gặp với tỷ lệ mắc 10-20% ở bệnh nhân sỏi mật. Bệnh lý này cũng liên quan đến các biến chứng nghiêm trọng, bao gồm vàng da tắc mật, viêm đường mật cấp tính và viêm tụy cấp. Chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời là điều quan trọng nhất trong điều trị sỏi OMC

Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) là phương pháp điều trị được ưu tiên hàng đầu trong điều trị các bệnh lý đường mật - tụy như sỏi ống mật chủ (OMC), viêm tụy cấp do sỏi, u đường mật, u đầu tụy và có giá trị cao trong chẩn đoán bệnh lý ác tính tụy đặc biệt là ung thư nhú tá lớn [5]. ERCP đạt được hiệu quả cao trong những trường hợp bệnh nhân lớn tuổi, khi mổ hở là quá nặng nề thì ERCP là một lựa chọn ưu tiên [7]. ERCP cũng có nhiều lợi ích: Bệnh nhân không đau nhiều, thời gian nằm viện ngắn, chi phí điều trị giảm xuống [5]. ERCP là một thủ thuật phức tạp, bên cạnh những lợi ích thì thủ thuật này cũng có những biến chứng như: Viêm tụy cấp (4-11%), chảy máu (2-3%), thủng tá tràng (0,1-1%), tử vong (0,1-1%) [5,9]. Nhưng đối với một nhà nội soi nhiều kinh nghiệm thì thủ thuật này rất hiệu quả và an toàn trong việc giải áp đường mật và đường tụy.

Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang đã thực hiện kỹ thuật ERCP từ tháng 7/2016 đến nay. Chúng tôi làm đề tài này nhằm đánh giá hiệu quả điều trị sỏi OMC bằng ERCP. Từ đó rút ra

được những kinh nghiệm, giảm tỷ lệ các biến chứng, tỷ lệ tử vong, tăng tỷ lệ thành công và có nhiều phát triển trong tương lai.

Mục tiêu nghiên cứu

Mục tiêu chuyên biệt:

- Xác định tỷ lệ thành công của ERCP
- Xác định tỷ lệ các biến chứng

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1. Thiết kế:**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

### **2. Đối tượng nghiên cứu:**

Bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh lý sỏi OMC có chỉ định làm ERCP thời gian từ 1/2023 – 8/2023

### **3. Tiêu chuẩn chọn bệnh:**

Có triệu chứng lâm sàng và 2 trong 3 cận lâm sàng:

- Tam chứng Charcot.
- Có kết quả siêu âm hoặc CTscan thấy sỏi OMC,
- Có kết quả siêu âm hoặc CTscan dẫn OMC.
- Sinh hóa máu: Bilirubine tăng, Amylase tăng[11,12].

### **4. Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Có bệnh lý vùng hầu - họng, vẹo cột sống ngực, túi thừa thực quản lớn Zenker, hẹp thực quản, hẹp tâm vị, hẹp môn vị.

- Bệnh nhân đã mổ sỏi mật bằng phương pháp nội OMC - hồng tràng
- Bệnh nhân đã mổ cắt đoạn dạ dày nối kiểu Billroth II hay Roux-En Y
- Rối loạn đông máu rất nặng nhưng chưa được điều chỉnh.
- Bệnh nhân <15 tuổi
- Bệnh nhân có sỏi OMC to,  $\text{đk} > 25\text{mm}$ .
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### **5. Thống kê**

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0

Tính trung bình và độ lệch chuẩn; kiểm định T...

## **III. KẾT QUẢ**

### **1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu:**

Trong thời gian từ tháng 1/2023-8/2023 tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang đã thực hiện được cho 100 bệnh nhân can thiệp ERCP lấy sỏi ống mật chủ. Tuổi trung bình  $61.9 \pm 15$  đa số bệnh nhân ở độ tuổi trung niên, thấp nhất 22t, cao nhất 103t. Sò bệnh nhân nữ nhiều gấp đôi bệnh nhân nam.

**Bảng 1: phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi và giới**

Tổng số bệnh nhân	100
Tuổi	$61.9 \pm 17$
Tỷ số nam / nữ	33/67

### **2. Cận lâm sàng**

Các trường hợp bạch cầu đều tăng trung bình là 11,4 k/ml  
Bệnh nhân đều có tình trạng tắc mật: Bilirubin TP, Bilirubin TT tăng cao.  
Amylase, Lipase đều tăng.

Siêu âm ổ bụng + Ctscan ổ bụng có 84 % trường hợp là có sỏi OMC + dẫn đường mật và 16 % trường hợp là có dẫn đường mật trong và ngoài gan, điều này phù hợp chỉ định ERCP.

**Bảng 2: cận lâm sàng**

Xét nghiệm	
Bilirubin TP	58 (3-433) umol/L
Bilirubin TT	43( 1-324) umol/L
Amylase	57 (12-3449) U/L
Lipase	399 (14-3949) U/L
Bạch cầu	11.4 ± 4 k/ml
Siêu âm + CT	
Sỏi OMC+ Dẫn đường mật	84/100 (84%)
Dẫn đường mật trong và ngoài gan	16/100 (16%)

**3. Tiền sử bệnh**

Nghiên cứu của chúng tôi thì bệnh nhân có tiền sử tiểu đường là 19%, tiền sử tim mạch là 50 %, tiền sử xơ gan 7%

**4. Phân loại các biến chứng**

Trong các biến chứng thì biến chứng viêm tụy cấp là gặp nhiều nhất (9%) tiếp đến là chảy máu khi cắt cơ vòng (5%) . Thủng tá tràng và tử vong chiếm tỉ lệ thấp nhất nhưng là biến chứng nặng nề nhất. Nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp thủng tá tràng và không có trường hợp tử vong

**Bảng 3: Các biến chứng sau khi làm ERCP**

Biến chứng	Tỷ lệ
Viêm tụy cấp	9 %
Chảy máu	5 %
Thủng tá tràng	0
Tử vong	0

**5. Kết quả điều trị ERCP**

Nghiên cứu của chúng tôi đã thực hiện thành công 93 ca chiếm 93% và có 74% trong số đó được lấy sạch sỏi trong lần làm ERCP đầu tiên. Kích thước sỏi từ trung bình 10mm (5-25). Thời gian trung bình thực hiện 1 ca là 41 phút (20-135). Số ngày nằm viện sau khi làm ERCP là 5 ± 2 ngày.

**IV. BÀN LUẬN**

Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi và giới tính thấp hơn tác giả Riesco-López JM tuổi trung bình 72t (25-103) [9] và tương tự với các nghiên cứu của Ahmed Moiz là 59 ± 19 [6], tác giả Đào Xuân Cường là 60t [4] và của tác giả Tạ Văn Ngọc Đức là 58t± 17 [1].

Tỷ lệ thành công của chúng tôi 93% là khá cao. Tỷ lệ lấy sạch sỏi lần đầu là 74%. Kết quả này khá cao phù hợp với nghiên cứu của Tạ Văn Ngọc Đức là 96,9%, nghiên cứu của Đào xuân cường là 92 %, nghiên cứu của Riesco-López là 89 % . [9].

Lâm sàng bệnh nhân cải thiện tốt sau khi can thiệp. Tình trạng tắc mật Bilirubin trực tiếp giảm rõ rệt có ý nghĩa thống kê.

Về biến chứng của chúng tôi tương tự các nghiên cứu của Riesco-López là viêm tụy cấp 11%, chảy máu 3%, tử vong 1%, thủng 0,1% [9] và theo nghiên cứu của Tạ Văn Ngọc Đức chỉ có 2 ca viêm tụy cấp. Còn theo tác giả Đào Xuân Cường biến chứng chảy máu là 12% và cũng không có thủng và không có tử vong.Theo nghiên cứu của chúng tôi các trường hợp viêm tụy cấp sau làm ERCP đều gặp ở bệnh nhân có sỏi kt>14mm.

Về thất bại trong nghiên cứu của chúng tôi là khi tiến hành làm thủ thuật không là thông được vào nhú, cấu trúc giải phẫu vùng D2 tá tràng bị biến dạng, túi thừa to cạnh nhú tá lớn, nên thông nhú thất bại. Từ thất bại chúng tôi nhận thấy khi bắt đầu triển khai kỹ thuật ERCP nên cho bệnh nhân soi dạ dày tá tràng kiểm tra trước khi làm thủ thuật nhất là ở các bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật liên quan đến đường mật, dạ dày, đại tràng góc gan và phải khai thác kỹ bệnh sử có chỉ định đúng để làm ERCP.

#### IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này chúng tôi thấy rằng ERCP là thủ thuật đạt hiệu quả cao trong việc điều trị sỏi ống mật chủ, Đây là một phương pháp hiện đại, ít xâm lấn giúp bệnh nhân tránh được một cuộc mổ lớn, giảm thời gian nằm viện và giảm chi phí điều trị,

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tạ Văn Ngọc Đức, Nguyễn Ngọc Tuấn. Kết quả lấy sỏi đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng trong 4 năm tại Bệnh viện bình dân (06/2005 - 06/2009), (2010) Chuyên đề KHKT BV Bình Dân, Tập14, Số1,Trang:388
2. La Văn Phương. Đánh giá kết quả nội soi mật-tụy ngược dòng (ERCP) sớm trong điều trị sỏi ống mật chủ có biến chứng tại BVĐKTV Cần Thơ, (2012) Chuyên đề Nội Soi Tiêu Hóa, Tập16, Số 3, Trang 49
3. PGS.TS. Hà Văn Quyết (2006), Bài giảng bệnh học ngoại khoa- Trường đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, trang 84-90
4. Đào Xuân Cường (2015), Đánh giá hiệu quả của kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng trong điều trị cấp cứu sỏi đường mật có biến chứng , Nghiên cứu Y Học TP. Hồ Chí Minh ,Phụ Bản Tập 19, Số 5
5. Ahmed M<sup>1</sup>, Kanotra R<sup>2</sup>, Savani GT<sup>3</sup>, Kotadiya F<sup>4</sup>, Patel N<sup>5</sup>, Tareen S<sup>6</sup>, Fasullo MJ<sup>7</sup>, Kesavan M<sup>8</sup>, Kahn A<sup>8</sup>, Nalluri N<sup>1</sup>, Khan HM<sup>1</sup>, Pau D<sup>1</sup>, Abergel J<sup>8</sup>, Deeb L<sup>8</sup>, Andrawes S<sup>8</sup>, Das A<sup>9</sup>. Utilization trends in inpatient endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP): A cross-sectional US experience. *Endosc Int Open*. 2017 Apr;5(4):E261-E271.
6. Cotton PB, Lehman G, Vennes J, Geenen JE, Russell RC, Meyers WC, et al. Endoscopic sphincterotomy complications and their management: An attempt at consensus. *Gastrointest Endosc* 1991;37:383-93.
7. Garcia CJ<sup>1</sup>, Lopez OA<sup>1</sup>, Islam S<sup>2</sup>, Othman M<sup>1</sup>, Jia Y<sup>1</sup>, Mulla ZD<sup>1</sup>, Zuckerman MJ. Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography in the Elderly. *Am J Med Sci*. 2016 Jan;351(1):84-90.
8. Loperfido S, Angelini G, Benedetti G, Chilovi F, Costan F, De Berardinis F, et al. Major early complications from diagnostic and therapeutic ERCP: A prospective multicenter study. *Gastrointest Endosc* 1998;48:1-10.
9. Riesco-López JM, Vázquez-Romero M, Rizo-Pascual JM, Rivero-Fernández M, Manzano-Fernández R, González-Alonso R, Moya-Valverde E, Díaz-Sánchez A, Campos-Cantero R. Efficacy and safety of ERCP in a low-volume hospital. *Rev Esp Enferm Dig*. 2013 Feb;105(2):68-73.
10. Tonolini M<sup>1</sup>, Paganì A, Bianco R. Cross-sectional imaging of common and unusual complications after endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Insights Imaging*. 2015 Jun;6(3):323-38. doi: 10.1007/s13244-015-0393-1. Epub 2015 Feb 26
11. Costi R<sup>1</sup>, Gnocchi A<sup>1</sup>, Di Mario F<sup>1</sup>, Sarli L. Diagnosis and management of choledocholithiasis in the golden age of imaging, endoscopy and laparoscopy. *World J Gastroenterol*. 2014 Oct 7;20(37):13382-401.
12. Internal Clinical Guidelines Team (UK). Gallstone Disease: Diagnosis and Management of Cholelithiasis, Cholecystitis and Choledocholithiasis. NICE Clinical Guidelines, No. 188



# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG BẰNG NỘI SOI CAN THIỆP KẾT HỢP THUỐC ỨC CHẾ BƠM PROTON TẠI KHOA NỘI TIÊU HÓA HUYẾT HỌC NĂM 2023

Hồ Hiền Sang, Neang Reth Tha,  
Trần Thị Xuân Hương, Đào Thanh Ngọc

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày – tá tràng bằng phương pháp cầm máu qua nội soi kết hợp với PPI theo phác đồ. Phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày – tá tràng.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán xác định xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày-tá tràng và có chỉ định cầm máu qua nội soi tại khoa Nội tiêu hóa huyết học, nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $62 \pm 16$ . Tỷ lệ nam giới 84,48% mắc XHTH cao hơn rất nhiều so với nữ giới 15,52%. Vị trí ổ loét gặp nhiều nhất ở D1 tá tràng chiếm tỷ lệ 44,8%, ở hang vị chiếm tỷ lệ 25,9%, ở tâm vị chiếm tỷ lệ 20,7%. Chúng tôi sử dụng tiêm adrenalin cầm máu nhiều nhất với 55,25 %, kế đến là sử dụng clip cầm máu 27,6%. Nhiều trường hợp nặng phải kết hợp cả 2 phương pháp cầm máu chiếm 15,5%. Kết quả nghiên cứu nhận thấy tỷ lệ cầm máu thành công rất cao 96,6%. **Kết luận:** Xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày - tá tràng được điều trị bằng nội soi can thiệp cầm máu kết hợp thuốc ức chế bơm proton đạt hiệu quả rất cao 98,3%.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the results of treatment of gastrointestinal bleeding due to gastric and duodenal ulcers using endoscopic hemostasis combined with PPI according to the protocol. Analysis of some factors related to the effects of treatment of gastrointestinal bleeding due to gastric and duodenal ulcers.

**Methods:** All patients were diagnosed with gastrointestinal bleeding due to duodenal ulcers and were prescribed endoscopic hemostasis at the Department of Gastroenterology and Hematology, cross-sectional descriptive study.

**Results:** The average age of the study subjects was  $62 \pm 16$  years old. The rate of men, 84.48%, suffering from urinary bleeding was much higher than that of women, 15.52%. The most common ulcer location is in the first part of the duodenum, accounting for 44.8%, in the antrum, accounting for 25.9%, and in the cardia, accounting for 20.7%. We used adrenalin injection to stop bleeding the most, with 55.25%, followed by using the clip to stop bleeding at 27.6%. Many severe cases require combining both hemostatic methods, accounting for 15.5%. The study results showed that the successful hemostasis rate was very high, 96.6%.

**Conclusions:** Gastrointestinal bleeding due to gastric and duodenal ulcers is treated with endoscopic hemostatic intervention combined with proton pump inhibitors with a very high effectiveness of 98.3%.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày - tá tràng là một trong những cấp cứu nội, ngoại khoa, chiếm khoảng hơn 60% số bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa (XHTH) [8]. Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện do XHTH ở Việt Nam cũng như trên thế giới không hề giảm đi trong những năm gần đây mà còn tăng lên ở những nước có nền kinh tế đang phát triển. Tỷ lệ XHTH do loét dạ dày- tá tràng (DD-TT) tái phát sau điều trị từ 15- 20%, tỷ lệ tử vong dao động 3-14%. Mục tiêu điều trị XHTH do loét dạ dày tá tràng là kiểm soát tình trạng xuất huyết và phòng ngừa xuất huyết tái phát vì biến chứng và tử vong thường liên quan đến xuất huyết tái phát.

Nội soi cầm máu ổ loét dạ dày tá tràng đã được chứng minh là một biện pháp hiệu quả làm giảm tái xuất huyết cũng như làm giảm tỷ lệ phải phẫu thuật cầm máu và giảm tỷ lệ tử vong [7]. Tuy nhiên sau nội soi cầm máu thành công vẫn còn khoảng 15% đến 20% bệnh nhân xuất huyết tái phát. Ở Việt Nam, cùng với xu hướng chung trên thế giới, ức chế bơm proton luôn là nhóm thuốc được lựa chọn hàng đầu trong điều trị nội khoa xuất huyết do loét dạ dày tá tràng. Điều trị XHTH do loét dạ dày tá tràng hiện nay bao gồm: hồi sức tích cực, nội soi cầm máu

sớm và dùng thuốc ức chế bơm proton (PPI) truyền liên tục trong vòng 3 ngày đầu, sau đó uống PPI liên tục trong 4 tuần tiếp theo. Tại Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang hàng năm có một số lượng đáng kể bệnh nhân nhập viện do xuất huyết tiêu hóa, nội soi cầm máu đã được áp dụng nhiều năm nay. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Kết quả điều trị xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày - tá tràng bằng nội soi kết hợp thuốc ức chế bơm proton (PPI) theo phác đồ tại Khoa Nội Tiêu hóa Huyết học BV ĐKTT AG năm 2023, với các mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày – tá tràng bằng phương pháp cầm máu qua nội soi kết hợp với PPI. Phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày – tá tràng.

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán xác định xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày-tá tràng và có chỉ định cầm máu qua nội soi tại khoa Nội tiêu hóa huyết học. Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

\* Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân XHTH do loét dạ dày – tá tràng
- Nội soi dạ dày: có hình ảnh XHTH do loét dạ dày - tá tràng Forrests Ia, Ib, IIa, IIb
- Tuổi  $\geq 16$
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

\* Tiêu chuẩn loại trừ

- Những trường hợp không tiến hành nội soi được
- Bệnh ác tính, nội soi nghi ngờ ung thư dạ dày hoặc hẹp môn vị, hoặc loét DD-TT đã ngừng chảy máu (Forrest IIc, Forrest III)
- Bệnh nhân mắc bệnh máu, bệnh nhân xuất huyết do nguyên nhân khác
- Rối loạn đông máu nặng
- Có biến cố tim mạch trong vòng 3 tháng
- Có chỉ định ngoại khoa cấp cứu
- Bệnh nhân không tuân theo tiến trình điều trị

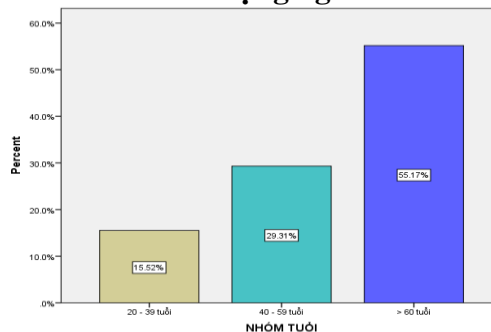
\* Thời gian nghiên cứu. Từ tháng 01/2023 đến tháng 08/2023

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 08/2023, tại Khoa Nội Tiêu hóa – Huyết học Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang có 58 bệnh nhân loét dạ dày tá tràng xuất huyết đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu, qua phân tích chúng tôi thu được kết quả như sau:

### 3.1 Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và kết quả điều trị

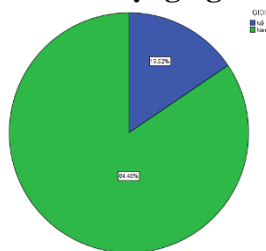
#### 3.1.1 Đặc điểm nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu



**Biểu đồ 1. Đặc điểm nhóm tuổi**

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $62 \pm 16$ . Tuổi nhỏ nhất là 32. Tuổi cao nhất là 91.

### 3.1.2 Đặc điểm giới tính của đối tượng nghiên cứu



**Biểu đồ 2. Đặc điểm giới tính**

**Nhận xét:** Tỷ lệ nam giới 84,48% mắc XHTH cao hơn rất nhiều so với nữ giới 15,52%.

### 3.1.3 Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng**

Triệu chứng lâm sàng	N = 58	Tỷ lệ %
Đau thượng vị	54	93,1
Buồn nôn	27	46,6
Nôn máu	22	37,9
Đi ngoài phân đen	57	98,3
Nôn máu + đi ngoài phân đen	22	37,9

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân có nôn máu và đi ngoài phân đen chiếm 37,9%. Bệnh nhân có đau thượng vị chiếm 93,1%.

### 3.1.4 Đặc điểm tiền sử của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 2. Đặc điểm tiền sử**

Tiền sử	N = 58	Tỷ lệ %
Nghiện rượu	4	6,9
Dùng thuốc NSAID	40	69
Xơ gan/ U gan	9	15,5
Khác	5	8,6

**Nhận xét:** Trong số đối tượng nghiên cứu, bệnh nhân có tiền sử sử dụng NSAID chiếm tỷ lệ cao nhất 69%. Số bệnh nhân nghiện rượu chiếm tỷ lệ 6,9%.

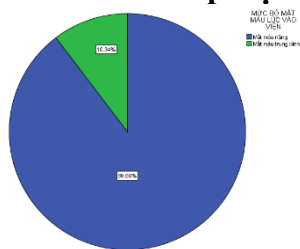
### 3.1.5 Đặc điểm về thời gian từ khi có triệu chứng đến khi nhập viện

**Bảng 3. Đặc điểm thời gian có triệu chứng bệnh đến khi nhập viện**

Thời gian	N = 58	Tỷ lệ %
< 24 giờ	25	43,1
24 – 72 giờ	15	25,9
> 72 giờ	18	31

**Nhận xét:** Thời gian từ khi có triệu chứng của xuất huyết tiêu hoá đến khi bệnh nhân đi khám trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi thường là trước 24 giờ chiếm tỷ lệ 43,1%, có 25,9% bệnh nhân đến khám trong khoảng thời gian từ 24 giờ đến 72 giờ, và có tới 31% bệnh nhân đến khám muộn sau 3 ngày.

### 3.1.6 Đặc điểm mức độ mất máu lúc nhập viện của đối tượng nghiên cứu



**Biểu đồ 3. Đặc điểm mức độ mất máu**

**Nhận xét:** Bệnh nhân mất máu nặng chiếm tỷ lệ 89,7%. Bệnh nhân mất máu trung bình chiếm tỷ lệ 10,3%.

### 3.1.7 Đặc điểm nội soi tổn thương dạ dày của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 4. Đặc điểm nội soi dạ dày**

Đặc điểm tổn thương		N = 58	%
Vị trí ổ loét	Tâm vị	12	20,7
	Bờ cong nhỏ	3	5,2
	Bờ cong lớn	1	1,7
	Hang vị	15	25,9
	D1 tá tràng	26	44,8
	Không xác định được	1	1,7
Kích thước ổ loét	Nhỏ nhất	6mm	
	To nhất	60mm	
	Trung bình	15mm	
Dịch dạ dày	Không có máu	8	13,8
	Có máu	50	86,2
Tổn thương phối hợp	Có dẫn TMTQ	7	12,1
	Không có	50	86,2
	Không xác định được tổn thương	1	1,7

**Nhận xét:** Vị trí ổ loét ở D1 tá tràng chiếm 44,8%, ở hang vị chiếm 25,9%, ở tâm vị 20,7%, có 1 trường hợp (1,7%) không tìm được tổn thương do dạ dày đầy máu.

### 3.1.8 Đặc điểm phương pháp nội soi can thiệp

**Bảng 5. Đặc điểm phương pháp nội soi can thiệp**

Phương pháp can thiệp	N = 58	%
Clip cầm máu	16	27,6
Tiêm Adrenalin cầm máu	32	55,2
Kết hợp clip và tiêm Adrenalin cầm máu	9	15,5
Không can thiệp được	1	1,7

**Nhận xét:** Tiêm adrenalin cầm máu nhiều nhất với 55,25 %, clip cầm máu 27,6%, kết hợp cả 2 phương pháp cầm máu chiếm 15,5%.

### 3.1.9 Kết quả điều trị của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 6. Kết quả điều trị**

Kết quả điều trị	N = 58	%
Cầm máu	56	96,6
Nội soi cầm máu thất bại, điều trị nội khoa	1	1,7
Nặng xin về	1	1,7

**Nhận xét:** Kết quả nghiên cứu nhận thấy tỷ lệ cầm máu thành công rất cao 96,6%. Có 1 trường hợp ổ loét rất to 60mm cầm máu thất bại, điều trị nội khoa và người bệnh vẫn ổn định.

### 3.2 Liên quan giữa vị trí ổ loét và phương pháp Nội soi can thiệp

**Bảng 7. Liên quan giữa vị trí ổ loét và phương pháp nội soi can thiệp**

Vị trí ổ loét	Clip cầm máu	Tiêm Adrenalin	Kết hợp Clip và tiêm Adrenalin	p
Tâm vị	12 (100%)	0	0	0.01
Bờ cong nhỏ	0	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
Bờ cong lớn	0	1 (100%)	0	
Hang vị	1 (6,7%)	11 (73,3%)	3 (20%)	
D1 tá tràng	3 (11,5%)	18 (69,2%)	5 (19,3%)	

**Nhận xét:** Có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa vị trí ổ loét và phương pháp nội soi can thiệp với  $p < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Nhóm tuổi > 60 tuổi bị XHTH chiếm tỷ lệ cao nhất (55,1%). Nhóm bệnh nhân 20 - 30 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 15,52%. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi ( $62 \pm 16$ ) có sự tương đồng với Huỳnh Hiếu Tâm ( $60 \pm 15$ ) [5], thể hiện bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa gặp nhiều ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi. Nhóm bệnh nhân nam mắc XHTH cao hơn rất nhiều so với nữ. Chúng ta cũng gặp ở nghiên cứu của Huỳnh Hiếu Tâm, với tỷ lệ mắc XHTH ở giới nam cao hơn 3,75 lần so với giới nữ [5], theo Trần Ngọc Anh thì tỷ lệ nam cao hơn 2,08 lần so với nữ [1].

Tỷ lệ bệnh nhân có nôn máu và đi ngoài phân đen chiếm 37,9%. Bệnh nhân có đau thượng vị chiếm 93,1%. Nhóm bệnh nhân xuất hiện đồng thời vừa đi ngoài phân đen, vừa nôn máu chiếm tỷ lệ cũng khá cao với 37,9%. Các triệu chứng lâm sàng thể hiện hầu như tất cả các trường hợp đều nặng ngay từ đầu. Theo Trần Ngọc Anh tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng nôn máu và đi ngoài phân đen chiếm 58,1%, buồn nôn gặp chủ yếu chiếm 98,6%, đau thượng vị chiếm 62,1% [1]. Trong số đối tượng nghiên cứu, bệnh nhân có tiền sử sử dụng NSAID chiếm tỷ lệ cao nhất 69%. Số bệnh nhân nghiện rượu chiếm tỷ lệ 6,9%. Nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi có sử dụng thuốc NSAID thường xuyên, gây viêm dạ dày mãn tính, và không được điều trị hiệu quả dẫn đến XHTH nặng phải nhập viện. Một phần có thể là do bệnh lý nền khiến họ phải sử dụng thuốc kháng viêm giảm đau kéo dài. Theo Trần Ngọc Anh tỷ lệ bệnh nhân dùng thuốc NSAID gây viêm dạ dày cũng chiếm tỷ lệ khá cao 33,8% [1].

Theo tác giả Trần Việt Tú (2004), tỷ lệ bệnh nhân được đưa vào viện kể từ khi có triệu chứng của xuất huyết tiêu hóa trước 24 giờ là 22,9%, 24 - 72 giờ là 51,4%, sau 3 ngày là 25,7% [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân đến viện sớm hơn các tác giả trên, do Bệnh viện chúng tôi nằm ở trung tâm thành phố, tập trung được đội ngũ cán bộ có chuyên môn nghiệp vụ chuyên sâu, đặc biệt hiện nay phân đông bệnh nhân và người nhà BN đều rất quan tâm tới sức khỏe, nên khi có biểu hiện nôn máu hay đi ngoài phân đen là BN đến viện đi khám ngay, tuy nhiên cũng vẫn còn một số người bệnh ở vùng nông thôn, vùng sâu vùng xa, do điều kiện địa lý và sự thiếu hiểu biết về y tế nên khi bị bệnh chưa đi khám ngay.

Bệnh nhân mất máu nặng chiếm tỷ lệ 89,7%. Bệnh nhân mất máu trung bình chiếm tỷ lệ 10,3%. Kết quả này thể hiện rõ nét những bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi hầu như đều rất nặng ngay từ đầu. Đòi hỏi chúng tôi phải xử trí nhanh chóng và hiệu quả nhất mới mong cứu sống được người bệnh.

Vị trí ổ loét gặp nhiều nhất ở D1 tá tràng chiếm tỷ lệ 44,8%, ở hang vị chiếm tỷ lệ 25,9%, ở tâm vị chiếm tỷ lệ 20,7%, có 1 trường hợp (1,7%) chúng tôi không tìm được tổn thương do dạ dày đây máu. Điều này phù hợp với sinh lý bệnh ở nhóm nghiên cứu của chúng tôi phần lớn trên 60 tuổi và có sử dụng NSAID kéo dài, gây viêm loét dạ dày tá tràng mãn tính. Tổn thương phối hợp có dẫn tĩnh mạch thực quản kèm theo chiếm tỷ lệ thấp với 12,1%. Kích thước ổ loét to nhất là 60mm và nhỏ nhất là 6mm. Dạ dày có máu lúc nội soi chiếm tỷ lệ rất cao với 86,2%. Phù hợp với tình trạng mất máu nặng và trung bình lúc vào viện, và hầu như tất cả bệnh nhân nghiên cứu đều rất nặng ngay từ đầu. Chúng tôi sử dụng tiêm adrenalin cầm máu nhiều nhất với 55,25 %, kế đến là sử dụng clip cầm máu 27,6%. Nhiều trường hợp nặng phải kết hợp cả 2 phương pháp cầm máu chiếm 15,5%. Có 1 trường hợp không can thiệp được do không tìm được tổn thương. Theo tác giả Huỳnh Hiếu Tâm, tiêm cầm máu đối với ổ loét ở dạ dày – hành tá

tràng đang xuất huyết hoặc thấy mạch máu ở đáy ổ loét, đạt hiệu quả cầm máu 90,5% [5]. Chúng tôi cẩn thận hơn, kết hợp cả 2 phương pháp cầm máu đều đạt hiệu quả cầm máu rất cao trên 96%.

Có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa vị trí ổ loét và phương pháp nội soi can thiệp với  $p < 0,05$ . Ổ loét ở tâm vị được clip cầm máu chiếm 100%, ổ loét ở hang vị và D1 tá tràng được tiêm adrenalin cầm máu trên 70%, những trường hợp khó kết hợp cả 2 phương pháp cũng nằm ở dạ dày dưới. Kết quả này phù hợp với Trần Việt Tú, Nguyễn Thị Thanh Bình [2], [6]; vị trí tâm vị, nội soi can thiệp hiệu quả nhất hiện nay là clip cầm máu. Tương tự ở vị trí dạ dày, tùy theo đặc điểm tổn thương mà ưu tiên tiêm adrenalin hoặc kết hợp cả 2 phương pháp. Những phương pháp thực hiện của chúng tôi cũng hiệu quả và tương đồng với Phạm Thị Dung và Phùng Thị Kim Dung [3], [4].

## V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $62 \pm 16$ . Tuổi nhỏ nhất là 32. Tuổi cao nhất là 91. Tỷ lệ nam giới 84,48% mắc XHTH cao hơn rất nhiều so với nữ giới 15,52%. Vị trí ổ loét gặp nhiều nhất ở D1 tá tràng chiếm tỷ lệ 44,8%, ở hang vị chiếm tỷ lệ 25,9%, ở tâm vị chiếm tỷ lệ 20,7%, có 1 trường hợp (1,7%) chúng tôi không tìm được tổn thương do dạ dày dày máu. Chúng tôi sử dụng tiêm adrenalin cầm máu nhiều nhất với 55,25%, kế đến là sử dụng clip cầm máu 27,6%. Nhiều trường hợp nặng phải kết hợp cả 2 phương pháp cầm máu chiếm 15,5%. Kết quả nghiên cứu nhận thấy tỷ lệ cầm máu thành công rất cao 96,6%.

Có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa vị trí ổ loét và phương pháp nội soi can thiệp. Ổ loét ở tâm vị được clip cầm máu chiếm 100%. ổ loét ở hang vị và D1 tá tràng được tiêm adrenalin cầm máu trên 70%, những trường hợp khó cần kết hợp cả 2 phương pháp.

Nội soi dạ dày can thiệp (tiêm adrenalin cầm máu, sử dụng clip cầm máu, kết hợp cả 2 phương pháp) kết hợp sử dụng thuốc ức chế bơm proton theo phác đồ trong điều trị bệnh lý xuất huyết tiêu hóa trên đạt hiệu quả rất cao. Cần tăng cường đào tạo thêm bác sĩ chuyên khoa nội soi tiêu hóa can thiệp, cũng như chỉ đạo tuyên ở các Bệnh viện tuyến huyện về nội soi can thiệp, sẽ góp phần nâng cao chất lượng điều trị bệnh lý xuất huyết tiêu hóa trên nặng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Ngọc Anh (2013), “Kết quả điều trị xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày – tá tràng bằng nội soi kết hợp esomeprazol tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên”, Luận án bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên.
2. Nguyễn Thị Thanh Bình (2009), “Đánh giá kết quả cầm máu bằng tiêm cầm máu qua nội soi kết hợp Nexium (Esomeprazol) liều cao ở bệnh nhân xuất huyết do loét hành tá tràng”, Luận văn thạc sĩ y học, trường Đại học Y Hà Nội.
3. Phạm Thị Dung (2004), “Nhận xét đặc điểm lâm sàng, nội soi dạ dày - tá tràng ở bệnh nhân sốt xuất huyết tiêu hóa cao có liên quan với dùng thuốc và rượu”, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
4. Phùng Thị Kim Dung (2001), “Nghiên cứu hình ảnh nội soi loét dạ dày tá tràng xuất huyết và hiệu quả tiêm cầm máu tại chỗ bằng dung dịch Adrenalin 1/10000”, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học y Hà Nội.
5. Huỳnh Hiếu Tâm (2019), “Nghiên cứu hiệu quả của tiêm hoặc kẹp cầm máu qua nội soi phối hợp với thuốc ức chế bơm proton liều cao tĩnh mạch ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng”, Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Huế, Trường Đại học Y Dược.
6. Trần Việt Tú (2004), “Nghiên cứu hiệu quả của một số dung dịch tiêm cầm máu trong điều trị xuất huyết do loét dạ dày tá tràng qua nội soi”, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Panagiotis Katsinelos, MD, PhD (2012), Endoscopic Treatment of Bleeding Peptic Ulcers, Department of Endoscopy and Motility Unit G. Gennimatas General Hospital of Thessaloniki
8. Sung JJY, Barkun A, Kuipers EJ et al (2009). Peptic ulcer bleed study group. Ann intern Med. Apr 7; 150: 455-64. Pub 2009 Feb 16

# KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG THẬN VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI BIẾN CHỨNG THẬN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Nguyễn Thành An, Phan Thiên Ngân,  
Nguyễn Huỳnh Nguyễn, Nguyễn Quốc Đạt

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Biến chứng thận là một trong các biến chứng của đái tháo đường làm gia tăng biến cố và tỉ lệ tử vong.

**Mục tiêu:** Đánh giá tình hình tổn thương thận và mối liên quan với thời gian phát hiện đái tháo đường, mức kiểm soát HbA1c, glucose máu, lipid máu, và phác đồ điều trị ở bệnh nhân đái tháo đường típ

**Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 221 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang. Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân có microalbumin niệu (MAU) (+) là 20,8 %, macroalbumin niệu (MAC) (+) là 46,1%, suy thận với mức lọc cầu thận dưới 60 ml/p/1,73 m<sup>2</sup> da là 68,3% (suy thận: độ II là 46,6%, độ III 19,9%, độ IV 1,4%, độ V 0,4%), có biến chứng thận 66,9%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa biến chứng thận với các mức độ kiểm soát đường huyết lúc đói, HbA1c, protein niệu, phác đồ điều trị có Insulin ( $p < 0,05$ ). Thời gian phát hiện đái tháo đường càng lâu tỷ lệ xuất hiện biến chứng thận càng tăng ( $p < 0,05$ ), ở nữ giới biến chứng tăng hơn so với nam giới ( $p < 0,05$ ), kèm theo mắc bệnh võng mạc đái tháo đường biến chứng thận tăng đáng kể ( $p < 0,001$ ). Chưa tìm thấy mối liên quan có nghĩa thống kê giữa biến chứng thận với cholesterol toàn phần, HDL-C, LDL-C và triglycerides ( $p > 0,05$ ).

**Kết luận:** Tỷ lệ BN đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang có biến chứng thận là 66,9%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa biến chứng thận với đường huyết lúc đói, mức độ kiểm soát HbA1c, protein niệu, giới tính, thời gian phát hiện đái tháo đường, bệnh võng mạc đái tháo đường và phác đồ điều trị có Insulin.

## SUMMARY

**Background:** Renal complications in diabetic patients increase incident and mortality rate.

**Objective:** To assess renal complications and relationship between these complications and duration of diabetes, HbA1c, fasting blood glucose, hyperlipidemia and treatment regimen in patients with type 2 diabetes. Research method: A cross-sectional descriptive study was conducted on 221 type 2 diabetic outpatients in An Giang Central General Hospital.

**Results:** The percentage of MAU was 20,8%, MAC 46,1%, kidney failure with GFR <60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> 68,3% (stage II 46,6%, stage III 19,9% and stage IV 1,4%, stage V 0,4%), renal complications were 33,9%. There is significant relationship between fasting blood glucose level, the level of HbA1c control, protein in the urine, Insulin therapy regimen and renal complications ( $p < 0,05$ ). The longer duration of diabetes, the greater the incidence of kidney complications ( $p < 0,05$ ), the renal complications in female more than male ( $p < 0,05$ ), accompanied by diabetic retinopathy significantly increased ( $p < 0,001$ ). There is not an associations between cholesterol total, HDL-C, LDL-C, triglycerides and renal complications ( $p > 0,05$ ).

**Conclusion:** The proportion of kidney complications in outpatients with type 2 diabetes was 66,9%. There is significant relationship between fasting blood glucose, the level of HbA1c control, proteinuria, gender, duration of diabetes, diabetic retinopathy, Insulin therapy regimen and renal complications.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với sự gia tăng tần suất mắc bệnh đái tháo đường, biến chứng mạn tính của bệnh gây ra trong đó biến chứng thận là một trong các biến chứng thường gặp (chiếm 20-40%) ngày càng tăng lên [2][3]. Bệnh thận do đái tháo đường diễn tiến âm thầm trong giai đoạn đầu do đó rất nhiều bệnh nhân đái tháo đường típ 2 không được tầm soát biến chứng nguy hiểm này sớm

và đầy đủ. Chức năng thận suy giảm sẽ làm nặng thêm các biến chứng khác của đái tháo đường, gia tăng biến cố và tỉ lệ tử vong. Vì vậy, việc chẩn đoán sớm biến chứng thận do đái tháo đường là việc làm rất cần thiết giúp phát hiện sớm tổn thương thận và có biện pháp kịp thời nhằm ngăn chặn tiến triển tổn thương thận.

Tại Việt Nam, theo thống kê của một số tác giả tỉ lệ biến chứng thận tiết niệu nói chung do đái tháo đường là 30%. Tác giả Lê Quang Toàn, Tạ Văn Bình (2006) thấy tỷ lệ biến chứng thận ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 là 29% [4], tác giả Nguyễn Thu Hương, Nguyễn Tiến Dũng (2013) thấy tỷ lệ biến chứng thận do đái tháo đường típ 2 là 41,5% [2].

Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang có lưu lượng BN khám, theo dõi và điều trị bệnh lí đái tháo đường khá lớn, tuy nhiên nghiên cứu đánh giá thực trạng biến chứng thận ở BN ĐTĐ típ 2 đang theo dõi ngoại trú tại bệnh viện còn chưa nhiều. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm:

1. Khảo sát đặc điểm tổn thương thận trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2.
2. Tìm hiểu mối liên quan giữa biến chứng thận và các yếu tố như: thời gian phát hiện đái tháo đường, mức kiểm soát HbA1c, glucose máu, lipid máu và phác đồ điều trị có sử dụng Insulin ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang (Cross-sectional study).

### 2.2. Đối tượng nghiên cứu:

Gồm 221 bệnh nhân đái tháo đường típ 2

*Tiêu chuẩn lựa chọn:* Bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang

*Tiêu chuẩn loại trừ:*

- + Bệnh nhân đái tháo đường típ 1, ĐTĐ thai kỳ, ĐTĐ típ khác, ĐTĐ thứ phát sau bệnh nội tiết hoặc nhiễm khuẩn
- + Bệnh nhân có bệnh nội tiết khác kèm theo như: Basedow, suy giáp, bệnh tuyến yên
- + Bệnh nhân có bệnh thận trước khi bị ĐTĐ
- + Bệnh nhân có các biến chứng cấp tính như: nhiễm khuẩn huyết, hôn mê nhiễm toan ceton, hôn mê tăng áp lực thẩm thấu.
- + Bệnh nhân mất máu cấp hoặc mạn, thiếu sắt, xuất huyết tiêu hóa.

### 2.3. Địa điểm:

Phòng khám Nội Tiết bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang

### 2.4. Thời gian:

Từ 01/2023 đến tháng 9/2023

### 2.5. Phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận lợi, liên tục, không xác suất

### 2.6. Cách tiến hành:

Hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng và thu thập số liệu dựa trên bảng câu hỏi

### 2.7. Xử lý số liệu:

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0

## III. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

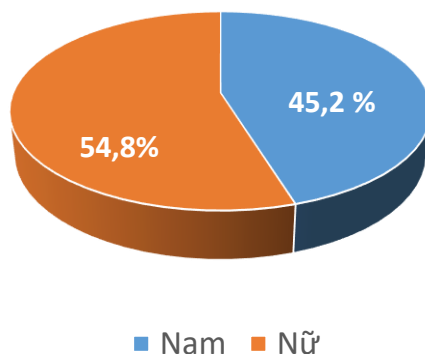
**Bảng 1: Nhóm tuổi**

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
20-40	11	5,0
41-74	181	81,9
≥75	29	13,1
Tổng cộng	221	100
Tuổi trung bình: 60,5 ± 12,8 Tuổi nhỏ nhất: 21 tuổi Tuổi lớn nhất: 93 tuổi		



**Nhận xét:** Tuổi trung bình  $60,5 \pm 12,8$ , trong đó tập trung nhiều nhất ở nhóm tuổi từ 41-74 với tỷ lệ 81,9%, lớn tuổi nhất là 93 tuổi và nhỏ tuổi nhất là 21 tuổi.

- Giới:



**Biểu đồ 1. Phân bố theo giới**

**Nhận xét:** Nhóm bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ cao hơn (54,8%), nam chiếm tỷ lệ 45,2%

**Bảng 2: Thời gian phát hiện đái tháo đường**

Thời gian mắc bệnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
<5 năm	112	50,7
5 – 10 năm	48	21,7
>10 năm	61	27,6
Tổng cộng	221	100

Trung vị: 4; Min: 1; Max: 39

**Nhận xét:** Thời gian phát hiện bệnh đái tháo đường trung bình là  $7,3 \pm 6,8$ , số bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh đái tháo đường < 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (50,7%).

**Bảng 3: Đặc điểm phân bố bệnh nhân theo chỉ số khối cơ thể (BMI)**

BMI	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
<18,5	17	7,7
18,5-22,9	108	48,9
$\geq 23$	96	43,4
Tổng cộng	221	100

**Nhận xét:** Bệnh nhân thừa cân và béo phì với chỉ số BMI >23 chiếm tỷ lệ cao 43,4%

**Bảng 4: Đặc điểm về các yếu tố kèm theo**

Yếu tố	Số bệnh nhân (n=221)	Tỷ lệ (%)
Hút thuốc lá	Có	53
	Không	168
Tăng huyết áp	Có	184
	Không	37
Bệnh vông mạc ĐTĐ	Có	65
	Không	156

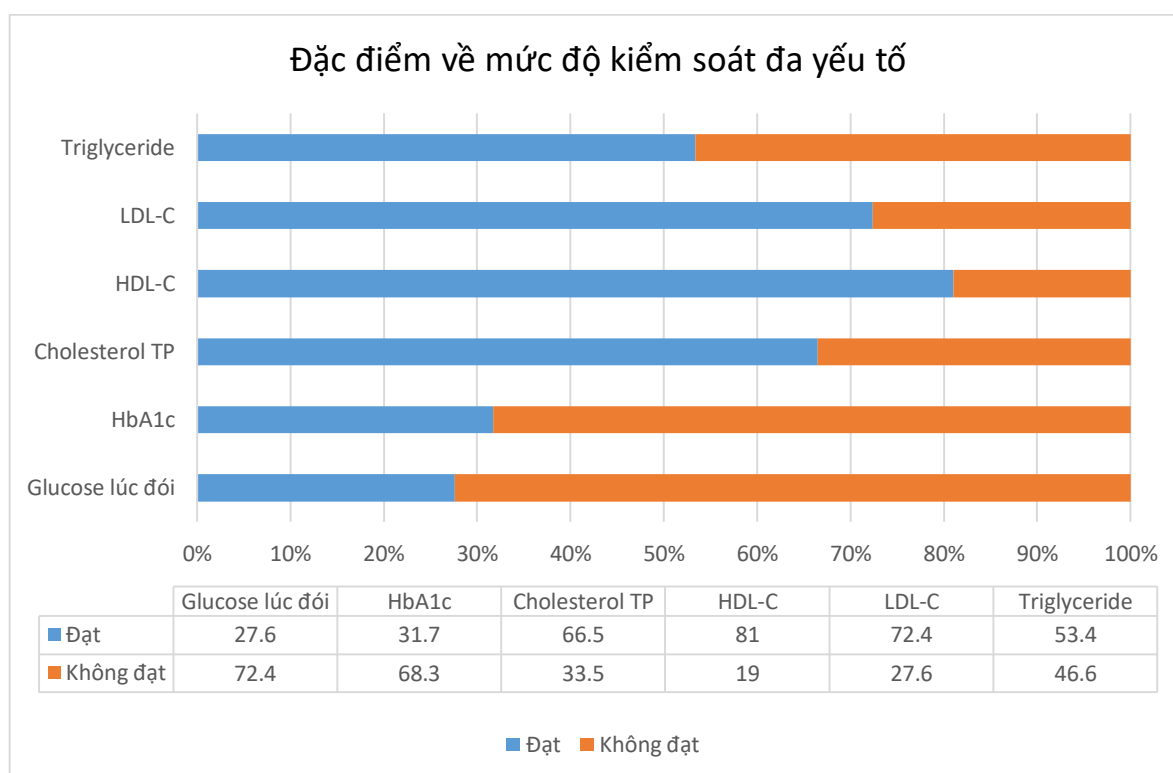
**Nhận xét:** Các bệnh nhân có bệnh lý tăng huyết áp kèm theo chiếm đa số (83,3%), ngoài ra mắc bệnh lý vông mạc đái tháo đường chiếm tỷ lệ 29,4%, hút thuốc lá chiếm 24%.

### 3.2. Đặc điểm kiểm soát đa yếu tố của đối tượng nghiên cứu

Chỉ tiêu	Đơn vị	Đạt	Không đạt
Glucose	mmol/l	$\leq 7,0$	$> 7,0$
HbA1c	%	$\leq 7,0$	$> 7,0$
Cholesterol TP	mmol/l	$\leq 5,2$	$> 5,2$
HDL-c	mmol/l	$> 0,9$	$< 0,9$
LDC-c	mmol/l	$< 3,4$	$> 3,4$
Triglyceride	mmol/l	$\leq 2,2$	$> 2,2$

**Bảng 5: Đặc điểm kiểm soát đa yếu tố của đối tượng nghiên cứu**

Chỉ tiêu (n = 221)	Đạt		Không đạt	
	n	%	n	%
Glucose	61	27,6	160	72,4
HbA1c	70	31,7	151	68,3
Cholesterol TP	147	66,5	74	33,5
HDL-c	179	81	42	19
LDC-c	160	72,4	61	27,6
Triglyceride	118	53,4	103	46,6



**Nhận xét:** Nhóm bệnh nhân có nồng độ glucose máu  $> 7$  mmol/l chiếm tỷ lệ cao hơn (72,4%), tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát HbA1c tốt 31,7%. Rối loạn tăng thành phần triglycerit máu chiếm tỷ lệ cao nhất (46,6%), tiếp theo là tăng cholesterol toàn phần 33,5%, tăng LDL-C (27,6%), rối loạn giảm HDL-C chiếm tỷ lệ thấp nhất (19%).

### 3.3. Đặc điểm tổn thương thận và biến chứng thận

**Bảng 6: Đặc điểm tổn thương thận và biến chứng thận**

Tổn thương thận	Chỉ tiêu		Số lượng	Tỷ lệ (%)
	MAU (+)		46	20,8
	MAC (+)		102	46,1
	Suy thận	I	70	31,7
		II	103	46,6
		III	44	19,9
		IV	3	1,4
		V	1	0,4
Tổng		221	100	
Biến chứng thận	Có		148	66,9
	Không		73	33,1

**Nhận xét:** Trong 148 bệnh nhân có biến chứng thận thì:

- Tỷ lệ microalbumin niệu dương tính là 20,8%.

Tỷ lệ protein niệu dương tính là 46,1%.

Tỷ lệ suy thận mạn các giai đoạn (mức lọc cầu thận < 60 ml/phút) chiếm 68,3% (151/221).

### 3.4. Một số yếu tố liên quan với biến chứng thận do đái tháo đường

**Bảng 7: Mối liên quan giữa biến chứng thận và một số yếu tố lâm sàng**

Yếu tố		Biến chứng thận		OR	95% CI	p
		Có n (%)	Không n (%)			
Tuổi	<65 (n = 135)	41 (30,4)	94 (69,6)	0,701	0,397 – 1,237	0,219
	≥65 (n = 86)	33 (38,4)	53 (61,6)			
Giới	Nam (n = 100)	26 (26)	74 (74)	0,534	0,3 – 0,951	0,032
	Nữ (n = 121)	48 (39,7)	73 (60,3)			
Thời gian ĐTĐ	<5 năm (n = 112)	30 (26,8)	82 (73,2)	0,54	0,307 – 0,953	0,032
	>5 năm (n = 109)	44 (40,4)	65 (59,6)			
BMI	<23 (n = 125)	41 (32,8)	84 (67,2)	0,932	0,531 – 1,636	0,806
	≥23 (n = 96)	33 (34,4)	63 (65,6)			
Hút thuốc lá	Có (n = 53)	19 (35,8)	34 (64,2)	1,148	0,601 – 2,193	0,676
	Không (n = 168)	55 (32,7)	113 (67,3)			
THA	Có (n = 184)	63 (34,2)	121 (65,8)	1,231	0,571 – 2,652	0,596
	Không (n = 37)	11 (29,7)	26 (70,3)			
Bệnh võng mạc ĐTĐ	Có (n = 65)	35 (53,8)	30 (46,2)	3,5	1,906 – 6,426	<0,001
	Không (n = 156)	39 (25)	117 (75)			

**Nhận xét:** Tỷ lệ biến chứng thận ở nhóm bệnh nhân nam là 26% thấp hơn ở nhóm bệnh nhân nữ (39,7%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Tỷ lệ biến chứng thận do đái tháo đường typ 2 ở nhóm bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh từ 5 năm trở lên (40,4%) cao hơn nhóm bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh dưới 5 năm (26,8%), sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Tỷ lệ biến chứng thận ở nhóm bệnh nhân có bệnh võng mạc đái tháo đường là 53,8% cao hơn hẳn nhóm bệnh nhân không có bệnh võng mạc đái tháo đường (25%). Nhóm bệnh nhân có bệnh võng mạc đái tháo đường có nguy cơ có biến chứng thận cao gấp 3,5 lần so với nhóm bệnh nhân không có bệnh võng mạc đái tháo đường, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

**Bảng 8: Mối liên quan giữa giai đoạn suy thận và HA tâm thu và HA tâm trương:**

Giai đoạn suy thận	n	HA tâm thu (mean ± SD)	HA tâm trương (mean ± SD)
1	70	123,8 ± 17,8	76,4 ± 11,8
2	103	133,1 ± 17,9	80,1 ± 10,9
3	44	132 ± 23,1	78 ± 11,2
4	3	160	93,3 ± 5,7
5	1	150	90
Tổng cộng	221	130,9 ± 19,6	79 ± 11,3
p		3,64	2,221

**Nhận xét:** Chưa thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ suy thận và các trị số huyết áp tâm thu, tâm trương với  $p > 0,05$

**Bảng 9: Mối liên quan giữa biến chứng thận và mức độ kiểm soát đa yếu tố**

Chỉ tiêu		Biến chứng thận		OR	95%CI	P
		Có n (%)	Không n (%)			
Glucose lúc đói (mmol/l)	<7 (n = 61)	14 (23)	47 (77)	0,496	0,252 - 0,977	0,04
	≥7 (n = 160)	60 (37,5)	100 (62,5)			
HbA1c (%)	<7 (n = 70)	17 (24,3)	53 (75,7)	0,529	0,28 - 1,001	0,049
	≥7 (n = 151)	57 (37,7)	94 (62,3)			
Cholesterol TP (mmol/L)	<5,2 (n = 147)	48 (32,7)	99 (67,3)	0,895	0,497 - 1,613	0,712
	≥5,2 (n = 74)	26 (35,1)	48 (64,9)			
HDL-C (mmol/l)	>0,9 (n = 179)	58 (32,4)	121 (67,6)	0,779	0,388 - 1,564	0,482
	≤0,9 (n = 42)	16 (38,1)	26 (61,9)			
LDL-C (mmol/l)	<3,4 (n = 160)	49 (30,6)	111 (69,4)	0,636	0,345 - 1,171	0,145
	≥3,4 (n = 61)	25 (41)	36 (59)			
Triglyceride (mmol/l)	<2,2 (n = 118)	33 (28)	85 (72)	0,587	0,334 - 1,013	0,063
	≥2,2 (n = 103)	41 (39,8)	62 (60,2)			

**Nhận xét:** Biến chứng thận ở nhóm bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có nồng độ glucose máu lúc đói tại thời điểm khám ≥ 7 mmol/l chiếm tỷ lệ 37,5% cao hơn so với nhóm bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có nồng độ glucose máu lúc đói < 7 mmol/l (23%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Nhóm bệnh nhân có nồng độ HbA1c ≥ 7% có tỷ lệ biến chứng thận là 37,7% cao hơn so với nhóm bệnh nhân có nồng độ HbA1c < 7% (24,3%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Tỷ lệ biến chứng thận ở nhóm bệnh nhân có nồng độ cholesterol toàn phần, LDL-C và triglycerides cao hơn so với nhóm bệnh nhân có nồng độ cholesterol bình thường, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Tỷ lệ biến chứng thận ở nhóm bệnh nhân có nồng độ HDL- C giảm là 38,1 % cao hơn nhóm bệnh nhân có nồng độ HDL- C bình thường (32,4%), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 10. Mối liên quan giữa giai đoạn suy thận và MAU (n=89):**

Giai đoạn suy thận	n	MAU (+)	
		N	%
1	31	14	45,2
2	39	24	61,5
3	19	8	42,1
Tổng cộng	89	46	51,7
p		0,254	

**Nhận xét:** Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ suy thận và MAU (+) với  $p > 0,05$

**Bảng 11. Mối liên quan giữa giai đoạn suy thận và MAC (n=132):**

Giai đoạn suy thận	n	Protein niệu (+)	
		n	%
1	39	31	79,5
2	64	55	85,9
3	25	13	52
4	3	2	66,7
5	1	1	100
Tổng cộng	132	102	77,3
p	0,004		

**Nhận xét:** Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ suy thận và MAC (+) với  $p < 0,05$

**Bảng 12. Mối liên quan giữa biến chứng thận và phác đồ điều trị đái tháo đường**

Phác đồ điều trị ĐTD	Biến chứng thận		OR	95%CI	p
	Có, n (%)	Không, n (%)			
Không insulin (n = 145)	38 (26,2)	107 (73,8)	0,395	0,220 – 0,707	0,002
Có insulin (n = 76)	36 (47,4)	13 (52,6)			

**Nhận xét:** Biến chứng thận ở nhóm bệnh nhân được sử dụng insulin chiếm tỷ lệ cao nhất 47,4%, nhóm bệnh nhân không sử dụng insulin chiếm tỷ lệ thấp hơn 26,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình chung của bệnh nhân nghiên cứu là  $60,5 \pm 12,8$ . Đa số ở độ tuổi từ 41-74 chiếm tỷ lệ cao nhất (81,9%),  $\geq 75$  tuổi chiếm tỷ lệ 13,1%. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với y văn và nhiều nghiên cứu lâm sàng, dịch tễ cho thấy tuổi càng cao tỷ lệ mắc đái tháo đường càng tăng. Nghiên cứu của Đàm Thị Hương Liên năm 2015 trên 102 đối tượng ĐTD điều trị tại Khoa Nội 3- Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng cũng cho kết quả nhóm BN trên 50 tuổi chiếm 89,2%. Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là khá cao  $66 \pm 10,32$  tuổi, tuổi thấp nhất là 36 tuổi, cao nhất là 90 tuổi [3].

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ biến chứng thận ở nữ giới (39,7%) cao hơn ở nam (26%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả này của chúng tôi khác với nghiên cứu của tác giả Ngamukos C, Bunnag p (2006) của Thái Lan cho thấy tỷ lệ biến chứng thận ở nhóm bệnh nhân nam giới cao hơn nữ giới có ý nghĩa thống kê, có sự khác biệt này có thể do đặc điểm dân tộc, cách chọn mẫu, cỡ mẫu.

Tỷ lệ bệnh nhân tổn thương thận tăng theo thời gian mắc bệnh. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian mắc bệnh trung bình ở nhóm có biến chứng thận cao hơn ở nhóm không có biến chứng thận có ý nghĩa thống kê, tỷ lệ biến chứng thận nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 5 năm trở lên (40,4%) cao hơn nhóm có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm (26,8%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Nghiên cứu của một số tác giả trong nước như: Nguyễn Thị Thanh Nga, Hoàng Trung Vinh (2009), Nguyễn Thu Hương, Nguyễn Tiến Dũng (2013), cho thấy thời gian phát hiện bệnh trên 5 năm làm gia tăng tỷ lệ biến chứng thận. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như kết quả của một số tác giả nước ngoài: Ngamukos C, Bunnag p (2006) Thái Lan thời gian mắc bệnh trung bình của nhóm bệnh nhân có biến chứng thận ( $12,8 \pm 8,2$ ) cao hơn nhóm bệnh nhân không có biến chứng thận ( $9,62 \pm 7,3$ ), có ý nghĩa thống kê  $p < 0,001$ ; Al- Smal RA, Al- Basri HA, Al-Sayyad AS, Hearnshaw HM, (2009) [66], ở Ả rập; Varghese A, Deepa R, Rema M, Mohan V (2001) Ở Ấn độ; Meisiinger C, Heier M, Landgraf R, Happich M, Wichmann HE, Piehlmeier W (2008), của Đức cũng cho thấy thời gian mắc bệnh có nguy cơ độc lập làm gia tăng tỷ lệ biến chứng thận.

Tăng huyết áp là bệnh lý đi kèm thường gặp trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ bệnh nhân có THA là 83,3%, không THA là 16,7%. Kết quả này của chúng tôi thấy tỷ lệ bệnh nhân THA tương tự với nghiên cứu của Vũ Thị Thanh Huyền, Đinh Thị Thu Hương (2015) 89,2%, cao hơn so với một số nghiên cứu khác như: Trịnh Thị

Thái (2013), tỷ lệ bệnh nhân THA là 66,9%. Điều này cũng phù hợp với y văn cho rằng ĐTĐ và THA là hai bệnh thường đồng hành với nhau.

Rối loạn chuyển hóa lipid đóng vai trò trung tâm trong các yếu tố nguy cơ của xơ vữa động mạch, đặc biệt là ở bệnh nhân đái tháo đường. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy rối loạn tăng triglyceride máu chiếm tỷ lệ cao (46,6%), còn các thành phần khác như cholesterol, HDL-C, LDL-C tình trạng rối loạn chiếm tỷ lệ thấp hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Trịnh Thị Thái (2013), Trần Thị Thanh Huyền (2011), Phạm Thị Hồng Hoa (2010). Nhưng so với kết quả nghiên cứu của tác giả Ngamukos C, Bunnag p (2006) ở Thái Lan thì tình trạng rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ cao hơn của chúng tôi có sự khác biệt này có thể do các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đã được sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu. [5]

Bệnh vồng mạc đái tháo đường là một trong những biến chứng mạn tính của bệnh đái tháo đường được xếp chung vào “nhóm tổn thương vi mạch”. Sự kết hợp giữa bệnh thận do đái tháo đường và bệnh vồng mạc đã được mô tả vào năm 1954. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân bị bệnh vồng mạc đái tháo đường là 29,4%, cao hơn kết quả của tác giả Trịnh Thị Thái (2013), tỷ lệ bệnh vồng mạc ĐTĐ là 27,4%; Lê Quang Toàn, Tạ Văn Bình và cộng sự (2006) [4], tỷ lệ bệnh nhân bị bệnh vồng mạc ĐTĐ là 23,9%. Tỷ lệ biến chứng thận ở nhóm bệnh nhân có bệnh vồng mạc đái tháo đường là 53,8% cao hơn hẳn nhóm bệnh nhân không có bệnh vồng mạc đái tháo đường (25%). Nhóm bệnh nhân có bệnh vồng mạc đái tháo đường có nguy cơ có biến chứng thận cao gấp 3 lần so với nhóm bệnh nhân không có bệnh vồng mạc đái tháo đường, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác như: Ngamukos C, Bunnag P (2006) của Thái Lan; Oyechi Modebe, MD, FacMichael A. Massomi, ph D (2000) của Ả Rập Xê Út nhóm bệnh nhân có bệnh vồng mạc tiểu đường có nguy cơ biến chứng thận cao gấp 3,04 lần so với nhóm bệnh nhân không có bệnh vồng mạc tiểu đường, với  $p < 0,001$ .

Mức độ kiểm soát glucose máu: Glucose máu cao là yếu tố rất quan trọng đối với tổn thương cầu thận, những công trình hồi cứu cũng như tiến cứu đều xác nhận liên quan giữa nồng độ glucose máu và nguy cơ biến chứng thận ở bệnh nhân ĐTĐ: Nhóm nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng về kiểm soát bệnh và biến chứng đái tháo đường (DCCT) đã khuyến cáo: Tốc độ phát triển và tiến triển của bệnh thận do ĐTĐ liên quan rất chặt chẽ với kiểm soát glucose máu. Tỷ lệ BN có mức glucose máu đói đạt ( $\leq 7$  mmol/l) là 27,6%, thấp hơn nhóm kiểm soát không đạt chiếm 72,4%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của một số tác giả như Đàm Thị Hương Liên tỷ lệ glucose đói đạt là 32,4%, Nguyễn Thị Thùy Ngân tỷ lệ này là 23,9%. Ở đây chúng tôi thấy ở nhóm bệnh nhân có glucose máu lúc đói  $\geq 7$  mmol/l thì tỷ lệ biến chứng thận cao hơn nhóm bệnh nhân có glucose máu lúc đói  $< 7$  mmol/l, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Tất cả 221 bệnh nhân được làm HbA1C trong đó tỷ lệ HbA1C đạt ( $\leq 7\%$ ) là 31,7%, thấp hơn nhóm không đạt chiếm 68,3%. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Ngân tỷ lệ HbA1C đạt là 34,6% [3]. Một nghiên cứu tại Mỹ tỷ lệ bệnh nhân có HbA1C  $< 7\%$  là 34%, còn nếu ở nhóm tuổi 65 -75 thì tỷ lệ HbA1c  $> 9\%$  là 18,8%. Chương trình kiểm soát bệnh nhân đái tháo đường của Greenland thì tỷ lệ bệnh nhân HbA1c  $< 7\%$  chiếm 46%. Chương trình của Bồ đào Nha tỷ lệ này là 51,7%. Nhóm bệnh nhân có nồng độ HbA1c  $\geq 7\%$  sẽ có nguy cơ mắc biến chứng thận cao hơn so với nhóm bệnh nhân có nồng độ HbA1c  $< 7\%$ , sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác như: Nguyễn Thu Hương, Nguyễn Tiến Dũng (2013) [2], cho thấy nguy cơ mắc biến chứng thận ở nhóm bệnh nhân có nồng độ HbA1c từ 7% trở lên cao gấp 2,34 lần so với nhóm bệnh nhân có nồng độ HbA1C  $< 7\%$  có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ ; Onyechi Modebe, FAC Michael A. Masoomi, ph D (2000), ở Ả Rập Xê Út cho thấy nguy cơ mắc biến chứng thận ở nhóm bệnh nhân có nồng độ HbA1c từ 7% trở lên cao gấp 2,13 lần so với nhóm bệnh nhân có nồng độ HbA1C  $< 7\%$  có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

Tổn thương thận do ĐTĐ là biến chứng gặp với tỷ lệ cao từ 10 - 90% tùy từng đối tượng nghiên cứu, hậu quả cuối cùng là suy thận mạn tính giai đoạn cuối [1]. Tại Việt Nam, theo một số nghiên cứu đã công bố: tỷ lệ biến chứng thận ở BN ĐTĐ khá cao từ 22,7 - 38,9% [5]. Kết quả

nghiên cứu cho thấy tỷ lệ BN có biến chứng thận là 66,9%, tỷ lệ BN có MAU (+) 20,8%, MAC (+) 46,1%, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ suy thận và protein niệu (+) với  $p < 0,05$ . Tỷ lệ biến chứng thận trong nghiên cứu này cao hơn kết quả của Bun Nhung cùng cộng sự (2022) là 53%, trong đó protein niệu (+) là 42,2%, MAU (+) 10,8%; Nguyễn Thị Thu Thảo với MAU (+) 26,0%. Kết quả này thấp hơn so với kết quả của Nguyễn Thị Phi Nga gặp tổn thương thận 68,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng thấy tỷ lệ biến chứng thận thấp hơn so với một số tác giả nước ngoài như: Wu AY cùng cộng sự (2006) ở Singapore, nghiên cứu trên 499 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 cho thấy tỷ lệ biến chứng thận chung là 72%, trong đó microalbumin niệu là 48,5%, protein niệu là 23,5%; Kong NC cùng cộng sự (2006), ở Malaysia nghiên cứu trên 773 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 cho thấy tỷ lệ biến chứng thận chung là 53,6%. trong đó microalbumin niệu là 37,9%, protein niệu là 15,7%; Yokoyama H cùng cộng sự (Nhật bản), nghiên cứu trên 8.897 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 cho thấy tỷ lệ biến chứng thận chung là 42,1% trong đó microalbumin niệu là 31,6%, protein niệu là 10,5%. Có sự khác biệt này có thể do tương tự nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân điều trị ngoại trú được quản lý theo dõi định kỳ hàng tháng, bệnh nhân tuân thủ điều trị, hoặc có thể do khác nhau về cách lựa chọn đối tượng, địa điểm nghiên cứu và các phương pháp xét nghiệm nước tiểu, hoặc cũng có thể do cách chọn mẫu, cỡ mẫu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy kết quả tỷ lệ biến chứng thận cao hơn nhiều ở nhóm bệnh nhân được điều trị tích cực bằng insulin hoặc insulin phối hợp với thuốc uống hạ đường huyết (47,4%) so với phác đồ điều trị chỉ có thuốc viên hạ đường huyết uống (26,2%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ . Theo chúng tôi điều này không có nghĩa là nhóm bệnh nhân điều trị bằng thuốc uống thì tỷ lệ biến chứng thấp hơn mà do những bệnh nhân ở đây có thời gian mắc bệnh kéo dài, khó kiểm soát đường huyết nên đã đến giai đoạn bắt buộc phải chỉ định điều trị tích cực hoặc do quan niệm của một số thầy thuốc cũng như bệnh nhân ngại dùng insulin, chỉ khi bệnh nặng mới chấp nhận dùng insulin nên những bệnh nhân đã có biến chứng thận mới được chỉ định điều trị tích cực do đó sẽ làm cho tỷ lệ biến chứng thận ở nhóm bệnh nhân được điều trị tích cực cao hơn. Tuy nhiên còn có 26,2% bệnh nhân có biến chứng thận ở nhóm sử dụng thuốc uống. Qua kết quả này cũng nhắc nhở chúng ta cần phải quan tâm hơn đến nhóm bệnh nhân có biến chứng thận chưa được điều trị tích cực.

## **V.KẾT LUẬN**

Qua nghiên cứu 221 BN ĐTĐ típ 2 theo dõi điều trị ngoại trú tại phòng khám Nội Tiết Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, chúng tôi rút ra kết luận:

- Đặc điểm tổn thương thận: tỷ lệ BN có MAU (+) 20,8%, MAC (+) 46,1%, suy thận với độ lọc cầu thận  $< 60 \text{ ml/p/1,73 m}^2$  da là 68,3% (suy thận: độ II là 46,6%, độ III 19,9%, độ IV 1,4%, độ V 0,4% ), có biến chứng thận 66,9%.

- Mối liên quan giữa biến chứng thận với một số đặc điểm ở BN ĐTĐ típ 2:

+ Thời gian phát hiện đái tháo đường càng lâu ( $>5$  năm) tỷ lệ xuất hiện biến chứng thận càng tăng ( $p < 0,05$ ), ở nữ giới biến chứng tăng hơn so với nam giới ( $p < 0,05$ ), nhóm bệnh nhân có bệnh võng mạc đái tháo đường có nguy cơ có biến chứng thận cao gấp 3 lần so với nhóm bệnh nhân không có bệnh võng mạc đái tháo đường. ( $p < 0,001$ ).

+ Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa biến chứng thận với các mức độ kiểm soát đường huyết lúc đói, HbA1c, protein niệu, phác đồ điều trị có Insulin ( $p < 0,05$ ).

+ Chưa tìm thấy mối liên quan có nghĩa thống kê giữa biến chứng thận với cholesterol toàn phần, HDL-C, LDL-C và triglycerides ( $p > 0,05$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2020). “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2”.
2. Nguyễn Thu Hương, Nguyễn Tiến Dũng. (2013). “Khảo sát tỷ lệ và đặc điểm biến chứng thận ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2”. Tạp chí y học quân sự số 288, 3-4/2013.
3. Bun Nhông. (2022). “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá biến chứng thận ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại khoa Nội Tiết Bệnh viện trung ương 103 Quân đội nhân dân Lào”. Tạp chí y dược lâm sàng 108 tập 17 số đặc biệt 11/2022, tr.230-236.
4. Lê Quang Toàn, Tạ Văn Bình và cộng sự Bệnh viện Nội tiết. Nghiên cứu biến chứng ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 được theo dõi 12 tháng tại Bệnh viện Nội tiết – Tạp chí y học thực hành (669) – số 8/2009.
5. Trịnh Thị Thái. (2013). “Khảo sát biến chứng thận và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 cao tuổi tại Bệnh viện lão khoa trung ương”. Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa II.
6. Lê Đình Tuấn. (2017). “Khảo sát đặc điểm biến chứng thận ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Nội Tiết trung ương”. Tạp chí Y dược học quân sự số 6-2017, tr.55-62.
7. Kong NC, Chia YC, Khalid BA, Samiah yasmin AK, Yap LY, Norlaira M, J Menon, Tan C, Fung YK (2006); MAPS Investigators. Microalbuminuria prevalence study in hypertensive type 2 diabetic patients in Malaysia. Med J Malaysia; 61(4): 457-65.
8. UKPDS Group. Association of glycemia with macrovascular and microvascular complication of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. BMJ. 2000, Vol 21, pp.405-412.
9. Wu AY, Tan CB, Eng PH, et al. (2006), Microalbuminuria Prevalence study in hypertensive patients with type 2 diabetes mellitus in Singapore. Singapore Med J; 47 : 315-20.
10. Yokoyama H, Kawai K, Kobayashi M (2007). Microalbuminuria is common in Japanese type 2 diabetic patients: A nationwide survey from the Japan Diabetes clinical Data Management study Group (JDDM10). Diabetes care; 30: 989-92.



# KHẢO SÁT LÝ DO BỆNH NHÂN ĐANG ĐIỀU TRỊ ĐỘNG KINH PHẢI NHẬP VIỆN VÌ CƠ GIẬT TẠI KHOA THẦN KINH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Mai Nhật Quang, Lê Đặng Hoàng Duy,  
Lê Minh Thà, Trương Văn Xưa

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Động kinh là một trong những rối loạn thần kinh mãn tính và phổ biến nhất có thể ảnh hưởng đến từng cá nhân ở mọi lứa tuổi. Nhiều trường hợp bệnh nhân đã được chẩn đoán và điều trị động kinh nhưng vẫn có những cơn co giật phải tái nhập viện. Chúng tôi tìm hiểu vì sao những bệnh nhân đang điều trị động kinh phải nhập viện vì co giật.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang 74 bệnh nhân động kinh, thời gian nghiên cứu từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 09 năm 2023.

**Kết quả nghiên cứu:** Trong số 74 bệnh nhân động kinh được chọn vào mẫu nghiên cứu, tuổi trung bình các bệnh nhân nhập viện  $47,55 \pm 19,6$  tuổi, cơn động kinh toàn thể chiếm 68,2%, cơn động kinh cục bộ chiếm 27,4%. Giới nam chiếm 56,8% nhiều hơn nữ, đơn trị liệu chiếm 37,8%. Các nguyên nhân làm bệnh nhân nhập viện do tự ngừng thuốc vì ít cơn chiếm 74,3%, tự ngừng thuốc vì chi phí điều trị chiếm 6,8% và vì mất ngủ chiếm 20,3%.

**Kết luận:** Loại cơn động kinh toàn thể chiếm 68,2%, uống thuốc không đều chiếm 32,4%, tần suất cơn trên 01 tháng/cơn chiếm 66,2%. Mất ngủ chiếm 20,3%.

## ABSTRACTS

### SURVEY OF THE REASONS WHY PATIENTS UNDER EPILEPSY TREATMENT HAVE TO BE HOSPITALIZED FOR SEIZURES AT AN GIANG GENERAL HOSPITAL

**Background:** We find out why patients being treated for epilepsy are hospitalized for seizures.

**Patients and methods:** Cross-sectional study design including 74 persons who admitted to An giang hospital from February 1<sup>st</sup> 2023 to September 30<sup>th</sup> 2023.

**Results:** Among 74 epilepsy patients selected into the study sample. The average age of hospitalized patients was  $47,55 \pm 19,6$  years old, the results were generalized seizures for 68,2%, partial seizures for 27,4%. Men account for 56,8% more than women, monotherapy accounts for 37,8. Patients stopped treatment because of fewer attacks accounting for 74,3%, patients stopped treatment because of treatment costs, accounting for 6,8%.

**Conclusion:** Irregular medication intake accounted for 32,4%, and seizure frequency over 1 month accounted for 66,2%. Insomnia accounts for 20,3%. These are the reasons why patients are hospitalized.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh là một trong những rối loạn thần kinh mãn tính và phổ biến nhất có thể ảnh hưởng đến từng cá nhân ở mọi lứa tuổi. Đã có khoảng 50 triệu người mắc bệnh động kinh trên toàn thế giới vào năm 2016[8],[9],[10]. Gánh nặng bệnh tật toàn cầu năm 2010 của WHO nghiên cứu xếp hạng động kinh là rối loạn thần kinh nặng thứ hai về khuyết tật[10]. Nhiều trường hợp bệnh nhân đã được chẩn đoán và điều trị động kinh nhưng vẫn có những cơn co giật phải tái nhập viện nhiều lần. Để có thể đánh giá chính xác nguyên nhân thất bại điều trị động kinh, chúng tôi thực hiện nghiên cứu tại Khoa thần kinh Bệnh viện Đa khoa An Giang nhằm khảo sát lý do bệnh nhân đang điều trị động kinh phải nhập viện vì co giật với mục tiêu: Mô tả các đặc điểm về bệnh nhân động kinh đang điều trị phải nhập viện vì co giật. Khảo sát các lý do làm bệnh nhân đang điều trị động kinh bị co giật phải nhập viện điều trị.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1 Đối tượng nghiên cứu:

Các bệnh nhân động kinh đang điều trị nhập khoa thần kinh bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

## 2.2. phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Thời gian nghiên cứu: Thời gian nghiên cứu từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 09 năm 2023.

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

Cỡ mẫu nghiên cứu: 74 bệnh nhân

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được chẩn đoán động kinh theo tiêu chuẩn liên đoàn động kinh quốc tế, khi có ít nhất hai cơn động kinh không có yếu tố kích gợi xảy ra cách nhau > 24 giờ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp động kinh kèm theo hạ natri máu, tăng đường huyết, hạ đường huyết, các bệnh nhiễm trùng đi kèm.

Xử lý số liệu:

Nhập dữ liệu và phân tích dữ liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

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.

Khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 09 năm 2023, chúng tôi chọn được 74 bệnh nhân thỏa điều kiện vào mẫu nghiên cứu.

**Bảng 3.1 Đặc điểm chung của các bệnh nhân động kinh (n=74)**

Đặc điểm		n	%
Giới	Nam	42	56,8%
	Nữ	32	43,2%
Tuổi	47,55±19,6 tuổi		
Cơn động kinh	Toàn thể	50	68,2%
	Cục bộ	20	27,4%
	Không rõ khởi phát	4	4,4%
Kinh tế gia đình	Khó khăn	6	8,1%
	Đủ sống	59	79,7%
	Khá	9	12,2%

**Nhận xét:** trong số các bệnh nhân động kinh nhập viện nam giới nhiều hơn nữ giới, cơn động kinh toàn thể chiếm chủ yếu.

**Bảng 3.2 Các thuốc động kinh đang dùng**

Thuốc	n	%
Valproate	24	32,4%
Phenobarbital	4	5,4%
Valproate+phenobarbital	39	52,7%
Valproate+phenobarbital+topiramate	1	1,4%
Valproate +topiramate	2	2,7%
Phenobarbital+levetiracetam	1	1,4%
Phenobarbital+topiramate	2	2,7%
Tổng	74	100%

**Nhận xét:** Đơn trị liệu chiếm 37,8% các trường hợp động kinh nhập viện, đa trị liệu chiếm 62,2%.

**Bảng 3.3 Tính tuân thủ sử dụng thuốc động kinh**

Tuân thủ	n	%
Uống đều	50	67,6%
Quên <2 lần/tháng	11	14,9%
Quên <2-5 lần/tháng	10	13,5%
Quên >5 lần/tháng	3	4%

**Nhận xét:** Số bệnh nhân uống thuốc đều chiếm 80 các trường hợp, số bệnh nhân quên thuốc 2-5 lần/tháng chiếm 6,8%.

**Bảng 3.4 Tần suất cơn động kinh trung bình trước khi nhập viện trong tháng**

	n	%
Mỗi ngày	2	2,7%
Mỗi tuần	2	2,7%
Mỗi tháng	21	28,4%
Trên 01 tháng	49	66,2%

**Nhận xét:** Tần suất cơn động kinh trên 01 tháng/cơn chiếm 66,2%

**Bảng 3.5 Các yếu tố liên quan đến bệnh nhân động kinh nhập viện**

Các yếu tố liên quan	n	%
Uống thuốc đều	50	67,6%
Uống thuốc không đều	24	32,4%
Mất ngủ	15	20,3%
Nguyên nhân động kinh	20	27%
Sử dụng rượu bia	14	18,9%
Ngưng điều trị	7	9,5%

**Nhận xét:** Sử dụng rượu bia có 14 trường hợp chiếm 18,9%, mất ngủ có 15 trường hợp chiếm 20,3%.

**Bảng 3.6 Lý do ngừng điều trị**

Ngưng điều trị	n	%
Quá ít cơn động kinh	55	74,3%
Hiệu quả kém	6	8,1%
Tác dụng phụ	3	4%
Không có thuốc	5	6,8%
Chi phí điều trị	5	6,8%

**Nhận xét:** Ngưng điều trị vì quá ít cơn động kinh có 55 trường hợp chiếm 74,3%.

#### IV. BÀN LUẬN

Qua khảo sát 74 bệnh nhân động kinh đang điều trị phải nhập viện vì co giật chúng tôi nhận thấy cơn động kinh toàn thể chiếm 68,2%, cơn động kinh cục bộ chiếm 27,4%, cơn động kinh không phân loại chiếm 4,4%. Các bệnh nhân đa phần điều trị với liệu pháp đa trị liệu. Tần suất cơn trên 01 tháng chiếm 66,2%.

##### 4.1 Tuổi:

Nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình  $47,55 \pm 19,6$  tuổi. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Doanh tại cộng đồng dân cư huyện Gia Bình tỉnh Bắc Ninh, kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm tuổi 41-50 có tỷ lệ mắc động kinh cao hơn hẳn so với các nhóm tuổi khác[1]. Năm 2017, nghiên cứu tác giả Nguyễn Thị Minh Đức cho thấy các bệnh nhân động kinh nhập viện có độ tuổi trung bình là 37,42 tuổi[2]. Nghiên cứu của tác giả Mukuku O và cộng sự tại cộng đồng dân cư tỉnh Lubumbashi cộng hòa Công Gô, tuổi trung bình của nghiên cứu là  $20 \pm 15,1$  tuổi, nhóm tuổi mắc động kinh nhiều nhất là 10-19 tuổi chiếm 29,7%[9].

##### 4.2 Giới:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân giới nam chiếm 56,8%, bệnh nhân giới nữ chiếm 43,2%. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Minh Đức, giới nam chiếm 64,44%, giới nữ chiếm 35,56%[2]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thúy Hương, tỷ lệ hiện mắc động kinh ở giới nam là 5,5/1.000 dân còn ở giới nữ là 3,7/1.000 dân[4]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Hương cho thấy tỷ lệ mắc động kinh ở giới nam và giới nữ không có sự khác biệt[5]. Nghiên cứu của tác giả Mohammad Q D và cộng sự tại Bangladesh tỷ lệ mắc bệnh động kinh ở nữ là 7,7% (3,6-11,7%) và ở nam là 9,2% (5,9-12,6%)[8]. Tỷ lệ hiện mắc cũng tương tự giữa trẻ em 8,2% (3,4-13,0%) và người lớn 8,5% (5,5-11,4%). Nghiên cứu của tác giả Pakdaman H và cộng sự tại Iran khi khảo sát tỷ lệ động kinh trên 68.035 dân trên toàn quốc, kết quả nghiên cứu cho thấy giới nam chiếm 53,8%, giới nữ chiếm 46,2%[10].

### 3. Điều trị thuốc:

Trong nghiên cứu đơn trị liệu chiếm 37,8%, trong đó Valproate chiếm 32,4%, Phenobarbital chiếm 5,4%. Đa trị liệu chiếm 62,2%, trong đó Valproate + phenobarbital chiếm 52,7%. Nghiên cứu của tác giả Dương Huy Hoàng ở tỉnh Thái Bình đơn trị liệu chiếm 80%, đa trị liệu chiếm 20% [3]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thúy Hương tại cộng đồng dân cư tỉnh Hà Tây đơn trị liệu trong điều trị động kinh chiếm 80% [4]. Nghiên cứu của tác giả Trần Thiện Trường và Lê Văn Tuấn tại thành phố Vũng Tàu năm 2009 cho thấy đơn trị liệu trong điều trị động kinh chiếm 81,2%, đa trị liệu chiếm 18,8% [6].

### 4. Lý do ngưng điều trị:

Trong nghiên cứu số bệnh nhân ngưng điều trị vì quá ít cơn có 55/74 trường hợp chiếm 74,3%, số bệnh nhân ngưng điều trị vì hiệu quả kém có 6/74 trường hợp chiếm 8,1%, số bệnh nhân ngưng thuốc vì tác dụng phụ của thuốc động kinh có 3/74 trường hợp chiếm 4%, số bệnh nhân ngưng thuốc vì không có thuốc có 5/74 trường hợp chiếm 6,8%, số bệnh nhân ngưng thuốc vì thích điều trị khác có 5/74 trường hợp chiếm 6,8%. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Anh Tuấn ở cộng đồng dân cư huyện Ba Vì, kết quả nghiên cứu cho thấy các bệnh nhân ngưng thuốc điều trị động kinh vì nghĩ không cần thiết 40,8%, ngưng thuốc vì xem như không thể điều trị được 14,6%, ngưng thuốc vì bị kỳ thị 13,6%, ngưng thuốc vì lí do xa cơ sở y tế 10,7%, ngưng thuốc vì không có thuốc chiếm 13,6%, ngưng thuốc vì chi phí điều trị 11,7%, ngưng thuốc vì thích loại điều trị khác chiếm 11,5% [7].

### V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 74 trường hợp bệnh nhân đang điều trị động kinh phải nhập viện vì co giật chúng tôi nhận thấy do cơn động kinh toàn thể chiếm 68,2%. Các nguyên nhân làm bệnh nhân nhập viện do tự ngưng thuốc vì ít cơn chiếm 74,3%, tự ngưng thuốc vì chi phí điều trị chiếm 6,8% và vì mất ngủ chiếm 20,3%. Đây là các lý do làm bệnh nhân động kinh đang điều trị phải nhập viện trở lại vì co giật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Doanh. Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học và điều trị động kinh ở cộng đồng dân cư thuộc huyện Gia Bình tỉnh Bắc Ninh. Tạp chí y học thực hành. 3(536):28-31
2. Nguyễn Thị Minh Đức. Khảo sát lý do bệnh nhân đang điều trị động kinh phải nhập viện vì co giật, năm 2017.
3. Dương Huy Hoàng. Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng động kinh, tình hình quản lý bệnh nhân động kinh tại tỉnh Thái Bình. Luận án Tiến sĩ Y học năm 2009
4. Nguyễn Thúy Hương. Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ và tình hình điều trị động kinh tại cộng đồng tỉnh Hà Tây. Y Học TP Hồ Chí Minh \* Tập 7 \* Phụ bản Số 4 \* 2003
5. Nguyễn Văn Hương, Lê Quang Cường. Nghiên cứu tỷ lệ hiện mắc và thực trạng quản lý động kinh tại xã Phù Linh, huyện Sóc Sơn, Hà Nội. Tạp chí y học Việt nam. 354(1):49-53: 2003.
6. Trần Thiện Trường, Lê Văn Tuấn. Đặc điểm bệnh động kinh được quản lý tại thành phố Vũng Tàu, tỉnh Bà Rịa -Vũng Tàu. Y Học TP Hồ Chí Minh Tập 15 Phụ bản của Số 1 \* 2011
7. Nguyễn Anh Tuấn. The incidence of epilepsy in a rural district of Vietnam: a community-based epidemiologic study. *Epilepsia*. Dec 2010;51(12):2377-83. doi:10.1111/j.1528-1167.2010.02699.x
8. Mohammad Q D, Saha N C. Prevalence of epilepsy in Bangladesh: Results from a national household survey. Dec 2020;5(4):526-536. doi:10.1002/epi4.12430
9. Mukuku O, Naweji P, Bugeme M, Nduu F, Mawaw PM, Luboya ON. Epidemiology of Epilepsy in Lubumbashi, Democratic Republic of Congo. *Neurology Research International*. 2020/01/29 2020;2020:5621461. doi:10.1155/2020/5621461.
10. Pakdaman H, Harandi AA, Gharagozli K, et al. Epilepsy lifetime prevalence in Iran: a large population-based national survey. *Scientific Reports*. 2021/05/03 2021;11(1):9437. doi:10.1038/s41598-021-89048-z

# KHẢO SÁT MÔ HÌNH BỆNH TẬT CỦA ĐỐI TƯỢNG THUỘC DIỆN QUẢN LÝ SỨC KHOẺ TỈNH AN GIANG

Trương Hồng Nhật, Trình Thị Tây Nam,  
Lê Hữu Kiên, Đoàn Nguyễn Thoại Giang

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định mô hình bệnh tật, tỷ lệ mắc các bệnh theo ICD-10 và các yếu tố nguy cơ của đối tượng thuộc diện quản lý sức khỏe tỉnh An Giang.

**Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên 834 bệnh nhân khám sức khỏe định kỳ tại khoa Nội A Bệnh viện ĐKTT An Giang từ tháng 01/2023 đến tháng 08/2023. Đặc điểm của mô hình bệnh tật được mô tả dựa vào phân loại ICD-10.

**Kết quả:** Trong số 834 đối tượng nghiên cứu, nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ (82,6% so với 17,4%), tỷ lệ bệnh nhân  $\geq 60$  tuổi là 84,7%. Ba chương bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất lần lượt là bệnh hệ tuần hoàn (80,5%), bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hoá (77,8%), bệnh hệ cơ-xương-khớp và mô liên kết (32,3%). Những bệnh lý thường gặp là tăng huyết áp nguyên phát (75,9%), tăng lipid máu (70%), đái tháo đường không phụ thuộc insulin (38,5%). Các yếu tố thừa cân-béo phì và thói quen ăn mặn làm tăng nguy cơ mắc tăng huyết áp, tăng lipid máu và đái tháo đường.

**Kết luận:** Mô hình bệnh tật ở đối tượng cán bộ thuộc diện quản lý sức khỏe tỉnh An Giang chủ yếu bệnh không lây nhiễm. Nguy cơ mắc tăng huyết áp, tăng lipid máu và đái tháo đường tăng ở đối tượng thừa cân-béo phì, có thói quen ăn mặn.

**Từ khóa:** Mô hình bệnh tật, yếu tố nguy cơ.

## ABSTRACT

### THE PATTERN OF DISEASE IN THE OUTPATIENTS WHO ARE MONITORED BY THE HEALTH CARE DEPARTMENT OF AN GIANG PROVINCE

**Background:** This study was conducted to determine the disease pattern of outpatients who are monitored by the health care department of An Giang province.

**Methods:** This is a descriptive cross-sectional study of 834 outpatients who are monitored by the health care department of An Giang General Hospital from January to August 2023. Characteristics of the disease pattern were described by frequency and percentage of classifications of diseases ICD-10.

**Results:** Among 834 patients received The periodic health examination in 2023 at the clinic of the health care department, there was 84,7% at the age group  $\geq 60$  and male predominated over female (82,6% in male, 17,4% in female). Three disease chapters with the highest rate are diseases of the circulatory system with 80,5%; endocrine, nutritional and metabolic diseases with 77,8%; diseases of the musculoskeletal system and connective tissue with 32,3%. The common diseases were primary hypertension (75,9%); hyperlipidaemia (70%); non-insuline dependent diabetes mellitus (38,5%). The major risk factors of hypertension, hyperlipidaemia and non-insuline dependent diabetes mellitus included overweight, eating salty.

**Conclusion:** The disease patterns in outpatients who are monitored by the health care department is almost non-contagious diseases. Hypertension, hyperlipidaemia and non-insuline dependent diabetes mellitus tended to become more common with age, overweight, eating salty.

**Key words:** disease pattern, risk factors.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Công tác quản lý, bảo vệ và chăm sóc sức khỏe cán bộ là một trong những nhiệm vụ quan trọng đã được Đảng và Nhà Nước cụ thể hoá bằng những Nghị quyết, Chỉ thị, Chủ trương chính sách phù hợp và mang ý nghĩa kinh tế, chính trị to lớn. Việc xác định mô hình bệnh tật là một trong những yếu tố cần thiết giúp định hướng và chủ động trong xây dựng dự án, đầu tư công tác phòng chống bệnh tật hiệu quả, có chiều sâu và có trọng điểm, đồng thời đưa ra các chiến lược, giải pháp nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc bảo vệ sức khỏe cán bộ. Từ thực tế

trên, chúng tôi tiến hành đề tài: “*Khảo sát mô hình bệnh tật của cán bộ thuộc diện quản lý sức khoẻ tỉnh An Giang*” với mục tiêu cụ thể như sau:

1. Khảo sát đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.
2. Khảo sát mô hình bệnh tật và các yếu tố nguy cơ ở đối tượng nghiên cứu.

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1. Thiết kế nghiên cứu:**

Mô tả cắt ngang.

### **2. Cỡ mẫu:**

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

Chọn:  $\alpha = 0,05 \Rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

$d = 0,05$ ;  $p = 0,5$  (do không có tỷ lệ ước lượng phù hợp từ các nghiên cứu trước)

Cỡ mẫu ước tính:  $n = 384,2$ .

Chọn cỡ mẫu tối thiểu là 385. Thực tế thu thập được 834 đối tượng đưa vào nghiên cứu.

### **3. Đối tượng nghiên cứu:**

Cán bộ thuộc diện quản lý sức khoẻ tỉnh An Giang.

*Tiêu chuẩn chọn vào:* Bệnh nhân khám sức khoẻ định kỳ năm 2023 tại khoa Nội A đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Tiêu chuẩn loại ra:* Bệnh nhân không làm đầy đủ các cận lâm sàng hoặc các bệnh được chẩn đoán không có trong bảng phân loại quốc tế về bệnh tật lần thứ 10 theo khuyến cáo của Tổ chức y tế thế giới năm 1993.

### **4. Địa điểm:**

Khoa Nội A, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

### **5. Cách tiến hành:**

Thông tin của bệnh nhân được ghi vào hồ sơ nghiên cứu thông qua hỏi bệnh, khám lâm sàng và ghi nhận kết quả cận lâm sàng.

### **6. 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.

Thống kê mô tả: Đối với biến phân loại: tính tần số, tỷ lệ và trình bày bằng biểu đồ cột rời hoặc biểu đồ hình bánh. Đối với biến liên tục: mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn, trình bày bằng biểu đồ cột liền (biến phân phối chuẩn); mô tả giá trị trung vị và tứ phân vị (biến không có phân phối chuẩn).

Thống kê so sánh: Đối với biến phân loại: sự khác biệt giữa hai nhóm được kiểm định bằng phép kiểm chi bình phương hoặc Fisher tương ứng. Đối với biến liên tục: sự khác biệt giữa hai nhóm được kiểm định bằng t-test không ghép cặp (biến phân phối chuẩn) hoặc phép kiểm Mann-Whitney (biến không có phân phối chuẩn).

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê: khi  $p < 0,05$ .

### **7. Đo lường các biến:**

- Tuổi: tính theo năm dương lịch, bằng năm khảo sát - năm sinh.
- Giới tính: nam, nữ.
- Cân nặng: đơn vị tính là ki-lô-gam (kg) với 1 số lẻ sau số thập phân.
- Chiều cao: đơn vị tính là cen-ti-met (cm).
- Lối sống và thói quen: Thói quen ăn mặn; ít ăn rau quả; tình hình sử dụng rượu, bia; tình hình hút thuốc lá; tình hình hoạt động thể lực.
- Tiền sử mắc bệnh: Tăng huyết áp, tăng lipid máu, đái tháo đường,...
- Phân loại thể trạng: Chỉ số BMI được áp dụng trong nghiên cứu được tính bằng công thức chiều cao chia bình phương cân nặng (đơn vị:  $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Phân mức độ theo BMI: Bình thường khi  $18.5 \leq \text{BMI} < 23$ ; thừa cân, béo phì khi  $\text{BMI} \geq 23$ ; gầy khi  $\text{BMI} < 18.5$ .
- Thói quen hút thuốc lá: Có: là người hiện đang hút thuốc lá và hút thuốc lá hàng ngày; không: không hút thuốc lá.

- Thói quen uống rượu: Có: Nam uống > 2 ly rượu chát (300ml rượu)/ngày hoặc > 2 lon bia (> 14 lon/tuần), nữ uống > 1 ly rượu chát (150ml rượu)/ngày hoặc > 1 lon bia (> 7 lon/tuần) ; không: nam uống ≤ 2 ly rượu chát (300ml rượu)/ngày hoặc 2 ≤ lon bia (≤ 14 lon/tuần), nữ uống ≤ 1 ly rượu chát (150ml rượu)/ngày hoặc ≤ 1 lon bia (≤ 7 lon/tuần).
- Thói quen ăn rau: Có: người ăn rau nhiều hơn 2 lần trong 1 tuần tiêu biểu; không hoặc ít: người chỉ ăn rau 1 đến 2 lần trong 1 tuần tiêu biểu.
- Hoạt động thể lực: Có: tập thể dục đều đặn hằng ngày từ 5-7 ngày trong tuần với thời gian 30-45 phút/ngày (như tập thể dục, đi bộ hay chơi thể thao khác...). Những người phải vận động tay chân > 45 phút/ ngày do yếu tố công việc thì cũng được xem như có tập thể dục. Không hoặc ít: không tập luyện hoặc tập luyện không đều đặn (<5 ngày trong tuần) hoặc khi làm công việc bàn giấy không vận động chân tay được xem là không tập luyện.
- THA là khi: (i) HA đo tại cơ sở y tế ≥ 140/90 mmHg hoặc khi đo tại nhà; hoặc (ii) huyết áp không tăng nhưng có bằng chứng THA như đang dùng thuốc hạ huyết áp hoặc có biến chứng như bệnh tim, tai biến mạch máu não do THA.
- Phân loại chương bệnh và bệnh tật : áp dụng bảng phân loại quốc tế bệnh tật lần thứ 10 (mã ICD-10) [1]

### 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	689	82,6
	Nữ	145	17,4
Độ tuổi	< 60 tuổi	128	15,3
	60 – 69	340	40,8
	70 – 79	254	30,5
	≥ 80	112	13,4
Phân loại BMI	Gầy	21	2,5
	Bình thường	219	26,3
	Thừa cân, béo phì	594	71,2
Tổng		834	100

**Nhận xét:** Về giới tính, nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ. Người cao tuổi chiếm đa số (84,7%), trong đó nhóm tuổi 60-69 chiếm tỷ lệ cao nhất 40,8%. Tuổi trung bình 68,8±9,7 tuổi; nhỏ nhất 39 tuổi; lớn nhất là 99 tuổi. Theo phân độ BMI, nhóm thừa cân, béo phì chiếm tỷ lệ cao nhất (71,2%).

**Bảng 1.2. Đặc điểm về thói quen, lối sống**

Thói quen	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Uống rượu, bia	296	35,5
Hút thuốc lá	209	25,1
Ít hoạt động thể lực	474	56,8
Ăn mặn	334	40
Ít ăn rau quả	416	49,9

**Nhận xét:** Thói quen ít hoạt động thể lực chiếm tỷ lệ cao nhất 56,8%, kể đến là ít ăn rau quả (49,9%) và ăn mặn (40%)

## 2. Mô hình bệnh tật và các yếu tố nguy cơ ở đối tượng nghiên cứu

### 2.1. Mô hình bệnh tật ở đối tượng nghiên cứu

**Bảng 2.1. Tỷ lệ 10 chương bệnh mắc hàng đầu theo ICD-10**

Chương bệnh	Tên chương bệnh	Tần suất	Tỷ lệ %
IX	Bệnh hệ tuần hoàn	671	80,5
IV	Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hoá	649	77,8
XIII	Bệnh hệ cơ-xương-khớp và mô liên kết	269	32,3
VII	Bệnh mắt và phần phụ	242	29
XIV	Bệnh hệ sinh dục, tiết niệu	235	28,2
X	Bệnh hệ hô hấp	91	10,9
XI	Bệnh hệ tiêu hoá	74	8,9
XII	Bệnh da và tổ chức dưới da	53	6,4
I	Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng	48	5,8
II	U tân sinh	19	2,3

**Nhận xét:** Trong 10 chương bệnh mắc hàng đầu, chương bệnh hệ tuần hoàn chiếm tỷ lệ cao nhất (80,5%), kế đến là bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hoá chiếm tỷ lệ 77,8%. Thấp nhất là bệnh lý u tân sinh (2,3%).

**Bảng 2.2. Tỷ lệ 10 bệnh mắc hàng đầu theo ICD-10**

E	Tên bệnh	Tần suất	Tỷ lệ %
I10	Bệnh lý tăng huyết áp	633	75,9
E78	Tăng lipid máu	584	70
E11	Đái tháo đường	321	38,5
H25	Đục thủy tinh thể	228	27,3
I25	Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn	225	27
N40	Tăng sản tiền liệt tuyến	167	20
M15	Thoái hoá đa khớp	122	14,6
M47	Thoái hoá cột sống	121	14,5
M10	Gút	73	8,8
N18	Suy thận mạn	68	8,2

**Nhận xét :** Trong 10 bệnh mắc hàng đầu, bệnh lý tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (75,9%), kế đến là tăng lipid máu chiếm tỷ lệ 70%. Thấp nhất là suy thận mạn (8,2%).

### 2.2. Các yếu tố nguy cơ.

**Bảng 2.3. Mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ và tăng huyết áp**

Yếu tố		Tăng huyết áp		p	OR (95% CI)
		Có	Không		
Giới tính	Nam	538 (78,1%)	151 (21,9%)	0,001	1,875 (2,762 – 1,273)
	Nữ	95 (65,5%)	50 (34,5%)		
Tuổi	≥ 60 tuổi	578 (81,9%)	128 (18,1%)	< 0,001	5,993 (4,022 – 8,931)
	< 60 tuổi	55 (43%)	73 (57%)		
Uống rượu, bia		239 (80,7%)	57 (19,3%)	0,015	1,532 (1,084 – 2,167)
Hút thuốc lá		150 (71,8%)	59 (28,2%)	0,107	0,747 (0,524 – 1,066)
Ít hoạt động thể lực		360 (75,9%)	114 (24,1%)	0,969	0,994 (0,721 – 1,369)
Ăn mặn		267 (79,9%)	67 (20,1%)	0,026	1,459 (1,046 – 2,036)
Ít ăn rau quả		313 (75,2%)	103 (24,8%)	0,657	1,075 (0,782 – 1,476)
Thừa cân, béo phì		477 (80,3%)	117 (19,7%)	< 0,001	2,195 (1,573 – 3,064)

**Nhận xét :** Nam giới, người cao tuổi, thừa cân, béo phì và thói quen ăn mặn, uống rượu, bia có nguy cơ mắc bệnh tăng huyết áp cao hơn một cách có ý nghĩa ( $p < 0,05$ )



**Bảng 2.4. Mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ và đái tháo đường**

Yếu tố		Đái tháo đường		p	OR (95%CI)
		Có	Không		
Giới tính	Nam	274 (39,8%)	415 (60,2%)	0,098	1,377 (0,942 – 2,013)
	Nữ	47 (32,4%)	98 (67,6%)		
Tuổi	≥ 60 tuổi	280 (39,7%)	426 (60,3%)	0,103	1,395 (0,934 – 2,082)
	< 60 tuổi	41 (32%)	87 (68%)		
Uống rượu, bia		119 (40,2%)	177 (59,8%)	0,451	1,118 (0,836 – 1,495)
Hút thuốc lá		72 (34,4%)	137 (65,6%)	0,166	0,794 (0,572 – 1,101)
Ít hoạt động thể lực		198 (41,8%)	276 (58,2%)	0,025	1,383 (1,041 – 1,838)
Ăn mặn		183 (54,8%)	151 (45,2%)	< 0,001	3,179 (2,376 – 4,254)
Ít ăn rau quả		175 (42,1%)	241 (57,9%)	0,034	1,353 (1,022 – 1,789)
Thừa cân, béo phì		250 (42,1%)	344 (57,9%)	0,001	1,73 (1,254 – 2,386)

**Nhận xét :** Người thừa cân, béo phì, ít hoạt động thể lực, có thói quen ăn mặn và ít ăn rau quả có nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường cao hơn một cách có ý nghĩa ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 2.5. Mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ và tăng lipid máu**

Yếu tố		Tăng lipid máu		p	OR (95%CI)
		Có	Không		
Giới tính	Nam	479 (69,5%)	210 (30,5%)	0,49	1,151 (0,772 – 1,715)
	Nữ	105 (72,4%)	40 (27,6%)		
Tuổi	≥ 60 tuổi	481 (68,1%)	225 (31,9%)	0,005	1,927 (1,211 – 3,067)
	< 60 tuổi	103 (80,5%)	25 (19,5%)		
Uống rượu, bia		207 (69,9%)	89 (30,1%)	0,966	0,993 (0,729 – 1,354)
Hút thuốc lá		140 (67%)	69 (33%)	0,268	0,827 (0,591 – 1,158)
Ít hoạt động thể lực		354 (74,7%)	120 (25,3%)	0,001	1,667 (1,238 – 2,247)
Ăn mặn		273 (81,7%)	61 (18,3%)	< 0,001	2,72 (1,953 – 3,788)
Ít ăn rau quả		307 (73,8%)	109 (26,2%)	0,018	1,433 (1,064 – 1,931)
Thừa cân, béo phì		443 (74,6%)	151 (25,4%)	< 0,001	2,060 (1,501 – 2,827)

**Nhận xét :** Người dưới 60 tuổi, thừa cân, béo phì, ít hoạt động thể lực, có thói quen ăn mặn và ít ăn rau quả có nguy cơ mắc tăng lipid máu cao hơn một cách có ý nghĩa ( $p < 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 834 đối tượng, trong đó dưới 60 tuổi chiếm 15,3% và ≥ 60 tuổi chiếm 84,7%, độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 60-69 tuổi. Về giới tính, tỷ lệ nam giới là 82,6%, cao hơn nhiều so với nữ giới (17,4%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Nguyên khi khảo sát mô hình bệnh tật tại phòng khám và quản lý sức khỏe cán bộ tỉnh Bình Phước, nam giới chiếm tỷ lệ cao (84%) so với nữ giới (16%), tỷ lệ người cao tuổi chiếm 60,3%, trong đó nhóm tuổi 60-69 tuổi chiếm ưu thế [5]. Tương tự, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thành Nguyên về mô hình bệnh tật của cán bộ thuộc ban thường vụ huyện Phú Giáo quản lý năm 2016 ghi nhận độ tuổi chủ yếu của cán bộ tham gia nghiên cứu là ≥ 60 tuổi (chiếm tỷ lệ hơn 60%) và đa số là nam giới (85,5%) [4].

Thừa cân, béo phì là yếu tố nguy cơ của nhiều bệnh không lây nhiễm. Tỷ lệ cán bộ thừa cân trong nghiên cứu của chúng tôi là 71,2%, cao hơn so với tỷ lệ người trưởng thành bị thừa cân, béo phì tại Việt Nam (15,6%) [2] và cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thành Nguyên (47,9%) [4]. Sự khác biệt này có thể do khác biệt về thói quen, lối sống của các đối tượng, là một trong các yếu tố làm cho tỷ lệ các bệnh không lây nhiễm có xu hướng gia tăng.

Khi khảo sát về đặc điểm lối sống, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ít hoạt động thể lực chiếm tỷ lệ cao nhất (56,8%), kế đến là thói quen ít ăn rau quả (49,9%).

Trong 10 chương bệnh mắc hàng đầu, chương bệnh hệ tuần hoàn chiếm tỷ lệ cao nhất (80,5%), kế đến là bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hoá chiếm tỷ lệ 77,8%. Thấp nhất là bệnh lý u

tân sinh (2,3%). Trong 10 bệnh mắc hàng đầu, bệnh lý tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (75,9%), kế đến là tăng lipid máu chiếm tỷ lệ 70% và đái tháo đường (38,5%). Thấp nhất là suy thận mạn (8,2%). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Thành về mô hình bệnh tật ở cán bộ tỉnh Long An, ba bệnh thường gặp nhất theo thứ tự là tăng lipid máu (67,11%), tăng huyết áp (37,67%) và đái tháo đường (13,23%) [6]. Tương tự, khi khảo sát mô hình bệnh tật của cán bộ Tỉnh ủy Sóc Trăng quản lý, tác giả Nguyễn Văn Dũng ghi nhận tăng huyết áp là bệnh lý chiếm tỷ lệ cao nhất (40,53%), kế đến là tăng lipid máu (18,94%) [3]. Điều này cho thấy nhóm bệnh không lây chiếm tỷ lệ cao, cần được quan tâm nhiều hơn trong công tác chăm sóc sức khỏe cán bộ.

Khi tìm hiểu mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ và các bệnh lý thường gặp, chúng tôi ghi nhận nam giới, người cao tuổi, thừa cân, béo phì và thói quen ăn mặn, uống rượu, bia có nguy cơ mắc bệnh tăng huyết áp cao hơn một cách có ý nghĩa ( $p < 0,05$ ). Người thừa cân, béo phì, ít hoạt động thể lực, có thói quen ăn mặn và ít ăn rau quả có nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường cao hơn một cách có ý nghĩa ( $p < 0,05$ ). Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận người dưới 60 tuổi, thừa cân, béo phì, ít hoạt động thể lực, có thói quen ăn mặn và ít ăn rau quả có nguy cơ mắc tăng lipid máu cao hơn một cách có ý nghĩa ( $p < 0,05$ ). Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trong nước. Theo tác giả Nguyễn Thành Nguyên, người cao tuổi có nguy cơ mắc tăng huyết áp cao hơn so với người  $< 60$  tuổi ( $p = 0,014$ ) [4]. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Thành cho thấy nam giới có nguy cơ mắc tăng huyết áp và đái tháo đường cao hơn nữ giới ( $p < 0,05$ ) và không có sự khác biệt có ý nghĩa về tình trạng mắc bệnh tăng lipid máu giữa hai giới [6]. Theo nghiên cứu của tác giả Phạm Thu Xanh, giới tính, thói quen uống rượu bia, ít hoạt động thể lực, thừa cân, béo phì liên quan có ý nghĩa thống kê đến bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường ( $p < 0,05$ ) [7].

## V. KẾT LUẬN

Mô hình bệnh tật ở đối tượng cán bộ khám sức khỏe định kỳ tại khoa Nội A chủ yếu bệnh không lây chiếm ưu thế. Các chương bệnh chiếm tỷ lệ cao lần lượt là bệnh hệ tuần hoàn, bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hoá, bệnh hệ cơ-xương-khớp và mô liên kết. Trong đó, bệnh lý thường gặp nhất lần lượt là tăng huyết áp nguyên phát, tăng lipid máu hỗn hợp, đái tháo đường không phụ thuộc insulin. Các yếu tố làm tăng nguy cơ mắc tăng huyết áp là nam giới, tuổi  $\geq 60$ , thừa cân, béo phì, thói quen ăn mặn, uống rượu, bia. Các yếu tố làm tăng nguy cơ mắc đái tháo đường và tăng lipid máu là thừa cân, béo phì, thói quen ăn mặn, ít ăn rau quả, ít hoạt động thể lực. Qua đó, chúng tôi kiến nghị cần tổ chức tốt công tác khám, chữa bệnh cũng như khám sức khỏe định kỳ hằng năm để tầm soát, phát hiện sớm các bệnh lý, đồng thời điều trị tích cực, hiệu quả, hạn chế tối đa các biến chứng. Song song đó, cần tăng cường công tác tuyên truyền, giáo dục sức khỏe nhằm ngăn ngừa và giảm thiểu các yếu tố nguy cơ liên quan đến nhóm bệnh không lây nhiễm. Mặt khác, cần thường xuyên bồi dưỡng chuyên môn cho các bác sĩ để nâng cao chất lượng điều trị và công tác quản lý sức khỏe, phát triển các dịch vụ y tế đặc thù dành cho người cao tuổi. Hằng năm, cần tiếp tục duy trì việc tổng hợp, phân tích, dự báo và đánh giá mô hình bệnh tật và nhu cầu chăm sóc sức khỏe của cán bộ để có một kết quả mang tính hệ thống, có ý nghĩa so sánh cao hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (1998), Hướng dẫn sử dụng bảng phân loại quốc tế bệnh tật lần thứ 10 (ICD-10), Nhà xuất bản y học.
2. Bộ Y Tế và Cục Y tế dự phòng (2015), Điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm.
3. Nguyễn Văn Dũng (2012), Khảo sát mô hình bệnh tật của các đối tượng thuộc diện Ban Bảo vệ, chăm sóc sức khỏe cán bộ Tỉnh ủy Sóc Trăng quản lý trong năm 2011. Tại: <https://sokhcn.soctrang.gov.vn/Default.aspx?sname=sokhcn&sid=1285&pageid=31788&catid=65283&id=304282&catname=Da-nghiem-thu&title=Khao-sat-mo-hinh-benh-tat-cua-cac-doi-tuong-thuoc-dien-Ban-Bao-ve--cham-soc-suc-khoe-can-bo-Tinh-uy-Soc-Trang-quan-ly-trong-nam-2011>
4. Nguyễn Thành Nguyên, Lăng Thị Loan, Chu Thị Thu Hồng (2016), Mô hình bệnh tật của cán bộ thuộc ban thường vụ huyện Phú Giáo quản lý năm 2016. Tại: <http://trungtamytephugiao.com.vn/Nghien-Cuu-Khoa-Hoc/mo-hinh-benh-tat-cua-can-bo-thuoc-ban-thuong-vu-huyen-phu-giao-quan-ly-nam-2016-221290>
5. Đỗ Thị Nguyên, Lê Anh Tuấn (2013), “Nghiên cứu mô hình bệnh tật ở bệnh nhân trên và dưới 60 tuổi tại phòng khám và quản lý sức khỏe cán bộ tỉnh Bình Phước”, Tạp chí y học thực hành, 869(5), tr, 180-184.
6. Nguyễn Văn Thành, Trang Mộng Hải Yến, Võ Văn Tỵ và cộng sự (2013), "Mô hình bệnh tật của đối tượng cán bộ diện quản lý sức khỏe tại ban bảo vệ và chăm sóc sức khỏe cán bộ tỉnh Long An", Tạp chí y học TP. HCM, tập 17, tr. 331-334.
7. Phạm Thu Xanh (2021), Nghiên cứu mô hình bệnh tật người cao tuổi tại Hải Phòng, các yếu tố liên quan và đề xuất giải pháp can thiệp. Tại: <http://soytehaiphong.gov.vn/Default.aspx?sid=1297&pageid=31369&catid=54472&id=350652&catname=trang-chu&title=nghiem-thu-de-tai-nghien-cuu-khoa-hoc-cap-thanh-pho-ve-mo-hinh-benh-tat-nguoi-cao-tuoi-tai-hai-phong>

# KHẢO SÁT TỈ LỆ LOÃNG XƯƠNG Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI ĐANG CHẠY THẬN NHÂN TẠO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Huyền Trinh Trí, Trần Ngọc Giải,  
Phan Trần Bảo Duy, Mai Huyền Anh

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bệnh xương thường gặp ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo. Đó là kết quả của sự bất thường về chu chuyển xương và giảm mật độ khoáng xương. Ở Việt Nam các nghiên cứu về loãng xương ở bệnh nhân đang chạy thận nhân tạo vẫn còn ít.

**Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ loãng xương ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang chạy thận nhân tạo tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang. Xác định mối liên hệ giữa nồng độ Ca, P, PTH máu và một số yếu tố với tình trạng loãng xương ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang chạy thận nhân tạo tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang 179 bệnh nhân đang chạy thận nhân tạo tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

**Kết quả:** Có 179 bệnh nhân đang chạy thận nhân tạo, tuổi trung bình:  $50,32 \pm 13,55$ , thấp nhất là 17, cao nhất là 86. Thời gian lọc máu trung bình:  $5.10 \pm 3.94$  năm. Nồng độ trung bình của canxi là  $2,29 \pm 0,28$  mmol/L, của Phospho máu là  $1,37 \pm 0,45$  mmol/L, Canxi x Phospho là  $3,16 \pm 1,15$  mmol<sup>2</sup>/l<sup>2</sup>, PTH máu là  $312 \pm 448$  pg/mL. Rối loạn canxi máu, Phospho máu, Ca x P, PTH lần lượt gồm tăng canxi máu là 37,4%, tăng phospho máu là 19%, tăng Ca x P là 14%, tăng PTH >300 pg/mL là 26,8%. Tỷ lệ loãng xương ở cột sống thắt lưng là 36,3%, ở cổ xương đùi 28,5%. Loãng xương ở cổ xương đùi và ở cột sống thắt lưng có liên quan đến tăng PTH và các nhóm tuổi. Loãng xương ở cột sống thắt lưng có liên quan đến tăng phospho máu. Loãng xương ở cổ xương đùi có liên quan đến giảm canxi máu.

**Kết luận:** Các rối loạn khoáng xương và loãng xương rất thường gặp trên bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ. Loãng xương có liên quan đến tăng PTH và các nhóm tuổi.

**Từ khóa:** Lọc máu - loãng xương - nồng độ Canxi, Phospho, PTH.

## ABSTRACT

### PREVALENCE OF OSTEOPOROSIS IN END-STAGE RENAL DISEASE PATIENTS ON HEMODIALYSIS AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL.

**Background:** Bone disease is common in patients undergoing hemodialysis. It is the result of bone turnover abnormalities and the decrease of bone mineral density (BMD). However, few studies on this subject were done in Việt Nam.

**Objective:** Determining the rate of osteoporosis in end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis at An Giang central general hospital. Determine the relationship between serum Ca, P, PTH and some factors with osteoporosis in end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis at An Giang central general hospital.

**Methods:** A cross-sectional study of 179 patients undergoing chronic hemodialysis in An Giang central general hospital.

**Results:** There were 179 hemodialysis patients, The median age:  $50.32 \pm 13.55$  (range from 17 to 86). The average hemodialysis time:  $5.10 \pm 3.94$  years. The average of serum Calcium is  $2.29 \pm 0.28$  mmol/L, serum Phosphorus is  $1.37 \pm 0.45$  mmol/L, serum Calcium x Phosphorus is  $3.16 \pm 1.15$  mmol<sup>2</sup>/l<sup>2</sup>, serum PTH is  $312 \pm 448$  pg/mL. Disorders of serum calcium, serum phosphorus, serum Ca x P, PTH were hypercalcemia in 37.4% cases, hyperphosphatemia in 19% cases, increased serum Ca x P in 14% cases, increased serum PTH >300 pg/mL in 26.8% cases. The rate osteoporosis of lumbar spine is 36.3%, osteoporosis of femoral neck is 28.5%. Osteoporosis of the femoral neck and lumbar spine is relationship with increased PTH and age groups. Osteoporosis of the lumbar spine is relationship with hyperphosphatemia. Osteoporosis of femoral neck is relationship with hypocalcemia.

**Conclusions:** Bone mineral disorders and osteoporosis are very common in chronic kidney disease patients with dialysis, Osteoporosis of the femoral neck and lumbar spine is relationship with increased PTH and age groups.

**Key words:** Hemodialysis- osteoporosis- serum calcium, phosphorus, PTH.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, số lượng bệnh nhân suy thận mạn chạy thận nhân tạo ngày một tăng. Bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối đều có tổn thương xương, nhưng phần lớn đều chỉ ở mức độ nhẹ khi bắt đầu lọc máu. Bệnh nhân lọc máu càng lâu thì triệu chứng về bệnh xương xuất hiện ngày càng nhiều. Bệnh xương ở những bệnh nhân lọc máu là hậu quả của cường tuyến cận giáp thứ phát, nhiễm độc nhôm, chế độ ăn của bệnh nhân, mức độ suy thận, thiếu máu... Đánh giá nguyên nhân, mức độ, yếu tố liên quan của tổn thương xương trên bệnh nhân lọc máu phức tạp đòi hỏi nhiều công sức nghiên cứu. Hội đồng cải thiện kết cục toàn cầu về bệnh thận (Kidney Disease: Improving Global Outcomes KDIGO) đưa ra 39 khuyến cáo với mục đích phát hiện và điều trị sớm, tích cực các bất thường khoáng xương và xương trên bệnh nhân bệnh thận mạn, lọc máu chu kỳ [8][13], điều này đã nói lên rằng nghiên cứu rối loạn khoáng xương và loãng xương do bệnh thận mạn là cần thiết và đáng quan tâm.

Ở Việt Nam, đã có những công bố về khoáng xương, mật độ xương. Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn chỉ mới dừng lại về nồng độ canxi, phospho, PTH( Hormon tuyến cận giáp-Parathyroid hormone), chưa có nhiều nghiên cứu về mật độ xương bằng DEXA trên bệnh nhân lọc máu chu kỳ. Vì vậy, chúng tôi chọn đề tài “ Khảo sát tỉ lệ loãng xương ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang chạy thận nhân tạo tại khoa thận nhân tạo bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang ” với mục tiêu sau:

-Xác định tỉ lệ loãng xương ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang chạy thận nhân tạo tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

- Xác định mối liên hệ giữa nồng độ Ca, P, PTH máu và một số yếu tố với tình trạng loãng xương ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang chạy thận nhân tạo tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

### 2. Cỡ mẫu:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ

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

Trong đó: n: cỡ mẫu; với p= tỉ lệ loãng xương

$\alpha$ : 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: 66 (p= 22,2%  $\Rightarrow$  n= 66) (tỉ lệ loãng xương của Malluche H là 22,2%) [11].

### 3. 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.

### 4. Tiêu chuẩn chọn bệnh :

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

+ Thời gian lọc ổn định > 3 tháng.

### 5. Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân lọc máu cấp cứu.

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Bệnh nhân gù vẹo cột sống không nằm đo mật độ xương được.

### 6. Cách tiến hành:

- Kỹ thuật tiến hành:

+ Các bệnh nhân nghiên cứu được lọc máu chu kỳ 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, thời gian lọc máu (năm), khoáng xương (canxi/máu, phospho/máu, PTH /máu).

\* Chẩn đoán rối loạn canxi máu ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ (LMCK) theo Hội đồng Đánh giá chất lượng kết cục bệnh thận (Kidney/Disease Outcomes Quality Initiative- K/DOQI) 2003 [10]:  
Canxi máu bình thường : 2,1- 2,37 mmol/L (8,4-9,5 mg/dL)

Canxi máu tăng : > 2,37 mmol/L

Canxi máu giảm : < 2,1 mmol/L

Canxi máu toàn phần: mg/dl (mg/dL x 0,25= mmol/L).

\* Chẩn đoán rối loạn phospho máu ở bệnh nhân LMCK theo K/DOQI 2003 [10]:

Bình thường: 1,13-1,78 mmol/L ( 3.5–5.5 mg/dL)

Tăng: > 1,78 mmol/L.

Giảm: < 1,13 mmol/L

Công thức chuyển đổi đơn vị: mmol/L = 0,323 x mg/dL

\* Chẩn đoán rối loạn Canxi x Phospho (Ca x P) ở bệnh nhân LMCK theo tiêu chuẩn K/DOQI 2003 [10]:

Bình thường: < 4,4 mmol<sup>2</sup>/l<sup>2</sup> (< 55 mg<sup>2</sup> / dl<sup>2</sup>)

Tăng: ≥ 4,4 mmol<sup>2</sup>/l<sup>2</sup> (≥55 mg<sup>2</sup> / dl<sup>2</sup>)

\* Chẩn đoán rối loạn PTH theo K/DOQI 2003 [10] ở bệnh nhân LMCK:

Bình thường: 150 đến 300 pg/mL.

Giảm: < 150 pg/mL.

Tăng: > 300 pg/mL.

\* Đo mật độ xương(MĐX): Mật độ xương (BMD- Bone Mineral Density : g/cm<sup>2</sup>) được đo bằng phép đo hấp phụ tia X năng lượng kép DEXA (Dual - Energy X - ray Absorptionmetry) tại hai vị trí cổ xương đùi(CXD) và cột sống thắt lưng(CSTL).

\* Đánh giá kết quả: Mật độ xương đo được so sánh với mật độ xương người trưởng thành bởi chỉ số T-score theo Tổ chức y tế thế giới (World Health Organization-WHO) [14]:

Bình thường: T- score ≥ -1

Thiếu xương: -2,5 < T-score < -1,1

Loãng xương: T-score ≤ -2,5

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  $\chi^2$ .

Biến định lượng: trung bình ± ĐLC, kiểm định T, phân tích phương sai.

P < 0,05: có ý nghĩa thống kê.

### III.KẾT QUẢ

#### 3.1.Đặc điểm chung về tuổi, giới, khoáng xương của 179 đối tượng nghiên cứu:

-Tuổi: Trung bình: 50,32 ± 13,55 ; thấp nhất: 17, cao nhất: 86

-Giới: Nam: 72( 40,2%), nữ: 107 (59,8%).

**Bảng 1. Nhóm tuổi**

Nhóm tuổi	<50	50-60	60-70	>70	Tổng
N	85	49	30	15	179
%	47,5	27,4	16,8	8,4	100,00

Nhận xét: Nhóm tuổi <50 chiếm nhiều nhất 47,5%.

-Thời gian lọc máu : < 5 năm: 119(66,5%); > 5 năm:60 (33,5%); Thời gian lọc máu trung bình: 5.10 ± 3.94; ngắn nhất: 1 năm, dài nhất :18 năm

**Bảng 2. Nồng độ trung bình các yếu tố khoáng xương**

Khoáng xương	N=179	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Canxi máu (mmol/L)	2,29 ± 0,28	0,01 ± 0,28	3,07 ± 0,28
Phospho máu (mmol/L)	1,37 ± 0,45	0,53 ± 0,45	2,8 ± 0,45
Ca x P (mmol <sup>2</sup> /l <sup>2</sup> )	3,16 ± 1,15	0,01 ± 1,15	7,47 ± 1,15
PTH máu (pg/mL)	312 ± 448	6 ± 448	2741 ± 448

**Nhận xét:** Nồng độ trung bình của canxi là 2,29 ± 0,28 mmol/L, của Phospho máu là 1,37 ± 0,45 mmol/L, Canxi x Phospho là 3,16 ± 1,15 mmol<sup>2</sup>/l<sup>2</sup>, PTH máu là 312 ± 448 pg/mL.

**Bảng 3. Phân loại rối loạn canxi máu theo KDOQI của nhóm LMCK**

Canxi máu HC (mmol/L)	Số lượng	Tỷ lệ %
Giảm (< 2,10)	30	16,8
Trung bình (2,10 - 2,37)	82	45,8
Tăng (> 2,37)	67	37,4
Tổng cộng	179	100,00

**Nhận xét:** Rối loạn canxi máu chiếm 54,2% , gồm 16,8% giảm canxi máu và 37,4% tăng canxi máu. Tỷ lệ đạt theo tiêu chuẩn KDOQI là 83,2%.

**Bảng 4. Phân loại rối loạn phospho máu theo KDOQI của nhóm LMCK**

Phospho máu (mmol/L)	Số lượng	Tỷ lệ %
Giảm (< 1,13)	56	31,3
Trung bình (1,13 – 1,78)	89	49,7
Tăng (> 1,78)	34	19,0
Tổng cộng	179	100,00

**Nhận xét :** Có 19% tăng phospho máu theo phân loại KDOQI. Tỷ lệ đạt theo tiêu chuẩn KDOQI là 81%.

**Bảng 5. Phân loại tích Canxi x Phospho máu theo KDOQI của nhóm LMCK**

Ca x P (mmol <sup>2</sup> /l <sup>2</sup> )	Số lượng	Tỷ lệ %
< 4,4	154	86
≥ 4,4	25	14
Tổng cộng	179	100,00

**Nhận xét:** Có 14% tăng chỉ số tích Canxi x Phospho máu theo phân loại của KDOQI. Tỷ lệ đạt theo tiêu chuẩn KDOQI là 86%.

**Bảng 6. Phân loại PTH máu theo KDOQI ở nhóm bệnh nhân LMCK**

PTH máu (pg/mL)	Số lượng	Tỷ lệ %
< 150	100	55,9
150 - 300	31	17,3
> 300	48	26,8
Tổng cộng	179	100,00

**Nhận xét:** Có 26,8% tăng PTH >300 pg/mL và PTH máu thấp là 55,9%. Tỷ lệ đạt theo tiêu chuẩn KDOQI của là, 73,2%.

**Bảng 7. Mật độ xương**

MĐX	CXD(cổ xương đùi)	CSTL(cột sống thắt lưng)
T score	TB:-1,60 ± 1,48 (g/cm <sup>2</sup> )	TB:-2,08 ± 1,05 (g/cm <sup>2</sup> )
Z score	TB: -0,87 ± 1,42(g/cm <sup>2</sup> )	TB: -1,30 ± 1,40 (g/cm <sup>2</sup> )

**Nhận xét:** Mật độ xương trung bình của cổ xương đùi :-1,60 ± 1,48 (g/cm<sup>2</sup>) cao hơn của cột sống thắt lưng:-2,08 ± 1,05 (g/cm<sup>2</sup>).

**Bảng 8. Tỷ lệ loãng xương**

MĐX	CXĐ	Tỷ lệ %	CSTL	Tỷ lệ %
Bình thường	51	28,5	39	21,8
Thiếu xương	77	43	75	41,9
Loãng xương	51	28,5	65	36,3
Tổng cộng	179	100,00	179	100,00

**Nhận xét:** Tỷ lệ loãng xương ở cột sống thắt lưng(36,3%) cao hơn tỷ lệ loãng xương ở cổ xương đùi (28,5%), tỷ lệ thiếu xương ở cột sống lưng (21,8%) thấp hơn ở cổ xương đùi(28,5%).

**Bảng 9. Mối liên quan giữa loãng xương với nhóm tuổi**

Nhóm tuổi (n=179)	Loãng xương CXĐ	Không loãng xương CXĐ	P	Loãng xương CSTL	Không loãng xương CSTL	P
< 50	19(10,62%)	66(36,87%)	0,001	26(14,52%)	59(32,96%)	0,001
50-59	12(6,7%)	37(20,67%)		14(7,82%)	35(19,55%)	
60-69	10(5,58%)	20(11,17%)		13(7,26%)	17(9,49%)	
≥ 70	10(5,58%)	5(2,79%)		12(6,7%)	3(1,67%)	
Tổng	51(28,5%)	128(71,5%)	179	65(36,3%)	114(63,7%)	179

**Nhận xét:** Loãng xương ở CXĐ và ở CSTL ở nhóm dưới 50 tuổi nhiều nhất lần lượt là 10,62% và 14,5%, các nhóm tuổi có liên quan đến loãng xương có ý nghĩa với  $P < 0,05$ .

**Bảng 10. Mối liên quan giữa loãng xương với giới tính**

Giới tính (n=179)	Loãng xương CXĐ	Không loãng xương CXĐ	P	Loãng xương CSTL	Không loãng xương CSTL	P
Nữ	32(17,88%)	75(41,89%)	0,60	43(24,01%)	64(35,76%)	0,18
Nam	19(10,62%)	53(29,61%)		22(12,29%)	50(27,94%)	
Tổng	51(28,5%)	128(71,5%)	179	65(36,3%)	114(63,7%)	179

**Nhận xét:** Loãng xương ở CXĐ và ở CSTL không liên quan đến giới tính.

**Bảng 11. Mối liên quan giữa loãng xương với canxi máu**

Canxi(Ca)	Loãng xương CXĐ	Không loãng xương CXĐ	P	Loãng xương CSTL	Không loãng xương CSTL	P
Ca máu giảm	13(7,27%)	17 (9,49%)	0,04	14(7,82%)	16 (8,94%)	0,19
Ca máu không giảm	38(21,23%)	111(62,01%)		51(28,48%)	98(54,76%)	
Tổng	51(28,5%)	128(71,5%)	179	65(36,3%)	114(63,7%)	179

**Nhận xét:** Loãng xương ở CXĐ liên quan đến giảm canxi máu chiếm 7,2% với  $P < 0,05$ . Loãng xương ở CSTL không có liên quan với canxi máu giảm với  $P = 0,19$ .

**Bảng 12. Mối liên quan giữa loãng xương với phospho máu**

Phospho	Loãng xương CXĐ	Không loãng xương CXĐ	P	Loãng xương CSTL	Không loãng xương CSTL	P
Phospho tăng	45(21,14%)	100(55,86%)	0,12	60(33,51%)	85(47,49%)	0,004
Phospho không tăng	6(3,36%)	28(15,84%)		5(2,79%)	29(16,21%)	
Tổng	51(28,5%)	128(71,5%)	179	65(36,3%)	114(63,7%)	179



**Nhận xét:** Loãng xương ở CSTL có liên quan đến tăng phospho máu chiếm 33,51% có ý nghĩa với  $P < 0,05$ . Loãng xương ở CXĐ không có liên quan với Phospho máu tăng với  $P = 0,12$

**Bảng 13. Mối liên quan giữa loãng xương với PTH máu**

PTH	Loãng xương CXĐ	Không loãng xương CXĐ	P	Loãng xương CSTL	Không loãng xương CSTL	P
PTH tăng	32(17,88%)	99(55,30%)	0,047	40(22,34%)	91(50,84%)	0,008
PTH không tăng	19(10,62%)	29(16,20%)		25(13,96%)	23(12,86%)	
Tổng	51(28,5%)	128(71,5%)	179	65(36,3%)	114(63,7%)	179

**Nhận xét:** Loãng xương ở CXĐ và ở CSTL có liên quan đến tăng PTH lần lượt là 17,88% và 22,34% với  $P < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Trong 179 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam chiếm 40,2%, nữ 59,8%. Một số nghiên cứu khác ở bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ như nghiên cứu của Nguyễn Vĩnh Hưng (2009) có tỷ lệ nam là 63% và nữ 37% [3]. Theo nghiên cứu COSMOS của José Luis Fernández-Martín và cs công bố năm 2012 trên 227 bệnh nhân LMCK có tỷ lệ nam giới là 59,7% và nữ là 40,3% [7]. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt nam ít hơn nữ so với các tác giả trên.

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi:  $50,32 \pm 13,55$ . Tuổi nhỏ nhất 17 tuổi và tuổi lớn nhất 86 tuổi. So sánh với kết quả của tác giả Nguyễn Thị Dũng (2014) nghiên cứu loãng xương và các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân LMCK cho thấy tuổi trung bình là  $55,48 \pm 15,73$  tuổi [2]. Tác giả Kazushige Nakani (2018) nghiên cứu mật độ xương tại ở bệnh nhân LMCK ghi nhận tuổi trung bình là  $63,07 \pm 13,01$  tuổi [12]. Tuổi trung bình của nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các tác giả trên.

Thời gian lọc máu trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $5,10 \pm 3,94$  năm, ngắn nhất là 1 năm, dài nhất là 18 năm. Thời gian lọc máu dưới 5 năm: 66,5%, trên 5 năm là 33,5%. Theo tác giả Nguyễn Thị Kim Thủy (2011) nghiên cứu trên 40 bệnh nhân LMCK tại Bệnh viện Trung ương quân đội 108 có thời gian lọc máu trung bình  $5,7 \pm 4,3$  năm [4]. Thời gian trung bình gần giống với nhóm bệnh nhân của chúng tôi.

Nồng độ trung bình các yếu tố khoáng xương của nghiên cứu chúng tôi gồm canxi là  $2,29 \pm 0,28$  mmol/L, Phospho máu là  $1,37 \pm 0,45$  mmol/L, Canxi x Phospho là  $3,16 \pm 1,15$  mmol<sup>2</sup>/l<sup>2</sup>, PTH máu là  $312 \pm 448$  pg/mL. Theo Nguyễn Hoàng Thanh Vân (2015) trên 66 bệnh nhân LMCK thì nồng độ canxi máu hiệu chỉnh trung bình là  $2,40 \pm 0,27$  mmol/L, nồng độ phospho máu trung bình là  $2,49 \pm 0,82$  mmol/L, trung bình tích Canxi x Phospho là  $5,9 \pm 1,73$  (mmol<sup>2</sup>/l<sup>2</sup>) và nồng độ PTH là  $324,64 \pm 287,23$  pg/mL [5]. Nồng độ trung bình các yếu tố khoáng xương của nghiên cứu chúng tôi thấp hơn Nguyễn Hoàng Thanh Vân [5].

Về phân loại rối loạn khoáng xương theo Hội đồng Đánh giá chất lượng kết cục bệnh thận (Kidney/Disease Outcomes Quality Initiative- K/DOQI), kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy trên 179 bệnh nhân LMCK rối loạn canxi máu chiếm đến 54,2% gồm 16,8% giảm canxi máu và 37,4% tăng canxi máu, có 19% tăng phospho máu theo phân loại KDOQI, có 26,8% tăng PTH >300 pg/mL. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Thanh Vân (2015), theo khuyến cáo KDOQI, tỷ lệ BN LMCK có canxi máu hạ và bình thường chiếm 69,7%, tăng phospho máu là 81,82% và 2,42% tăng PTH máu. Rối loạn phospho là thường gặp nhất [5]. Theo công bố của Young E. W, et al. (2005) trên tạp chí Kidney International, thống kê mô tả trên số liệu bệnh nhân LMCK đa quốc gia của Nhật Bản, Châu Âu và Hoa Kỳ, theo tiêu chí khuyến cáo KDOQI, ghi nhận tỷ lệ hạ canxi máu là 9,2%, tăng phospho máu 51,6% và tăng PTH máu 26,7%, [15].

Tác giả Guillaume MA (2015), nghiên cứu hồi cứu, mô tả rối loạn khoáng xương của 135 bệnh nhân LMCK của 3 trung tâm lọc máu tại Dakar, Senegal có tỷ lệ rối loạn calci-phospho gồm: 23% hạ canxi, 30,8% tăng phospho, 42,6% tăng PTH. Tỷ lệ đạt theo tiêu chuẩn KDOQI 63,7%

với canxi, 60,9% với phospho, 44,7% với PTH, 21,5% theo giá trị mục tiêu của KDOQI [9]. Tỷ lệ đạt theo tiêu chuẩn KDOQI của chúng tôi là 83,2% với canxi, 81% với phospho, 73,2% với PTH, so với các tác giả trên thì tỷ lệ đạt theo giá trị mục tiêu của KDOQI chúng tôi cao hơn.

Về tích Canxi x Phospho máu ghi nhận chỉ số Ca x P tăng là 14% theo phân loại của KDOQI. Tỷ lệ Ca x P đạt chuẩn theo KDOQI của chúng tôi đến 86%. So với nghiên cứu rối loạn Calci-Phospho-PTH ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo định kỳ của Phạm Văn Bùi(2010) thì chỉ có 11,25% tỷ lệ Ca x P đạt theo đúng khuyến cáo của K/DOQI [1][9]. Khi tích số Ca x P vượt quá giới hạn cho phép thì có thể do tăng Ca máu hay tăng P máu: tăng Ca máu và tăng tích số Ca x P sẽ gây tình trạng calci hóa, đặc biệt là calci hóa ở tim; Ca x P và P máu tăng được xem là yếu tố nguy cơ quan trọng gây vôi hóa tại tim và ngoài tim (mô mềm, nội tạng,...) [1].

Về mật độ xương, kết quả mật độ xương trung bình của cổ xương đùi là  $-1,60 \pm 1,48$  ( $\text{g}/\text{cm}^2$ ) và cột sống thắt lưng:  $-2,08 \pm 1,05$  ( $\text{g}/\text{cm}^2$ ). Dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán loãng xương của WHO[13], khi có T- Score  $\leq 2,5$  tại 1 trong 2 vị trí đo cột sống thắt lưng và cổ xương đùi, khi tiến hành đo MĐX bằng DEXA, chúng tôi ghi nhận loãng xương ở CSTL là 36,3%, CXĐ là 28,5% và thiếu xương ở CSTL, CXĐ lần lượt là 41,9% và 43%.

Theo tác giả Nguyễn Thị Dũng, Võ Tam (2015), nghiên cứu trên 93 bệnh nhân LMCK tại Bệnh viện Chợ Rẫy đã ghi nhận MĐX trung bình tại cổ xương đùi, là  $0,603 \pm 0,105$ ;  $\text{g}/\text{cm}^2$ . Tỷ lệ loãng xương vùng cổ cổ xương đùi là 39,8%. Tỷ lệ thiếu xương ở vùng cổ cổ xương đùi là 54,8% [2]. Fawzy Hamed Saafan và cs (2014) nghiên cứu trên 100 bệnh nhân BTM LMCK tại Cairo - Ai Cập, ghi nhận 27% bệnh nhân lọc máu có MĐX bình thường, 53% bị thiếu xương và 20% loãng xương [6]. Như vậy, kết quả nghiên cứu về MĐX của chúng tôi trên đối tượng bệnh thận mạn đang LMCK khá phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả trước đây đã công bố, tuy nhiên so với một vài nghiên cứu tỷ lệ loãng xương trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn, điều này có thể do khác biệt về thời gian lọc máu, tỷ lệ giới tính, chủng tộc, chế độ điều trị khác nhau.

Mối liên quan giữa loãng xương ở CXĐ và CSTL với các nhóm tuổi dưới 50, 50-59, 60-69, và trên 70 có mối liên quan với loãng xương với  $P < 0,05$ . Trong 51 bệnh nhân loãng xương CXĐ, tỷ lệ ở nhóm tuổi dưới 50, 50-59, 60-69, trên 70 lần lượt là 10,61%, 6,7%, 5,58% và 5,58%, nhóm dưới 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất. So với tác giả Nguyễn Vĩnh Hưng (2009) nghiên cứu bệnh lý xương ở bệnh nhân suy thận lọc máu bằng phương pháp chạy thận nhân tạo chu kỳ ghi nhận có 57 bệnh nhân bị loãng xương trong đó nhóm dưới 25 tuổi chiếm 1,6% và trên 45 là 28,3% [3].

Trong 51 bệnh nhân có loãng xương CXĐ gồm 19 nam giới chiếm tỉ lệ 10,62% và 32 nữ có chiếm tỉ lệ 17,88%. Có 65 bệnh nhân loãng xương CSTL gồm 22 nam giới chiếm tỉ lệ 12,28% và 43 nữ có chiếm tỉ lệ 24,02%, sự khác biệt giữa giới tính và bệnh xương không có ý nghĩa thống kê, điều này cho thấy rằng hai giới đều có khả năng mắc bệnh xương như nhau. So với tác giả Nguyễn Vĩnh Hưng (2009) có 57 bệnh nhân bị loãng xương trong đó nam giới chiếm 25,2% và nữ giới là 19,7% và ghi nhận không có khác biệt giữa giới tính và bệnh xương [3].

Trong 51 bệnh nhân loãng xương CXĐ có 13 bệnh nhân giảm canxi máu chiếm 7,27%, có mối liên quan giữa loãng xương CXĐ với canxi máu có ý nghĩa thống kê với  $P < 0,05$ , có 45 bệnh nhân tăng phospho máu chiếm 21,14%, không có mối liên quan giữa loãng xương CXĐ với giảm tăng phospho máu, có 32 bệnh nhân tăng PTH chiếm 17,88%, có mối liên quan giữa loãng xương CXĐ với tăng PTH với  $P < 0,05$ .

Trong 65 bệnh nhân loãng xương CSTL có 14 bệnh nhân giảm canxi máu chiếm 7,82%, không có mối liên quan giữa loãng xương CSTL với giảm canxi máu, có 60 bệnh nhân tăng phospho máu chiếm 33,51% có mối liên quan giữa loãng xương CSTL với tăng Phospho máu có ý nghĩa thống kê  $P < 0,05$ , có 40 bệnh nhân tăng PTH chiếm 22,34% có mối liên quan giữa loãng xương CSTL với tăng PTH với  $P < 0,05$ .

Nguyễn Thị Dũng (2015) nghiên cứu mật độ xương bằng Hologic Explorer QDR 4500 trên 93 bệnh nhân đang lọc máu chu kỳ tại Khoa thận nhân tạo Bệnh viện Chợ rẫy, mật độ xương tại toàn bộ xương đùi có liên quan đến các yếu tố giới tính, albumin máu và phospho máu [2].

Fawzi Hamed Saafan và cs , Ai Cập (2014), nghiên cứu 100 bệnh nhân LMCK đã ghi nhận kết quả có tương quan nghịch giữa MĐX và PTH ( $r = - 0,35, p < 0,005$ ), phospho ( $r = - 0,20, p=0,01$ ), tương quan thuận giữa MĐX với canxi ( $r = 0,20, p < 0,04$ ) [6].

Theo Tổ chức y tế thế giới (WHO) loãng xương là bệnh lý của xương, dẫn đến tăng nguy cơ gãy xương. Trong loãng xương MĐX giảm, vi cấu trúc xương bị phá vỡ, số lượng và các dạng của những protein không collagen trong bị biến đổi. Cơ chế cơ bản nhất của tất cả các nguyên nhân bệnh loãng xương là mất cân bằng giữa hủy xương và tạo xương. Những bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối thường gia tăng mất xương do những bất thường về chu chuyển xương từ đó dẫn đến những vấn đề về sức khỏe xương, như thiếu xương, loãng xương[13].

## V.KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 179 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang chạy thận nhân tạo, chúng tôi rút ra một số kết luận:

Tỷ lệ loãng xương ở cột sống thắt lưng là 36,3% , tỷ lệ loãng xương ở cổ xương đùi 28,5%, tỷ lệ thiếu xương ở cột sống lưng 21,8%, ở cổ xương đùi 28,5%.

Nồng độ trung bình của canxi là  $2,29 \pm 0,28$  mmol/L, của Phospho máu là  $1,37 \pm 0,45$  mmol/L, Canxi x Phospho là  $3,16 \pm 1,15$  mmol<sup>2</sup>/l<sup>2</sup> , PTH máu là  $312 \pm 448$  pg/mL.

Rối loạn canxi máu, Phospho máu, Ca x P, PTH, theo phân loại KDOQI lần lượt là 37,4 % tăng canxi máu, có 19% tăng phospho máu, 14% tăng Ca x P, có 26,8% tăng PTH >300 pg/mL. Loãng xương ở CXĐ và ở CSTL có liên quan đến tăng PTH, các nhóm tuổi. Loãng xương ở CSTL có liên quan đến tăng phospho máu. Loãng xương ở CXĐ có liên quan đến giảm canxi máu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Văn Bùi, Nguyễn Thanh Hiệp (2010). "Rối loạn Calci-Phospho-PTH ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo định kỳ" .*Y Học TP. Hồ Chí Minh*; Tập 14, Phụ bản của Số 2 .
2. Nguyễn Thị Dũng, Võ Tam (2015). "Loãng xương và các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân lọc máu định kỳ". *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế*; Số 24: trang 50-57 .
3. Nguyễn Vĩnh Hưng, Nguyễn Bảo Ngọc ( 2009). "Nghiên cứu bệnh lý xương ở bệnh nhân suy thận lọc máu bằng phương pháp chạy thận nhân tạo chu kỳ". *Y học thực hành*; Số 11: trang 686.
4. Nguyễn Thị Kim Thủy (2011). "Nồng độ canxi, phospho, PTH huyết thanh và tình trạng loãng xương ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ". *Y học thực hành*; Số 6: trang 78-80.
5. Nguyễn Hoàng Thanh Vân (2015). "Nghiên cứu nồng độ betacrosslaps, hormon tuyến cận giáp huyết thanh ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối", *Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Dược Huế*.
6. Fawzy H.S., Alsayed M.R., Amged A. A., et al (2014). "Relation between Hyperparathyroidism and Osteoporosis in Chronic Renal Failure Patients with Regular Haemodialysis". *Journal of American Science*; 10: pp. 256-261.
7. Fernandez-Martin, J.L.,et al (2013). "COSMOS: the dialysis scenario of CKD-MBD in Europe". *Nephrol Dial Transplant*; 28(7): pp. 1922-1935.
8. International society of nephrology (2017). "KDIGO 2017 clinical practice guideline update for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of chronic kidney disease–mineral and bone disorder (CKD-MBD)". *Kidney International Supplements*; 7: pp. 1-59.
9. Guillaume (2015). "Evaluation of Phospho-calcic Profile of Dakar Chronic Hemodialysis and Comparison with KDIGO Recommendations". *Int J Nephrology and Kidney Failure*; 1.1: pp 1-5.
10. 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).
11. Malluche H (2014). "Bone mineral density and serum biochemical predictors of bone loss in patients with CKD on dialysis". *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*; 9(7): pp.1254-1262.
12. Nakanishi K, et al (2018). "Bone density of the femoral neck in patients on maintenance dialysis". *PLoS One*; 13(5): pp. 1-9.
13. Uhlig K, et al (2010). "KDOQI US commentary on the 2009 KDIGO Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of CKD-Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD)". *Am J Kidney Dis*; 55(5): pp. 773-799.
14. WHO (2004). WHO scientific group on the assessment of osteoporosis at primary health care level, Editor, *Summary Meeting Report Brussels, Belgium, 5-7 May 2004*.
15. Young E. W, et al (2005). "Predictors and consequences of altered mineral metabolism: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study". *Kidney Int*; 67(3): pp. 1179-1187.

# MỐI LIÊN QUAN GIỮA FERRITIN HUYẾT THANH VỚI SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM TẠI BVĐKTT AN GIANG NĂM 2022-2023

Đoàn Công Du, Trần Thị Huyền Trân,  
Lê Trần Xuân Phương, Nguyễn Thị Bích Ngọc

## TÓM TẮT

**Tổng quan:** Thiếu sắt và giảm ferritin là yếu tố độc lập làm nặng lên tình trạng suy tim, giảm chất lượng cuộc sống, tăng tỷ lệ tử vong trong suy tim mạn tính nói chung và trong suy tim mạn tính có phân suất tổng máu giảm nói riêng.

**Mục tiêu:** tìm hiểu một số yếu tố liên quan tình trạng giảm ferritin với một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm.

**Đối tượng và phương pháp:** Từ tháng 01/2023 đến tháng 09/2023, chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 110 bệnh nhân nhập viện vì suy tim mạn tính có phân suất tổng máu giảm điều trị nội trú tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

**Kết quả:** Tổng số có (65 nam và 45 nữ, với độ tuổi trung bình là  $74,99 \pm 10,98$ ). 19 bệnh nhân suy tim mạn có phân suất tổng máu giảm có giảm ferritin (chiếm 17,3%). Nồng độ ferritin huyết thanh trung bình  $407,5 \pm 374,5 \text{ ng/L}$ . Về lâm sàng, tần số tim là chỉ số đánh giá về tình trạng giảm ferritin huyết thanh với  $p < 0,001$ . Các chỉ số về HGB, HCT, MCV, MCHC đều có ảnh hưởng đến tình trạng giảm ferritin, chỉ số ure và mức lọc cầu thận với  $p$  tương ứng là  $< 0,05$  và  $0,001$ . **Kết luận:** Tình trạng giảm ferritin huyết thanh thường gặp ở bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm, và có liên quan mật thiết với tình trạng lâm sàng và cận lâm sàng.

**Từ khóa:** suy tim phân suất tổng máu giảm, ferritin huyết thanh.

## ABSTRACT

### SERUM FERRITIN IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE WITH REDUCED EJECTION FRACTION

**Overview:** Iron and ferritin deficiency are independent factors that aggravate morbidity, reduce quality of life, increase mortality in chronic heart failure in general and in chronic heart failure with reduced ejection fraction in particular.

**Objectives:** to survey on the relationship between serum ferritin deficiency and some clinical and subclinical factors in patients with reduced ejection fraction. **Subjects and methods:** From 01/2023 to 09/2023, we conducted a study on 110 patients hospitalized for chronic HFrEF at An Giang General Center Hospital.

**Results:** 65 male patients and 45 female patients with average age of  $74,99 \pm 10,98$ . Hypertension (46,4%) and coronary artery disease (41,8%) are the two main causes of heart failure with reduced ejection fraction. 19 chronic heart failure patients with reduced ejection fraction with serum ferritin deficiency, accounting for 17,3%. The average serum ferritin was  $407,5 \pm 374,5 \text{ ng/L}$ . Clinically, heart rate is an indicator of serum ferritin deficiency with  $p < 0,001$ . In terms of subclinical HGB, HCT, MCV, and MCHC all affect serum ferritin deficiency with  $p < 0,05$ . They also affect urea index and glomerular filtration rate with  $p$  respectively  $p < 0,05$  and  $0,001$ . **Conclusion:** Serum ferritin deficiency is common in heart failure patients with reduced ejection fraction, and is closely related to the clinical and subclinical status.

**Key words:** Heart failure with reduced ejection fraction, serum ferritin.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam ước tính có khoảng 360.000 đến 1,8 triệu người mắc suy tim, có khoảng 60% các bệnh nhân điều trị nội trú ở các khoa tim mạch bị suy tim ở các mức độ khác nhau. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng có khoảng 50% số bệnh nhân suy tim sẽ chết trong vòng 5 năm kể từ khi phát hiện bệnh và tỷ lệ tái nhập viện sau 30 ngày đối với bệnh nhân suy tim lên tới 35%. Do đó suy tim là một gánh nặng đối van tim, bệnh cơ tim, bệnh mạch vành,... Là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở các nước phát triển như Mỹ và châu Âu và một số nước khác. Bệnh có tỷ lệ mắc, tỷ lệ tử vong và chi phí điều trị cao [1].

Mỗi năm tại Mỹ có gần 6 triệu người mắc suy tim, trên 550.000 ca suy tim mới mắc được chẩn đoán, trên 1 triệu lượt nhập viện do suy tim và tỷ lệ tử vong ước tính sau 1 năm và 5 năm tương ứng là 30% và 50%. Theo dự báo của Hunts SA và các cộng sự, năm 2030 sẽ có khoảng trên 8 triệu người mắc suy tim và chi phí điều trị cho suy tim sẽ lên tới 69,7 tỉ USD ở Mỹ [9].

Có nhiều nguyên nhân hay các yếu tố làm nặng suy tim như: Nhiễm trùng, thiếu máu, uống rượu, có thai, không tuân thủ điều trị... Năm 2016, Hội Tim mạch châu Âu (ESC) đã có sự đồng thuận khi công nhận thiếu sắt là yếu tố độc lập làm nặng lên tình trạng bệnh, làm giảm chất lượng cuộc sống, tăng tỷ lệ tử vong trong suy tim mạn tính.

Một nghiên cứu thuần tập ở 5 nước châu Âu với 1.500 bệnh nhân suy tim mạn, khoảng 50 % bệnh nhân có thiếu sắt, có 440 bệnh nhân tử vong có liên quan đến tình trạng giảm sắt huyết thanh. Ở các nước châu Á, tỷ lệ thiếu sắt bệnh nhân suy tim có thể lên tới từ 60-80%. Đặc biệt bệnh nhân suy tim càng nặng thì tỷ lệ thiếu sắt càng cao và tiên lượng càng nặng nề [9].

Điều trị bổ sung sắt ở các bệnh nhân suy tim có thiếu sắt đã giúp cải thiện rõ rệt hiệu quả điều trị. Thử nghiệm COMFIRM HF trên 304 bệnh nhân suy tim có thiếu sắt, 152 bệnh nhân được bổ sung sắt so sánh với 152 bệnh nhân dùng giả dược. Kết quả cho thấy nhóm bệnh nhân dùng sắt đã cải thiện rõ ràng khả năng gắng sức, triệu chứng và chất lượng cuộc sống giảm tỷ lệ nhập viện do suy tim.

Nhiều nghiên cứu khác cũng cho thấy tình trạng thiếu sắt là phổ biến ở bệnh nhân suy tim mạn và có liên quan đến mức độ nghiêm trọng của bệnh.

Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “*Mối liên quan giữa ferritin huyết thanh với suy tim phân suất tống máu giảm tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2022-2023*”. Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu cụ thể:

1. Khảo sát nồng độ ferritin huyết thanh ở bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu giảm tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

2. Tìm hiểu mối liên quan giữa tình trạng ferritin huyết thanh với một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm 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 được chẩn đoán suy tim phân suất tống máu giảm vào khoa Tim mạch – Lão học bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang.

\* Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tất cả bệnh nhân suy tim phân suất thất trái giảm được điều trị nội trú tại khoa Tim mạch – Lão học Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu:

BN nhập viện có chẩn đoán suy tim với PSTM thất trái < 40% được siêu âm tim đo phân suất tống máu (EF) theo phương pháp Simpson.

\* Tiêu chuẩn loại trừ

- BN < 18
- Hồ sơ bệnh án không đủ thông tin cần thu thập theo bảng thu thập số liệu.
- BN không ghi nhận được số liệu trong thời gian theo dõi
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu:**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

### **2.3. Cỡ mẫu:**

Lấy mẫu thuận tiện. Tất cả các bệnh nhân nhập viện khoa Tim mạch Lão học có suy tim phân suất tống máu EF < 40%.

### **2.4. Địa điểm:**

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

## 2.5. Cách tiến hành

Gồm bệnh nhân suy tim PSTM thất trái < 40% được đo bằng siêu âm tim theo phương pháp Simpson nhập khoa Tim mạch – Lão học bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ 1/2023 đến 9/2023.

Đối tượng nghiên cứu sau khi được khai thác về tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng theo phiếu điều tra: đo huyết áp, đo chiều cao, đếm mạch, làm điện tâm đồ, làm xét nghiệm sinh hóa. Siêu âm tim được thực hiện bởi 1 BS chuyên về siêu âm tim của khoa Tim mạch- Lão học trên máy siêu âm tim Aplio 400 của hãng Toshiba đầu dò 3MHz và đánh giá chức năng thất trái bằng phương pháp Simpson.

\* Quy trình nghiên cứu

- *Bước 1:* Lựa chọn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ thông qua thăm khám lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng.

- *Bước 2:* Thu thập các thông tin về hành chính, yếu tố nguy cơ và bệnh kèm theo, khám lâm sàng.

- *Bước 3:* Tiến hành các xét nghiệm cận lâm sàng đánh giá suy tim.

- *Bước 4:* Tiến hành xét nghiệm định lượng ferritin máu. Ferritin huyết thanh giảm khi nồng độ ferritin <100ng/mL.

## 2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất, tần số, tỉ lệ phần trăm. Các phép kiểm chi bình phương, Fisher's exact, t-test.  $p < 0,05$  được xem là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 110 bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm. Chúng tôi ghi nhận như sau:

**Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu**

	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Tuổi trung bình $74,99 \pm 10,98$ , thấp nhất 46, cao nhất 91	
Nam	65	59,1
Nữ	45	40,9
Nguyên nhân suy tim		
Bệnh mạch vành	46	41,8
Tăng huyết áp	51	46,4
Đái tháo đường	13	11,8

**Nhận xét:** trong 110 bệnh nhân có 65 bệnh nhân là nam giới chiếm tỷ lệ cao nhất 59,1%. Tuổi trung bình là  $74,99 \pm 10,98$ . Trong số các nguyên nhân gây suy tim thì tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất 46,4%.

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**

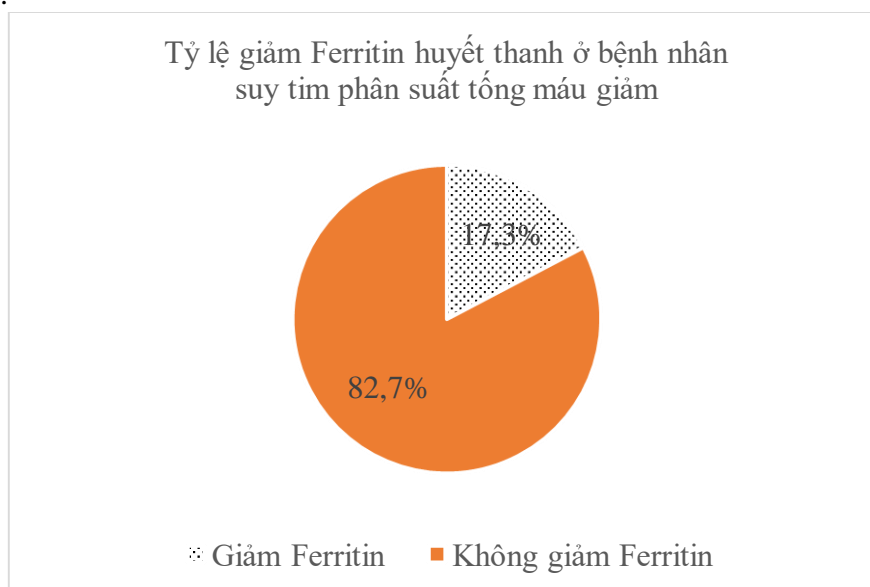
	Tần số	Tỷ lệ (%)
NYHA trung bình	$2,87 \pm 0,33$	
NYHA II	14	12,7
NYHA III	96	87,3
Biểu hiện lâm sàng của		
Phù	72	65,5
Nhịp tim nhanh	58	52,7
Gan to	31	28,2
Tĩnh mạch cổ nổi	44	40

**Nhận xét:** hầu hết bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm nhập viện có NYHA III chiếm tỷ lệ 87,3%. Triệu chứng phù chiếm tỷ lệ cao nhất 62,5%.

**Bảng 3. Đặc điểm ferritin huyết thanh**

Chỉ số	Đơn vị	M ± SD	Min - Max
Ferritin	ng/L	407,5±374,5	15 – 2000

**Nhận xét:** nồng độ ferritin huyết thanh trung bình 407,5±374,5. Thấp nhất là 15, cao nhất là 2000.

**Biểu đồ 1. Tỷ lệ giảm ferritin huyết thanh ở bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm**

**Nhận xét:** tỷ lệ bệnh nhân suy tim có phân suất tổng máu giảm có nồng độ ferritin huyết thanh giảm <100ng/mL chiếm tỷ lệ 17,3%.

**Bảng 4. Liên quan giữa tình trạng giảm ferritin huyết thanh với một số đặc điểm của bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm**

		Ferritin giảm (<100ng/mL) (n=19)	Ferritin không giảm (≥100ng/mL) (n=91)	OR (CI 95%)	p
Giới	Nam	10 (52,6%)	55 (60,4%)	0,73 (0,27-1,97)	0,53
	Nữ	9 (47,4%)	36 (39,6%)		
Tuổi	≥60	18 (94,7%)	81 (89%)	2,22 (0,27-18,48)	0,69 (Fisher'Exact)
	<60	1 (5,3%)	10 (11%)		
NYHA	II	1 (5,3%)	13 (14,3%)	0,33 (0,04-2,72)	0,46 (Fisher'Exact)
	III	18 (94,7%)	78 (85,7%)		
Tần số tim (lần/phút)	≥100	16 (84,2%)	42 (46,2%)	6,22 (1,69-22,84)	0,002 (Fisher'Exact)
	<100	3 (15,8%)	49 (53,8%)		
Nhịp tim	Rung nhĩ	14 (73,7%)	10 (11%)	22,68 (6,74-76,38)	<0,001
	Xoang	5 (26,3%)	81 (89%)		
Hb (g/dL)		8,87±1,84	10,87±2,09	p<0,05	
HCT (%)		36,79±1,23	41,65±2,07	p<0,05	
MCV (fL)		86,39±0,84	90,79±3,97	p<0,05	
MCH (pg)		27,14±0,72	30,46±1,02	p<0,05	
MCHC (g/dL)		32,36±1,19	34,37±0,76	p<0,05	
Ure (mmol/L)		8,87±0,91	6,27±0,53	p<0,05	
Mức lọc cầu thận (ml/phút/1,73m <sup>2</sup> )		39,46±20,68	62,45±27,79	p=0,001	

**Nhận xét:** qua khảo sát một số yếu tố liên quan đến giảm ferritin huyết thanh ở bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm chúng tôi nhận thấy có mối liên quan giữa rung nhĩ và giảm ferritin, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Khi so sánh các chỉ số về huyết học như HGB, HCT, MCV, MCH, MCHC chúng tôi nhận thấy trung bình của các chỉ số trên đều thấp hơn ở nhóm có ferritin <100ng/mL, với  $p < 0,05$ . Nồng độ ure trung bình của nhóm có giảm ferritin cao hơn và mức lọc cầu thận thấp hơn so với nhóm không giảm ferritin, tất cả khác biệt đều có ý nghĩa thống kê.

#### IV. BÀN LUẬN

Suy tim là một bệnh lý thường gặp trên lâm sàng. Tổ chức Y tế Thế giới ước tính có 5 triệu người mắc suy tim hằng năm trên toàn thế giới và gánh nặng kinh tế cho chăm sóc và điều trị bệnh nhân suy tim cũng tiêu tốn nhiều đô la Mỹ mỗi năm. Tỷ lệ suy tim và nguyên nhân gây suy tim rất khác nhau ở các khu vực và ở các nước.

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 110 bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm điều trị nội trú tại khoa Tim mạch Lão học – Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang bao gồm 65 bệnh nhân nam (59,1%) và 45 bệnh nhân nữ (40,9%), tuổi trung bình của nghiên cứu là  $74,99 \pm 10,98$  (bệnh nhân ít tuổi nhất là 46, cao tuổi nhất là 91). Độ tuổi tương đồng với nghiên cứu của Đàm Hải Sơn [3] (2020), hay nghiên cứu của Đỗ Văn Dũng [1] (2020).

Nguyên nhân gây suy tim chủ yếu là: tăng huyết áp (46,4%), bệnh mạch vành (41,8%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Phạm Nguyên Sơn với việc tăng huyết áp và bệnh mạch vành là hai nguyên nhân chính gây suy tim ở nhóm bệnh nhân có  $EF \leq 45\%$ .

Các triệu chứng của bệnh nhân suy tim trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm: phù, gan to, tĩnh mạch cổ nổi, nhịp tim nhanh. Trong đó phù là triệu chứng hay gặp nhất (chiếm 65,5% bệnh nhân), tiếp đến là nhịp tim nhanh (chiếm 52,7%). NYHA trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi  $2,87 \pm 0,33$ , trong đó NYHA III chiếm tỷ lệ cao nhất 87,3%. Theo nghiên cứu của Chu Thị Giang, điều tra 457 bệnh nhân suy tim nằm viện nội trú tại Viện Tim mạch Việt Nam, NYHA trung bình là 2,67; bệnh nhân NYHA III cũng chiếm tỷ lệ cao nhất 50,2%, tuy nhiên thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi có lẽ do cỡ mẫu khác nhau. Kết quả này cũng hoàn toàn phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Loan, Châu Ngọc Hoa và nghiên cứu đa trung tâm của Wicczorek ở Hoa Kỳ [4].

Nồng độ ferritin huyết thanh trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $407,5 \pm 374,5$  ng/L. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả cao hơn so với Chu Thị Giang (250ng/L), Jisbrand J.klip và cộng sự (154mcmol/L), Tee Joo Yeo (207ng/L). Khác biệt trên có lẽ do cỡ mẫu và đối tượng nghiên cứu chủng tộc khác nhau.

Về mặt liên quan trên lâm sàng giữa các triệu chứng và tình trạng giảm ferritin, nghiên cứu cho thấy ở những bệnh nhân có nhịp tim nhanh ( $\geq 100$  lần/phút) có tỷ lệ giảm ferritin cao nhất (84,2%), so với nhóm có tần số tim <100 lần/phút chiếm tỷ lệ 15,8%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê  $p = 0,002$  (Fisher'Exact). Nghiên cứu này của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của Mikhail Kosiborod [8]. Cùng với đó, những bệnh nhân có nhịp xoang có tỷ lệ giảm ferritin là 26,3 % thấp hơn so với tỷ lệ giảm ferritin ở những bệnh nhân rung nhĩ trên điện tâm đồ (73,7%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, với  $p < 0,001$ . Năm 2013, Klip và cộng sự cho thấy những bệnh nhân có tỷ lệ thiếu sắt và giảm ferritin nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân có rung nhĩ.

Về mặt liên quan của cận lâm sàng và tình trạng giảm ferritin, trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả cho thấy các chỉ số về HGB, HCT, MCV, MCH, MCHC trung bình ở nhóm bệnh nhân giảm ferritin đều kém hơn so với nhóm bệnh nhân không giảm ferritin. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi tương tự với các nghiên cứu của Zaharie M và cộng sự (2017), Tkaczyszyn M và cộng sự (2017), tất cả khác biệt đều có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Các chỉ số về sinh hóa như ure và mức lọc cầu thận có liên quan mật thiết với tình trạng giảm ferritin, với  $p$  lần lượt là <0,05 và 0,001 [7].

Thiếu máu và giảm ferritin là những tình trạng bệnh lý đi kèm quan trọng cùng tồn tại ở bệnh nhân suy tim. Cả hai tình trạng này cùng nhau hoặc độc lập có liên quan đến tình trạng lâm sàng cũng như kết quả đáp ứng điều trị của suy tim.



## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã sơ bộ cho thấy tình trạng giảm ferritin thường hay gặp ở bệnh nhân suy tim đặc biệt là suy tim phân suất tống máu giảm từ rất sớm. Qua nghiên cứu đã chỉ ra các yếu tố liên quan về dịch tể, lâm sàng và cận lâm sàng của suy tim phân suất tống máu giảm với tình trạng giảm ferritin.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Văn Dũng (2020), *Nhận xét tình trạng thiếu máu ở các bệnh nhân suy tim mạn phân suất tống máu giảm tại Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01 đến tháng 06 năm 2019*, Luận văn tốt nghiệp Đại học Y đa khoa, Đại học quốc gia Hà Nội.
2. Nguyễn Hoàng Minh Phương và cộng sự (2011), “Khảo sát thiếu máu ở bệnh nhân suy tim mạn”, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 15(1), tr. 82-87.
3. Đàm Hải Sơn (2020), *Nghiên cứu tình trạng thiếu sắt huyết thanh ở bệnh nhân suy tim mạn tính có phân suất tống máu giảm tại Viện Tim mạch quốc gia Việt Nam năm 2019-2020*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Đàm Hải Sơn và cộng sự (2021), “Tình trạng thiếu sắt huyết thanh ở bệnh nhân suy tim mạn tính có phân suất tống máu giảm”, *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, Số 94+95, tr. 33-40.
5. Nguyễn Hồng Thoại và cộng sự (2019), “Thiếu sắt ở bệnh nhân suy tim mạn”, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 23(1), tr. 221-225.
6. Nguyễn Anh Vũ (2019), *Siêu âm tim*, Nhà xuất bản Đại học Huế, tr. 200
7. He SW, Wang LX (2009), “The impact of anemia on the prognosis of chronic heart failure: a meta-analysis and systemic review”, *Congest Heart Fail*, 15(3), pp. 123-130.
8. Kosiborod M, Curtis JP, Wang Y, et al (2005), “Anemia and Outcomes in Patients With Heart Failure: A Study From the National Heart Care Project”, *Arch Intern Med*, 165(19), pp. 2237.
9. Sharma SK, Agarwal SK, Bhargava K, Sharma M, Chopra K, Arumugam G. (2016), “Prevalence and spectrum of iron deficiency in heart failure patients in south Rajasthan”, *Indian Heart Journal*, 68(4), pp. 493-497.

# NGHIÊN CỨU CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN CHẤT LƯỢNG SỐNG BỆNH NHÂN ĐỘNG KINH

Trần Thanh Phong Nguyễn Thị Hằng  
Nguyễn Thị Quỳnh Giao, Nguyễn Thị Nga

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Việc điều trị, quản lý bệnh nhân động kinh không chỉ dừng lại ở việc điều trị cắt cơn, mà chú ý đến chất lượng sống cũng như các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân động kinh.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả được tiến hành trên 102 bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 01/2023 đến tháng 08/2023.

**Kết quả:** Điểm trung bình chất lượng sống là  $54,91 \pm 15,15$ . Tỷ lệ bệnh nhân có lo âu là 45,1%, lo âu có mối tương quan nghịch với chất lượng sống ( $r = -0,829$ ). **Kết luận:** Chất lượng sống bệnh nhân động kinh chỉ ở mức trung bình, trong đó tỷ lệ đáng kể bệnh nhân có biểu hiện của triệu chứng lo âu, do đó cần sớm có những giải pháp làm giảm tình trạng lo âu nhằm góp phần nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân động kinh.

**Từ khóa:** Động kinh, chất lượng sống, lo âu

## ABSTRACT

**Objective:** The treatment and management of epilepsy patients does not stop at seizure treatment, but also pays attention to the quality of life as well as factors affecting the quality of life of epilepsy patients.

**Methodology:** This is descriptive study conducted in 102 epilepsy patients came for examination and treatment at An Giang Central General Hospital from 01/2023 to 08/2023.

**Results:** The mean score of the quality of life was  $54,91 \pm 15,15$ . The percentage of patients with anxiety was 45,1%, anxiety had negative correlation to the quality of life ( $r = -0,829$ ).

**Conclusion:** The quality of life of epilepsy patients was average level, in which a significant percentage of patients had symptoms and anxiety. Therefore, it is necessary to have early solutions to reduce patient's anxiety to contribute to improving quality of life for epilepsy patients.

**Keywords:** Epilepsy, quality of life, anxiety

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong nhiều năm qua việc điều trị, quản lý và chăm sóc bệnh nhân động kinh ở nước ta nói chung và tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang (BVĐTTAG) nói riêng chỉ dừng lại ở việc điều trị cắt cơn động kinh, uống thuốc điều trị ngoại trú để kiểm soát cơn mà chưa chú ý nhiều đến chất lượng sống (CLS) cũng như các yếu tố ảnh hưởng xấu đến chất lượng sống của bệnh nhân động kinh. Xuất phát từ thực tế này, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: “Nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng sống bệnh nhân động kinh tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2023” với các mục tiêu:

- Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân động kinh đang điều trị tại BVĐTTAG.
- Đánh giá sự ảnh hưởng của rối loạn lo âu đến chất lượng sống bệnh nhân động kinh đang điều trị tại BVĐTTAG

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Tất cả bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi được chẩn đoán mắc bệnh động kinh đang khám và điều ngoại trú tại Khoa Nội Thần kinh - BVĐTTAG, không có khiếm khuyết về nhận thức.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân già yếu, không đủ sức khỏe tham gia trả lời phỏng vấn, 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.
- Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

- Địa điểm: Phòng khám Nội Thần kinh – BVĐTTAG

- Nội dung nghiên cứu

+ Các biến nhân khẩu học: Tuổi, giới tính, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, thời gian mắc bệnh, thể động kinh, tần số cơn động kinh, số loại thuốc chống động kinh đang dùng.

+ Đánh giá mức độ rối loạn lo âu theo Bảng đánh giá rối loạn lo âu của BECK [7]

+ Mối liên quan rối loạn lo âu với chất lượng sống (CLS) của bệnh nhân động kinh theo Bộ câu hỏi đánh giá CLS: Quality of Life in Epilepsy (QoLIE – 31) [4]

- Thời gian: 01/2023 đến 08/2023.

- Quá trình thu thập số liệu: Sau khi đạt được sự đồng ý tham gia nghiên cứu, bệnh nhân được phỏng vấn trực tiếp theo bộ câu hỏi có sẵn.

- Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

**Bảng 3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu**

Đặc điểm	Phân nhóm	Tần số (n=245)	Phần trăm	Tuổi nhỏ nhất	Tuổi lớn nhất
Nhóm tuổi	= 60	94	92,2	18	78
	> 60	8	7,8	43,62 ± 14,43	
Giới tính	Nữ	64	62,7		
	Nam	38	37,3		
Trình độ	Không đi học	17	16,7		
	Tiểu học	32	31,4		
	Trung học cơ sở	29	28,4		
	Trung học phổ thông	17	16,7		
	Cao đẳng/đại học	7	6,9		
Nghề nghiệp	Thất nghiệp	46	45,1		
	Có việc làm	56	54,9		
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	31	30,4		
	Có vợ/ chồng	64	62,7		
	Ly hôn	7	6,9		

**Nhận xét:** Bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 62,7%, bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 37,3%. Tỷ lệ nam nhiều nữ; tuổi nhỏ nhất là 18, tuổi lớn nhất là 78, tuổi trung bình là 43,62 ± 14,43; tỷ lệ bệnh nhân có trình độ tiểu học chiếm phần lớn 31,4%, tỷ lệ bệnh nhân không đi học là 16,7%, chỉ có một tỷ lệ nhỏ 6,9% cao đẳng/đại học; tỷ lệ có việc làm chiếm 54,9%, tỷ lệ bệnh nhân thất nghiệp chỉ chiếm 45,1%; tình trạng hôn nhân: có tới 30,4% số bệnh nhân sống độc thân, tỷ lệ bệnh nhân có vợ/chồng là 62,7%.

**Bảng 3.2. Đặc điểm bệnh tật của các đối tượng của mẫu nghiên cứu**

Đặc điểm	Phân nhóm	Tần số n = 102	Phần trăm
Thể động kinh	Cơn cục bộ	57	55,9
	Cơn động kinh toàn thể co cứng - co giật	26	25,5
	Cơn toàn thể hóa	17	16,7
	Không phân loại	2	2
Thời gian bị động kinh	1 - 5 năm	31	30,4
	> 5 năm	71	69,6
Số loại thuốc chống động kinh	1 loại/ ngày	75	73,5
	=>2 loại/ ngày	27	26,5

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân có cơn cục bộ và cơn động kinh toàn thể co cứng - co giật lần lượt là 55,9% và 25,5%, có 16,7% số bệnh nhân có cơn toàn thể hóa, và 2% số bệnh nhân không phân loại được cơn; tỷ lệ bệnh nhân bị bệnh từ 1 – 5 năm là 31 người (30,4%), số bệnh nhân bị bệnh trên 5 năm là 71 người (69,6%); : số loại thuốc chống động kinh có 73,5% số bệnh nhân đang điều trị 1 loại/ngày, 26,5% đang điều trị hơn 1 loại /ngày.

**Bảng 3.3. Tần số cơn động kinh của các đối tượng**

Tần suất cơn động kinh	Tần số	Phần trăm
Không có cơn trong năm	33	32,4
1 lần/năm	33	32,4
1 lần/tháng	22	21,6
1 lần/ tuần	11	10,8
1 lần/ ngày	3	2,9
Tổng cộng	102	100

**Nhận xét:** Số bệnh nhân không có cơn trong năm và có số cơn 1 lần/năm và 1 lần/tháng chiếm tỷ lệ lớn nhất là 64,8%, số bệnh nhân có số cơn 1 lần/ngày 2,9%.

3.2 Điểm các yếu tố cấu thành CLS bệnh nhân động kinh tại BVĐKTTAG

**Bảng 3.4. Điểm các yếu tố cấu thành CLS bệnh nhân động kinh tại BVĐKTTAG**

Các yếu tố CLS	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Cảm giác dễ chịu	58,50	18,34
Chức năng xã hội	41,21	22,37
Năng lượng/mệt mỏi	52,37	20,92
CLS chung	61,69	18,67
Chức năng nhận thức	53,54	17,20
Lo lắng cơn co giật xuất hiện lại	40,82	25,73
Ảnh hưởng của thuốc	37,32	23,84
CLS tổng thể	50,28	14,36

**Nhận xét:** Điểm trung bình CLS của bệnh nhân là 50,28 điểm. Trong đó yếu tố cảm giác có điểm cao nhất là 58,50 điểm, yếu tố tác dụng phụ của thuốc có điểm thấp nhất là 37,32 điểm.

### 3.3 Một số đặc điểm lo âu theo thang điểm đánh giá của beck

**Bảng 3.5. Tỷ lệ các mức độ lo âu theo thang đánh giá lo âu của Beck**

Mức độ lo âu	Tần số	n =	Phần trăm (%)	13.31± 11.86
Không lo âu	56	102	54,9	
Lo âu mức độ nhẹ	17		16,7	
Lo âu mức độ trung bình	15		14,7	
Lo âu mức độ nặng	14		13,7	

**Nhận xét:** Điểm trung bình lo âu của đối tượng nghiên cứu là 13.31± 11.86; trong đó tỷ lệ bệnh nhân không lo âu là 54,9%, tỷ lệ bệnh nhân có lo âu là 45,1%

### 3.4. Mối tương quan giữa lo âu với CLS tổng thể và các thành phần CLS

**Bảng 3.6: Tương quan giữa lo âu và các thành phần CLS**

		lo lắng cơn ĐK	CLS chung	cảm giác dễ chịu	sinh lực/ mệt mỏi	nhận thức	chức năng XH	lo lắng về thuốc
Lo âu	r	- 0,750	- 0,716	- 0,790	- 0,793	- 0,714	- 0,755	- 0,645
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000

\*\**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).*

**Nhận xét:** Bảng kết quả trên cho thấy mức độ lo âu của đối tượng nghiên cứu có tương quan nghịch với LCS tổng thể ( $p < 0,001$ ;  $r = \text{âm}$ ). Mức độ lo âu cho thấy có mối tương quan nghịch với tất cả các các thành phần của CLS,

**Bảng 3.7. Hệ số tương quan giữa lo âu và CLS tổng thể**

		Điểm lo âu	CLS tổng thể
Điểm lo âu	Hệ số Pearson	1	- 0,829
	N	102	102
CLS tổng thể	Hệ số Pearson	- 0,829	1
	N	102	102

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Nhận xét:** Hệ số Pearson là – 0,829 cho thấy giữa điểm lo âu và điểm CLS tổng thể có mối tương quan và theo chiều nghịch, tức điểm lo âu càng cao thì khuynh hướng điểm CLS tổng thể càng thấp.

#### **IV: BÀN LUẬN**

##### **4.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đa số bệnh nhân động kinh là nam giới, kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn (2020) [3] tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, tuy nhiên lại có chút khác biệt so với nghiên cứu của Norsa'adah B (2013) tại Malaysia với tỷ lệ bệnh nhân đa số là nữ giới [8] .

Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình của bệnh nhân là  $43,62 \pm 14,43$  cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn (2020) [3] và Guekht AB1 (2006) tại Nga [5], và có phần tương đồng với nghiên cứu của Kanitpong Phabphal (2009) tại Miền nam Thái Lan [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi ở tình trạng độc thân và ly hôn chiếm tỷ lệ khá cao 37,3%, kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Trần Nguyên Ngọc và cộng sự (2010) tại Đà Nẵng [2]. Nghiên cứu khác của Norsa'adah B (2013) tại Malaysia [8] với tỷ lệ bệnh nhân độc thân là khá cao [6] [4]. Nghiên cứu của Zuhua Zhao (2008), đã cho thấy người bị động kinh nhiều khả năng bị thất nghiệp và ít có khả năng lập gia đình [10]. Điều này phản ánh sự khó khăn của bệnh nhân động kinh đối với việc lập gia đình vì những lý do khác nhau như sự phân biệt đối xử và kỳ thị của cộng đồng, sự không đảm bảo về kinh tế và sức khỏe, sự thay đổi về tâm thần kinh.

Kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có đến 45,1% số bệnh nhân động kinh thất nghiệp, đây là một tỷ lệ khá cao so với quần thể người lao động có sức khỏe bình thường vì theo Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội thì tỷ lệ thất nghiệp năm 2020 ở Việt Nam ước tính là 2,48 % [1]. Tỷ lệ thất nghiệp cao phản ánh tình trạng khó khăn của bệnh nhân động kinh trong cuộc sống. So với người bình thường, bệnh nhân động kinh khó học việc hơn, khó tìm việc phù hợp với sức khỏe của mình và nếu có tìm được việc cũng khó duy trì được công việc trong thời gian dài. Điều này cho thấy những bệnh nhân động kinh bị trầm cảm thường bỏ việc vì khí sắc trầm, giảm các hoạt động, rối loạn nhận thức và thay đổi nhịp sinh học. Chính những yếu tố này tác động tiêu cực đến khả năng lao động của họ.

##### **4.2 Đặc điểm lâm sàng bệnh động kinh của các đối tượng nghiên cứu**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân mắc bệnh trên 5 năm chiếm phần đông (69,6%), số bệnh nhân mắc bệnh dưới 5 năm là 30,4%. Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh trên 5 năm trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng so với nghiên cứu Trần Nguyên Ngọc (2010) và Norsa'adah B (2013) [2] [8].

Thể động kinh, trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy động kinh cục bộ chiếm đa số với 55,9%, theo sau là động kinh toàn thể với 22,5%. Tỷ lệ này phù hợp với một số kết quả của các nghiên cứu khác đã công bố, theo Trần Nguyên Ngọc (2010) [2], ở các nước đang phát triển, động kinh cục bộ chiếm tỷ lệ cao hơn động kinh toàn.

Về tần số cơn động kinh, chúng ta thấy số bệnh nhân động kinh có cơn càng dày chiếm số lượng càng ít dần. Cụ thể là số bệnh nhân không có cơn trong năm qua chiếm 32,4 %, tỷ lệ 1 cơn/ năm là 32,4 %, số bệnh nhân có tần số cơn động kinh > 1 cơn/ ngày chiếm 2,9 %. Như vậy bệnh nhân động kinh trong nghiên cứu của chúng tôi có tần số xuất hiện cơn động kinh phù hợp với nghiên cứu của Trần Nguyên Ngọc (2010) [2] và Kanitpong Phabphal (2009) [6], tỷ lệ bệnh nhân động kinh có cơn ngày càng giảm dần. Điều này nói lên rằng khả năng kiểm soát cơn động kinh của những bệnh nhân được điều trị tại BVĐKTT An Giang là khá tốt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân đang điều trị thuốc chống động kinh 1 loại /ngày là 73,5% và từ 2 loại trở lên/ngày là 26,5%. Tỷ lệ bệnh nhân động kinh trong nghiên cứu của chúng tôi đang điều trị từ 1 loại /ngày cao hơn nghiên cứu Nguyễn Anh Tuấn (2020) [3]. Chứng tỏ khả năng kiểm soát cơn động kinh của những bệnh nhân được điều trị tại BVĐKTT An Giang là khá tốt.

#### 4.3 Chất lượng cuộc sống và tình trạng lo âu của bệnh nhân động kinh

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm CLS tổng thể thuộc mức trung bình ( $50,28 \pm 14,36$ ), con số này tương đồng nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn (2020) (50,28 điểm) hay một nghiên cứu khác của Trần Nguyên Ngọc và cộng sự (2010) [2], Nghiên cứu chất lượng sống bệnh nhân động kinh ở người lớn tại thành phố Đà Nẵng năm 2010 là 48,8 điểm. So với nghiên cứu của Norsa'adah B tại Malaysia năm 2013 (68,9 điểm) [8], thì điểm CLS tổng thể của chúng tôi thấp hơn nhưng Sự khác biệt này có thể được giải thích là do sự khác biệt về các dịch vụ chăm sóc y tế của quốc gia, các yếu tố văn hóa xã hội hoặc các đặc điểm lâm sàng của bệnh.

Lo âu là một trong những rối loạn tâm thần hay gặp ở bệnh nhân động kinh. Lo âu thường là một triệu chứng điển hình của rối loạn điều chỉnh mà hầu hết bệnh nhân đều trải qua khi được chẩn đoán lần đầu mắc bệnh động kinh. So với nghiên cứu của Kanitpong Phabphal [6]. được thực hiện ở Thái Lan vào năm 2009 cho thấy tỷ lệ lo âu trên bệnh nhân động kinh là 40% tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ lo âu là 45,1% ở bệnh nhân động kinh có lo âu. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi không tương đồng với một nghiên cứu phân tích tổng hợp về tỷ lệ lo âu ở bệnh nhân động kinh Nguyễn Anh Tuấn (2020) [3], cho thấy tỷ lệ lo âu nói chung trong các nghiên cứu là khoảng 24%, một nghiên cứu khác của Taoufik A (2015) [9] được thực hiện ở UAE năm 2015 cũng cho thấy tỷ lệ lo âu ở bệnh nhân động kinh là 26,2% [15]. Lo âu có mối tương quan chặt chẽ với CLS tổng thể ( $r = -0,829^{**}$ ) điều này cho thấy lo âu càng nhiều thì CLS càng thấp. Kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với một số nghiên cứu khác của các tác giả Nguyễn Anh Tuấn (2020) [3] và công sự trong một nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Nội – Hồi sức Thần kinh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2020 cũng cho thấy mối tương quan giữa lo âu và CLS của bệnh nhân động kinh; nghiên cứu của Trần Nguyên Ngọc và cộng sự (2010) [14], nghiên cứu chất lượng sống bệnh nhân động kinh ở người lớn tại thành phố Đà Nẵng năm 2010.

#### V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên tổng số 102 bệnh nhân động kinh đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang Năm 2023, chúng tôi thu được các kết quả chính như sau:

Điểm trung bình chất lượng sống tổng thể là  $50,28 \pm 14,36$ , trong đó yếu tố chất lượng sống chung có điểm cao nhất là 61,69 điểm và yếu tố tác dụng phụ của thuốc có điểm thấp nhất là 37,32 điểm.

Điểm trung bình lo âu là  $13,31 \pm 11,86$ ; trong đó tỷ lệ bệnh nhân không lo âu là 54,9%, tỷ lệ bệnh nhân có lo âu nặng là 13,7%. Lo âu có mối tương quan nghịch với chất lượng sống, với hệ số tương quan khá chặt chẽ với chất lượng sống tổng thể là  $-0,829$  điểm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Tỷ lệ thất nghiệp ở Việt Nam 6 tháng đầu năm 2011 (2011), Website Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội.
2. Trần Nguyên Ngọc và cộng sự (2010), Nghiên cứu chất lượng sống bệnh nhân động kinh ở người lớn tại thành phố Đà Nẵng năm 2010.
3. Nguyễn Anh Tuấn và cộng sự (2020), Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân mắc bệnh động kinh tại Khoa Nội – Hồi sức Thần kinh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2020
4. Barbara G. Vickrey, Kenneth R. Perrine, Ron D. Hay, Bruce P. Hermann, Joice A. Cramer, Kimford J. Meador, Orrin Devinsky (1993), Quality of life in epilepsy QOLIE-31 (Version 1.0), Scoring manual, pp. 1- 9
5. Guekht AB1, Mitrokhina TV, Lebedeva AV, Dzugaeva FK, Milchakova LE, Lokshina OB, Feygina AA, Gusev EI. Factors influencing on quality of life in people with epilepsy. *Seizure*. 2007 Mar;16(2):128-133. Epub 2006 Dec 8.
6. Kanitpong Phabphal, Alain Greater, Kitti Limapichat, Pornchai Satirapunya, Suwanna Setthawacharawanick (2009), Quality of Life in Epileptic Patients in Southern Thailand, *J Med Assoc Thai*, 92(6), pp. 762 – 769.
7. Michael Polgar (2010), Beck Depression Inventory, *Encyclopedia of Mental Disorder*, pp. 1 – 4.
8. Norsa'adah B, Zainab J, Knight A. The quality of life of people with epilepsy at a tertiary referral centre in Malaysia. *Health Qual Life Outcomes*. 2013 Aug 23; 11:143.
9. Taoufik A, Tarek MS: Depression Disorders in Patients with Epilepsy: Underdiagnosed and Appropriately Managed?. *Brain Disorders & Therapy* 2015, 4(2)
10. Zuhua Zhao, Qin Zhang, Thashi Tsering, Sangwan, Xuejun Hu, Ling Liu, Huifang Shang, Qin Chen, Yonghong Liu, Xuhong Yang, Wenzhi Wang, Shichuo Li, Jianzhong Wu, Josemir W. Sander, Dong Zhou (2008), Prevalence

# NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN TẠI KHOA HỒI SỨC NGOẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023

Võ Văn Đức Khôi, Nguyễn Chánh Thông,  
Nguyễn Thiên Ân, Nguyễn Minh Trí

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Viêm phổi bệnh viện là bệnh lý rất nặng, thường gặp nhất trong các nhiễm khuẩn bệnh viện, điều trị kháng sinh ban đầu phù hợp với chủng vi khuẩn gây bệnh làm tăng hiệu quả điều trị, giảm chi phí[0].

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh viêm phổi bệnh viện.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân bị viêm phổi bệnh viện. Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Kết quả: Nhóm tuổi trên 60(52,8%) tuổi; Nam 55,7%, Nữ 44,3%; 75% bệnh nhân mắc các bệnh ngoại khoa nặng và hậu phẫu; ran phổi chiếm 95,1%, sốt 53,8%, thay đổi tính chất đàm, hoặc tăng tiết đàm 41,3%; suy hô hấp là 31,7%, tổn thương phế nang trên Ct scan ngực 100% các trường hợp; tổn thương phế nang trên XQ phổi 85,5%, kháng sinh kinh nghiệm nhóm carbapenem 65,3%. Tỷ lệ khỏi bệnh là 33,6%, thất bại 66,4%.

**Kết luận:** Viêm phổi bệnh viện thường gặp ở bệnh nhân trên 60 tuổi và mắc các bệnh lý ngoại khoa nặng; ran phổi và sốt là triệu chứng thường gặp nhất; CT Scan ngực giúp chuẩn đoán chắc chắn hơn XQ phổi; kháng sinh kinh nghiệm chưa phù hợp với kháng sinh đồ, điều trị khỏi bệnh 33,6%.

**Từ khóa:** viêm phổi bệnh viện

## ABSTRACT

STUDY ON CLINICAL AND PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS AND ASSESSMENT OF THE RESULTS OF TREATMENT OF HOSPITAL ACQUIRED PNEUMONIA IN THE SURGICAL INTENSIVE CARE UNIT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL 2023

Vo Van Duc Khoi, Nguyen Chanh Thong, Nguyen Thien An

## SUMMARY

**Question:** Hospital-acquired pneumonia (HAP) is a very serious disease, most common among hospital-acquired infections. Initial antibiotic treatment appropriate to the causative bacterial strain increases treatment effectiveness and reduces costs.

**Objectives:** Describe some clinical and paraclinical characteristics and evaluate the results of treatment of hospital-acquired pneumonia.

**Subjects and methods:** All patients had nosocomial pneumonia. Cross-sectional descriptive study. Results: Age group over 60(52.8%) years old; Male 55.7%, Female 44.3%; 75% of patients have severe surgical and postoperative diseases; Pulmonary rales accounted for 95.1%, fever 53.8%, changes in sputum properties, or increased sputum secretion 41.3%; Respiratory failure is 31.7%, alveolar damage on chest CT scan is 100% of cases; alveolar damage on lung X-ray 85.5%, empirical antibiotics carbapenem group 65.3%. The cure rate is 33.6%, failure rate is 66.4%.

**Conclusion:** Hospital-acquired pneumonia is common in patients over 60 years old and with severe surgical diseases; Pulmonary rales and fever are the most common symptoms; Chest CT scan helps make a more certain diagnosis than lung X-ray; Empirical antibiotics were not consistent with the antibiogram, curing the disease in 33.6%.

**Key words:** hospital acquired pneumonia

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi bệnh viện (VPBV) là bệnh lý rất nặng, thường gặp nhất trong các nhiễm khuẩn bệnh viện, tác nhân chủ yếu là các vi khuẩn gram âm 85,8% [0][0]. Chẩn đoán VPBV kịp thời và lựa chọn kháng sinh (KS) ban đầu phù hợp với chủng vi khuẩn gây bệnh góp phần rất quan trọng làm tăng hiệu quả điều trị, giảm chi phí [0]. Một số nghiên cứu gần đây ở các bệnh



lớn trong cả nước cũng đã cho thấy đặc điểm của vi khuẩn gây bệnh và tình hình đề kháng kháng sinh của vi khuẩn có sự khác biệt ở từng vùng, từng bệnh viện [0], [0], [0].

Việc xác định tác nhân gây bệnh và chuẩn đoán kịp thời và điều trị kháng sinh kinh nghiệm phù hợp với tình hình đề kháng kháng sinh cần tiến hành thường xuyên, kịp thời cập nhật thông tin, làm cơ sở xây dựng phác đồ điều trị phù hợp. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi bệnh viện.
2. Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân viêm phổi bệnh viện tại Khoa Hồi Sức Ngoại Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang năm 2023.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

*Đối tượng nghiên cứu:* Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi bệnh viện điều trị tại Khoa Hồi Sức Ngoại-Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 02/2023 đến tháng 09/2023

*Tiêu chuẩn chọn bệnh:*

Các bệnh nhân  $\geq 16$  tuổi được chẩn đoán VPBV.

Tiêu chuẩn chẩn đoán VPBV: sau 48 giờ kể từ khi nhập viện hoặc đặt nội khí quản xuất hiện các dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm hoặc tổn thương phổi trên phim xquang ngực theo tiêu chuẩn của Hội Hồi sức cấp cứu và Chống độc Việt Nam, hội Hô hấp Việt Nam (2017)

Tiêu chuẩn vi sinh: Cây đằm có vi khuẩn mọc và làm kháng sinh đồ

*Tiêu chuẩn loại trừ:* Bệnh nhân không có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán hoặc bệnh nhân được đặt nội khí quản ở tuyến trước, hoặc bệnh nhân mắc viêm phổi cộng đồng trước đó, lao phổi.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

*Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

*Cỡ mẫu:* công thức tính cỡ mẫu  $n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$  n: là cỡ mẫu tối thiểu, d: sai số cho phép (chọn  $d=7\%$ )  $\alpha$ : hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95% thì  $Z = 1,96$ , p: là tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh viêm phổi bệnh viện tại bệnh viện đa khoa thành phố cần thơ năm 2022 tác nhân phần lớn vi khuẩn gram âm 88% theo tác giả Nguyễn Thành Nghiên[0] vì vậy chọn  $p=0,88$ . Áp dụng công thức trên ta tính được  $n= 82,7$ . Chúng tôi thu thập được 104 mẫu đưa vào nghiên cứu.

*Phương pháp chọn mẫu:* chọn tất cả các bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn chọn cho đến khi đủ số lượng mẫu nghiên cứu.

### 2.3. Nội dung nghiên cứu

*Các thông tin cần thu thập và phân tích:* đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu, bệnh nền, lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả kháng sinh đồ và kết quả điều trị.

### 2.4. Phương pháp xử lý số liệu:

Các số liệu được xử lý bằng phần mềm Stata 12.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỉ lệ phần trăm. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn khi số liệu có phân phối chuẩn. Giá trị p được xem là có ý nghĩa thống kê ở mức  $<0,05$ .

### 2.5. Thời gian nghiên cứu:

Từ tháng 02/2023 đến tháng 09/2023

### 2.6. Địa điểm nghiên cứu:

Khoa Khoa Hồi Sức Ngoại-Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang

## III. KẾT QUẢ:

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này 02/2023 đến 09/2023 tại khoa Hồi Sức Ngoại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang ghi nhận được 104 bệnh nhân với kết quả như sau:

**Bảng 3.1. Đặc điểm về nhóm tuổi và giới tính của đối tượng nghiên cứu**

Tuổi	Số lượng (n=104)	Tỷ lệ (%)
16 – 40 tuổi	11	10,7
41 – 60 tuổi	38	36,5
> 60 tuổi	53	52,8
Trung bình ± SD	56,9 ± 17,4	
Nhỏ – lớn nhất	16 – 83	
Giới tính	Nam: 58 (55,7%)	Nữ: 46 (44,3%)

**Nhận xét:** nhóm tuổi trên 60 tuổi cao nhất 52,8% và nhóm tuổi từ 16 – 40 tuổi ít nhất 10,7%. Trung bình tuổi của đối tượng nghiên cứu là 56,9 ± 17,4 tuổi; thấp nhất là 16 tuổi và cao nhất là 83 tuổi. Tỷ lệ phân bố giới tính Nam 55,7%, Nữ 44,3%.

**Bảng 3.2. Đặc điểm về bệnh nền của đối tượng nghiên cứu**

Bệnh nền	Số lượng (n=104)	Tỷ lệ (%)
Bệnh ngoại khoa – hậu phẫu	75	72,1
Tim mạch	37	35,5
Hội chứng cushing	44	42,3
ĐTĐ2	35	33,6
Bệnh thận mạn	5	4,8
Hô hấp	26	25

**Nhận xét:** Bệnh nền trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi phần lớn bệnh ngoại khoa – hậu phẫu chiếm 75(72,1%), hội chứng Cushing có 42,3% còn lại là Đái tháo đường typ 2, bệnh tim mạch, bệnh lý hô hấp, bệnh thận mạn chiếm tỷ lệ lần lượt là 33,6%; 35,5%; 25%; 5%

**Bảng 3.3. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**

Triệu chứng	Số lượng (n=104)	Tỷ lệ (%)
Sốt	56	53,8
Thay đổi tính chất của đàm	43	41,3
Suy hô hấp	33	31,7
Ran ở phổi	99	95,1
Ho	10	9,6

**Nhận xét:** Trong nhóm nghiên cứu chúng tôi ghi nhận triệu chứng ran phổi chiếm tỷ lệ cao nhất 95,1%, triệu chứng thường gặp thứ hai là sốt 53,8%, tiếp theo là thay đổi tính chất đàm, hoặc tăng tiết đàm nhày khi bệnh nhân thở máy là 41,3%; còn lại các triệu chứng khác như suy hô hấp là 31,7%.

**Bảng 3.4. Đặc điểm về cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**

Cận lâm sàng	Số lượng (n=104)	Tỷ lệ (%)
Bạch cầu $\geq 12.10^9/L$	91	87,5
Neutrophil $\geq 70\%$	96	92,3
Tổn thương trên XQ phổi	89	85,5
Tổn thương trên CT ngực	22	100

**Nhận xét:** Triệu chứng tổn thương trên Ct scan ngực chiếm tỷ lệ cao nhất 100%, còn lại là tỷ lệ neutrophil  $\geq 70\%$  là 96(92,3%)trường hợp, tổn thương trên XQ phổi chỉ có 85,5%.

**Bảng 3.5. Đặc điểm về kháng sinh theo kinh nghiệm của đối tượng nghiên cứu**

Kháng sinh kinh nghiệm	Số lượng (n=104)	Tỷ lệ (%)
$\beta$ -lactam/ức chế $\beta$ -lactamase	8	7,6
Carbapenem	68	65,3
Cephalosporin	35	33,6
Fluroquinolon	67	64,4
Aminoglycosid	20	19,2

**Nhận xét:** sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm được dùng nhiều nhất là nhóm carbapenem 65,3%, tiếp theo là nhóm Fluroquinolon 33,6%, kháng sinh sử dụng ít nhất là  $\beta$ -lactam/ức chế  $\beta$ -lactamase chỉ có 7,6%.

**Bảng 3.6. Đặc điểm về nuôi cấy đàm của đối tượng nghiên cứu**

Kết quả nuôi cấy đàm	Số lượng (n=104)	Tỷ lệ (%)
<i>Klebsiella pneumonia</i>	15	14,4%
<i>Acinetobacter baumannii</i>	28	26,9%
<i>Escherichia coli</i>	26	25%
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	22	21,1%
Khác	13	12,6%

**Nhận xét:** Chúng tôi nhận thấy vi khuẩn gây bệnh phần lớn là gram âm bao gồm *K. pneumoniae* với 14,4%, *A. baumannii* 26,7%, *E.coli* 25%, *P. aeruginosa* 21,1%.

**Bảng 3.7. Đặc điểm kháng sinh theo kinh nghiệm phù hợp kháng sinh đồ**

Kháng sinh phù hợp KSD	Số lượng (n=104)	Tỷ lệ (%)
Có	26	25
Không	78	75
Tổng cộng	104	100

**Nhận xét:** kháng sinh theo kinh nghiệm không phù hợp với kháng sinh đồ 75%

**Bảng 3.8. Đặc điểm về kết quả điều trị và ngày nằm viện**

Kết quả điều trị	Số lượng (n=104)	Tỷ lệ (%)
Khỏi bệnh	35	33,6%
Thất bại	69	66,4%

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân khỏi bệnh là 33,6%, thất bại trong đó có không đổi, nặng hơn xin về là 66,4%.

#### IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi ghi nhận nhóm tuổi trên 60 tuổi cao nhất 52,8% và nhóm tuổi từ 16 – 40 tuổi ít nhất 10,7%. Trung bình tuổi của đối tượng nghiên cứu là  $56,9 \pm 17,4$  tuổi; thấp nhất là 16 tuổi và cao nhất là 83 tuổi. Tỷ lệ phân bố giới tính Nam 55,7%, Nữ 44,3%. Kết quả này tương đồng với tác giả *Trần Nguyễn Giang Hương và Cộng Sự*(2022)[0], “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tác nhân vi sinh của các trường hợp viêm phổi bệnh viện điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh năm 2022” với kết quả tuổi trung bình của người bệnh là 61,1 với 54,1% nam giới; 70,3% nằm tại Khoa Hồi sức. Còn bệnh nền trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi là hội chứng Cushing có 42,3% còn lại là Đái tháo đường typ 2, bệnh tim mạch, bệnh lý hô hấp, bệnh thận mạn chiếm tỷ lệ lần lượt là 33,6%; 35,5%; 25%; 5%; bệnh nền tim mạch thấp hơn kết quả nghiên cứu của *Phan Văn Chung*[0] có 68 trường hợp bệnh mắc kèm phổ biến nhất là bệnh tim mạch (52,9%) vì mẫu nghiên cứu của chúng tôi bệnh chính là các bệnh ngoại khoa. Trong nhóm nghiên cứu chúng tôi ghi nhận triệu chứng ran phổi chiếm tỷ lệ cao nhất 95,1%, triệu chứng thường gặp thứ hai là sốt 53,8%, tiếp theo là thay đổi tính chất đàm, hoặc tăng tiết đàm nhày khi bệnh nhân thở máy là 41,3%; còn lại các triệu chứng khác như suy hô hấp là 31,7%.

Trong nhóm nghiên cứu chúng tôi ghi nhận triệu chứng ran phổi chiếm tỷ lệ cao nhất 95,1%, triệu chứng thường gặp thứ hai là sốt 53,8%, tiếp theo là thay đổi tính chất đàm, hoặc tăng tiết đàm nhày khi bệnh nhân thở máy là 41,3%; còn lại các triệu chứng khác như suy hô hấp là 31,7%. Tác giả *Phan Văn Chung* [0] cũng ghi nhận là Sốt và tăng tiết đờm thường gặp ở bệnh nhân viêm phổi bệnh viện, thở nhanh (từ 25 L/P trở lên) có liên quan đến tử vong. Triệu chứng tổn thương phế nang trên Ct scan ngực chiếm tỷ lệ cao nhất 100%, còn lại là tỷ lệ neutrophil  $\geq 70\%$  là 96(92,3%) trường hợp, tổn thương trên XQ phổi chỉ có 85,5%. Cao hơn kết quả của *Phan Văn Chung* [0] gặp nhất là thâm nhiễm trên X-quang ngực (98,5%) và tăng bạch cầu  $\geq 12$  g/L (54,7%).

Chúng tôi nhận thấy vi khuẩn gây bệnh phần lớn là gram âm bao gồm *K. pneumoniae* với 14,4%, *A. baumannii* 26,7%, *E.coli* 25%, *P. aeruginosa* 21,1%; kháng sinh theo kinh nghiệm không phù hợp với kháng sinh đồ 75% kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác

giả *Lâm Nguyệt Anh và CS(2019)* [0] nghiên cứu về đặc điểm vi khuẩn và tình hình đề kháng kháng sinh trên bệnh nhân viêm phổi bệnh viện tại bệnh viện đa khoa cả mau có kết quả các vi khuẩn gram âm là tác nhân chủ yếu gây viêm phổi bệnh viện và các vi khuẩn này hiện đã đề kháng rất cao với cephalosporin, carbapenem, fluoroquinolon. Còn tác giả *Lương Thị Hồng Nhung và CS(2023)* [0] “Khảo sát đặc điểm vi khuẩn gây viêm phổi bệnh viện tại khoa hồi sức tích cực Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2020 – 2021”. Vi khuẩn phân lập được: *P. aeruginosa* 22,1% (32/145), *K. pneumoniae* 19,3% (28/145), *A. baumannii* 17,9 (26/145), *E. coli* 15,2% (22/145), và *S. aureus* 9,7% (14/145). *E. coli* và *K. pneumoniae* kháng kháng sinh nhóm beta lactam (> 80%), nhóm quinolon > 70%, *P.aeruginosa* kháng các kháng sinh: Ceftazidime, Gentamicin, Levofloxacin, Ofloxacin từ 51,7 – 53,8%. *S. aureus* đề kháng hoàn toàn với kháng sinh Penicillin G (100%), Căn nguyên gây viêm phổi bệnh viện chủ yếu là *P.aeruginosa*, *K. pneumoniae*, *A. baumannii*, *E. Coli*, *S. aureus*. Các vi khuẩn phân lập được có tỷ lệ kháng kháng sinh cao và đa kháng thuốc, *A.baumannii* chưa kháng lại Colistin và *S.aureus* chưa phát hiện kháng Vancomycin.

Tỷ lệ bệnh nhân khỏi bệnh là 33,6%, thất bại trong đó có không đổi, nặng hơn xin về là 66,4%. Kết quả chúng tôi điều trị khỏi bệnh cao hơn kết quả nghiên cứu của *Phan Trần Xuân Quyên, Võ Phạm Minh Thư(2019)* [0] có 29,5% bệnh nhân khỏi bệnh, 70,5% bệnh nhân thất bại với điều trị vì tử vong hoặc không thể cai máy thở là vì nghiên cứu này có đối tượng là viêm phổi do *Acinetobacter baumannii* đa kháng kháng sinh.

#### V. KẾT LUẬN

Viêm phổi bệnh viện thường gặp ở nhóm tuổi trên 60 tuổi với tỷ lệ 52,8% và nhóm tuổi từ 16 – 40 tuổi ít nhất 10,7% trong nhóm nghiên cứu. Trung bình tuổi của đối tượng nghiên cứu là  $56,9 \pm 17,4$  tuổi. Nam 55,7%, Nữ 44,3%. Phần lớn bệnh nhân mắc các bệnh lý ngoại khoa – hậu phẫu nặng 75(72,1%) trường hợp, hội chứng Cushing có 42,3% còn lại là Đái tháo đường typ 2, bệnh tim mạch, bệnh lý hô hấp, bệnh thận mạn chiếm tỷ lệ lần lượt là 33,6%; 35,5%; 25%; 5%, ran phổi chiếm 95,1%, triệu chứng thường gặp thứ hai là sốt 53,8%, thay đổi tính chất đàm, hoặc tăng tiết đàm nhày khi bệnh nhân thở máy là 41,3%; suy hô hấp là 31,7%, tổn thương phế nang trên Ct scan ngực chiếm tỷ lệ cao nhất 100%, còn lại là tỷ lệ neutrophil  $\geq 70\%$  là 96(92,3%)trường hợp, tổn thương trên XQ phổi chỉ có 85,5%, kháng sinh theo kinh nghiệm được dùng nhiều nhất là nhóm carbapenem 65,3%, nhóm Fluroquinolon 33,6%, ít nhất là  $\beta$ -lactam/ức chế  $\beta$ -lactamase chỉ có 7,6%.

Chúng tôi nhận thấy vi khuẩn gây bệnh phần lớn là gram âm bao gồm *K. pneumoniae* với 14,4%, *A. baumannii* 26,7%, *E.coli* 25%, *P. aeruginosa* 21,1%. Dùng kháng sinh kinh nghiệm không phù hợp với kháng sinh đồ 75%. Tỷ lệ bệnh nhân khỏi bệnh là 33,6%, thất bại 66,4%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lâm Nguyệt Anh, Phạm Thành Suôi, Mã Nhon Khiêm(2023), “Đặc điểm vi khuẩn và tình hình đề kháng kháng sinh trên bệnh nhân viêm phổi bệnh viện tại bệnh viện đa khoa cà mau”. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 29, trang 103-110
2. Phan Văn Chung, Nguyễn Phan Đức Sanh, Phạm Thị Phương Nhi, Trần Xuân Chương(2023), “Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ở bệnh nhân viêm phổi liên quan thở máy tại Khoa Hồi Sức Tích Cực-Chống Độc, Bệnh Viện C Đà Nẵng”. *Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam*, 2(42), trang 84-90
3. Lương Thị Hồng Nhung, Nguyễn Thị Thu Thái, Hoàng Anh, Trần Thị Kim Hạnh(2023), “Khảo sát đặc điểm vi khuẩn gây viêm phổi bệnh viện tại khoa hồi sức tích cực Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2020 – 2021”. *Tạp Chí Y học Dự phòng*, 33(1), trang 102–110
4. Nguyễn Thành Nghiêm, Phạm Thành Suôi(2022), “Mô tả đặc điểm vi khuẩn và tình hình đề kháng kháng sinh của vi khuẩn trên bệnh nhân viêm phổi bệnh viện tại Bệnh Viện Đa Khoa Thành Phố Cần Thơ”. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 51, trang 140-147
5. Trần Nguyễn Giang Hương, Nguyễn Vũ Hoàng Yên, Trịnh Thị Thoa, Phạm Thị Lan, Huỳnh Minh Tuấn(2022), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tác nhân vi sinh của các trường hợp viêm phổi bệnh viện điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh năm 2022”. *Tạp Chí Y học Dự phòng*, 32(4 Phụ bản), trang 48–57
6. Phan Trần Xuân Quyên, Võ Phạm Minh Thư (2020), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, sự đề kháng kháng sinh và kết quả điều trị viêm phổi bệnh viện do vi khuẩn *Acinetobacter baumannii* khoa Hồi sức tích cực chống độc Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ”, *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, số 30, trang 9-10.
7. Andre C Kalil, Mark L Metersky, Michael Klompas, et al. (2016), “Management of adults with hospital-acquired and ventilator-associated pneumonia: 2016 clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society”, *Clinical Infectious Diseases*, 63I, e61-e111
8. David N Gilbert, HF Chambers, GM Eliopoulos, MS Saag (2019), “The Sanford guide to antimicrobial therapy 2019”, Antimicrobial Therapy Inc., Vt, 88-89.

# NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG NẶNG Ở BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023

Chung Trần Phan, Phạm Văn Kiềm  
Lê Thành Hữu, Bùi Lê Huy Hoàng

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định giá trị tiên lượng nặng của một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhập khoa Cấp cứu BV ĐKTT An Giang.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích 86 bệnh nhân đợt cấp BPTNMT đủ tiêu chuẩn nghiên cứu nhập khoa cấp cứu BV ĐKTT An Giang.

**Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân nặng có nhập điều trị tại ICU chiếm 19.8%. Nam giới chiếm 95.3%, độ tuổi trung bình  $69.6 \pm 11.2$ . Khó thở là lý do chính khiến bệnh nhân nhập viện, chiếm 89.5%, có 27.9% trường hợp khó thở nặng – rất nặng. Điểm mMRC trung bình  $3.15 \pm 0.66$ ; ho đàm chiếm 83.9%, trong đó tỷ lệ đàm đục, đàm mủ là 52.3%; rale ngực, rít chiếm 93%; nhịp tim trung bình ở nhóm đợt cấp nặng là  $117 \pm 14$  nhịp/phút, 16.3% có xảy ra rối loạn huyết động. Tăng chỉ số bạch cầu, CRP có ý nghĩa liên quan đến đợt cấp nặng; toan hóa máu xảy ra ở những bệnh nhân nặng với mức pH  $7.32 \pm 0.09$ , chủ yếu là toan hô hấp do tăng PaCO<sub>2</sub>; có 17.4% x quang có kết quả gợi ý tình trạng viêm phổi.

**Kết luận:** mMRC  $\geq 3$  là yếu tố có ý nghĩa tiên lượng độc lập nguy cơ bệnh nặng với độ tin cậy  $> 95\%$  ( $p < 0.05$ ). Thang điểm đánh giá mức độ nặng của đợt cấp theo GOLD có giá trị tiên lượng bệnh nặng cao nhất, với độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 85.5%, diện tích dưới đường cong là 92.9% (95% CI, 0.876-0.982).

## ABSTRACT

### STUDY ON CHARACTERISTICS OF CLINICAL, SUBCLINICAL AND SEVERE PROGNOSTIC FACTOR IN PATIENTS WITH ACUTE EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE ADMITTED TO THE EMERGENCY DEPARTMENT OF AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL

**Objective:** Determine the severe prognostic value of some clinical and paraclinical factors in patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease admitted to the Emergency Department of An Giang Central General Hospital.

**Subjects and research methods:** Cross-sectional description with analysis 86 patients with acute exacerbation of COPD who met the criterion of study admitted to the emergency department of An Giang Central General Hospital.

**Result:** The rate of severe illness requiring treatment in the ICU accounts for 19.8%. Men account for 95.3%, average age  $69.6 \pm 11.2$ . Dyspnea is the main reason why patients are hospitalized, accounting for 89.5%, with 27.9% of cases having severe dyspnea - very severe; Average mMRC score  $3.15 \pm 0.66$ ; Phlegmy cough accounts for 83.9%, the rate of cloudy and purulent phlegm is 52.3%; Bronchial rales accounts for 93%; The average heart rate in the severe exacerbation group was  $117 \pm 14$  beats/minute; 16.3% had hemodynamic disorders. Increased white blood cell index and CRP are significantly related to severe exacerbation; Acidosis occurs in severely patients with a pH level of  $7.32 \pm 0.09$ , mainly respiratory acidosis due to increased PaCO<sub>2</sub>; 17.4% of x-rays had results suggesting pneumonia.

**Conclusion:** mMRC  $\geq 3$  is a significant factor independently predicting the risk of severe disease with  $> 95\%$  confidence ( $p < 0.05$ ). The scale acute exacerbation severity assessment of GOLD has the highest prognostic value for severe disease, with sensitivity of 100% and specificity of 85.5%, area under the curve of 92.9% (95% CI, 0.876-0.982).

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là một gánh nặng bệnh tật toàn cầu cả về tỷ lệ mắc, tử vong và kinh tế xã hội. Hiện tại, BPTNMT là một trong ba nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới và 90% số ca tử vong này xảy ra ở các nước thu nhập thấp và trung bình. Hơn 3 triệu người chết vì BPTNMT trong năm 2012 chiếm 6% tổng số ca tử vong

trên toàn cầu [1]. Các đợt cấp là một diễn biến xấu trong quá trình tiến triển của bệnh và là gánh nặng cả về sức khỏe, chi phí cho người bệnh. Nhiễm trùng hô hấp tái diễn là căn nguyên chính gây các đợt cấp và cũng là yếu tố có ảnh hưởng xấu đến tiên lượng đợt cấp. Sự suy yếu của đáp ứng miễn dịch toàn thân và tại chỗ đường hô hấp được cho là yếu tố thuận lợi cho sự tấn công của các tác nhân vi sinh gây bệnh.

Các đợt cấp nặng là nguyên nhân gây tử vong chủ yếu của bệnh ở giai đoạn muộn, với sự tiến triển của suy hô hấp và các biến chứng đi kèm. Với các đợt cấp nặng phải điều trị hồi sức tích cực có tỷ lệ tử vong tới 24% và với đợt cấp nhập viện điều trị không phải can thiệp hồi sức tích cực thì tử vong nội viện cũng gặp từ 6 - 8% [2]. Xác định sớm các yếu tố nguy cơ có giá trị tiên lượng nặng trong đợt cấp là hết sức cần thiết trong thực hành, giúp phân loại mức độ bệnh và kịp thời có các biện pháp điều trị thích hợp để giảm tỷ lệ tử vong của bệnh. Tuy nhiên, việc tiên lượng chính xác nguy cơ diễn biến nặng và tử vong trong đợt cấp rất khó khăn do sự đa dạng và phong phú của các yếu tố ảnh hưởng. Theo Nguyễn Hữu Công và cộng sự, các triệu chứng toàn thân nặng gặp nhiều trong đợt cấp như tím tái 29,9%, rối loạn ý thức 23,7%, sốt gặp 26,8%; khó thở nặng 49,5%, rất nặng 38,1% và điểm mMRC trung bình  $3,2 \pm 0,7$ ; khó thở nặng (mMRC > 3), rối loạn ý thức và viêm phổi là các yếu tố lâm sàng có ý nghĩa tiên lượng độc lập nguy cơ tử vong trong đợt cấp [3]. Tuy vậy, ở một vài nghiên cứu khác lại cho kết quả không hoàn toàn giống nhau. Do đó, việc xác định giá trị tiên lượng nặng có thể gây tử vong ở bệnh nhân đợt cấp của BPTNM vẫn là vấn đề quan trọng trong thực hành lâm sàng.

Vì lý do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài “*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhập khoa Cấp cứu bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2023*”, nhằm mục tiêu sau:

Xác định giá trị tiên lượng nặng của một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhập khoa Cấp cứu BV ĐKTT An Giang.

## **II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1. Phương pháp nghiên cứu:**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

### **2. Đối tượng nghiên cứu**

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

- + Bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định BPTNMT theo tiêu chuẩn của GOLD 2022 trước đó.
- + Bệnh nhân nhập vào Khoa Cấp cứu được chẩn đoán đợt cấp BPTNMT (GOLD 2022).

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Mắc lao phổi đang hoạt động.
- + Đang có bệnh lý nhiễm trùng ngoài phổi.
- + Có bệnh lý tự miễn dịch hoặc ung thư, HIV.
- + Bệnh nhân tiền sử suy tim nặng, suy gan, suy thận mạn giai đoạn cuối.
- + Xin ra viện hoặc chuyển viện trong thời gian điều trị.

### **3. Cỡ mẫu và thời gian thu thập số liệu:**

Chọn mẫu thuận tiện, trong thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2023, chọn toàn bộ bệnh nhân đợt cấp BPTNMT thỏa các tiêu chuẩn lựa chọn và không nằm trong các tiêu chuẩn loại trừ

### **4. Công cụ thu thập và xử lý số liệu:**

Sử dụng bảng thu thập số liệu đã được soạn sẵn, số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0.

### **5. Biến số nghiên cứu:**

- Các yếu tố về dịch tễ học: tuổi, giới tính, nghề nghiệp, lý do vào viện, bệnh nền kết hợp, BMI, cân nặng, chiều cao.

- Các yếu tố lâm sàng: sốt, tím tái, rối loạn ý thức, suy kiệt, mMRC, mức độ khó thở, tần số thở, tính chất ho, tính chất đàm, có sự co kéo cơ hô hấp phụ, tiếng rale, sự giảm âm phế bào, nhịp tim, huyết áp, tình trạng tâm phế mạn, các thang điểm đánh giá mức độ nặng theo GOLD, Anthonisen, CURB-65, BAP-65

- Các chỉ số cận lâm sàng: Hồng cầu, Hematorit, Bạch cầu, %Neu, Tiểu cầu, Glucose, Ure, Creatinin, AST, ALT, CRP, K+, Na+, Cl-, Khí máu động mạch, Xquang, ECG.
- Kết quả điều trị: Ổn định đợt cấp hay Bệnh nặng có nhập ICU.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, có 86 bệnh nhân đợt cấp BPTNMT đủ tiêu chuẩn phân tích nhập khoa Cấp cứu BV ĐKTT An Giang, trong đó tỷ lệ bệnh nhân nặng cần nhập điều trị tại ICU là 17 bệnh nhân, chiếm 19,8%.

#### 1. Giá trị tiên lượng nặng các đặc điểm lâm sàng trong đợt cấp

**Bảng 1. Liên quan các đặc điểm chung với tình trạng đợt cấp nặng**

Đặc điểm		Kết quả điều trị		Tổng cộng	p
		Ổn định đợt cấp	Bệnh nặng có nhập ICU		
Giới tính	Nam	65 (75.6%)	17 (19.8%)	82 (95.3%)	0.4
	Nữ	4 (4.7%)	0	4 (4.7%)	
Độ tuổi		70.6 ± 11.3	65.4 ± 10	69.6 ± 11.2	0.08
		Min 44    Max 94			
Lý do vào viện	Khó thở	60 (69.8%)	17 (19.8%)	77 (89.5%)	0.12
	Ho, khạc đờm	9 (10.5%)	0	9 (10.5%)	

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 95.3%, độ tuổi trung bình là 69.6 ± 11.2 và đa số các bệnh nhân nhập viện vì lý do khó thở, chiếm 89.5%. Giới tính, độ tuổi và lý do vào viện không liên quan đến tình trạng nặng của đợt cấp.

**Bảng 2. Liên quan các đặc điểm toàn thân với tình trạng đợt cấp nặng**

Đặc điểm		Kết quả điều trị		p
		Ổn định đợt cấp	Bệnh nặng có nhập ICU	
BMI (kg/m <sup>2</sup> )		22.3 ± 2.6	21.6 ± 1.8	0.27
		Mean 22.2 ± 2.5		
Sốt	Có	2 (2.3%)	0	1
	Không	67 (77.9%)	17 (19.8%)	
Tím tái	Có	0	2 (2.3%)	0.037
	Không	69 (80.2%)	15 (17.4%)	
Rối loạn ý thức	Có	0	5 (5.8%)	0.000
	Không	69 (80.2%)	12 (14%)	
Phù chi dưới	Có	2 (2.3%)	0	1
	Không	67 (77.9%)	17 (19.8%)	
Suy kiệt	Có	2 (2.3%)	1 (1.2%)	0.48
	Không	67 (77.9%)	16 (18.6%)	

**Nhận xét:** Mức độ tím tái, rối loạn ý thức có sự liên quan có ý nghĩa với mức độ nặng của đợt cấp (p<0.05). Tình trạng sốt, BMI, phù chi dưới và mức độ suy kiệt không liên quan đến tình trạng nặng.



**Bảng 3. Liên quan các đặc điểm lâm sàng với tình trạng đợt cấp nặng**

Đặc điểm		Kết quả điều trị		p
		Ổn định đợt cấp	Bệnh nặng có nhập ICU	
mMRC	<3	60 (69.8%)	2 (2.3%)	0.000
	≥3	9 (10.5%)	15 (17.4%)	
	Mean	2.98 ± 0.56	3.94 ± 0.43	
		3.15 ± 0.66		
Mức độ khó thở	Khó thở nhẹ - trung bình	61 (70.9%)	1 (1.2%)	0.000
	Khó thở nặng – rất nặng	8 (9.3%)	16 (18.6%)	
Tính chất ho	Ho khan	11 (12.8%)	2 (2.3%)	1
	Ho đàm	58 (67.5%)	15 (17.4%)	
Tính chất đàm	Đàm trong	28 (32.6%)	0	0.001
	Đàm đục/mủ	15 (34.9%)	30 (17.4%)	
Co kéo cơ hô hấp phụ	Có	36 (41.9%)	17 (19.8%)	0.000
	Không	33 (38.3%)	0	
Tiếng rale	Rale nổ	5 (5.8%)	1 (1.2%)	0.05
	Rale ngáy, rít, âm	64 (74.4%)	16 (18.6%)	
Giảm âm phế bào	Có	46 (53.5%)	16 (18.6%)	0.05
	Không	23 (26.7%)	1 (1.2%)	
Nhịp tim		101 ± 16	117 ± 14	0.001
Huyết động	Ổn định	61 (70.9%)	11 (12.8%)	0.028
	Rối loạn	8 (9.3%)	6 (7%)	

**Nhận xét:** Điểm mMRC, mức độ khó thở, tính chất đàm, sự co kéo cơ hô hấp phụ, tần số tim, sự rối loạn huyết động có sự liên quan có ý nghĩa với tình trạng nặng của đợt cấp ( $p < 0.05$ ). Tính chất ho, tiếng rale của phổi, sự giảm âm phế bào không liên quan đến tình trạng nặng.

## 2. Giá trị tiên lượng nặng các đặc điểm cận lâm sàng trong đợt cấp

**Bảng 4. Liên quan các chỉ số huyết đồ, sinh hóa, khí máu động mạch với tình trạng đợt cấp nặng**

Chỉ số	Kết quả điều trị		p
	Ổn định đợt cấp	Bệnh nặng có nhập ICU	
Hồng cầu (M/mcL)	4.7 ± 0.7	4.6 ± 0.7	0.478
Bạch cầu (K/mcL)	12.4 ± 3.9	16.8 ± 5.1	0.000
Tiểu cầu (K/mcL)	298.9 ± 88.8	264 ± 84.3	0.146
Ure (mmol/L)	5.1 ± 2.1	6.2 ± 2.6	0.223
Glucose (mmol/L)	7.9 ± 4.9	7.8 ± 2.6	0.887
AST (UI/L)	27.5 ± 13.5	39.2 ± 19.7	0.005
ALT (UI/L)	27.3 ± 15.2	37.4 ± 26.7	0.041
CRP (mg/L)	35.5 ± 61.3	77.2 ± 95.7	0.029
PaO2 (mmHg)	96 ± 61.9	147.8 ± 52.4	0.046
PaCO2 (mmHg)	44.4 ± 9.1	48.8 ± 12.3	0.349
SaO2 (%)	92.6 ± 5.5	97.6 ± 1.9	0.008
pH	7.36 ± 0.05	7.32 ± 0.09	0.22

**Nhận xét:** Bạch cầu, CRP, AST, ALT, PaO2, SaO2 có sự liên quan có ý nghĩa với tình trạng nặng của đợt cấp ( $p < 0.05$ ). Các chỉ số khác không liên quan với tình trạng nặng.

**Bảng 5. Liên quan kết quả X quang ngực thẳng với tình trạng đợt cấp nặng**

Kết quả Xquang	Kết quả điều trị		p
	Ổn định đợt cấp	Có nhập điều trị tại ICU	
Xơ xẹp phổi	27 (31.4%)	7 (8.1%)	0.224
Khí phế thũng	9 (10.5%)	3 (3.5%)	
Thâm nhiễm, đông đặc phổi	10 (11.6%)	5 (5.8%)	
Bình thường	23 (26.7%)	2 (2.3%)	

**Nhận xét:** Kết quả x quang ngực thẳng không có sự liên quan có ý nghĩa với tình trạng đợt cấp nặng.

### 3. Phân tích đa biến các yếu tố tiên lượng nặng trong đợt cấp

**Bảng 6. Bảng phân tích hồi quy logistic đa biến các yếu tố tiên lượng nặng**

Yếu tố	OR (95% CI)	p
mMRC $\geq 3$	30.5	0.002
Nhịp thở $\geq 30$	0.75	0.78
Nhịp tim $\geq 110$	3.5	0.2
Rối loạn huyết động	4.5	0.16
Tính chất đàm	1.7	0.66
Viêm phổi	0.8	0.84

**Nhận xét:** Chỉ có mMRC  $\geq 3$  là yếu tố có ý nghĩa tiên lượng độc lập nguy cơ bệnh nặng với độ tin cậy  $> 95\%$  ( $p < 0.05$ ). Theo đó, bệnh nhân đợt cấp BPTNMT có mMRC  $\geq 3$  sẽ có nguy cơ diễn tiến nặng gấp 30.5 lần so với những bệnh nhân có mMRC  $< 3$ .

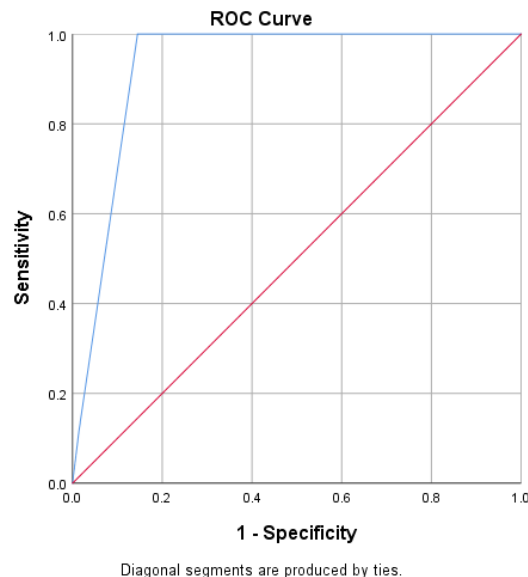
### 4. Giá trị tiên lượng nặng của các thang điểm đánh giá mức độ nặng của đợt cấp

**Bảng 7. So sánh giá trị tiên lượng nặng của các thang điểm đánh giá mức độ nặng trong đợt cấp**

Thang điểm đợt cấp		Kết quả điều trị		Độ nhạy	Độ đặc hiệu
		Bệnh nặng có nhập ICU	Ổn định đợt cấp		
Anthonisen	Độ II-III	15 (17.4 %)	38 (44.2%)	88.2%	44.9%
	Độ I	2 (2.3%)	31 (36.1 %)		
SHH theo GOLD	Độ II-III	17 (19.7%)	10 (11.7%)	100%	85.5%
	Độ I	0	59 (68.6%)		
CURB-65	$\geq 2$	10 (11.6%)	14 (16.3%)	58.8%	79.7%
	$< 2$	7 (8.1%)	55 (64%)		
BAP-65	$\geq 3$	13 (15.1%)	23 (26.7%)	76.5%	66.7%
	$< 3$	4 (4.7%)	46 (53.5%)		

**Nhận xét:** Thang điểm đánh giá mức độ nặng của đợt cấp theo GOLD có giá trị tiên lượng bệnh nặng cao nhất, với độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 85.5%.

Biểu đồ biểu diễn đường cong ROC giá trị tiên lượng nặng của thang điểm đánh giá mức độ nặng của đợt cấp theo GOLD



Diện tích dưới đường cong (AUC) là: 92.9% (95% CI, 0.876-0.982).

#### IV. BÀN LUẬN

- Về tỉ lệ bệnh nhân nặng phải nhập điều trị tại ICU: Nghiên cứu ghi nhận 19.8% bệnh nhân đợt cấp cần điều trị tích cực tại khoa hồi sức. Nó có sự khác biệt nhẹ so với nghiên cứu của Roche N. và cộng sự (2008), tỷ lệ bệnh nhân nhập viện do đợt cấp nặng cần điều trị tại ICU bằng thông khí hỗ trợ chiếm 11.9% [4], sự khác biệt có thể lý giải do tình trạng đợt cấp nặng nhập khoa Cấp cứu ngoài nguyên nhân co thắt đường thở gây biến chứng suy hô hấp nặng cần thông khí hỗ trợ thì còn do nguyên nhân nhiễm trùng nặng từ đường hô hấp dưới, biến chứng sốc nhiễm trùng, những bệnh nhân này cũng cần thiết được theo dõi tích cực tại ICU, và một lý do khác do sự thiếu nhân sự và trang thiết bị theo dõi ở khoa Cấp cứu hay khoa Nội tổng hợp, cho nên tỉ lệ bệnh nhân đợt cấp nặng cần điều trị tại ICU của chúng tôi có phần cao hơn.

- Về các đặc điểm chung của bệnh nhân đợt cấp BPTNMT:

+ Nam giới chiếm 95.3%, độ tuổi trung bình  $69.6 \pm 11.2$ , thấp nhất là 44 tuổi, cao nhất là 94 tuổi. Tỷ lệ này có sự tương đồng với những nghiên cứu khác. Nguyễn Hữu Công và cộng sự (2022) ghi nhận 96.9% bệnh nhân nhập viện vì đợt cấp là nam [3], và tỉ lệ này ở nghiên cứu của Nguyễn Quang Đợi (2019) là 91% [5]. Tiền sử hút thuốc lá có thể được xem xét để giải thích cho sự chiếm ưu thế này. Tỷ lệ mắc đợt cấp chủ yếu xảy ra ở những bệnh nhân lớn tuổi, đặc biệt những trường hợp trên 70 tuổi chiếm ưu thế. Ở nhóm bệnh nhân này, quá trình bệnh xảy ra nhiều năm, việc sử dụng corticoid kéo dài làm suy giảm đáng kể hệ miễn dịch tăng nguy cơ nhiễm trùng làm bùng phát đợt cấp. Đa số bệnh nhân có tần suất nhập viện vì đợt cấp gia tăng qua mỗi năm.

+ Khó thở là lý do chính khiến bệnh nhân nhập viện, chiếm 89.5%. BPTNMT là quá trình viêm mạn tính của đường thở nhỏ, sự co rút đường thở sẽ xảy ra thường xuyên. Dự phòng, làm giảm sự co rút đường thở này sẽ làm giảm khó thở, giảm tần suất nhập viện của bệnh nhân.

- Về các đặc điểm toàn thân của bệnh nhân đợt cấp BPTNMT

+ BMI trung bình  $22.2 \pm 2.5$ . Theo Nguyễn Hữu Công và cộng sự (2022) thì mức BMI trung bình là  $18.6 \pm 3.2$  [3]. Tình trạng thiếu cân là hiện tượng phổ biến ở bệnh nhân BPTNMT do vấn đề dinh dưỡng hay rối loạn chuyển hóa mỡ do sử dụng corticoid. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận có 3.5% trường hợp có thiếu cân. Tuy nhiên hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy vấn đề thiếu cân không liên quan đến tình trạng đợt cấp nặng.

+ Sốt gợi ý một tình trạng nhiễm trùng hay nhiễm siêu vi, trong nghiên cứu thì nhiễm trùng xảy ra ở đường hô hấp. Tỷ lệ bệnh có sốt là 2.3%, tỷ lệ này rất thấp so với tỉ lệ bệnh nhân có viêm phổi ghi nhận qua Xquang và xét nghiệm máu. Tím tái gặp 2.3% phản ánh tình trạng thiếu oxy mô mạn tính hoặc cấp tính. Rối loạn ý thức 5.8% cho thấy tổn thương não cấp tính trong đợt cấp liên quan đến thiếu oxy não hoặc rối loạn chức năng cơ quan sống, đây là những biểu hiện rất nặng, cần phải can thiệp ngay lập tức.

- Về các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân đợt cấp BPTNMT

+ Điểm mMRC trung bình  $3.15 \pm 0.66$ , triệu chứng khó thở nặng – rất nặng chiếm 27.9%. Các bệnh nhân BPTNMT trải qua quá trình viêm mạn tính lâu dài, tổn thương đường thở và phế nang đáp ứng theo từng giai đoạn bệnh. Hầu hết các bệnh nhân sẽ có tình trạng khó thở mạn tính, thời gian bệnh càng lâu sẽ tăng tỉ lệ thuận với điểm mMRC, làm giảm chất lượng cuộc sống. Nguyễn Hữu Công và cộng sự (2022), tỉ lệ bệnh nhân khó thở nặng 49.5%, rất nặng 38.1% [3], cao hơn rất nhiều so với chúng tôi. Sự khác nhau được giải thích do việc chọn nhóm bệnh nhân có phần khác nhau giữa hai nghiên cứu. Trong nghiên cứu của Nguyễn Hữu Công, đối tượng được chọn là những bệnh nhân nặng và rất nặng, có tỷ lệ cao vào viện với tình trạng suy hô hấp.

+ Ho đàm chiếm 83.9%, trong đó tỷ lệ đàm đục, đàm mủ là 52.3%. Cùng với tình trạng khó thở thì ho đàm, và đàm nhầy mủ là ba yếu tố chẩn đoán đợt cấp theo Anthonisen, việc gia tăng một yếu tố sẽ làm tăng mức độ nặng của bệnh. Khó thở do co thắt đường dẫn khí trên nên đường dẫn khí đã hẹp trước đó do biến đổi cấu trúc, cùng với sự tăng tiết đàm làm đường thở đã hẹp lại càng hẹp. Sự co kéo cơ hô hấp phụ là đáp ứng của cơ thể để góp phần hỗ trợ thêm vào công hô hấp. Tỷ lệ bệnh nhân có co kéo cơ hô hấp phụ 61.7%, tất cả bệnh nhân nặng nhập ICU đều có co kéo cơ hô hấp phụ xảy ra.

+ Tiếng rale chủ yếu là rale ngáy, rít gập trong co thắt đường chiếm 93%, ngoài ra ghi nhận tiếng rale nổ 7%, gợi ý nguyên nhân đợt cấp xảy ra do nhiễm trùng tại phổi.

+ Nhịp tim tăng và rối loạn huyết động có liên quan đến tình trạng nặng của đợt cấp. Ở nhóm bệnh nhân nặng có nhập điều trị tại ICU thì nhịp tim trung bình là  $117 \pm 14$  nhịp/phút. Rối loạn huyết động xảy ra ở 16.3% trường hợp, đây là những trường hợp bệnh có huyết áp tâm thu quá cao hơn 180 mmHg, cần xử trí hạ áp hay những trường hợp có tụt huyết áp do sốc nhiễm trùng từ đường hô hấp cần hồi sức tích cực, vừa đảm bảo thông khí, giảm tắc nghẽn đường thở, vừa phải bồi hoàn thể tích dịch do tái phân bố, kết hợp với sử dụng kháng sinh sớm cho bệnh nhân.

- Về các đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân đợt cấp BPTNMT

+ Bạch cầu trung bình ở nhóm bệnh nhân nặng có nhập ICU là  $16.8 \pm 5.1$  (K/mcL). Bạch cầu, %Neu và CRP là những giá trị có ý nghĩa trong chẩn đoán tình trạng nhiễm trùng, mà cụ thể ở đây là viêm phổi. CRP ở nhóm bệnh nhân nặng nhập ICU là  $77.2 \pm 95.7$  mg/L, cao hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân ổn định đợt cấp. Tăng chỉ số bạch cầu, CRP có ý nghĩa liên quan đến đợt cấp nặng.

+ PaO<sub>2</sub> của nhóm bệnh nhân nặng có nhập ICU là  $147.8 \pm 52.4$  (mmHg), cao hơn khá nhiều so với nhóm còn lại. Điều này có thể được lý giải do các bệnh nhân nặng được ưu tiên xử trí ngay lập tức với liệu pháp oxy, sau đó mới xử trí thuốc và lấy máu động mạch làm khí máu. Điều này đã làm ảnh hưởng đến kết quả PaO<sub>2</sub> trên khí máu cao hơn mức 100 mmHg rất nhiều. Tăng PaCO<sub>2</sub> chủ yếu ở nhóm đợt cấp nặng có nhập ICU với trung bình là  $48.8 \pm 12.3$  (mmHg), điều này phù hợp với sinh lý bệnh của BPTNMT. Những bệnh nhân nặng có tăng tiết đàm và co thắt đường thở nhiều cùng với một cơ hô hấp làm tình trạng trao đổi khí kém, ứ khí phế nang nhiều hơn, làm tăng PaCO<sub>2</sub> máu. Toan hóa máu cũng xảy ra ở những bệnh nhân nặng với mức pH  $7.32 \pm 0.09$ , mà chủ yếu là tình trạng toan hô hấp do tăng PaCO<sub>2</sub>.

+ Kết quả x quang cho thấy các hậu quả của tình trạng BPTNMT lâu dài như xơ xẹp phổi do viêm mạn tính đường thở hay tổn thương phổi và đường thở trước đó viêm phổi, lao phổi, tỷ lệ này chiếm 39.5%; khí phế thũng do ứ khí phế nang lâu ngày làm căng phòng phế nang, dẫn nở các khoang liên sườn, tỷ lệ này chiếm 14%; tổn thương thâm nhiễm hay đông đặc phổi gợi ý tình trạng viêm phổi mới xảy ra, tỷ lệ này chiếm 17.4%; còn lại 29% x quang bình thường xảy ra ở những bệnh nhân mới mắc, không có tình trạng nhiễm trùng xảy ra.

- Về mức độ nặng của đợt cấp BPTNMT:

+ Chẩn đoán mức độ nặng đợt cấp là một quyết định quan trọng trong xử trí cấp cứu bệnh nhân BPTNMT. Việc chẩn đoán chính xác mức độ nặng của đợt cấp do nhiều yếu tố quyết định. Một bệnh nhân đợt cấp nặng cần có hướng tiếp cận và xử trí hoàn toàn khác so với những đợt cấp nhẹ - trung bình. Chúng tôi lựa chọn phân loại theo tiêu chuẩn của GOLD (2022) vì tiêu chí phân

loại mức độ nặng đợt cấp được dựa trên sự kết hợp giữa biểu hiện lâm sàng và đặc điểm khí máu động mạch nên cho phép đánh giá, phân loại chính xác, phù hợp với thực hành lâm sàng.

+ Theo GOLD (2022) thì đợt cấp nhập viện có đe dọa tính mạng được phân nhóm III, có các triệu chứng: tần số thở > 30 lần/phút, sử dụng cơ hô hấp phụ, rối loạn ý thức cấp tính, giảm oxy máu không cải thiện khi hỗ trợ oxy với  $FiO_2 > 40\%$ ; Tăng  $PaCO_2 > 60\text{mmHg}$  hoặc có toan máu [1]. Tuy nhiên việc đánh giá và xử trí cũng gặp nhiều khó khăn. Nhiều trung tâm cấp cứu chưa trang bị máy khí máu động mạch tại giường, đôi khi những bệnh nhân nặng với tình trạng nhịp thở nhanh trên 30 lần/phút, hay chậm dưới 12 lần/phút, rối loạn tri giác, có dấu hiệu ngưng thở thì cần phải thông khí xâm nhập ngay, trong khi chờ kết quả khí máu động mạch của phòng xét nghiệm sẽ làm xấu hơn tình trạng bệnh của bệnh nhân.

+ Theo Nguyễn Hữu Công và cộng sự (2022), tỷ lệ tử vong ở nhóm đợt cấp nặng đe dọa tính mạng chiếm 64.3%, ở nhóm không đe dọa tính mạng là 5.5% [3]. Tỷ lệ này sẽ còn có thể cao hơn nếu tốc độ phản xạ của một bác sĩ cấp cứu không thật sự nhanh. Điều này đòi hỏi các bác sĩ cấp cứu cần được trang bị những kiến thức và kinh nghiệm trong việc đánh giá và xử trí đợt cấp BPTNMT, đặc biệt là các bác sĩ tuyến tỉnh và tuyến trung ương phải đối mặt với nhiều trường hợp đợt cấp nặng mỗi ngày.

## V. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu với 86 bệnh nhân nhập viện do đợt cấp BPTNMT, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Tỷ lệ bệnh nhân nặng có nhập điều trị tại ICU chiếm 19.8%.

Nam giới chiếm 95.3%, độ tuổi trung bình  $69.6 \pm 11.2$

Khó thở là lý do chính khiến bệnh nhân nhập viện, chiếm 89.5%, có 27.9% trường hợp khó thở nặng – rất nặng; điểm mMRC trung bình  $3.15 \pm 0.66$ ; ho đàm chiếm 83.9%, trong đó tỷ lệ đàm đục, đàm mủ là 52.3%; rale ngáy, rít chiếm 93%; nhịp tim trung bình ở nhóm đợt cấp nặng là  $117 \pm 14$  nhịp/phút; 16.3% có xảy ra rối loạn huyết động.

Tăng chỉ số bạch cầu, CRP có ý nghĩa liên quan đến đợt cấp nặng; toan hóa máu cũng xảy ra ở những bệnh nhân nặng với mức  $pH 7.32 \pm 0.09$ , chủ yếu là toan hô hấp do tăng  $PaCO_2$ ; có 17.4% x quang có kết quả gợi ý tình trạng viêm phổi.

mMRC  $\geq 3$  là yếu tố có ý nghĩa tiên lượng độc lập nguy cơ bệnh nặng với độ tin cậy > 95% ( $p < 0.05$ ).

Thang điểm đánh giá mức độ nặng của đợt cấp theo GOLD có giá trị tiên lượng bệnh nặng cao nhất, với độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 85.5%, diện tích dưới đường cong là 92.9% (95% CI, 0.876-0.982).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Global initiative for chronic obstructive lung disease (2022). *Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*.
2. Hội lao và bệnh phổi Việt Nam (2015). Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Trong: *Hướng dẫn quốc gia xử trí hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính*. Nhà xuất bản y học, 214-327.
3. Nguyễn Hữu Công (2022). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhập viện. Luận án tiến sĩ y học, Học viện quân y.
4. Roche N., Zureik M., Soussan D., et al (2008). Predictors of outcomes in COPD exacerbation cases presenting to the emergency department. *Eur Respir J*, 32(4): 953–961.
5. 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 khoa, Đại học y khoa Hà Nội.

# NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH HỌC BỆNH NHÂN ĐỘT QUỴ NÃO $\leq 50$ TUỔI TẠI KHOA NỘI THẦN KINH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Mai Nhật Quang, Lê Phước An,  
Nguyễn Phước Dừa, Lê Thị Hai

**Đặt vấn đề:** Tai biến mạch máu não luôn là vấn đề thời sự của y học, bởi đây là bệnh phổ biến, tỷ lệ tử vong cao, để lại nhiều di chứng nặng nề, là gánh nặng cho gia đình và xã hội. Đặc biệt tai biến mạch máu não với tuổi đời dưới 50.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, đối tượng nghiên cứu các bệnh nhân tai biến mạch máu não nhập khoa thần kinh Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang từ 1/2023 đến 09/2023.

**Kết quả nghiên cứu:** Chúng tôi chọn được 53 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu. Tuổi trung bình tuổi  $41,72 \pm 5,69$  tuổi. Điểm Glasgow lúc vào viện  $14,17 \pm 1,76$  điểm. Ngày điều trị trung bình  $6,76 \pm 2,16$  ngày so với  $8,95 \pm 3,70$  ngày ở nhóm bệnh nhân trên 50 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p=0,003$ . Huyết áp tâm thu lúc vào viện  $138,8 \pm 28$ mmHg ở nhóm bệnh nhân dưới 50 tuổi so với  $149,56 \pm 27,32$ mmHg ở nhóm bệnh nhân trên 50 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p=0,04$ . Tiền căn tăng huyết áp chiếm 47,17% ở nhóm bệnh nhân dưới 50 tuổi so với 73,58% ở nhóm bệnh nhân trên 50 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

**Kết luận:** Tăng huyết áp lúc vào viện, tiền sử tăng huyết áp, nhồi máu động mạch não giữa, xuất huyết vùng bao trong-đôi thị, là đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng thường gặp ở bệnh nhân tai biến mạch máu não dưới 50 tuổi.

## ABSTRACTS

### STUDY OF CLINICAL CHARACTERISTICS AND IMAGING BRAIN STROKE PATIENTS $\leq 50$ YEARS OLD AT AN GIANG GENERAL HOSPITAL

**Background:** Stroke is always a topical issue in medicine, because it is a common disease, high mortality rate, leaves many serious outcomes, and it is a burden for families and society. Especially stroke with age under 50 years old.

**Patients and methods:** Cross-sectional study design including 106 persons who admitted to An giang hospital from February 1<sup>st</sup> 2023 to September 30<sup>th</sup> 2023.

**Results:** Among 53 epilepsy patients selected into the study sample. Average age was  $41,72 \pm 5,69$  years old. Average treatment days were  $6,76 \pm 2,16$  days compared to  $8,95 \pm 3,70$  days in the group of patients over 50 years old, the difference is statistically significant with  $p=0,003$ . Glasgow score at hospital admission was  $14,17 \pm 1,76$  points. Systolic blood pressure at admission was  $138,8 \pm 28$ mmHg in the group of patients under 50 years old compared to  $149,56 \pm 27,32$ mmHg in the group of patients over 50 years old, the difference is statistically significant with  $p=0,04$ . History of hypertension accounts for 47,17% in the group of patients under 50 years old compared to 73,58% in the group of patients over 50 years old, the difference is statistically significant with  $p < 0,001$ .

**Conclusion:** High blood pressure at admission, history of high blood pressure, middle cerebral artery infarction, internal capsule-thalamic hemorrhage, are important clinical and paraclinical features in stroke patients under 50 years old.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não luôn là vấn đề thời sự cấp thiết của y học, đã và đang được các nước trên thế giới quan tâm bởi tính phổ biến, có tỷ lệ tử vong cao và để lại nhiều di chứng nặng nề. Đây là gánh nặng lớn cho gia đình, xã hội và chính bản thân của bệnh nhân. Tai biến mạch máu não là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 3 sau bệnh ung thư và tim mạch ở các nước phát triển. Đến thời điểm hiện tại, ở Việt Nam rất ít những nghiên cứu về tai biến mạch máu não ở người trẻ tuổi. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học bệnh nhân tai biến mạch máu não ở người  $\leq 50$  tuổi, đề tài này giúp làm phong phú thêm bệnh cảnh lâm sàng tai biến mạch máu não. Qua đó giúp người bệnh được chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời và sớm hòa nhập cộng đồng. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với 2 mục tiêu: Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng

bệnh nhân tai biến mạch máu não ở người  $\leq 50$  tuổi. Nhận xét một số đặc điểm hình ảnh học bệnh nhân tai biến mạch máu não ở người  $\leq 50$  tuổi.

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1..Phương pháp nghiên cứu:

Cắt ngang mô tả.

### 2.2.Cỡ mẫu:

53 bệnh nhân mỗi nhóm.

### 2.3.Đối tượng nghiên cứu:

*Tiêu chuẩn chọn mẫu:*

Lâm sàng:

Bệnh nhân tai biến mạch máu não nhập viện khoa Nội Thần Kinh - Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang.

Bệnh nhân hoặc người thân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Cận lâm sàng: CT sọ não, sinh hóa máu, glucose máu.

*Tiêu chuẩn loại trừ:*

Những bệnh nhân có lâm sàng không phù hợp với định nghĩa về tai biến mạch máu não của tổ chức Y tế thế giới.

Bệnh nhân hoặc người thân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.4.Địa điểm:

Nội Thần Kinh - Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang.

### 2.5.Cách tiến hành:

Tiến hành phỏng vấn bệnh nhân hoặc thân nhân bệnh nhân theo mẫu thu thập số liệu.

Tiến hành thăm khám và xem hình ảnh CT sọ não của bệnh nhân.

### 2.6.Xử lý số liệu:

Nhập dữ liệu và phân tích dữ liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

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.

Khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1 Đặc điểm lâm sàng mẫu nghiên cứu (n=106)**

Đặc điểm mẫu nghiên cứu	Nhóm tuổi		p	
	$\leq 50$	$>50$		
Tuổi	41,72±5,69 tuổi	66,92±9,42 tuổi	<0,001	
Glasgow	14,17±1,76 điểm	13,62±2,14 điểm	0,1	
Ngày điều trị trung bình	6,76 ± 2,16 ngày	8,95 ± 3,70 ngày	0,003	
Huyết áp tâm thu	138,8±28 mmHg	149,56±27,32 mmHg	0,04	
Huyết áp tâm trương	82,36±15,92 mmHg	87,57±14 mmHg	0,07	
Giới	Nữ	23	21	0,8
	Nam	30	32	
Tăng huyết áp	Không	28	14	0,005
	Có	25	39	
Tiền sử ĐTĐ	Không	45	39	0,2
	Có	8	14	
Tiền sử THA	Không	33	14	<0,001
	Có	20	39	
Đầu TK khu trú	Không	7	3	0,2
	Có	46	50	
Tổng	53	53		

**Nhận xét:** Ngày điều trị trung bình, huyết áp tăng lúc nhập viện và tiền sử tăng huyết áp là các biến có sự khác biệt giữa 02 nhóm với  $P < 0,005$ .

**Bảng 3.2 Đặc điểm cận lâm sàng mẫu nghiên cứu (n=106)**

		Nhóm tuổi		p
		≤ 50	>50	
Glucose		8,83±6,67	9,17±6,69	0,8
Cholesterol		4,58±1,07	4,66±1,03	0,7
Triglycerid		2,41±2,21	2,12±1,42	0,4
HDL		1,2±0,35	1,2±0,36	0,9
LDL		2,49±0,88	2,84±0,83	0,8
CT đầu	NMN	41	40	0,8
	XHN	12	13	

**Nhận xét:** Các đặc điểm cận lâm sàng không có sự khác biệt giữa 02 nhóm với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.3 Mối liên quan giữa nhóm tuổi và tiền căn tăng huyết áp**

		Nhóm tuổi		p
		≤ 50	>50	
TS THA	Có	14 (35,5%)	28 (70%)	0,003
	Không	26 (65%)	12 (30%)	
Tổng		40	40	

**Nhận xét:** Sau khi phân nhóm, ở phân nhóm nhồi máu não có tiền sử tăng huyết áp có sự khác biệt giữa 02 nhóm với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.4 Vị trí nhồi máu não (n=40)**

Vị trí nhồi máu não	n	%
Động mạch não trước	6	15%
Động mạch não giữa	25	62,5%
Động mạch não sau	6	15% %
Khác	3	7,5%
Tổng	40	100%

**Nhận xét:** Nhồi máu não động mạch não giữa có 25/40 trường hợp chiếm 62,5%

**Bảng 3.5 Vị trí xuất huyết não (n=13)**

Vị trí xuất huyết	n	%
Bao trong - đồi thị	8	61,5%
Não thất	2	15,4%
Khác	3	23,1%
Tổng	13	100%

**Nhận xét:** Vị trí xuất huyết bao trong-đồi thị chiếm 61,5%, vị trí khác chiếm 23,1%

#### IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình ở nhóm bệnh nhân tai biến mạch máu não dưới 50 tuổi là 41,72±5,69 tuổi, tuổi trung bình ở nhóm bệnh nhân lớn hơn tuổi là 66,92±9,42 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Nghiên cứu của tác giả Lê Duy Phong, tuổi trung bình là 61,3 ± 12,9 tuổi[3], Nghiên cứu của tác giả Hu Y Z tuổi trung bình là 57,9 ± 15,2 tuổi và 44,4% > 60 tuổi[6]. Như vậy tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn của tác giả Lê Duy Phong ở Bình Dương và nghiên cứu của tác giả Hu Y Z. Các nghiên cứu cho thấy tuổi càng cao thì nguy cơ bị tai biến mạch máu não càng nhiều. Đa số kết quả nghiên cứu đều cho thấy nhóm tuổi trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao ở bệnh nhân tai biến mạch máu não[4],[5].

Ngày điều trị trung bình ở nhóm bệnh nhân tai biến mạch máu não tuổi dưới 50 là 6,76 ± 2,16 ngày nhỏ hơn số ngày điều trị trung bình ở nhóm bệnh nhân tai biến mạch máu não tuổi trên 50 là 8,95 ± 3,70 ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,003$ . Những bệnh nhân tai biến mạch máu não tuổi dưới 50 ít bệnh nên hơn so với nhóm bệnh nhân trên 50 tuổi, do đó thời gian nằm viện kéo dài hơn.

Vị trí nhồi máu não ở nhóm bệnh nhân <50 tuổi chủ yếu do tắc động mạch não giữa chiếm 62,5% và vị trí xuất huyết ở vùng bao trong-đồi thị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi



tương tự như nghiên cứu của tác giả Lê Duy Phong ở Bình Dương và tác giả Nguyễn Tấn Đạt ở bệnh viện Bến Tre[1], [3].

Tăng huyết áp lúc vào viện ở nhóm bệnh nhân tai biến mạch máu não tuổi dưới 50 có 25/53 trường hợp chiếm 47,17% và số bệnh nhân tai biến mạch máu não tuổi trên 50 là 39/53 trường hợp chiếm 73,58%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p=0,005$ . Nghiên cứu của tác giả Vi Quốc Hoàn cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp ở bệnh nhân tai biến mạch máu não chiếm 82,4%, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tấn Đạt ở bệnh viện Bến Tre, tỷ lệ bệnh nhân tai biến mạch máu não có tăng huyết áp chiếm 81,8%[1]. Tiền căn tăng huyết áp ở nhóm bệnh nhân tai biến mạch máu não tuổi dưới 50 có 20/53 trường hợp chiếm 37,73%, ở nhóm bệnh nhân trên 50 tuổi có 39/53 trường hợp chiếm 73,58%, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p<0,001$ .

Tiền căn đái tháo đường ở nhóm bệnh nhân tai biến mạch máu não tuổi dưới 50 có 8/53 trường hợp chiếm 15,09%, ở nhóm bệnh nhân trên 50 tuổi có 14/53 trường hợp chiếm 26,42%, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p=0,2$ . Nghiên cứu của tác giả Vi Quốc Hoàn cho thấy tỷ lệ đái tháo đường ở bệnh nhân tai biến mạch máu não chiếm 5,4%, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tấn Đạt ở bệnh viện Bến Tre, tỷ lệ bệnh nhân tai biến mạch máu não có đái tháo đường chiếm 8,3%[1],[2].

## V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở những bệnh nhân tai biến mạch máu não tuổi dưới 50 là tiền căn tăng huyết áp, huyết áp cao lúc vào viện, nhồi máu não vùng chi phối động mạch não giữa, xuất huyết vùng bao trong-đồi thị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tấn Đạt (2013). Các yếu tố tiên lượng tử vong bệnh viện trên bệnh nhân xuất huyết não tại bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu – Bến Tre.
2. Vi Quốc Hoàn (2011). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của chảy máu não bán cầu tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên.
3. Lê Duy Phong (2012). Tiên lượng tử vong tai biến mạch máu não trong hai tuần đầu ở Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương, Luận án chuyên khoa cấp II, Đại học y dược TP. Hồ Chí Minh.
4. Greenberg S M, Ziai W C, Cordonnier C, and et al (2022). Guideline for the Management of Patients With Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 53 (7), e282-e361.
5. Grysiewicz R A, Thomas K, Pandey D K (2008). Epidemiology of ischemic and hemorrhagic stroke: incidence, prevalence, mortality, and risk factors. *Neurol Clin*, 26 (4), 871-95.
6. Hu Y Z, Wang J W, Luo B Y (2013). Epidemiological and clinical characteristics of 266 cases of intracerebral hemorrhage in Hangzhou, China. *J Zhejiang Univ Sci B*, 14 (6), 496-504.

# NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, PHÂN LOẠI VÀ XỬ TRÍ BAN ĐẦU BỆNH NHÂN SUY HÔ HẤP CẤP TẠI KHOA CẤP CỨU BVĐKTT AN GIANG NĂM 2023

Cao Hồng Liên Phương, Trần Vũ Linh  
Nguyễn Thanh Tuấn, Nguyễn Duy Linh

## TÓM TẮT

### Mục Tiêu:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân suy hô hấp
2. Phân loại lâm sàng và xử trí ban đầu bệnh nhân suy hô hấp tại khoa cấp cứu.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

**Kết quả:** Hầu hết các trường hợp cấp cứu suy hô hấp thường gặp ở người cao tuổi ( $\geq 60$  tuổi chiếm 67.9%) và nam giới (chiếm 60.71%). Trong đó 2 bệnh lý chủ yếu là Viêm phổi (44.29%) và Đợt cấp COPD (18.57%).

Hơn một nửa số trường hợp suy hô hấp được khảo sát có mức độ nặng (54.3%) và xử trí ban đầu được lựa chọn là oxy liệu pháp.

### Kết luận:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân suy hô hấp cấp tại khoa Cấp cứu Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang từ 02/2023 – 9/2023
  - Nhóm tuổi  $\geq 60$  tuổi thường gặp nhất.
  - Tỷ lệ nam giới gặp nhiều hơn nữ giới.
  - 2 nguyên nhân chủ yếu gây suy hô hấp cấp là Viêm phổi và Đợt cấp COPD.
2. Phân loại lâm sàng và xử trí ban đầu bệnh nhân suy hô hấp cấp tại khoa Cấp cứu.
  - Đa số bệnh nhân suy hô hấp cấp mức độ nặng.
  - Xử trí ban đầu được lựa chọn là oxy liệu pháp.
  - Tỷ lệ bệnh nhân điều trị tại khoa HSTC cao.

## SUMMARY

### Target:

1. Describe some clinical characteristics of patients with respiratory failure
2. Clinical classification and initial management of patients with respiratory failure in the emergency department.

Methods to research: Cross-sectional descriptive study

**Result:** Most cases of emergency respiratory failure occur in the elderly ( $\geq 60$  years old, accounting for 67.9%) and men (accounting for 60.71%). The two main diseases are pneumonia (44.29%) and acute exacerbation of COPD (18.57%).

More than half of the respiratory failure cases surveyed were severe (54.3%) and the initial treatment of choice was oxygen therapy.

### Conclusion:

1. Describe some clinical characteristics of patients with acute respiratory failure at the Emergency Department of An Giang Central General Hospital from February 2023 - September 2023
  - Age group  $\geq 60$  years old is most common.
  - The proportion of men encountered is higher than that of women.
  - The 2 main causes of acute respiratory failure are Pneumonia and COPD exacerbation.
2. Clinical classification and initial management of patients with respiratory failure in the Emergency Department.
  - Most patients have severe acute respiratory failure.
  - The initial treatment of choice is oxygen therapy.
  - The proportion of patients treated at the ICU is high

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy hô hấp là một tình trạng bệnh lý thường gặp, nguyên nhân có thể do tại cơ quan hô hấp hoặc tại các cơ quan khác gây ra. Một số trường hợp suy hô hấp có thể điều trị dễ dàng và hiệu quả nếu được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Suy hô hấp có thể là cấp tính hoặc mạn tính. Trong suy hô hấp cấp đặc trưng bởi sự rối loạn khí máu và toan kiềm đe dọa tính mạng người bệnh. Suy hô hấp mạn thường biểu hiện không rõ ràng, kín đáo và yên lặng.

Mặc dù có nhiều bước tiến quan trọng trong chẩn đoán, theo dõi và điều trị, song suy hô hấp cấp (SHHC) vẫn là nguyên nhân chủ yếu trực tiếp gây tử vong ở các đơn vị chăm sóc tích cực (ICU/SICU). Rất khó đưa ra một con số thống nhất về tỷ lệ SHHC, do còn tồn tại nhiều quan niệm, định nghĩa và phân loại khác nhau, nhưng thường chiếm 10 -15% các trường hợp nhập ICU và là biên chứng của 50-75% bệnh nhân nằm ICU trên 7 ngày. Tỷ lệ tử vong do suy hô hấp cấp trong khoảng 6 -40% [1]. Khoảng cách dao động này có liên quan đến tính không đồng nhất trong các tập hợp thống kê nghiên cứu của các tác giả khác nhau.

Ở nước ngoài: Behrendt CE (2000): nghiên cứu trên 6,385,011 bệnh nhân điều trị nội trú tại Hoa Kỳ tỷ lệ nằm viện vì suy hô hấp cấp chiếm khoảng 10%, tỷ lệ tử vong chiếm khoảng 35,9%, tuổi càng cao tỷ lệ mắc suy hô hấp cấp càng cao và cao hơn hẳn ở bệnh nhân trên 65 tuổi [9]. Một nghiên cứu khác tại Hoa Kỳ 2017, cho biết có 1275 trường hợp suy hô hấp được phát hiện trên 100.000 người trưởng thành, và trong đó tỷ lệ tử vong do suy hô hấp tại Bệnh viện là 12% [8].

Khoa cấp cứu bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang là nơi tiếp nhận và xử trí gần như tất cả các trường hợp bệnh nhân suy hô hấp cấp, chính vì lẽ đó mà việc đánh giá bệnh nhân dựa trên lâm sàng và phân loại ban đầu tình trạng suy hô hấp cấp rất là cần thiết cho việc xử trí ban đầu và điều trị. Nên chúng tôi thực hiện đề tài “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, phân loại và xử trí ban đầu bệnh nhân suy hô hấp cấp tại khoa cấp cứu bệnh viện đa khoa trung tâm an giang năm 2023” với 2 mục tiêu chính như sau:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân suy hô hấp
2. Phân loại lâm sàng và xử trí ban đầu bệnh nhân suy hô hấp tại khoa cấp cứu.

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Phương pháp nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang

### 2. Cỡ mẫu:

Tính theo công thức

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu

p: Tỷ lệ bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ ước lượng 10% (p=0.1)

q = 1- p

d: sai số chấp nhận được (d = 0.05)

Z: hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95% Z=1.96

Thay vào công thức ta có: n = 138. Ở đây chúng tôi nghiên cứu 140 bệnh nhân.

### 3. Thời gian thu thập số liệu

Từ tháng 2/2023 đến tháng 9/2023

### 4. Đối tượng nghiên cứu:

- Tiêu chuẩn chọn bệnh:

+ Bệnh nhân được chẩn đoán suy hô hấp dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng có sẵn tại khoa cấp cứu

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân suy hô hấp do nguyên nhân ngoại khoa

- + Chết lâm sàng khi vào cấp cứu
- + Bệnh nhân hoặc thân nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

### 5. Công cụ thu thập và xử lý số liệu:

Phần mềm SPSS 26

### 6. Biến số nghiên cứu cần thu thập

- Các chỉ số về dịch tễ học: Tuổi, giới.
- Khám thực thể: các dấu hiệu lâm sàng của suy hô hấp cấp, mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO<sub>2</sub>
- Cận lâm sàng: ECG, Xquang tim phổi.
- Phương pháp điều trị: oxy liệu pháp, thuốc, thủ thuật.
- Dấu hiệu lâm sàng sau xử trí: các triệu chứng của suy hô hấp cấp, dấu hiệu sinh tồn, SpO<sub>2</sub>.
- Kết quả cuối cùng: giảm triệu chứng, không thay đổi, nặng hơn hay tử vong.

## III. KẾT QUẢ

### 1. Kết quả điều trị

Từ tháng 2/2023 đến tháng 9/2023 có 140 bệnh nhân suy hô hấp đủ tiêu chuẩn phân tích vào khoa Cấp cứu, bệnh viện Đa khoa Trung Tâm An Giang. Trong số đó có 92 bệnh nhân được theo dõi và điều trị tiếp tục tại khoa Hồi Sức Tích Cực.

### 2. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

#### 2.1 Đặc điểm bệnh nhân suy hô hấp cấp theo độ tuổi

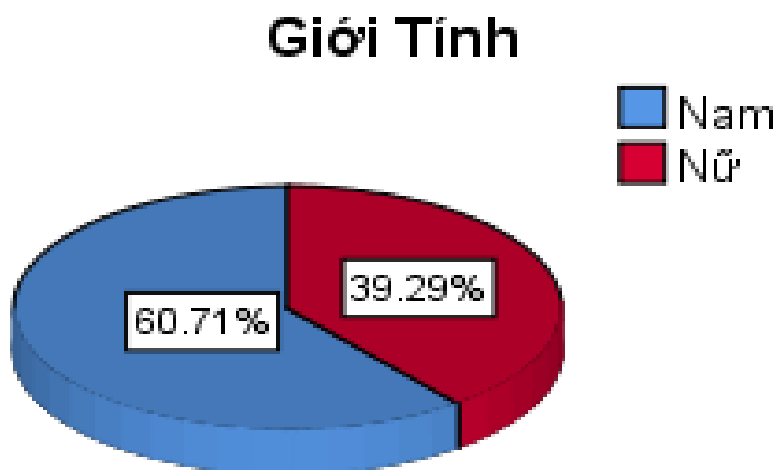
**Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân suy hô hấp cấp theo độ tuổi**

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	Số BN	Tỉ lệ %	Số BN	Tỉ lệ %	Số BN	Tỉ lệ %
16 – 59 tuổi	25	29.4%	20	36.4%	45	32.1%
≥ 60 tuổi	60	70.6%	35	63.6%	95	67.9%
Tổng	85	100%	55	100%	140	100%

**Nhận xét:** Bệnh nhân ở nhóm tuổi ≥ 60 tuổi thường gặp hơn.

#### 2.2 Đặc điểm bệnh nhân suy hô hấp cấp theo giới

**Biểu đồ 1: Đặc điểm bệnh nhân suy hô hấp cấp theo giới**



**Nhận xét:** Bệnh nhân nam gặp nhiều hơn bệnh nhân nữ.

#### 2.3 Mức độ suy hô hấp ở bệnh nhân suy hô hấp cấp dựa theo lâm sàng

**Bảng 2: Mức độ suy hô hấp cấp dựa theo lâm sàng**

Mức độ suy hô hấp	Số lượng	Tỷ lệ %
<i>Trung bình</i>	52	37.1%
<i>Nặng</i>	76	54.3%
<i>Nguy kịch</i>	12	8.6%
<i>Tổng</i>	140	100%

**Nhận xét:** Bệnh nhân ở mức độ trung bình, nặng là chủ yếu. Đặc biệt thường gặp hơn ở nhóm bệnh nhân nặng.

### 2.4 Xử trí ban đầu bệnh nhân suy hô hấp cấp tại khoa Cấp cứu

**Bảng 3: Xử trí ban đầu bệnh nhân suy hô hấp cấp tại khoa Cấp Cứu**

Xử trí ban đầu	Số lượng	Tỷ lệ %
Oxy liệu pháp	140	100%
Điều trị thuốc	74	52.9%
Thông khí nhân tạo	9	6.4%

**Nhận xét:** Tất cả các bệnh nhân đều được xử trí oxy liệu pháp. Hơn 50% bệnh nhân phải kết hợp thuốc trong điều trị. Khoảng 6.4% bệnh nhân phải thông khí nhân tạo xâm nhập.

### 2.5 Hướng điều trị tiếp theo tại khoa Cấp cứu

**Bảng 4: Hướng xử trí tiếp theo sau cấp cứu tại khoa Cấp Cứu**

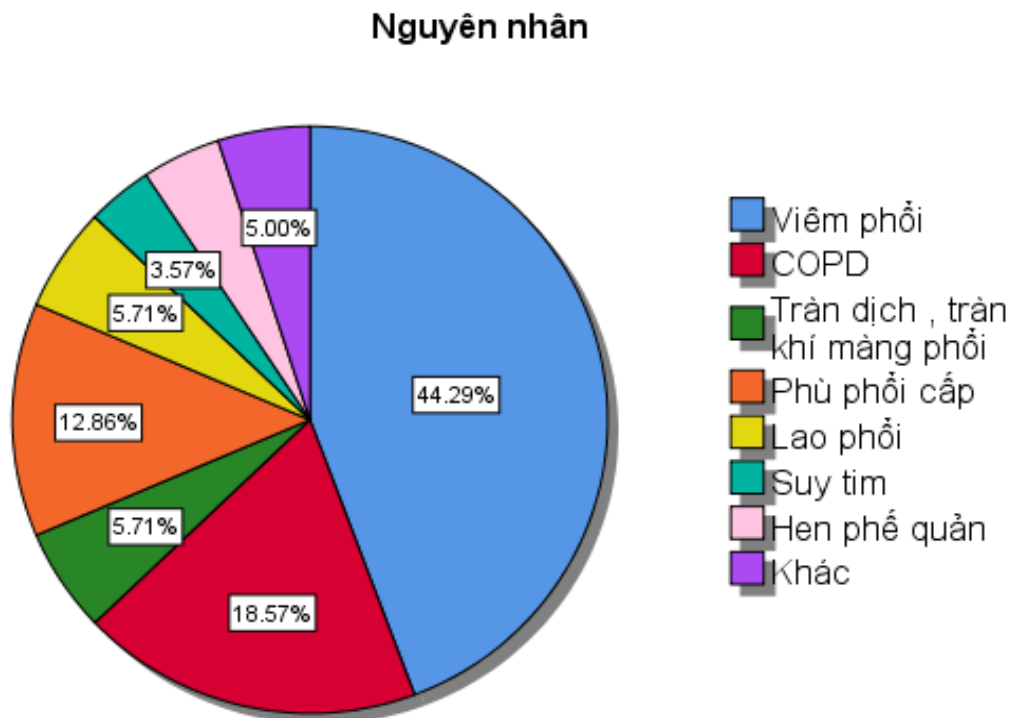
Hướng xử trí tiếp theo	Số lượng	Tỷ lệ %
Điều trị tại HSTC	92	65.7%
Điều trị tại chuyên khoa	48	34.3%
Tử vong, nặng xin về	00	00
Tổng	140	100%

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân phải tiếp tục điều trị tại khoa HSTC. Không có bệnh tử vong và nặng xin về.

## 3. Nguyên nhân và các yếu tố liên quan

### 3.1 Một số nguyên nhân suy hô hấp cấp thường gặp

**Biểu đồ 2: Một số nguyên nhân suy hô hấp cấp thường gặp**



**Nhận xét:** Viêm phổi và COPD là 2 nguyên nhân chủ yếu gây suy hô hấp.

**3.2 Mối liên quan giữa nhóm tuổi và mức độ suy hô hấp ở bệnh nhân**  
**Bảng 5: Mối liên quan giữa nhóm tuổi và mức độ suy hô hấp ở bệnh nhân suy hô hấp cấp**

Mức độ suy hô hấp \ Nhóm tuổi	Trung bình	Nặng	Nguy Kịch	Tổng	P
16 – 59 tuổi	13 (9.3%)	27 (19.3%)	5 (3.6%)	45 (32.1%)	0.347
≥ 60 tuổi	39 (27.9%)	49 (35.0%)	7 (5.0%)	95 (67.9%)	
Tổng	52 (37.1%)	76 (54.3%)	12 (8.6%)	140 (100.0%)	

**Nhận xét:** Nhóm tuổi không liên quan đến mức độ suy hô hấp của người bệnh ( $P > 0.05$ )

**3.3 Mối liên quan giữa nguyên nhân và mức độ suy hô hấp ở bệnh nhân**

**Bảng 6 Mối liên quan giữa nguyên nhân và mức độ suy hô hấp ở bệnh nhân**

Mức độ suy hô hấp \ Nguyên nhân	Trung bình	Nặng	Nguy kịch	Tổng	P
Viêm phổi	18 (29.0%)	41 (66.1%)	3 (4.8%)	62 (100.0%)	0.102
COPD	13 (50.0%)	10 (38.5%)	3 (11.5%)	26 (100.0%)	
Tràn dịch, tràn khí màng phổi	1 (12.5%)	5 (62.5%)	2 (25.0%)	8 (100.0%)	
Phù phổi cấp	5 (27.8%)	9 (50.0%)	4 (22.2%)	18 (100.0%)	
Lao phổi	4 (50.0%)	4 (50.0%)	0 (0.0%)	8 (100.0%)	
Suy tim	3 (60.0%)	2 (40.0%)	0 (0.0%)	5 (100.0%)	
Hen phế quản	4 (66.7%)	2 (33.3%)	0 (0.0%)	6 (100.0%)	
Khác	4 (57.1%)	3 (42.9%)	0 (0.0%)	7 (100.0%)	
Tổng	52 (37.1%)	76 (54.3%)	12 (8.6%)	140 (100.0%)	

**Nhận xét:** yếu tố nguyên nhân không liên quan tới mức độ suy hô hấp của người bệnh ( $P > 0.05$ )

**IV. BÀN LUẬN**

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu : chúng tôi tiến hành thu thập số liệu từ 140 bệnh nhân được chẩn đoán suy hô hấp vào khoa Cấp Cứu Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang từ tháng 2/2023 đến tháng 9/2023.

**1. Độ tuổi:**

Theo nghiên cứu của chúng tôi, có sự phân bố không đồng đều ở các nhóm tuổi. Gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi ≥ 60 tuổi chiếm 67.9% tổng số bệnh nhân nghiên cứu. Kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu suy hô hấp ở nhóm bệnh phổi của Phùng Tiến Hải độ tuổi trung bình thường gặp là  $73.88 \pm 1.531$  tuổi [1], Võ Việt Hà và Phan Văn Minh Quân (2020) là 69.9 tuổi [2] và 1 nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai (2018) có tuổi trung bình là  $68.8 \pm 9.23$  [4].

Tuổi cao là một yếu tố tiên lượng quan trọng vì đi cùng với sự lão hóa của các cơ quan, suy yếu miễn dịch của cơ thể dẫn tới tình trạng cũng như mức độ bệnh của bệnh nhân càng tăng lên. Vì vậy, người cao tuổi nên thường xuyên đi kiểm tra sức khỏe để được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

## **2. Giới tính:**

Gặp ở nam giới nhiều hơn chiếm 60.71%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Phùng Tiến Hải (2021) tỷ lệ nam giới gặp nhiều hơn nữ giới, chiếm 60%. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Đặng Đức Hoàn, Phạm Thị Trà Giang (2012) là 57% [3]. Do COPD là bệnh lý hay gặp ở nam giới và trong nghiên cứu của chúng tôi COPD là nguyên nhân phổ biến thứ 2.

## **3. Mức độ suy hô hấp theo lâm sàng**

Trong 140 bệnh nhân suy hô hấp mà chúng tôi nghiên cứu, chủ yếu gặp ở mức độ suy hô hấp trung bình - nặng dựa theo lâm sàng. Trong đó bệnh nhân nặng chiếm chủ yếu chiếm 54.3%, mức độ trung bình chiếm 37.1%. Khác với nghiên cứu của Đặng Đức Hoàn, Phạm Thị Trà Giang (2012) bệnh nhân chủ yếu gặp ở mức độ trung bình chiếm 62.14% [3].

## **4. Nguyên nhân**

Theo nghiên cứu của chúng tôi, Viêm phổi và COPD là 2 nguyên nhân gây suy hô hấp thường gặp nhất, chiếm tỷ lệ lần lượt là 44.29% và 18.57%.

Chỉ tính riêng Đợt cấp COPD, một nghiên cứu tại Hoa Kỳ cho thấy đã tiếp nhận 1.5 triệu lượt khám tại khoa cấp cứu, trong đó có 726.000 ca nhập viện và khoảng 119.000 ca tử vong vào năm 2000, tỷ lệ nhập viện hàng năm vì COPD đã tăng từ 9.7 lên 24.5 trên 10.000 dân trong khoảng thời gian từ năm 1988 đến 1998 [10]. Tại Việt Nam, một nghiên cứu của Lê Nhật Huy (2020), tỷ lệ mắc COPD ở người từ 40 tuổi trở lên là 4,15%, trong đó nam giới chiếm 8,43% và nữ giới là 1,07 %. Huyện đồng bằng (Diễn Châu) mắc COPD cao nhất với 5,02% và thấp nhất ở huyện miền núi (Tân Kỳ) chiếm 3,56%. Tỷ lệ phát hiện mới chiếm 93,4% [5].

Đối với Viêm phổi, ở Việt Nam chiếm 12% các bệnh phổi (Chu Văn Ý). Trong số 3606 bệnh nhân điều trị tại Khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai từ 1996 – 2000 có 345 bệnh nhân viêm phổi (9,57%), đứng hàng thứ tư trong số tất cả các nguyên nhân đến điều trị tại khoa (Ngô Quý Châu)[6]. Nghiên cứu của Đỗ Ngọc Sơn (2021) cũng cho thấy trong các nguy cơ dẫn đến ARDS, căn nguyên chủ yếu vẫn là Viêm phổi (79%) [7].

## **5. Xử trí tại khoa Cấp Cứu**

100% các ca suy hô hấp đều được hỗ trợ thông khí với oxy liệu pháp. Hơn một nửa trong tổng số các trường hợp suy hô hấp được phối hợp thuốc trong điều trị 52.9% và có 6.4% bệnh nhân phải thông khí nhân tạo xâm nhập.

## **6. Hướng xử trí tiếp theo tại khoa Cấp Cứu**

Theo nghiên cứu của chúng tôi, đa số các trường hợp sau khi xử trí sẽ được chuyển khoa Hồi Sức điều trị chiếm 65.7% và 34.3% trường hợp chuyển chuyên khoa điều trị.

Tỷ lệ điều trị tại khoa HSTC này cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Đặng Đức Hoàn, Phạm Thị Trà Giang (2012) là 35% [3].

## **7. Một số yếu tố liên quan**

### **7.1 Mối liên quan tuổi và mức độ suy hô hấp trên lâm sàng**

Mối liên hệ giữa tuổi và mức độ suy hô hấp ở nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trong nhóm bệnh nhân  $\geq 60$  tuổi thì suy hô hấp mức độ trung bình nặng hay gặp hơn. Theo luật người cao tuổi năm 2020, người cao tuổi được quy định trong Luật là công dân Việt Nam từ đủ 60 tuổi trở lên. Tuổi cao là một yếu tố tiên lượng quan trọng vì đi cùng với sự lão hóa của các cơ quan, suy yếu miễn dịch của cơ thể dẫn tới tình trạng cũng như mức độ bệnh của bệnh nhân càng tăng lên. Các kết quả nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ người già mắc các bệnh về phổi ngày càng gia tăng và đây là vấn đề đang được đặc biệt quan tâm. Nghiên cứu 140 bệnh nhân suy hô hấp chúng tôi nhận thấy hầu hết các bệnh nhân suy hô hấp đều thuộc nhóm tuổi  $>60$  tuổi, mức độ suy hô hấp của bệnh nhân chủ yếu là mức độ trung bình – nặng theo lâm sàng, tuy nhiên mức độ suy hô hấp giữa các nhóm tuổi chưa có sự khác biệt ( $P=0.347$ )

## 7.2 Mối liên quan nguyên nhân và mức độ suy hô hấp

Trong 140 bệnh nhân mà chúng tôi nghiên cứu, hầu hết đều suy hô hấp ở mức độ nặng và nguyên nhân thường gặp gây suy hô hấp mức độ nặng là Viêm Phổi. Tuy nhiên thì theo nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân không liên quan tới mức độ suy hô hấp của bệnh nhân ( $P = 0.102$ ).

### V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 140 bệnh nhân suy hô hấp cấp tại khoa Cấp cứu Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang từ 02/2023 – 9/2023 chúng tôi kết luận như sau:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân suy hô hấp cấp tại khoa Cấp cứu Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang từ 02/2023 – 9/2023

- Nhóm tuổi  $\geq 60$  tuổi thường gặp nhất, chiếm tỷ lệ 67.9%
- Tỷ lệ nam giới gặp nhiều hơn nữ giới chiếm 60.71%
- 2 nguyên nhân chủ yếu gây suy hô hấp cấp là Viêm phổi (44.29%) và Đợt cấp COPD (18.57%).

2. Phân loại lâm sàng và xử trí ban đầu bệnh nhân suy hô hấp cấp tại khoa Cấp cứu.

- Đa số bệnh nhân suy hô hấp cấp mức độ nặng (chiếm 54.3%).
- Xử trí ban đầu được lựa chọn là oxy liệu pháp
- Tỷ lệ bệnh nhân điều trị tại khoa HSTC cao 65.7%

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phùng Tiến Hải (2021) “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân suy hô hấp cấp do bệnh phổi điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương”
2. Võ Việt Hà, Phan Văn Minh Quân (2020) “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ở bệnh nhân suy hô hấp cấp được chỉ định thở máy xâm nhập tại đơn vị Hồi sức cấp cứu Bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Huế”
3. Đặng Đức Hoàn, Phạm Thị Trà Giang (2012) “Thực trạng về phân loại và xử lý ban đầu bệnh nhân suy hô hấp cấp tại khoa Cấp Cứu bệnh viện Thanh Nhàn”
4. “Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính sau đợt cấp tại Trung tâm hô hấp Bệnh viện Bạch Mai năm 2018”
5. Lê Nhật Huy (2020), “Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và đánh giá kết quả can thiệp điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại tỉnh Nghệ An”
6. Ngô Quý Châu (2020), Bệnh học nội khoa tập 1, Nhà xuất bản Y học, tr 10 -117.
7. Đỗ Ngọc Sơn, Đặng Thị Xuân, Đặng Duy Hiền (2021), “Đặc điểm các vùng phổi theo thang điểm siêu âm phổi ở bệnh nhân suy hô hấp cấp tiến triển được thông khí xâm nhập”.
8. Vincent S. Mirabile; Eman Shebl; Abdulghani Sankari; Bracken Burns (2023), “Respiratory Failure”
9. Behrendt C.E (2000). Acute respiratory failure in the United States: incidence and 31-day survival. *Clinical Investigations in Critical Care*.118(4),1100-1105
10. Neil MacIntyre and Yuh Chin Huang (2007), “Acute Exacerbation and Respiratory Failure in Chronic Obstructive Pulmonary Disease”.



# NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM MÀNG NÃO MỦ TẠI KHOA TRUYỀN NHIỄM BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023

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

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Viêm màng não mủ (VMNM) là bệnh nhiễm trùng cấp tính quan trọng nhất của hệ thần kinh trung ương, đe dọa đến tính mạng bệnh nhân[0]. Tại Bệnh Viện Chợ Rẫy VMNM ở người lớn, tỷ lệ tử vong năm 2010 là 5,4% và năm 2014 là 2,7% [0].

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân viêm màng não mủ.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân bị viêm màng não mủ nhập vào Khoa Truyền Nhiễm-Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 02/2023 đến 09/2023. Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi trung bình  $42,9 \pm 13,4$  tuổi; nam gấp 2 lần nữ; đa số là nông dân 84% sống ở nông thôn, và 50 % là có thu nhập thấp; triệu chứng nhức đầu chiếm tỷ lệ cao nhất 97,7% và sốt 81%, cổ gượng chiếm tỷ lệ cao 86,3%; Tế bào trong dịch não tủy ở lần đầu rất cao  $2670,8 \pm 1909,7$  tế bào/mm<sup>3</sup>, sau 48 giờ điều trị thì có giảm xuống còn  $1744,8 \pm 2404,9$  tế bào/mm<sup>3</sup>, bạch cầu đa nhân trung tính trong dịch não tủy lần đầu nhập viện khá cao 71,8%, kết quả nuôi cấy dịch não tủy có vi khuẩn mọc tỷ lệ thấp 22,7%, tỷ lệ bệnh nhân ra viện là 93,2%, chuyển viện có 2 case (4,6%), 01 case nặng về tiên lượng tử vong.

**Kết luận:** Viêm màng não mủ cấp tính ở người lớn hầu hết đều có 2 trong 4 triệu chứng: đau đầu, sốt, cổ cứng, rối loạn tri giác. Có thể dựa vào kết quả sinh hóa và tế bào DNT để chẩn đoán và điều trị. Glucose và lactate DNT là hai yếu tố quan trọng giúp đánh giá đáp ứng điều trị. Kết quả nuôi cấy DNT vi khuẩn mọc thấp 22,7% nhưng phát hiện cầu trùng gram dương là chủ yếu, tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng với điều trị cao 93,2%.

**Từ khóa:** viêm màng não mủ.

## ABSTRACT

### STUDY ON CLINICAL AND PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS AND EVALUATION OF THE RESULTS OF TREATMENT OF PURULENT MENINGITIS IN THE DEPARTMENT OF INFECTIOUS AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2023

**Question:** Purulent meningitis is the most important acute infection of the central nervous system, threatening the patient's life. At Cho Ray VMNM Hospital in adults, the mortality rate in 2010 was 5.4% and in 2014 it was 2.7% [5].

**Objectives:** Describe some clinical and paraclinical characteristics and evaluate treatment results in patients with purulent meningitis.

**Subjects and methods:** All patients with purulent meningitis admitted to the Department of Infectious Diseases - An Giang Central General Hospital from February 2023 to September 2023. Cross-sectional descriptive study.

**Results:** Average age  $42.9 \pm 13.4$  years; Men are twice as likely as women; The majority are farmers, 84% live in rural areas, and 50% are low-income; Headache symptoms account for the highest rate of 97.7% and fever 81%, neck stiffness accounts for the highest rate of 86.3%; The cells in the cerebrospinal fluid at the first time were very high,  $2670.8 \pm 1909.7$  cells/mm<sup>3</sup>, after 48 hours of treatment, it decreased to  $1744.8 \pm 2404.9$  cells/mm<sup>3</sup>, neutrophils. Calculated in the cerebrospinal fluid at the first admission to the hospital was quite high at 71.8%, the cerebrospinal fluid culture results had a low rate of bacterial growth at 22.7%, the rate of patients discharged from the hospital was 93.2%, and transfer to hospital had a low rate of 22.7%. 2 cases (4.6%), 01 case was severe with a prognosis of death.

**Conclusion:** Advanced encephalitis in adults mostly has 2 out of 4 symptoms: headache, fever, stiff neck, and mental disturbances. Can rely on biochemical and CSF cell results for expectations and treatment. CSF glucose and lactate are two important factors that help evaluate treatment response. The results of CSF culture showed low bacterial growth at 22.7%,

mainly detecting gram-positive cocci; The rate of patients responding to treatment is high at 93.2%.

**Key words:** meningitis.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm màng não mủ (VMNM) là một trong những bệnh nhiễm trùng cấp tính quan trọng nhất của hệ thần kinh trung ương, bệnh nguy hiểm đe dọa đến tính mạng bệnh nhân, vì để lại những di chứng thần kinh và tử vong khá cao[0]. Tại Mỹ, tỷ lệ mắc VMNM hằng năm khoảng 5-10 ca trên 100.000 dân[0]. Theo công trình nghiên cứu tại khoa Nhiệt đới Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2010 và năm 2014, số lượng nhập viện trung bình một năm khoảng 140 trường hợp VMNM ở người lớn, tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu năm 2010 là 5,4% và năm 2014 là 2,7% [0].

Trên lâm sàng VMNM được chẩn đoán dựa vào các triệu chứng cổ điển như sốt cao, đau đầu, cổ cứng, thay đổi tri giác. Hiện nay do sự thay đổi về yếu tố dịch tễ, sử dụng kháng sinh, kháng viêm, giảm đau nên bệnh cảnh lâm sàng thay đổi ít nhiều khiến việc chẩn đoán bệnh và tác nhân gây bệnh trở nên khó khăn.

Tại An Giang trong những năm gần đây chưa ghi nhận nghiên cứu nào về VMNM. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này với các mục tiêu sau:

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm màng não mủ.
2. Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân viêm màng não mủ tại Khoa Truyền nhiễm Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2023.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

*Đối tượng nghiên cứu:* Tất cả bệnh nhân nhập viện tại Khoa Truyền Nhiễm-Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 02/2023 đến 09/2023 được chẩn đoán viêm màng não mủ.

*Tiêu chuẩn chọn bệnh:*

- DNT  $\geq 100$  tế bào BC/mm<sup>3</sup>, BCĐNTT > 50% kèm theo đường DNT < 50% đường huyết cùng thời điểm chọc dò DNT.
- Đạm tăng > 45mg/ml.
- Đường giảm < 40mg% hoặc giảm < 50% so với đường máu cùng thời điểm chọc dò DNT.

*Tiêu chuẩn loại trừ:* Bệnh nhân không có đủ tiêu chuẩn của nhóm VMNM. Không đủ các xét nghiệm DNT cơ bản.

*Cách tiến hành:* khi bệnh nhân có đủ điều kiện chọn mẫu thì được thu thập số liệu theo phiếu mẫu thu thập số liệu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

*Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

*Cỡ mẫu:* công thức tính cỡ mẫu  $n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$  n: là cỡ mẫu tối thiểu, d: sai số cho phép (chọn d=7%)  $\alpha$ : hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95% thì  $Z = 1,96$ , p: là tỷ lệ bệnh nhân ổn xuất viện theo Vũ Anh Nhị(2011) [0] tỷ lệ này là 94,6%, chọn  $p=0,94$ . Áp dụng công thức trên ta tính được  $n=44$ . Chúng tôi ghi nhận và thu thập được 44 mẫu đưa vào nghiên cứu.

*Phương pháp chọn mẫu:* chọn tất cả các bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn chọn cho đến khi đủ số lượng mẫu nghiên cứu.

### 2.3. Nội dung nghiên cứu

*Các thông tin cần thu thập và phân tích:* Mỗi bệnh nhân đã chọn được ghi nhận với từng bệnh án riêng biệt. Các biến số về đặc điểm dân số học, biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị khi xuất viện. Trình bày các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu và đặc điểm lâm sàng, diễn tiến kết quả chọc dò DNT và đánh giá kết quả điều trị.

### 2.4. Phương pháp xử lý số liệu:

Các số liệu được xử lý bằng phần mềm Stata 12.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỉ lệ phần trăm. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn khi số liệu có phân phối chuẩn. Giá trị p được xem là có ý nghĩa thống kê ở mức <0,05.

## 2.5. Thời gian nghiên cứu:

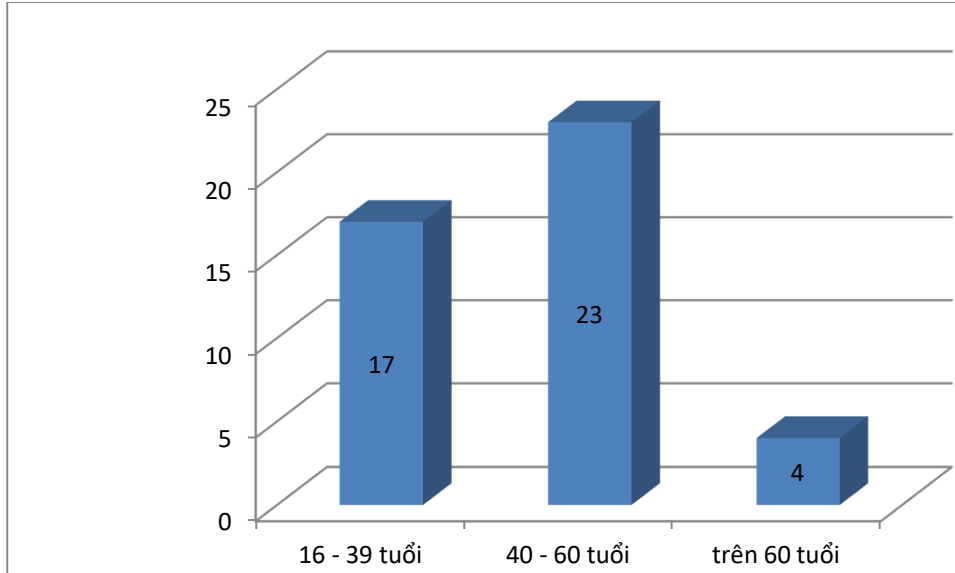
Từ tháng 02/2023 đến tháng 09/2023

## 2.6. Địa điểm nghiên cứu:

Khoa Khoa Truyền Nhiễm-Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang

## III. KẾT QUẢ:

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này trên 44 bệnh nhân với kết quả như sau:

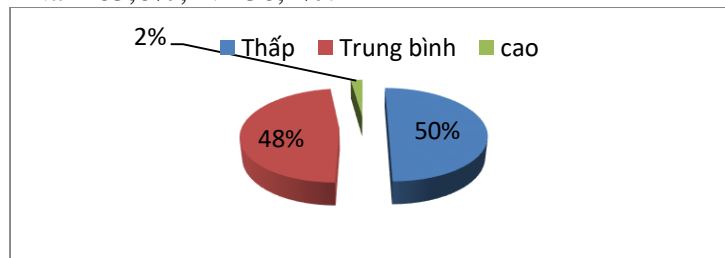


Biểu đồ 3.1. Đặc điểm về số case bệnh theo nhóm tuổi

Bảng 3.1. Đặc điểm về nhóm tuổi và giới tính của đối tượng nghiên cứu

Tuổi	Số lượng (n=44)	Tỷ lệ (%)
16 – 39 tuổi	17	38,6
40 – 60 tuổi	23	52,3
> 60 tuổi	4	9,1
Trung bình $\pm$ SD	42,9 $\pm$ 13,4	
Nhỏ – lớn nhất	17 – 82	
Giới tính	Nam: 28 (63,6%)	Nữ: 16 (36,4%)

**Nhận xét:** Tổng số bệnh nhân nghiên cứu là 44 bệnh nhân, số trường hợp bị viêm màng não mủ cao nhất ở nhóm tuổi từ 40 – 60 tuổi là 23(52,3%) bệnh nhân, trên 60 tuổi bị nhiễm ít nhất có 4(9,1%) bệnh nhân và nhóm tuổi từ 16 – 39 tuổi có 17(38,6%) bệnh nhân. Trung bình tuổi của đối tượng nghiên cứu là 42,9  $\pm$  13,4 tuổi; thấp nhất là 17 tuổi và cao nhất là 82 tuổi. Tỷ lệ phân bố giới tính Nam 63,6%, Nữ 36,4%.



Biểu đồ 3.2. Đặc điểm về nghề nghiệp có thu nhập

**Bảng 3.2. Đặc điểm về nghề nghiệp và nơi cư ngụ**

Nơi cư ngụ	Số lượng (n=44)	Tỷ lệ (%)
Thành phố	7	16
Nông thôn	37	84
Tổng	44	100%

**Nhận xét:** Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là nông dân sống ở nông thôn 84 %, và 50 % là có thu nhập thấp, chỉ có 16% bệnh nhân sống ở thành phố và có thu nhập cao có 2 %.

**Bảng 3.3. Đặc điểm về các triệu chứng cơ năng của đối tượng nghiên cứu**

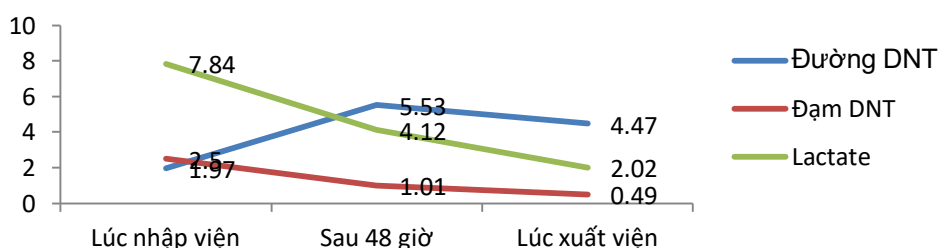
Triệu chứng cơ năng	Số lượng (n=44)	Tỷ lệ (%)
Sốt	36	81
Nhức đầu	43	97,7
Buồn nôn	33	75
Táo bón	26	59,1
Đau nhức cơ	10	22,7
Tiêu phân lỏng	8	18,1

**Nhận xét:** Trong nhóm nghiên cứu ghi nhận triệu chứng nhức đầu chiếm tỷ lệ cao nhất 97,7%, triệu chứng thường gặp thứ hai là sốt 81%, còn lại các triệu chứng khác như buồn nôn, táo bón, đau nhức cơ, tiêu phân lỏng chiếm tỷ lệ lần lượt là 75%; 59%; 22%; 18%.

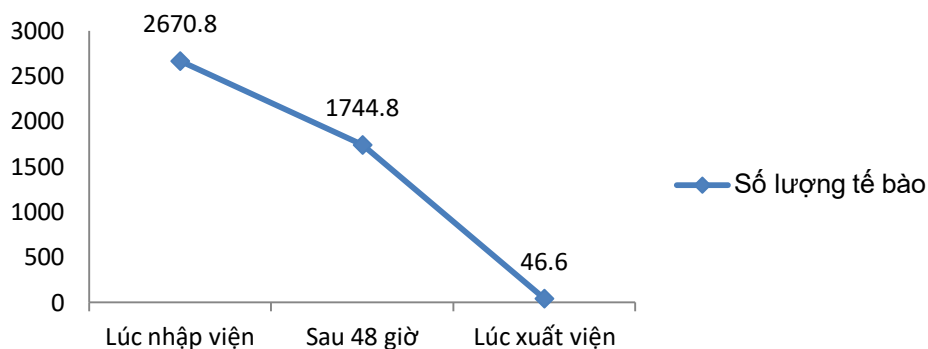
**Bảng 3.4. Đặc điểm về các triệu chứng thực thể của đối tượng nghiên cứu**

Triệu chứng thực thể	Số lượng (n=44)	Tỷ lệ (%)
Cổ gượng	38	86,3
Rối loạn tri giác	26	59,1
Co giật	3	6,8
Có đủ 4 triệu chứng(sốt, đau đầu, cổ cứng, rối loạn tri giác)	20	45,4
Có đủ 2 trong 4 triệu chứng(sốt, đau đầu, cổ cứng, rối loạn tri giác)	42	95,4

**Nhận xét:** Triệu chứng cổ gượng chiếm tỷ lệ cao nhất 86,3% khi thăm khám, còn lại là rối loạn tri giác trong nhóm nghiên cứu chúng tôi ghi nhận được 59% chủ yếu là glasgow từ 9 – 14 điểm, co giật cũng được ghi nhận nhưng tỷ lệ thấp 6,8% thường là co giật toàn thân thoáng qua trong ngày đầu nhập viện.

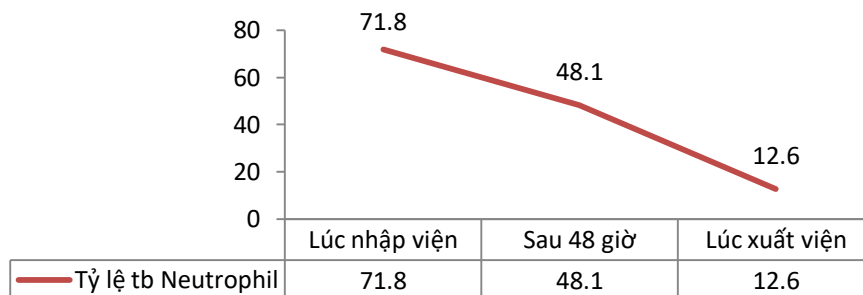
**Biểu đồ 3.3. Đặc điểm về diễn tiến sinh hóa của dịch não tủy trong quá trình điều trị**

**Nhận xét:** Chúng tôi ghi nhận lactate DNT ở lần đầu tăng cao  $7,84 \pm 0,45$  mmol/L sau 48 giờ điều trị còn  $4,12 \pm 1,02$  mmol/L, và lần chọc dò trước lúc xuất viện còn  $2,02 \pm 0,87$  mmol/L và khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ ; định lượng đường DNT lúc nhập viện hầu như giảm  $1,97 \pm 0,51$  mmol/L và có xu hướng tăng sau 48 giờ điều trị là  $5,53 \pm 1,28$  mmol/L và đến khi ra viện là  $4,47 \pm 1,55$  mmol/L và khác biệt lần nhập viện và sau 48 giờ có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Định lượng Protein DNT lần đầu thường tăng  $2,5 \pm 0,92$  g/L và sau 48 giờ điều trị giảm còn  $1,01 \pm 0,35$  g/L và giảm cho đến khi ra viện chỉ còn  $0,49 \pm 0,93$ g/L, khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .



**Biểu đồ 3.4. Đặc điểm về diễn tiến của tế bào trong dịch não tủy**

**Nhận xét:** Tế bào trong dịch não tủy ở lần đầu rất cao  $2670,8 \pm 1909,7$  tế bào/mm<sup>3</sup>, lần 2 sau 48 giờ điều trị thì có giảm xuống còn  $1744,8 \pm 2404,9$  tế bào/mm<sup>3</sup>, và hầu hết là trở về bình thường ở lần chọc dò DNT cuối cùng trước lúc xuất viện là  $46,6 \pm 24,7$  tế bào/mm<sup>3</sup>.



**Biểu đồ 3.5. Đặc điểm về tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính của dịch não tủy**

**Nhận xét:** Trong nhóm nghiên cứu tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính trong dịch não tủy lần đầu nhập viện khá cao 71,8%, sau 48 giờ điều trị thì giảm còn 48,1%, và hầu hết trở về bình thường lúc xuất viện là 12,6%.

**Bảng 3.5. Đặc điểm về nuôi cấy vi sinh của dịch não tủy**

Kết quả nuôi cấy DNT	Số lượng (n=44)	Tỷ lệ (%)
Không có vi trùng mọc	34	77,3%
Có vi trùng mọc (+)	10	22,7%
<i>Streptococcus suis</i>	5	50%
<i>Streptococcus mitis</i>	2	20%
<i>Staphylococcus aureus</i>	2	20%
<i>Klebsiella pneumonia</i>	1	10%

**Nhận xét:** Chúng tôi nhận thấy kết quả nuôi cấy dịch não tủy có vi khuẩn mọc tỷ lệ thấp 22,7%, còn lại là 77,3% không có vi khuẩn mọc. Các trường hợp cấy dịch não tủy dương tính với vi khuẩn đều gặp ở dịch não tủy có đặc điểm đục. Trong đó trường 05 hợp *Streptococcus suis* (50%), 02 trường hợp *Streptococcus mitis* (20%), 02 trường hợp *Staphylococcus aureus* (20%), 01 trường hợp *Klebsiella pneumoniae* (10%).

**Bảng 3.6. Đặc điểm về kết quả điều trị và ngày nằm viện**

Kết quả điều trị	Số lượng (n=44)	Tỷ lệ (%)
Ra viện	41	93,2%
Chuyển viện	2	4,6%
Tử vong	1	2,2%
Ngày nằm viện	17,8 ± 4,4 ngày	
Nhỏ - lớn nhất	8 - 24 ngày	

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân ra viện là 93,2%, chuyển viện có 2 case (4,6%), 01 case nặng về tiên lượng tử vong. Bệnh nhân này có nhiều bệnh nền như đái tháo đường typ2, bệnh tim mạch, nên biến chứng suy đa tạng, chúng tôi áp dụng điều trị VMNM theo phác đồ của Bệnh Viện phần lớn đáp ứng với kháng sinh (Ceftriaxon 2g/12 giờ phối hợp Vancomycin 1g/12

giờ) thì nhận thấy 41(93%) bệnh nhân sử dụng Ceftriaxon 2 g/12 giờ và chỉ có 3 bệnh nhân (6,8 %) bệnh nhân không đáp ứng với ceftriaxon chuyển sang kháng sinh Meropenem 1g/8 giờ. Số ngày nằm viện trung bình  $17,8 \pm 4,4$  ngày ít nhất là 8 ngày và nhiều nhất là 24 ngày.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được tổng số bệnh nhân nghiên cứu là 44 bệnh nhân, số case bị viêm màng não mủ cao nhất ở nhóm tuổi từ 40 – 60 tuổi là 23(52,3%) bệnh nhân, trên 60 tuổi bị nhiễm ít nhất có 4(9,1%) bệnh nhân và nhóm tuổi từ 16 – 39 tuổi có 17(38,6%) bệnh nhân. Trung bình tuổi là  $42,9 \pm 13,4$  tuổi; thấp nhất là 17 tuổi và cao nhất là 82 tuổi. Tỷ lệ phân bố giới tính Nam 63,6%, Nữ 36,4%; phần lớn là nông dân sống ở nông thôn 84 %, và 50 % là có thu nhập thấp, chỉ có 16% bệnh nhân sống ở thành phố và có thu nhập cao có 2 %. Kết quả này gần giống với kết quả nghiên cứu của *Bùi Thanh Hà, Nguyễn Thị Liên Hà, Đỗ Xuân Tiến*(2023)[0] cũng gặp ở mọi nhóm tuổi nhưng tập trung ở nhóm 41- 60 tuổi (50,0%), nam chiếm 75%. nghề nông chiếm 66,7% có lẽ các đối tượng nghiên cứu đều nhập viện bệnh viện tỉnh nên có đặc điểm này giống nhau.

Đặc điểm về lâm sàng ghi nhận triệu chứng nhức đầu chiếm tỷ lệ cao nhất 97,7%, triệu chứng thường gặp thứ hai là sốt 81%, còn lại các triệu chứng khác như buồn nôn, táo bón, đau nhức cơ, tiêu phân lỏng chiếm tỷ lệ lần lượt là 75%; 59%; 22%; 18%. Kết quả này tương đồng kết quả của tác giả *Trần Thị Ánh Loan, Lê Thị Kim Nhung*[0] nghiên cứu về một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng viêm màng não người cao tuổi tại Bệnh Viện Thống Nhất năm 2023 là các triệu chứng thường gặp nhất là sốt, đau đầu, môi khô, lưỡi đỏ và thở hôi, hội chứng màng não, nôn ói, rối loạn tri giác và liệt vận động. Triệu chứng cổ gượng chiếm tỷ lệ cao nhất 86,3% khi thăm khám, còn lại là rối loạn tri giác trong nhóm nghiên cứu chúng tôi ghi nhận được 59% chủ yếu là glasgow từ 9 – 14 điểm, co giật cũng được ghi nhận nhưng tỷ lệ thấp 6,8% thường là co giật toàn thân thoáng qua trong ngày đầu nhập viện. So với nghiên cứu của *Vũ Anh Nhị, Võ Văn Hận*(2011)[0] thì cũng ghi nhận lâm sàng ở người lớn với tam chứng cổ điển : sốt, cổ cứng, thay đổi ý thức tỷ lệ thấp, nhưng hầu hết đều có 2 trong 4 triệu chứng : đau đầu, sốt, cổ cứng và thay đổi ý thức.

Tế bào trong dịch não tủy ở lần đầu rất cao  $2670,8 \pm 1909,7$  tế bào/mm<sup>3</sup>, lần 2 sau 48 giờ điều trị thì có giảm xuống còn  $1744,8 \pm 2404,9$  tế bào/mm<sup>3</sup>, và hầu hết là trở về bình thường ở lần chọc dò DNT cuối cùng trước lúc xuất viện là  $46.6 \pm 24,7$  tế bào/mm<sup>3</sup>. Trong nhóm nghiên cứu tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính trong dịch não tủy lần đầu nhập viện khá cao 71,8%, sau 48 giờ điều trị thì giảm còn 48,1%, và hầu hết trở về bình thường lúc xuất viện là 12,6%, định lượng đường DNT lúc nhập viện hầu như giảm  $1,97 \pm 0,51$  mmol/L và có xu hướng tăng sau 48 giờ điều trị là  $5,53 \pm 1,28$  mmol/L và đến khi ra viện là  $4,47 \pm 1,55$  mmol/L và khác biệt lần nhập viện và sau 48 giờ có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Định lượng Protein DNT lần đầu thường tăng  $2,5 \pm 0,92$  g/L và sau 48 giờ điều trị giảm còn  $1,01 \pm 0,35$  g/L và giảm cho đến khi ra viện chỉ còn  $0.49 \pm 0.93$ g/L, khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Chúng tôi ghi nhận lactate DNT ở lần đầu tăng cao  $7,84 \pm 0,45$  mmol/L sau 48 giờ điều trị còn  $4,12 \pm 1,02$  mmol/L, và lần chọc dò trước lúc xuất viện còn  $2,02 \pm 0,87$  mmol/L và khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ ; như vậy chúng ta có thể dựa vào kết quả DNT nhất là tế bào tăng, glucose giảm, lactate tăng có thể chẩn đoán VMNM và điều trị theo phát đồ sớm hơn chờ kết quả vi sinh DNT.

*Durand M.L et al.*,[0] nghiên cứu bệnh viêm màng não cấp tính do vi khuẩn ở người lớn tại Bệnh viện Đa khoa Massachusetts, Boston ghi nhận kết quả trong thời gian 27 năm, 445 người lớn được điều trị 493 đợt viêm màng não cấp tính do vi khuẩn có Trực khuẩn gram âm gây ra 33% số ca mắc phải tại bệnh viện nhưng chỉ có 3% số ca mắc phải tại cộng đồng. Trong 296 đợt viêm màng não mắc phải tại cộng đồng, mầm bệnh phổ biến nhất là *Streptococcus pneumoniae* (37%), *Neisseria meningitidis* (13%) và *Listeria monocytogenes* (10%). Động kinh xảy ra ở 23% bệnh nhân mắc bệnh viêm màng não mắc phải tại cộng đồng và 28% có dấu hiệu hệ thần kinh trung ương khu trú. Các yếu tố nguy cơ tử vong ở những người mắc một đợt viêm màng não mắc phải tại cộng đồng bao gồm tuổi cao hơn (> hoặc = 60 tuổi), trạng thái tinh thần suy giảm khi nhập viện và co giật trong vòng 24 giờ đầu. Chúng tôi nhận thấy kết quả nuôi

cấy dịch não tủy có vi khuẩn mọc tỷ lệ thấp 22,7%, còn lại là 77,3% không có vi khuẩn mọc. Các trường hợp cấy dịch não tủy dương tính với vi khuẩn đều gặp ở dịch não tủy có đặc điểm đục. Trong đó trường 05 hợp Streptococcus suis (50%), 02 trường hợp Streptococcus mitis (20%), 02 trường hợp Staphylococcus aureus (20%), 01 trường hợp Klebsiella pneumoniae (10%). Kết quả này tương tự với tác giả Hồ Đăng Trung Nghĩa và một số Cộng sự(2010), “Khảo sát tác nhân gây viêm màng não mủ ở người lớn tại Bệnh Viện Nhiệt Đới Thành Phố Hồ Chí Minh [0]. Tỷ lệ bệnh nhân ra viện là 93,2%, chuyển viện có 2 case (4,6%), 01 case nặng về tiên lượng tử vong. Bệnh nhân này lớn tuổi có nhiều bệnh nền như đái tháo đường typ2, bệnh tim mạch, nên biến chứng suy đa tạng, cần phải nhập khoa hồi sức tích cực để điều trị, tương tự với tác giả Vũ Anh Nhị, Võ Văn Hận(2011)[0] cũng cho thấy tử vong đều xảy ra ở bệnh nhân lớn tuổi (> 60 tuổi) có bệnh lý kèm theo. Còn theo tác giả Lai et al.(2011)[0] cho kết quả tỷ lệ bệnh nhân tử vong nhiều nhất là ở đối tượng nghiên cứu là nhóm bệnh nhân cao tuổi và có số lượng bạch cầu máu giảm nhiều hơn là tăng. Chúng tôi cũng ghi nhận số ngày nằm viện trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $17,8 \pm 4,4$  ngày ít nhất là 8 ngày và nhiều nhất là 24 ngày.

## V. KẾT LUẬN

Trung bình tuổi của đối tượng nghiên cứu là  $42,9 \pm 13,4$  tuổi; thấp nhất là 17 tuổi và cao nhất là 82 tuổi, nhóm tuổi từ 40 – 60 tuổi có tỷ lệ bị VMNM cao nhất 23(52,3%) bệnh nhân; giới tính Nam gấp 2 lần Nữ, phần lớn là người bệnh sống ở nông thôn 84 % và có thu nhập thấp chiếm tỷ lệ 50%. Triệu chứng nhức đầu chiếm tỷ lệ cao nhất 97,7%, thứ hai là sốt 81%, còn lại các triệu chứng khác như buồn nôn, táo bón, đau nhức cơ, tiêu phân lỏng chiếm tỷ lệ lần lượt là 75%; 59%; 22%; 18%; cổ gượng 86,3%; rối loạn tri giác 59%; lactate DNT ở lần đầu tăng cao  $7,84 \pm 0,45$  mmol/L; định lượng đường DNT lúc nhập viện hầu như giảm  $1,97 \pm 0,51$  mmol/L và có xu hướng tăng sau 48 giờ điều trị là  $5,53 \pm 1,28$  mmol/L và đến khi ra viện là  $4,47 \pm 1,55$  mmol/L. Định lượng Protein DNT lần đầu thường tăng  $2,5 \pm 0,92$  g/L và sau 48 giờ điều trị giảm còn  $1,01 \pm 0,35$  g/L và giảm cho đến khi ra viện chỉ còn  $0.49 \pm 0.93$ g/L, Tế bào trong dịch não tủy ở lần đầu rất cao  $2670,8 \pm 1909,7$  tế bào/mm<sup>3</sup>, lần 2 sau 48 giờ điều trị thì có giảm xuống còn  $1744,8 \pm 2404,9$  tế bào/mm<sup>3</sup>, và hầu hết là trở về bình thường ở lần chọc dò DNT cuối cùng trước lúc xuất viện là  $46.6 \pm 24,7$  tế bào/mm<sup>3</sup>, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính trong dịch não tủy lần đầu nhập viện khá cao 71,8%;

Chúng tôi nhận thấy kết quả nuôi cấy dịch não tủy có vi khuẩn mọc tỷ lệ thấp 22,7%. Các trường hợp cấy dịch não tủy dương tính với vi khuẩn đều gặp ở dịch não tủy có đặc điểm đục. Kết quả điều trị bệnh nhân ổn được xuất viện là 41( 93,2%), chuyển viện có 2 case (4,6%), 01(2,2%) case tử vong; số ngày nằm viện trung bình  $17,8 \pm 4,4$  ngày.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Thanh Hà, Nguyễn Thị Liên Hà, Đỗ Xuân Tiến(2023), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm màng não mủ ở người lớn tại Bệnh Viện Tỉnh Thanh Hóa”. Tạp chí y học việt nam, 535(2), trang 198-222
2. Trần Thị Ánh Loan, Lê Thị Kim Nhung(2014), “Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng viêm màng não người cao tuổi tại Bệnh Viện Thống Nhất” *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 18(3), trang. 163-169
3. Vũ Anh Nhị, Võ Văn Hận(2011), “Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ viêm màng não mủ ở người lớn”. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 15(1), trang. 643-648
4. Hồ Đăng Trung Nghĩa và một số Cộng sự(2010), “Khảo sát tác nhân gây viêm màng não mủ ở người lớn tại Bệnh Viện Nhiệt Đới Thành Phố Hồ Chí Minh”. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 14(2), trang. 105-109
5. Mace SE. (2008), “Acute Bacterial Meningitis”. *Emerg Med Clin N Am* 38 (2008) 281-317
6. Durand, M.L., et al., Acute bacterial meningitis in adults. A review of 493 episodes. *N Engl J Med*, 1993. 328(1): p. 21-8.
7. Chaudhuri A, Martinez-Martin P, Kennedy PG et al (2008), “EFNS guideline on the management of community-acquired bacterial meningitis: report of an EFNS Task Force on acute bacterial meningitis in older children and adults”. *European Journal of Neurology* 2008 15:649-659.
8. Lai et al.(2011), “Clinical characteristics and prognosis of acute bacterial meningitis in elderly patients over 65: a hospitalbased study”. *BMC Geriatrics* 2011, 11:91

# NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG NẶNG Ở BỆNH NHÂN SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE NGƯỜI LỚN TẠI KHOA NHIỄM, BVĐKTT AN GIANG NĂM 2023

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

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Sốt xuất huyết Dengue (SXH D) là một trong những bệnh truyền nhiễm quan trọng ở Việt Nam. Bệnh cảnh lâm sàng đa dạng, bệnh có thể diễn tiến từ phân độ SXH D nhẹ sang phân độ SXH D nặng mà không cần diễn tiến qua phân độ SXH D có dấu hiệu cảnh báo. Vì thế, tìm hiểu những yếu tố tiên lượng nặng ở người lớn giúp người thầy thuốc có cái nhìn khái quát và theo dõi tốt bệnh nhân trong quá trình điều trị.

**Mục tiêu:** Xác định một số yếu tố tiên lượng nặng của bệnh nhân SXH D người lớn điều trị tại khoa Truyền Nhiễm Bệnh viện Đa khoa Trung tâm (BV ĐKTT) An Giang

**Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên, được chẩn đoán bệnh SXH D theo hướng dẫn của Bộ Y Tế năm 2019 [1].

**Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 5 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022 được điều trị tại khoa Truyền Nhiễm – BV ĐKTT An Giang.

**Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu, mô tả cắt ngang.

**Xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0

**Kết quả:** Qua nghiên cứu 90 bệnh nhân SXH D được điều trị tại khoa Truyền Nhiễm – BV ĐKTT An Giang từ tháng 5 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022, chúng tôi có các kết luận sau:

**Đặc điểm lâm sàng**

Những trường hợp SXH D nặng có những biểu hiện lâm sàng như đau bụng chiếm 44.4%, lạnh đầu chi 90.5%, vật vã chiếm 78.8%. Trong SXH D có dấu hiệu cảnh báo xuất huyết niêm mạc (XHNM) chiếm 60.0%. Nhóm tuổi 16 - 40 mắc bệnh SXH D chiếm tỷ lệ cao nhất 78.8% và chiếm 68.2% trường hợp SXH D nặng.

**Đặc điểm cận lâm sàng**

Nồng độ hematocrit (Hct) 40-46% chiếm tỷ lệ cao trong bệnh cảnh SXH D và trong bệnh cảnh SXH D nặng nồng độ hematocrit cao >50% chiếm 47.1%. Trong trường hợp SXH D nặng số lượng tiểu cầu 5 – 20K/uL chiếm tỷ lệ 60%, tràn dịch màng bụng (TDMB) (54.2%), tràn dịch màng phổi (TDMP) (46.7%).

**Kết luận:** Qua nghiên cứu này chúng tôi thấy rằng các triệu chứng đau bụng, nôn ói, XHNM, TDMB, TDMP, Hct cao trên 50%, tiểu cầu dưới 20K/uL, hoạt độ AST, ALT >1000U/L là những yếu tố có liên quan đến mức độ nặng của bệnh SXH D ( $p < 0.05$ ).

## SUMMARY

### STUDY ON SOME SEVERE PROGNOSTIC FACTORS IN ADULT PATIENTS WITH DENGUE HEMORRHAGIC FEVER IN THE DEPARTMENT OF INFECTION DISEASES OF ANGIANG HOSPITAL IN 2023

**Background:** Dengue hemorrhagic fever (DXH D) is one of the important infectious diseases in Vietnam. The clinical picture is diverse, the disease can progress from mild dengue grade D to severe dengue grade D without any with warning signs. Therefore, knowing about these severe prognostic factors can helps physicians have an overview to monitor patients well for better treatment.

**Ojective:** Determining some severe prognostic factors of adult dengue patients treated at the Department of Infectious Diseases, Central General Hospital An Giang. **Patients and Method:** Patients: Patients aged 16 years or older, diagnosed with dengue D according to the Ministry of Health's 2019 guidelines [1]. The study was conducted from May 2022 to December 2022 with treatment at the Department of Infectious Diseases - An Giang General Hospital. **Method:** An observational study by cross-sectional hospital-based study. **Statistical processing:** Data were processed by statistical software SPSS 22.0.



**Result:** Through studying 90 dengue D patients treated at the Department of Infectious Diseases - An Giang General Hospital from May 2022 to December 2022, the results showed that severe dengue fever cases have clinical manifestations such as abdominal pain accounting for 44.4%, cold extremities accounting for 90.5%, and fatigue accounting for 78.8%. In dengue D, there are warning signs of mucosal bleeding (DHF) accounting for 60.0%. The age group 16 - 40 with dengue D accounts for the highest rate of 78.8% and accounts for 68.2% of severe dengue D cases. Hematocrit (Hct) concentration of 40-46% accounts for a high proportion in cases of dengue fever and in cases of severe dengue fever, hematocrit concentration is high above 50%, accounting for 47.1%. In cases of severe dengue D, the platelet count of 5 - 20K/uL accounts for 60%, as well as peritoneal effusion (54.2%), and pleural effusion (46.7%).

**Conclusion:** Through this study, we found that the symptoms of abdominal pain, vomiting, mucosal bleeding, peritoneal effusion, pleural effusion, high hematocrit above 50%, platelets below 20K/uL, AST, ALT activity above 1000U/L are factors that can related to the severity of dengue disease D ( $p < 0.05$ ).

### **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Sốt xuất huyết Dengue (SXH D) là bệnh truyền nhiễm gây dịch do virus Dengue gây nên. Đặc điểm của bệnh là sốt, xuất huyết và thoát huyết tương, có thể dẫn tới sốc giảm thể tích tuần hoàn, rối loạn đông máu, suy tạng nếu không được chẩn đoán sớm và xử lý đúng, kịp thời dễ dẫn tới tử vong [1].

Tổ chức Y tế thế giới ước tính hàng năm trên toàn thế giới có khoảng 390 triệu trường hợp nhiễm virus Dengue, trong số này có khoảng 500.000 trường hợp phát triển thành thể nặng và trên 25.000 trường hợp tử vong mỗi năm. Năm 2022, cả nước ghi nhận khoảng 361.000 trường hợp mắc, trong đó có 133 trường hợp tử vong [2]. Bệnh đang lưu hành tại hơn 100 quốc gia, tập trung nhiều ở Châu Phi, Châu Mỹ, Địa Trung Hải, Đông Nam Á và Tây Thái Bình Dương [3]

SXH D đặt ra những thách thức lớn đối với hệ thống chăm sóc sức khỏe. mặc dù SXH D nặng chỉ xảy ra với tỷ lệ thấp trong các trường hợp nhiễm, nhưng việc xác định sớm những bệnh nhân có nguy cơ cao là rất khó, và thường những bệnh nhân nhiễm trùng không biến chứng thường nhập viện để theo dõi [4]

Cho đến nay, vẫn chưa có thuốc điều trị đặc hiệu và vaccine phòng bệnh SXH D. Do đó, nghiên cứu các yếu tố tiên lượng bệnh nhân SXH D rất cần thiết nhằm phát hiện sớm diễn tiến nặng, hạn chế biến chứng và nâng cao hiệu quả điều trị. Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát mối liên quan giữa các yếu tố tiên lượng đến mức độ nặng của bệnh nhân SXH D người lớn tại khoa Nhiễm-BVĐKTT An Giang năm 2022.

### **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:**

#### **2.1. Đối tượng nghiên cứu:**

Bệnh nhân  $\geq 16$  tuổi, được chẩn đoán SXH D theo hướng dẫn của Bộ Y Tế năm 2019 [1].

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh SXH D nhưng không đầy đủ các thông tin về lâm sàng, cận lâm sàng theo yêu cầu, bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh SXH D nhưng có kèm theo.

#### **2.2. Phương pháp nghiên cứu:**

Hồi cứu, mô tả cắt ngang

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

#### **2.3. Mẫu nghiên cứu:**

Thực hiện lấy mẫu thuận tiện 90 bệnh nhân, thỏa tiêu chí chọn mẫu, điều trị tại khoa Truyền Nhiễm bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 5.2022 – 12.2022.

### **III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

#### **3.1. Đặc điểm chung:**

Nhóm tuổi 16-40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (78.9%), thấp nhất là nhóm  $>70$  (3.3%), tỷ lệ mắc giữa nam và nữ xấp xỉ nhau. Phân độ SXH D nặng chiếm tỷ lệ 24.4%, SXH D cao nhất 57.8%, SXH D có dấu hiệu cảnh báo chiếm 17.8%, SXH D nặng chiếm tỷ lệ cao 24.4%.

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:

**Bảng 1: Mối liên quan giữa tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng và mức độ nặng**

Đặc điểm	SXH D		SXH D có dấu hiệu cảnh báo		SXH D nặng		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Xuất huyết dưới da	14	48.3	4	13.8	11	37.9	0.051
Xuất huyết niêm mạc	2	10.0	12	60.0	6	30.0	<0.05
Nôn ói	17	44.7	9	23.7	12	31.6	
Đau bụng	16	35.6	9	20.0	20	44.4	
Tiêu chảy	8	57.1	3	21.4	3	21.4	0.526
Lạnh đầu chi	0	0.0	2	9.5	19	90.5	<0.05
Vật vã, li bì	0	0.0	2	22.2	7	78.8	
Da sung huyết	32	55.2	14	24.4	12	20.7	0.488
Sốt	52	57.8	16	17.8	22	24.4	1.000

**Nhận xét:** Nhóm tuổi 16-40 mắc bệnh SXH D chiếm tỷ lệ cao nhất 78.8%, và cũng chiếm tỷ lệ SXH D nặng cao nhất trong các nhóm tuổi 68.2%. Tuy nhiên sự khác biệt về nhóm tuổi, giới và mức độ nặng không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0.05$ ) [5]. Các triệu chứng đau bụng (44.4%), lạnh đầu chi (90.5%), vật vã li bì (78.8%), nôn ói (31.6%), xuất huyết niêm mạc (30.0%) là những triệu chứng có liên quan với mức độ nặng của bệnh. Mối liên quan có ý nghĩa thống kê ( $p < 0.05$ ) [5].

**Bảng 2: Mối liên quan giữa các cận lâm sàng và mức độ nặng**

Đặc điểm		SXH D		SXH D có dấu hiệu cảnh báo		SXH D nặng		p
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Tiểu cầu	5-20K/uL	1	21.0	1	20.0	3	60.0	0.000
	21-50 K/uL	9	30.0	5	16.7	16	53.3	
	>50K/uL	42	76.4	10	18.2	3	5.5	
Bạch cầu	<2.0 K/uL	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0.199
	2-4 K/uL	17	68.0	4	16.0	4	16.0	
	>4 K/uL	33	52.4	12	19.0	18	28.6	
Hematocrit	<40%	10	71.4	4	28.6	0	0.0	0.038
	40-<46%	24	70.6	1	2.9	9	26.5	
	46-50%	12	48.0	8	32.0	5	20.0	
	>50%	6	35.3	3	17.6	8	47.1	
AST	<400U/L	51	62.2	14	17.1	17	20.7	0.008
	400-<1000U/L	1	16.7	2	33.3	3	50.0	
	>1000U/L	0	0.0	0	0.0	2	100	
ALT	<400U/L	52	60.5	15	17.4	19	22.1	0.029
	400-<1000U/L	0	0.0	1	33.3	2	66.7	
	>1000U/L	0	0.0	0	0.0	1	100	
TQ	>60%	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.000
TCK	>60%	1	25.0	1	25.0	2	50.0	
Tràn dịch màng bụng		5	20.8	6	25.0	13	54.2	0.000
Tràn dịch màng phổi		9	30.0	7	23.3	14	46.7	

**Nhận xét:** Có mối liên quan giữa SXH D nặng với các yếu tố: Số lượng tiểu cầu từ 5-20K/uL (60%), ( $p < 0.05$ ) [6] [5] [7], nồng độ hematocrit >50% chiếm tỷ lệ cao 47.1%, ( $p < 0.05$ ) [6] [7] [5] [8]. Hoạt độ AST, ALT >1000U/L (100%) xuất hiện trong SXH D nặng ( $p < 0.05$ ) [6] [7] [5] [8] và tỷ lệ tràn dịch màng bụng (54.2%), tràn dịch màng phổi (46.7%) ( $p < 0.05$ ) [8].

#### **IV. BÀN LUẬN**

##### **4.1 Phân bố theo tuổi, giới và phân độ lâm sàng**

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt về phân bố giới tính, và tuổi ở bệnh nhân SXH D. Thể lâm sàng SXH D chiếm cao nhất 57.8%, SXH D nặng chiếm tỷ lệ 24.4%, SXH D có dấu hiệu cảnh báo chiếm 17.8%. Nhóm tuổi 16-40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (78.9%), thấp nhất là nhóm >70 (3.3%), tỷ lệ mắc giữa nam và nữ xấp xỉ nhau. Điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Đỗ Tuấn Anh, Lê Văn Nam (2012) [5], Nguyễn Văn Minh, Hà Văn Phúc, Trương Văn Lâm (2019) [6], Nguyễn Đình Quốc Việt, Hồ Đình Dũng (2019) [7].

##### **4.2. Mối liên quan giữa các yếu tố tiên lượng đến mức độ nặng của bệnh**

Tuổi: Phân tích 90 trường hợp bệnh SXH D, nhóm tuổi 16-40 tuổi chiếm tỷ lệ cao (78.9%), và cũng là nhóm tuổi chiếm tỷ lệ SXH D nặng cao nhất (68.2%) . Điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Đỗ Tuấn Anh, Lê Văn Nam (2012) [5]

Triệu chứng đau bụng, lạnh chi, vật vã: Đau bụng chiếm 44.4%, lạnh đầu chi chiếm 90.5%, vật vã chiếm 78.8% trong SXH D nặng. Điều này phù hợp kết quả của Đoàn Văn Quyền, Ngô Văn Truyền (2011) [8], Đỗ Tuấn Anh, Lê Văn Nam (2012) [5].

Số lượng tiểu cầu: Số lượng tiểu cầu giảm 5-20K/uL chiếm tỷ lệ cao ở nhóm SXH D nặng (60.0%). Điều này phù hợp nghiên cứu của tác giả Đỗ Tuấn Anh, Lê Văn Nam (2012) [5], Nguyễn Đình Quốc Việt, Hồ Đình Dũng (2019) [7].

Số lượng bạch cầu: Số lượng bạch cầu <4K/uL chiếm tỷ lệ cao ở nhóm SXH D (100%) và SXH D có dấu hiệu cảnh báo (68%). Điều này chưa phù hợp với các nghiên cứu trước đó.

Hematocrit: Cô đặc máu do tăng tính thấm thành mạch là một trong những dấu chứng gây nên bệnh cảnh SXH D. Hematocrit tăng >50% chiếm 47.1% trong SXH D nặng. Điều này phù hợp với các tác giả Đỗ Tuấn Anh, Lê Văn Nam (2012) [5], Nguyễn Đình Quốc Việt, Hồ Đình Dũng (2019) [5].

Tràn dịch đa màng: Tràn dịch màng bụng chiếm 25% trong SXH D có dấu hiệu cảnh báo và 54.2% trong SXH D nặng. Tràn dịch màng phổi chiếm 46.7% trong SXH D nặng. Điều này phù hợp với Đoàn Văn Quyền, Ngô Văn Truyền (2011) [8].

### V.KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này chúng tôi thấy rằng các triệu chứng đau bụng, nôn ói, xuất huyết niêm mạc, tràn dịch màng bụng, màng phổi, Hct cao trên 50%, tiểu cầu <20K/uL, AST, ALT >1000U/L là những yếu tố có liên quan đến mức độ nặng của bệnh SXH D.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Tiếng Việt

1. Quyết định số 3705/QĐ-BYT ngày 22/8/2019 của Bộ Y Tế về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị Sốt Xuất Huyết Dengue, 2019.

2. “Sức khỏe/ Cả nước ghi nhận hơn 360.000 ca mắc sốt xuất huyết trong năm 2022,” 03/01/2023. [Trực tuyến]. Available: Vtv.vn.

3. Đỗ Tuấn Anh, Lê Văn Nam, “Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân SXH D điều trị tại khoa Truyền Nhiễm Bệnh viện 103,” *Tạp chí y học thực hành* (914), số 4 (2014), pp. 29-32, 2012

4. Nguyễn Văn Minh, Hà Văn Phúc, Trương Văn Lâm, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh sốt xuất huyết Dengue người lớn Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2017 - 2019," *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh sốt xuất huyết Dengue người lớn Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2017 - 2019*, 2019.

5. Nguyễn Đình Quốc Việt, Hồ Đình Dũng, "Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân Sốt Xuất Huyết Dengue người lớn," *Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue người lớn*, 2019.

6. Đoàn Văn Quyền, Ngô Văn Truyền, “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị và yếu tố tiên lượng bệnh Sốt Xuất Huyết Dengue người lớn,” *Tạp chí Y học thực hành* (2014), số 4 (2014), pp. 25-29, 2014

7. c. b. S. X. H. D. Tăng cường xông tác phòng, “vncdc.gov.vn,” [Trực tuyến]

### Tiếng Anh

8. Bhatt, S; Gething, PW; Brady, OJ; Messina, JP; Farlow, AW; Moues, CL,; *The global distribution and burden of Dengue*, tập 496, p. 504 – 507, Nature 2013.

9. Simmons, C.P., Farrar, J.J., van Vinh Chau, N. & Wills, B., “Dengue,” *N. Engl.J.Med*, số 366, pp. 1423-1432, 2012.

# NGHIÊN CỨU SỰ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ THUỐC CHỐNG KẾT TẬP TIỂU CẦU CỦA BỆNH NHÂN ĐẶT STENT ĐỘNG MẠCH VÀNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2022-2023

Nguyễn Sơn Nam, Đoàn Công Du,  
Luu Nhật Toàn, Phan Thị Bích Tuyên

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** để thành công lâu dài cho can thiệp mạch vành, việc tuân thủ điều trị thuốc, nhất là thuốc kháng tiểu cầu, statin là quan trọng.

**Mục tiêu:** tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc chống kết tập tiểu cầu người bệnh sau đặt stent động mạch vành và các yếu tố liên quan.

**Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, phỏng vấn bệnh nhân can thiệp mạch vành đến tái khám bằng bộ câu hỏi GMAS. Kết quả: từ tháng 01/2022 đến tháng 10/2023 có 92 bệnh nhân với nam chiếm 42,4%, tuổi trung bình  $65,16 \pm 11,49$ . Tỷ lệ tuân thủ điều trị là 30,4%. Nơi cư trú, trình độ học vấn, thu nhập hàng tháng có liên quan đến tuân thủ điều trị, tất cả các khác biệt đều có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Kết luận:** Các chương trình quản lý đặc biệt là giáo dục bệnh nhân tuân thủ điều trị lâu dài là hết sức cần thiết tại phòng khám ngoại trú bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

**Từ khóa:** tuân thủ, chống kết tập tiểu cầu, can thiệp mạch vành qua da

## ABSTRACT

### ADHERENCE OF ANTIPLATELET THERAPY AFTER PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION AT AN GIANG GENERAL CENTER HOSPITAL

**Overview:** for long-term success of coronary intervention, adherence with medication treatment, especially antiplatelet drugs and statins, is important.

**Objectives:** to survey the rate of adherence of antiplatelet therapy after PCI and some relative factors.

**Methods:** cross-sectional study of ambulatory patients who had underwent PCI were evaluated and were interviewed by GMAS. Results: between 01/2022–10/2023, there were 92 patients (male 42,4%, mean age  $65,16 \pm 11,49$ ). The treatment adherence rate was 30,4%. Place of residence, education level, and monthly income are related to treatment adherence, all differences were statistically significant,  $p < 0,05$ . Conclusions: Management programs, especially patient education for long-term treatment adherence, are extremely necessary at the outpatient clinic of An Giang central general hospital.

**Key words:** adherence, antiplatelete therapy, percutaneous coronary intervention

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim (NMCT) là tình trạng hoại tử một vùng cơ tim – một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở Mỹ và các nước châu Âu. Hàng năm tại Mỹ có khoảng 865000 người nhập viện vì NMCT cấp và trong số đó có 1/3 là NMCT cấp có ST chênh lên [6]. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, nhưng nhồi máu cơ tim cấp vẫn là một loại bệnh nặng, diễn biến phức tạp, có nhiều biến chứng nguy hiểm luôn đe dọa tính mạng người bệnh, vì thế có tỷ lệ tử vong cao. Với việc áp dụng can thiệp động mạch vành trong điều trị NMCT cấp đã cho ưu thế hơn hẳn về hiệu quả sớm cũng như lâu dài so với các phương pháp điều trị kinh điển. Nhiều thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên cho thấy những ưu thế hơn hẳn của can thiệp động mạch vành đối với tỷ lệ thành công của việc khôi phục dòng chảy, tỷ lệ nhồi máu tái phát thấp hơn, tỷ lệ biến chứng chảy máu cũng như tỷ lệ tử vong đều thấp hơn và thời gian nằm viện cũng ngắn hơn. Do đó, can thiệp động mạch vành trong điều trị NMCT cấp đã dần được áp dụng rộng rãi trên thế giới. Tuy nhiên, hiệu quả lâu dài bị hạn chế do hiện tượng tái hẹp trong lòng mạch đã được can thiệp. Việc dùng các thuốc chống đông, thuốc chống ngưng kết tiểu cầu đúng cách, đủ liều rất quan trọng trong việc hỗ trợ điều trị trước và sau can thiệp động mạch vành. Hiện nay tại các bệnh viện nói chung, việc tuân thủ thuốc của người bệnh chỉ được kiểm soát trong quá trình người bệnh nằm viện. Sau khi được ra viện, việc duy trì thuốc hỗ trợ điều trị sau can thiệp của người bệnh lại tùy thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau như

tác dụng phụ của thuốc, chi phí điều trị, thời gian điều trị, sử dụng kết hợp với thảo dược. Tuy vậy, hiện nay trên thế giới, có rất ít nghiên cứu về tuân thủ điều trị thuốc chống ngưng kết tiểu cầu ở những bệnh nhân có can thiệp tim mạch. Nghiên cứu của Latry P, Martin-Latry và cộng sự về sự tuân thủ điều trị thuốc chống ngưng kết tiểu cầu sau can thiệp động mạch vành qua da sử dụng dữ liệu tổng hợp của cơ quan bảo hiểm y tế ở Pháp năm 2012 cho thấy trong 634 người bệnh trong nghiên cứu này thì có 5,4% người bệnh không tuân thủ điều trị ngay khi xuất viện, 18,6% người bệnh không tuân thủ ít nhất một tháng trong ba tháng đầu sau can thiệp và có đến 49,1% người bệnh không tuân thủ điều trị sau 12 tháng can thiệp. Nghiên cứu của Kubica A và cộng sự cho thấy rằng việc điều trị kháng tiểu cầu kép (aspirin và clopidogrel) sau khi can thiệp mạch vành là tiêu chuẩn để phòng ngừa các nguy cơ tim mạch thứ cấp. Việc không tuân thủ điều trị có liên quan chặt chẽ đến nguy cơ nhồi máu cơ tim (tăng gấp 2 lần), nguy cơ tăng gấp 4 lần hội chứng mạch vành cấp, tăng gấp 2 lần chi phí nằm viện và điều trị. Do đó việc nghiên cứu về việc tuân thủ điều trị thuốc chống ngưng kết tiểu cầu sau khi bệnh nhân được can thiệp động mạch vành là rất quan trọng. Điều này giúp các nhà quản lý có một cách nhìn tổng quát nhất giúp việc lập kế hoạch và có chính sách để bệnh nhân tuân thủ điều trị một cách cao nhất.

Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang đã triển khai can thiệp mạch vành từ năm 2019. Việc đánh giá thành công lâu dài của kỹ thuật điều trị này tại địa phương là cần thiết. Góp phần cho thành công lâu dài của thủ thuật, việc đánh giá tuân thủ điều trị của người bệnh đóng vai trò quan trọng. Vì vậy chúng tôi tiến hành “Nghiên cứu sự tuân thủ điều trị thuốc chống kết tập tiểu cầu của bệnh nhân đặt stent động mạch vành tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2022-2023”. Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu cụ thể:

1. Xác định tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu ở bệnh nhân đặt stent động mạch vành.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tuân thủ sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu ở bệnh nhân đặt stent động mạch vành.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu:

92 bệnh nhân đã được can thiệp mạch vành tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang đến tái khám tại phòng khám Tim mạch – khoa Khám bệnh bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 01/2022 đến tháng 10/2023.

\* Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân đã được can thiệp động mạch vành tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang ít nhất 6 tháng, đến khám tại phòng khám Tim mạch – khoa Khám bệnh bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

\* Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân mắc các bệnh về rối loạn ý thức.

- Không trả lời bảng phỏng vấn được.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

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

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

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

Đối với khoảng tin cậy 95%, Z=1,96.

p: tỉ lệ tuân thủ điều trị sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Thúy [4] và cộng sự ở bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An (2022), tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu là 13,5%. Vì vậy chúng tôi ước lượng p=0,135.

d: mức chính xác của nghiên cứu (sai số cho phép), chọn d là 7%.

Tính được n=92. Vậy cỡ mẫu nhỏ nhất hợp lý là 92 mẫu.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu: 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 ( $\chi^2$ ) hay Fisher'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  $p < 0,05$ . Trình bày kết quả bằng bảng và biểu đồ. Sử dụng chương trình xử lý số liệu thống kê Excel 2010 và SPSS 20.0.

#### **2.4. Phương pháp tiến hành**

- Danh sách bệnh nhân can thiệp mạch vành được xác định tại khoa Tim mạch – Lão học.

- Gọi điện, liên hệ phòng khám Tim mạch – khoa Khám bệnh để xác định ngày bệnh nhân tái khám. Chú trọng thời điểm 6 tháng sau can thiệp.

- Khi bệnh đến tái khám phỏng vấn bệnh theo bảng câu hỏi GMAS, ghi nhận toa thuốc trong bệnh án ngoại trú.

- Số liệu thu thập được ghi nhận theo mẫu.

\* Thang điểm đánh giá sự tuân thủ GMAS [7] (General Medication Adherence Scale)

Thang điểm này gồm ba khía cạnh bao gồm: không tuân thủ sử dụng thuốc do hành vi của bệnh nhân, không tuân thủ sử dụng thuốc do bệnh khác và gánh nặng về thuốc, không tuân thủ sử dụng thuốc do gánh nặng tài chính. Thang điểm được dùng để đánh giá sự tuân trị của bệnh nhân đối với thuốc đặc hiệu. Điểm tổng cộng của thang điểm GMAS là tổng cộng của 33 điểm từ 11 câu hỏi (nếu trả lời Không bao giờ là 3 điểm, nếu trả lời thỉnh thoảng/đôi khi là 2 điểm, nếu trả lời là Thường xuyên 1 điểm, nếu trả lời là Luôn luôn là 0 điểm). Khi tổng điểm  $\geq 27$  điểm là tuân thủ,  $<27$  điểm là không tuân thủ.

**Bảng 1. Thang điểm GMAS**

Số thứ tự	Câu hỏi	Không bao giờ (3 điểm)	Thỉnh thoảng/ đôi khi (2 điểm)	Thường xuyên (1 điểm)	Luôn luôn (0 điểm)
1	Ông (bà) có gặp khó khăn trong việc nhớ dùng thuốc không?				
2	Ông (bà) có quên dùng thuốc do lịch trình bận rộn như du lịch, hội họp, đám tiệc, đám cưới, đi nhà thờ/chùa,...không?				
3	Khi cảm thấy khỏe, ông (bà) có ngưng dùng thuốc không?				
4	Ông (bà) có ngưng dùng thuốc khi gặp các tác dụng không mong muốn như khó chịu ở dạ dày...không?				
5	Ông bà có ngưng dùng thuốc mà không báo cho bác sĩ biết không?				
6	Ông (bà) có ngưng dùng thuốc (điều trị rối loạn lipid máu) do phải dùng thêm các thuốc cho bệnh khác không?				
7	Ông (bà) có thấy bất tiện để nhớ dùng thuốc vì chế độ thuốc phức tạp không?				
8	Trong tháng qua, có khi nào ông (bà) quên dùng thuốc vì bệnh nặng thêm và dùng thêm thuốc mới không?				
9	Ông (bà) có tự ý thay đổi chế độ thuốc như liều, số lần dùng thuốc trong ngày không?				
10	Ông (bà) có ngưng dùng thuốc vì (các) thuốc này không đáng với số tiền bỏ ra không?				
11	Ông (bà) có gặp khó khăn để mua (các) thuốc vì chúng đắt tiền không?				

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU****Bảng 2. Đặc điểm văn hóa xã hội đối tượng nghiên cứu**

		Tần số	Tỉ lệ %	Trung bình
Giới	Nam	39	42,4	
	Nữ	53	57,6	
Tuổi	18-40	3	3,3	65,16±11,49
	41-60	22	23,9	
	>60 tuổi	67	72,8	
Nơi cư trú	Thành thị	45	48,9	
	Nông thôn	47	51,1	

**Nhận xét:** có 57,6% bệnh nhân là nữ giới với độ tuổi >60 chiếm tỷ lệ cao nhất 72,8%. Tuổi trung bình là 65,16±11,49.



**Bảng 3. Một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**

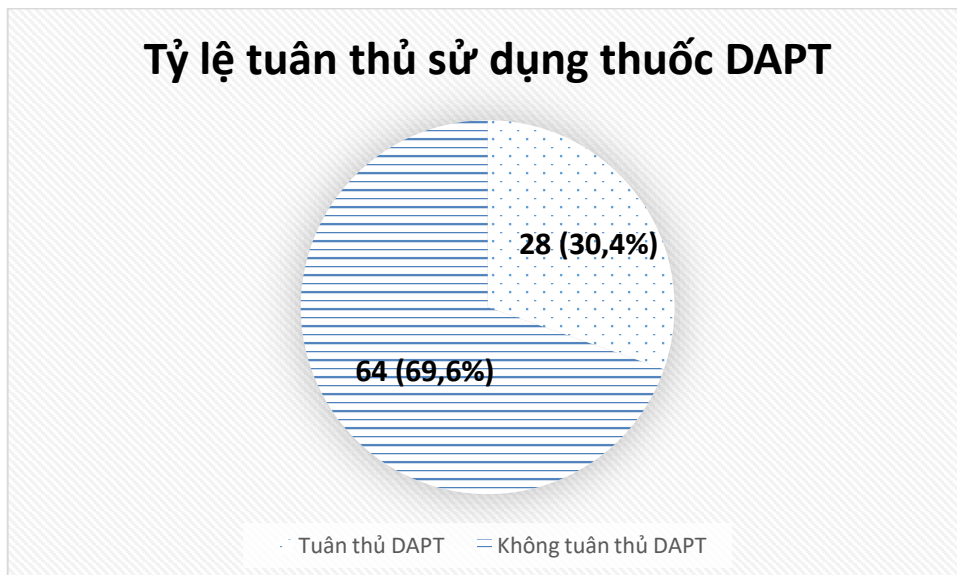
Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Hút thuốc lá		33	35,9
BMI	Bình thường (18,5-22,9)	36	39,1
	Thừa cân (23-24,9)	24	26,1
	Béo phì ( $\geq 25$ )	32	34,8
Trung bình BMI		23,92 $\pm$ 2,88	
Chẩn đoán can thiệp			
- HCMV cấp		56	60,87
- BMV mạn		36	39,13
Bệnh kèm theo			
- Tăng huyết áp		81	88
- Đái tháo đường		37	40,2
- Suy tim		15	16,3
- Mắc 2 bệnh		43	46,7
- Mắc 3 bệnh		29	31,5
- Mắc 4 bệnh		20	21,8

**Nhận xét:** có 35,9% bệnh nhân có hút thuốc lá. BMI bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất 39,1%. Trung bình của BMI là 23,92 $\pm$ 2,88.

**Bảng 4. Phân bố tỷ lệ các khó khăn trong điều trị theo GMAS**

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Hành vi của bệnh nhân (Câu 1,2,3,4,5)	Tuân thủ (11-15 điểm)	62	67,4
	Không tuân thủ (0-10 điểm)	30	32,6
Bệnh khác và gánh nặng về thuốc (Câu 6,7,8,9)	Tuân thủ (9-12 điểm)	24	26,1
	Không tuân thủ (0-8 điểm)	68	73,9
Gánh nặng tài chính (Câu 10,11)	Tuân thủ (5-6 điểm)	0	0
	Không tuân thủ (0-4 điểm)	92	100

**Nhận xét:** có 32,6% bệnh nhân không tuân thủ do hành vi của bệnh nhân, 73,9% không tuân thủ do bệnh khác và gánh nặng về thuốc. 100% bệnh nhân không tuân thủ do gánh nặng về tài chính.



**Hình 1. Tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu theo GMAS**  
**Nhận xét:** tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu là 30,4%.

**Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến không tuân thủ sử dụng thuốc**

		Tuân thủ	Không tuân thủ	CI (95%)	p
Nơi cư trú	Nông thôn	21 (75%)	26 (40,6%)	4,38 (1,63-11,8)	0,002
	Thành thị	7 (25%)	38 (59,4%)		
Trình độ học vấn	≥ cấp 3	24 (85,7%)	32 (50%)	6 (1,87-19,26)	0,001 (Fisher'Exact)
	< cấp 3	4 (14,3%)	32 (50%)		
Giới	Nam	12 (42,9%)	27 (42,2%)	1,03 (0,42-2,52)	0,952
	Nữ	16 (57,1%)	37 (57,8%)		
Tuổi	<60	9 (32,1%)	14 (21,9%)	1,69 (0,63-4,55)	0,295
	≥60	19 (67,9%)	50 (78,1%)		
Thu nhập hàng tháng	≥5 triệu	24 (85,7%)	39 (60,9%)	3,85 (1,19-12,41)	0,027 (Fisher'Exact)
	<5 triệu	4 (14,3%)	25 (39,1%)		

**Nhận xét:** những bệnh nhân ở nông thôn, trình độ học vấn  $\geq$  cấp 3 và có thu nhập hàng tháng  $\geq$  5 triệu có tỷ lệ tuân thủ cao hơn những bệnh nhân ở thành thị, trình độ học vấn < cấp 3 và thu nhập hàng tháng < 5 triệu, tất cả khác biệt đều có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Ngày nay can thiệp động mạch vành qua da là một điều trị hiệu quả đối với bệnh nhân động mạch vành. Phổ biến nhất là đặt stent chiếm 80-85% những trường hợp can thiệp động mạch vành qua da. Tuy nhiên, biến chứng đáng sợ nhất sau đặt stent là thuyên tắc stent cấp tính dẫn đến nhồi máu cơ tim có tỷ lệ tử vong rất cao.

Stent là một vật lạ đối với cơ thể và cơ thể đáp ứng lại bằng nhiều cách khác nhau. Đại thực bào tụ tập xung quanh stent, những tế bào cơ vân gần đó cũng tăng sinh. Sau đặt stent thường thì trong vòng từ 2 – 4 tuần lớp nội mạc mạch máu sẽ phát triển và phủ lên bề mặt stent và tránh được hiện tượng tiếp xúc trực tiếp giữa stent (vật lạ) với tiểu cầu trôi trong dòng máu lưu thông ngang qua stent, từ đó làm giảm nguy cơ tạo cục máu đông. Tuy nhiên những thay đổi sinh lý này đối với stent thường gây ra hiện tượng tái hẹp cao, điều này được khắc phục bởi stent phóng thích thuốc, nhưng những loại thuốc này lại ngăn cản quá trình tái tạo nội mạc, và chính vì vậy lại kéo dài giai đoạn tiếp xúc trực tiếp giữa stent với tiểu cầu trôi trong dòng máu lưu thông ngang qua stent, từ đó làm tăng nguy cơ tạo cục máu đông gây thuyên tắc trong stent muộn đối với stent phủ thuốc. Như vậy, mặc dù stent phủ thuốc được xem là một tiến bộ y học lớn giúp giảm tỷ lệ tái hẹp trong stent rất nhiều nhưng bằng chứng đã cho thấy là nguy cơ hình

thành cục máu đông cao làm tắc nghẽn stent. Do đặc điểm chống kết tập tiểu cầu nói chung và kết tập tiểu cầu trong stent nên các loại thuốc chống tiểu cầu được xem là có hiệu quả trong việc ngăn ngừa biến chứng nguy hiểm này. Hai loại thuốc đã được nhiều nghiên cứu chứng minh hiệu quả nhất và hiện đang dùng là aspirin và clopidogrel [6].

#### **4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

Nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình  $65,16 \pm 11,49$ ; 42,4% nam; tương đương các nghiên cứu tại BV Chợ Rẫy (tuổi trung bình 61,84, nam 73,3%), BV Nhân dân Gia Định (tuổi trung bình 62,81, nam 63,4%). Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ nam giới thấp hơn có lẽ do ở nông thôn, nhiều bệnh nhân nữ uống thuốc giảm đau, mang kiểu hình Cushing, và mắc đái tháo đường là một trong những yếu tố nguy cơ tăng đông gây nhồi máu cơ tim cấp. Đa số bệnh nhân đang tái khám trong quá trình nghiên cứu sống tại nông thôn với tỷ lệ 51,1% [3], [5].

#### **4.2. Tỷ lệ tuân thủ thuốc chống kết tập tiểu cầu**

Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tuân thủ thuốc chống kết tập tiểu cầu là 30,4%. Tỷ lệ tuân thủ của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Thúy (2022) [4] cho thấy tuân thủ điều trị thấp 34,8%; trung bình 51,6%. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu các nghiên cứu nước ngoài như: Mathews nghiên cứu 2487 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp được can thiệp mạch vành đánh giá bằng thang điểm Morisky 8 vào tuần thứ 6 ghi nhận tỷ lệ tuân thủ thấp chiếm 4%, trung bình 21%, phân tích tổng hợp Muntner ghi tỷ lệ tuân thủ thấp clopidogrel sau 1 tháng theo MMAS – 8 là 11%. Không đánh giá thang điểm MMAS – 8, Võ Thị Dề [2] dựa theo toa thuốc và phỏng vấn người bệnh ghi nhận ở thời điểm 6 tháng không tuân thủ aspirin là 2,88%, clopidogrel 6,25%. Tỷ lệ thấp hơn chúng tôi nhưng do cách đánh giá khác nên khó so sánh. Hoàng Quốc Hòa [3] nghiên cứu việc tuân thủ tất cả các loại thuốc trên 191 bệnh nhân sau can thiệp mạch vành tại BV ND Gia Định đến tái khám trong thời gian tháng 01 – 07/2008 ghi nhận có 19,9% dùng thuốc (các loại) không liên tục, trong đó thuốc chống kết tập có 28,8%. Nhìn chung sự tuân thủ điều trị của các nghiên cứu trong và ngoài nước đều thấp dưới 50%, tỷ lệ tuân thủ của các nghiên cứu khác nhau có lẽ do sử dụng các bảng điểm khác nhau.

#### **4.3. Các yếu tố liên quan**

Chúng tôi ghi nhận nơi ở nông thôn, trình độ học vấn và thu nhập hằng tháng có mối liên quan đến tuân thủ sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu, tất cả khác biệt đều có ý nghĩa thống kê. Nguyễn Thị Minh Thúy (2022) [4] và cộng sự ghi nhận có liên quan giữa chi phí điều trị với việc tuân thủ điều trị thuốc chống kết tập tiểu cầu với OR = 2.164 (KTC 95% 1,014 – 4,620) (p=0,04). Các yếu tố khác như: địa phương xa, chi phí điều trị, nhiều bệnh mắc kèm hay bệnh nhập viện là nhồi máu cơ tim cấp không ghi nhận khác biệt.

Trình độ học vấn thấp có thể ảnh hưởng đến sự tuân thủ điều trị lâu dài, do những người có trình độ học vấn thấp có thể hiểu biết về tầm quan trọng của bệnh tật kém hơn, đồng thời khả năng tiếp thu và làm theo lời dặn của thầy thuốc cũng có thể bị hạn chế. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu sinh ra trong khoảng thời gian từ 1920 đến 1960, giai đoạn này đất nước chúng ta chiến tranh, đời sống khó khăn và đa số có học vấn không cao.

Muntner ghi nhận các câu hỏi thường gặp trong không tuân thủ clopidogrel gồm: đôi khi quên thuốc, quên thuốc trong 2 tuần qua, khó nhớ uống hết tất cả thuốc. Matthew phân tích tổng hợp các nghiên cứu về tuân thủ kháng 2 tiểu cầu (DAPT) ghi nhận các yếu tố có liên quan gồm: biến chứng xuất huyết, dùng kèm thuốc kháng đông, trình độ học vấn thấp, di cư. Nghiên cứu PARIS ghi nhận trên 4830 bệnh nhân sau can thiệp 1 tháng có 2,9% ngưng hoặc dùng từng lúc DAPT, sau 1 năm là 23,3%. Các yếu tố ảnh hưởng chủ yếu do biến chứng của DAPT, tuy nhiên biến cố tim mạch quan trọng không ghi nhận khác biệt giữa nhóm dùng liên tục với nhóm có dùng DAPT [6]. Hoàng Quốc Hòa nghiên cứu tại BV ND Gia Định ghi nhận bệnh nhân có bệnh đi kèm, và thái độ đối với bệnh mạch vành tuân thủ điều trị cao hơn [3].

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 92 bệnh nhân sau can thiệp mạch vành có theo dõi tái khám tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, chúng tôi ghi nhận: tỷ lệ tuân thủ điều trị 30,4% cho cả hai điều trị chống kết tập tiểu cầu. Nơi cư trú, trình độ học vấn và thu nhập hằng tháng có liên quan đến tuân thủ điều trị thuốc của bệnh nhân, tất các khác biệt đều có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Các chương trình quản lý nhắc nhở bệnh nhân tuân thủ điều trị lâu dài là hết sức cần thiết tại phòng khám ngoại trú bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Tuấn Anh (2020), *Khảo sát tuân thủ dùng thuốc kháng kết tập tiểu cầu kép ở bệnh nhân hội chứng vành cấp tại bệnh viện đa khoa Đồng Nai*, Luận văn Thạc sĩ Dược học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
2. Võ Thị Dề (2010), “Sự tuân thủ điều trị thuốc chống kết tập tiểu cầu của bệnh nhân đặt stent động mạch vành tại Bệnh viện Chợ Rẫy và bệnh viện đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh năm 2007 -2008”, *Y học thực hành*, 730, tr. 34-36.
3. Hoàng Quốc Hòa (2010), “Đánh giá sử dụng thuốc sau can thiệp mạch vành”, *Y Học TP Hồ Chí Minh*, 14(2), tr. 148-152.
4. Nguyễn Thị Minh Thúy và cộng sự (2022), “Tuân thủ điều trị thuốc sau đặt stent động mạch vành tại bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 513 (2), tr. 97-101.
5. Đinh Anh Tuấn (2015), *Thực trạng tuân thủ điều trị thuốc chống ngưng kết tiểu cầu ở người bệnh nhồi máu cơ tim cấp được can thiệp tại Viện Tim mạch quốc gia*, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. J. Matthews, et al. (2014), “Adherence to dual antiplatelet therapy after coronary stenting: a systematic review”, *Clin Cardiol*, 37(8), p. 505-513.
7. Thao Huong Nguyen, Hoa Van Truong, Mai Tuyet Vi, Katja Taxis, Thang Nguyen, Nguyen Trung Kien (2021), “Vietnamese Version of the General Medication Adherence Scale (GMAS): Translation, Adaption, and Validation”, *Healthcare*, 9, pp. 1471-1484.

# NGHIÊN CỨU THANG ĐIỂM DECAF TRONG TIÊN LƯỢNG TỬ VONG GẦN CỦA ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2022-2023

Huỳnh Thị Huyền Trang, Nguyễn Sơn Nam,  
Nguyễn Thị Bích Tuyền, Trần Mai Kiều Diễm Hạnh

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong. Sự thiếu hụt công cụ tiên lượng giúp bác sĩ phân loại và lựa chọn mức độ chăm sóc thích hợp vẫn là một thách thức.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 90 bệnh nhân với đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhập viện. Ghi nhận các thông số lâm sàng và tỷ lệ tử vong gần. Giá trị tiên lượng của thang điểm DECAF được đánh giá bởi diện tích dưới đường cong ROC.

**Kết quả:** Thang điểm DECAF bao gồm giảm bạch cầu ái toan (23,3%), đông đặc phổi (36,7%), toan máu (12,2%), rung nhĩ (4,4%), eMRCD 5a (6,7%), eMRCD 5b (3,3%). AUROC của thang điểm DECAF là 0,834 (95%CI: 0,699-0,969) với độ nhạy là 76,5% và độ đặc hiệu là 91,8%.

**Kết luận:** Thang điểm DECAF là một công cụ tiên đoán đơn giản nhưng mạnh mẽ để tiên lượng tỷ lệ tử vong gần cho đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

**Từ khóa:** thang điểm DECAF, đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, tỷ lệ tử vong, tiên lượng

## ABSTRACT

### STUDY OF DECAF SCORE FOR EARLY MORTALITY PREDICTION OF ACUTE EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

**Background:** COPD is one of the leading causes of death. The lack of an accurate prognostic tool that can accurately predict early mortality and help clinicians triage patients to the appropriate level of care is still challenging.

**Materials and methods:** 90 patients with the diagnosis of acute exacerbation of COPD admitted to the hospital. Admission clinical data and early mortality rates were recorded. The prognostic value of DECAF score were assessed by the area under the receiver operator characteristic (AUROC) curve.

**Results:** DECAF score included 5 factors: eosinopenia (23,3%), consolidation (36,7%), acidemia (12,2%), atrial fibrillation (4,4%), eMRCD 5a (6,7%), eMRCD 5b (3,3%). The DECAF AUROC curve for early mortality was 0,834 (95%CI: 0,699-0,969) with sensitivity 76,5% and specificity 91,8%. C

**Conclusion:** DECAF is a simple but powerful predictor of early mortality for acute exacerbation of COPD.

**Keywords:** DECAF score, acute exacerbation of COPD, mortality, prognostic value

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là một gánh nặng bệnh tật toàn cầu cả về tỷ lệ mắc, tử vong và kinh tế xã hội. Hiện nay, tỷ lệ mắc bệnh khoảng 11,7%, có sự khác nhau nhất định theo nhóm quốc gia. Tỷ lệ mắc và tử vong do BPTNMT dự báo sẽ tiếp tục tăng và đến năm 2060 tử vong hàng năm do bệnh có thể tới 5,4 triệu người. Việt Nam là một trong số các quốc gia có tỷ lệ mắc BPTNMT cao nhất ở khu vực Châu Á – Thái Bình Dương và là bệnh gây tử vong đứng thứ 3 trong cơ cấu tử vong do bệnh (4,9%).

Các đợt cấp là một diễn biến xấu trong quá trình tiến triển của bệnh và là gánh nặng cả về sức khỏe, chi phí cho người bệnh. Các đợt cấp nặng là nguyên nhân gây tử vong chủ yếu của bệnh ở giai đoạn muộn, với sự tiến triển của suy hô hấp và các biến chứng đi kèm. Với các đợt cấp nặng phải điều trị hồi sức tích cực có tỷ lệ tử vong tới 24% và với đợt cấp nhập viện điều trị không phải can thiệp hồi sức tích cực thì tử vong nội viện cũng gặp từ 6 - 8%. Xác định sớm các yếu tố nguy cơ có giá trị tiên lượng nặng, tử vong trong đợt cấp là hết sức cần thiết trong thực hành, giúp phân loại mức độ bệnh và kịp thời có các biện pháp điều trị thích hợp để giảm tỷ lệ tử vong của bệnh. Tuy nhiên, việc tiên lượng chính xác nguy cơ diễn biến nặng và tử vong

trong đợt cấp rất khó khăn do sự đa dạng và phong phú của các yếu tố ảnh hưởng. Một số tác giả ngoài nước đã nghiên cứu xác định giá trị của một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng đánh giá nguy cơ tử vong ở bệnh nhân BPTNMT đợt cấp nhập viện. Việc tiên lượng nguy cơ tử vong trên những bệnh nhân đợt cấp BPTNMT mới nhập viện là vấn đề rất quan trọng vì nó liên quan đến nguồn lực, trang thiết bị và kinh phí điều trị, do vậy cần phải có hệ thống điểm tiên lượng cho vấn đề này nhằm mục tiêu hỗ trợ các nhà lâm sàng có thể đưa ra các quyết định chính xác về khoa bệnh nhân cần nằm điều trị, trang thiết bị y tế, nhân lực y tế, quyết định cho việc chăm sóc bệnh giai đoạn cuối để tăng hiệu quả điều trị, giảm tỷ lệ tử vong. Trên thế giới, đã có nhiều nghiên cứu chứng minh hiệu quả của thang điểm DECAF áp dụng trong dự đoán nguy cơ tử vong ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Thang điểm DECAF cũng cho thấy tối ưu hơn đáng kể khi so sánh với CURB-65, CAPS, APACHE II và BAP-65 trong dự đoán nguy cơ tử vong trong vòng 30 ngày từ thời điểm nhập viện. Ở Việt Nam, thang điểm DECAF vẫn còn mới, chưa được áp dụng nhiều vào thực tiễn lâm sàng cũng như có rất ít nghiên cứu về hiệu quả của thang điểm này. Vì vậy, nhằm đánh giá hiệu quả của thang điểm DECAF, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Nghiên cứu thang điểm DECAF trong tiên lượng tử vong gần trong đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2022-2023”. Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu cụ thể:

1. Khảo sát các thành tố của thang điểm DECAF.
2. Đánh giá giá trị tiên lượng trong 30 ngày ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu:

90 bệnh nhân được chẩn đoán BPTNMT vào 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 FEV1/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:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

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 tử vong sau 30 ngày ở bệnh nhân COPD. Theo nghiên cứu của Văn Thị Minh An và cộng sự ở bệnh viện Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế tỷ lệ tử vong sau 30 ngày trên bệnh nhân COPD là 13,2%. Vì vậy chúng tôi ước lượng  $p=0,132$ .

d: mức chính xác của nghiên cứu (sai số cho phép), chọn d là 7%.

Tính được  $n=90$ . Vậy cỡ mẫu nhỏ nhất hợp lý là 90 mẫu.

### 2.3. Xử lý và phân tích số liệu:

Số liệu được phân tích trên phần mềm SPSS 20.0. Các biến định tính sẽ được biểu diễn dưới dạng số lượng (n) và tỷ lệ phần trăm (%). Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình  $\pm$  phương sai. So sánh hai tỷ lệ của biến định tính bằng kiểm định K2 hoặc Fisher. Tính tỷ suất chênh OR. So sánh hai trung bình dùng kiểm định T test. Phân tích giá trị tiên lượng của 1 thang điểm bằng diện tích đường cong ROC. Xác định điểm cắt dùng chỉ số Youden qua đó, phân nhóm và tính độ nhạy, độ đặc hiệu của 1 thang điểm. Khác biệt có ý nghĩa khi  $p<0,05$ .

### 2.4. Phương pháp tiến hành:

Khám lâm sàng theo phiếu điều tra chúng tôi tiến hành ghi nhận các thông số lúc nhập viện bao gồm tiền sử, triệu chứng lâm sàng, X-Quang ngực thẳng, ECG, xét nghiệm sinh hóa (công thức máu, chức năng thận) và khí máu động mạch và đánh giá thang điểm DECAF (giảm bạch cầu ái toan  $<0,05 \times 10^9/L$ , eMRCĐ 5a, eMRCĐ 5b, đông đặc phổi, pH máu  $<7,3$  và rung nhĩ). Bệnh nhân được theo dõi kết cục lâm sàng gồm tử vong nội viện hay xuất viện.

**Bảng 1. Thang điểm DECAF**

Dyspnoea	Không thể ra khỏi nhà vì khó thở	1
	- Có thể tự thay quần áo hoặc đi vệ sinh và không cần hỗ trợ: eMRCĐ 5a	
	- Không thể tự thay quần áo và đi vệ sinh, cần sự hỗ trợ: eMRCĐ 5b	2
Eosinopenia	Bạch cầu ái toan $<0,05 \times 10^9/L$	1
Consolidation	Đông đặc phổi trên Xquang	1
Acidaemia	Toan hóa máu (pH $<7,3$ )	1
Atrial Fibrillation	Rung nhĩ trên điện tâm đồ	1

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 2. Đặc điểm văn hóa xã hội đối tượng nghiên cứu**

		Tần số	Tỷ lệ %	Trung bình
Giới	Nam	88	97,8	
	Nữ	2	2,2	
Tuổi	18-40	0	0	71,39 $\pm$ 10,7 (Thấp nhất 50; Cao nhất 93)
	41-60	15	16,7	
	>60 tuổi	75	83,3	

**Nhận xét:** đa số bệnh nhân BPTNMT là nam giới. Tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm tuổi >60 chiếm tỷ lệ cao nhất 83,3%.

**Bảng 3. Một số đặc điểm lâm sàng của BPTNMT**

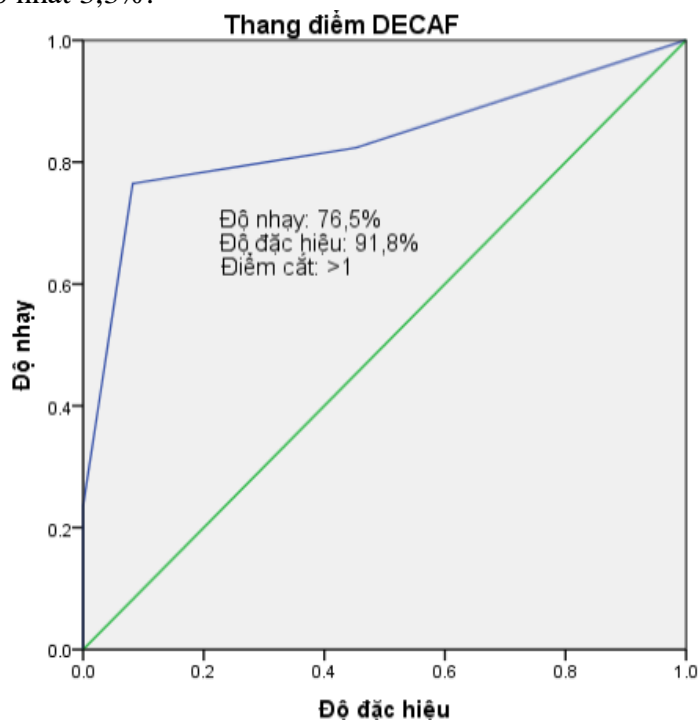
100% hút thuốc lá		
HTL $\leq 20$ gói-năm (%)	19	21,1
HTL $>20$ gói-năm (%)	71	78,8
Mức độ nặng của đợt cấp		
Nhẹ (%)	52	57,8
Trung bình (%)	16	17,8
Nặng (%)	22	24,4

**Nhận xét:** những bệnh nhân BPTNMT hút thuốc lá  $>20$  gói-năm chiếm tỷ lệ cao nhất 78,8%. Đa số bệnh nhân mắc đợt cấp BPTNMT mức độ nhẹ nhập viện chiếm tỷ lệ 57,8%.

**Bảng 4. Khảo sát các thành tố của thang điểm DECAF**

Thành tố	N	%
eMRCD 5a	6	6,7
eMRCD 5b	3	3,3
Giảm bạch cầu ái toan ( $<0,05 \times 10^9/L$ )	21	23,3
Đông đặc phổi	33	36,7
Toan máu (pH $<7,3$ )	11	12,2
Rung nhĩ	4	4,4

**Nhận xét:** tỷ lệ bệnh nhân có đông đặc phổi theo thang điểm DECAF chiếm tỷ lệ cao nhất 36,7%; kế đến là giảm bạch cầu ái toan 23,3%. Tỷ lệ bệnh nhân có mức độ khó thở eMRCD 5b chiếm tỷ lệ thấp nhất 3,3%.

**Hình 1. Đường cong ROC của thang điểm DECAF**

**Nhận xét:** với điểm cắt  $>1$ , thang điểm DECAF có ý nghĩa tiên lượng tử vong trong vòng 30 ngày với độ nhạy 76,5%, độ đặc hiệu 91,8%. Diện tích dưới đường cong ROC: 0,834 (95% CI: 0,699-0,969).

**Bảng 5. Liên quan giữa thang điểm DECAF và kết cục**

Kết cục DECAF	Tử vong N (%)	Sống sót N (%)	OR (CI 95%)	p
$\leq 1$	4 (23,5%)	67 (91,8%)	0,028 (0,007-0,111)	$<0,001$
$>1$	13 (76,5%)	6 (8,2%)		

**Nhận xét:** tại thời điểm 30 ngày, tỷ lệ tử vong của bệnh nhân có thang điểm DECAF  $\leq 1$  là 23,5% thấp hơn nhóm  $>1$  (76,5%), khác biệt có ý nghĩa thống kê.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi gồm có 90 bệnh nhân, 97,8% bệnh nhân là nam giới với độ tuổi trung bình  $71,39 \pm 10,7$ .

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 90 bệnh nhân mắc BPTNMT, 100% bệnh nhân đều có hút thuốc lá. Trong đó có 78,8% bệnh nhân hút thuốc lá  $>20$  gói-năm. Như vậy, qua kết quả của các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ hút thuốc lá trong quần thể bệnh nhân mắc BPTNMT cao, phù hợp với y văn mô tả thuốc lá là một yếu tố nguy cơ hàng đầu gây ra BPTNMT. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự như những nghiên cứu của Lê Thị Kim Nhung (2014) và Văn Thị Minh An (2021).



Trong nghiên cứu của chúng tôi, việc phân mức độ nặng của đợt cấp chúng tôi dựa vào tiêu chuẩn của Anthonisen. Như vậy việc phân mức độ nặng của đợt cấp hoàn toàn dựa vào triệu chứng lâm sàng nhằm mục đích tiếp cận chẩn đoán và điều trị nhanh. Trong 90 bệnh nhân trong nghiên cứu có 24,4% bệnh nhân có đợt cấp nặng; 17,8% bệnh nhân có đợt cấp trung bình và tỷ lệ bệnh nhân có đợt cấp nhẹ chiếm 57,8%.

#### **4.2. Các thành tố và giá trị tiên lượng tử vong của thang điểm DECAF**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thang điểm cho thấy 6,7% đạt thang điểm 5a và 3,3% đạt thang điểm 5b. 21 bệnh nhân có bạch cầu ái toan  $<0,05 \times 10^9/L$  tương đương 23,3%. 33 bệnh nhân (36,7%) có hình ảnh đông đặc phổi trên hình ảnh học. 11 bệnh nhân (12,2%) có  $pH < 7,3$ . 4 bệnh nhân có rung nhĩ, tương đương 4,4%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ý nghĩa tiên lượng tử vong tốt của thang điểm DECAF khi điểm cắt  $>1$  với diện tích dưới đường cong ROC là 0,834 (95% CI: 0,699-0,969) với độ nhạy 76,5% và độ đặc hiệu 91,8%. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Bàn Thị Huệ và cộng sự (2021) chỉ ra rằng thang điểm DECAF có giá trị cao trong tiên lượng nguy cơ tử vong của bệnh nhân BPTNMT với AUC của đường cong ROC là 0,831. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như những nghiên cứu ngoài nước. C Echevarria và cộng sự - nghiên cứu đoàn hệ tại 6 bệnh viện đăng trên tạp chí Thorax 2016, (AUROC = 0,83). Năm 2019, Va Rady trong luận văn thạc sĩ của mình đã nghiên cứu trên 97 bệnh nhân đợt cấp COPD tại bệnh viện Chợ Rẫy cũng tính ra AUROC của DECAF là 0,83 với  $p < 0,05$ .

Hiện nay, thang điểm DECAF được chia làm 3 nhóm: 0-1: nguy cơ thấp, 2: nguy cơ trung bình, 3: nguy cơ cao. Theo nghiên cứu của tác giả Bàn Thị Huệ, với điểm cắt bằng 2, thang điểm DECAF có độ nhạy là 0,85, tuy nhiên độ đặc hiệu chỉ đạt 0,68. Tức là nguy cơ dự đoán sai khá cao. Với điểm cắt là 3, độ nhạy chỉ đạt 0,69 tỷ lệ bỏ sót nhiều hơn. Khi so sánh thang điểm DECAF với các thang điểm khác, vì DECAF có AUC lớn hơn BAP65 và CURB-65, nên tác giả đánh giá DECAF ưu việt hơn so với CURB-65 trong dự đoán tử vong. Như vậy, thang điểm DECAF có thể được sử dụng hiệu quả để tiên lượng tử vong gần ở bệnh nhân nhập viện vì đợt cấp BPTNMT với điểm cắt  $>1$  điểm.

#### **V. KẾT LUẬN**

Thang điểm DECAF gồm có 5 thành tố là giảm bạch cầu ái toan (23,3%), đông đặc phổi (36,7%), toan máu (12,2%), rung nhĩ (4,4%), eMRCD 5a (6,7%), eMRCD 5b (3,3%). Thang điểm DECAF có giá trị tiên lượng tốt và giúp phân tầng nguy cơ những bệnh nhân nhập viện vì đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính: nguy cơ thấp (DECAF 0-1) và nguy cơ cao (DECAF 2-6)..

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nguyễn Hải Công (2022), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhập viện*, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y.
2. Bàn Thị Huệ và cộng sự (2021), “Tiên lượng nguy cơ tử vong ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”, *Tạp chí Y học lâm sàng*, Số 124, tr. 122-129.
3. Nguyễn Văn Long và cộng sự (2021), “Giá trị thang điểm BAP-65 và DECAF trong tiên lượng tử vong và nhu cầu thở máy ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong đợt cấp”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, Số 1, tr. 107-111.
4. Lê Thị Kim Nhung và cộng sự (2014), “Khảo sát các yếu tố tiên lượng trong đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trên người cao tuổi”, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 18, Số 3, tr. 202-208.
5. ATS Guidelines COPD (1995), “Standard for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease”, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, Vol 152, pp. 5.77 - 5.120.
6. Mohamed H. Z. et al (2015), “The usefulness of the DECAF score in predicting hospital mortality in Acute Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease”, *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*, 64, pp. 75-80.
7. Sameh E. et al (2015), “Value of the DECAF score in predicting hospital mortality in patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease admitted to Zagazig University Hospitals, Egypt”, *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*, 64, pp. 35-40.
8. Steer J., Echevarria C., Bourke S. C. et al (2016), “Validation of the DECAF score to predict hospital mortality in acute exacerbations of COPD”, *Thorax*, 71, pp. 133-140.

# TUÂN TRỊ VÀ KẾT CỤC LÂM SÀNG NGẮN HẠN SAU XUẤT VIỆN Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI MẮC HỘI CHỨNG VÀNH CẤP

Mai Thanh Bình, Quảng Thị Huyền Trang,  
Phạm Huỳnh Minh Trí, Đặng Văn Thạnh

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Điều trị nội khoa giúp giảm biến cố tim mạch bất lợi và tử vong trên bệnh nhân sau hội chứng vành cấp, vì vậy tuân thủ điều trị trở thành mục tiêu quan trọng vì không chỉ giúp cải thiện tiên lượng, mà còn đặc biệt cần thiết đối với người lớn tuổi có nhiều bệnh đồng mắc. Vì thế, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm hai mục tiêu: (1) Xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị bằng thuốc ở BN HCVC cao tuổi tại thời điểm 6 tháng sau xuất viện. (2) Xác định các yếu tố liên quan đến việc kém tuân trị thuốc và tỷ lệ biến cố tim mạch bất lợi thường gặp.

**Phương pháp:** mô tả cắt ngang, theo dõi dọc ở BN  $\geq 60$  tuổi được chẩn đoán xuất viện hội chứng mạch vành cấp tại khoa Tim mạch lão học - BVĐK Trung tâm An Giang từ 12/2022 đến 10/2023. Tất cả BN được theo dõi 6 tháng về tuân trị bằng thuốc mỗi tháng tại phòng khám. Kết quả: Có 300 bệnh nhân  $\geq 60$  tuổi được chẩn đoán hội chứng vành cấp được xuất viện. Tỷ lệ tuân thủ điều trị 5 nhóm thuốc tháng đầu sau xuất viện là 100% và giảm xuống tại thời điểm 6 tháng 85,7%. Nhóm thuốc statin và ức chế men chuyển/ức chế thụ thể angiotensin II có tỷ lệ tuân thủ cao nhất cùng đạt 92%. Tuân trị với ức chế beta đạt 91%, khá cao so với kỳ vọng của chúng tôi. Tỷ lệ thấp nhất là aspirin với 78% và ức chế P2Y12 với 82,3%. Yếu tố làm giảm sự tuân thủ điều trị bằng thuốc gồm tuổi cao, cơn đau thắt ngực không ổn định, mù chữ, thiếu thông tin và ý thức thời gian dùng thuốc. Ngược lại, yếu tố góp phần làm tăng tuân trị sau HCVC là: tuổi trẻ hơn, được can thiệp mạch vành qua da, đồng mắc suy tim phân suất tống máu giảm, có suy yếu tuổi già. Tỷ lệ tử vong và tái nhập viện do mọi nguyên nhân là 10,3% và nhóm không tuân thủ điều trị cao hơn có ý nghĩa với  $p < 0,001$  (KTC 0,2–0,55).

**Kết luận:** Tỷ lệ tuân thủ điều trị bằng thuốc theo khuyến cáo sau hội chứng vành cấp ở bệnh nhân lớn tuổi tại An Giang khá cao, lên tới 100% tại 1 tháng sau xuất viện và 85,7% sau 6 tháng. Không tuân thủ điều trị làm tăng biến cố tim mạch.

**Từ khóa:** tuân trị, kháng tiểu cầu kép, sau hội chứng vành cấp, cao tuổi

## ABSTRACT

**Background:** Prescribing of guideline-recommended medications has been shown to reduce major adverse outcomes of patients after acute coronary syndrome. Adherence to evidence-based therapies has become a crucial element in the path to improve prognosis, especially in elderly patients with multiple comorbidities. This study aims to (1) determine the prevalence of adherence guideline-recommended medications in acute coronary syndrome elderly patients at 6-month after discharge. (2) identify factors associated with non-adherence and the prevalence of adverse cardiovascular events.

**Methods:** A cross-sectional and longitudinal study was conducted in all patients 60 years of age or older with acute coronary syndrome discharge from the Cardiology Department at An Giang General hospital from December 2022 to October 2023. Eligible patients receiving guideline-recommended medications were followed up at least 6 months in Outpatients Department.

**Results:** There were 300 patients  $\geq 60$  years old diagnosed with acute coronary syndrome discharged from the hospital. The prevalence of adherence of 5 classes guideline-recommended drugs in the first month after discharge was 100% at the first month and decreased at 6 months to 85,7%. Of those patients, statins and ACE inhibitors/angiotensin II receptor antagonists had the highest adherence prevalence of 92%, respectively. Aspirin was 78%, beta blockers were 91% and P2Y12 antagonists were 82,3%. Factors that reduced adherence to drug therapy include elderly, unstable anigna, illiteracy and low awareness of medication duration. All-cause mortality and re-hospitalization rates were 10,3% and the non-adherence group was significantly higher with  $p < 0.001$  (CI 0.2–0.55).

**Conclusions:** The prevalence of adherence to recommended drug therapy after acute coronary syndrome in elderly patients was high, with 100% at 1 month after discharge and 85,7% at 6 months. Non-adherence increased adverse cardiovascular events.

**Keywords:** adherence, non-adherence, post-acute coronary syndrome, after acute coronary syndrome, guideline-recommended drugs

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng vành cấp (HCVC) là nguyên nhân tử vong hàng đầu trên thế giới và tương tự tại Việt Nam [1]. Điều trị sau HCVC cũng như bệnh mạn tính khác gồm điều chỉnh lối sống và bằng thuốc theo khuyến cáo phải thực hiện liên tục và gần như vô thời hạn. Điều này được chứng minh cải thiện tiên lượng, giảm tần suất biến cố tim mạch cũng như tử vong [2]. Theo VNHA 2019, các nhóm thuốc điều trị sau HCVC bao gồm Aspirin, kháng thụ thể P2Y12, ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể, statin, ức chế beta [1]. Điều trị theo khuyến cáo tại Việt Nam đã chứng minh hiệu quả giảm biến cố tim mạch bất lợi (NACE). Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thắng và cộng sự (2017) chứng minh kết cục lâm sàng bất lợi (tử vong và tái nhập viện) tăng có ý nghĩa ở nhóm không tuân thủ điều trị ở thời điểm 6 tháng sau xuất viện với tỷ lệ là 35,2% so với 25,2% với  $p = 0,014$  [3]. Tuân thủ điều trị giảm nguy cơ tương đối NACE 29% tại thời điểm 6 tháng (KTC 95% 0,51 – 0,98;  $p = 0,039$ ). Trong thế giới thực thì luôn luôn có khoảng trống từ khuyến cáo dựa trên bằng chứng tới thực tế lâm sàng và trách nhiệm cả hai phía bác sĩ và bệnh nhân. Về phía bác sĩ thì theo kết quả nghiên cứu cấp quốc gia của tác giả Nguyễn Thắng về tuân thủ kê toa thuốc lúc xuất viện của bác sĩ Việt Nam theo hướng dẫn của Bộ Y Tế cho thấy rất cao với tỷ lệ kê toa lần lượt 96,3% aspirin; 91,7% kháng tiểu cầu kép; 90,1% statin; 89,1% ức chế men chuyển/ ức chế thụ thể và 76,7% ức chế beta [4]. Chính vì thế mà tuân trị của BN trở thành mục tiêu quan trọng cần đánh giá khi tái khám hoặc tái nhập viện. Cũng trong nghiên cứu kể trên của tác giả Nguyễn Thắng thì tuân trị BN chưa tới một nửa (47,3%) [3]. Một số yếu tố trong các nghiên cứu nhỏ tại địa phương liên quan đến việc không tuân thủ của BN có ý nghĩa như: không có bảo hiểm y tế ( $p = 0,01$ ). Một nghiên cứu khác của tác giả Thanh Tâm thì yếu tố liên quan đến tuân trị ở BN sau PCI gồm học vấn, nghề nghiệp, thu nhập, tình trạng trầm cảm, tình trạng tái khám định kỳ và kiến thức BMV [5]. Vì vậy với BN cao tuổi, nhiều bệnh đồng mắc mạn tính, đa thuốc hay hạn chế tình trạng chức năng thì việc tuân thủ điều trị càng thử thách. Song song đó, thống kê về vấn đề này còn ít dữ liệu. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu xác định tỷ lệ tuân trị ở BN cao tuổi sau HCVC tại BVĐKTTAG và yếu tố ảnh hưởng là đáp ứng nhu cầu thực tế lâm sàng. Đề tài được tiến hành với mục tiêu cụ thể:

1. *Xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị bằng thuốc ở BN hội chứng vành cấp cao tuổi tại thời điểm 6 tháng sau xuất viện.*

2. *Xác định các yếu tố liên quan không tuân thủ điều trị và tỷ lệ biến cố tim mạch.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Phương pháp nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang, theo dõi dọc, tiến cứu.

### 2.2. Cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu:

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

Chọn  $p$  có thể được cỡ mẫu lớn nhất là 0,5;  $\alpha=0,05$  và  $d=0,06$ ; chúng tôi tính được cỡ mẫu tối thiểu theo công thức. Ước tính số lượng BN là 267, dự đoán mất mẫu 10%. Số lượng tối thiểu là 294 BN. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

### 2.3. Đối tượng nghiên cứu:

BN từ 60 tuổi trở lên được chẩn đoán xuất viện HCVC tại khoa TMLH (BVĐKTTAG) từ 12/2022 đến 10/2023.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** BN từ 60 tuổi trở lên được chẩn đoán xuất viện HCVC bao gồm các thể: Con đau thắt ngực không ổn định, Nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên, nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên theo ESC [6].

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** BN mắc bệnh lý ác tính, sa sút trí tuệ, không có người đại diện. BN bỏ không được theo dõi điều trị. Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### 2.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Tháng 12/2022 – 10/2023. Khoa Tim mạch Lão học và Khoa Khám bệnh – Phòng khám Tim mạch và lão khoa (BVĐKTTAG).

#### 2.5. Nội dung nghiên cứu

- Tuân thủ điều trị thuốc [7,8] (bảng 1). 5 nhóm thuốc đánh giá sự tuân thủ: aspirin, ức chế tiểu cầu P2Y12 (clopidogrel 75mg/ngày hay Ticargrelor 90 mg 2 lần/ ngày); nhóm statin; ức chế beta; ức chế men chuyển/ ức chế thụ thể angiotensin II.

**Bảng 1. Định nghĩa biến số tuân thủ điều trị**

Kê toa thuốc lúc xuất viện	Dùng thuốc tại thời điểm kết thúc theo dõi		Dùng thuốc liên tục	Quy ước
Không	Không/Có		Không/Có	Không tuân thủ
Có	Không		Không/Có	Không tuân thủ
Có	Có		Không	Không tuân thủ
Có	Có		Có	Tuân thủ

- Suy yếu: đánh giá theo thang điểm suy yếu lâm sàng Canada (Canadian Study of Health and Ageing (CSHA) frailty scale) (bảng 2). Đánh giá là suy yếu khi từ mức 5 cho đến mức 9 trên thang điểm cụ thể ở bảng dưới [9].

**Bảng 2: Thang điểm suy yếu lâm sàng Canada**

Rất khỏe	Những người khỏe mạnh, nhanh nhẹn, đầy sinh lực và tích cực, vận động thể lực đều đặn. So với những người cùng độ tuổi, họ khỏe mạnh nhất.
Khỏe	Những người không có triệu chứng bệnh đang tiến triển nhưng không khỏe bằng những người thuộc nhóm 1. Họ thường vận động thể lực hoặc rất năng động tùy theo từng thời điểm nhất định. Ví dụ: vận động theo mùa.
Sức khỏe ổn định	Những người có bệnh được kiểm soát tốt nhưng không thường xuyên hoạt động ngoài trừ đi bộ.
Dễ bị tổn thương	Không phụ thuộc vào người khác trong cuộc sống hàng ngày nhưng các triệu chứng thường giới hạn hoạt động. Than phiền thường gặp là trở nên “chậm chạp” và/hoặc mệt mỏi cả ngày. ADL và IADL không phụ thuộc
Suy yếu nhẹ	Những người này thường chậm chạp rõ rệt hơn và cần sự giúp đỡ trong các hoạt động cao cấp hàng ngày (tài chính, giao thông, công việc nhà, thuốc men). Biểu hiện là suy yếu nhẹ làm giảm dần các hoạt động như mua sắm và ra đường một mình, nấu ăn và công việc nội trợ. IADL phụ thuộc trong khi ADL bình thường
Suy yếu trung bình	Những người cần giúp đỡ trong mọi hoạt động sử dụng phương tiện. Trong nhà, họ thường gặp khó khăn khi đi cầu thang và cần được giúp khi tắm rửa và có thể cần sự hỗ trợ tối thiểu khi mặc quần áo. Giảm cả ADL và IADL.
Suy yếu nặng	Hoàn toàn phụ thuộc người khác trong việc chăm sóc bản thân do bất cứ nguyên nhân nào (thể chất hoặc nhận thức). Tuy vậy, họ có vẻ ổn định và không có nguy cơ tử vong cao (trong vòng 6 tháng).
Suy yếu rất nặng	Hoàn toàn phụ thuộc, đang vào giai đoạn cuối đời. Thông thường, họ không thể phục hồi ngay cả khi bệnh nhẹ.
Bệnh giai đoạn cuối	Ở giai đoạn cuối đời. Nhóm này áp dụng đối với những người có kỳ vọng sống < 6 tháng dù có thể không suy yếu rõ ràng.

- Biến cố tim mạch (kết cục):

+ Tử vong chung gồm tử vong do tim mạch và không do tim mạch.

+ Tái nhập viện: trong thời gian theo dõi, BN phải nhập viện lại.

## 2.6. Cách tiến hành

- Chọn BN thoả tiêu chuẩn chọn bệnh và không có tiêu chuẩn loại trừ.

- BN được điều trị bằng phác đồ chuẩn dựa theo khuyến cáo ESC và VNHA. Khi tái khám theo hẹn mỗi tháng trong vòng 1 tháng tại phòng khám Khoa Khám bệnh (BVĐKTTAG) thì BN sẽ được phỏng vấn trực tiếp theo bảng câu hỏi về sự tuân thủ điều trị thuốc và các lý do (thiết kế sẵn) không dùng thuốc.

- Mất mẫu nếu BN không tái khám đúng hẹn và không liên lạc được qua điện thoại trong thời gian 6 tháng. Số lần tối thiểu trong thời gian theo dõi là tháng thứ 1, thứ 3 và thứ 6.

2.7. Xử lý số liệu: Biến định tính mô tả bằng tần số, tỷ lệ % và được kiểm định bằng phép kiểm Chi bình phương. Biến định lượng có phân phối chuẩn được mô tả bằng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn và được kiểm định bằng phép kiểm T-test. Có ý nghĩa thống kê khi  $p \leq 0,05$ .

2.8. Đạo đức nghiên cứu: BN và gia đình được tư vấn, giải thích về tình trạng bệnh, các phương pháp điều trị cũng như nguy cơ có thể xảy ra, giá thành của điều trị, sau đó tự nguyện cam kết tham gia nghiên cứu. Thuốc được thế giới khuyến cáo, được BHYT Việt Nam cho phép lưu hành trong nước. Mọi thông tin thu thập được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm chung

Trong thời gian nghiên cứu và theo dõi 6 tháng sau xuất viện, chúng tôi thu nhận được 300 bệnh nhân trên 60 tuổi được chẩn đoán HCVC khi xuất viện thoả tiêu chuẩn chọn mẫu. Các đặc điểm dân số nghiên cứu được trình bày trong bảng 1. Sự tuân trị qua các tháng theo dõi trong 6 tháng được ghi nhận ở biểu đồ 1.

**Biểu đồ 1. Tỷ lệ tuân thủ thuốc qua các tháng theo dõi**

	Tháng 1	Tháng 6
Nhóm 5 thuốc điều trị theo toa xuất viện	300 (100%)	257 (85,7%)

Sự tuân trị bằng thuốc theo khuyến cáo ở bệnh nhân HCVC là rất cao, cụ thể tỉ lệ ở tháng thứ nhất sau xuất viện là 100%. Những tháng kế tiếp tiếp tục giảm theo khuynh hướng tuyến tính trong 6 tháng còn 85,7%.

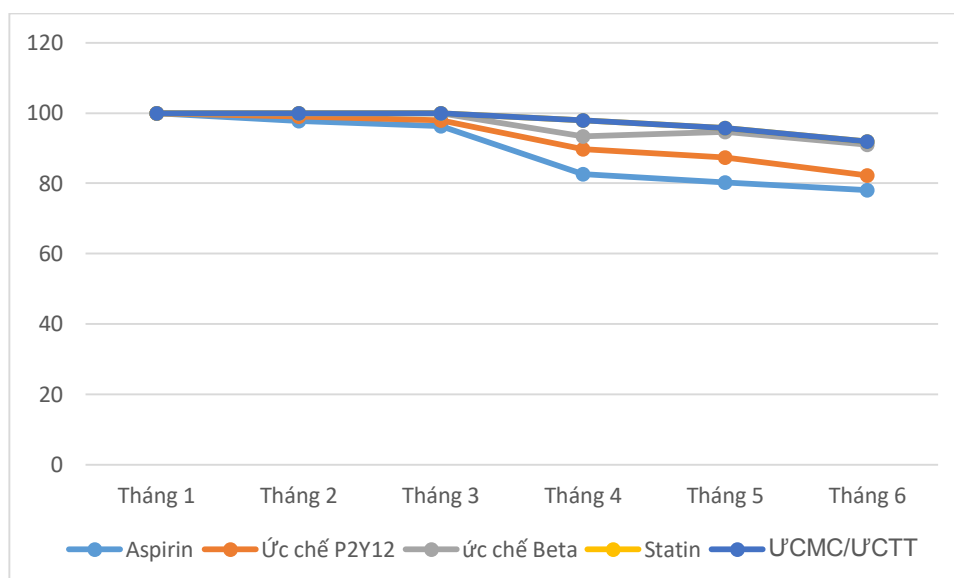
**Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu**

	Tổng (N=300)	Tuân thủ (n=257)	Không tuân thủ (n=43)	P
Tuổi	70,22±8,82	69,52±9,02	74,42±6,09	<0,001
Nam giới	195 (65%)	172 (66,9%)	23 (53,5%)	0,087
<b>Thể bệnh xuất viện</b>				
ĐTNKÔĐ	94 (31,3%)	59 (23%)	35 (81,4%)	<0,001
NSTEMI	85 (28,3%)	81 (31,5%)	4 (9,3%)	
STEMI	121 (40,3%)	117 (45,5%)	4 (9,3%)	
<b>Bệnh đồng mắc</b>				
THA	292 (97,3%)	249 (96,9%)	43 (100%)	0,607
ĐTĐ	109 (36,3%)	98 (38,1%)	11 (25,6%)	0,113
Suy tim (EF giảm)	53 (17,7%)	53 (20,6%)	0 (0%)	<0,001
Bệnh thận mạn	4 (1,3%)	4 (1,6%)	0 (0%)	1
RLLM	264 (88%)	229 (89,1%)	35 (81,4%)	0,15
Nhồi máu não cũ	72 (24%)	64 (24,9%)	8 (18,6%)	0,371
Rung nhĩ	21 (7%)	17 (6,6%)	4 (9,3%)	0,519
1 bệnh	266 (88,7%)	231 (89,9%)	25 (81,4%)	0,104
2 bệnh	183 (61%)	156 (60,7%)	27 (62,8%)	0,795
≥ 3 bệnh	159 (53%)	135 (52,5%)	24 (55,8%)	0,69
PCI	161 (53,7%)	154 (59,9%)	7 (16,3%)	<0,001
<b>Trình độ học vấn</b>				
Mù chữ	100 (33,3%)	74 (28,8%)	26 (60,5%)	<0,001
Cấp 1	108 (36%)	96 (37,4%)	12 (27,9%)	
Cấp 2	36 (12%)	36 (14%)	0 (0%)	
Cấp 3	32 (10,7%)	30 (11,7%)	2 (4,7%)	
Trên cấp 3	24 (8%)	21 (8,2%)	3 (7%)	
Suy yếu	195 (65%)	188 (73,2%)	7 (16,3%)	<0,001
<b>Ý thức thời gian dùng thuốc</b>				
Suốt đời	130 (43,3%)	118 (45,9%)	12 (27,9%)	0,027
Không biết	170 (56,7%)	139 (54,1%)	31 (72,1%)	

Đặc điểm chung ở nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình khá cao (70,22±8,82), nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới, thể lâm sàng gặp nhiều nhất là nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên. Các bệnh đồng mắc hay gặp là tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và tới 53% bệnh nhân có ít nhất 3 bệnh phối hợp. Tỷ lệ điều trị tái thông bằng can thiệp mạch vành qua da tương đối cao 53,7%. Suy yếu (từ mức độ nhẹ trở lên) chiếm hơn 2/3 dân số nghiên cứu và hơn 50% bệnh nhân chưa có ý thức thời gian dùng thuốc.

Trong đó nhóm không tuân trị có các đặc điểm khác biệt có ý nghĩa so với nhóm tuân trị như: tuổi trung bình cao hơn ( $p<0,001$ ); thể đau thắt ngực không ổn định gặp nhiều hơn ( $p<0,001$ ); ý thức dùng thuốc kém hơn ( $p<0,001$ ), nhóm mù chữ ( $p<0,001$ ).

Nhóm tuân trị tốt có các đặc điểm khác biệt có ý nghĩa so với nhóm không tuân trị như: tuổi trung bình thấp hơn ( $p<0,001$ ); thể nhồi máu cơ tim cấp cả ST chênh lên và không ST chênh lên ( $p<0,001$ ); suy tim phân suất tổng máu giảm ( $p<0,001$ ), được can thiệp mạch vành qua da ( $p<0,001$ ), nhóm không mù chữ ( $p<0,001$ ), bị suy yếu nhiều hơn ( $p<0,001$ ).



**Biểu đồ 2. Tỷ lệ tuân thủ từng nhóm thuốc qua các tháng theo dõi**  
**Bảng 2. Tỷ lệ tuân thủ từng nhóm thuốc qua các tháng**

	Tháng 1	Tháng 2	Tháng 3	Tháng 4	Tháng 5	Tháng 6
Aspirin	100	97,7	96,3	82,7	80,3	78
Ức chế P2Y12	100	99	98	89,7	87,3	82,3
ức chế Beta	100	100	100	93,3	94,7	91
Statin	100	100	100	98	95,7	92
UCMC/UCTT	100	100	100	98	95,7	92

Nhóm thuốc điều trị theo khuyến cáo sau HCVC có tỷ lệ tuân thủ cao là nhóm statin và ức chế P2Y12. Ngược lại, tỷ lệ tuân thủ thấp nhất là nhóm ức chế beta. Tuân thủ điều trị của từng nhóm thuốc theo khuyến cáo khuynh hướng giảm theo thời gian trong 6 tháng sau xuất viện (biểu đồ 2).

**Bảng 3. Biến cố tim mạch bất lợi tại thời điểm 6 tháng theo dõi.**

	Tổng	Tuân thủ	Không tuân thủ	HR (KTC 95%)	P
Tái nhập viện và tử vong do mọi nguyên nhân n(%)	31 (10,3%)	16 (6,2%)	15 (34,9%)	0,124	<0,001
Tái nhập viện và tử vong do nguyên nhân tim mạch n(%)	27 (9%)	15 (5,8%)	12 (27,9%)	0,16	<0,001

Như vậy, biến cố tim mạch bất lợi bao gồm tái nhập viện và tử vong do mọi nguyên nhân hay do tim mạch sau 6 tháng đều tăng có ý nghĩa thống kê ở nhóm không tuân thủ điều trị so với nhóm tuân trị với  $p < 0,001$  (bảng 3).

#### IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm bệnh nhân từ 60 tuổi mắc HCVC sau xuất viện với tuổi trung bình khá cao là 70,22 tuổi, trong đó nhóm tuân trị có độ tuổi thấp hơn có ý nghĩa (69,52 tuổi so với 74,42 tuổi,  $p < 0,001$ ). Nam giới chiếm gấp đôi nữ giới trong toàn bộ nghiên cứu. Thở bệnh NMCT cấp có ST chênh lên chiếm đa số trong khi đó thì nhóm HCVC không ST chênh lên gồm cơn đau thắt ngực không ổn định và NMCT cấp không ST chênh lên có tỉ lệ thấp hơn (lần lượt là 31,3% và 28,3%). Bệnh nhân NMCT cấp có tỷ lệ là 68,6%, tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Yaman và cộng sự thực hiện ở Malaysia chỉ 41,6% và cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tân và cộng sự (65,7%). Sự khác biệt này có thể là thời điểm nghiên cứu, các tác giả có tiêu chuẩn chẩn đoán khác biệt, kết hợp với vị trí địa lý khác nhau về đô thị - văn hoá - xã hội. Nghiên cứu của Yaman thực hiện cách đây 8 năm, thời điểm mà chẩn đoán NMCT cấp chưa lấy tiêu chuẩn vàng tăng Troponin (khi có giá trị cao hơn bách phân vị 99 giá trị tham chiếu) để chẩn đoán NMCT cấp như hiện tại theo ESC/AHA định nghĩa toàn cầu lần thứ IV về nhồi máu cơ tim. Bên cạnh đó, sự khác biệt cũng có sự góp phần ở địa điểm lấy mẫu bởi nghiên

cứu của chúng tôi thực hiện lấy mẫu tại khoa khám bệnh. Ngay cả địa điểm nghiên cứu khác biệt giữa An Giang và TP.HCM cũng góp phần gây nên sự khác biệt, tuy không quá rõ rệt.

Bệnh lý mạn tính đồng mắc chiếm tỷ lệ rất cao là THA (97,3%) và rối loạn lipid máu (88,8%), tương đương với nhóm tác giả Nguyễn Văn Tân và cộng sự. Tất yếu là bệnh đồng mắc này thường gặp ở nhóm bệnh nhân cao tuổi mắc bệnh tim mạch. Đặc điểm khác của nhóm bệnh nhân nghiên cứu chúng tôi là có tỷ lệ bệnh nhân suy tim phân suất tống máu thất trái giảm chiếm chỉ 17,7%, thấp hơn đáng kể chỉ bằng một nửa so với tỷ lệ 34% của tác giả Nguyễn Văn Tân. Đây là nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao tái nhập viện cũng như dễ gặp biến cố tim mạch. Bệnh nhân suy yếu chiếm hơn 1/2 trường hợp với 56,7%. Điều trị tái thông bằng can thiệp mạch vành với tỷ lệ cao 53,7%. Tỷ lệ này cao hơn gấp đôi so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thắng là 25%, và ít hơn nhóm tác giả Nguyễn Văn Tân với 62,4%. Sự khác biệt này khả năng là thời điểm nghiên cứu khi tái thông bằng phương pháp can thiệp mạch vành qua da trở nên phổ biến và dễ tiếp cận hơn các phương pháp khác.

Trong thời gian 6 tháng thu thập 300 bệnh nhân từ 60 tuổi được chẩn đoán HCVC khi xuất viện và tiến hành theo dõi ngoại trú 6 tháng sau xuất viện. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tuân thủ điều trị 5 nhóm thuốc theo khuyến cáo (aspirin, ức chế P2Y12, statin, UCMC/UCTT và ức chế beta) sau 6 tháng là khá cao, trái ngược với nghiên cứu của nhóm tác giả Nguyễn Văn Tân với tỷ lệ 85,7%. So với thời điểm 1 tháng sau xuất viện thì tỷ lệ tuân trị đạt đến 100%, còn sau 6 tháng tỷ lệ này đã giảm chỉ còn 85,7%. Dù vậy, tỷ lệ này cũng là khá cao so với kỳ vọng của chúng tôi, và cao hơn nghiên cứu gốc của nhóm tác giả Nguyễn Văn Tân và cộng sự. Khuynh hướng giảm dần theo gian theo dõi. Tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thắng và cộng sự. Khi so sánh với nghiên cứu của tác giả Yaman và cộng sự thực hiện tại Malaysia trên 190 bệnh nhân sau HCVC thì tỷ lệ tuân thủ điều trị mức độ trung bình – cao (theo MMAS  $\geq 6$  điểm) ở thời điểm 6 tháng ở mức 69,5%. Và khuynh hướng tuân thủ điều trị cũng giảm dần theo thời gian theo dõi, thời điểm kết thúc nghiên cứu 18 tháng thì tuân thủ điều trị chỉ còn ở mức độ trung bình (theo MMAS) là 49%. Sự thay đổi này trong nghiên cứu cũng theo dạng tuyến tính. Chúng tôi rất mong muốn có thể tiếp tục theo dõi tiếp nhóm bệnh nhân này ở thời điểm 12 tháng và 18 tháng nhằm khám phá thêm những thay đổi khác hơn.

Trong 5 nhóm thuốc điều trị theo khuyến cáo ở bệnh nhân sau HCVC thì nhóm aspirin và nhóm thuốc ức chế P2Y12 là hai nhóm lần lượt có tỷ lệ tuân trị thấp nhất tính tới thời điểm tháng thứ sáu khi kết thúc theo dõi với tỷ lệ lần lượt là 78% và 82,3%. Khác biệt có thể thấy được với tác giả Nguyễn Văn Tân và cộng sự. Xét tốc độ giảm tuyến tính trong 6 tháng của 2 nhóm thuốc này tương tự nhau. Tỷ lệ tuân thủ điều trị của thuốc ức chế beta chỉ thấp hơn hai nhóm tuân trị cao nhất là nhóm statin và nhóm UCMC/UCTT, một phần do chẹn beta có chống chỉ định tương đối thường gặp hơn hoặc do thái độ của bác sĩ đối với bệnh nhân suy tim chưa ổn định sau nhồi máu cơ tim hoặc xuất hiện triệu chứng khó thở trong thời gian khởi đầu điều trị. Tuy vậy, điều đáng ngạc nhiên là tỷ lệ tuân trị khá cao chẹn beta, một phần có vẻ do thói quen sử dụng chẹn beta nội viện trên bệnh nhân HCVC ở An Giang là tương đối hạn chế, một phần nữa là tâm lý lo sợ phù phổi cấp trên bệnh nhân (dẫn cho BN đã được điều trị can thiệp mạch vành qua da). Điều đáng ngạc nhiên là tỷ lệ tuân trị này tương đối cao kể cả khi so với các nghiên cứu nước ngoài như của Yamann và cộng sự. Tuân trị thấp với nhóm thuốc aspirin ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu cũng không khó giải thích do tác dụng phụ thường gặp trên dạ dày. Còn tuân thủ kém với ức chế P2Y12 trong nghiên cứu chúng tôi, có lẽ do áp dụng khuyến cáo mới và nhóm nghiên cứu có bệnh nhân NMCT nhiều nên nghiên cứu này ưu tiên sử dụng nhóm ức chế P2Y12 mạnh như Ticagrelor hơn là Clopidogrel, điều này có lẽ là dễ nhận thấy nhất khi so sánh với các tác giả đã nghiên cứu cách đây từ 3 năm trở lên như nhóm tác giả Nguyễn Văn Tân, Nguyễn Thắng, Yamann.

Thuốc nhóm statin (cụ thể atorvastatin và rosuvastatin) có tỷ lệ tuân thủ cao nhất và duy trì tới thời điểm 6 tháng mà ít trở ngại gì trong tuân trị. Tỷ lệ tuân thủ ở thuốc statin thì tỷ lệ lần lượt là 92%. Điều này cũng tương tự ở các nghiên cứu trong và ngoài nước. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thắng thì thuốc statin là 93,1%; đối với tác giả Nguyễn Văn Tân là 87,8%. Một



nghiên cứu khác trong nước của tác giả Trần Quốc Dũng thực hiện ở BV Tim mạch An Giang thì tỷ lệ tuân thủ 2 nhóm thuốc này sau 6 tháng là 82,3%, thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh điều trị cải thiện tiên lượng với nhóm thuốc statin là tuyệt đối. Mặt khác, tác dụng phụ được báo cáo của nhóm thuốc statin là không đáng kể.

Thuốc ức chế P2Y12 đặc biệt quan trọng với bệnh nhân được can thiệp mạch vành nên việc bệnh nhân được thông tin về nhóm thuốc này về thời gian sử dụng tối thiểu 12 tháng và chỉ ngưng khi có chống chỉ định đặc biệt như đang chảy máu hoặc giảm tiểu cầu dưới 50.000/ml. Tất nhiên là biến chứng khi dùng nhóm thuốc ức chế P2Y12 mạnh cũng là một khó khăn cần vượt qua. Chúng tôi ghi nhận có không ít bệnh nhân sau 3-6 tháng, có triệu chứng xuất huyết nhẹ phải chuyển đổi xuống thang thành Clopidogrel. Điều này giải thích cho nghiên cứu của chúng tôi về việc tuân trị thấp của nhóm P2Y12 (hầu hết là Ticagrelor). Một trong những biến chứng nặng của việc ngưng thuốc ức chế P2Y12 là tắc lại trong stent vì tiên lượng tử vong của biến chứng này thống kê gần 50%. Do đó, bệnh nhân thường được giải thích kỹ cần duy trì nhóm thuốc này nhiều nhất trong lâm sàng khám chữa bệnh hàng ngày, kể cả bác sĩ can thiệp, bác sĩ nội tim mạch hay cả bác sĩ nội tổng quát cũng nắm rất rõ vấn đề này. Qua nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy việc tuân trị Ticagrelor thấp cũng là một vấn đề cần được quan tâm đúng mức trong những nghiên cứu về sau.

Khi xét tới các yếu tố liên quan đến không tuân trị thuốc, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được các yếu tố sau đây có thể làm tăng tỷ lệ kém tuân trị thuốc: tuổi cao ( $p < 0,001$ ); thể lâm sàng HCVC ít nghiêm trọng nhất (cơn đau thắt ngực không ổn định,  $p < 0,001$ ); mù chữ ( $p < 0,001$ ); không được dặn dò kỹ lưỡng về thời gian dùng thuốc ( $p = 0,027$ ).

Ngược lại, nhóm yếu tố giúp tăng tuân trị có ý nghĩa thống kê thấy được từ nghiên cứu của chúng tôi thì bệnh nhân được can thiệp mạch vành qua da lại cho thấy sự tuân thủ của bệnh nhân tốt hơn ( $p < 0,001$ ), bệnh đồng mắc suy tim EF giảm ( $p < 0,001$ ), tuổi trẻ hơn ( $p < 0,001$ ), có suy yếu ( $p < 0,001$ ). Các nghiên cứu trong nước của tác giả Nguyễn Thắng và nghiên cứu của tác giả Trần Quốc Dũng thì yếu tố liên quan đến không tuân trị bao gồm bệnh nhân không có BHYT, suy tim EF giảm dưới 40%. Nghiên cứu từ nhóm tác giả Nguyễn Văn Tân và cộng sự cũng cho rằng can thiệp mạch vành qua da là yếu tố có ý nghĩa thống kê giúp bệnh nhân tuân trị hơn. Cả 3 nghiên cứu tại Việt Nam này ghi nhận điều tương tự như nghiên cứu của chúng tôi là can thiệp mạch vành là yếu tố làm tăng sự tuân thủ điều trị có ý nghĩa thống kê. Lý giải cho sự khác biệt ở nhóm suy yếu làm tăng tuân trị hơn, chúng tôi nghĩ rằng có thể trên bệnh nhân đã có suy yếu cần sự chăm sóc từ thân nhân thì sự chăm sóc từ thân nhân là rất quan trọng trong việc duy trì ổn định điều trị từ thầy thuốc (họ trẻ hơn, minh mẫn hơn và ghi nhớ rõ lời dặn thầy thuốc hơn). Ngoài ra, nghiên cứu chúng tôi nhận thấy việc bệnh đồng mắc nghiêm trọng hơn cũng làm tăng sự tuân trị, có lẽ do ý thức bệnh nặng hơn thì sự tuân trị cũng cao hơn.

Trong thời gian 6 tháng theo dõi thì tỷ lệ biến cố tim mạch là tái nhập viện và tử vong do mọi nguyên nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 10,3%; trong đó do nguyên nhân tim mạch là 9%. Nhóm không tuân thủ điều trị làm tăng biến cố tim mạch có ý nghĩa so với nhóm tuân thủ điều trị. Điều này cũng được chứng minh qua nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thắng chứng minh được tuân thủ điều trị làm giảm tử vong và biến cố tim mạch bất lợi sau 6 tháng, giảm được 29% nguy cơ tương đối (HR 0,71, KTC 95%: 0,51-0,98).

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tuân trị thuốc theo khuyến cáo sau HCVC ở bệnh nhân lớn tuổi là khá cao với 100% và 85,7% lần lượt tại thời điểm 1 tháng và 6 tháng sau xuất viện. Yếu tố góp phần làm giảm tuân thủ điều trị sau HCVC là tuổi cao, cơn đau thắt ngực không ổn định, mù chữ và chưa được thông tin về thời gian dùng thuốc. Ngược lại, yếu tố góp phần làm tăng tuân trị sau HCVC là: tuổi trẻ hơn, được can thiệp mạch vành qua da, đồng mắc suy tim phân suất tống máu giảm, có suy yếu tuổi già. Sự không tuân thủ điều trị bằng thuốc làm tăng biến cố tim mạch bất lợi có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ) trên đối tượng bệnh nhân lớn tuổi mắc HCVC. Trong nhóm 5 thuốc thiết yếu của bệnh nhân ra viện, tỷ lệ tuân thủ điều trị cao nhất với nhóm Statin và nhóm UCMC/UCTT, trong khi đó tuân trị thấp nhất lại được ghi nhận ở nhóm ức chế P2Y12.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, “Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hội chứng mạch vành cấp 2019”, 14-15. Link: <https://kcb.vn/vanban/quyet-dinh-2187-qd-byt-ngay03-6-2019-cua-bo-truong-bo-y-te-ve-viec-ban-hanhtai-lieu-chuyen-mon-huong-dan-chan-doan-va-xu-trihoi-chung-mach-vanh-cap>.
2. Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al., ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*. 2020. 42 (14): 1289–1367.
3. Nguyen T et al., Association between in-hospital guideline adherence and postdischarge major adverse outcomes of patients with acute coronary syndrome in Vietnam: a prospective cohort study. *BMJ Open*, 2017. 7: e017008.
4. Nguyen T, Nguyen HT, Pham KTH, et al., Physicians' adherence to acute coronary syndrome prescribing guidelines in Vietnamese hospital practice: a cross-sectional study. *Trop Med Int Health*, 2015. 20: 627– 637.
5. Nguyễn Thị Thanh Tâm và cộng sự, Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của người bệnh sau can thiệp động mạch vành qua da tại tỉnh Hải Dương năm 2018. *Khoa học điều dưỡng*, 2018, 1(3),16-21.
6. Thygesen K, Alpert SJ, Jaffe SA, et al., Fourth universal definition of myocardial infarction 2018. *European Heart Journal*. 2019. 40 (3), 237–269.
7. Võ Thị Dề, Nghiên cứu sự tuân thủ điều trị của BN bệnh động mạch vành đã được can thiệp Luận án tiến sỹ Y học, Đại học Y dược TPHCM. 2009.
8. Hee JB, Yang Y, Choi E J., Optimal medical therapy for secondary prevention after an acute coronary syndrome: 18- month follow-up results at a tertiary teaching hospital in South Korea. *Dove Press journal: Therapeutics and Clinical Risk Management*. 2016. 12: 167–175.
9. Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al., A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005. 173 (5): 489-495.
10. Yaman WK, Yahaya H, Noorizan AA, et al., Trends in adherence to secondary prevention medications in post-acute coronary syndrome patients. *Pak. J. Pharm. Sci*. 2015. 28 (2): 641-646.
11. Trần Quốc Dũng, Nguyễn Văn Thà, Phan Thanh Hải, Tuân thủ điều trị thuốc sau đặt stent động mạch vành tại Bệnh viện Tim Mạch An Giang. Hội nghị khoa học kỹ thuật thường niên Bệnh viện năm 2016.
12. Nguyễn Văn Tân, Bàng Ái Viên, Trần Tấn Đạt, “Tuân thủ điều trị và kết cục lâm sàng ngắn hạn sau xuất viện ở BN cao tuổi bị hội chứng vành cấp”.

# TỶ LỆ MẮC VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÁC DỤNG PHỤ Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ BỆNH LAO ĐA KHÁNG THUỐC TẠI KHOA LAO BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Phan Thanh Dũng, Nguyễn Quang Thương,  
Nguyễn Hoàng Khoa, Bùi Tông 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 10/2021 đến 10/2023.

**Mục tiêu:** Để ước tính tần suất các tác dụng phụ (AE) của thuốc lao kháng (MDR-TB) và các yếu tố liên quan đến AE tại khoa Lao Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang.

**Kết quả:** Tổng cộng có 97 bệnh nhân mắc MDR-TB được đưa vào phân tích cuối cùng. Trong số này, giới nam là 53(55%), giới nữ là 44(45%), tuổi trung bình là  $49 \pm 17,5$ , cân nặng trung bình là  $41 \pm 15,5$  và có 49 (50,5%) bệnh nhân gặp ít nhất một tác dụng phụ trong quá trình điều trị. Bệnh đường tiêu hóa là tác dụng phụ thường gặp nhất (31,9%), tiếp theo là đau khớp (22,6%) và trầm cảm (9,3%). Các yếu tố liên quan đến sự xuất hiện của các tác dụng phụ bao gồm sự hiện diện của bệnh đi kèm với tỷ lệ chênh được hiệu chỉnh là 1.79[AOR. 95% CI 0,027, 3,320],  $p = 0.00$ . **Kết luận:** Tần suất các tác dụng phụ trong điều trị bệnh nhân MDR-TB là cao đáng kể. Trong đó bệnh đường tiêu hóa, đau khớp, trầm cảm là phổ biến nhất. Các biện pháp can thiệp như dùng thuốc và xác định các yếu tố có thể xảy ra AE cần được đặc biệt chú ý và tăng cường quản lý lâm sàng cho bệnh nhân có bệnh nền có thể góp phần làm giảm tỷ lệ xuất hiện các AE.

## SUMMARY:

One retrospective prospective cohort study was performed at tuberculosis papartment of An giang general hospital, from 10/2021 to 10/2023.

**Objectives:** This study aimed to evaluate the frequency and factors associated with occurrence of adverse events among patients with MDR-TB at tuberculosis papartment of An giang general hospital.

**Results:** A total of 97 patients with MDR-TB were included in the final analysis. The proportion of male was 55%(n=53) and female was 45%(n =44) patients. The mean age of the patients was 49 (SD = 17.5) years. The mean body weight of the patients was 41 (SD = 15.5) kg Out of these, 49 (50,5%) patients experienced at least one adverse event during the course of their treatment. The gastrointestinal was the most common adverse events (31,9%), followed by arthralgia (22,6%) and Depression (9,3%). The factors associated with the occurrence of adverse events included presence of comorbidity (adjusted odds ratio [AOR] 1,79; 95% CI 0,027, 3,320).

**Conclusion:** The frequency of adverse events by MDR-TB patients is considerably high with gastrointestinal, arthralgia and depression being the most common. Interventions such as drugs and identified factors for occurrence of adverse events need special attention and enhanced clinical management may contribute to a reduction in the rate of occurrence of AEs.

## I.ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao đa kháng thuốc (MDR-TB) là một vấn đề sức khỏe cộng đồng đang gia tăng và có tỷ lệ tử vong cao . Phác đồ điều trị chống lại MDR-TB rất tốn kém, kéo dài và có nhiều tác dụng phụ hơn so với bệnh lao nhạy cảm với thuốc. [5,6]

Một trong những khó khăn trong điều trị lao hiện nay là số lượng thuốc chống lao hạn chế trong khi phản ứng có hại của thuốc xảy ra khá phổ biến. Phản ứng có hại của thuốc chống lao gây gián đoạn thời gian dùng thuốc, không tuân thủ điều trị dẫn tới gia tăng tình trạng lao kháng thuốc và thất bại điều trị. Vì vậy, việc phát hiện, giám sát và xử trí kịp thời các phản ứng có hại của thuốc chống lao đóng vai trò quan trọng trong công tác sử dụng thuốc hợp lý, an toàn và góp phần điều trị thành công bệnh lao [7].

Một nghiên cứu đã báo cáo rằng tỷ lệ phản ứng có hại của thuốc (AE) ở những bệnh nhân mắc MDR-TB là 58%.[2] Khoảng 18 biến cố bất lợi đã được báo cáo trong nhiều nghiên cứu khác.[4]

Tại tỉnh 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).[2] Khoa Lao Bệnh viện đa khoa Trung tâm An giang đã triển khai điều trị lao kháng nội trú từ giữa năm 2020 đến nay, trong năm 2022 đã thu dung cả tỉnh 169 trường hợp lao kháng và điều trị nội trú 322 lượt. Xuất phát từ những thực tế nêu trên nên chúng tôi thiết kế nghiên cứu này nhằm hy vọng rằng, đề tài có thể cung cấp thêm dữ liệu về phản ứng có hại của các thuốc. Đồng thời, đưa ra được các yếu tố ảnh hưởng đến sự xuất hiện biến cố để có những gợi ý và đề xuất góp phần cải thiện thực hành lâm sàng.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Tần suất các tác dụng phụ (AE) của thuốc lao kháng( MDR-TB)
2. Phân tích các yếu tố liên quan đến AE tại khoa lao Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang.

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu đoàn hệ tương lai kết hợp hồi cứu với 1 nhóm của chúng tôi được chấp thuận của Hội đồng Khoa Học bệnh viện và được thực hiện trên các bệnh nhân bị lao kháng được thu dung trong tỉnh năm 2021 và năm 2023. Hồ sơ y tế của bệnh nhân MDR-TB kết thúc điều trị phác đồ lao kháng thì được xem xét. Dữ liệu về các AE, được xác định mức độ cần nhập viện theo hướng dẫn cảnh giác được bộ y tế với thuốc MDR-TB, được trích xuất và phân tích.[2] Để mô tả các AE được báo cáo, số liệu thống kê mô tả đã được tính toán. Phân tích số liệu theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 16.0 để xác định các yếu tố liên quan đến các AEs.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có tất cả 97 BN đưa vào nghiên cứu. Trong đó có 49 bệnh nhân có bị tác dụng phụ và 48 không bị tác dụng phụ .

**Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu (n=97).**

ĐẶC ĐIỂM	N=97	Tác dụng phụ lao kháng	
		CÓ=49 ( 50,5%)	KHÔNG=48 (49,5 %)
<b>GIỚI</b>			
Nam	53(55%)	33(63,3%)	20(37,7%)
Nữ	44(45%)	16(36,4)	28(63,6%)
<b>TUỔI</b>	Tuổi trung bình $\pm$ SD = 49 $\pm$ 17,5		
18 - 60	58(60%)	24(41,4%)	34(58,6%)
$\geq$ 61	39(40%)	25(64,1%)	14(35,9%)
<b>CÂN NẶNG(KG)</b>	Cân nặng trung bình $\pm$ SD = 41 $\pm$ 15,5		
$\geq$ 40	59(61%)	23(39%)	36(61%)
40<	38(39%)	26(68,2%)	12(31,6%)
<b>BỆNH KẾT HỢP</b>			
Có	52(54%)	40(76,9%)	12(23,1%)
Không	45(46%)	9(20%)	36(80%)
<b>LOẠI BỆNH KẾT HỢP</b>	N= 52(54%)	N=40(76,9%)	N= 12(23,1%)
ĐTĐ type 2	18(35%)	14(78%)	4(22%)
HIV	7(13%)	4(57%)	3(43%)
COPD	9(17%)	7(78%)	2(22%)
Bệnh gan	7(13%)	5(71%)	2(29%)
Bệnh khác	11(21%)	10(91%)	1(9%)

**Nhận xét:** Tỷ lệ tác dụng phụ điều trị lao kháng có nam nhiều hơn nữ, tuổi lớn và cân nặng thấp có tác dụng phụ nhiều, càng nhiều bệnh nền thì tỷ lệ tác dụng phụ càng cao.

**Bảng 2. Tần suất các loại tác dụng phụ của thuốc kháng lao trong nghiên cứu.**

LOẠI TÁC DỤNG PHỤ	TẦN SUẤT(n %)	KHẢ NĂNG GÂY BỆNH
Trầm cảm	9(9,3%)	Cs( 9)
Bệnh đường tiêu hóa	31(31,9%)	Z(20), Lfz (6),pto (5)
Đau khớp	22(22,6%)	Z(20), Lfz (2),
Rối loạn thính giác	2(2,0%)	Am(1), Cs( 1)
Rối loạn tâm thần	3(3,1%)	Cs( 3)
Chán ăn	6(6,2%)	Z(2), Lfz (2),pto (2)
Bệnh lí Thần kinh ngoại biên	5(5,2%)	Z(2), Lfz (2),pto (1)
Viêm dạ dày	3(3,1%)	Z(3),
Phát ban và ngứa	3(3,1%)	Z(2), Am(1)
Khiếm thị	1(1%)	E(1)
Độc tính trên thận	2(2,0%)	Am(1), Pto(1)
Thiếu máu	2(2,0%)	LZD(2)
Phản ứng dị ứng	2(2,0%)	Z(1), Am(1)
Co giật	2(2,0%)	Cs( 2),
Ù tai	2(9%)	Am(1), Cs( 1)
Rối loạn giấc ngủ	1(1,0%)	Cs( 1)

**Nhận xét:** Bệnh đường tiêu hóa có tác dụng phụ 31,9%, đau khớp 22,6% và trầm cảm 9,3%.

**Bảng 3. Tác nhân liên quan với tác dụng phụ thuốc kháng lao điều trị lao kháng.**

ĐẶC ĐIỂM	TÁC DỤNG PHỤ		ĐƠN BIẾN		ĐA BIẾN	
	CÓ, N=49	KHÔNG, N= 48	P	OR(95%CL)	P	AOR(95%CL)
<b>GIỚI</b>						
Nam	33(63,3%)	20(37,7%)	0.01	1.71 (1,09- 2,68)	0.12	2.64 (0,766-9,135)
Nữ	16(36,4)	28(63,6%)				
<b>BỆNH KẾT HỢP</b>						
Có	40(76,9%)	12(23,1%)	0.00	13.33 (5,03-35,33)	0.00	1.79 (0,027- 3,320)
Không	9(20%)	36(80%)				
<b>CÂN NẶNG(KG)</b>						
≥ 40	23(39%)	36(61%)	0.04	1.75 (1,20- 2,60)	0.124	1,104 (0,269-4,330 )
40<	26(68,2%)	12(31,6%)				
<b>TUỔI</b>						
≥ 61	25(64,1%)	14(35,9%)	0.02		0.621	0,717 (0,191-2,684 )
60<	24(41,4%)	34(58,6%)				

**Nhận xét:** Phân tích đơn biến thì tuổi, giới, cân nặng và bệnh kết hợp có ý nghĩa tiên lượng tác dụng phụ điều trị lao kháng. Trong phân tích đa biến chỉ có bệnh đi kèm là yếu tố độc lập có ý nghĩa tiên lượng với p=0.00

#### IV. BÀN LUẬN

Đặc tính của các đối tượng nghiên cứu là có 97 dữ liệu của bệnh nhân MDR-TB đã được phân tích, bao gồm 49 (50,5%) bệnh nhân mắc AE. Bệnh nhân MDR-TB là nam giới 53 (55,%) là nữ 44(45,%), với tuổi trung bình là 49 tuổi (SD là 17,5 tuổi), với trọng lượng trung bình là 41 kg (SD là 15,5 kg). Trong nghiên cứu này, tuổi lớn cân nặng thấp có ý nghĩa thống kê đối với các AE, trái ngược với những phát hiện cho trong nghiên cứu trước đây [10]. Điều này có thể là do trước đây là nghiên cứu bệnh chứng và có cỡ mẫu thấp và hiện nay thì điều trị MDR-TB đã được triển khai rộng trong những năm gần đây.

Mục đích của nghiên cứu là xác định tỷ lệ lưu hành và các yếu tố liên quan đến tác dụng phụ của điều trị MDR-TB ở khoa lao Bệnh viện đa khoa trung tâm An giang trong gần 3 năm triển

khai điều trị lao ở bệnh nhân MDR-TB. Kết quả trên cho thấy 50,5% bệnh nhân lao đa kháng thuốc có AE; gặp phải ít nhất 01 biến cố bất lợi. So với tỷ lệ AE liên quan đến điều trị MDR-TB của Dela AI là 57,6%, tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ 50,5% được tìm thấy trong nghiên cứu của chúng tôi. [11] Tỷ lệ lưu hành tương đối cao và nếu các AE này không được quản lý tốt, bệnh nhân bị ảnh hưởng có thể bị mất theo dõi, điều này có thể dẫn đến bệnh lao siêu kháng thuốc (XDR-TB).

Trong nghiên cứu này, hầu hết bệnh nhân có AE dạng nhẹ chiếm 50,5% và AE thường gặp nhất là bệnh đường tiêu hóa là 31,9% (Buồn nôn/nôn, tiêu chảy), tiếp theo đau khớp là 22,6% và trầm cảm là 9,3% [10]. Các loại thuốc PAS, Eto, Pto, Cfz > FQs, H, E và Z được sử dụng trong phần lớn phác đồ điều trị của bệnh nhân, có liên quan đến bệnh đường tiêu hóa [2]. Tỷ lệ buồn nôn và nôn cao hơn so với hai nghiên cứu của tác giả Prasad R (Ấn Độ) là 20% và một nghiên cứu của Ahmad N (Pakistan) là 34%. [3,4]. Tỷ lệ tác dụng phụ liên quan đến đường tiêu hóa thấp hơn đã được báo cáo trong các nghiên cứu được thực hiện tác giả Sagwa E là 59%. [5] Akshata J là 71%. [6] và Gualano G là 75%. [7] Bản chất chủ quan của hầu hết các triệu chứng tiêu hóa có thể là một trong những lý do có thể dẫn đến sự thay đổi rộng rãi về tần suất được báo cáo của các triệu chứng này trong các nghiên cứu khác nhau. Trong số bệnh nhân có AE đường tiêu hóa được điều trị triệu chứng (tức là thuốc chống nôn) để giải quyết vấn đề và chiến lược điều trị này đã có hiệu quả với họ. Ngoài ra, một nghiên cứu ở Pakistan của Ahmad và đồng nghiệp đã báo cáo rằng hầu hết các tác dụng phụ liên quan đến đường tiêu hóa đều được giải quyết thông qua chăm sóc và tư vấn giảm nhẹ. [3] Trong nghiên cứu chúng tôi đau khớp xảy ra 22,6%, kết quả này cũng tương tự như một số nghiên cứu cho thấy bệnh nhân dùng thuốc chống lao bậc hai hầu hết bị đau khớp. [3,9] Các bệnh nhân trong nghiên cứu này phàn nàn về chứng đau cơ xương khớp, gần giống với báo cáo Sagwa E là 34%. [5] và Yimer YS là 26%. [8] Có nhiều nghiên cứu khác báo cáo tần suất đau khớp cao hơn ở bệnh nhân điều trị MDR-TB là 56,4% và 47,1%. [10,11]. Trong khi cũng một số nghiên cứu báo cáo tỷ lệ mắc bệnh đau khớp ở bệnh nhân thấp hơn. Mặt khác, trong các nghiên cứu ở Pakistan, tỷ lệ mắc chứng đau khớp dao động từ 24 đến 48%. [9] Sự khác nhau về kết quả giữa các nghiên cứu có thể là do tính chất chủ quan của tác dụng phụ. Trong các tài liệu đã xuất bản, pyrazinamide là một trong những thủ phạm thường xuyên được báo cáo gây đau khớp ở bệnh nhân mắc MDR-TB. Tuy nhiên, trong nghiên cứu hiện tại, cơn đau cơ xương khớp giảm bớt ở hầu hết bệnh nhân mà không cần ngừng sử dụng pyrazinamide vĩnh viễn, và điều này phù hợp với kết quả của một nghiên cứu tác giả Prasad R. [3] Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh trầm cảm là tác dụng phụ đáng kể nhất được ghi nhận tỷ lệ 9,3%. Tỷ lệ này thấp hơn với một nghiên cứu trước đó của Pakistan là 29,3%. [9] và một nghiên cứu từ Ai Cập là 26,5%. [12] Tuy nhiên, các nghiên cứu khác báo cáo tỷ lệ mắc bệnh tâm thần dao động từ 6,2 đến 21,3%. [5, 6, 11] Ngoài tác dụng lên hệ thần kinh trung ương của cycloserine, ethionamide và fluoroquinolones, tần suất rối loạn tâm thần cao cũng có thể là do nhiều yếu tố khác. Theo cảnh giác được bộ y tế Việt nam, cycloserine, ethionamide và fluoroquinolones là những loại thuốc có nhiều khả năng gây rối loạn tâm thần nhất. [2] Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, trầm cảm có khả năng do cycloserine. Các nghiên cứu từ Pakistan và Ấn Độ báo cáo rằng cycloserine đã bị ngừng sử dụng ở một số bệnh nhân do trầm cảm và rối loạn tâm thần. [9, 12]

Nghiên cứu của chúng tôi báo cáo khả năng phát triển các tác dụng phụ cao hơn ở những bệnh nhân mắc bệnh đi kèm có ý nghĩa thống kê sau khi phân tích đa biến với tỷ lệ chênh được hiệu chỉnh là 1.79 [AOR. 95% CI 0,027, 3,320] p = 0.00. Phát hiện này được đồng thuận với các nghiên cứu được công bố ở nơi khác. [11, 12] Một trong những lý do có thể gây ra các tác dụng phụ ở nhóm bệnh nhân này có thể là do dùng nhiều loại thuốc và tương tác thuốc. [9, 10] Ngoài ra, kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã chứng minh rằng những bệnh nhân có bệnh đái tháo đường, bệnh nhiễm HIV thì có xu hướng gặp nhiều tác dụng phụ hơn. Như vậy, trong nghiên cứu này không những chỉ các biến cố bất lợi của bệnh nhân MDR-TB được giải quyết và các tác nhân liên quan của AE mà còn có nhiều khả năng đạt được kết quả điều trị thành công hơn, như vậy phải có các biện pháp can thiệp như dùng thuốc và xác định các yếu tố có thể xảy ra

tác dụng phụ cần được đặc biệt chú ý và tăng cường quản lý lâm sàng cho bệnh nhân có bệnh nền có thể góp phần làm giảm tỷ lệ xuất hiện các AE.

#### **V.KẾT LUẬN:**

Trong nghiên cứu chúng tôi, các tác dụng phụ rất phổ biến nhưng được quản lý bằng các biện pháp can thiệp hỗ trợ bằng thuốc và không dùng thuốc. Mặc dù tỷ lệ lưu hành cao, các tác dụng phụ cũng không ảnh hưởng xấu đến kết quả điều trị cuối cùng. Tuy nhiên, để ở những bệnh nhân gặp phải các tác dụng phụ liên quan đến thuốc MDR-TB mà đạt được kết quả điều trị thành công cao hơn, thì phải tập trung vào việc theo dõi chặt chẽ và tăng cường quản lý lâm sàng đối với những bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ được xác định gây ra các tác dụng phụ.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- 1.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)
- 2.Hướng dẫn quản lý biến cố bất lợi trong điều trị lao kháng thuốc (cập nhật 2018)
- 3.Prasad R, Singh A, Srivastava R, Hosmane GB, Kushwaha RAS, Jain A. Frequency of adverse events observed with second-line drugs among patients treated for multidrug-resistant tuberculosis. *Ind J Tuberc.* (2016) 63:106–14. doi: 10.1016/j.ijtb.2016.01.031
- 4.Ahmad N, Javaid A, Sulaiman SAS, Afridi AK, Khan AH. Occurrence, management, and risk factors for adverse drug reactions in multidrug resistant tuberculosis patients. *Am J Therap.* (2016) 25:e533–40. doi: 10.1097/MJT.0000000000000421
- 5.Sagwa E, Ruswa N, Musasa JP, Mantel-Teeuwisse AK. Adverse events during treatment of drug-resistant tuberculosis: a comparison between patients with or without human immunodeficiency virus co-infection. *Drug Saf.* (2013) 36:1087–96. doi: 10.1007/s40264-013-0091-1
- 6.Akshata J, Chakrabarthi A, Swapna R, Buggi S, Somashekar M. Adverse drug reactions in management of multi drug resistant tuberculosis, in tertiary chest institute. *J Tuberc Res.* (2015) 3:27. doi: 10.4236/jtr.2015.32004
- 7.Gualano G, Mencarini P, Musso M, Mosti S, Santangelo L, Murachelli S, et al. Putting in harm to cure: drug related adverse events do not affect outcome of patients receiving treatment for multidrug-resistant Tuberculosis. Experience from a tertiary hospital in Italy. *PLoS ONE.* (2019) 14:e0212948. doi: 10.1371/journal.pone.0212948
- 8.Yimer YS. Severe adverse effects associated with multidrug resistant tuberculosis medications among patients attending ALERT Hospital, Ethiopia. *Ethiop Med J.* (2019) 57. Available online at: <https://emjema.org/index.php/EMJ/article/view/862>
- 9.Javaid A, Khan MA, Jan F, Rauf M, Khan MA, Basit A, et al. Occurrence of adverse events in patient receiving community-based therapy for multidrug-resistant tuberculosis in Pakistan. *Tuberk Toraks.* (2018) 66:16–25. doi: 10.5578/tt.64054
- 10.Prasad R, Singh A, Srivastava R, Hosmane GB, Kushwaha RAS, Jain A. Frequency of adverse events observed with second-line drugs among patients treated for multidrug-resistant tuberculosis. *Ind J Tuberc.* (2016) 63:106–14. doi: 10.1016/j.ijtb.2016.01.031
- 11.Dela AI, Tank ND, Singh AP, Piparva KG. Adverse drug reactions and treatment outcome analysis of DOTS-plus therapy of MDR-TB patients at district tuberculosis centre: a four year retrospective study. *Lung India: Official Organ of Indian Chest Society.* 2017;34(6):522.
- 12.Jacobs TQ, Ross A. Adverse effects profile of multidrug-resistant tuberculosis treatment in a South African outpatient clinic. *South Afr Fam Pract.* (2012) 54:531–9. doi: 10.1080/20786204.2012.10874288

# **NGOẠI KHOA**



# ĐÁNH GIÁ CÔNG TÁC ĐÀO TẠO LIÊN TỤC NĂM 2023 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Nguyễn Kim Chi, Phan Văn Bé,  
Trần Thị Tố Nữ, Nguyễn Ngọc Nam Phương

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá công tác đào tạo liên tục tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2023, với mong muốn đánh giá về thực trạng công tác đào tạo liên tục tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2023 và xác định một số yếu tố tác động đến tích cực việc tham gia đào tạo liên tục, từ đó đề ra các giải pháp thực hiện tốt công tác đào tạo liên tục.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

**Kết quả:** Tổng số nhân viên tham gia đào tạo liên tục là 1.092. Tỷ lệ lượt CBYT được tham gia đào tạo chuyên môn là 70,8% và tham gia đào tạo quản lý là 29,2%. Tỷ lệ đạt 24 giờ/năm là 96,7% và 12 giờ/năm là 19,6% và 2,75% chưa đạt số giờ đào tạo liên tục trong năm (nhân viên mới tuyển dụng). Tổng số khoá đào tạo liên tục trong năm 2023 là 74 khoá. Trong đó, đào tạo tại chỗ là 22,97% và cử đi đào tạo là 77,03%. Về địa điểm đào tạo: Đào tạo tại bệnh viện chiếm 93,6%, tuyển trên là 0,8% và đào tạo trực tuyến là 5,6%. Về kinh phí đào tạo: Bệnh viện tự chi trả là 62,7%, các chương trình chi trả là 27%, cá nhân tự chi trả là 5,8%. Về hình thức đào tạo: Tập huấn, đào tạo chiếm 79,7%; hội nghị, hội thảo là 20,3% và nghiên cứu khoa học là 0,01%. Về phương pháp đào tạo: Lý thuyết chiếm đến 99,52%; thực hành/cầm tay chỉ việc là 0,27% và lý thuyết/thực hành/cầm tay chỉ việc là 0,21%. Kết quả đánh giá chất lượng đào tạo liên tục cho thấy: Về hiệu quả đào tạo, cơ sở vật chất, cán bộ quản lý đào tạo, chất lượng giảng viên và mục tiêu, nội dung đào tạo đều đạt tỷ lệ cao từ 92 đến 95%. Chỉ có yếu tố kinh phí đào tạo đạt 88%. Có 86,5% nhân viên y tế có nhu cầu được tham gia đào tạo liên tục và 13,5% không có nhu cầu. Địa điểm mong muốn đào tạo liên tục tại Bệnh viện chiếm tỷ lệ cao (90%), với nguyện vọng được hỗ trợ toàn bộ kinh phí (59,7%), hỗ trợ 1 phần (34,4%) và không cần hỗ trợ là 5,9%. Những yếu tố tác động tích cực đến việc tham gia đào tạo liên tục của cán bộ, nhân viên y tế tại Bệnh viện cho thấy các yếu tố ảnh hưởng đó là: Sự cần thiết và phù hợp của mục tiêu, nội dung đào tạo chiếm tỷ lệ cao nhất (97,3%); Sự ủng hộ của lãnh đạo, khoa phòng (96,9%); Đơn vị tổ chức đào tạo (96,7%)... và trong đó có yếu tố khối lượng công việc quá tải vẫn là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến việc tham gia đào tạo liên tục của cán bộ, nhân viên y tế tại Bệnh viện (82,5%).

**Kết luận:** Kết quả nghiên cứu này là cơ sở để Bệnh viện xem xét lập kế hoạch đào tạo, tạo điều kiện hỗ trợ về kinh phí cho cán bộ có cơ hội được học tập nâng cao trình độ chuyên môn, giúp cho Bệnh viện nâng cao chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, hướng đến sự hài lòng người bệnh.

## SUMMARY

**Objectives:** Evaluate continuous training at An Giang Central General Hospital in 2023, with the desire to evaluate the current status of continuous training at An Giang Central General Hospital in 2023 and confirm Identify a number of factors that positively impact participation in continuous training, thereby proposing solutions for good implementation of continuous training.

Subjects and methods: Descriptive cross-sectional study.

**Results:** The total number of employees participating in continuous training is 1,092. The rate of health workers participating in professional training is 70.8% and participating in management training is 29.2%. The rate of achieving 24 hours/year is 96.7% and 12 hours/year is 19.6% and 2.75% have not reached the number of continuous training hours in the year (newly recruited employees). The total number of continuous training courses in 2023 is 74 courses. Of which, on-the-job training is 22.97% and sending for training is 77.03%. Regarding training locations: Hospital training accounts for 93.6%, higher level training accounts for 0.8% and online training accounts for 5.6%. Regarding training costs: Hospitals pay 62.7% themselves, programs pay 27%, and individuals pay 5.8%.

**Regarding the form of training:** Training and education accounted for 79.7%; conferences and seminars is 20.3% and scientific research is 0.01%. Regarding training methods: Theory accounts for 99.52%; practice/hands-on is 0.27% and theory/practice/hands-on is 0.21%. The results of continuous training quality assessment show that: In terms of training effectiveness, facilities, training managers, quality of lecturers and training goals and content, all reached a high rate of 92% to 95%. Only the training funding factor reached 88%. 86.5% of medical staff have a need to participate in continuous training and 13.5% do not have a need. Locations wishing for continuous training at the Hospital account for a high percentage (90%), with the desire to receive full financial support (59.7%), partial support (34.4%), and no need for financial support is 5.9%. Factors that positively impact the participation in continuous training of medical staff and staff at the Hospital show that the influencing factors are: Necessity and suitability of training goals and content accounts for the highest proportion (97.3%); The support of leaders, departments (96.9%); Training organizers (96.7%)... and the factor of overload of work is still one of the factors affecting Participation in continuous training of medical staff and staff at the Hospital (82.5%).

**Conclusion:** The results of this study are the basis for the Hospital to consider planning training and creating favorable conditions. Financial support for staff to have the opportunity to study and improve their professional qualifications, helping the Hospital improve the quality of medical examination and treatment services, aiming at patient satisfaction.

### **I.ĐẶT VẤN ĐỀ**

Đào tạo liên tục là các khóa đào tạo ngắn hạn, bao gồm: đào tạo bồi dưỡng kiến thức, kỹ năng, nghiệp vụ; cập nhật kiến thức y khoa liên tục; phát triển nghề nghiệp liên tục; đào tạo chuyển giao kỹ thuật; đào tạo theo nhiệm vụ chỉ đạo tuyến và các khóa đào tạo chuyên môn nghiệp vụ khác cho cán bộ y tế mà không thuộc hệ thống văn bằng giáo dục quốc dân.

Đào tạo liên tục y khoa là hình thức đào tạo giúp nhân viên y tế thường xuyên được cập nhật các kiến thức, kỹ năng chuyên môn nghiệp vụ, nâng cao chất lượng nhân lực đáp ứng nhu cầu phục vụ công tác khám, chữa bệnh cho người dân.

Xuất phát từ tình hình thực tế, nhằm quan tâm đến vấn đề cập nhật kiến thức mới, nâng cao trình độ chuyên môn cũng như nắm bắt nhu cầu cần đào tạo từ cán bộ, nhân viên y tế. Chúng tôi thực hiện đề tài “Đánh giá công tác đào tạo liên tục tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2023”. Với mong muốn đánh giá về thực trạng công tác đào tạo liên tục tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2023, từ đó đề ra các giải pháp thực hiện tốt công tác đào tạo liên tục, với những mục tiêu cụ thể như sau:

- 1.Đánh giá công tác đào tạo liên tục tại BVĐKTT An Giang năm 2023.
- 2.Xác định một số yếu tố tác động đến tích cực việc tham gia đào tạo liên tục.

### **II.ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

#### **1.Đối tượng nghiên cứu**

- Báo cáo tổng kết hoạt động đào tạo liên tục năm 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  $\geq 2$  năm bằng phiếu phỏng vấn

#### **2.Phương pháp nghiên cứu**

##### **1.1.Thiết kế nghiên cứu:**

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp cắt ngang mô tả.

##### **1.2.Nội dung nghiên cứu**

###### **1.2.1.Đánh giá công tác đào tạo liên tục tại Bệnh viện năm 2023.**

Đánh giá công tác đào tạo liên tục của cán bộ y tế tại Bệnh viện năm 2023

- Tỷ lệ tham gia đào tạo liên tục của cán bộ y tế năm 2023
  - Số khóa và số lượt đào tạo liên tục cán bộ y tế đã tham gia năm 2023
  - Đặc điểm các khóa đào tạo liên tục
- Đánh giá chất lượng các khóa đào tạo liên tục
- Kết quả đánh giá của học viên về toàn bộ hoạt động đào tạo liên tục
  - Đánh giá chất lượng các khóa đào tạo

### 1.2.2.Xác định một số yếu tố tác động tích cực đến việc tham gia đào tạo liên tục.

- Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu
- Nhu cầu đào tạo liên tục của cán bộ
- Một số mong muốn về hình thức đào tạo và quy mô đào tạo
- Một số yếu tố tác động đến tích cực việc tham gia đào tạo liên tục.

### 3. Cỡ mẫu

### 4. Thu thập dữ liệu

Các chỉ số đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu và thực trạng công tác đào tạo liên tục của cán bộ y tế: số liệu được dựa vào báo cáo tổng kết công tác đào tạo liên tục tại Bệnh viện năm 2023.

Các chỉ số đánh giá chất lượng các khóa đào tạo liên tục và xác định một số yếu tố tác động tích cực đến việc tham gia đào tạo liên tục: Áp dụng công thức:

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

Trong công thức, chọn  $p = 0,795$  (Theo nghiên cứu của Đào Xuân Lân tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2015, đánh giá của học viên về toàn bộ hoạt động đào tạo liên tục đạt mức tốt là 79,5%), chọn sai số  $d$  là 0,04 . Vậy cỡ mẫu tối thiểu là 391 phiếu khảo sát. Tuy nhiên, để thuận tiện trong lấy mẫu, chúng tôi chọn cỡ mẫu 430 phiếu khảo sát.

### 5.Xử lý dữ liệu

Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel.

### ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU

- Tiến hành nghiên cứu trung thực và nghiêm túc.
- Các thông tin riêng tư của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo bí mật.

## III.KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 1. Thực trạng công tác đào tạo liên tục của cán bộ y tế năm 2023

**Bảng 1. Tỷ lệ tham gia đào tạo liên tục của cán bộ y tế năm 2023**

Nội dung		Tần suất	Tỷ lệ (%)
Tham gia đào tạo liên tục	Có	1.092	100
	Không	0	0
Lượt CBYT được tham gia	Chuyên môn	5.308	70,8
	Quản lý	2.187	29,2
Vị trí làm việc	Khối lâm sàng	719	65,84
	Khối cận lâm sàng	151	20,33
	Khối hành chính	222	13,83
Đạt 24 giờ / năm		883	80,85
Đạt 12 giờ/ năm		179	16,4
Đạt dưới 12 giờ/ năm		30	2,75

Tổng số nhân viên tham gia đào tạo liên tục là 1.092. Tỷ lệ lượt CBYT được tham gia đào tạo chuyên môn là 70,8%, lượt CBYT được tham gia đào tạo quản lý là 29,2%. Tỷ lệ đạt 24 giờ/năm là 96,7% và 12 giờ/ năm là 19,6% và có 30 nhân viên mới tuyển dụng nên chưa đạt số giờ đào tạo liên tục trong năm (tỷ lệ 2,75%).

Theo Điều 4, Thông tư 22/2013/TT-BYT quy định, cán bộ y tế làm việc trong các cơ sở y tế phải có nghĩa vụ tham gia các khóa đào tạo liên tục nhằm đáp ứng yêu cầu chuyên môn nghiệp vụ đang đảm nhiệm. Kết quả nghiên cứu này cho thấy tất cả nhân viên Bệnh viện đều được tham gia các khóa đào tạo liên tục về chuyên môn cũng như về công tác quản lý.

**Bảng 2. Đặc điểm các khóa đào tạo liên tục**

Nội dung		n	Tỉ lệ (%)
Số khoá (n=74)	Đào tạo tại chỗ	17	22,97
	Cử đi đào tạo	57	77,03
Địa điểm đào tạo (n = 7459)	Tại bệnh viện	7.019	93,6
	Tuyển trên	59	0,8
	Khác (Trực tuyến)	417	5,6
Kinh phí	Bệnh viện chi trả	5.033	67,2
	Cá nhân tự chi trả	436	5,8
	Do các chương trình chi trả	2.026	27,0
Hình thức đào tạo	Tập huấn, đào tạo	5.970	79,7
	Hội nghị, hội thảo	1.524	20,3
	Nghiên cứu khoa học	1	0,01
Phương pháp đào tạo	Lý thuyết	7.459	99,52
	Thực hành/ Cầm tay chỉ việc	20	0,27
	Lý thuyết/ Thực hành/ Cầm tay chỉ việc	16	0,21

Tổng số khoá đào tạo liên tục trong năm 2023 là 74 khoá. Trong đó, đào tạo tại chỗ là 17 khoá (tỉ lệ 22,97%) và cử đi đào tạo là 57 khoá (tỉ lệ 77,03%).

Mặc dù số khoá đào tạo tại Bệnh viện thấp, nhưng số lượt cán bộ tham dự rất cao với tỉ lệ 93,6%, tuyển trên là 0,8% và đào tạo trực tuyến là 5,6%. Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang là đơn vị được Bộ Y tế cấp mã đào tạo, đây là điểm thuận lợi để Bệnh viện thường xuyên tổ chức các lớp tập huấn, đáp ứng nhu cầu đào tạo, cập nhật các kiến thức, nâng cao trình độ chuyên môn cho đội ngũ cán bộ, nhân viên bệnh viện, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị.

Về kinh phí đào tạo: Bệnh viện tự chi trả là 62,7%, các chương trình chi trả là 27%, cá nhân tự chi trả là 5,8%. Kết quả này có khác biệt so với kết quả nghiên cứu của Phạm Văn Đông và cộng sự tại Bệnh viện C Thái Nguyên năm 2019 (các chương trình chi trả là chiếm tỉ lệ cao nhất 56,2%). Tuy nhiên, kinh phí Bệnh viện chi trả chiếm tỉ lệ cao nhưng số tiền chi trả lại thấp do đa phần Bệnh viện tự đào tạo, các báo cáo viên là nhân sự của Bệnh viện, nên phần nào không ảnh hưởng đến ngân sách của Đơn vị.

Hình thức đào tạo: Tập huấn, đào tạo chiếm 79,7%; hội nghị, hội thảo là 20,3% và nghiên cứu khoa học là 0,01%. Kết quả này có sự khác biệt so với kết quả nghiên cứu của Phạm Văn Đông và cộng sự tại Bệnh viện C Thái Nguyên năm 2019 (hình thức nghiên cứu khoa học chiếm tỉ lệ cao nhất 34,3%), nhưng qua đây cho thấy Bệnh viện cũng đã thực hiện được những hình thức đào tạo được quy định trong Thông tư 22/2013/TT-BYT quy định.

Về phương pháp đào tạo: Lý thuyết chiếm đến 99,52%; thực hành/ cầm tay chỉ việc là 0,27% và lý thuyết/ thực hành/ cầm tay chỉ việc là 0,21%. Kết quả này cho thấy có sự mất cân đối về phương pháp đào tạo giữa lý thuyết và thực hành. Phương pháp đào tạo được chọn lựa dựa trên một số nguyên tắc như là cơ hội để học viên có thể tham gia thảo luận, chia sẻ kinh nghiệm, kết hợp nhiều hình thức dạy và học, kết hợp giữa kiến thức với thực hành kỹ năng nghề nghiệp, và đảm bảo phù hợp với điều kiện về cơ sở vật chất và phương tiện dạy học hiện có của bệnh viện

## 2. Đánh giá chất lượng các khóa đào tạo liên tục



**Biểu đồ 1. Kết quả đánh giá của học viên về hoạt động đào tạo**

Học viên đánh giá tốt về hoạt động đào tạo liên tục chiếm tỉ lệ 94% và còn 6% chưa tốt. Kết quả này gần tương đồng với kết quả nghiên cứu của Phạm Văn Đông và cộng sự tại Bệnh viện C Thái Nguyên năm 2019 (99,3%).

**Bảng 3. Đánh giá chất lượng các khóa đào tạo**

STT	Nội dung	Tốt		Chưa tốt	
		n	%	n	%
1	Hiệu quả đào tạo	419	92,9	32	7,1
2	Kinh phí đào tạo	397	88,0	54	12,0
3	Cơ sở vật chất	431	95,6	20	4,4
4	Cán bộ quản lý đào tạo	423	93,8	28	6,2
5	Giảng viên và phương pháp giảng dạy	432	95,8	19	4,2
6	Tổ chức đào tạo	424	94,0	27	6,0
7	Mục tiêu và nội dung đào tạo	425	94,2	26	5,8
Tổng cộng n = 451					

Kết quả đánh giá chất lượng đào tạo liên tục cho thấy: Về hiệu quả đào tạo, cơ sở vật chất, cán bộ quản lý đào tạo, chất lượng giảng viên và mục tiêu, nội dung đào tạo đều đạt tỉ lệ cao từ 92 đến 95%. Chỉ có yếu tố kinh phí đào tạo đạt 88%, tuy nhiên, tỉ lệ kinh phí đào tạo cao hơn nghiên cứu Đào Xuân Lâm (2015), có tỉ lệ đánh giá tốt kinh phí đào tạo là 67,5%.

Kết quả này chỉ phản ánh cảm nhận chủ quan của các nhân viên tham gia khảo sát, chưa có một thang điểm điểm chung. Tuy nhiên, qua đây cũng cho thấy Bệnh viện cũng nên xây dựng một thang điểm chung để đánh giá cho các khóa đào tạo.

### 3. Xác định một số yếu tố tác động tích cực đến việc tham gia đào tạo liên tục.

**Bảng 4. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu**

Các đặc điểm		n	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	Dưới 30 tuổi	169	37,5
	31 – 40 tuổi	197	43,7
	41 – 50 tuổi	66	14,6
	Trên 50 tuổi	19	4,2
Giới tính	Nam	188	41,7
	Nữ	263	58,3
Chức danh chuyên môn	Bác sĩ	123	27,3
	Dược sĩ	30	6,7
	Điều dưỡng	263	58,3
	Kỹ thuật viên	22	4,9
	Khác	13	2,9
Bộ phận công tác	Lâm sàng	338	74,9
	Cận lâm sàng	58	12,9
	Hành chính	55	12,2

Qua khảo sát 451 cán bộ, nhân viên y tế, kết quả cho thấy: Độ tuổi của nhân viên đã tham gia các khoá đào tạo liên tục nhiều nhất là tuổi từ 31 đến 40 tuổi (43,7%), thấp nhất là độ tuổi trên 50 (4,2%). Học viên là nữ giới chiếm tỉ lệ 58,3% và nam là 41,7%. Tỉ lệ Điều dưỡng tham gia đào tạo liên tục cao nhất (58,3%). Đối tượng tham gia công tác đào tạo liên tục được thực hiện theo từng khối lâm sàng, cận lâm sàng và khối hành chính.

**Bảng 5. Nhu cầu đào tạo liên tục của cán bộ**

Nhu cầu đào tạo liên tục	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Có nhu cầu	390	86,5
Không có nhu cầu	61	13,5

Có 86,5% nhân viên y tế có nhu cầu được tham gia đào tạo liên tục và 13,5% không có nhu cầu.

**Bảng 6. Mong muốn về hình thức đào tạo và quy mô đào tạo**

Nội dung		n = 390	Tỉ lệ (%)
Thời gian mong muốn đào tạo	Thời gian đào tạo 1 ngày	160	41,0
	Thời gian đào tạo 2 ngày	190	48,7
	Thời gian đào tạo > 2 ngày	40	10,3
Địa điểm mong muốn đào tạo liên tục	Tại bệnh viện	351	90
	Cơ sở khác	39	10
Nguyện vọng kinh phí	Được hỗ trợ toàn bộ	233	59,7
	Được hỗ trợ một phần	134	34,4
	Không cần hỗ trợ	23	5,9

Kết quả khảo sát nhu cầu đào tạo của nhân viên cho thấy: Về thời gian đào tạo trong khoảng 2 ngày chiếm tỉ lệ cao (48,7%). Địa điểm mong muốn đào tạo liên tục tại Bệnh viện chiếm tỉ lệ cao (90%), với nguyện vọng được hỗ trợ toàn bộ kinh phí (59,7%), hỗ trợ 1 phần (34,4%) và không cần hỗ trợ là 5,9%.

**Bảng 7. Một số yếu tố tác động đến tích cực việc tham gia đào tạo liên tục.**

Nội dung	Số lượng (n=451)	Tỉ lệ (%)
Sự cần thiết và phù hợp của mục tiêu, nội dung đào tạo.	439	97,3
Được cấp giấy chứng nhận/ chứng chỉ.	417	92,5
Được hỗ trợ công việc trong khi tham gia học tập.	428	94,9
Sự ủng hộ của lãnh đạo, khoa phòng.	437	96,9
Được hỗ trợ kinh phí (đào tạo và cấp giấy chứng nhận).	424	94,0
Đơn vị tổ chức đào tạo.	436	96,7
Phương pháp giảng bài của giảng viên.	435	96,5
Kết quả học tập được tính vào thành tích thi đua.	398	88,2
Khối lượng công việc quá tải	372	82,5

Kết quả khảo sát những yếu tố tác động tích cực đến việc tham gia đào tạo liên tục của cán bộ, nhân viên y tế tại Bệnh viện đó là: Sự cần thiết và phù hợp của mục tiêu, nội dung đào tạo chiếm tỉ lệ cao nhất (97,3%); Sự ủng hộ của lãnh đạo, khoa phòng (96,9%); Đơn vị tổ chức đào tạo (96,7%)... và trong đó có yếu tố khối lượng công việc quá tải vẫn là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến việc tham gia đào tạo liên tục của cán bộ, nhân viên y tế tại Bệnh viện (82,5%). Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Lê Thị Út Hiền và Cộng sự tại Trung tâm Y tế huyện Tân Thạnh, tỉnh Long An (Sự cần thiết và phù hợp của mục tiêu, nội dung đào tạo là 58,67%; Sự ủng hộ của lãnh đạo và khoa phòng là 33,33%; Được hỗ trợ công việc trong khi tham gia học tập là 38,67%).

#### IV.KẾT LUẬN

Đánh giá công tác đào tạo liên tục của cán bộ y tế tại Bệnh viện năm 2023

Tổng số nhân viên tham gia đào tạo liên tục là 1.092. Tỉ lệ lượt CBYT được tham gia đào tạo chuyên môn là 70,8%, lượt CBYT được tham gia đào tạo quản lý là 29,2%. Tỉ lệ đạt 24 giờ/năm là 96,7% và 12 giờ/ năm là 19,6% và có 30 nhân viên mới tuyển dụng nên chưa đạt số giờ đào tạo liên tục trong năm (tỉ lệ 2,75%). Tổng số khoá đào tạo liên tục trong năm 2023 là 74 khoá. Trong đó, đào tạo tại chỗ là 17 khoá (tỉ lệ 22,97%) và cử đi đào tạo là 57 khoá (tỉ lệ 77,03%). Về địa điểm đào tạo: Đào tạo tại bệnh viện chiếm 93,6%, tuyển trên là 0,8% và đào tạo trực tuyến là 5,6%.

Về kinh phí đào tạo: Bệnh viện tự chi trả là 62,7%, các chương trình chi trả là 27%, cá nhân tự chi trả là 5,8%.

Về hình thức đào tạo: Tập huấn, đào tạo chiếm 79,7%; hội nghị, hội thảo là 20,3% và nghiên cứu khoa học là 0,01%. Về phương pháp đào tạo: Lý thuyết chiếm đến 99,52%; thực hành/ cảm tay chỉ việc là 0,27% và lý thuyết/ thực hành/ cảm tay chỉ việc là 0,21%.

Đánh giá chất lượng các khóa đào tạo liên tục

Học viên đánh giá tốt về hoạt động đào tạo liên tục chiếm tỉ lệ 94% và còn 6% chưa tốt.

Kết quả đánh giá chất lượng đào tạo liên tục cho thấy: Về hiệu quả đào tạo, cơ sở vật chất, cán bộ quản lý đào tạo, chất lượng giảng viên và mục tiêu, nội dung đào tạo đều đạt tỉ lệ cao từ 92 đến 95%. Chỉ có yếu tố kinh phí đào tạo đạt 88%.

Xác định một số yếu tố tác động tích cực đến việc tham gia đào tạo liên tục

Qua khảo sát 451 cán bộ, nhân viên y tế, kết quả cho thấy: Độ tuổi của nhân viên đã tham gia các khoá đào tạo liên tục nhiều nhất là tuổi từ 31 đến 40 tuổi (43,7%), thấp nhất là độ tuổi trên 50 (4,2%). Học viên là nữ giới chiếm tỉ lệ 58,3% và nam là 41,7%. Tỉ lệ Điều dưỡng tham gia đào tạo liên tục cao nhất (58,3%). Đối tượng tham gia công tác đào tạo liên tục được thực hiện theo từng khối lâm sàng, cận lâm sàng và khối hành chính.

Có 86,5% nhân viên y tế có nhu cầu được tham gia đào tạo liên tục và 13,5% không có nhu cầu Thời gian đào tạo liên tục trong khoảng 2 ngày chiếm tỉ lệ cao (48,7%). Địa điểm mong muốn đào tạo liên tục tại Bệnh viện chiếm tỉ lệ cao (90%), với nguyện vọng được hỗ trợ toàn bộ kinh phí (59,7%), hỗ trợ 1 phần (34,4%) và không cần hỗ trợ là 5,9%

Những yếu tố tác động tích cực đến việc tham gia đào tạo liên tục của cán bộ, nhân viên y tế tại Bệnh viện cho thấy các yếu tố ảnh hưởng đó là: Sự cần thiết và phù hợp của mục tiêu,

nội dung đào tạo chiếm tỉ lệ cao nhất (97,3%); Sự ủng hộ của lãnh đạo, khoa phòng (96,9%; Đơn vị tổ chức đào tạo (96,7%)... và trong đó có yếu tố khối lượng công việc quá tải vẫn là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến việc tham gia đào tạo liên tục của cán bộ, nhân viên y tế tại Bệnh viện (82,5%).

Có thể nói công tác đào tạo liên tục tại Bệnh viện đã triển khai khá tốt, tuy nhiên cũng còn tồn tại một số yếu tố như: chưa tiến hành khảo sát sau khi học viên về đơn vị công tác. Từ kết quả nghiên cứu, khuyến nghị Bệnh viện cần có chế độ hỗ trợ kinh phí cho cán bộ tham gia đào tạo liên tục ở truyền trên nhằm mục đích tạo điều kiện cho CBYT có điều kiện học tập nâng cao trình độ chuyên môn, nâng cao chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, hướng đến sự hài lòng người bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, Báo cáo công tác đào tạo liên tục năm 2023.
2. Bộ Y tế (2013), Thông tư số 22/2013/TT-BYT, ngày 09/8/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế, Hướng dẫn việc đào tạo liên tục cho cán bộ y tế.
3. Bộ Y tế (2014), Cục Quản lý khám, chữa bệnh, Dự án tăng cường chất lượng nguồn nhân lực trong khám, chữa bệnh, Tài liệu đào tạo Quản lý đào tạo liên tục.
4. Bộ Y tế (2020), Thông tư số 26/2020/TT-BYT, ngày 28/12/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc sửa đổi, bổ sung Thông tư 22/2013/TT-BYT hướng dẫn đào tạo liên tục cho cán bộ y tế.
5. Lê Thị Út Hiền và Cộng sự (2021), Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đào tạo liên tục của cán bộ y tế thuộc Trung tâm Y tế huyện Tân Thành, tỉnh Long An giai đoạn 2017 – 2019, *Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khoẻ và Phát triển (Tập 05, số 03-2021)*.
6. Đào Xuân Lân (2015), *Đánh giá hoạt động đào tạo liên tục tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2015*, Luận văn Thạc sỹ y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Phạm Văn Đông (2019), Thực trạng công tác đào tạo liên tục của Bác sĩ tại bệnh viện C Thái Nguyên năm 2019, *Tạp chí Y tế Công cộng, số 51*.



# 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

Nguyễn Như Nguyễn, Ngô Quốc Tuấn,  
Phạm Ngọc Trân, Nguyễn Thị Ngọc Hạnh

## TÓM TẮT

**Mở đầu:** Việc nâng cao động lực làm việc cho nhân viên y tế để phục vụ tốt cho công tác chăm sóc sức khỏe cộng đồng đã được Nhà nước, Ngành Y tế và lãnh đạo các cơ sở y tế đặc biệt quan tâm trong thời gian vừa qua

**Mục tiêu:** Khảo sát động lực làm việc và sự hài lòng của nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2023. Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến động lực làm việc và sự hài lòng của nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2023

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Thực hiện trên 392 nhân viên y tế từ các khoa/phòng trong bệnh viện. Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích và xử lý số liệu

**Kết quả:** 43,1% nhân viên y tế được coi là có động lực làm việc. Trong số 7 yếu tố được đưa ra, yếu tố “Thương hiệu và văn hoá bệnh viện” được xem là yếu tố động lực làm việc cao nhất của nhân viên y tế (69,9%, điểm trung bình đạt 4,0/5 điểm). Ngược lại yếu tố “Thu nhập” có động lực thấp nhất (31,9%, điểm trung bình đạt 3,5/5 điểm)

**Kết luận:** Tìm hiểu các yếu tố động lực làm việc của nhân viên y tế để từ đó nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, phục vụ tốt cho công tác chăm sóc sức khỏe cho người dân cần được đặc biệt quan tâm

**Từ khóa:** động lực làm việc, nhân viên y tế, Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang

## ASSESSMENT OF WORK MOTIVATION AND JOB SATISFACTION OF MEDICAL STAFF AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2023

### ABSTRACT

**Background:** Improving working motivation for medical staff to better serve community health care has received special attention from the State, the Health Sector and leaders of medical facilities during this period. recent time

**Objective:** Survey work motivation and satisfaction of medical staff at An Giang Central General Hospital in 2023. Assess factors affecting work motivation and satisfaction of medical staff at An Giang Central General Hospital in 2023

**Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study. Conducted on 392 medical staff from departments/rooms in the hospital. Use SPSS 20.0 software to analyze and process data

**Results:** 43.1% of healthcare workers were considered motivated. Among the 7 factors given, the factor "Hospital brand and culture" is considered the highest motivating factor for medical staff (69.9%, average score of 4.0/5). point). On the contrary, the factor "Income" has the lowest motivation (31.9%, average score 3.5/5 points).

**Conclusion:** Understanding the motivational factors of medical staff to improve the quality of medical examination and treatment to better serve the health care of the people needs special attention.

**Keywords:** work motivation, medical staff, An Giang Central General Hospital

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động lực làm việc của nhân viên y tế có ảnh hưởng quyết định đến chất lượng của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Trong hoạt động quản lý nhân sự, động lực làm việc của người lao động là một chủ đề được quan tâm đặc biệt không chỉ bởi động lực biểu hiện cho sức sống, sự linh hoạt mà còn là yếu tố ảnh hưởng trực tiếp, quyết định tới sự thành công hay thất bại của tổ chức.

Theo Tổ chức Y tế thế giới, nguồn nhân lực y tế được coi là một trong những thành phần cơ bản và quan trọng nhất của hệ thống y tế. Nguồn nhân lực có mối liên hệ rất chặt chẽ và không thể thiếu đối với các thành phần khác của hệ thống y tế. Bệnh viện cũng như mọi tổ chức khác, bệnh viện được coi là hiệu quả khi hoàn thành các mục tiêu của mình, điều đó đòi hỏi bệnh viện

phải đảm bảo rằng có sự hợp tác chặt chẽ giữa các nhân viên, tận tâm làm việc có hiệu quả và hài lòng công việc của mình được giao. Trong thực tế, đã chứng minh rằng, những người lao động làm việc trong trạng thái thiếu hứng thú, thờ ơ với công việc sẽ dẫn đến kết quả thực hiện công việc thấp; bên cạnh những người làm việc hăng say nhiệt tình sẽ có kết quả thực hiện công việc tốt. Những cá nhân hài lòng với công việc mới gắn bó lâu dài với tổ chức và ngược lại, đây là mấu chốt về vấn đề động lực và sự hài lòng của mỗi cá nhân.

Nhiều học thuyết cũng cho rằng động lực làm việc là quá trình kích thích nhân viên nỗ lực hết mình để đạt được mục tiêu mong muốn, là nhân tố thúc đẩy làm tăng sự cam kết và sự hài lòng của nhân viên đối với tổ chức. Trong những vấn đề liên quan đến động lực và sự hài lòng của Điều dưỡng nhiều tác giả nghiên cứu dựa trên thuyết Herzberg đưa ra những nhận định rằng các yếu tố ảnh hưởng như: lương thưởng, điều kiện làm việc, sự thăng tiến,...

Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang là bệnh viện hạng I trong tỉnh với quy mô 950 giường, cơ cấu nhân sự trên 1000 người, với 8 phòng chức năng, 27 khoa lâm sàng, 6 khoa Dược và cận lâm sàng, Bệnh viện là đơn vị tự chủ tài chính bảo đảm chi thường xuyên, do đó tình trạng nguồn nhân lực đáp ứng với các nhu cầu, phục vụ người bệnh luôn là vấn đề nan giải với ban lãnh đạo bệnh viện. Đồng thời với số lượng người bệnh quá tải cũng đã tạo nên vô số áp lực đè nặng lên nhân viên y tế trong công tác khám chữa bệnh, chăm sóc phục vụ người bệnh. Phòng tổ chức cán bộ là nơi tuyển dụng, phát triển nguồn nhân lực của bệnh viện nhưng hiện nay vẫn chưa có báo cáo, đánh giá nghiên cứu cụ thể nào về thực trạng và các yếu tố liên quan đến động lực và sự hài lòng công việc của nhân viên y tế. Từ những lý do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “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”. Nghiên cứu được thực hiện với 2 mục tiêu chính:

1. Khảo sát động lực làm việc và sự hài lòng của nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2023
2. Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến động lực làm việc và sự hài lòng của nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2023

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả các nhân viên y tế đang làm việc tại các khoa/phòng bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang

- Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Có thời gian làm việc tối thiểu 1 năm tại Bệnh viện

+ Đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Vắng mặt do đi học, hậu sản, ốm trong thời điểm khảo sát

+ Thời gian làm việc dưới 1 năm

+ Đối tượng từ chối tham gia nghiên cứu

### 2.2. Địa điểm:

Tại các khoa/phòng Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang

### 2.3. Cỡ mẫu

- Phương pháp chọn mẫu:

Sử dụng công thức ước lượng tỷ lệ:

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

Trong đó:

n là cỡ mẫu cần tính cho nghiên cứu;

Z hệ số tin cậy, với mức ý nghĩa  $\alpha=0,05$  hệ số tin cậy  $Z=1,96$ ;

$p= 0,69$  (theo nghiên cứu động lực làm việc và hài lòng của nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang, năm 2020 là 69,0%) [2];

d sai số tuyệt đối chấp nhận được, chọn  $d =5\%$  (0,05%).

Cỡ mẫu tối thiểu ước lượng là: 392 nhân viên y tế; thu thập được 392 phiếu khảo sát đảm bảo yêu cầu.

- Cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện theo thời gian, phù hợp đối tượng nghiên cứu

#### **2.4. Phương pháp nghiên cứu:**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

#### **2.5. Cách tiến hành**

- Công cụ thu thập số liệu:

+ Thang đo động lực làm việc có 23 tiêu mục thuộc 07 nhóm yếu tố: Yếu tố về động lực chung (03 tiêu mục), yếu tố về sức khỏe (02 tiêu mục), yếu tố về mức độ hài lòng với công việc (03 tiêu mục), yếu tố về hài lòng khả năng bản thân và giá trị công việc (03 tiêu mục), yếu tố về cam kết với tổ chức (05 tiêu mục), yếu tố về sự tận tâm (04 tiêu mục), yếu tố về giờ giấc và sự tham gia (03 tiêu mục).

+ Đánh giá sự hài lòng công việc dựa trên bộ công cụ khảo sát của Bộ Y tế bao gồm tổng số 06 nhóm yếu tố hài lòng, 01 nhóm yếu tố hài lòng chung với 34 tiêu mục

+ Cách tính điểm đánh giá về động lực và sự hài lòng:

\* Thang đo Likert 5 mức độ (1. Rất không đồng ý; 2. Không đồng ý; 3. Bình thường; 4. Đồng ý; 5. Rất đồng ý). Dựa vào ý nghĩa, động lực làm việc và sự hài lòng của nhân viên y tế được mã hóa thành hai nhóm “có động lực/hài lòng” (>3 điểm) và “chưa có động lực/Không hài lòng” (≤3 điểm) đối với từng tiêu mục

\* Thang đo tính theo giá trị trung bình: Dựa vào ý nghĩa của điểm trung bình (ĐTB), các nhân viên y tế được xem là có động lực/Hài lòng công việc khi ĐTB ≥ 3,41 và nhóm thiếu động lực/chưa hài lòng khi ĐTB ≤ 3,41

\* Cách tính các chỉ số động lực/hài lòng công việc của nhân viên y tế

Điểm trung bình chung với m nhân viên khảo sát

$$TBC = \frac{\sum_{i=1}^5 DTB_i}{m}$$

Tỷ lệ có động lực (ĐL) hoặc hài lòng (HL) của nhân viên:

$$\text{Tỷ lệ DL hoặc HL} = \frac{\text{TBC qua khảo sát}}{5 \text{ (điểm tối đa)}} \times 100$$

- Cách tiến hành: Sử dụng bộ câu hỏi về động lực và sự hài lòng về công việc của nhân viên y tế đã được thiết kế soạn sẵn, thực hiện tiến hành phát phiếu tự điền đến nhân viên y tế tại các khoa/phòng. Các nhân viên y tế đọc và tiến hành trả lời đầy đủ các câu hỏi trong phiếu khảo sát.

#### **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.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Yếu tố về đặc điểm công việc hiện tại

**Bảng 3.1. Mức độ đồng ý của nhân viên y tế với các nội dung về yếu tố đặc điểm công việc hiện tại**

Yếu tố về đặc điểm công việc		Rất không đồng ý	Không đồng ý	Bình thường	Đồng ý	Rất đồng ý
Công việc phù hợp với tính cách, năng lực	n	0	9	67	266	50
	%	0,0	2,3	17,1	67,9	12,8
Yêu thích công việc đang đảm nhiệm	n	0	3	69	269	51
	%	0,0	0,8	17,6	68,6	13,0
Công việc luôn tạo sự thú vị	n	3	15	145	185	44
	%	0,8	3,8	37,0	47,2	11,2
Công việc tạo cơ hội hoàn thiện kỹ năng, chuyên môn	n	0	3	104	230	55
	%	0,0	0,8	26,5	58,7	14,0
Công việc có nhiều thách thức	n	0	4	117	187	84
	%	0,0	1,0	29,8	47,7	21,4

**Nhận xét:** Qua nghiên cứu 392 nhân viên y tế. Tính trên thang điểm 5, điểm trung bình các nội dung về đặc điểm công việc hiện tại trên nhóm Nhân viên y tế đang làm việc tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang tham gia nghiên cứu này là 3,8/5 điểm, trong đó nội dung “Công việc luôn tạo sự thú vị” có điểm trung bình thấp nhất (3,6/5 điểm). Các nội dung khác đều có điểm trung bình đạt 3,9/5 điểm

#### 3.2. Yếu tố về công nhận thành tích

Yếu tố về công nhận thành tích		Rất không đồng ý	Không đồng ý	Bình thường	Đồng ý	Rất đồng ý
Bệnh viện có chính sách khen thưởng theo kết quả làm việc	n	0	6	105	209	72
	%	0,0	1,5	26,8	53,3	18,4
Lãnh đạo đánh giá đúng năng lực	n	0	3	142	153	94
	%	0,0	0,8	36,2	39,0	24,0
Bệnh viện ghi nhận sự đóng góp vào sự phát triển của bệnh viện	n	0	3	132	172	85
	%	0,0	0,8	33,7	43,9	21,7
Bệnh viện luôn nhất quán thực hiện chính sách khen thưởng	n	0	12	121	177	82
	%	0,0	3,1	30,9	45,2	20,9

**Bảng 3.2. Mức độ đồng ý của nhân viên y tế với các nội dung về yếu tố công nhận thành tích**

**Nhận xét:** Điểm trung bình về yếu tố công nhận thành tích tính trên 392 nhân viên y tế được phỏng vấn đạt 3,9/5 điểm với mức dao động từ 3,8-3,9/5 điểm ở các nội dung.

#### 3.3. Yếu tố về lãnh đạo

**Bảng 3.3. Mức độ đồng ý của nhân viên y tế với các nội dung về yếu tố lãnh đạo**

Yếu tố về lãnh đạo		Rất không đồng ý	Không đồng ý	Bình thường	Đồng ý	Rất đồng ý
Lãnh đạo cung cấp những thông tin phản hồi giúp cải thiện hiệu suất công việc	n	0	6	174	148	64
	%	0,0	1,5	44,4	37,8	16,3
Lãnh đạo luôn ghi nhận sự đóng góp đối với Bệnh viện	n	0	6	142	173	71
	%	0,0	1,5	36,2	44,1	18,1
Lãnh đạo hòa nhã, gần gũi, thân thiện	n	0	6	102	214	70
	%	0,0	1,5	26,0	54,6	17,9
Luôn nhận sự được giúp đỡ, hướng dẫn, tư vấn của cấp trên khi cần thiết	n	0	7	121	186	78
	%	0,0	1,8	30,9	47,4	19,9

**Nhận xét:** Điểm trung bình với 04 nội dung về lãnh đạo được đưa ra trong nghiên cứu này là 3,8/5 điểm, dao động từ 3,7 điểm đến 3,9 điểm.

### 3.4. Yếu tố về thu nhập

Yếu tố về thu nhập		Rất không đồng ý	Không đồng ý	Bình thường	Đồng ý	Rất đồng ý
Mức lương hiện tại phù hợp với năng lực	n	6	117	108	149	12
	%	1,5	29,8	27,6	38,0	3,1
Thường tương xứng với thành tích đóng góp	n	3	41	155	161	32
	%	0,8	10,5	39,5	41,1	8,2
Bệnh viện có chính sách phúc lợi đa dạng, công bằng	n	3	26	152	192	19
	%	0,8	6,6	38,8	49,0	4,8
Chi trả lương, thưởng, phúc lợi đúng thời hạn	n	3	12	86	234	57
	%	0,8	3,1	21,9	59,7	14,5

**Bảng 3.4. Mức độ đồng ý của nhân viên y tế với các nội dung về yếu tố thu nhập**

**Nhận xét:** Điểm trung bình với 04 nội dung liên quan tới yếu tố thu nhập đạt 3,5/5 điểm, trong đó nội dung “Mức lương hiện tại phù hợp với năng lực” có mức điểm thấp nhất (3,1/5 điểm) và cao nhất là nội dung “Bệnh viện chi trả lương, thưởng, phúc lợi đúng thời hạn” với 3,8/5 điểm.

### 3.5. Yếu tố về thương hiệu và văn hóa bệnh viện

**Bảng 3.5. Mức độ đồng ý của nhân viên y tế với các nội dung về yếu tố thương hiệu và văn hóa bệnh viện**

Yếu tố về thương hiệu và văn hóa bệnh viện		Rất không đồng ý	Không đồng ý	Bình thường	Đồng ý	Rất đồng ý
Tự hào về thương hiệu của Bệnh viện	n	0	3	56	253	80
	%	0,0	0,8	14,3	64,5	20,4
Văn hóa làm việc tại Bệnh viện giúp làm việc hiệu quả	n	0	9	57	245	81
	%	0,0	2,3	14,5	62,5	20,7
Bệnh viện luôn phục vụ tốt cho người bệnh	n	0	3	53	244	92
	%	0,0	0,8	13,5	62,2	23,5
Bệnh viện có chiến lược phát triển rõ ràng và bền vững	n	0	3	122	178	89
	%	0,0	0,8	31,1	45,4	22,7
Tự hào là cán bộ công nhân viên của Bệnh viện	n	0	6	53	198	135
	%	0,0	1,5	13,5	50,5	34,4

**Nhận xét:** Tính theo thang điểm 5, điểm trung bình mức độ đồng ý của nhân viên y tế với các nội dung liên quan về thương hiệu và văn hoá bệnh viện đạt 4,0 điểm, với mức dao động từ 3,9 điểm đến 4,2 điểm.

### 3.6. Yếu tố về môi trường làm việc

Yếu tố về môi trường làm việc		Rất không đồng ý	Không đồng ý	Bình thường	Đồng ý	Rất đồng ý
Đồng nghiệp luôn sẵn sàng giúp đỡ và phối hợp với nhau để hoàn thành tốt công việc được giao	n	0	3	106	194	89
	%	0,0	0,8	27,0	49,5	22,7
Đồng nghiệp đáng tin cậy, sẵn sàng chia sẻ kinh nghiệm	n	0	3	97	210	82
	%	0,0	0,8	24,7	53,6	20,9
Môi trường Bệnh viện sạch sẽ, tiện nghi và an toàn	n	0	0	22	222	148
	%	0,0	0,0	5,6	56,6	37,8
Cảm thấy yên tâm làm việc lâu dài tại Bệnh viện	n	0	3	29	231	129
	%	0,0	0,8	7,4	58,9	32,9
Khối lượng công việc, thời gian làm việc là hợp lý	n	6	12	74	203	97
	%	1,5	3,1	18,9	51,8	24,7
	n	3	6	60	226	97

Được cung cấp đầy đủ phương tiện, máy móc và thiết bị phục vụ công việc	%	0,8	1,5	15,3	57,7	24,7
-------------------------------------------------------------------------	---	-----	-----	------	------	------

**Bảng 3.6. Mức độ đồng ý của nhân viên y tế với các nội dung về môi trường làm việc**

**Nhận xét:** Điểm trung bình các nội dung về môi trường làm việc đạt 4,1/5 điểm trong đó nội dung đạt cao nhất là “môi trường Bệnh viện sạch sẽ, tiện nghi và an toàn” và thấp nhất là 2 nội dung về “đồng nghiệp luôn sẵn sàng giúp đỡ và phối hợp với nhau để hoàn thành tốt công việc được giao” và “đồng nghiệp đáng tin cậy, sẵn sàng chia sẻ kinh nghiệm” (đạt 3,9/5 điểm).

### 3.7. Yếu tố về cơ hội đào tạo và thăng tiến

**Bảng 3.7. Mức độ đồng ý của nhân viên y tế với các nội dung về yếu tố cơ hội đào tạo và thăng tiến**

Yếu tố về cơ hội đào tạo và thăng tiến		Rất không đồng ý	Không đồng ý	Bình thường	Đồng ý	Rất đồng ý
Có nhiều cơ hội thăng tiến khi làm việc ở Bệnh viện	n	3	15	106	179	89
	%	0,8	3,8	27,0	45,7	22,7
Các chương trình đào tạo và phát triển nghề nghiệp được thể hiện tốt	n	3	6	127	159	97
	%	0,8	1,5	32,4	40,6	24,7
Được đào tạo, bồi dưỡng kiến thức và kỹ năng cần thiết trong công việc	n	0	6	109	194	83
	%	0,0	1,5	27,8	49,5	21,2
Chính sách thăng tiến ở Bệnh viện rõ ràng và công bằng	n	0	17	111	171	93
	%	0,0	4,3	28,3	43,6	23,7
Được tham gia ý kiến, đề bạt, bổ nhiệm	n	0	17	111	171	93
	%	0,0	4,3	28,3	43,6	23,7

**Nhận xét:** Điểm trung bình mức độ đồng ý của nhân viên y tế với các nội dung liên quan tới cơ hội đào tạo và thăng tiến đạt 3,9/5 điểm và tương tự nhau ở cả 5 nội dung được khảo sát trong nghiên cứu này.

### 3.8. Mức độ động lực làm việc của nhân viên y tế

Yếu tố	Có động lực làm việc		Thiếu động lực làm việc	
	n	%	n	%
Đặc điểm công việc	194	49,5	198	50,5
Công nhận thành tích	194	49,5	198	50,5
Lãnh đạo	183	46,7	209	53,3
Thu nhập	125	31,9	267	68,1
Thương hiệu và văn hóa Bệnh viện	274	69,9	118	30,1
Môi trường làm việc	256	65,3	136	34,7
Cơ hội đào tạo và thăng tiến	192	49,0	200	51,0
Chung	169	43,1	223	56,9

**Bảng 3.8. Mức độ động lực làm việc của nhân viên y tế**

**Nhận xét:** Yếu tố chung mức độ động lực làm việc của nhân viên: Có (43,1%) và Thiếu động lực (56,9%) về từng yếu tố theo mức độ cụ thể như sau:

- *Có động lực làm việc:* Đặc điểm công việc (49,5%); Công nhận thành tích (49,5%); Lãnh đạo (46,7%); Thu nhập (31,9%); Thương hiệu và văn hoá Bệnh viện (69,9%); Môi trường làm việc (65,3%) và Cơ hội đào tạo và thăng tiến (49,0%)
- *Thiếu động lực làm việc:* Đặc điểm công việc (50,5%); Công nhận thành tích (50,5%); Lãnh đạo (53,3%); Thu nhập (68,1%); Thương hiệu và văn hoá Bệnh viện (30,1%); Môi trường làm việc (34,7%) và Cơ hội đào tạo và thăng tiến (51,0%)

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Yếu tố về đặc điểm công việc hiện tại.

Kết quả khảo sát trong nghiên cứu này cho thấy đa số nhân viên y tế đều đồng ý rằng công việc phù hợp với tính cách và năng lực của bản thân (80,7%), và họ đang cảm thấy yêu thích công việc hiện tại (81,6%). Điều này cho thấy Ban lãnh đạo Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang đã triển khai thực hiện công tác đánh giá năng lực, trình độ của nhân viên y tế để từ

đó giao nhiệm vụ một cách khoa học, hợp lý với từng vị trí việc làm. Tuy nhiên, kết quả vẫn còn gần một nửa (41,6%) nhân viên y tế cho rằng công việc hiện tại chưa tạo sự thú vị (điểm trung bình mức độ đồng ý với nhận định “Công việc luôn tạo sự thú vị” chỉ đạt 3,6/5 điểm). Bên cạnh đó, còn 30,9% nhân viên y tế cho rằng công việc hiện tại chưa có nhiều thách thức.

#### **4.2 Yếu tố về công nhận thành tích:**

Nhân viên y tế sẽ làm việc một cách hiệu quả hơn nếu như họ được công nhận đầy đủ những đóng góp, thành tích cho đơn vị. Bệnh viện cần xây dựng các tiêu chí đánh giá kết quả thực hiện công việc một cách rõ ràng, có khả năng lượng hoá được kết quả công việc của nhân viên y tế. Bên cạnh đó kết quả đánh giá phải công khai, minh bạch, rõ ràng và công bằng.

Ngoài khen thưởng theo quy định, bệnh viện cũng cần có những khen thưởng đột xuất khi nhân viên y tế xử lý tốt tình huống trong Khám chữa bệnh hoặc tăng lương trước thời hạn cho những nhân viên y tế có thành tích cao, có nhiều sáng kiến kinh nghiệm...

Có sự liên kết chặt chẽ giữa mối quan hệ tích cực của nhân tố lãnh đạo với động lực của người lao động. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Khải và cộng sự tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang cho thấy sự hài lòng về quan hệ với cấp trên cũng tạo động lực làm việc tốt cho nhân viên y tế. Kết quả nghiên cứu đã chỉ ra rằng trong số những người hài lòng với mối quan hệ với cấp trên thì tỷ lệ có động lực làm việc cao hơn hẳn so với nhóm người không hài lòng trong quan hệ với cấp trên (87,7% so với 64,6% và  $OR=3,89$ ). Bên cạnh đó, nhóm nhân viên y tế hài lòng về chế độ quản trị và chính sách của bệnh viện có động lực làm việc cao hơn rất rõ rệt so với nhóm không hài lòng ( $OR=17,92$  và  $p<0,001$ ) [5].

#### **4.4.Yếu tố về thu nhập:**

Trong một nghiên cứu khác trên đối tượng là bác sĩ tại Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang của tác giả Mai Huy Trúc cho thấy hầu hết bác sĩ đều có chung nhận định tiền lương. Bệnh viện chi trả hàng tháng chưa đủ trang trải cuộc sống và lo cho gia đình. Nguồn thu nhập tăng thêm ở phòng mạch bên ngoài là nguồn thu nhập chính của họ [5]. Kết quả nghiên cứu trên diện rộng của tác giả Chu Tuấn Anh cho thấy vẫn còn tới 73,7% nhân viên y tế cho rằng mức lương từ công việc hiện nay luôn làm cho họ phải lo lắng về cuộc sống của bản thân và gia đình, tỷ lệ này ở tuyến tỉnh và tuyến huyện là 83,9%, cao hơn 26,1% so với tuyến Trung ương (57,8%).

#### **4.5.Yếu tố về thương hiệu và văn hóa bệnh viện:**

Trong những năm gần đây Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang đã không ngừng được đầu tư về cơ sở vật chất, nâng cấp trang thiết bị, là bệnh viện lớn có uy tín của khu vực Tây Nam Bộ nên thương hiệu và uy tín của Bệnh viện ngày càng được nâng cao. Kết quả nghiên cứu thấy sự cần thiết phải triển khai các giải pháp nhằm tăng động lực làm việc của nhân viên y tế. Và để tăng động lực làm việc liên quan tới các yếu tố về văn hóa bệnh viện, ban lãnh đạo bệnh viện cần thường xuyên kết hợp cùng với các cơ quan đoàn thể của Bệnh viện như Công đoàn, Đoàn thanh niên để tổ chức các phong trào thi đua, hoạt động vui chơi tập thể, các chuyến du lịch hoặc nghỉ mát vào những dịp nghỉ hè, lễ, tết, thăm hỏi động viên nhân viên y tế khi ốm đau, các sự kiện hiếu, hỷ của cá nhân và gia đình nhân viên y tế.

#### **4.6.Yếu tố về môi trường làm việc:**

Một số nghiên cứu trong nước về động lực của nhân viên y tế cũng đề cập đến vấn đề này như của tác giả Nguyễn Phương Thủy cho thấy nhóm nhân viên hài lòng với điều kiện lao động có động lực làm việc cao hơn tới 6,59 lần so với nhóm nhân viên không hài lòng với điều kiện làm việc [4]. Các kết quả nghiên cứu đều đưa ra nhận định rằng việc chú ý cải thiện điều kiện làm việc sẽ không chỉ làm tăng động lực làm việc của nhân viên y tế mà còn góp phần đảm bảo chất lượng khám chữa bệnh và an toàn cho người bệnh.

#### **4.7.Yếu tố về cơ hội đào tạo và thăng tiến:**

Trong quá trình khám chữa bệnh, những kiến thức và kỹ thuật chuyên ngành không ngừng phát triển. Vì vậy, nếu nhân viên y tế không được đào tạo, bồi dưỡng liên tục thì sẽ trở nên lỗi thời và lạc hậu, không đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng cao của người dân. Ngược lại, khi được đào tạo sẽ giúp nhân viên y tế nâng cao chuyên môn, kỹ năng, tay nghề, cũng như cách tư duy mới. Đồng thời qua đào tạo cũng sẽ giúp họ cảm nhận được sự

quan tâm, sự nhìn nhận đúng mức, sự đánh giá cao năng lực của bản thân, từ đó đáp ứng được yêu cầu thực hiện công việc một cách tốt hơn, đem lại năng suất, chất lượng, hiệu quả công tác khám chữa bệnh, và làm họ gắn bó hơn với đơn vị. Nghiên cứu của tác giả Monanyi và cộng sự đã chỉ ra rằng đào tạo tại chỗ giúp thúc đẩy động lực làm việc chung của nhân viên y tế tại Kenya ( $p=0,013$ ), sự hài lòng trong công việc ( $p=0,001$ ) cũng như sự cam kết với tổ chức ( $p<0,001$ ) [13].

#### **4.8. Mức độ động lực làm việc của nhân viên y tế:**

Tỷ lệ nhân viên y tế có động lực làm việc trong nghiên cứu này thấp hơn nghiên cứu tại trung tâm y tế huyện An Minh của Võ Quốc Trân (53,7%) [9], của Ngô Văn Tuôi tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Cù Lao Minh (54,9%) và thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Khải tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang (72,9%) [5]. Kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang về mức độ tạo động lực làm việc của các yếu tố cũng có sự khác biệt với một số nghiên cứu trước đó. Như nghiên cứu của tác giả Daneshkohan A. (2015) tại Iran: yếu tố chính sách quản lý tốt có điểm trung bình ( $4,58 \pm 0,68$ ) là yếu tố tạo động lực quan trọng đối với nhân viên y tế [11]. Nghiên cứu của Lambrou P. (2010) [12] tại Cyprus: thành tích đạt được có mức độ động lực làm việc cao nhất ( $4,18 \pm 0,85$ ), động lực cao thứ hai là tiền lương ( $3,65 \pm 1,02$ ). Các kết quả trên khác biệt so với nghiên cứu của chúng tôi là do bộ câu hỏi dùng để đánh giá động lực làm việc khác nhau, đồng thời có sự khác nhau về thời gian và địa điểm nghiên cứu.

#### **V. KẾT LUẬN**

- Có 43,1% nhân viên y tế đang làm việc tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang được coi là có động lực làm việc.

- Yếu tố “Thương hiệu và văn hoá bệnh viện” được xem yếu tố động lực làm việc cao nhất của nhân viên y tế (69,9%, điểm trung bình đạt 4,0/5 điểm). Ngược lại yếu tố “Thu nhập” có động lực thấp nhất (31,9%, điểm trung bình đạt 3,5/5 điểm).

- Năm nội dung được coi là động lực làm việc ở mức cao của nhân viên y tế đang làm việc tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang bao gồm “Môi trường bệnh viện sạch sẽ, tiện nghi và an toàn” (94,4%), “Cảm thấy yên tâm làm việc lâu dài tại bệnh viện” (91,8%), “Bệnh viện luôn phục vụ tốt cho người bệnh” (85,7%), “Tự hào về thương hiệu của bệnh viện” (84,9%) và “Tự hào là cán bộ công nhân viên của bệnh viện” (84,9%).

- Năm nội dung được coi là động lực làm việc ở mức thấp bao gồm “Mức lương hiện tại phù hợp với năng lực” (41,1%), “Thưởng tương xứng với thành tích đóng góp” (49,3%), “Bệnh viện có chính sách phúc lợi đa dạng, công bằng” (53,8%), “Lãnh đạo cung cấp những thông tin phản hồi giúp cải thiện hiệu suất công việc” (54,1%) và “Công việc luôn tạo sự thú vị” (58,4%)



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chu Tuấn Anh, *Tạo động lực cho người lao động tại các cơ sở dịch vụ y tế ở Việt Nam*,. Viện Nghiên cứu Quản lý Kinh tế Trung ương, 2022. Luận án tiến sĩ kinh tế.
2. Hồ Tâm Đăng, *Động lực và hài lòng của điều dưỡng viên tại các khoa lâm sàng ở bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang năm 2020*. Trường Đại học Thăng Long, 2020. Luận văn Thạc sĩ Quản lý bệnh viện.
3. Phùng Diệu Linh., *Sự cần thiết phải tạo động lực cho người lao động*. . Available: <http://voer.edu.vn/bai-viet/kinh-te/su-can-thiet-phai-tao-dong-luc-cho-nguoi-lao-dong-trong-cac-co-quan-doanh-nghiep.html>, 26/12/2016.
4. Lê Bảo Châu Mai Huy Trúc, *Thực trạng động lực làm việc của bác sĩ tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang năm 2021*. Tạp chí Y học Việt Nam, 2021. 2(508), tr.242-246.
5. Trần Quang Huy và Trương Việt Dũng Nguyễn Văn Khải, *Động lực làm việc của nhân viên y tế tại khối nội - bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang năm 2020 và một số yếu tố liên quan*. Tạp Chí Y học Việt Nam, 2022. (2)513, tr.50-55.
6. 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.
7. Trần Thị Lý và cộng sự, *Yếu tố duy trì động lực làm việc của nhân viên y tế và một số yếu tố liên quan tại trung tâm y tế huyện An Minh, tỉnh Kiên Giang năm 2020-2021*. Tạp Chí Y học Việt Nam, 2022. Số 518(1), tr.194-199.
8. BS.CKII. Phan Văn Bé; BS.CKII Khương Trọng Sửu, *Giới thiệu Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang*. <https://bvag.com.vn/>, 2022.
9. Hồ Ngọc Thành, *Động lực làm việc của nhân viên y tế và một số yếu tố ảnh hưởng, Bệnh viện huyện Tam Nông, tỉnh Đồng Tháp*. Trường Đại học Y tế công cộng, 2016. Luận văn Chuyên khoa cấp II - Tổ chức Quản lý y tế.
10. Nguyễn Thị Hoài Thu, *Kết quả thực hiện công việc của nhân viên và một số yếu tố ảnh hưởng*. Trường Đại học Y tế Công cộng, 2016.
11. A. Daneshkohan, Zarei, E. & Mansouri, T. , *Factors Affecting Job Motivation among Health Workers: A Study From Iran*. Global Journal of Health Science, 2015. 7(3), pp.153-160.
12. P. Lambrou, Kontodimopoulos, N. & Niakas,D., *Motivation and job satisfaction among medical and nursing staff in a Cyprus public general hospital*. Human Resources for Health, 2010. 8(26), pp.1-.
13. et al Monanyi GO., *Value of training on motivation among health workers in Narok County, Kenya*. Pan Afr Med J, 2016. 23:261.
14. Michael Libman Tagalakis Vicky S. R. K., Mark Blostein, *The Epidemiology of Peripheral Vein Infusion Thrombophlebitis: A Critical Review*. . Am J Med, 113:146 –151, 5., 2002.
15. WHO, *The world health report 2006: working together for health*. WHO Press, Geneva, available., 17/9/2016. Available: <http://www.who.int/whr/2006/en/>.
16. WHO, *Handbook on Monitoring and Evaluation of Human Resources for Health*. 2009.

# ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA CAN THIỆP NỘI MẠCH TRONG ĐIỀU TRỊ TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT

Dương Đình Hoàn, Thi Văn Gừng  
Nguyễn Cảnh Hưng, Phan Hoàng Vĩnh Phú, Nguyễn Trung Đức

BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (BPH) là tăng sinh lành tính thường gặp nhất ở nam giới lớn tuổi, và tỉ lệ mắc bệnh gia tăng theo tuổi tác. Tỉ lệ mắc bệnh này chỉ khoảng 8% ở nam giới độ tuổi # 30-40 tuổi, nhưng tăng lên đến 90% những người trên 80 tuổi. Trên thế giới, khoảng 30 triệu nam giới có các triệu chứng liên quan đến BPH. Thuyên tắc động mạch tuyến tiền liệt (PAE) là một phương pháp điều trị BPH mới, hiệu quả và xâm lấn tối thiểu.

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả sớm của can thiệp nội mạch (EVT) trong điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt tại bệnh viện Đa Khoa Tâm Anh thành phố Hồ Chí Minh.

**Phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo loạt ca các bệnh nhân BPH được điều trị bằng phương pháp can thiệp nội mạch thực hiện tại Bệnh viện Đa Khoa Tâm Anh thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 10/2022 đến tháng 04/2023.

**Kết quả:** Can thiệp nội mạch thành công trên 19 bệnh nhân BPH: tuổi trung bình là 72,96 tuổi; trong đó 18 bệnh nhân được can thiệp thuyên tắc động mạch tuyến tiền liệt hai bên, 1 bệnh nhân được thuyên tắc động mạch tuyến tiền liệt một bên. Không có biến chứng nặng xảy ra trong và sau can thiệp. Điểm IPSS và thể tích tuyến tiền liệt của bệnh nhân một tháng và ba tháng sau can thiệp thấp hơn so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê. Lượng nước tiểu tồn lưu (RUV) sau một tháng và ba tháng giảm nhẹ, không có ý nghĩa thống kê.

**Kết luận:** Can thiệp nội mạch là phương pháp hiệu quả và an toàn trong điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, cải thiện đáng kể chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau can thiệp.

**Từ khóa:** Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (BPH), can thiệp nội mạch (EVT), thuyên tắc động mạch tuyến tiền liệt (PAE).

## ABSTRACT

### ASSESS EFFECTIVENESS OF ENDOVASCULAR TREATMENT OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

Duong Dinh Hoan, Thi Van Gung

Nguyen Canh Hung, Phan Hoang Vinh Phu, Nguyen Trung Duc

**Background:** Benign prostatic hyperplasia (BPH) is the most common non-cancerous neoplasm of ageing males, increasing in incidence with age. The prevalence of BPH has been estimated at approximately 8% in males aged 30–40, increasing to 90% in those  $\geq 80$  years of age. Globally, approximately 30 million males have BPH-related symptoms. Prostatic artery embolization (PAE) is a new, effective and minimally invasive procedure for the treatment of BPH.

**Objective:** Early assess effectiveness of endovascular treatment of BPH at Tam Anh general hospital of Ho Chi Minh city.

**Method:** Case series study, with all patients were diagnosed BPH and treated with EVT at Tam Anh general hospital of Ho Chi Minh city from 10/2022 to 04/2023.

**Result:** Prostatic artery embolization was successful in all 19 patients: the mean age was 72,96 years old; including bilateral embolization in 18 patients and unilateral embolization in 1 patients. No serious complications occurred during and after the intervention. The patient's IPSS score and prostate volume one month and three months after the intervention were statistically significantly lower than before the intervention. Residual urine volume (RUV) at one month and three months decreased slightly, not statistically significant.

**Conclusion:** For patients with BPH, Endovascular intervention is an effective and safe method, which can significantly improve the quality of life of patients after intervention.

**Keyword:** Benign prostatic hyperplasia (BPH), endovascular intervention (EVT), prostatic artery embolization (PAE).

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (BPH) là tăng sinh lành tính thường gặp nhất ở nam giới lớn tuổi, và tỉ lệ mắc bệnh gia tăng theo tuổi tác. Tỉ lệ mắc bệnh này chỉ khoảng 8% ở nam giới độ tuổi # 30-40 tuổi, nhưng tăng lên đến 90% những người trên 80 tuổi. Trên thế giới, khoảng 30 triệu nam giới có các triệu chứng liên quan đến BPH. BPH dẫn đến chèn ép niệu đạo gây ảnh hưởng đến dòng nước tiểu và gây tắc nghẽn đường ra của bàng quang. Hậu quả là gây ra các triệu chứng của đường tiểu dưới (LUTS). Nam giới bị BPH có thể không có triệu chứng, tuy nhiên khi bệnh nhân già đi thì các triệu chứng thường gặp hơn [8]. Trong những năm gần đây, với sự phát triển của các thiết bị phẫu thuật đã cải thiện đáng kể về sự an toàn của phẫu thuật BPH, nhưng vẫn có những biến chứng lâm sàng. Đặc biệt một số bệnh nhân lớn tuổi và có nguy cơ cao với rủi ro phẫu thuật cao phải chấp nhận đặt ống thông tiểu hoặc mổ bàng quang trong một thời gian dài. Một mặt, chất lượng cuộc sống không được đảm bảo, mặt khác, nguy cơ nhiễm trùng tăng cao. Do đó, việc tìm ra một phương pháp phẫu thuật có độ an toàn cao hơn và hiệu quả điều trị lý tưởng vẫn là trọng tâm nghiên cứu trong điều trị BPH. Thuyên tắc động mạch tuyến tiền liệt là một phương pháp can thiệp đã xuất hiện trong những năm gần đây. Thủ thuật này bao gồm đặt vi ống thông chọn lọc vào động mạch tuyến tiền liệt hai bên và bơm chất thuyên tắc vào cả hai bên để thực hiện thuyên tắc động mạch tuyến tiền liệt. Phương pháp này có ưu điểm là ít chảy máu, ít biến chứng trong và sau thủ thuật, hiệu quả điều trị cao [9]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi điều trị bệnh nhân BPH có triệu chứng của đường tiểu dưới bằng phương pháp thuyên tắc động mạch tuyến tiền liệt nhằm đánh giá hiệu quả, mức độ an toàn của phương pháp này và mức độ cải thiện triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân.

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả, loạt ca được thực hiện từ 10/2022 đến 04/2023 tại bệnh viện Đa Khoa Tâm Anh Thành Phố Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Bệnh nhân được chẩn đoán tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt.
- Bệnh nhân có các triệu chứng của đường tiểu dưới (LUTS) với điểm IPSS > 13 điểm hoặc bệnh nhân tiểu ra máu.
- Bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp can thiệp nội mạch thuyên tắc động mạch tuyến tiền liệt.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân bị ung thư tuyến tiền liệt hoặc các khối u ác tính khác của hệ thống tiết niệu.
- Bệnh nhân bị hẹp niệu đạo nghiêm trọng.
- Nhiễm trùng tiết niệu cấp tính.
- Nhiễm trùng tuyến tiền liệt cấp tính.

## III. KẾT QUẢ

19 bệnh nhân được chẩn đoán là BPH có các triệu chứng LUTS tại bệnh viện của chúng tôi từ tháng 10/2022 đến tháng 04/2023, độ tuổi từ 56-91 tuổi, với độ tuổi trung bình là 72,96 tuổi đã được chọn, trong đó tỉ lệ bệnh nhân  $\geq 70$  tuổi là 47,37%. Thể tích tuyến tiền liệt trung bình trước can thiệp là 81,3 ml.

**Bảng 1: Bệnh nền, lâm sàng và thời gian nằm viện trung bình**

Bệnh nội khoa 10 (52,63%)	Tăng huyết áp	10 (52,63%)
	Đái tháo đường	4 (21,05%)
	Bệnh khác (Bệnh mạch vành...)	1 (5,26%)
Phẫu thuật PBH trước đó		3 (15,79%)
Thời gian khởi phát triệu chứng		13,53 tháng
Biến chứng tiểu ra máu do BPH		4 (21,05%)
Thời gian nằm viện trung bình		3 ngày

**Bảng 2: Phân loại động mạch tuyến tiền liệt (theo phân loại của Assis và Carnevale [2])**

Phân loại động mạch tuyến tiền liệt	Số ĐM	Tỉ lệ (%)
Loại I (ĐM TTL xuất phát từ động mạch chậu trong chung gốc với ĐM bàng quang trên)	27	64,29
Loại II (ĐM TTL xuất phát trực tiếp từ động mạch chậu trong dưới vị trí xuất phát động mạch bàng quang trên)	1	2,38
Loại III (ĐM TTL xuất phát từ động mạch bịt)	9	21,43
Loại IV (ĐM TTL xuất phát từ động mạch thẹn trong)	5	11,90
Loại V (Khác)	0	0
Tổng	42	100

Chụp động mạch chậu trong hai bên ở 19 bệnh nhân cho thấy có tổng cộng 41 động mạch tuyến tiền liệt, trong đó 39/41 (95,12%) động mạch tuyến tiền liệt được chọn lọc và tắc mạch thành công, có 18 bệnh nhân thuyên tắc mạch hai bên và 1 bệnh nhân thuyên tắc mạch một bên.

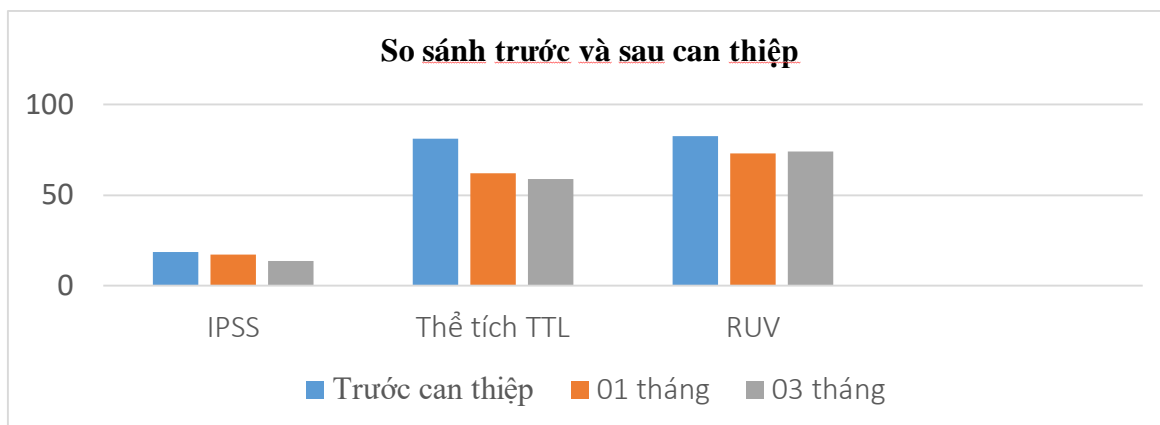
Biến chứng sau can thiệp: chỉ có 1 trường hợp (5,26%) tụ máu nhỏ vùng bẹn phải tại vị trí đâm kim, biến chứng tự giới hạn và hết sau 1 tuần. 1 trường hợp (5,26%) tiểu hồng nhạt sau can thiệp 2 ngày, biến chứng tự hết sau 1 ngày không cần điều trị. 2 trường hợp (10,53%) bị nhiễm trùng tiểu sau can thiệp 1 tuần, được điều trị nội khoa ổn, không để lại di chứng.

Sau can thiệp 1 tuần, 19 bệnh nhân được rút ống thông tiểu và tất cả đều tự đi tiểu được. Sau can thiệp 1 tháng và 3 tháng, các triệu chứng LUTS của 19 bệnh nhân đều được cải thiện đáng kể so với trước can thiệp (so sánh bằng kiểm định t-test):

- Trung bình IPSS trước can thiệp 18,8 điểm. Điểm IPSS giảm 1,7 điểm sau 1 tháng (P=0,007) và giảm 5,0 điểm sau 3 tháng (P=0,005).

- Thể tích TTL trước can thiệp: 81,3 ml. Thể tích tuyến tiền liệt giảm 23.5% sau 1 tháng (P=0,002) và 27,7% sau 3 tháng (P=0,002).

- RUV: 82,5 ml. RUV sau 1 tháng và 3 tháng giảm nhẹ, không có ý nghĩa thống kê (P=0,2).



**Biểu đồ 1: Điểm số IPSS, thể tích TTL và RUV trước can thiệp, sau can thiệp 1 tháng và 3 tháng**

#### IV. BÀN LUẬN

Những trường hợp BPH gây ra các triệu chứng đường tiểu dưới nhẹ thường được điều trị nội khoa bảo tồn. Nếu điều trị nội khoa không cải thiện hoặc triệu chứng đường tiểu dưới nặng nề thì cần các phương pháp xâm lấn hơn để điều trị bao gồm phẫu thuật (phẫu thuật mở, cắt bỏ tuyến tiền liệt qua đường nội soi (TURP), phẫu thuật rạch tuyến tiền liệt qua ngã niệu đạo (TUIP), tiêu hủy mô tăng sản bằng kim qua đường niệu đạo (TUNA), cắt mô tăng sản tuyến tiền liệt bằng laser) và can thiệp thuyên tắc động mạch tuyến tiền liệt. Các biến chứng của các phương pháp phẫu thuật bao gồm chảy máu, nhiễm trùng, hẹp niệu đạo hoặc cổ bàng quang, tiểu không tự chủ và rối loạn chức năng tình dục. Các ưu điểm của can thiệp so với phẫu thuật là ít biến chứng hơn, tránh gây mê toàn thân và nó có thể thực hiện như một phương thức điều trị trong ngày [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian khởi phát triệu chứng trung bình là 13,53 tháng, có những bệnh nhân đã có triệu chứng LUTS nhiều năm và đã được chẩn đoán BPH, bệnh nhân chỉ được điều trị nội khoa vì nguy cơ cao của phẫu thuật do những bệnh lý nền hoặc do lớn tuổi, tuy nhiên các triệu chứng LUTS cải thiện không đáng kể sau một thời gian điều trị nội khoa. Có 52,63% bệnh nhân có ít nhất một bệnh nền cần điều trị thuốc lâu dài (đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh tim thiếu máu cục bộ, bệnh mạch vành đã đặt stent đang xài thuốc kháng đông...), do đó vấn đề phẫu thuật trong những trường hợp bệnh nhân lớn tuổi (tỉ lệ bệnh nhân  $\geq 70$  tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi là 47,37%, BN lớn tuổi nhất là 91 tuổi) và có bệnh nền đi kèm khá khó khăn.

Thể tích tuyến tiền liệt trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 81,3 ml, theo báo cáo của Hiệp Hội Điện Quang Can Thiệp thì ưu thế của TAE so với TURP là đối với những trường hợp BPH có thể tích tuyến tiền liệt  $\geq 80$ ml, và không có chống chỉ định về thể tích tối đa đối với TAE, trường hợp can thiệp với thể tích tuyến tiền liệt lớn nhất của chúng tôi là 160 ml trên bệnh nhân 91 tuổi [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có đến 75,61% động mạch tuyến tiền liệt loại I, có sự khác biệt so với nghiên cứu của De Assis và cộng sự (31,1% loại IV, 28,7% loại I) [2]. Khả năng do cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ nên chưa có đánh giá khách quan về tỉ lệ giải phẫu của động mạch tuyến tiền liệt.

Tất cả các trường hợp can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi đều thực hiện dưới gây tê tại chỗ, thành công về mặt kỹ thuật đạt 100%, có 18/19 bệnh nhân được thuyên tắc động mạch tuyến tiền liệt hai bên, một trường hợp chỉ thuyên tắc một bên do động mạch tuyến tiền liệt bên còn lại nhỏ, nghèo nàn và hẹp nặng tại gốc xuất phát.

Theo Carnevale và cộng sự, can thiệp thuyên tắc động mạch tuyến tiền liệt hai bên hay một bên đều cải thiện triệu chứng LUTS, tuy nhiên mức độ giảm LUTS của thuyên tắc mạch một bên kém hơn so với thuyên tắc mạch hai bên, và tỉ lệ tái phát LUTS của thuyên tắc mạch một bên gấp đôi so với thuyên tắc mạch hai bên (42% so với 21% theo dõi trong 96 tháng) [1]. Một trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi được thuyên tắc động mạch tuyến tiền liệt một bên do mạch máu bên phải nhỏ và nghèo nàn không chọn lọc được, triệu chứng lâm sàng trường hợp này sau 1 tháng và 3 tháng vẫn cải thiện đáng kể, thể tích tuyến tiền liệt giảm từ 139 ml xuống còn 79 ml sau 3 tháng (giảm 43,17%).

Kết quả lâm sàng cho thấy, sau 1 tháng và 3 tháng các triệu chứng của LUTS cải thiện đáng kể, điểm số IPSS và thể tích tuyến tiền liệt giảm có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp. Kết quả của chúng tôi ghi nhận tương tự với nghiên cứu của Carnevale và nghiên cứu của Mallin, chúng tôi sẽ tiếp tục theo dõi diễn tiến lâm sàng sau 6 tháng và sau 12 tháng để đánh giá hiệu quả lâu dài và tỉ lệ tái phát của bệnh nhân [1] [4].

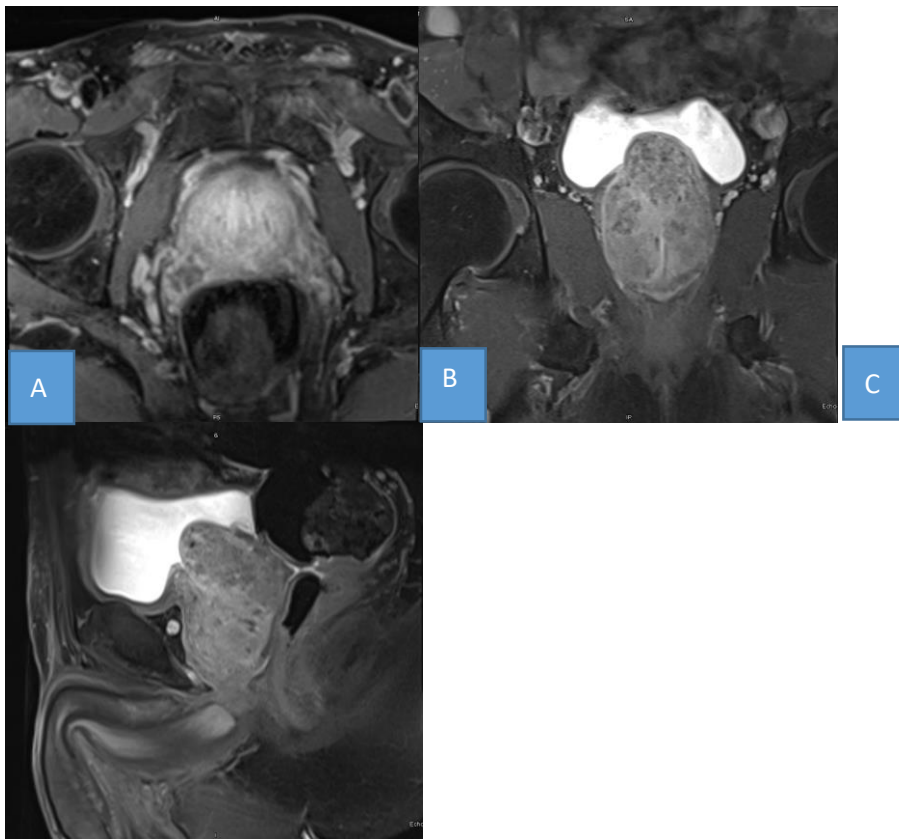
Trong nghiên cứu của chúng tôi, lượng nước tiểu tồn lưu (RUV) sau can thiệp 1 tháng và 3 tháng giảm không có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp. Điều này khả năng do bàng quang đã bị căng giãn, chức năng co bóp của bàng quang kém, khả năng tổng nước tiểu ra ngoài giảm trước khi được tiến hành can thiệp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận biến chứng nặng nào trong quá trình theo dõi: chỉ có 1 trường hợp (5,26%) tụ máu nhỏ vùng bẹn phải, 1 trường hợp (5,26%) tiểu hồng nhạt tự giới hạn không cần điều trị và 2 trường hợp (10,53%) bị nhiễm trùng tiểu sau can thiệp 1 tuần được điều trị nội khoa ổn không để lại di chứng. Theo Dias và cộng sự, hầu hết các biến chứng sau can thiệp đều thoáng qua: tiểu khó (9%), tiểu máu (5,6%), chảy máu trực tràng (2,5%), tinh trùng có máu (0,5%), nhiễm trùng tiết niệu (7,6%) và bí tiểu cấp tính (2,5%) [3]. Chúng tôi sử dụng các vi ống thông có đường kính rất nhỏ (1,98F và 1,7F) để chọn lọc sâu vào các nhánh động mạch tuyến tiền liệt, tránh các thông nối nguy hiểm và thuyên tắc mạch đứng mục tiêu. Bên cạnh đó, chúng tôi sử dụng hạt thuyên tắc mạch có đường kính nhỏ (100-300um) để đạt được hiệu quả tắc mạch tối ưu [7].

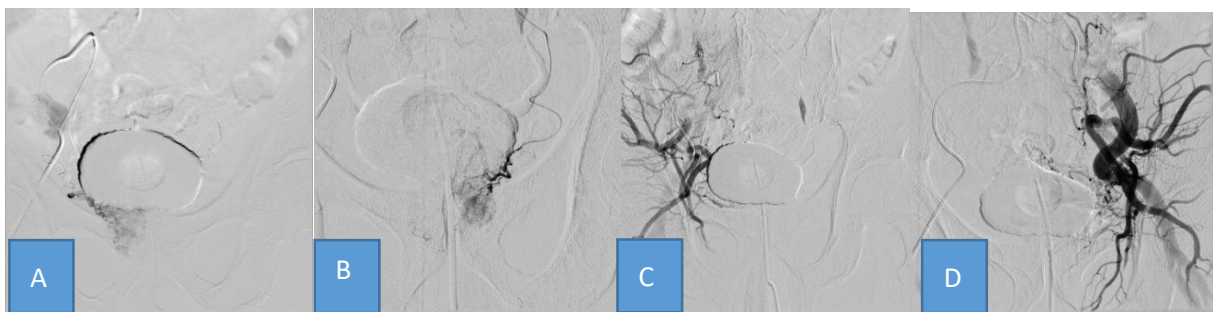
#### CA MINH HỌA

Bệnh nhân nam, 62 tuổi có triệu chứng LUTS # 2 năm, gần đây các triệu chứng ngày càng nặng nên đi khám và nhập viện để điều trị, IPSS # 24 điểm, thể tích tuyến tiền liệt # 70 ml. Bệnh

nhân được tiến hành can thiệp thủy tắc động mạch tuyến tiền liệt hai bên bằng hạt vi cầu 250 um. Bệnh nhân được xuất viện sau can thiệp 1 ngày, rút sonde tiểu sau 7 ngày. Theo dõi sau 1 tháng và 3 tháng, triệu chứng LUTS của bệnh nhân cải thiện đáng kể (IPSS sau 3 tháng # 16 điểm), thể tích tuyến tiền liệt giảm từ 70 ml còn 34 ml (giảm 51,43%).



**Hình 1: Hình ảnh cộng hưởng từ tuyến tiền liệt sau tiêm thuốc tương phản trên 3 thể axial (hình A), coronal (hình B) và sagittal (hình C); thể tích tuyến tiền liệt đo được # 70ml.**



**Hình 2: Chụp kiểm tra động mạch tuyến tiền liệt bên phải (hình A) và bên trái (hình B). Chụp kiểm tra động mạch chậu trong hai bên sau can thiệp (hình C và D).**

#### **V.KẾT LUẬN**

Can thiệp nội mạch là phương pháp hiệu quả và an toàn trong điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, cải thiện đáng kể chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau can thiệp.

Cần tiếp tục nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, nhiều thời gian hơn để đánh giá hiệu quả lâu dài của PAE trong điều trị BPH, các biến chứng muộn và tỉ lệ tái phát BPH sau can thiệp PAE.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Carnevale FC, Moreira AM, de Assis AM, et al. Prostatic Artery Embolization for the Treatment of Lower Urinary Tract Symptoms Due to Benign Prostatic Hyperplasia: 10 Years' Experience. *Radiology*. 2020;296(2):444-451.
2. De Assis AM, Moreira AM, de Paula Rodrigues VC, et al. Pelvic Arterial Anatomy Relevant to Prostatic Artery Embolisation and Proposal for Angiographic Classification. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2015;38(4):855-861.
3. Dias US Jr, de Moura MRL, Viana PCC, et al. Prostatic Artery Embolization: Indications, Preparation, Techniques, Imaging Evaluation, Reporting, and Complications. *Radiographics*. 2021;41(5):1509-1530.
4. Mallin B, Røder MA, Brasso K, et al. Prostate artery embolisation for benign prostatic hyperplasia: a systematic review and meta-analysis. *Eur Radiol*. 2019;29(1):287-298.
5. McWilliams JP, Bilhim TA, Carnevale FC, et al. Society of Interventional Radiology Multisociety Consensus Position Statement on Prostatic Artery Embolization for Treatment of Lower Urinary Tract Symptoms Attributed to Benign Prostatic Hyperplasia: From the Society of Interventional Radiology, the Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe, Société Française de Radiologie, and the British Society of Interventional Radiology: Endorsed by the Asia Pacific Society of Cardiovascular and Interventional Radiology, Canadian Association for Interventional Radiology, Chinese College of Interventionalists, Interventional Radiology Society of Australasia, Japanese Society of Interventional Radiology, and Korean Society of Interventional Radiology. *J Vasc Interv Radiol*. 2019;30(5):627-637.e1.
6. NICE Guidance - Prostate artery embolisation for lower urinary tract symptoms caused by benign prostatic hyperplasia: © NICE (2018) Prostate artery embolisation for lower urinary tract symptoms caused by benign prostatic hyperplasia. *BJU Int*. 2018;122(1):11-12.
7. Picel AC, Hsieh TC, Shapiro RM, et al. Prostatic Artery Embolization for Benign Prostatic Hyperplasia: Patient Evaluation, Anatomy, and Technique for Successful Treatment. *Radiographics*. 2019;39(5):1526-1548.
8. Sachin Modi, Mark Harris. Prostate Artery Embolisation in the Treatment of Benign Prostatic Hyperplasia: A Multidisciplinary Approach. *EMJ Urol*. 2022;10[Suppl 1]:02-13.
9. Wang K, Chen M, Liu Y, et al. Efficacy and Safety of Prostatic Artery Embolization in the Treatment of High Risk Benign Prostatic Hyperplasia and its Influence on Postoperative Life Quality of Patients. *Front Surg*. 2022;9:905394.

# ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ GIẢM ĐAU CỦA BỆNH CƠ XƯƠNG KHỚP BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẮY CHỈ TẠI BVĐKTT AN GIANG NĂM 2023

Lê Thị Nguyệt Nga, Lăng Ngọc Ánh Nga

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Cấy chỉ còn gọi là Nhu châm là sự kết hợp của Y học cổ truyền và Y học hiện đại. Cấy chỉ là phương pháp đưa chỉ tiêu vào huyết nhằm duy trì sự kích thích lâu dài, qua đó tạo tác dụng điều trị như châm cứu. So với châm cứu kinh điển, cấy chỉ có những ưu điểm là tiện lợi, tiết kiệm thời gian hơn, chỉ được cấy vào huyết sẽ liên tục tạo ra kích thích. Do đó, hiện nay cấy chỉ ngày càng được sử dụng nhiều trên lâm sàng và thực tiễn điều trị, đặc biệt là trong các bệnh cơ xương khớp.

Để hiểu rõ hơn hiệu quả điều trị bệnh cơ xương khớp bằng phương pháp cấy chỉ, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả điều trị giảm đau trong bệnh cơ xương khớp bằng phương pháp cấy chỉ tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp cắt ngang mô tả, so sánh trước và sau điều trị trên bệnh nhân có bệnh cơ xương khớp đến khám và điều trị ngoại trú tại khoa YHCT-PHCN Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

**Kết quả:** Sau 2 lần/liệu trình; kết quả 11,11% xếp loại tốt; 82,22% xếp loại khá; 6,667% xếp loại trung bình; không có bệnh nhân xếp loại kém.

**Kết luận:** Phương pháp cấy chỉ có tác dụng giảm đau và cải thiện khả năng vận động cho bệnh nhân có bệnh cơ xương khớp

**Từ khóa:** Cấy chỉ, Bệnh cơ xương khớp

## ABSTRACT

**Background:** Catgut embedding therapy is a combination of Traditional Medicine and Modern Medicine. Catgut embedding therapy is to insert self-dissolving threads into acupuncture points to maintain long-term stimulation, thereby creating therapeutic effects like acupuncture. Compared with classic acupuncture, Catgut embedding therapy has the advantages of being more convenient and time-saving. When thread is implanted into acupoints, it will continuously create stimulation. Therefore, Catgut embedding therapy are now increasingly used in clinical and therapeutic practice, especially in musculoskeletal diseases.

To better understand the effectiveness of treating musculoskeletal diseases with Catgut embedding therapy, we performed it this study aims to evaluate the effectiveness of pain relief treatment in musculoskeletal diseases using Catgut embedding therapy at An Giang Central General Hospital.

**Subjects and methods:** Descriptive cross-sectional studies, comparison before and after treatment on patients with musculoskeletal diseases come for outpatient examination and treatment at the department of traditional medicine and rehabilitation, An Giang Central General Hospital.

**Results:** After 2 times/treatment; the results were 11,11% rated good; 82,22% rated fairly good; 6,667% rated average; with no patients rated poor.

**Conclusion:** Catgut embedding therapy is only effective in reducing pain and improving mobility for patients with musculoskeletal diseases

**Keywords:** Catgut embedding therapy, Musculoskeletal diseases

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Hệ thống cơ xương đóng vai trò quan trọng để tạo ra bộ khung cho cơ thể. Bệnh cơ xương khớp là tình trạng bị suy yếu chức năng của các khớp, dây chằng, cơ bắp, thần kinh, gân và xương sống. Điều này có thể dẫn đến đau và làm giảm khả năng di chuyển, kết quả là có thể ngăn cản thực hiện các hoạt động hàng ngày. Tồn thương cơ xương khớp để lại di chứng, ảnh hưởng lớn tới sức khỏe và sinh hoạt hàng ngày của người bệnh. Các bệnh cơ xương khớp khi chúng tôi thực hiện nghiên cứu tại khoa cụ thể là hội chứng cánh tay cổ, đau lưng và đau lưng kèm đau dây thần kinh tọa, đau gối.



Hội chứng cánh tay cổ theo YHHĐ là một nhóm các triệu chứng lâm sàng liên quan đến các bệnh lý cột sống cổ có kèm theo các rối loạn chức năng rễ, dây thần kinh cột sống cổ và/hoặc tủy cổ. Tùy theo mức độ và vị trí tổn thương, bệnh nhân có những rối loạn cảm giác và vận động do các rễ thần kinh thuộc đám rối thần kinh cánh tay chi phối. Thường gặp đau hoặc tê sau gáy lan xuống vai tay, có thể đơn độc hoặc kết hợp với yếu, giảm trương lực các cơ tương ứng với các rễ thần kinh bị tổn thương chi phối. Nguyên nhân thường gặp nhất là do thoái hóa cột sống cổ (70 - 80%) và thoát vị đĩa đệm cột sống cổ (20 – 25%) .Theo YHCT, hội chứng cánh tay cổ được xếp vào phạm vi Chứng Tý[1], [3].

Đau lưng, đau lưng kèm đau dây thần kinh tọa theo YHHĐ là một bệnh lý do rất nhiều nguyên nhân gây ra chủ yếu là nguyên nhân cơ học: căng giãn cơ, dây chằng cạnh cột sống quá mức; thoái hóa cột sống; thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng; trượt thân đốt sống, dị dạng thân đốt sống, loãng xương nguyên phát,... Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, mọi ngành nghề nhưng hay gặp ở lứa tuổi trung niên, người già và hiện nay đang có xu hướng ngày càng trẻ hóa do lối sống thiếu vận động. Đau lưng kèm đau dây thần kinh tọa xảy ra khi dây thần kinh này bị kích thích hoặc chèn ép. Con đau thường chạy dọc theo đường đi của dây thần kinh tọa, bắt đầu từ đau tại cột sống thắt lưng, sau đó lan đến hông, mông, mặt sau của đùi, xuống cẳng chân, gót chân hoặc mu chân, khoảng 60-90% trường hợp bị đau thần kinh tọa là do thoát vị đĩa đệm. Theo YHCT, đau lưng hoặc đau lưng kèm đau dây thần kinh tọa thuộc chứng Yêu thống. [9]

Đau khớp gối là tình trạng xuất hiện những cơn đau ở gối và khu vực xung quanh. Cơn đau thường bắt nguồn từ những vấn đề ở chính khớp gối hoặc từ các mô mềm, dây chằng, gân, túi hoạt dịch bao quanh đầu gối. Theo YHCT, đau gối gọi là Chứng tý hoặc Hạc tất phong.[2]

Nguyên nhân các bệnh cơ xương khớp theo YHCT chia làm 3 nhóm: ngoại nhân do tà khí phong hàn thấp nhiệt ở ngoài xâm nhập vào cơ thể, đóng bít ngăn trở kinh lạc, khí huyết vận hành không thông lợi; nội nhân do lao lực quá độ, người già yếu hoặc mắc bệnh lâu ngày làm thận tinh bị suy tổn, can huyết hư không nuôi dưỡng được kinh mạch mà sinh bệnh; bất nội ngoại nhân do chấn thương, sai tư thế làm cho khí trệ huyết ứ ảnh hưởng đến sự vận hành của khí huyết[2].

Các bệnh cơ xương khớp là một bệnh rất thường gặp trên lâm sàng, có thể gặp ở mọi lứa tuổi, mọi giới tính[1]. **Bệnh cơ xương khớp** là tình trạng bị suy yếu chức năng của các khớp, dây chằng, cơ bắp, thần kinh, gân và xương sống làm cho người bệnh cảm giác không thoải mái gây sự căng cơ hay đau làm giảm khả năng di chuyển, kết quả là có thể ngăn cản bạn thực hiện các hoạt động hàng ngày[2].

Để điều trị chứng bệnh này, y học hiện đại cũng như YHCT có rất nhiều phương pháp khác nhau như dùng thuốc giảm đau, phong bế thần kinh, phẫu thuật, xoa bóp bấm huyệt, châm cứu, phục hồi chức năng, ... Trong đó cây chi của YHCT là một phương pháp châm cứu cải tiến, ứng dụng tiến bộ của khoa học kỹ thuật với nền tảng là hệ thống lý luận của châm cứu truyền thống, là kỹ thuật cao của châm cứu Việt Nam, có hiệu quả được ứng dụng rộng rãi hiện nay trên lâm sàng [2],[8]. Để đánh giá hiệu quả điều trị giảm đau của các bệnh cơ xương khớp bằng phương pháp cây chi tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị giảm đau trong các bệnh cơ xương khớp do bằng phương pháp châm cứu tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Người bệnh là người lớn đến khám và điều trị ngoại trú tại khoa YHCT Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 04/2023 đến 10/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định mắc các bệnh cơ xương khớp dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán sau:

- Có biểu hiện lâm sàng của hội chứng thắt lưng – hông, hội chứng vai gáy, viêm khớp dạng thấp, viêm quanh khớp vai, đau do thoái hóa khớp, đau lưng

- Có phim X quang/MRI và được xác định có hình ảnh thoái hóa, thoát vị đĩa đệm

Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân bỏ điều trị khi chưa kết thúc liệu trình

điều trị. Những bệnh nhân có hình ảnh trượt đốt sống trên phim X-quang.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp cắt ngang mô tả, so sánh trước và sau điều trị trên bệnh nhân có bệnh cơ xương khớp.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Chọn toàn bộ bệnh nhân đến khám và điều trị ngoại trú tại khoa YHCT-PHCN Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 04/2023 đến 10/2023 thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu để đưa vào nghiên cứu. Cỡ mẫu chúng tôi thu được là 45 bệnh nhân.

Phương pháp tiến hành nghiên cứu:

- Khám và chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn nghiên cứu.
- Bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp cấy chỉ: cách 2-4 tuần cấy chỉ 1 lần, liệu trình 2 lần cấy chỉ

- Công thức huyết cấy chỉ các bệnh cơ xương khớp khi tiến hành nghiên cứu

Hội chứng cánh tay cổ: Giáp tích C7, Phong trì, Thiên trụ, Thiên tông, Đại chùy, Kiên trung du, Kiên tinh, Kiên trinh, Kiên ngưng, Khúc trì, Tiểu hải, Ngoại quan, Hợp cốc, A thị huyết.

Đau lưng và đau lưng kèm đau dây thần kinh tọa: Giáp tích L3-L5, Thận du, Đại trường du, Trật biên, Hoàn khiêu, Thừa phù, Ủy trung, Thừa sơn, Côn lân, Dương lăng tuyền, Tam âm giao, Túc tam lý, A thị huyết

Đau gối: Phong thị, Huyết hải, Lương khâu, Độc ty, Tật nhãn, Dương lăng tuyền, Âm lăng tuyền, Phong long, Túc tam lý, Giải khê, Côn lân, Thái xung, A thị huyết.

- Đánh giá kết quả điều trị và xác định các yếu tố liên quan: Đánh giá mức độ cải thiện triệu chứng đau theo thang điểm VAS và khả năng tự chăm sóc cá nhân. Phân loại mức độ đau như sau:

Mức 0 – 1 điểm: Không đau;

Mức 2 – 4 điểm: Đau ít;

Mức 5– 6 điểm: Đau vừa;

Mức 7 – 8 điểm: Đau nhiều;

Mức 9 – 10 điểm: Rất đau.

- Thời điểm đánh giá: Trước khi điều trị, sau điều trị 1 liệu trình

- Tiêu chuẩn đánh giá kết quả giảm đau:

+ Kết quả tốt: từ 0-1, hết đau hoặc đau rất ít.

+ Kết quả khá: từ 2-4, đau ít.

+ Kết quả TB: từ 5-6, đau vừa.

+ Kết quả kém: từ 7-10, đau nhiều hoặc tăng lên.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Thu thập số liệu qua bộ câu hỏi thiết kế sẵn và hồ sơ bệnh án. Nhập liệu, phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

## III.KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.1. Phân bố người bệnh theo một số đặc điểm nhân khẩu học**

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ %
Tuổi	< 40 tuổi	03	6,7
	40 - 60 tuổi	18	40,0
	> 60 tuổi	24	53,3
Giới	Nam	26	57,8
	Nữ	19	42,2
Nơi ở	Thành thị	39	86,7
	Nông thôn	06	13,3
Nghề nghiệp	Nông dân	01	2,2
	Công nhân	06	13,3
	Cán bộ viên chức	24	53,3
	Kinh doanh, buôn bán	04	8,9
	Khác	10	22,2

Trong nghiên cứu, nhóm tuổi 40 – 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 40,0%. Tỷ lệ bệnh nhân nam (57,8%) cao hơn bệnh nhân nữ (42,2%). Đa số bệnh nhân sống ở thành thị (86,7%). Đối tượng nghiên cứu là cán bộ viên chức chiếm tỷ lệ cao nhất (53,3%).

**Bảng 3.2. Tình hình bệnh cơ xương khớp của bệnh nhân trước khi điều trị**

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ %
Tình hình bệnh cơ xương khớp (N = 45)	Đau cổ vai gáy	26	57,8
	Đau lưng, đau dây thần kinh tọa	17	37,8
	Đau gối	02	4,4
Tiền sử thoái hóa cột sống/ khớp (N = 45)	Có	29	64,4
	Không	16	35,6
Hình ảnh X-quang (N=45)	Thoái hóa	32	71,1
	Xẹp đốt sống	0	0
	Khác	13	28,9
Nguyên nhân (N=45)	Thoái hóa	32	71,1
	Cơ cơ	11	24,4
	Khác	02	4,4

Tình hình bệnh cơ xương khớp khi thực hiện nghiên cứu thường gặp nhất là đau cổ vai gáy (57,8%), tiếp theo là đau lưng, đau dây thần kinh tọa (37,8%), còn lại đau gối (4,4%). Đa số bệnh nhân có hình ảnh X-quang là thoái hóa (71,1%) và nguyên nhân gây đau do thoái hóa cũng cao nhất (71,1%).

**Bảng 3.3. Đặc điểm đau cơ xương khớp của bệnh nhân trước khi điều trị**

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ %
Tính chất đau (N = 45)	Đau tại chỗ	45	100,0
	Đau lan nơi khác	23	51,1
	Đau tăng khi vận động	41	91,1
Dấu hiệu kèm theo (N = 45)	Tê nặng mỗi	30	66,7
	Hạn chế vận động	43	95,6
	Khác	12	26,7

Trước khi điều trị, toàn bộ bệnh nhân đều có triệu chứng đau tại chỗ, phần lớn bệnh nhân có biểu hiện đau tăng khi vận động (91,1%) và có 51,1% bệnh nhân đau lan đi nơi khác. Đa số bệnh nhân đều bị hạn chế vận động (95,6%), có 66,7% bệnh nhân kèm tê nặng mỗi và 26,7% bệnh nhân có kèm triệu chứng khác.

### 3.2. Đánh giá kết quả điều trị

**Bảng 3.4. Đánh giá sự cải thiện mức độ đau của người bệnh (theo thang điểm VAS)**

Mức độ đau (VAS)	TĐT (%)	SĐT lần 1 n (%)	SĐT lần 2 n (%)	p
Hết đau hoặc đau rất ít (0-1)	0 (0,0)	0(0,0)	5 (11,1)	<0,001
Đau ít (2 – 4)	0 (0,0)	18(40,0)	37 (82,2)	
Đau vừa (5 – 6)	17 (37,8)	26 (57,8)	03 (6,7)	
Đau nhiều (7 – 8)	28 (62,2)	01 (2,2)	0 (0,0)	
Tổng	45 (100)	45 (100)	45 (100)	

Trước khi điều trị, tất cả bệnh nhân có mức độ đau là đau vừa (37,8%) và đau nhiều (62,2%). Sau 2 lần điều trị, đa số bệnh nhân có mức độ đau là đau ít (82,2%), không còn bệnh nhân đau nhiều. Sự cải thiện mức độ đau có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.5. Thay đổi điểm mức độ đau trung bình của bệnh nhân (thang điểm VAS)**

Thời điểm	Điểm đau theo VAS (điểm)				p*
	n	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung bình khác biệt	
Trước điều trị	45	6,84	0,928	0	-
Sau điều trị lần 1	45	4,89	1,049	-1,956 ± 0,10	<0,001
Sau điều trị lần 2	45	2,87	1,198	-3,978 ± 0,15	<0,001

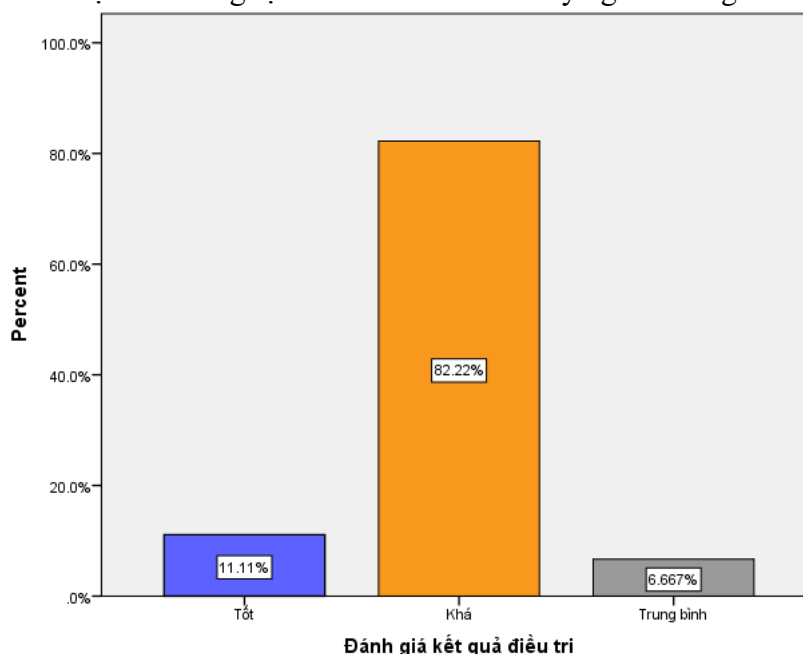
*\*Paired-Samples T Test*

Sau điều trị lần 1, điểm đau trung bình của bệnh nhân đã giảm 1,956 điểm so với trước khi điều trị (từ 6,84 còn 4,89 điểm). Sau điều trị lần 2, điểm đau trung bình giảm 3,978 điểm so với trước khi điều trị. Sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.6. Đánh giá sự cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày**

Chăm sóc cá nhân (CSCN)	TĐT n (%)	SĐT Lần 1 n (%)	SĐT Lần 2 n (%)	p
Tự CSCN, không đau thêm	0 (0,0)	0 (0,0)	32 (71,1)	<0,001
Tự CSCN nhưng đau thêm	0 (0,0)	34 (75,6)	11 (24,4)	
Vì đau nên CSCN chậm, cẩn thận	30 (66,7)	11 (24,4)	02 (4,4)	
Cần giúp đỡ nhưng phần lớn tự CSCN	15 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>Tổng</b>	<b>45 (100)</b>	<b>45 (100)</b>	<b>45 (100)</b>	

Trước khi điều trị, phần lớn bệnh nhân vì đau nên CSCN chậm, cẩn thận (66,7%) hoặc cần giúp đỡ trong việc CSCN (33,3%). Sau điều trị lần 1, tất cả bệnh nhân đều có thể tự chăm sóc cá nhân. Sự cải thiện khả năng tự chăm sóc cá nhân có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Biểu đồ 3.1. Kết quả điều trị chung của bệnh nhân**

Đa số bệnh nhân đạt kết quả điều trị ở mức khá (82,22%), có 11,11% bệnh nhân kết quả điều trị đạt mức tốt và 6,67% mức độ trung bình. Không có bệnh nhân có mức độ điều trị kém.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân nam (57,8%) cao hơn bệnh nhân nữ (42,2%). Theo chúng tôi, có lẽ do mẫu nghiên cứu còn quá nhỏ so với một điều tra dịch tễ, nên kết quả này chưa phản ánh được tình hình chung về phân bố giới tính ở bệnh nhân bị bệnh cơ xương khớp. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 40 – 60 tuổi (40,0%), tương tự nghiên cứu của Nguyễn Đan Sâm về cây chỉ bệnh hội chứng thắt lưng hông cũng ghi nhận nhóm tuổi 40 – 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (44,33%) [7]. Về nghề nghiệp, đa số bệnh nhân là cán bộ viên chức (53,3%), kết quả này khác với nghiên cứu của Nguyễn Đan Sâm

với đa số bệnh nhân là lao động tay chân [7]. Sự khác biệt này có thể do khác biệt về đặc điểm địa bàn nghiên cứu và cỡ mẫu nghiên cứu, tình hình bệnh nghiên cứu.

Tình hình bệnh cơ xương khớp trong 45 bệnh nhân điều trị bằng phương pháp cấy chỉ tại khoa YHCT-PHCN là đau cổ vai gáy chiếm 57,8%, đau lưng hoặc đau lưng kèm đau thần kinh tọa 37,8%, đau gối 4,4%. Trong đó phần lớn nguyên nhân bệnh cơ xương khớp là do thoái hóa và có hình ảnh X-quang là thoái khớp cột sống/khớp (71,1%).

Trước khi điều trị, 100% bệnh nhân đều cảm thấy đau tại chỗ, hầu hết bệnh nhân đau tăng lên khi vận động (91,1%) và 51,1% bệnh nhân bị đau lan đi nơi khác, ngoài ra còn kèm theo hạn chế vận động (95,6%) và cảm thấy tê nặng mỏi (66,7%). Đây là các triệu chứng gây khó chịu cho bệnh nhân, ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe, khả năng làm việc và sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân. Cũng là lý do trực tiếp khiến bệnh nhân đi khám và điều trị.

Kết quả nghiên cứu cho thấy sau điều trị lần 1, bệnh nhân đau nhiều còn rất thấp (2,2%), tỷ lệ đau vừa là 57,8% và đau ít là 40,0%. Sau điều trị lần 2, tỷ lệ bệnh nhân đau vừa giảm xuống chỉ còn 6,7% và bệnh nhân đau ít là 82,2%, không còn bệnh nhân đau nhiều, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Điểm đau VAS trung bình cũng giảm từ 6,84 điểm còn 4,89 điểm sau điều trị lần 1 (giảm 1,956 điểm), sau điều trị lần 2 giảm còn 2,87 điểm (giảm 3,978 điểm), sự thay đổi có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ . Tương tự với kết quả của BS. Triệu Thanh Bình nghiên cứu tác dụng giảm đau bằng phương pháp cấy chỉ trong điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống sự cải thiện chỉ số VAS trước nghiên cứu là  $8.23 \pm 1.07$  và sau khi điều trị là  $2.03 \pm 0.97$ , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [6]. Một nghiên cứu về Tác dụng của phương pháp cấy chỉ catgut kết hợp Quyên tý thang trong điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ của tác giả Đỗ Thị Kim Chung và cộng sự được đăng trên Tạp chí Y học Việt Nam số 508, sau 30 ngày điều trị các tác giả đã ghi nhận được kết quả điểm VAS trung bình giảm từ  $5.70 \pm 1.30$  xuống  $1.60 \pm 0.90$  ( $p < 0.05$ ), cải thiện rõ rệt tầm vận động cột sống cổ và mức độ ảnh hưởng sinh hoạt hàng ngày. Từ các kết quả trên, các tác giả đã kết luận rằng cấy chỉ catgut kết hợp với bài thuốc Quyên tý thang trong điều trị đau vai gáy do THCS cổ có tác dụng giảm đau, tăng tầm vận động cột sống cổ và cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày [4]. Theo y học cổ truyền, nguyên nhân chủ yếu trong bệnh cơ xương khớp do phong hàn thấp xâm nhập vào lúc cơ thể mệt mỏi, dương khí suy yếu, vệ khí không đầy đủ, tẩu lý sơ hở, các tà khí thừa cơ xâm nhập vào bì phu, kinh lạc dẫn tới sự vận hành của khí huyết bị bế tắc ngưng trệ gây nên đau và hạn chế vận động “bất thông tắc thống”. Do đó phép chữa chủ yếu là khu phong trừ thấp, thông kinh hoạt lạc, bổ dưỡng can thận để khí huyết được lưu thông, dương khí đầy đủ và đuổi được tà khí ra ngoài [2]. Theo cơ chế thần kinh sinh học, cấy chỉ có tác dụng giảm đau dựa trên các phản ứng: phản ứng tại chỗ thông qua việc giải phóng encephalin và endorphin cục bộ, dưỡng bào (mast cell) trong mô liên kết tại chỗ châm; phản xạ thân thể - tự chủ ở tiết đoạn tủy sống; phản xạ thân thể - tự chủ ở mức não bộ; phản ứng toàn thân theo cơ chế thần kinh – thể dịch để điều tiết các chức năng của cơ thể. Bên cạnh đó cấy chỉ còn có tác dụng tăng chuyển hóa mạnh mẽ bởi vì chỉ cấy vào đóng vai trò là một protein tự tiêu trong quá trình chỉ tự tiêu tạo ra các phản ứng hóa sinh tại chỗ như: tăng tái tạo protein và carbohydrat, giảm dị hóa, tăng đồng hóa, tăng protein, giống acid lactic, tăng dinh dưỡng cho cơ, tăng sinh lưới mao mạch, cải thiện tuần hoàn máu ở vùng cấy chỉ, sản sinh những sợi thần kinh mới trong bó cơ [8].

Trước khi điều trị hầu hết bệnh nhân phải CSCN chậm vì đau hoặc cần người khác giúp đỡ, sau điều trị lần 1 thì tất cả bệnh nhân đều có thể tự CSCN trong đó 75,6% bệnh nhân có thể tự CSCN nhưng đau xuất hiện thêm và 24,4% bệnh nhân đau nên CSCN chậm, cẩn thận. Sau điều trị lần 2, phần lớn bệnh nhân có thể tự CSCN mà không đau thêm 71,1%, chỉ còn 24,4% bệnh nhân cảm thấy đau thêm khi tự CSCN và 4,4% bệnh nhân đau nên CSCN chậm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả này cho thấy, việc điều trị bệnh cơ xương khớp bằng cấy chỉ đã mang lại hiệu quả thực tế, giúp phục hồi chức năng vận động và cải thiện khả năng tự CSCN cho người bệnh.

Biểu đồ 3.1 cho thấy sau đợt điều trị, kết quả điều trị mức độ tốt và khá chiếm tỷ lệ lần lượt là 11,1% và 82,22%, mức độ trung bình chỉ chiếm 6,67% và không có mức độ kém. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Vũ Văn Đại và cộng sự đã thực hiện nghiên cứu đánh giá

tác dụng của cây chỉ catgut kết hợp thuốc Rheumapain trên bệnh nhân hội chứng thắt lưng hông, ghi nhận được bệnh nhân đạt kết quả điều trị tốt là 41.2%, khá chiếm 55.9%, trung bình chiếm 2.9%, không có bệnh nhân đáp ứng kém. Kết quả đánh giá chung của nhóm cây chỉ kết hợp thuốc tốt hơn nhóm chỉ sử dụng thuốc[5]. Kết quả này đã góp thêm phần khẳng định cây chỉ là phương pháp điều trị không dùng thuốc có tác dụng tốt tới điều trị các bệnh cơ xương khớp, vừa hiệu quả, an toàn, ít tổn kém, tiết kiệm thời gian đi lại, giảm đau nhanh và cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

#### **V.KẾT LUẬN**

Qua nghiên cứu tác dụng giảm đau bằng phương pháp cấy chỉ trên 45 bệnh nhân có bệnh cơ xương khớp, chúng tôi rút ra kết luận như sau: Phương pháp châm cứu có tác dụng giảm đau và cải thiện khả năng vận động cho bệnh nhân có bệnh cơ xương khớp. Kết quả điều trị 11,1% xếp loại tốt, 82,22% xếp loại khá, 6,667% xếp loại trung bình, không có xếp loại kém.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- [1] Bộ môn Nội – Trường Đại học Y Hà Nội (2016), “Thoái hóa khớp”, Bệnh học Nội khoa tập 2, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, trang 188 – 197.
- [2] Bộ môn Y học cổ truyền (2019), Bài giảng Y học cổ truyền, Trường đại học Y Dược Cần Thơ.
- [3] Bộ Y Tế (2020), Quyết định số 5013/QĐ-BYT - 01/12/2020 của Bộ Y tế về việc Ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại” tập 1.
- [4] Chung, Đ. T. K., & Hà, N. T. T. (2021). Tác dụng của phương pháp cấy chỉ catgut kết hợp Quyên tý thang trong điều trị đau vai gáy do thoái hoá cột sống cổ. Tạp chí Y học Việt Nam, 508(2).
- [5] Đại, V. V., Hung, B. T., & Phong, L. H. (2021). Đánh giá tác dụng của cây chỉ catgut kết hợp thuốc rheumapain trên bệnh nhân hội chứng thắt lưng hông do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. Journal of 108-Clinical Medicine and Pharmacy.
- [6] "Đánh giá tác dụng của phương pháp Cấy chỉ trong điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống tại BV YHCT Kiên Giang" - Chủ nhiệm Bs.Triệu Thanh Bình.
- [7] "Đánh giá tác dụng của phương pháp cấy chỉ Catgut điều trị hội chứng thắt lưng hông tại khoa Y học cổ truyền Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh" - Chủ nhiệm BsCKI Nguyễn Đan Sâm, cộng sự: CN Trần Thị Tuyết.
- [8] Trịnh Thị Diệu Thường (2020), Cây chỉ cơ bản trong thực hành lâm sàng, tr. 1 – 10, NXB Y học, TP. HCM.
- [9] Quyết định số 5013/ QĐ-BYT của Bộ y tế ngày 01/12/2020 về việc Ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo Y học cổ truyền, kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại”.

# ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT CẮT ĐẠI TRỰC TRÀNG NỘI SOI BẰNG GÂY TÊ MẶT PHẪNG CƠ NGANG BỤNG (TAP BLOCK) DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

Nguyễn Thị Kim Loan, Trương Triều Phong,  
Tư Nguyễn Anh Duy, Nguyễn Thiện Tuấn

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Kỹ thuật nội soi ngày càng phát triển trong chẩn đoán và điều trị bệnh. Kỹ thuật này cũng được áp dụng nhiều trong phẫu thuật cắt đại trực tràng. Với xu hướng giảm đau đa mô thức và phát triển giảm đau không opioids, phong bế qua các lớp cân bụng (Transverse Abdominis Plane Block) viết tắt là TAP block được sử dụng để giảm đau sau mổ như một thành phần của giảm đau đa mô thức. TAP block giúp làm giảm nhu cầu sử dụng thuốc phiện trong 24 giờ đầu sau mổ, rút ngắn thời gian nằm viện và giúp bệnh nhân hồi phục sớm hơn.

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật đại tràng nội soi bằng gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng (TAP block) dưới hướng dẫn của siêu âm và các dụng cụ không mong muốn của hai nhóm nghiên cứu.

**Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi thực hiện nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng. Thực hiện phong bế qua các lớp cân bụng dưới hướng dẫn của siêu âm cho 60 bệnh nhân chia làm hai nhóm: nhóm chứng và nhóm TAPB nhận bupivacaine 0,25% 2mg/kg chia đều cho 2 bên. Biến số thu thập là thang điểm đau VAS, tổng lượng morphine sử dụng trong 24 giờ, các tác dụng phụ không mong muốn.

**Kết quả:** Nhóm TAPB làm giảm lượng morphine sử dụng 24 giờ đầu sau mổ và làm giảm thang điểm VAS sau mổ so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $P < 0,05$ , giảm tác dụng phụ không mong muốn. **Kết luận:** Gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng (TAP block) dưới hướng dẫn của siêu âm sau phẫu thuật cắt đại trực tràng nội soi giảm đau hiệu quả 24 giờ đầu sau mổ, tổng liều morphin giảm, giảm các tác dụng phụ không mong muốn, đạt được điểm đau VAS mong muốn, an toàn, ít biến chứng.

**Từ khóa:** phong bế các lớp cân bụng, phẫu thuật đại trực tràng

## ASSESSING THE PAIN REDUCING EFFECT OF TRANSVERSUS ABDOMINIS PLANE BLOCK AFTER LAPAROSCOPIC COLORECTAL SURGERY UNDER ULTRASOUND GUIDED

### ASBTRACT

**Background:** Endoscopic techniques are increasingly developing in disease diagnosis and treatment. This technique is also widely applied in colorectal surgery. With the trend of multimodal pain relief and the development of non-opioid pain relief, Transverse Abdominis Plane Block (TAP block) is used to reduce postoperative pain as a component of multimodal analgesia paradigm. TAP block helps reduce the need for opioids in the first 24 hours after surgery, shortening hospital stays and helping patients recover sooner.

**Objectives:** Evaluate the effectiveness of pain relief after laparoscopic colon surgery using transversus abdominis plane anesthesia (TAP block) under ultrasound guidance and unwanted side effects of two research groups.

**Methods:** We performed a randomized controlled clinical study. Performing blockade through the abdominal fascia layers under ultrasound guidance for 60 patients divided into two groups: control group and TAPB group receiving bupivacaine 0.25% 2mg/kg divided equally on both sides. Variables collected were VAS pain scale, total amount of morphine used in 24 hours, and unwanted side effects.

**Results:** The TAPB group reduced the amount of morphine used in the first 24 hours after surgery and reduced the postoperative VAS score compared to the control group, the difference was statistically significant with  $P < 0.05$ , reducing unwanted effects. **Conclusions:** Transversus abdominis plane anesthesia (TAP block) under ultrasound guidance after laparoscopic colorectal surgery effectively reduces pain in the first 24 hours

after surgery, reduces the total dose of morphine, and reduces unwanted side effects achieve the desired VAS pain score, safely, with few complications.

**Keywords:** TAP block, colorectal surgery

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kỹ thuật nội soi ngày càng phát triển trong chẩn đoán và điều trị bệnh. Kỹ thuật này cũng được áp dụng nhiều trong phẫu thuật cắt đại trực tràng. Đau sau mổ mặc dù được cả thầy thuốc và bệnh nhân đặc biệt quan tâm nhưng việc điều trị vẫn chưa như mong muốn. Giảm đau sau mổ không chỉ giúp người bệnh giảm đau đớn mà còn giúp người bệnh phục hồi sớm sau mổ, góp phần quan trọng vào thành công của phẫu thuật.

Với xu hướng giảm đau đa mô thức và phát triển giảm đau không opioids, phong bế qua các lớp cân bụng (Transverse Abdominis Plane Block) viết tắt là TAP block được sử dụng để giảm đau sau mổ như một thành phần của giảm đau đa mô thức. TAP block là kỹ thuật gây tê ngoại vi, không ức chế giao cảm, ít tác dụng không mong muốn, tác dụng giảm đau thành bụng khá tốt đặc biệt 24 giờ đầu sau mổ.

Nhiều nghiên cứu ở nước ngoài cho thấy TAP block làm giảm điểm đau, giảm liều thuốc phiện sử dụng sau phẫu thuật bụng như mổ bắt con, cắt tử cung, cắt ruột thừa ở trẻ em, cắt đại trực tràng. Trong phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng, tuy TAP block chưa được nghiên cứu nhiều nhưng các tác giả đều nhận thấy TAP block giúp làm giảm nhu cầu sử dụng thuốc phiện trong 24 giờ đầu sau mổ, rút ngắn thời gian nằm viện và giúp bệnh nhân hồi phục sớm hơn.

Tại Việt Nam có rất ít nghiên cứu về phương pháp giảm đau này cho người bệnh sau mổ cắt đại trực tràng nội soi, đặc biệt là nghiên cứu các tác dụng không mong muốn của phương pháp này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

1. Đánh giá hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật đại tràng nội soi bằng gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng (TAP block) dưới hướng dẫn của siêu âm.
2. Tỷ lệ các dụng phụ không mong muốn của hai nhóm nghiên cứu.

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng.

Cỡ mẫu: Được tính theo công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu lâm sàng có nhóm chứng so sánh hai số trung bình

$$n = \frac{(z_{1-\beta} + z_{1-\alpha/2})^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Trong đó

n: số lượng mẫu tối thiểu cần có

$\sigma_1$  và  $\sigma_2$ : độ lệch chuẩn của nhóm 1 và nhóm 2  $\mu_1$  và  $\mu_2$ : trung bình của nhóm 1 và nhóm 2

$\alpha$ : xác suất sai lầm loại I

$\beta$ : xác suất sai lầm loại II

Với:  $\alpha = 0.01$  thì  $Z_{1-\alpha/2} = 2.575$

$\beta = 0.01$  thì  $Z_{1-\beta} = 2.33$

Theo nghiên cứu của Carney trung bình tổng lượng morphin sử dụng trong 24 giờ đầu sau mổ ở nhóm có TAP block và nhóm chứng lần lượt là  $21,1 \pm 12,7$  và  $39,6 \pm 15,7$  (mg)[6], chúng tôi tính được  $n = 28,7$ . Do đó chúng tôi chọn 30 trường hợp cho mỗi nhóm.

Chọn mẫu:

Giải thích cho bệnh nhân tham gia nghiên cứu tiến hành bốc thăm để chọn nhóm nghiên cứu:

- Nhóm chứng ( $n_1 = 30$  bệnh nhân): Bệnh nhân sẽ được giảm đau sau mổ bằng Morphin tĩnh mạch theo phương pháp bệnh nhân tự kiểm soát Patient-Controlled Analgesia (PCA) với 1mg/ml, bolus 1ml, thời gian khóa 8 phút.



- Nhóm TAPB (n2 = 30 bệnh nhân): Bệnh nhân sẽ được giảm đau sau mổ bằng gậy tê mặt phẳng cơ ngang bụng dưới hướng dẫn của siêu âm ngay khi kết thúc cuộc mổ với Bupivacain 0,25% 2mg/kg chia đều cho 2 bên.

## 2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Tất cả bệnh nhân mổ cắt đại trực tràng nội soi, ASA I-III, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Có tiền sử dị ứng hoặc chống chỉ định với các thuốc dùng trong nghiên cứu
- Có tiền sử phẫu thuật vùng bụng hoặc bất thường cấu trúc giải phẫu vùng bụng qua siêu âm.
- Nghiện morphin, nhiễm trùng da vùng gậy tê.

## 3. Tiến hành nghiên cứu

*\* Thăm khám, đánh giá và tư vấn trước mổ.*

Bệnh nhân được khám tiền mê.

Giải thích cho bệnh nhân về đau sau mổ, hướng dẫn bệnh nhân sử dụng thước đánh giá mức độ đau (theo VAS), máy PCA giảm đau chủ động và cách ấn.

Giải thích cho bệnh nhân tham gia nghiên cứu tiến hành bốc thăm để chọn nhóm gậy tê cho bệnh nhân, tiến hành gậy tê.

*\* Phương tiện vật liệu nghiên cứu:*

Bupivacain 20mg/4ml, adrenaline 1mg/1ml, fentanyl 100mcg/2ml, midazolam 5mg/ml, ephedrine 30mg/ml, SMOFlipid 20% 250ml, 01 bơm tiêm nhựa 20ml, máy theo dõi LifeScope 8 hãng Nihon Kohden, máy PCA, morphine 10mg/ml, thước đo độ đau VAS của hãng B/Braun, các thuốc và phương tiện hồi sức cấp cứu, máy siêu âm đầu dò linear tần số 5 - 12 MHz chuyên dụng cho gậy tê thần kinh. Kim gậy tê vùng Stimuplex 21G của công ty B/Braun

*\* Phương pháp tiến hành*

- Bệnh nhân được thăm khám tiền gậy mê.
- Giải thích cho bệnh nhân về đau sau mổ, hướng dẫn bệnh nhân sử dụng thước đánh giá mức độ đau (theo VAS), máy PCA giảm đau chủ động và cách ấn.
- Giải thích cho bệnh nhân tham gia nghiên cứu tiến hành bốc thăm để chọn nhóm nghiên cứu.

- Tại phòng mổ bệnh nhân được đặt đường truyền tĩnh mạch kim 18G, theo dõi độ bão hòa oxy qua mạch này, điện tâm đồ, huyết áp động mạch không xâm lấn, áp lực CO2 cuối kỳ thở ra, lượng nước tiêu qua ống thông tiêu. Tất cả bệnh nhân được gậy mê theo phác đồ gậy mê gồm fentanil 2mcg/kg TM, propofol 1% 2-3mg/kg TM, rocuronium 0,6mg/kg TM và được duy trì mê với sevofluran, rocuronium, fentanil.

- Khi kết thúc cuộc mổ chuyển bệnh nhân đến phòng săn sóc đặc biệt. Tất cả bệnh nhân được giảm đau với paracetamol 1g TTM mỗi 8 giờ cùng với lắp máy PCR để bệnh nhân giảm đau chủ động bằng morphine. (Cách pha morphine PCA là 50mg/50ml morphine liều bolus 1mg/ml thời gian block 8 phút).

*\* Tại phòng hồi tỉnh*

- Theo dõi mức độ đau của bệnh nhân theo thang điểm VAS 24 giờ sau mổ.
- Lượng morphine tiêu thụ qua PCA qua các giờ.
- Các tác dụng phụ không mong muốn

## 4. Xử lý số liệu

Tất cả các biến số nghiên cứu được ghi nhận vào một bảng thu thập số liệu được soạn sẵn, mỗi trường hợp một phiếu. Tất cả các số liệu được thu thập được thống kê và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Các biến số liên quan đến tai biến, tác dụng phụ, phân độ ASA được trình bày bằng tỉ lệ phần trăm (%). So sánh tỉ lệ giữa hai nhóm can thiệp và nhóm chứng bằng phép kiểm chi bình phương ( $\chi^2$ ). Các biến số liên quan đến đặc điểm chung, thời gian, mạch, huyết áp, điểm đau VAS, liều morphine được trình bày bằng số trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn. So sánh hai số trung bình của hai nhóm bằng phép kiểm student (t-test). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$

### III. KẾT QUẢ

#### 3.1. Đặc điểm chung của nghiên cứu

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu**

Nhóm Đặc điểm	Nhóm chứng (n = 30)	TAP block (n = 30)	Giá trị p
Tuổi (năm)	58,5±8,6	57,7±13	0,79
Cân nặng (kg)	56,6±5,4	55,6±4,8	0,99
Chiều cao (cm)	160±3,6	159±3,5	0,64
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	22±2,4	21,8±1,6	0,62
Phân độ ASA ASA I (%) ASA II (%)	16 14	18 12	0,79
Thời gian phẫu thuật(phút)	206±29	215±58	0,45

Đặc điểm chung về dân số nghiên cứu của 2 nhóm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

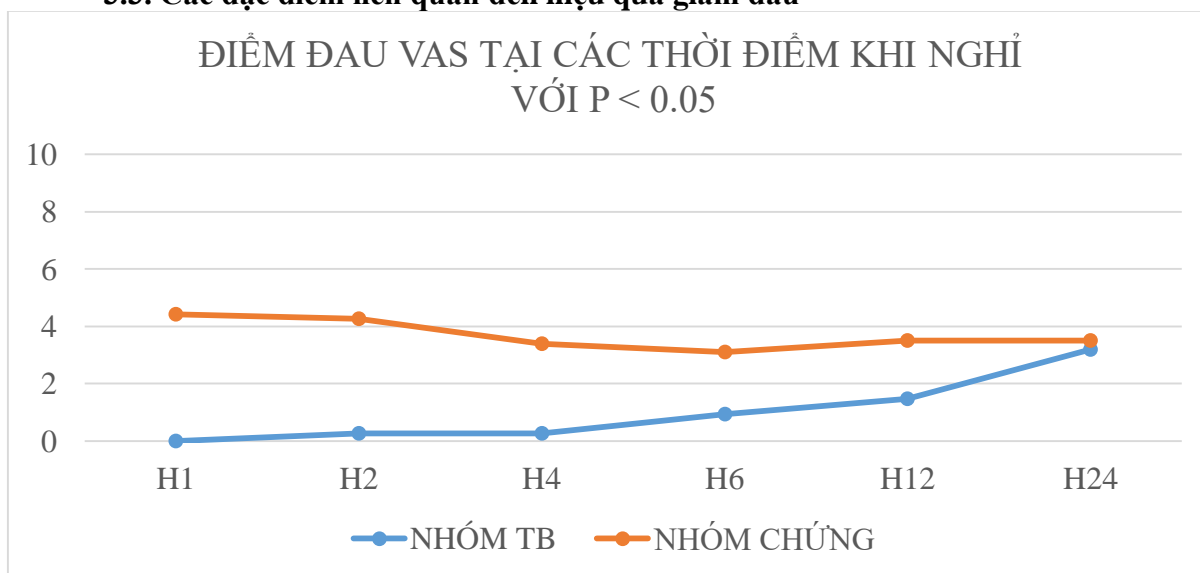
#### 3.2. Tổng liều morphin sau mổ

**Bảng 3.2. Trung bình liều morphin sử dụng 24 giờ sau mổ**

Nhóm Thời điểm	Nhóm chứng (n = 30)	TAP block (n = 30)	Giá trị p
Sau mổ 24 giờ (mg)	30,4 ± 2,3	20,2 ± 2,1	< 0,05

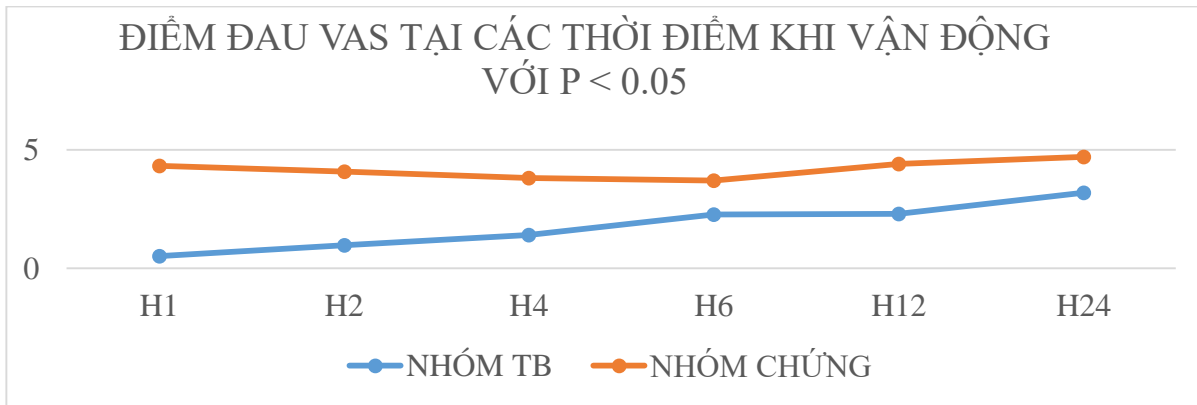
Tổng liều morphin 24 giờ sau mổ của nhóm TAP block 20,2 ± 2,1 so với nhóm chứng là 30,4 ± 2,3, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

#### 3.3. Các đặc điểm liên quan đến hiệu quả giảm đau



**Hình 3.1. Điểm đau VAS 24 giờ sau mổ khi nghỉ ngơi**

Sự khác biệt về điểm đau VAS 24 giờ sau mổ khi nghỉ ngơi tại các thời điểm có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

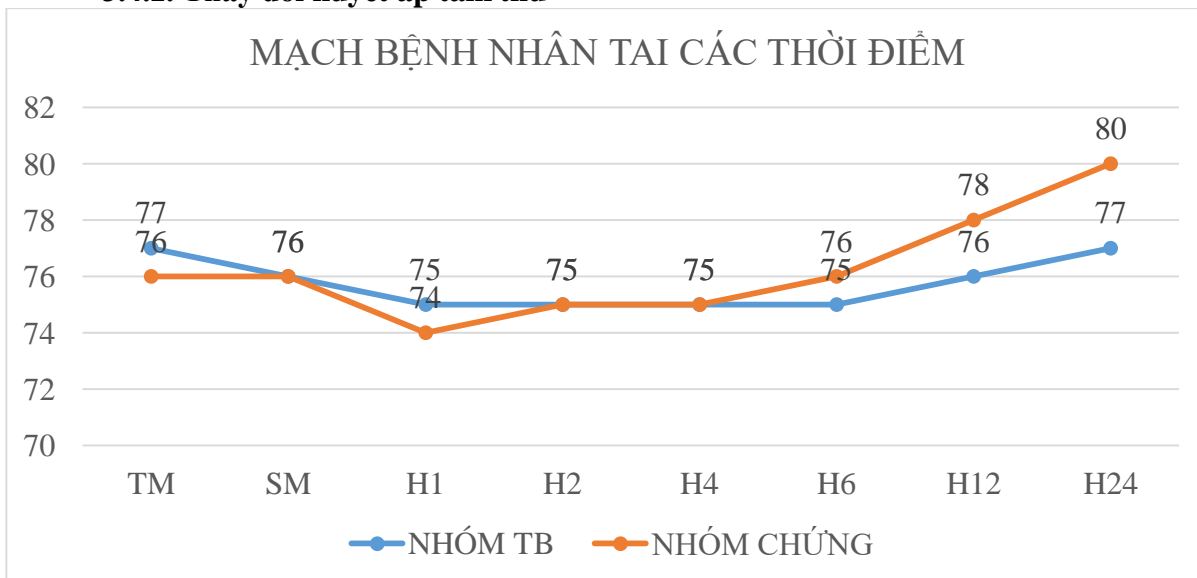


**Hình 3.2. Điểm đau VAS 24 giờ sau mổ khi vận động**

Sự khác biệt về điểm đau VAS 24 giờ sau mổ khi vận động tại các thời điểm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### 3.4. Các đặc điểm liên quan đến sinh hiệu

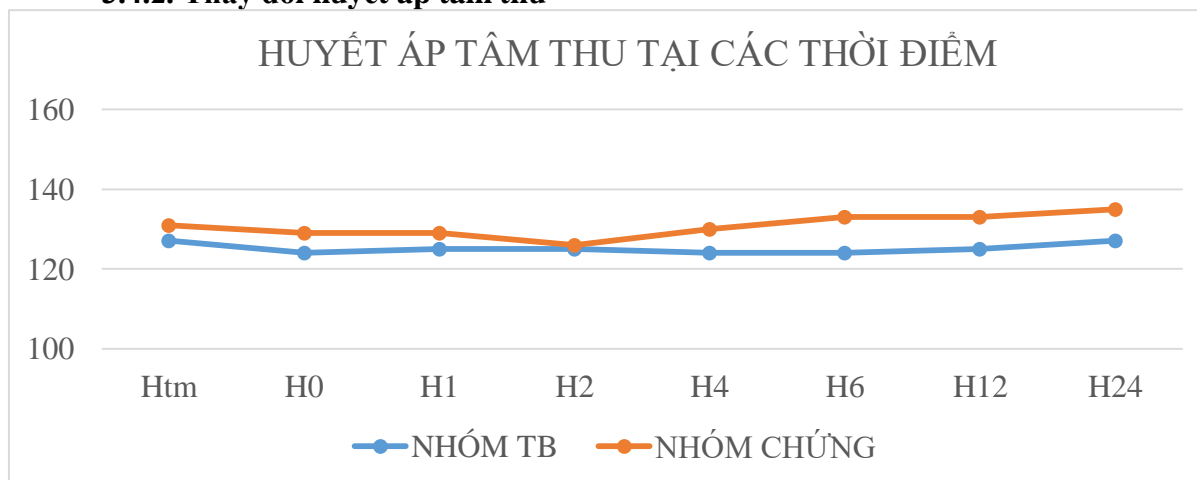
#### 3.4.2. Thay đổi huyết áp tâm thu



**Hình 3.3. Mạch của bệnh nhân ở hai nhóm tại các thời điểm**

Sự khác biệt về mạch tại các thời điểm của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

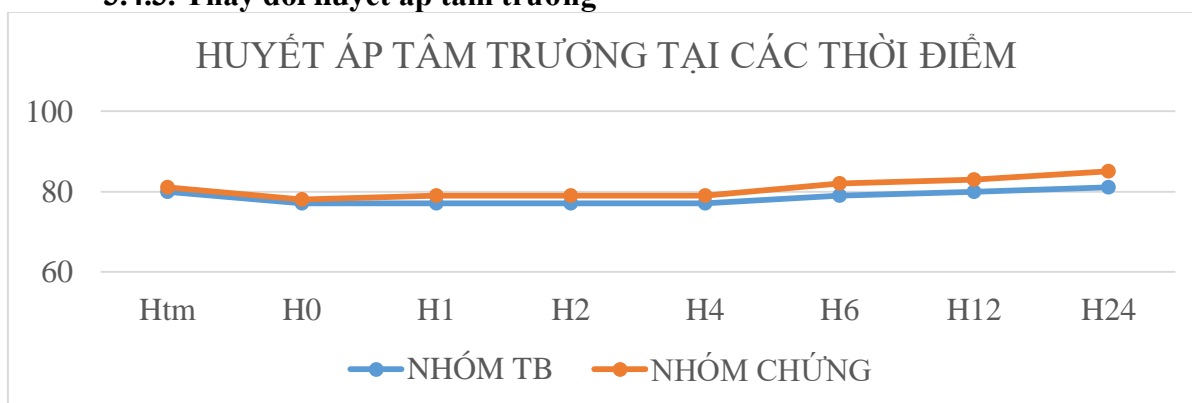
#### 3.4.2. Thay đổi huyết áp tâm thu



**Hình 3.4. Huyết áp tâm thu của bệnh nhân tại các thời điểm**

Sự khác biệt về huyết áp tâm thu tại các thời điểm của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

### 3.4.3. Thay đổi huyết áp tâm trương



**Hình 3.5. Huyết áp tâm trương của bệnh nhân tại các thời điểm**

Sự khác biệt về huyết áp tâm trương tại các thời điểm của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

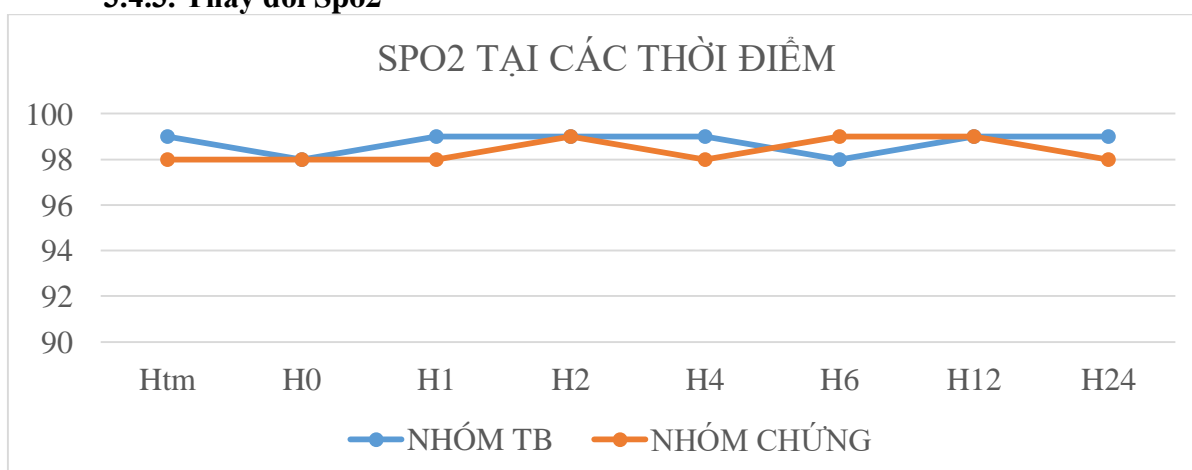
### 3.4.4. Thay đổi nhịp thở

**Bảng 3.3. Nhịp thở của bệnh nhân tại các thời điểm**

Thời điểm	Nhóm	Nhóm chứng (n = 30)	TAP block (n = 30)	Giá trị p
Trước mổ (lần/phút)		16,8±1,1	16,4±0,8	0,16
Sau mổ (lần/phút)		16,9±1,3	16,7±1,1	0,67
Sau mổ 1 giờ (lần/phút)		17±1,1	16,6±1,0	0,40
Sau mổ 2 giờ (lần/phút)		16,9±1,4	19,9±1,2	0,42
Sau mổ 4 giờ (lần/phút)		17,3±1,4	17,3±1,2	0,26
Sau mổ 6 giờ (lần/phút)		17,1±2,3	17,1±1,3	0,12
Sau mổ 12 giờ (lần/phút)		17,6±1,6	17,5±1,2	0,45
Sau mổ 24 giờ (lần/phút)		17,4±1,4	17,9±1,5	0,63

Sự khác biệt về nhịp thở tại các thời điểm của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

### 3.4.3. Thay đổi Spo2



**Hình 3.6. Spo2 của bệnh nhân tại các thời điểm**

Sự khác biệt về spo2 tại các thời điểm của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

### 3.5. Buồn nôn, nôn và ngứa

**Bảng 3.4. Tỷ lệ buồn nôn, nôn và ngứa trong 24 giờ đầu sau mổ**

Nhóm Đặc điểm	Nhóm chứng (n = 30)	TAP block (n = 30)	Giá trị p
Nôn và buồn nôn	11(36,7%)	3(10%)	< 0,05
Ngứa	3(10%)	1(3,3%)	> 0,05

Tỷ lệ nôn và buồn nôn của nhóm TAP là 10% so với nhóm chứng là 36,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### 3.6. Các tai biến liên quan đến TAP Block

Qua 30 trường hợp thực hiện TAP Block dưới hướng dẫn của siêu âm chúng tôi không ghi nhận biến chứng nào liên quan đến kỹ thuật này như : rách gan, thủng ruột, thủng phúc mạc hay ngộ độc thuốc tê.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung của nghiên cứu

Qua phân tích kết quả chúng tôi thấy đặc điểm dân số nghiên cứu như tuổi, ASA, BMI, thời gian phẫu thuật giữa hai nhóm trong nghiên cứu của chúng tôi là tương đồng, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $P > 0,05$ ). Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi 58 tuổi, BMI trung bình là  $22\text{kg}/\text{m}^2$ , thời gian phẫu thuật trung bình 210 phút, tương đương với nghiên cứu tác giả Huỳnh Vĩnh Phúc[1], tác giả walter CJ[8].

### 4.2. Tổng liều morphin sau mổ

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được giảm đau bằng paracetamol 1g mỗi 8 giờ và bệnh nhân tự kiểm soát đau bằng morphin qua PCA 1mg mỗi 8 phút. Trong các nghiên cứu, các tác giả đều đánh giá hiệu quả giảm đau của phương pháp TAP block dựa vào tổng liều morphin sử dụng do bệnh nhân tự điều khiển, vì vậy, kết quả của sự đánh giá này mang tính khách quan và độ tin cậy cao.

Trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình liều morphin sử dụng trong 24 giờ đầu sau mổ ở nhóm TAP block là  $20,2 \pm 2,1$  và nhóm chứng là  $30,4 \pm 2,3$ , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $P < 0,05$ . Điều này chứng tỏ TAP block dưới hướng dẫn siêu âm với bupivacain 0,25% cho hiệu quả giảm đau, làm giảm đáng kể lượng morphin tiêu thụ trong 24 giờ đầu sau mổ cắt đại trực tràng nội soi.

Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả của nhiều nghiên cứu khác trên thế giới và tại Việt Nam. Năm 2008, Carney đã ghi nhận tổng liều morphin tiêu thụ trong 24 giờ đầu sau mổ ở nhóm TAP block là 21,1mg so với 39,6 mg ở nhóm chứng[6]. Năm 2013, Sivapurapu ghi nhận tổng liều morphin ở nhóm TAP block là 22,1 mg so với 29,1 mg ở nhóm chứng[7]. Tương tự nghiên cứu của Huỳnh Vĩnh Phúc năm 2014 trung bình morphin sử dụng 24 giờ đầu là 20 mg so với nhóm chứng là 40mg[1]. Còn tác giả Trương Sáng Kiến đã nghiên cứu và ghi nhận tổng lượng morphin tiêu thụ trong 24 giờ sau mổ ở nhóm TAP block là 21,96mg so với nhóm chứng là 31,06mg[3].

Đau sau mổ cắt đại trực tràng nội soi xuất phát từ nhiều nguồn gốc, bao gồm đau từ vết mổ thành bụng và từ các cấu trúc sâu hơn, do đó cần phải phối hợp nhiều loại thuốc giảm đau với cơ chế tác dụng khác nhau. Để đạt được điểm đau VAS mong muốn, chúng tôi nghiên cứu TAP block như một thành phần của giảm đau đa mô thức với mong muốn giảm liều các thuốc giảm đau đường toàn thân nhằm hạn chế các tác dụng phụ bất lợi của chúng. Sự giảm đáng kể lượng morphin sử dụng trong 24 giờ đầu sau mổ ở nhóm có thực hiện TAP block đã chứng minh hiệu quả giảm đau của kỹ thuật này.

### 4.3. Các đặc điểm liên quan đến hiệu quả giảm đau

Đề lượng giá cường độ đau người ta dùng các thang lượng giá khác nhau. Thang điểm đau VAS được nhiều tác giả lựa chọn vì nó đơn giản dễ thực hiện. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng sử dụng thang điểm đau VAS để đánh giá trạng thái đau của bệnh nhân khi nằm yên

và khi vận động. Điểm đau VAS ở nhóm TAP block thấp hơn nhóm chứng ở mọi thời điểm cả khi nghỉ ngơi và khi vận động, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $P < 0,05$ . Các bệnh nhân ở nhóm TAP block đều đạt yêu cầu giảm đau trong 24 giờ sau mổ với điểm đau VAS  $\leq 3$ . Trong khi ở nhóm chứng điểm đau VAS khi bệnh nhân vận động cao hơn nhiều so với khi nghỉ ngơi. Đây là lợi điểm của kỹ thuật TAP block so với morphin. Morphin được biết là giúp giảm đau hiệu quả trên tất cả các loại đau nhưng chỉ ưu thế khi nghỉ ngơi. Hơn nữa morphin gây nhiều tác dụng phụ toàn thân làm cho bệnh nhân mệt mỏi và chậm phục hồi sau mổ. TAP block cho hiệu quả giảm đau cả khi nghỉ ngơi và vận động nên tạo thuận lợi cho bệnh nhân vận động sớm tránh được các biến chứng do nằm lâu như nhiễm trùng, thuyên tắc, góp phần giảm thời gian nằm viện cũng như chi phí điều trị.

Kết quả của chúng tôi về hiệu quả giảm đau cũng tương đồng với nhiều tác giả như: nghiên cứu Carney năm 2008[6], nghiên cứu của Huỳnh Vĩnh Phúc năm 2014[1], nghiên cứu của Trương Thị Thùy Trang năm 2019[4]...

#### **4.4. Các đặc điểm liên quan đến sinh hiệu**

Trong nghiên cứu của chúng tôi các dấu hiệu mạch, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, nhịp thở, Spo2 các thời điểm trong 24 giờ sau mổ ở 2 nhóm không biến động nhiều và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Huỳnh Vĩnh Phúc[1] và nghiên cứu của Trương Thị Thùy Trang[4].

#### **4.5. Buồn nôn, nôn và ngứa**

Buồn nôn, nôn và ngứa là những tác dụng phụ khi dùng morphin giảm đau sau mổ và gây nhiều khó chịu cho bệnh nhân. Các tác dụng này tăng theo liều morphin sử dụng. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ buồn nôn và nôn trong 24 giờ sau mổ ở nhóm TAP block là 10%, giảm có ý nghĩa thống kê với  $P < 0,05$  so với nhóm chứng là 36,7%. Nghiên cứu Huỳnh Vĩnh Phúc tỉ lệ nôn và buồn nôn ở nhóm TAP block là 7% [1], nghiên cứu của Lê Văn Dũng là 7,3%, nghiên cứu của Huỳnh Trung Thảo Nguyên chỉ có 3,6 % [2]. Tất cả đều được dự phòng nôn sau mổ, còn trong nghiên cứu của chúng tôi không có dự phòng nôn sau mổ nên tỉ lệ nôn và buồn nôn cao hơn các nghiên cứu khác.

Tỉ lệ ngứa trong 24 giờ sau mổ không khác nhau ở hai nhóm và cũng tương đồng với nhiều tác giả khác.

### **V. KẾT LUẬN**

Gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng (TAP block) dưới hướng dẫn của siêu âm sau phẫu thuật cắt đại trực tràng nội soi giảm đau hiệu quả 24 giờ đầu sau mổ, tổng liều morphin giảm, giảm các tác dụng phụ không mong muốn, đạt được điểm đau VAS mong muốn, an toàn, ít biến chứng.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Huỳnh Vĩnh phúc (2016). "Hiệu quả và tính an toàn của tap block dưới hướng dẫn siêu âm trong phẫu thuật nội soi cắt đại tràng, trực tràng". *Y học TP Hồ Chí Minh*, 20(1):182-188.
2. Huỳnh Trung Thảo Nguyên (2018). "Hiệu quả của gây tê qua các lớp cân bụng dưới hướng dẫn siêu âm bằng Ropivacain 0,5% trong phẫu thuật đại trực tràng". *Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú*, chuyên ngành Gây Mê Hồi Súc.
3. Nguyễn Thị Thanh, Trương Sáng Kiến (2016), "Hiệu quả giảm đau của phong bế mặt phẳng ngang bụng dưới hướng dẫn siêu âm sau phẫu thuật cắt tử cung", *Y học TP Hồ Chí Minh*, 20 (2), tr. 370-375.
4. Trương Thị Thùy Trang (2019), "Hiệu quả giảm đau sau mổ của phong bế qua các lớp cân bụng trong phẫu thuật cắt tử cung". *Luận văn chuyên khoa cấp II*, chuyên ngành Gây Mê Hồi Súc.
5. Abdallah F W, Laffey J G, Halpern S H, and Brull R (2013). "Duration of analgesic effectiveness after the posterior and lateral transversus abdominis plane block techniques for transverse lower abdominal incisions: a meta-analysis". *British Journal of Anaesthesia*, 111 (5), pp: 721–35.
6. Carney J, Finnerty O, Rauf J, et al. Study on the spread of local anaesthetic solution in transverse abdominis plane block. *Anaesthesia* 2011; 66:1023-30.
7. Sivapurapu V. et al. (2013), "Comparison of analgesic efficacy of transversus abdominis plane block with direct infiltration of local anesthetic into surgical incision in lower abdominal gynecological surgeries", *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 29 (1), pp. 71-75.
8. Walter C. J. et al. (2013), "A randomised controlled trial of the efficacy of ultrasound-guided transversus abdominis plane (TAP) block in laparoscopic colorectal surgery", *Surg Endosc*. 27 (7), pp. 2366-2372.

# ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH CỘT SỐNG ÍT XÂM LẤN BẰNG PHƯƠNG PHÁP BẮT VÍT QUA DA TRONG ĐIỀU TRỊ GỠY CỘT SỐNG NGỰC THẮT LƯNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Nguyễn Minh Tâm, Nguyễn Tấn Đạt

## TÓM TẮT:

**Đặt vấn đề:** Xu hướng phẫu thuật cột sống cũng như các chuyên ngành ngoại khoa khác là hướng tới các phương pháp xâm lấn tối thiểu với nhiều lợi ích như giảm đau nhanh, mất máu ít hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn và hồi phục nhanh hơn.

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của phương pháp cố định cột sống ít xâm lấn bằng kỹ thuật bắt vít qua da trong việc điều trị gãy cột sống ngực thắt lưng tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang và bàn luận về lợi ích và hiệu quả của phương pháp này đối với bệnh nhân.

**Phương pháp:** Tóm tắt kết quả từ 3 trường hợp lâm sàng đã được phẫu thuật cố định cột sống ít xâm lấn bằng kỹ thuật bắt vít qua da và so sánh với kỹ thuật mổ hở lối sau kinh điển.

**Kết quả:** Các bệnh nhân phẫu thuật bằng kỹ thuật ít xâm lấn đạt được kết quả tích cực, bao gồm ít đau sau phẫu thuật, ít mất máu hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn và hồi phục nhanh hơn. **Kết luận:** Phương pháp cố định cột sống ít xâm lấn bằng kỹ thuật bắt vít qua da là phương pháp hiệu quả trong việc điều trị gãy cột sống ngực thắt lưng, mang nhiều lợi ích hơn so với mổ hở lối sau kinh điển.

**Từ khóa:** gãy cột sống, cố định cột sống, kỹ thuật bắt vít qua da, phẫu thuật xâm lấn tối thiểu.

## EVALUATION OF THE EFFICACY OF MINIMALLY INVASIVE PEDICLE SCREW FIXATION TECHNIQUE IN TREATING THORACOLUMBAR SPINE FRACTURES AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL

### SUMMARY:

**Background:** The trend in spine surgery as well as other surgical specialties is towards minimally invasive methods with many benefits such as pain relief, less blood loss, shorter hospital stay and recovery faster.

**Objective:** To evaluate the effectiveness of minimally invasive percutaneous screw fixation for thoracolumbar spine fractures at An Giang Central General Hospital and discuss its benefits and outcomes for patients.

**Method:** Summarize the results from three clinical cases that underwent minimally invasive spine fusion with percutaneous screw fixation and compare them with the traditional open posterior approach technique.

**Results:** Patients treated with minimally invasive percutaneous screw fixation achieved positive outcomes, including less postoperative pain, reduced blood loss, shorter hospital stays, and faster recovery.

**Conclusion:** Minimally invasive percutaneous screw fixation is an effective method for treating thoracolumbar spine fractures, offering more benefits compared to the traditional open posterior approach.

**Keywords:** spine fracture, spinal fixation, percutaneous screw placement, minimally invasive surgery.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống là một cấp cứu thường gặp, chiếm khoảng 6% chấn thương nói chung với tỷ lệ chấn thương cột sống vùng ngực thắt lưng chiếm đến 90% [4,7]. Đây thường là những thương tổn nặng nề, có thể để lại hậu quả kéo dài và nhiều di chứng cho bệnh nhân. Không chỉ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống cá nhân mà còn tạo gánh nặng cho gia đình và xã hội nếu không có sự can thiệp kịp thời và điều trị đúng phương pháp. Điều trị chấn thương cột sống tùy thuộc vào từng trường hợp, có thể bảo tồn bằng mang nẹp lưng hay can thiệp phẫu thuật, tất cả đều đảm bảo mục tiêu tránh gây tổn thương thần kinh tiến triển, duy trì sự vững của cột sống, giúp mau lành xương để bệnh nhân nhanh chóng quay lại cuộc sống, làm việc bình thường trở lại.

Chấn thương cột sống mất vững vùng ngực thất lưng cần được phẫu thuật cố định cột sống để bệnh nhân tập vận động sớm, tránh các biến chứng do bất động kéo dài [4]. Phương pháp phẫu thuật cố định cột sống có thể được thực hiện thông qua các kỹ thuật mổ hở hoặc kỹ thuật ít xâm lấn. Mặc dù cả hai phương pháp này có thể đạt được kết quả tương tự về việc cố định cột sống nhưng kỹ thuật ít xâm lấn bằng phương pháp bắt vít qua cuống cột sống qua da đang trở thành một lựa chọn phổ biến tại nhiều bệnh viện [6]. Kỹ thuật này mang lại nhiều ưu điểm như vết mổ nhỏ hơn, thời gian mổ nhanh hơn, mức độ đau sau mổ ít hơn, ít mất máu hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn, nguy cơ nhiễm trùng vết mổ thấp hơn và ít gây tổn thương cơ lưng hơn [2,3,6]. Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang đã triển khai phương pháp phẫu thuật cố định cột sống thông qua phẫu thuật mổ hở từ nhiều năm nay để điều trị các trường hợp chấn thương cột sống [5]. Từ tháng 4 năm 2023, bệnh viện đã triển khai mổ cột sống ít xâm lấn bằng kỹ thuật bắt vít vào cuống cột sống qua da để cố định cột sống cho các bệnh nhân chấn thương cột sống ngực thất lưng. Chúng tôi báo cáo kết quả bước đầu của ba trường hợp gãy cột sống đã được phẫu thuật bằng kỹ thuật ít xâm lấn này.

## II. CA LÂM SÀNG

Ca lâm sàng 1: Trần Thị Ý N., nữ, 34 tuổi, địa chỉ Mỹ Hòa, Long Xuyên, An Giang (số lưu trữ: 23.021413), vào viện ngày 10/4/2023 với triệu chứng đau lưng và lưng gù ngày càng tăng sau tai nạn sinh hoạt té cao khoảng 2 mét từ 6 tháng trước. Đau lưng vừa (điểm VAS 5/10), lưng gù, hạn chế vận động nhẹ cả hai chân (sức cơ 4/5), không có rối loạn cảm giác. Kết quả X quang, CTscan và MRI cột sống: gãy vỡ đốt sống D12 (theo phân loại Denis), với góc gù cột sống là 27,36 độ (hình 1). Bệnh nhân được chẩn đoán gãy vỡ D12 mất vững (Frankel D) và phẫu thuật cố định cột sống D11-L1 vào ngày 12/4/2023 bằng phương pháp bắt 4 vít chân cung qua da (hình 2;3). Kiểm tra sau mổ: không có biến chứng liên quan đến phẫu thuật và lượng máu mất khoảng 20 ml. Sau mổ 2 ngày, bệnh nhân giảm đau khá (điểm VAS 3/10). Bệnh nhân được xuất viện sau mổ 5 ngày (hình 4), X quang kiểm tra sau phẫu thuật cho thấy các vít đã được bắt đúng vị trí và góc gù cột sống đã cải thiện xuống còn 15,67 độ (hình 5). Tái khám sau 1 tuần, đau lưng cải thiện rất nhiều (điểm VAS 2/10) và hoàn toàn hết đau sau 1 tháng, bệnh nhân đã trở lại cuộc sống gần như bình thường trước tai nạn.

Ca lâm sàng 2: Trần Thứ D., nam, 45 tuổi, địa chỉ Bình Thành, Thoại Sơn, An Giang (số lưu trữ: 23.025476), vào viện ngày 27/4/2023 với triệu chứng đau lưng và không đứng được sau khi té cao 3 mét. Đau lưng mức độ nặng (điểm VAS 7/10), yếu hai chân, sức cơ 3/5. Kết quả X quang và CTscan cột sống: gãy vỡ ở đốt sống L1 (theo phân loại Denis) (hình 6). Chẩn đoán: gãy vỡ L1 mất vững (Frankel D). Phẫu thuật cố định cột sống D12-L2 vào ngày 04/5/2023 bằng phương pháp bắt 4 vít chân cung qua da. Lượng máu mất trong quá trình phẫu thuật không đáng kể. Sau 48 giờ, đau lưng của bệnh nhân đã cải thiện đáng kể, có thể ngồi dậy và thực hiện các vận động nhẹ, xuất viện sau mổ 5 ngày với tình trạng đau lưng giảm khá (điểm VAS 3/10), không yếu hai chân, có thể tự đứng, vết mổ ở vùng cột sống lưng khô, không có dấu hiệu nhiễm trùng. X quang kiểm tra sau phẫu thuật đã cho thấy các vít đã được bắt đúng vị trí (hình 7). Sau một tháng, tình trạng sức khỏe của bệnh nhân đã phục hồi, đi đứng gần như bình thường.

Ca lâm sàng 3: Nguyễn Văn V., nam, 47 tuổi, địa chỉ Trung An, Cờ Đỏ, Cần Thơ (số lưu trữ: 23.045678), vào viện ngày 27/7/2023 vì đau lưng nhiều sau tai nạn lao động. Đau lưng mức độ nặng (điểm VAS 7/10), lưng gù, yếu kín đáo ở cả hai chân với sức cơ 4/5. Kết quả X quang, CTscan: gãy vỡ đốt sống L2 (theo phân loại Denis). Chẩn đoán: gãy vỡ L2 mất vững (Frankel D). Phẫu thuật cố định cột sống L1-L3 ngày 07/8/2023 bằng phương pháp bắt 4 vít chân cung qua da. Sau 48 giờ sau phẫu thuật, tình trạng đau lưng của bệnh nhân đã cải thiện khá, có thể ngồi dậy và xuất viện sau 7 ngày với tình trạng đau lưng vừa (điểm VAS 4/10), không có yếu liệt chi, có thể tự đi đứng, vết mổ ở vùng cột sống lưng khô và không có dấu hiệu nhiễm trùng. X quang kiểm tra sau phẫu thuật đã cho thấy các vít đã được bắt đúng vị trí (hình 8). Sau một tháng, tình trạng sức khỏe của bệnh nhân đã phục hồi tốt và có thể đi đứng gần như bình thường.



**Bảng tóm lược đặc điểm chung:**

	Lâm sàng trước mổ	Chẩn đoán	Phương pháp mổ	Thời gian mổ	Xuất viện sau mổ	Lâm sàng lúc xuất viện	Tái khám sau 1 tuần
Ca 1	- Đau lưng (VAS 5/10) - Gù lưng - Frankel D	Gãy vỡ D12 (Frankel D)	Bắt 4 vít chân cung D11 - L1 qua da	180 phút	5 ngày	- Đau lưng (VAS 3/10) - Gù lưng có cải thiện - Frankel E	- Đau lưng (VAS 2/10) - Gù lưng giảm hẳn - Frankel E
Ca 2	- Đau lưng (VAS 7/10) - Frankel D	Gãy vỡ L1 (Frankel D)	Bắt 4 vít chân cung D12 - L2 qua da	120 phút	5 ngày	- Đau lưng (VAS 3/10) - Frankel E	- Đau lưng (VAS 2/10) - Frankel E
Ca 3	- Đau lưng (VAS 7/10) - Frankel D	Gãy vỡ L2 (Frankel D)	Bắt 4 vít chân cung L1 - L3 qua da	100 phút	7 ngày	- Đau lưng (VAS 4/10) - Frankel E	- Đau lưng (VAS 3/10) - Frankel E

### III. BÀN LUẬN

#### 3.1. Điều trị gãy cột sống ngực thất lưng bằng phẫu thuật cố định cột sống ít xâm lấn bắt vít qua cuống cột sống qua da trên thế giới và Việt Nam

Năm 1977, Magerl đã mô tả lần đầu tiên kỹ thuật bắt vít chân cung qua da [3,8]. Tuy nhiên, tại thời điểm đó, kỹ thuật này không được áp dụng rộng rãi do gặp nhiều khó khăn, bao gồm việc sử dụng hệ thống cố định cột sống bên ngoài cơ thể và kết quả không có sự cải thiện rõ rệt so với kỹ thuật truyền thống bắt vít cột sống thông qua mổ hở lối sau. Tới năm 2001, với sự phát triển của XQ di động C-arm và sự cải tiến về dụng cụ cột sống, kỹ thuật bắt vít cột sống qua da dần trở nên phổ biến hơn và đã khắc phục được các khuyết điểm trước đó và cho kết quả tương tự như mổ hở.

Năm 2017, Nguyễn Văn Lâm đã tổng kết 32 trường hợp mổ bắt vít cột sống qua da trong điều trị bệnh nhân chấn thương cột sống ngực thất lưng tại Bệnh viện Chợ Rẫy, với kết quả điều trị tốt. Mức độ đau sau mổ giảm, góc gù cột sống được cải thiện đáng kể. Có 1 trường hợp bắt vít không vào chân cung, tuy nhiên, không gây tổn thương cho thần kinh [3]. Ngoài Bệnh viện Chợ Rẫy, kỹ thuật bắt vít cột sống qua da đã được triển khai ở các trung tâm phẫu thuật thần kinh cột sống như Bệnh viện Bạch Mai [4], Bệnh viện Đại học Y Hà Nội [2], Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên [6] và nhiều bệnh viện khác.

#### 3.2. Kỹ thuật phẫu thuật cố định cột sống ít xâm lấn bằng bắt vít qua cuống cột sống qua da

Kỹ thuật này cần có máy chụp X quang (C-arm) trong phòng mổ để hỗ trợ quá trình thực hiện. Bệnh nhân, sau khi được gây mê qua nội khí quản, được đặt nằm sấp trên bàn mổ cột sống chuyên dùng. Sử dụng C-arm để xác định các mốc giải phẫu của cột sống và đánh dấu các vị trí chuẩn bị rạch da. Vùng da được rạch khoảng 2 cm tương ứng với mỗi vị trí cần bắt vít. Đặt kim dẫn đường dưới sự hướng dẫn của C-arm ở hai bình diện: trên - dưới và bên để xuyên kim qua cuống cung vào thân sống. Luồn K-wire vào kim dẫn đường, rút kim ra và đặt các ống nông cơ. Theo hướng dẫn của K-wire và C-arm, bắt các vít vào chân cung của cột sống. Đặt nẹp qua da dưới sự hỗ trợ của dụng cụ. Kiểm tra vị trí của vít và nẹp bằng C-arm, đảm bảo chúng đang được đặt đúng vị trí. Tiến hành nắn chỉnh và đóng vết mổ [1,10].

### **3.3. So sánh đặc điểm của phẫu thuật hở và phẫu thuật ít xâm lấn trong cố định cột sống**

Điều trị gãy cột sống ngực lưng bằng cố định cột sống bằng nẹp vít, có hai phương pháp chính là phẫu thuật hở kinh điển và phẫu thuật ít xâm lấn [7]. Trong phương pháp phẫu thuật hở kinh điển, bác sĩ thực hiện một vết mổ dài ở vùng lưng tương ứng với vị trí cột sống bị tổn thương. Quá trình phẫu thuật kéo dài, gây mất nhiều máu và yêu cầu bóc tách nhiều cơ lưng để đặt dụng cụ cố định cột sống. Nhược điểm của phương pháp này là thời gian phẫu thuật kéo dài và tổn thương cơ lưng nhiều. Phẫu thuật ít xâm lấn được thực hiện thông qua đường rạch da nhỏ ở vùng lưng dưới sự hướng dẫn của C-arm để bắt vít và đặt nẹp cố định cột sống. Phẫu thuật ít xâm lấn này mang lại nhiều lợi ích hơn, bao gồm tổn thương cơ lưng tối thiểu nên mất máu ít hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn và hồi phục nhanh hơn so với phẫu thuật hở kinh điển [2,3,4,6].

Phân tích tổng hợp của Tian và cộng sự năm 2018 đã so sánh hai phương pháp phẫu thuật điều trị gãy cột sống ngực lưng: phẫu thuật hở lối sau kinh điển và phẫu thuật ít xâm lấn bằng cách bắt vít vào cột sống qua da. Báo cáo này bao gồm 8 nghiên cứu với tổng cộng 433 bệnh nhân trên nhiều quốc gia, được chia thành hai nhóm mổ hở và mổ ít xâm lấn. Kết quả cho thấy có sự khác biệt đáng kể giữa hai phương pháp mổ về lượng máu mất trong quá trình phẫu thuật, thời gian nằm viện, kích thước vết mổ. Tuy nhiên, không có sự khác biệt đáng kể về kết quả X quang sau phẫu thuật, chi phí điều trị, thời gian soi huỳnh quang trong quá trình phẫu thuật và các tác dụng phụ [9].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về kỹ thuật bắt vít qua da trong điều trị chấn thương cột sống ngực thắt lưng cũng đều cho kết quả tương tự [2,3,4,6].

Nguyên nhân của chấn thương cột sống do té cao, tai nạn sinh hoạt và tai nạn giao thông [3]. Đa số các bệnh nhân nằm trong độ tuổi lao động, với tỷ lệ nam cao hơn so với nữ [2,3,4,6]. Nhiều nghiên cứu đã ghi nhận cải thiện đáng kể về mức độ đau, khả năng hồi phục vận động sớm sau phẫu thuật. Theo Hoàng Gia Du, mức độ đau (điểm VAS) trung bình sau mổ tại thời điểm 24 giờ, khi ra viện, 3 tháng sau đều có cải thiện: 3,9 - 3,1 - 1,4 [4]; theo Nguyễn Vũ Hoàng, tại thời điểm ngày 5 sau mổ là 2,29 và sau khi ra viện 3 tháng là 0,74 [6]; theo Nguyễn Thanh Lâm, mức độ đau sau 4 ngày mổ trung bình  $2,03 \pm 0,69$  [3]. Lượng máu mất trung bình trong phẫu thuật, theo Hoàng Gia Du là  $66,5 \pm 15,5$  ml [4], theo Trần Trung Kiên là 20 ml [2]. Thời gian phẫu thuật trung bình, theo Nguyễn Vũ Hoàng là  $69 \pm 15,7$  phút [6], theo Hoàng Gia Du là  $42,8 \pm 12,2$  phút [4]. Sự khác biệt nhau về lượng máu mất trong phẫu thuật cũng như thời gian phẫu thuật tùy thuộc vào từng cơ sở y tế, số lượng vít được bắt trên từng bệnh nhân. Lượng máu mất trong quá trình phẫu thuật và thời gian phẫu thuật có thể thay đổi tùy thuộc vào cơ sở y tế và số lượng vít được bắt vào từng bệnh nhân.

### **4. Phẫu thuật cố định cột sống bằng kỹ thuật xâm lấn tối thiểu bắt vít qua da tại Bệnh viện An Giang**

Chúng tôi thực hiện phẫu thuật bắt vít qua da cho các bệnh nhân chấn thương cột sống ngực thắt lưng bằng hệ thống nẹp vít xâm lấn tối thiểu NOVA. Mỗi bệnh nhân được bắt 4 vít để cố định cột sống. Thời gian phẫu thuật đã được rút ngắn đáng kể, từ 180 phút cho bệnh nhân đầu tiên xuống còn 120 phút cho bệnh nhân thứ hai và 100 phút cho bệnh nhân thứ ba. Tất cả 3 bệnh nhân đều có cải thiện đáng kể về mức độ đau sau phẫu thuật. X quang kiểm tra sau phẫu thuật: các vít được đặt đúng vị trí và không có biến chứng liên quan đến kỹ thuật. Kết quả điều trị gãy cột sống tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, so với phương pháp phẫu thuật hở trước đây thì phương pháp bắt vít qua da đã rút ngắn thời gian nằm viện từ 9,8 ngày xuống còn 5,6 ngày và khả năng phục hồi vận động cao hơn [5]. Tuy nhiên, cần có nhiều số liệu hơn để so sánh đánh giá hiệu quả, ưu điểm của kỹ thuật bắt vít qua da so với phương pháp phẫu thuật hở.

### **IV. KẾT LUẬN**

Phẫu thuật cố định cột sống ít xâm lấn bằng kỹ thuật bắt vít qua da là một phương pháp hiệu quả trong điều trị chấn thương cột sống ngực thắt lưng và trở thành xu thế của thời đại. Tính chất ít xâm lấn của phương pháp này mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân, bao gồm vết mổ nhỏ hơn, thời gian mổ nhanh hơn, mức độ đau sau mổ ít hơn, ít mất máu hơn, thời gian nằm

viên ngắn, nguy cơ nhiễm trùng vết mổ thấp hơn và ít gây tổn thương cơ lưng hơn. Kết quả sau phẫu thuật bằng cả hai phương pháp mổ hở và kỹ thuật bắt vít qua da đều có kết quả tương tự, nhưng kỹ thuật bắt vít qua da mang nhiều lợi ích hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y Tế (2016), "Phẫu thuật bắt vít qua cuống cột sống thắt lưng qua da", *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Phẫu thuật Cột sống*. Quyết định số 4421/QĐ-BYT ngày 17 tháng 8 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Trần Trung Kiên, Kiều Đình Hùng, Bùi Văn Sơn (2021), "Phẫu thuật cột sống ít xâm lấn và giải ép gián tiếp trong chấn thương mất vững cột sống vùng ngực – thắt lưng". *Tạp chí Nghiên cứu Y Học*, tập 147 (11), trang 160-168.

3. Nguyễn Thanh Lâm (2017), "*Phẫu thuật bắt vít qua da điều trị bệnh nhân chấn thương cột sống ngực thắt lưng*." Luận văn bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, TP. Hồ Chí Minh – năm 2017.

4. Vũ Xuân Phước, Hoàng Gia Du (2023), "Kết quả điều trị bệnh nhân chấn thương cột sống ngực – thắt lưng bằng phương pháp cố định cột sống ít xâm lấn" *Tạp chí Y Học Việt Nam*, tập 523 số 2 (2023), trang 355-359. DOI: <https://doi.org/10.51298/vmj.v523i2.4593>.

5. Nguyễn Minh Tâm, Nguyễn Tấn Đạt, Lê Tấn Nẫm (2009), "Nhân 10 trường hợp phẫu thuật chấn thương cột sống lưng – thắt lưng tại bệnh viện An Giang." Hội nghị phẫu thuật thần kinh lần thứ X, Bình Dương, 12/2009. *Tạp chí Y học thực hành*, số 692.

6. Đồng Quang Tiến, Nguyễn Vũ Hoàng, Trần Tuấn Anh, Vũ Ngọc Giang (2022), "Kết quả phẫu thuật điều trị gãy cột sống ngực thắt lưng bằng phương pháp bắt vít qua da tại bệnh viện trung ương Thái Nguyên" *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 513 (1), trang 8-11. DOI: <https://doi.org/10.51298/vmj.v513i1.2320>.

7. Lê Hữu Trì (2020), *Đặc điểm hình thái học và kết quả điều trị gãy cột sống ngực, thắt lưng đa tầng*. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y, Hà Nội – năm 2020.

### TIẾNG ANH

8. Ayman Hussein et al (2021), "Assessment of the outcome of percutaneous pedicle screws in management of degenerative and traumatic dorsal and lumbar pathologies." *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery* (2021) 57:50. DOI: <https://doi.org/10.1186/s41983-021-00305-4>.

9. Tian F, Tu L. Y, Gu W. F (2018), "Percutaneous versus open pedicle screw instrumentation in treatment of thoracic and lumbar spine fractures: A systematic review and meta-analysis." *Medicine* 97:41(e12535). DOI: <https://doi.org/10.1097%2FMD.00000000000012535>.

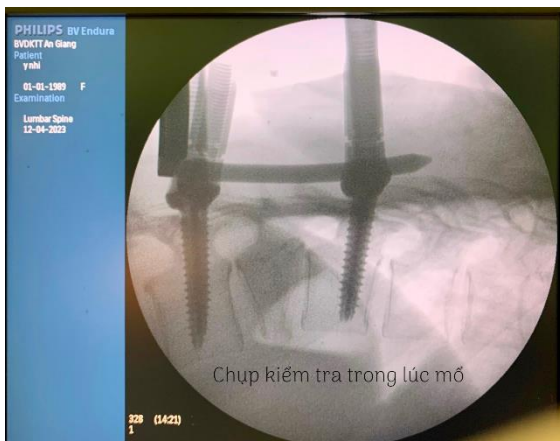
10. Wei-Xing Xu et al (2020), "Appropriate insertion point for percutaneous pedicle screw placement in the lumbar spine using c-arm fluoroscopy: a cadaveric study." *BMC Musculoskeletal Disorders* (2020) 21:750. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12891-020-03751-y>.

Hình minh họa



Hình 2: cas 1 – bắt vít qua da

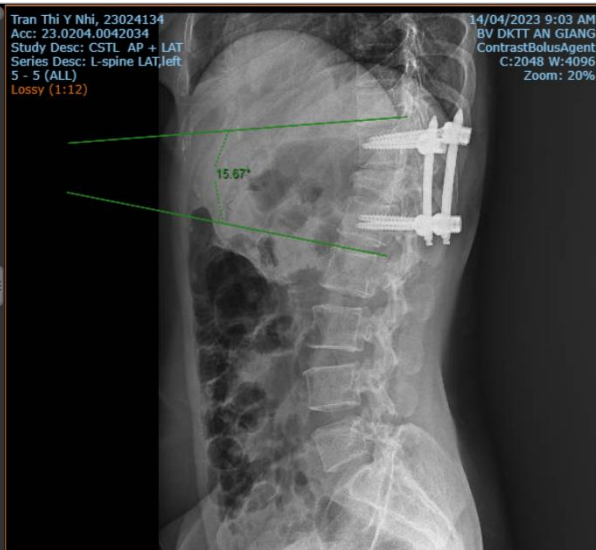
Hình 1: cas 1 – CTScan cột sống: xẹp D12



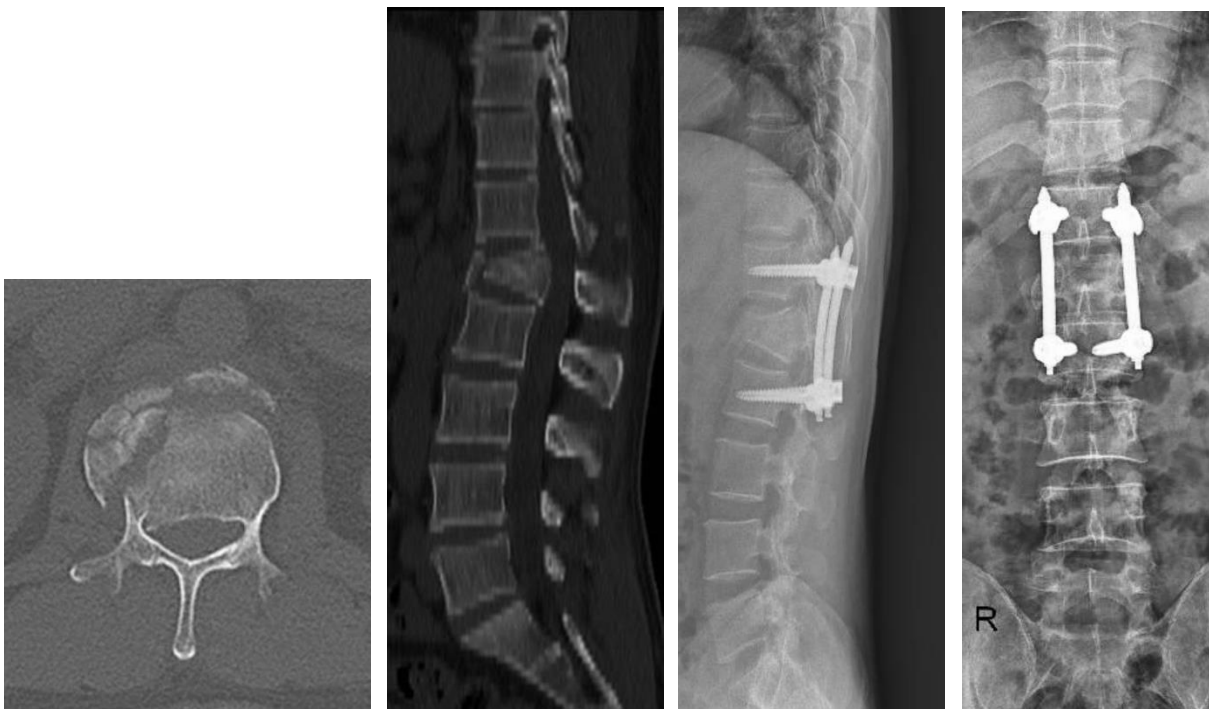
Hình 3: cas 1 – chụp C-arm trong lúc mổ vị trí bắt vít



Hình 4: cas 1 - vết mổ # 2 cm ở mỗi

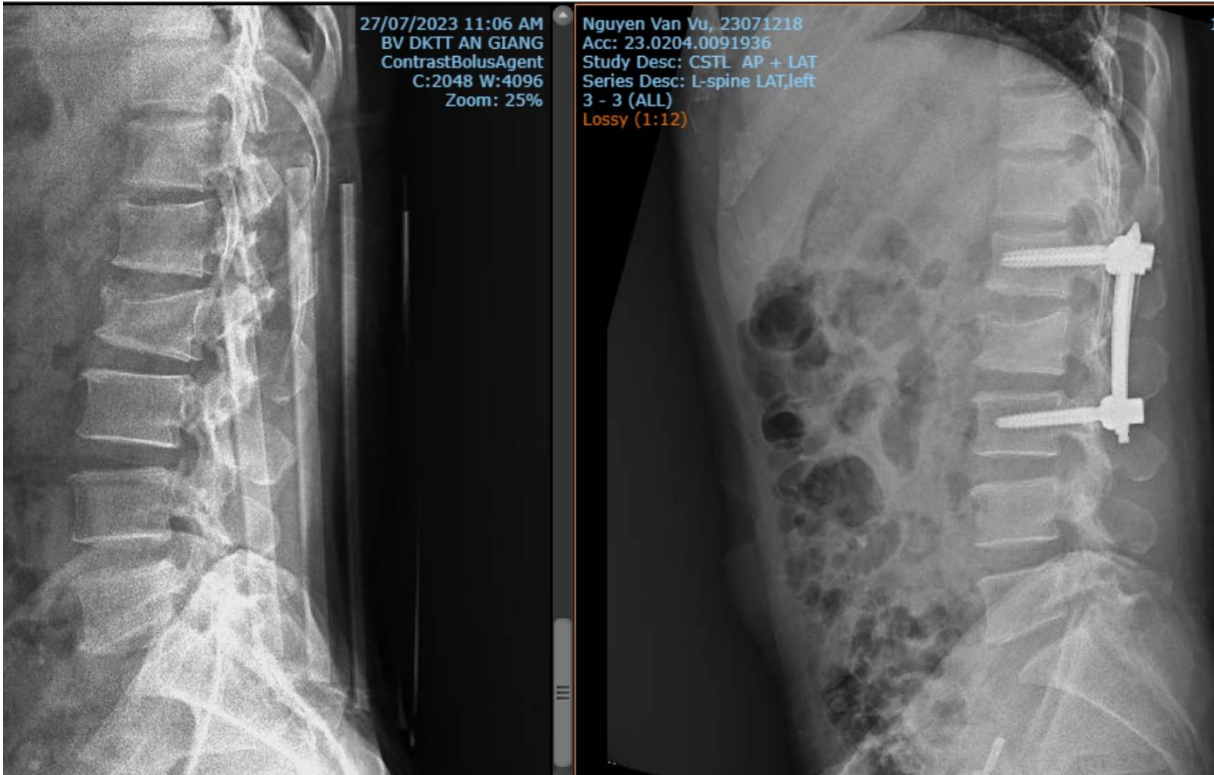


Hình 5: cas 1: so sánh góc gù cột sống do gãy D12 trước và sau phẫu thuật bắt vít qua da



Hình 6: Ca 2 – Gãy vỡ L1 mất vững

Hình 7 : XQ kiểm tra sau mổ (đúng vị trí)



Hình 8: cas 3: gãy vỡ L2 - XQ trước và sau phẫu thuật bắt vít cố định cột sống L1 – L3 qua da

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BAN ĐẦU ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT GỠ ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY BẰNG NẸP KHÓA ĐA HƯỚNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023

Nguyễn Minh Hải, Lương Văn Pháp,  
Thiều Quang Bình, Nguyễn Huỳnh Gia Phú

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy đầu dưới xương quay bằng nẹp khóa đa hướng.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu kết hợp mô tả dọc trên 08 bệnh nhân được khám chẩn đoán và điều trị gãy đầu dưới xương quay bằng nẹp vít khóa đa hướng tại Khoa Chấn thương Chỉnh hình Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 10/2022 đến tháng 09/2023.

**Kết quả:** 100,0% bệnh nhân lành xương sau phẫu thuật 3 tháng dựa trên kết quả X-quang. Nhóm tuổi từ 16 - 39 tuổi chiếm đa số với tỷ lệ 81.8%. Nam giới chiếm tỷ lệ 72.7% nhiều hơn nữ giới 27.3%. Tuổi trung bình của nghiên cứu là  $30.0 \pm 8,5$ . Nguyên nhân chủ yếu gây ra chấn thương là tai nạn giao thông chiếm 72.7%.

**Kết luận:** Kết hợp xương bên trong bằng nẹp vít khóa đa hướng đem lại hiệu quả liền xương theo giải phẫu và phục hồi chức năng tốt cho người bệnh, đặc biệt là những gãy xương phức tạp, có phạm khớp.

**Từ khóa:** gãy đầu dưới xương quay, nẹp khóa đa hướng.

## ABSTRACT

**Objective:** Evaluating the results of surgical treatment for distal radius fractures by locking compression plate screws.

**Subject and method:** Prospective study on 11 patients presenting intra-articular fractures of the distal radius from October 2022 to August 2023. Patients were treated with open reduction and internal fixation (ORIF) using multy-axial locking plate screws through a volar approach and followed up till function recovery and assessed clinico- radiologically.

**Results:** 100.0% of patients with bone healing after 3 months of surgery based on X-ray results. The age average is 16 - 39 years old (81.8%). Men is 72.7% more than women 27.3%. The average age of the study is  $30.0 \pm 8.5$ . The main cause of injury is traffic accidents accounting for 72.7%.

**Conclusion:** Treatment for intra-articular fractures of the distal radius with multy-axial locking plate screws can help to reconstruct the normal anatomic structures.

**Keywords:** distal radius fractures, locking compression plate screws.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu dưới xương quay là một trong những chấn thương phổ biến của chi trên, chiếm tới 20% tổng số gãy xương trong cấp cứu, chiếm 16% trong tất cả các điều trị gãy xương và chiếm 75% của gãy xương cẳng tay. Gãy đầu dưới xương quay xảy ra ở mọi lứa tuổi, nhiều nhất gặp ở 2 lứa tuổi: 6 - 10 tuổi và 60 - 69 tuổi.

Gãy đầu dưới xương nếu không được điều trị đúng và kịp thời sẽ để lại di chứng nặng nề, làm mất hoặc giảm chức năng bàn tay dẫn đến không thực hiện được các động tác linh hoạt, khéo léo trong cuộc sống hàng ngày.

Ở Việt Nam, điều trị phẫu thuật gãy đầu dưới xương quay đã được quan tâm nhiều hơn trong những năm gần đây với nhiều phương pháp và dụng cụ kết hợp xương khác nhau như kim Kirschner, nẹp vít thường, nẹp vít khóa, ... Mỗi phương pháp đều có những ưu nhược điểm nhất định. Trong đó, nẹp vít khóa đa hướng là loại phương tiện kết xương có nhiều ưu điểm về cơ sinh học, đã khắc phục được những hạn chế của nẹp vít thông thường, hạn chế lỏng nẹp vít, chống lún mặt khớp tốt, chống di lệch thứ phát sau mổ, cố định ổ gãy vững, giúp bệnh nhân tập vận động sớm.

Hiện nay, nẹp vít khóa đa hướng được chỉ định trong các trường hợp gãy thấp, gãy phạm khớp phức tạp với các ưu điểm thiết kế phù hợp với giải phẫu đầu dưới xương quay, áp sát chiều cong

của xương khi đặt nẹp, các vít khóa có kích thước nhỏ hơn cùng với các lỗ trên nẹp để bắt vít khóa nhiều hướng, giúp cố định các mảnh nhỏ, nhiều hướng khác nhau.

Trên Thế giới cũng như tại Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị gãy xương bằng nẹp khóa. Các nghiên cứu đánh giá hiệu quả của nẹp vít khóa, phân loại gãy đầu xương theo phân loại AO đều cho kết quả khả quan. Tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang, chúng tôi đã bước đầu triển khai phẫu thuật điều trị gãy đầu dưới xương quay bằng nẹp khóa đa hướng và bước đầu đạt những kết quả khả quan. Từ đó, chúng tôi thực hiện đề tài: “Đánh giá kết quả ban đầu điều trị phẫu thuật gãy đầu dưới xương quay bằng nẹp khóa đa hướng tại Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang năm 2023” nhằm mục tiêu:

*Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy đầu dưới xương quay bằng nẹp vít khóa đa hướng.*

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1. Đối tượng:**

Tất cả các bệnh nhân gãy đầu dưới xương quay nhập viện tại Khoa Chấn thương Chỉnh hình Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 10/2022 đến tháng 08/2023, được điều trị bằng phẫu thuật nẹp khóa đa hướng.

Tiêu chuẩn nhận bệnh:

- Bệnh nhân gãy kín đầu dưới xương quay có chỉ định phẫu thuật.
- Có đầy đủ hồ sơ lưu trữ, phim X- quang và địa chỉ rõ ràng.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân bị bệnh lý nội khoa nặng không thể phẫu thuật.
- Bệnh nhân đa chấn thương.

Thời gian và địa điểm: từ tháng 10/2022 đến tháng 09/2023 tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang

### **2. Phương pháp nghiên cứu**

Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu và mô tả dọc.

Cỡ mẫu: Mẫu thuận tiện, chúng tôi chọn 30 bệnh nhân.

Nội dung nghiên cứu:

#### **2.1 Đặc điểm chung:**

Tuổi phân theo nhóm 15-39, 40-60. > 60; Giới tính: nam. Nữ.

#### **2.2 Đặc điểm tổn thương và kết quả điều trị:**

- Vị trí tổn thương: tay phải, tay trái.
- Nguyên nhân chấn thương: tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt, nguyên nhân khác.

- Phân loại tổn thương theo AO: B1, B2, B3, C1, C2, C3.

- Kết quả điều trị

+Đánh giá phục hồi giải phẫu: dựa vào bảng điểm X Quang của Sarmiento cải biên

+ Đánh giá phục hồi chức năng: dựa vào hệ thống đánh giá chức năng của Gartland và Werley được Sarmiento cải biên.

\* Các bước tiến hành nghiên cứu:

Tiếp nhận bệnh nhân, khám lâm sàng và làm các xét nghiệm cận lâm sàng.

Tiến hành phân loại mức độ gãy xương (theo tiêu chuẩn của A.O).

Tham gia phẫu thuật, ghi chéo sau mổ.

Theo dõi bệnh nhân sau mổ: Diễn biến gần tại vết mổ và ổ gãy, kết quả liền xương và các biến chứng.

Quản lý Bệnh nhân: hẹn kiểm tra định kỳ, đánh giá kết quả điều trị.

Ghi chép vào bệnh án nghiên cứu, phân tích đánh giá tại các thời điểm sau mổ.

\* Phương pháp tiến hành:

+ Dụng cụ phẫu thuật: sử dụng nẹp vít khóa đa hướng

+ Phương pháp vô cảm: gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê nội khí quản

\*Phương pháp mổ:



*Đường mổ ở mặt trước cổ tay:* Đường mổ theo đoạn dưới cẳng tay của đường mổ Henry. Rạch da dọc theo bờ ngoài cơ gan tay lớn, đường rạch nằm trong đông mạch quay.

Thì 1: Bộc lộ ổ gãy: Tiến hành rạch da mặt trước, mở cân, bộc lộ và cắt cơ sấp vuông ngay tại điểm bám bên quay, kéo cơ sấp vuông về bên trụ bộc lộ đầu dưới xương quay.

Thì 2: Nắn chỉnh: nắn, sửa các mảnh gãy, ghép xương nếu cần thiết.

Thì 3: Bắt nẹp cố định ổ gãy: Sử dụng nẹp khóa đa hướng cho đầu dưới xương quay, bên phải hoặc bên trái, chiều dài nẹp tùy từng trường hợp cụ thể.

Thì 4: Bơm rửa, cắt lọc, cầm máu, đặt dẫn lưu nếu cần thiết. Khâu cơ xấp vuông, khâu dưới da và khâu da.

Chụp XQ cẳng tay 2 tư thế sau mổ để đánh giá kết quả kết xương.

Theo dõi sau mổ

Tiêu chí đánh giá

- Đánh giá phục hồi giải phẫu: dựa vào bảng điểm X Quang của Sarmiento cải biên

+ Rất tốt: Không, hay biến dạng không đáng kể, chòng ngắn dưới 3 mm, gập góc lưng  $\geq 0$  độ.

+ Tốt: Biến dạng ít, gập góc lưng 1 – 10 độ, chòng ngắn 3 – 6 mm.

+ Khá: Biến dạng vừa, gập góc lưng 11 – 14 độ, chòng ngắn 7 – 11 mm.

+ Xấu: Biến dạng nghiêm trọng, gập góc lưng > 15 độ, chòng ngắn 12 mm.

- Đánh giá phục hồi chức năng: dựa vào hệ thống đánh giá chức năng của Gartland và Werley.

Hệ thống này đánh giá dựa trên các thông số chủ quan, khách quan và phim X- Quang.

Sarmiento và cộng sự cải tiến hệ thống này, thêm vào sức nắm của bàn tay và cẳng tay có mất sấp hay không.

Đánh giá kết quả	Điểm
Biến dạng giải phẫu trên Xquang Nhô mòm trâm trụ (UV > 0) Góc nghiêng lồng (VA < 0°) Góc nghiêng trụ (UA < 0°)	1 2 2 - 3 0 - 6
<b>Đánh giá chủ quan</b> Rất tốt: Không đau, không giới hạn vận động bàn tay, không mất khéo léo bàn tay Tốt: Tỉnh thoảng đau, giới hạn vận động nhẹ, không mất khéo léo bàn tay Khá: Tỉnh thoảng có đau, giới hạn vận động, cảm giác yếu bàn tay, ảnh hưởng nhẹ đến hoạt động hàng ngày. Xấu: Đau, giới hạn vận động, mất khéo léo bàn tay, ảnh hưởng hoạt động hàng ngày.	0 2 4 6
<b>Đánh giá khách quan:</b>	
Mất duỗi cổ tay (ROM < 45°)	5
Mất nghiêng trụ (ROM < 15°)	3
Mất ngửa cẳng tay (ROM < 50°)	2
Mất sấp cẳng tay (ROM < 50°)	2
Mất gấp cổ tay (ROM < 30°)	1
Mất nghiêng quay (ROM < 15°)	1
Mất xoay tròn cổ tay	1
Đau khớp quay trụ dưới	1
Giảm lực nắm bàn tay dưới 60% so với tay lành	1
<b>Biến chứng</b>	
Thoái hóa khớp sau chấn thương	1
Nhẹ	2
Nhẹ và đau	3
Trung bình	4
Trung bình và đau	4
Nặng	5
Nặng và đau	1 - 3
<b>Biến chứng thần kinh</b>	1 - 3
Mất cử động các ngón tay	0 - 10
<b>Kết quả cuối cùng</b> Rất tốt Tốt Khá Xấu	0 - 2 3 - 8 9 - 20 >20

- Đánh giá kết quả liền xương: qua hình ảnh can xương trên phim X-Quang theo mô tả của Trần Đình Chiến: [6]

+ Can xương độ I: Các đầu xương gãy không còn sắc cạnh, có những bóng mờ xung quanh ổ gãy.

+ Can xương độ II: Có bóng mờ nối liền hai đầu gãy nhưng vẫn còn khe.

+ Can xương độ III: Có khối can xương nối liền hai đầu gãy trước đây, không còn đường gãy trên phim X quang.

### 3. Xử lý số liệu:

Nhập liệu bằng phần mềm Exel 2010 và sử lý số liệu bằng phần mềm stata 14.

### III. KẾT QUẢ

#### 3.1 Đặc điểm chung

**Bảng 1. Phân loại theo nhóm tuổi và giới (n = 11)**

Nhóm tuổi	Giới		Tổng n(%)
	Nam (n = 08) n(%)	Nữ (n = 03) n(%)	
16 – 39 tuổi	7(87,5)	2(66,7)	9(81,8)
40 – 60 tuổi	1(12,5)	1(33,3)	2(19,2)
61 tuổi trở lên	0(0)	0(0)	0(0)
Tổng	8	3	11(100)

**Nhận xét:** Qua bảng trên ta thấy nhóm tuổi từ 15 - 39 tuổi chiếm tỷ lệ cao (81.8%). Nam giới chiếm tỷ lệ 72.7% nhiều hơn nữ giới 27.3%. Tuổi trung bình của nghiên cứu là  $30 \pm 8,5$  với tuổi nhỏ nhất là 18 và lớn nhất là 58 tuổi.

#### 3.2 Đặc điểm lâm sàng:

**Bảng 2. Vị trí tổn thương (n = 11)**

Bên tổn thương	Tần số	Tỷ lệ (%)
Bên trái	06	54.5
Bên phải	05	45.5
Tổng	11	100

**Nhận xét:** Trong tổng số 11 bệnh nhân, có 11 vị trí tổn thương. Bên tổn thương bên trái chiếm 54.5%.

**Bảng 3. Nguyên nhân chấn thương**

Nguyên nhân chấn thương	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tai nạn giao thông	8	72,7
Tai nạn sinh hoạt	3	27.3
Tai nạn lao động	0	0
Tổng	11	100.0

**Nhận xét:** Nguyên nhân chủ yếu gây ra chấn thương là tai nạn giao thông chiếm 72.7%.  
Đặc điểm cận lâm sàng

**Bảng 4. Phân loại gãy đầu dưới xương quay theo A0 (n = 11)**

Loại gãy (A0)	Tần số	Tỷ lệ (%)
B1	3	27.3
B2	2	18.2
B3	2	18.2
C1	3	27.3
C2	1	9
C3	0	0

**Nhận xét:** Loại gãy C1 và B1 chiếm đa số chiếm 27.3 %; Loại gãy B2 và B3 chiếm 18,2%. Thấp nhất là loại gãy C2 chiếm 9%.

Kết quả điều trị

Lành vết mổ thì đầu: 100% bệnh nhân.

**Bảng 5. Đánh giá chức năng theo Sarmiento cải biên (n = 11)**

Đánh giá	Tần số	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	2	18.2
Tốt	8	72.7
Khá	1	9.1
Xấu	0	0

**Nhận xét:** Đánh giá chức năng cho thấy đa số tốt và rất tốt chiếm tổng tỷ lệ 90.9%  
Đánh giá kết quả trên X- quang sau mổ

**Bảng 6. Đánh giá phục hồi giải phẫu theo sarmiento cải biên (n = 11)**

Đánh giá	Tần số	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	3	27,3
Tốt	7	63,6
Khá	1	9,1
	0	0

**Nhận xét:** Đa số các bệnh nhân đều đạt đánh giá từ khá trở lên với kết quả tốt chiếm 63.6% và rất tốt là 27.3%.

#### **IV. BÀN LUẬN**

##### **4.1 Đặc điểm chung**

Kết quả cho thấy, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $30 \pm 8,5$  với tuổi nhỏ nhất là 18 và lớn nhất là 58 tuổi. Nhóm tuổi 16 – 39 tuổi chiếm 81.8% đều nằm trong độ tuổi lao động. Tỷ lệ nam giới chiếm nhiều hơn nữ giới và tai nạn giao thông là nguyên nhân chủ yếu gây chấn thương chiếm 72.7% kết quả này cũng phù hợp vì ngày nay tỷ lệ tai nạn giao thông ngày càng tăng cao mà đối tượng thường gặp là các thanh thiếu niên những người đang trong độ tuổi lao động và tham gia giao thông nhiều, những tai nạn này thường là những chấn thương năng lượng cao nên gãy đầu dưới xương quay đơn thuần ít mà thường kèm theo nhiều chấn thương nặng khác. Kết quả chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Thái (2005): tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ lớn nhất, là 66,62%; tiếp đến là tai nạn sinh hoạt chiếm 23,64% và tai nạn lao động là 9,48%, tương đồng với Nguyễn Huy Toàn và Đỗ Phước Hùng. [3] [4]

##### **4.2 Đặc điểm lâm sàng**

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: tổn thương tay trái chiếm chủ yếu 54.5% (6/11 vị trí tổn thương), tay phải chiếm 45.5% (5/11 vị trí tổn thương). Cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Thái và cộng sự (2005) tác giả cũng chữa số bệnh nhân gãy tay phải (369/791 bệnh nhân) ít hơn so với số bệnh nhân bị gãy tay trái (422/791 bệnh nhân).[4]

##### **4.3 Đặc điểm cận lâm sàng**

Trong những năm qua, các nhà ngoại khoa đã cố gắng phân loại các trường hợp gãy đầu dưới xương quay. Có rất nhiều cách phân loại được đưa ra. Hiện nay, hai bảng phân loại phổ biến nhất là phân loại của Frykman và phân loại theo AO. Trong đó, bảng phân loại theo AO dựa theo mức độ gãy phức tạp của xương và tổn thương mặt khớp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, Loại gãy C1 và B1 chiếm đa số chiếm 27.3 %; tiếp đó là loại gãy B2 và B3 chiếm 18,2%. Thấp nhất là loại gãy C2 chiếm 9%. Tuy nhiên, khác so với kết quả nghiên cứu của Hoàng Minh Thắng (2013), tác giả chọn chủ đích đối tượng tham gia nghiên cứu là những bệnh nhân gãy đầu dưới xương quay A2, A3 theo AO [5]. Nghiên cứu của Nguyễn Huy Toàn và Đỗ Phước Hùng (2012) lựa chọn chủ đích đối tượng là những bệnh nhân gãy đầu dưới xương quay loại B3 theo phân loại AO.[3]

100% đối tượng tham gia nghiên cứu của chúng tôi liền xương sau mổ 3 tháng. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của Đặng Việt Công và cộng sự (2016) [1] và Đỗ Đức Kiểm (2018) [2] cho kết quả liền xương 100% bệnh nhân sau 6 tháng. Đánh giá liền xương trên Xquang trong hai lần khám của tác giả đều cho thấy liền xương chắc là 100%. Dựa vào kết quả này, chúng tôi nhận thấy rằng kỹ thuật mổ gãy đầu dưới xương quay bằng nẹp khóa đa hướng đem lại kết quả liền xương rất tốt, không xảy ra các biến chứng như can lệch, chậm liền xương hay khớp giả.

##### **4.4 Kết quả điều trị**

Chúng tôi còn tiến hành chụp Xquang cho cả 11 đối tượng tham gia nghiên cứu (11 vị trí tổn thương) và thu được kết quả chụp Xquang sau phẫu thuật rất tốt. Đa số các bệnh nhân đều đạt đánh giá từ khá trở lên với kết quả tốt chiếm 63.6% và rất tốt là 27.3% Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Wong K.K và cộng sự nghiên cứu 30 bệnh nhân được cố định bằng nẹp vít khóa và theo dõi trong ít nhất 1 năm. Kết quả 24 bệnh nhân đạt xuất sắc và 5 bệnh nhân đạt kết quả tốt [7]. Hầu như về mặt phục hồi giải phẫu không thay đổi cho tới lúc đạt sự liền xương và tháo nẹp vít khóa đa hướng, qua đó thấy được nẹp vít khóa đa

hướng có vai trò giữ vững ổ gãy rất tốt trong và sau khi kết hợp xương cho tới lúc đạt sự liền xương.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 11 bệnh nhân gãy đầu dưới xương quay được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khóa đa hướng tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Nhóm tuổi từ 16 - 39 tuổi chiếm tỷ lệ cao (81.8%). Nam giới chiếm tỷ lệ 72.7% nhiều hơn nữ giới 27.3%. Tuổi trung bình của nghiên cứu là  $30 \pm 8,5$  với tuổi nhỏ nhất là 18 và lớn nhất là 58 tuổi. Phục hồi giải phẫu: kết quả tốt chiếm 63.6% và rất tốt là 27.3%. Đánh giá chức năng: tốt và rất tốt chiếm tổng tỷ lệ 90.9%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Việt Công (2016) *Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy đầu dưới xương quay bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*. Luận văn Thạc sĩ Y học, trường Học viện Quân Y.
2. Đỗ Đức Kiềm (2018) *Đánh giá kết quả phẫu thuật gãy đầu dưới xương quay bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện Việt Đức*. Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học y Hà Nội
3. Nguyễn Huy Toàn và Đỗ Phước Hùng (2012) *Kết quả bước đầu điều trị gãy đầu dưới xương quay loại B3 (AO) bằng nẹp vít*. Tạp chí Ngoại khoa số đặc biệt 1, 2, 3/2012, 273-275.
4. Nguyễn Văn Thái, Đặng Thị Bé và cộng sự (2005) *Điều trị gãy đầu dưới xương quay bằng phẫu thuật*. Tạp chí Y học Việt Nam số đặc biệt - tháng 9/2005, 100- 110.
5. Hoàng Minh Thắng và cộng sự (2013) *Đánh giá kết quả điều trị gãy đầu dưới xương quay theo kỹ thuật Kapandji*. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, trường Đại học Y Hà Nội.
6. Trần Đình Chiến, Nguyễn Ngọc Thảo (2006) *Gãy đầu dưới xương quay điển hình*. Bệnh học chấn thương chỉnh hình, NXB Quân đội nhân dân, Hà Nội, 64 - 67.
7. Wong KK, Chan KW, Kwok TK, Mak KH (2005) *Volar fixation of dorsally displaced distal radial fracture using locking compression plate*. J Orthop Surg (Hong Kong). 13(2), 153-157.

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ KHUYẾT HỔNG PHẦN MỀM VÙNG CỔ BÀN CHÂN BẰNG VẬT DA TRÊN MẮT CÁ NGOÀI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023

Nguyễn Kim Quang, Trần Văn Dũng,  
Thiều Quang Bình, Lương Văn Pháp

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả bước đầu điều trị khuyết hồng phần mềm vùng cổ bàn chân bằng vật da trên mắt cá ngoài tại Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm các bệnh nhân có khuyết hồng phần mềm vùng cổ bàn chân được điều trị che phủ bằng Vật da trên mắt cá ngoài tại Khoa Chấn thương Chính hình Bệnh viện Đa khoa Trung Tâm An Giang từ tháng 01/2022 đến tháng 09/2023. Nghiên cứu tiền cứu, kết hợp với theo dõi ca lâm sàng.

**Kết quả nghiên cứu:** Từ 01/2022 đến 09/2023 chúng tôi có 06 bệnh nhân được điều trị khuyết hồng phần mềm vùng cổ bàn chân bằng vật da trên mắt cá ngoài. Tỷ lệ nam/nữ là 2/1, độ tuổi trung bình 49. Nguyên nhân khuyết hồng 66.6% do tai nạn giao thông và các di chứng sau tai nạn giao thông, 16.7% do loét, 16.7% do tai nạn sinh hoạt. Các tổn thương kèm theo: không có gãy xương kèm theo, 50% có tổn thương lộ gân hoặc xương, 50% tổn thương đứt gân. Vị trí tổn thương: 33.3% khuyết hồng 1/3 dưới cẳng chân, 66.7% khuyết hồng bàn chân. Kết quả sống của vật: 83.3% vật sống tốt, không có hoại tử vật, 16,7% biến chứng nhiễm trùng.

**Kết luận:** vật da trên mắt cá ngoài là vật liệu tạo hình lý tốt cho các khuyết hồng phần mềm ở vùng cổ chân, bàn chân và có tỉ lệ thành công cao.

## ABSTRACT

**Objectives:** Evaluation of initial results of lateral supramalleolar flap for soft-tissue coverage of ankle and foot defects at An Giang Central General Hospital.

**Methods:** Prospective study. From 01/2022 to 9/2023, patients were treated for soft tissue defects with lateral supramalleolar flap at An Giang Central General Hospital. Results: The male/female ratio is 2/1, the average age is 49. The cause of the defect is 66.7% due to traffic accidents and sequelae after traffic accidents, 16.7% ulcers, 16,7% daily life accidents. Injuries: no bone fractures, 50% tendon or bone exposed, 50% tendon rupture. Location: 33.3% distal leg, 66.7% foot. Flap survival

**Results:** 83.3% of flaps survived well, no flap necrosis, 16.7% have infection.

**Conclusions:** lateral supramalleolar flap is suitable to cover the ankle and foot defects and has a high success rate.

## I- ĐẶT VẤN ĐỀ

Khuyết hồng phần mềm vùng cổ bàn chân là tổn thương hay gặp do nhiều nguyên nhân, để lại nhiều biến chứng và di chứng phức tạp. Điều trị các khuyết hồng phần mềm vùng này vẫn còn nhiều khó khăn và thách thức. Do da vùng này mỏng hơn các phần trên, máu nuôi nghèo nàn, ôm sát các cấu trúc bên dưới, thường xuyên chịu va chạm, do đó khi tổn thương thường gây lộ gân xương, mạch máu, thần kinh. Điều này đặt ra yêu cầu cần phải che phủ sớm các tổn thương khuyết mất da ở vùng cổ bàn chân.

Có rất nhiều vật da dùng để che phủ khuyết hồng cổ bàn chân như: sural, trên mắt cá ngoài, vật mu chân, vật tự do... Trước đây vật cân thần kinh hiển ngoài (sural) thường được sử dụng che phủ khuyết hồng vùng cổ bàn chân, tuy nhiên vật này có nhược điểm độ dày lớn, ảnh hưởng tới thẩm mỹ vùng cổ bàn chân. Vật da trên mắt cá ngoài với độ dày vật da tương thích mô mềm vùng cổ bàn chân cũng là một biện pháp lựa chọn. Hiện nay, tại Bệnh viện Đa khoa Trung Tâm An Giang đã áp dụng phương pháp này để điều trị cho bệnh nhân. Tuy nhiên với số lượng còn ít và chưa có nghiên cứu và báo cáo cụ thể. Để đánh giá bước đầu hiệu quả che phủ của vật này, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: “Đánh giá kết quả bước đầu điều trị khuyết hồng phần mềm vùng cổ bàn chân bằng vật da trên mắt cá ngoài tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2023” nhằm mục tiêu:

*Mô tả đặc điểm tổn thương và đánh giá kết quả bước đầu điều trị khuyết hồng phần mềm vùng cổ bàn chân bằng vật da trên mắt cá ngoài tại Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang*

## **II-ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1. Đối tượng nghiên cứu:**

Gồm các bệnh nhân có khuyết hồng phần mềm vùng cổ bàn chân được điều trị che phủ bằng Vạt da trên mắt cá ngoài tại Khoa Chấn thương Chính hình Bệnh viện Đa khoa Trung Tâm An Giang từ tháng 01/2022 đến tháng 09/2023.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Có khuyết hồng phần mềm vùng cổ bàn chân lộ gân, xương.
- Có mạch xuyên ra da của động mạch mạc trên mắt cá ngoài được xác định trước mổ bằng máy siêu âm Doppler cầm tay hoặc được xác định khi phẫu tích trong mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Có tình trạng nhiễm trùng cấp tính tại chỗ.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ 01/2022 đến 09/2023 tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang

### **2. Phương pháp nghiên cứu:**

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang mô

Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện, số lượng 30 bệnh nhân.

Nội dung nghiên cứu

#### **2.1 Đặc điểm chung**

- Nhóm tuổi: < 16 tuổi, 16 – 60 tuổi, > 60 tuổi
- Giới tính: Nam, Nữ

#### **2.2 Đặc điểm tổn thương và nguyên nhân khuyết hồng phần mềm vùng cổ bàn**

**chân**

- Xác định nguyên nhân tổn thương:
  - + Tai nạn giao thông
  - + Tai nạn lao động
  - + Tai nạn sinh hoạt
  - + Khác: loét, nhiễm trùng... do các bệnh lý khác
- Vị trí khuyết hồng:
  - + 1/3 dưới cẳng chân
  - + bàn chân
- Tình trạng của tổn thương:
  - + lộ gân, xương đơn thuần
  - + gãy xương
  - + đứt gân

#### **2.3 Kết quả điều trị**

Phân loại kết quả (căn cứ vào tiêu chuẩn đánh giá của Oberlin.C và Duparc.J):

- + Tốt: Vạt sống hoàn toàn, vùng nhận không còn viêm dò kéo dài, chức năng có thể phục hồi.
- + Trung bình: Vạt bị thiếu dưỡng, xuất hiện bóng nước trên bề mặt hoặc hoại tử mép vạt, có hoặc không có ghép da bổ xung. Hoặc bị hoại tử lớp da nhưng còn lớp cân mỡ.
- + Xấu: Vạt bị hoại tử trên 1/3 diện tích đến hoại tử hoàn toàn, cần cắt bỏ và can thiệp điều trị bằng phương pháp khác

### **3. Phương pháp thu thập số liệu**

Khám sàng lọc bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn bệnh.

Khai thác bệnh sử, nguyên nhân tổn thương, các tổn thương phối hợp.

Thăm khám toàn trạng.

Khám và đánh giá tổn thương

Ghi nhận dữ liệu, chụp ảnh nơi tổn thương.

\* Phương pháp phẫu thuật

- Vô cảm: Tê tủy sống (hoặc mê nội khí quản).
- Tư thế bệnh nhân: nằm nghiêng

Các bước tiến hành

Cắt lọc vết thương: Cắt lọc tỉ mỉ các mô dơ, hoại tử, mô dập nát và lấy hết các dị vật bám trên tổn thương. Đo kích thước của tổn thương.

Thiết kế vạt:

- Dựa theo hình dạng và kích thước tổn thương của bệnh nhân. Tùy trường hợp, bóc vạt có thể cắt hoặc không cắt nhánh xiên, vạt đảo hay vạt bán đảo.
- Bệnh nhân nằm nghiêng về phía đối bên, đảo da được phác hoạ ở mặt trước ngoài, giữa 2 xương cẳng chân gần khớp cổ chân. Cuống mạch nằm ở chỗ lõm giữa 2 xương trên mặt cá ngoài 5 cm.

Rạch da bờ trước vạt, quanh đảo da, xuống dưới qua mắt cá ngoài. Bóc tách vạt từ bờ trước, lật vạt từ trước ra sau. Phẫu tích cuống vạt, bóc tách dưới da về hai bên khoảng 1,5 cm, bóc tách bờ trước cuống vạt, tìm mạch máu nuôi vạt vị trí cách đỉnh mắt cá ngoài khoảng 6 cm. Cột cắt cuống bóc tách nhánh xuống (nếu vạt cuống đầu xa). Rạch da phía sau vạt, bóc tách vạt kèm theo thần kinh mạc nông, cắt vách cân bám vào xương mác. Bóc tách cuống theo đảo da, tách rời cuống vạt ra khỏi xương mác tới điểm xoay vạt thích hợp. Bóc tách đường hầm dưới da, di chuyển đảo da đến chỗ khuyết hồng. Vùng cho vạt có thể khâu kín trực tiếp hoặc ghép da nơi cho vạt.

Theo dõi và đánh giá kết quả căn cứ vào tiêu chuẩn đánh giá của Oberlin.C và Duparc.J

### III-KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 1.1.Đặc điểm chung

Nhóm tuổi/ giới tính	< 16	16 – 60	> 60
Nam	0 (0%)	2 (33.3%)	2(33.3%)
Nữ	0 (0%)	2(33.3%)	0 (0%)

Tỉ lệ nam/nữ là 2/1 trong nhóm nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 49 tuổi (từ 29 đến 67 tuổi) Tuổi nhỏ nhất là 29, lớn tuổi nhất là 67. Nhóm tuổi 16-60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 66.7%

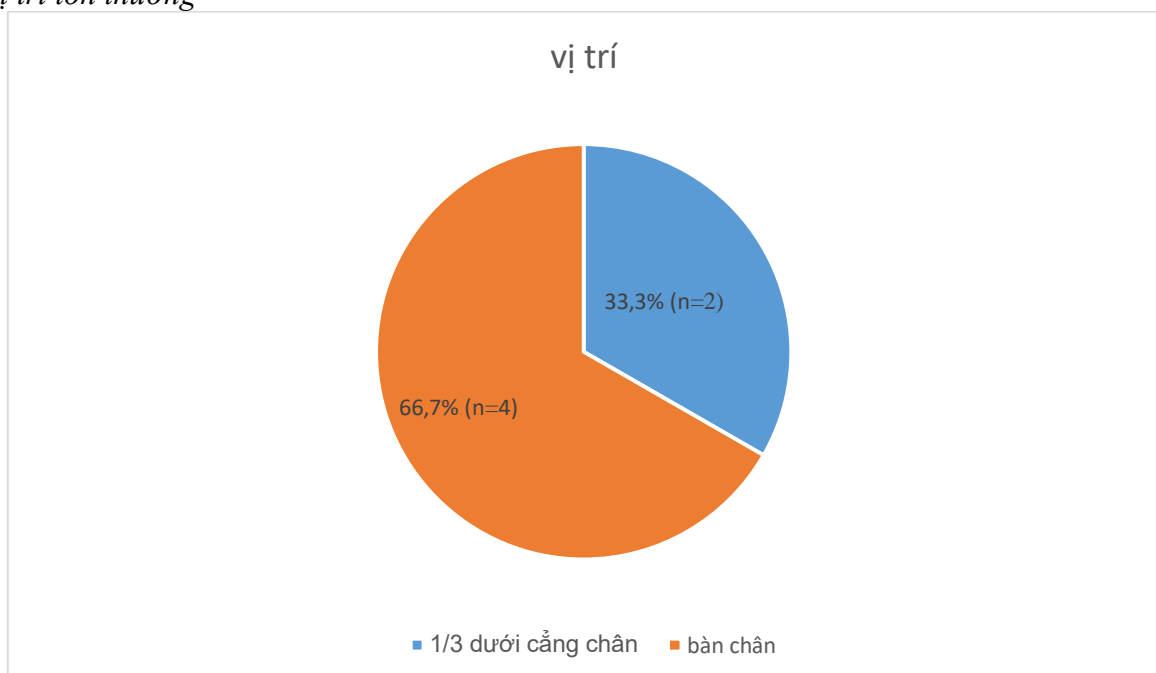
#### 1.2.Đặc điểm tổn thương

Nguyên nhân khuyết hồng:

Nguyên nhân	TNGT	TNSH	TNLĐ	Khác
Số lượng	4(66.6%)	0	1(16.7%)	1(16.7%)

Có 4 ca (66.6%) nguyên nhân là do TNGT và các di chứng sau TNGT, 1 ca (16.7%) là do loét sau nhiễm trùng bàn chân không do chấn thương, 1 ca (16.7%) là do tai nạn sinh hoạt.

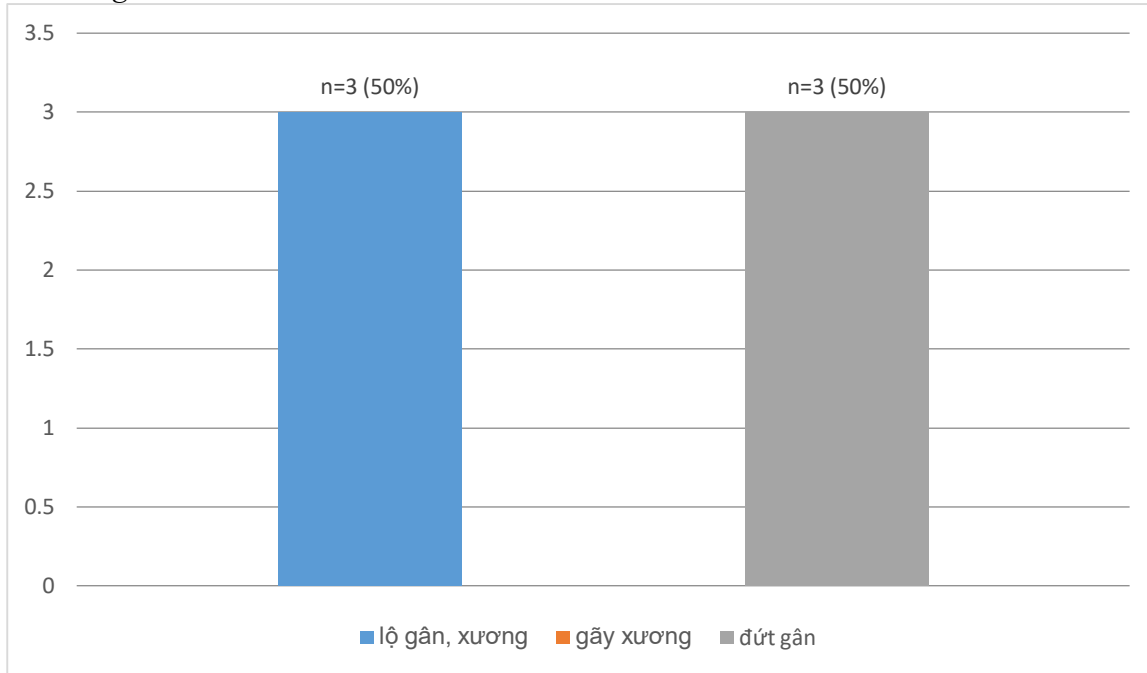
Vị trí tổn thương



2 ca (33.3%) tổn thương 1/3 dưới cẳng chân, 4 ca (66,7%) tổn thương vùng bàn chân



### Tổn thương kèm theo



Không có trường hợp nào có gãy xương kèm theo, 3 ca (50%) lộ gân hoặc xương đơn thuần, 3 ca (50%) có tổn thương đứt mất đoạn gân kèm theo. Trong đó 1 ca đứt mất đoạn gân gót, 2 ca đứt mất đoạn gân duỗi chung các ngón

### 3.3 Kết quả sống của vật

Kết quả vật	Tốt	Vừa	Xấu
Số lượng	5(83.3%)	1 (16.7%)	0

Có 5 ca (83.3%) vật sống tốt, seo lành tốt, chức năng vận động cổ bàn chân khá tốt, 1 ca (16.7%) biến chứng nhiễm trùng, loét lộ 1 phần xương chày <1cm<sup>2</sup> sau 4 tuần.

## IV-BÀN LUẬN

### Đặc điểm chung

Qua thống kê cho thấy nhóm tuổi 16-60 tuổi chiếm đa số, độ tuổi trung bình là 49 tuổi nhỏ nhất là 29, lớn nhất là 67, đa số bệnh nhân nằm trong độ tuổi lao động. tỉ lệ nam/ nữ = 2/1 So với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thạch tuổi trung bình là 40.25, nhỏ nhất là 11 tuổi, lớn nhất là 77 tuổi, tỉ lệ nam/ nữ = 3.5/1

### Đặc điểm tổn thương

Nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông và các di chứng sau TNGT chiếm 66.6%. Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thạch là 84.6%, Lê Đình Phong là 73.5%. Điều này nói lên tính đặc thù của Việt Nam, phương tiện di chuyển chủ yếu là xe máy nên rất dễ tổn thương vùng cẳng bàn chân khi xảy ra tai nạn. Vị trí tổn thương ở bàn chân chiếm đa số (66.7%), về tổn thương kèm theo thì 50% lộ gân, xương đơn thuần chỉ cần che phủ khuyết hổng, 50% có tổn thương đứt mất đoạn gân cần che phủ khuyết hổng kết hợp xử trí tổn thương gân (ghép gân, chuyển gân)

### Kết quả sống của vật

Tỉ lệ sống tốt của vật khá cao 83.3%, có 1 ca (16.7%) kết quả mức độ vừa do biến chứng nhiễm trùng gây loét lộ 1 phần xương chày <1cm<sup>2</sup> sau 4 tuần, sau đó bệnh đã được cắt lọc, xoay vật tại chỗ che tổn thương, hiện tại ổn (bệnh lớn tuổi có bệnh nền đái tháo đường, xơ vữa mạch máu là một phần nguyên nhân khách quan dẫn đến kết quả chưa tốt ở ca bệnh này). So với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thạch là 77.8% vật kết quả tốt, 22.2% vật kết quả vừa. Lê Đình Phong 72,72% tốt, 6.06% vừa, 3.03% xấu.

## V- KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 06 trường hợp điều trị khuyết hổng phần mềm cùng cẳng bàn chân bằng vật da trên mắt cá ngoài tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 01 năm 2022 đến

tháng 09 năm 2023 thấy độ tuổi chủ yếu là 16-60 tuổi, trung bình 49, tỉ lệ nam/ nữ 2/1, nguyên nhân chủ yếu là do TNGT và các di chứng sau TNGT, vị trí tổn thương ở bàn chân chiếm đa số 66.7%, tổn thương kèm theo có 50% lộ gân xương đơn thuần, 50% có đứt gân kèm theo. Kết quả sống tốt cao 83.3%, vừa 16.7%

Tuy với số lượng hạn chế, nhưng bước đầu nghiên cứu cho thấy vạt da trên mắt cá ngoài hiệu quả cao trong việc che phủ khuyết hồng vùng cẳng bàn chân.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Đình Phong (2002), “Đánh giá kết quả sử dụng vạt da cân có cuống trên mắt cá ngoài trong che phủ các khuyết hồng vùng cẳng bàn chân”, Y học thực hành, (3),64-66.

2. Nguyễn Ngọc Thạch, Mai Trọng Tường (2016), “Tạo hình khuyết hồng da, mô mềm vùng cổ chân và bàn chân bằng vạt da trên mắt cá ngoài”. Đề tài cấp cơ sở, Bệnh viện Chấn Thương Chính Hình.

3. Agha R, Abdall-Razak A, Crossley E, Dowlut N, Iosifidis C, Mathew G, Bashashati M, Millham F.H, Orgill D.P, Noureldin A, Nixon I (2019). Strengthening the reporting of cohort studies in surgery. Int J Surg,72,156–165.

4. Burton Wood C, Seim NB, Yancey KL, Netterville JL, Mannion K (2021). Color Doppler ultrasonography for monitoring a free flap anastomosis during a head and neck surgical camp. Ear Nose Throat J,100(3),160-161.

# **ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT GỠ ĐẦU DƯỚI HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN BẰNG KỸ THUẬT ÍT XÂM LẤN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023**

Nguyễn Minh Hải, Nguyễn Kim Quang,  
Trần Văn Dũng, Nguyễn Huỳnh Gia Phú

## **TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy đầu dưới hai xương cẳng chân bằng kỹ thuật ít xâm lấn.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu kết hợp mô tả dọc trên 12 bệnh nhân được điều trị mổ kết hợp xương bên trong bằng kỹ thuật ít xâm lấn với nẹp vít khóa, theo dõi kết quả liền xương, sự phục hồi chức năng tại Khoa Chấn thương Chỉnh hình Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 01/2023 đến tháng 09/2023.

**Kết quả:** 12 bệnh nhân gãy đầu dưới hai xương cẳng chân được kết hợp xương nẹp vít ít xâm lấn (MIPO: Minimal invasive plate osteosynthesis). Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là do tai nạn giao thông 100%. Kết quả liền xương theo tiêu chuẩn của JL Haas và JY De La Cafinière: xương liền tốt và rất tốt 83.3%; liền xương trung bình 16.7%. Thời gian liền xương trung bình 20,9 tuần. Kết quả phục hồi chức năng theo thang điểm AOFAS rất tốt và tốt 83.3%.

**Kết luận:** MIPO là phương pháp điều trị cho kết quả tốt đối với gãy đầu dưới xương chày, bằng kỹ thuật nắn gián tiếp với đường mổ nhỏ làm giảm tổn thương mô mềm trong phẫu thuật.

**Từ khóa:** Kết hợp xương bằng nẹp vít ít xâm lấn, đầu dưới xương chày, nẹp khóa

## **ABSTRACT**

**Objective:** Evaluate results of bone healing and rehabilitation.

**Subject and method:** Prospective study on 12 patients sustained distal tibial fracture from January 2023 to September 2023. Patients were treated by minimally invasive plate osteosynthesis with locking compression plate and followed up postoperatively with clinical, radiology and function recovery.

**Results:** 12 patients with distal limb fracture were performed by minimally invasive plate osteosynthesis (MIPO). The cause of the injury is mainly due to traffic accident 100%. JL Haas and JY De La Cafinière classification: good union and very good union 83.3%; average 16.7%. Time averaged bone union is 20.9 weeks. AOFAS results were very good and good at 83.3%.

**Conclusion:** MIPO is an effective method of treatment for distal tibial fractures. The use of indirect reduction techniques and small incisions is technically demanding but decreases surgical trauma to soft tissues

**Keywords:** MIPO, distal tibial, locking plate

## **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Gãy đầu dưới hai xương cẳng chân là thương tổn thường gặp và luôn đặt ra những khó khăn, thách thức trong điều trị, chiếm tỷ lệ 7- 10% các thương tổn hai xương cẳng chân [5]. Điều trị bảo tồn bằng nắn chỉnh kín, bó bột đã được Bohler đề xướng và thu được nhiều thành công với khung kéo nắn của Bohler. Tuy nhiên khi ổ gãy phức tạp, đường gãy chéo xoắn dễ di lệch thứ phát trong bột, nhất là sau khi hết phù nề. Điều trị phẫu thuật mở ổ gãy kết hợp xương bên trong, thường phải lấy bỏ khối máu tụ quanh ổ gãy và những mảnh xương vụn là những yếu tố góp phần hình thành can xương, gây tổn thương thêm phần mềm xung quanh, cũng như màng xương, làm tổn thương mạch máu nuôi xương. Do đó, nguy cơ chảy máu sau mổ, nguy cơ nhiễm trùng cao, chậm liền xương. Nắn chỉnh kín hoặc mở ổ gãy kết hợp xương bên ngoài bằng khung cố định ngoài có ưu điểm có thể cố định ổ gãy vững chắc và tạo liền xương kỳ đầu, tuy nhiên hay gặp biến chứng nhiễm trùng chân đinh và di lệch ổ gãy thứ phát do lỏng đinh, tỷ lệ sớm. Đặc biệt vấn đề nhiễm trùng sau mổ đã gây không ít khó khăn trong điều trị, nhất là khi viêm xương [5].

Nắn chỉnh kín và kết hợp xương bằng nẹp vít xâm lấn tối thiểu dưới màn hình tăng sáng (MIPO - Minimal invasive plate osteosynthesis) là phương pháp có nhiều ưu điểm. Phẫu thuật viên

chỉ rạch da tối thiểu, nắn chỉnh lại ổ gãy và luồn dụng cụ kết hợp xương. Do vậy, hạn chế tổn thương thêm da và tổ chức phần mềm dưới da cũng như xương và màng xương, khối máu tụ quanh ổ gãy và những mảnh xương vụn được giữ gần như nguyên vẹn, giúp cho sự liền xương nhanh, giảm thiểu nguy cơ ghép xương kỳ đầu, hạn chế nhiễm khuẩn, phù nề và rối loạn dinh dưỡng sau mổ, giảm nguy cơ phải chuyển cơ che xương [2].

Vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Đánh giá kết quả bước đầu điều trị phẫu thuật gãy đầu dưới hai xương cẳng chân bằng kỹ thuật ít xâm lấn tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2023” nhằm mục tiêu:

*Đánh giá kết quả ban đầu điều trị phẫu thuật gãy đầu dưới xương chày bằng kỹ thuật ít xâm lấn tại bệnh viện đa khoa Trung Tâm An Giang.*

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.**

### **2.1 Đối tượng:**

12 bệnh nhân gãy đầu dưới hai xương cẳng chân được mổ kết hợp xương nẹp vít kỹ thuật xâm lấn tối thiểu (MIPO), được theo dõi và tái khám định kỳ tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang trong khoảng thời gian từ tháng 1/2023 đến tháng 09/2023

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân gãy đơn thuần đầu dưới hai xương cẳng chân, gãy đơn thuần xương chày. Gãy kín và gãy hở độ I, II, IIIA theo Gustilo.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những trường hợp gãy hai xương cẳng chân do bệnh lý. Những trường hợp gãy hở độ IIIB, IIIC theo phân độ Gustilo.

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu chúng tôi lấy thuận tiện, số lượng chung cho nhóm thiết kế tiến cứu là 35 bệnh nhân.

### **2.2. Phương pháp:**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang không đối chứng

Nội dung, các biến số, chỉ số nghiên cứu:

**Bảng 1: Các biến số và chỉ số nghiên cứu**

Biến số	Chỉ số - Định nghĩa	Phương pháp thu thập thông tin	Công cụ
Tuổi	Năm: Tính từ năm sinh đến năm nghiên cứu	Phỏng vấn	Bệnh án mẫu
Giới	Nam/nữ	Quan sát	Bệnh án mẫu
Nguyên nhân	Tai nạn giao thông Tai nạn lao động Tai nạn sinh hoạt Khác	Phỏng vấn	Bệnh án mẫu
Thời gian từ khi tai nạn đến khi mổ	Số ngày từ khi tai nạn đến ngày phẫu thuật	Phỏng vấn	Bệnh án mẫu
Tình trạng phần mềm trước phẫu thuật	Bình thường Nè nhẹ Có nốt loạn dưỡng	Khám lâm sàng, phỏng vấn, quan sát	Bệnh án mẫu
Hình ảnh X-Quang trước phẫu thuật	+ Hình ảnh gãy + Vị trí ổ gãy - Mức độ gãy (đơn giản hay phức tạp) Phân loại ổ gãy theo AO/ASIF	Chụp X-Quang	Phim - máy chụp
Kết quả điều trị	+ Tình trạng vết mổ + Biến chứng sau mổ + Hình ảnh X-Quang + Thời gian nằm viện	Ghi chép, Khám lâm sàng, Phỏng vấn	Bệnh án mẫu
Kết quả điều trị sau 1,2,3 tháng	+ Đau, + Cử động khớp gối, + Cử động khớp cổ chân, + Teo cơ	Hỏi, thăm khám Quan sát, phỏng vấn	Bệnh án mẫu

Các bước phẫu thuật:

- Gãy xương mác có chỉ định mổ sẽ tiến hành làm nẹp vít xương mác trước.
- Gãy xương chày: Rạch đường nhỏ khoảng 3cm ngay mắt cá trong, tạo đường hầm dưới da và trên màng xương.
- Nâng chỉnh trục xương và các mảnh gãy lớn bằng tay theo mặt phẳng trong ngoài
- Kiểm tra dưới C- arm xương chày mặt phẳng trong- ngoài và mặt phẳng trước – sau đến khi thẳng trục và chấp nhận được.
- Rạch da khoảng 2cm ngay trên nẹp đầu trung tâm của xương chày bắt 1 vít.
- Kiểm tra lại ổ gãy trên C- arm bắt 2 hoặc 3 vít đầu gần, sau đó bắt 2 vít đầu xa.
- Kiểm tra lại ổ gãy trên C- arm.

Đánh giá sau mổ:

*Chăm sóc sau mổ*

- Sau mổ chân gãy được gác cao tránh phù nề, động dịch. Các khớp cổ chân, ngón chân được tập vận động ngay sau mổ. Điều trị kháng sinh, giảm đau, giảm nề.
- Chế độ dinh dưỡng hợp lý, giàu Protein năng lượng đảm bảo cho sự hồi phục và liền xương của bệnh nhân

*Phục hồi chức năng sau mổ*

- Bệnh nhân được hướng dẫn tập thụ động sớm các khớp lân cận như khớp gối, khớp cổ chân (những gãy ngoài khớp) ngay từ ngày đầu tiên sau mổ. Hướng dẫn tập PHCN theo bài tập thể dục liệu pháp gồm 4 giai đoạn [5].

Kết quả gần: *Đánh giá kết quả nắn chỉnh ổ gãy*: dựa vào phim X quang sau mổ theo tiêu chuẩn của Larson và Bostman 1980.

**Bảng 2. Bảng đánh giá kết quả nắn chỉnh theo Larson và Bostman**

Mức độ	Tiêu chuẩn
Rất tốt	Trục xương thẳng giống như bên lành
Tốt	Nếu mở góc ra ngoài hay ra trước < 5° Nếu mở góc ra sau hay vào trong < 10°
Trung bình	Nếu vượt quá ngưỡng trên
Kém	Giống tiêu chuẩn trung bình và kèm theo di lệch xoay, bàn chân xoay ngoài

Kết quả xa Dựa vào khám lâm sàng và phim X quang chụp khi bệnh nhân khám lại định kỳ. Gồm có các chỉ tiêu sau: thời gian liền xương; kết quả liền xương dựa vào phim X quang theo tiêu chuẩn của JL Haas và JY De La Cafinière. Kết quả phục hồi chức năng (PHCN): theo thang điểm American Orthopaedic Foot and Ankle Score (AOFAS) [10].

**Bảng 3. tiêu chuẩn của JL Haas và JY De La Cafinière**

Kết quả	Kết quả liền xương
Rất tốt	Liền xương thẳng trục, đúng thời hạn
Tốt	Trục xương mở góc vào trong dưới 5°; mở góc ra ngoài, ra sau, ra trước dưới 10°. Ngắn chi dưới 10mm. Xương liền đúng thời hạn.
Trung bình	Trục xương mở góc vào trong trên 5°; mở góc ra ngoài, ra sau, ra trước trên 10°. Ngắn chi trên 10mm. Xương liền chậm.
Kém	Trục xương mở góc vào trong trên 5°; mở góc ra ngoài, ra sau, ra trước trên 10°. Ngắn chi trên 10mm và di chuyển xoay trên 10°. Xương không liền.

- Kết quả chung: Đánh giá kết quả chung bao gồm: seọ mổ, liền xương ổ gãy, phục hồi chức năng, biến chứng, di chứng dựa vào tiêu chuẩn đánh giá kết quả liền xương của JL Haas và JY De La Cafinière, tiêu chuẩn PHCN theo thang điểm AOFAS. [4]. [2]. [10]

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 4: Các đặc điểm của bệnh nhân**

Đặc Điểm	Giá Trị
Tuổi	Trung bình là 50.42 ± 4.13, Tuổi thấp nhất là 26, tuổi cao nhất là 82
Giới Tính	Nam: 9(75%) Nữ: 3 (25%)
Nguyên nhân tai nạn	Tai nạn giao thông: 12 (100%) Tai nạn sinh hoạt: 0 (0%) Tai nạn lao động: 0 (0%)
Tính chất ổ gãy	Gãy kín: 7 (58.3 %) Gãy hở: 5 (41.7%)
Tình trạng phần mềm	Bình thường: 1 (8.3%) Nề nhẹ: 9 (75%) Có nốt loạn dưỡng: 2 (16.7%)
Thời gian nằm viện	Trung bình 14.08 ± 3.39 ngày, ngắn nhất 10 ngày, dài nhất 21 ngày

**Bảng 5. Phân độ gãy xương theo AO**

Mức độ	Số BN	Tỷ lệ (%)
Độ A1	1	8.3
Độ A2	6	50
Độ A3	3	25
Độ C1	2	16.6
Tổng	12	100

**Nhận xét:** Theo phân độ AO thì gãy độ A2 chiếm tỷ lệ cao nhất 50%

**Bảng 6. Thời gian từ lúc tai nạn đến phẫu thuật**

Số ngày nằm viện	Số BN	%
Dưới 7 ngày	0	0
7 – 14 ngày	7	58.3
>14 ngày	5	41.7
Tổng	12	100

**Nhận xét:** Thời gian từ lúc tai nạn đến phẫu thuật từ 7 -14 ngày chiếm 58.3%, trên 14 ngày chiếm 41.7%.

**Bảng 7. Tình trạng vết mổ**

Tình trạng vết mổ	Số BN	Tỷ lệ (%)
Không nhiễm trùng	12	100
Nhiễm trùng	0	0
Tổng	12	12

**Nhận xét:** Tất cả các trường hợp đều không có nhiễm trùng vết mổ, tỷ lệ 100%

**Bảng 8. Kết quả nắn chỉnh ổ gãy theo tiêu chuẩn Larson và Bostman**

Kết quả	Số BN	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	7	58.3
Tốt	3	25
Trung bình	2	16.7
Tổng	12	100

**Nhận xét:** Đa số các trường hợp được nắn chỉnh tốt và rất tốt với tỷ lệ là 58.3% và 25%. mức trung bình chiếm 16.7%.

**Bảng 9. Kết quả liền xương theo độ gãy xương**

Phân độ gãy xương theo AO/ASIF	Kết quả liền xương			
	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Kém
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
A1	1(8.3)	0(0)	0(0)	0(0)
A2	5(41.7)	1(8.3)	0(0)	0(0)
A3	2(16.7)	1(8.3)	0(0)	0(0)
C1	0(0)	0(0)	2(16.7)	0(0)
Tổng	8(66.7)	2(16.7)	2(16.7)	0(0)

**Nhận xét:** Liền xương tốt và rất tốt có 10 bệnh nhân chiếm 83.3%, trung bình có 2 bệnh nhân chiếm 16.7%.

**Bảng 10. Kết quả PHCN theo tiêu chuẩn của AOFAS**

Kết quả	Số BN	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	7	58.3
Tốt	3	25
Trung bình	2	16.7
Tổng	12	100

**Nhận xét:** Theo đánh giá của AOFAS kết quả tốt và rất tốt chiếm tỷ lệ cao 83,3%, trung bình chiếm tỷ lệ 16,7 % và không có kết quả phục hồi kém.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1.Đặc điểm lâm sàng

- Phần mềm quanh ổ gãy: Phần lớn các trường hợp gãy xương đều có sưng nề phần mềm quanh ổ gãy nhất là các trường hợp gãy phức tạp. Trong nghiên cứu có 11/12 bệnh nhân phần mềm nề nhẹ trước phẫu thuật. Các trường hợp này đều gãy loại A2, A3, C1 theo AO.

- Các hình thái lâm sàng: Gãy cẳng chân biểu hiện dưới hai hình thái là gãy kín và gãy hở. Trong nghiên cứu chúng tôi lấy tiêu chuẩn bệnh nhân là gãy kín và gãy hở độ I,II, Theo biểu đồ 2 gãy kín chiếm 58%, gãy hở chiếm 42%. Theo Lau T. W (2008) 9/48 trường hợp gãy hở chiếm 19%, trong đó 4 ca gãy hở độ II và III. Trong 4 trường hợp này 2 BN mổ MIPO trong vòng 24h sau chấn thương, 2 BN còn lại kết hợp xương bằng cố định ngoài sau đó MIPO thì 2 [8]. Theo Rakesh K. trong 79 BN, có 11 ca gãy hở độ I, 4 ca độ II, 4 ca độ IIIA theo phân loại gãy hở của Gustilo và Anderson [7].

##### 4.2.Đặc điểm X quang:

Phân loại gãy xương trong nghiên cứu dựa theo phân loại của AO. Tất cả bệnh nhân đều là gãy loại A, và C1 là gãy đầu dưới hai xương cẳng chân ngoài khớp, và đường gãy đơn thuần vào khớp không di lệch. Bệnh nhân gãy loại A1 chiếm 8.3%, 6 bệnh nhân gãy loại A2 chiếm 50%, 3 bệnh nhân gãy loại A3 chiếm 25%, 2 bệnh nhân gãy loại C1 chiếm 16,6%. Theo nghiên cứu của Hoàng Thanh Hà (2013) có 16 BN loại A1, 4 BN loại A2, 17 loại A3 và 1 loại C1 [2].



Theo Raveesh (2014) kỹ thuật MIPO nên áp dụng với loại gãy ngoài khớp (loại A) hoặc đường gãy đơn thuần vào khớp, diện khớp không di lệch (loại B1, C1). Shrestha D nghiên cứu 20 BN thì có 12 loại A1, 4 loại A2, 2 loại A3 và 2 B1.

#### **4.3. Kết quả điều trị gân:**

- Thời gian nằm viện trung bình  $14.08 \pm 3.39$  ngày, ngắn nhất 10 ngày, dài nhất 21 ngày, Theo Hoàng Thanh Hà thời gian nằm viện trung bình là 5,45 ngày (ngắn nhất 3 ngày, dài nhất 14 ngày) [2]. Theo Nguyễn Thế Anh (2021) Thời gian nằm viện trung bình là  $7,13 \pm 1,76$  ngày. Ngắn nhất là 6 ngày, dài nhất là 10 ngày [1]. Các tác giả nước ngoài: Cheng W 2011 là  $12,1 \pm 3,7$  ngày [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tiêu chuẩn chọn bệnh nhân rộng rãi hơn (gãy hở độ II, IIIA theo Gustilo và gãy loại A, C1 theo AO), là những trường hợp gãy hở được phẫu thuật đặt cố định ngoài, nằm điều trị trước mổ một thời gian để đánh giá yếu tố nhiễm trùng (CTM, VS, CRP, PCT) trong giới hạn cho phép để phẫu thuật, nên điều này là phù hợp.

- Tình trạng vết mổ: trong nghiên cứu chúng tôi không gặp trường hợp nào nhiễm trùng sau mổ. Theo Hoàng Thanh Hà, nghiên cứu 38 BN không ca nào nhiễm trùng [2]. Trần Hoàng Tùng tỷ lệ nhiễm trùng nông là 7,89%; nhiễm trùng sâu là 2,64% [5]. Các tác giả nước ngoài tỷ lệ nhiễm trùng tương đối thấp: Lau T.W có 8/48 trường hợp nhiễm trùng [8]. Rakesh K. Gupta nghiên cứu 80 BN trong đó 71 BN làm kỹ thuật MIPO có 1 trường hợp nhiễm trùng [7]. Tuy nhiên số liệu nghiên cứu của chúng tôi còn khiêm tốn nên chưa đánh giá được.

- Kết quả nắn chỉnh: Sự nắn chỉnh xương gãy không tốt về mặt giải phẫu sẽ dẫn đến sự liền xương kém hơn, can lệch và ảnh hưởng xấu đến cơ năng của bệnh nhân như: viêm khớp, ngắn chi, đi lại khó khăn gây đau cho bệnh nhân. Bệnh nhân sau mổ được tiến hành chụp Xquang để kiểm tra. Trong nghiên cứu của mình chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn của Larson và Bostman để đánh giá kết quả phẫu thuật. Theo bảng có 7 trường hợp nắn chỉnh rất tốt chiếm 58.3 %, có 3 trường hợp nắn chỉnh tốt chiếm 25 %, 2 trường hợp nắn chỉnh mức trung bình chiếm 16.7 %.

4.4. Kết quả xa: Chúng tôi khám lại bệnh nhân sau mổ trung bình là 5-6 tháng.

- Kết quả liền xương: dựa theo bảng đánh giá của JL Haas và JY De La Cafiniere. Qua nghiên cứu 12 bệnh nhân nhận thấy kết quả liền xương rất tốt và tốt đạt 83.3%, liền xương trung bình chiếm 16.7%. Thời gian liền xương trung bình là 20,9 tuần.

Theo Hoàng Thanh Hà, thời gian liền xương trung bình là 13,84 tuần (biến thiên 10-20 tuần) [2]. Tác giả Nguyễn Văn Trường (2012) nghiên cứu 46 BN gãy hở đầu xa cẳng chân bằng cố định ngoài thời gian liền xương trung bình là 22,8 tuần, trong đó 60,9% trường hợp liền xương rất tốt và tốt [4]. Trần Hoàng Tùng 31/38 BN liền xương sau khám lại 6 tháng [5]. Theo Collinge 38/38 ca liền xương, liền xương trung bình 21 tuần (9- 48 tuần) [6]. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Điều này cho thấy kỹ thuật MIPO cho kết quả liền xương sớm.

Theo Michael W. Chapman gãy phức tạp tiên lượng về nắn chỉnh trong mổ khó hơn gãy đơn giản, đồng thời những loại gãy này làm đứt hoàn toàn hoặc phần lớn những mạch máu bên trong màng xương dẫn đến sự nuôi dưỡng ở gãy kém hơn và dẫn đến chậm liền xương.

- Kết quả phục hồi chức năng: Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng thang điểm AOFAS để đánh giá kết quả PHCN. Theo bảng 8 kết quả rất tốt chiếm 58.3%, kết quả tốt chiếm 25%, trung bình chỉ chiếm 16.7%, không có kết quả kém. Theo Trần Hoàng Tùng tỷ lệ tốt và rất tốt chiếm 94,74%. Theo Phan Văn Ngọc và CS tỉ lệ tốt và rất tốt là 90% [3]. Như vậy kết quả PHCN trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu khác. Tuy nhiên, các bệnh nhân của chúng tôi đang trong quá trình tập vật lý trị liệu phục hồi chức năng nên chúng tôi sẽ tiếp tục theo dõi và đánh giá thêm.

- Biến chứng: Trong 12 bệnh nhân của nhóm nghiên cứu không có trường hợp nào viêm xương, chậm liền xương, khớp giả, gãy nẹp vít. Kết quả tương tự như trong nghiên cứu của Hoàng Thanh Hà, Trần Chí Khôi [2].

- Kết quả chung: Chúng tôi đánh giá kết quả chung dựa vào tổng hợp tiêu chuẩn của JL Haas và JY De La Cafiniere, AOFAS. Theo biểu đồ 3 trong 12 BN nghiên cứu kết quả tốt và rất tốt chiếm tỷ lệ cao 83.3%, kết quả trung bình là 16.7% ,nằm chủ yếu trong nhóm gãy A3, C1 kết

quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu của, Nguyễn Thế Anh (2021), Hoàng Thanh Hà, Trần Chí Khôi (2013). Điều này giúp chúng ta tiên lượng vấn đề điều trị với từng loại gãy.

#### V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu điều trị 12 bệnh nhân gãy đầu dưới hai xương cẳng chân được kết hợp xương nẹp vít ít xâm lấn (MIPO: Minimal invasive plate osteosynthesis) trong năm 2023 chúng tôi thấy: Tuổi trung bình là  $50.42 \pm 4.13$ , tuổi thấp nhất là 26, tuổi cao nhất là 82 nguyên nhân chấn thương chủ yếu là do tai nạn giao thông 100%. Gãy kín 58%, gãy hở 42%. Phân loại theo AO: gãy loại A1 8.3%, gãy loại A2 50%, gãy loại A3 25%, và gãy loại C1 16.7%. Thời gian nằm viện trung bình  $14.08 \pm 3.39$  ngày. Kết quả nắn chỉnh giải phẫu theo tiêu chuẩn của Larson và Bostman rất tốt và tốt chiếm 75 %, trung bình 25 %. Kết quả liền xương theo tiêu chuẩn của JL Haas và JY De La Cafinière: xương liền tốt và rất tốt 83.3%; liền xương trung bình 16.7%. Thời gian liền xương trung bình 20,9 tuần. Kết quả phục hồi chức năng theo tiêu chuẩn của AOFAS rất tốt và tốt 83.3%. Kết quả chung: rất tốt và tốt chiếm 83.3%, kết quả trung bình 16.7 %.

#### HÌNH MINH HOẠ



*Hình 1,2: X quang trước mổ; Hình 3,4: X quang sau mổ 1 tháng; Hình 5,6: X quang sau mổ 5 tháng*

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thế Anh và cs (2021), “*Kết quả điều trị phẫu thuật gãy đầu dưới hai xương cẳng chân bằng kỹ thuật ít xâm lấn tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên*”, Tạp chí Y học Việt Nam. 502, 1 (tháng 7 2021), Tr. 85-89
2. Hoàng Thanh Hà, Trần Chí Khôi (2013),” *Điều trị gãy đầu dưới xương chày bằng nẹp vít, phẫu thuật ít xâm lấn*”, Tạp chí Hội nghị thường niên lần XX Hội CTCH Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 81 - 83.
3. Phan Văn Ngọc và cs (2019),” *Điều trị gãy đầu dưới xương chày bằng kỹ thuật ít xâm lấn tại bệnh viện Sài Gòn Ito Phú Nhuận*”, Tạp chí Chấn Thương Chính Hình số đặc biệt, tr. 195- 203.
4. Nguyễn Văn Trường (2012), “*Đánh giá kết quả điều trị gãy hở đầu xa hai xương cẳng chân bằng cố định ngoài tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức*”, Luận văn thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
5. Trần Hoàng Tùng (2006), *Điều trị kết hợp xương nẹp vít gãy kín hai xương cẳng chân bằng kỹ thuật ít xâm lấn*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
6. Collinge C, Protzman R (2010), “*Outcomes of minimally invasive plate osteosynthesis for metaphyseal distal tibia fractures*”, J Orthop Trauma. 24(1), pp. 4-9.
7. Rakesh K. Gupta et al (2010), “*Locking plate fixation in distal metaphyseal tibial fractures: series of 79 patients*”, Int Orthop. 34(8), pp. 85-90.
8. Lau T. W (2008), “*Wound complication of minimally invasive plate osteosynthesis in distal tibia fractures*”, Int Orthop. 32(5), pp. 697-703.
9. Cheng W, Li Y và Manyi W (2011), “*Comparison study of two surgical options for distal tibia fracture- minimally invasive plate osteosynthesis vs. open reduction and internal fixation*”, Int Orthop. 35(5), pp. 37-42.
10. Amit Chandrakant Supe, Kirti Vinayak Kinge, Chandrashekhar Martand Badole (2016). “*Minimally invasive percutaneous plate osteosynthesis in distal tibial fracture: A series of 32 cases*”. International Journal of Orthopaedics Sciences; 2(1): 06-09.

# GIÁ TRỊ CHẨN ĐOÁN CỦA DAO ĐỘNG XUNG KÝ (IOS) TRÊN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI BVĐKTT AN GIANG NĂM 2023

Nguyễn Thị Nhiệm, Trần Thế Hải,  
Nguyễn Thiện Tuấn, Nguyễn Thanh Hà

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Dao động xung ký (IOS) là một phương pháp không xâm lấn có thể thu được những sự dao động cơ học của hệ hô hấp, ra đời sau hô hấp ký, nhưng lại có những ưu điểm hơn hô hấp ký đó là bệnh nhân không cần gắng sức và thời gian đo ngắn hơn.

**Mục tiêu:**

- Tính độ nhạy và độ đặc hiệu của IOS phân bậc chẩn đoán COPD tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang

- Tìm ra các thông số của IOS (R5, X5, R20, Delta R5-R20, AX & Fres), liên quan tới tắc nghẽn đường dẫn khí trên bệnh nhân COPD

**Phương pháp:** Nghiên cứu gồm hai nhóm. Nhóm thứ nhất gồm 35 bệnh nhân COPD mức độ nặng và rất nặng. Nhóm thứ hai gồm 35 người bình thường. Tất cả bệnh nhân và người bình thường đều lớn hơn 40 tuổi và không mắc các bệnh về tim, lao và các bệnh mạn tính khác. Các thông số của IOS (R5, X5, R20, Delta R5-R20, AX & Fres), và các thông số của hô hấp ký (FEV1, FEV1/FVC) được dùng để phân tích và tính toán. Pearson Correlation được dùng để tìm ra sự liên quan giữa IOS và hô hấp ký trong chẩn đoán COPD tại Bệnh viện đa khoa Trung Tâm An Giang.

**Kết quả:** Thứ nhất, R5, Delta R5-R20, AX và Fres đều có ý nghĩa thống kê ( $p < 0.001$ ) với FEV1. Tuy nhiên, X5 và R20 không cho thấy sự liên quan đến FEV1. Mối liên kết mạnh nhất có ý nghĩa thống kê là giữa FEV1 với Delta R5 – R20 ( $r = 0.615$ ), tiếp theo là FEV1 với R5 ( $r = - 0.603$ ). Thứ hai, chỉ có Delta R5-R20 có ý nghĩa thống kê với FEV1/FVC với  $r = - 0.63$ .

**Kết luận:** Kháng lực đường dẫn khí (R5, AX & Fres) và kháng trở đường dẫn khí ngoại biên (Delta R5-R20) có ý nghĩa thống kê và cung cấp nhiều thông tin cho bác sĩ trong việc chẩn đoán phân bậc bệnh nhân COPD khi so sánh với kháng trở đường dẫn khí (R5, R20). Như vậy kháng lực đường dẫn khí và kháng trở đường dẫn khí ngoại biên có thể được xem như một giá trị rất ý nghĩa cần quan tâm khi chẩn đoán bệnh nhân COPD .

**Từ khóa:** IOS, COPD, Hô hấp ký, BVĐKTTAG

## ABSTRACT

**Background:** of Vietnamese COPD patients, and investigate which IOS parameters are related to airflow obstruction in COPD BVĐKTTAG.

**Methods:** The study contain Thirty - five COPD patients and Thirty- five healthy people, whole of them are greater than 40 years, were recruited in Community Health Care Center, BVĐKTTAG. IOS measurements (R5, R20, X5, AX, Fres and Delta R5-R20), and Spirometry (FEV1, FEV1/FVC) were performed. Pearson or Spearman correlation determined the relationships between IOS and Spirometry.

**Results:** Firstly, R5, X20, AX, Fres and Delta R5-R20 were all significantly associated ( $p < 0.05$ ) with FEV1. However, X5 and R20 were not related to FEV1. The strongest associations were observed between FEV1 and Delta R5-R20 ( $r = 0.615$ ), and R5( $r = -0.603$ ). Secondly, only Delta R5-R20 was significantly associated with FEV1/FVC with  $r = - 0.63$ .

**Conclusions:** IOS Reactance (R5, AX, Fres) and Current measurement of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) relies extensively on the use of spirometry, “gold standard” for diagnosis of COPD. Impulse oscillometry system (the sensitivity and specificity of the IOS in diagnosis Peripheral Resistance (Delta R5-R20) measurements are more closely related to COPD diagnosis than IOS Resistance (R5, R20) measurements in Vietnamese patients. The IOS measurements can be a significant value for diagnosis of COPD .

**Key words:** IOS, Spirometry, COPD, BVĐKTTAG

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc nghẽn phổi mạn tính (Chronic obstructive pulmonary disease - COPD) là một bệnh lý thường gặp có thể phòng ngừa và điều trị được, đặc trưng bởi sự tắc nghẽn đường dẫn khí không hồi phục hoàn toàn. Sự tắc nghẽn này thường tiến triển từ từ, kèm theo tăng đáp ứng viêm bất thường của đường dẫn khí cũng như nhu mô phổi đối với phân tử hay khí độc hại của thuốc lá. Các bệnh kết hợp và các đợt kịch phát của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính góp phần vào độ nặng của bệnh trên từng bệnh nhân cụ thể(1,2). Bệnh nhân COPD biểu hiện các triệu chứng ở đường dẫn khí nhỏ, cao huyết áp và tăng tiết chất nhầy dẫn đến tắc nghẽn đường dẫn khí (8).

Hô hấp ký (Spirometry) được xem như “Tiêu chuẩn vàng” để đánh giá, sàng lọc và phân bậc bệnh nhân COPD. Người đo hô hấp ký phải tuân theo các bước kiểm tra chức năng của kỹ thuật viên một cách đầy đủ và nghiêm túc. Người đo được yêu cầu hít thật sâu, thở thật mạnh và kéo dài theo hướng dẫn của kỹ thuật viên hoặc bác sĩ. Quy trình đo có thể rất khó đối với những trẻ em, người lớn tuổi và người không có khả năng tư duy đầy đủ.

Dao động xung ký (Impulse Oscillometry- IOS) được xem như một kỹ thuật thay thế và bổ trợ cho hô hấp ký. Dao động xung ký là một máy tạo xung động với nhiều tần số (5-35Hz) được phóng vào đường dẫn khí trong lúc đối tượng hít thở bình thường. Sự tương tác với hệ hô hấp sẽ làm thay đổi tính chất các xung động. Các bộ phận chuyển đổi áp suất và chuyển đổi lưu lượng sẽ được ghi nhận và tính ra tổng trở Z (Impedance) của hệ hô hấp. Sử dụng các thuật toán, người ta tính được kháng lực đường dẫn khí R (Resistance) và phản lực đường dẫn khí X (Reactance). Đồng thời người đo IOS không cần gắng sức, thời gian đo nhanh khoảng 30-60 giây.

Hiện nay IOS đã được Hội Hô Hấp Châu Âu (European Respiratory Society - ERS) và Hội lồng ngực Hoa Kỳ (American Thoracic Society - ATS) xem là phương pháp thăm dò chức năng hô hấp thường qui cho trẻ em và người lớn.

Dao động xung ký được xem như một kỹ thuật mới giúp đánh giá tắc nghẽn đường dẫn khí, một công cụ hữu ích giúp phân bậc chẩn đoán sớm và can thiệp COPD là vấn đề cấp thiết hiện nay, ở Việt Nam cũng như tại An Giang, do đó chúng tôi thực hiện đề tài này “ Phân tích dữ liệu dao động xung ký trên bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2023” với hai mục tiêu:

1. Tính độ nhạy và độ đặc hiệu của IOS trong phân bậc chẩn đoán COPD tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang

2. Tìm ra các thông số của IOS (R5, X5, R20, Delta R5-R20, AX & Fres), liên quan tới tắc nghẽn đường dẫn khí trên bệnh nhân COPD

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Phương pháp nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang có phân tích

### 2. Cỡ mẫu:

Được tính theo công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu có nhóm chứng tìm ra sự tương quan.

$$n = 3 + \frac{4C(\alpha, \beta)}{\left[\log\left(\frac{1+r}{1-r}\right)\right]^2}$$

Với sai sót loại 1  $\alpha = 0,05$ , sai sót loại 2  $\beta = 0,20$ , C là hằng số liên quan đến sai sót  $\alpha$  và  $\beta$  là 7.85, các nghiên cứu trước đây cho biết mối tương quan giữa IOS và hô hấp ký trong chẩn đoán COPD ( $r = 0.675$ ). Ta tính ra cỡ mẫu  $n = 33$ , do đó chúng tôi chọn 35 trường hợp cho mỗi nhóm (4).

### 3. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân có chỉ định đo hô hấp ký và dao động xung ký từ tháng 2/2023 cho đến khi đủ số lượng.

#### 4. Địa điểm

Khoa Thăm dò chức năng Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

#### 5. Cách tiến hành

##### 1. Tiêu chuẩn chọn bệnh:

• Nhóm bệnh COPD phân bậc chẩn đoán giai đoạn nặng (III) và rất nặng (IV) được xác định theo tiêu chuẩn GOLD 2023 và nhóm có bệnh lý đường hô hấp (không COPD). Tất cả bệnh đều lớn hơn 40 tuổi đến khám và điều trị, có khả năng đo IOS và hô hấp ký tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

• Đồng ý tham gia nghiên cứu.

##### 2. Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân có tiền sử hen suyễn đợt cấp, ung thư phổi, lao, áp xe, các bệnh mạn tính khác hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

3. Cách tiến hành: Chọn bệnh ngẫu nhiên các bệnh tham gia nghiên cứu.

- Nhóm chứng: n1 = 35 nhóm có bệnh lý đường hô hấp (không COPD) .

- Nhóm bệnh: n2 = 35 nhóm COPD phân bậc chẩn đoán mức độ nặng (III) và rất nặng (IV) được xác định theo tiêu chuẩn GOLD 2023

→ Tất cả bệnh được cân, đo thực hiện lần lượt dao động xung ký và hô hấp ký trên cùng máy IOS (hiệu Vyntus), sau đó test giãn phế quản với salbutamol liều 200mcg. 15 phút sau tiến hành đo lại dao động xung ký (IOS) và hô hấp ký theo tiêu chuẩn của hội hô hấp Châu Âu và Hội lồng ngực Hoa Kỳ năm 2014. Các chỉ số dao động xung ký và hô hấp ký được ghi nhận.

Các chỉ số của IOS

- R5: Total respiratory resistance (Tổng kháng trở đường dẫn khí trung ương + ngoại biên).

- R20: Proximal resistance (Kháng trở đường dẫn khí trung tâm). X5: Distal Reactance (Phản lực của các thành phần phổi).

- Delta R5-R20: Hiệu số của R5 và R20 (Kháng trở đường dẫn khí ở ngoại biên).

- X5: Distal Reactance (Phản lực của các thành phần phổi).

- AX: Area of Reactance (Diện tích phản ánh giới hạn luồng khí).

- Fres: Resonant frequency (giao điểm của X5 và trục hoành).

**Bảng 1: Bệnh nhân COPD được phân theo giai đoạn bệnh bằng IOS.**

Resistance specification s {kPa/(l/s)}	X5 Pre – X5 pred				
	< 0,15	0,15 – 0,29	0,3 – 0,44	0,45– 0,59	> 0,6
R5 < 140% Pred	Bình thường (0)	Nhẹ (1)	Trung bình (2)	Nặng (3)	Rất nặng (4)
140% ≤ R5 < 200% Pred	Nhẹ (1)	Trung bình (2)	Nặng (3)	Rất nặng (4)	Rất nặng (4)
200% ≤ R5 < 250% Pred	Trung bình (2)	Nặng (3)	Rất nặng (4)	Rất nặng (4)	Rất nặng (4)
250% ≤ R5 < 300% Pred	Nặng (3)	Rất nặng (4)	Rất nặng (4)	Rất nặng (4)	Rất nặng (4)
R5 ≥ 300%	Rất nặng (4)	Rất nặng (4)	Rất nặng (4)	Rất nặng (4)	Rất nặng (4)

**Bảng 2: Bệnh nhân COPD được phân theo giai đoạn bằng Hồ hấp ký, qui định bởi GOLD 2023 (7)**

Các giai đoạn	Đặc điểm
Giai đoạn I (Nhẹ)	FEV1/FVC < 70% FEV1 > 80% giá trị dự đoán Có hoặc không có ho, khạc đàm mạn tính.
Giai đoạn II (Trung bình)	FEV1/FVC < 70% 50% ≤ FEV1 < 80% giá trị dự đoán Ho, khạc đàm, khó thở
Giai đoạn III (Nặng)	FEV1/FVC < 70% 30% ≤ FEV1 < 50% Ho, khạc đàm, khó thở nhiều hơn
Giai đoạn IV (Rất nặng)	FEV1/FVC < 70% FEV1 < 30% giá trị dự đoán hoặc FEV1 < 50% có kèm theo suy hô hấp mạn tính hoặc có dấu hiệu lâm sàng của tâm phế mạn.

Các chỉ số của Hồ hấp ký

- FVC: Forced Vital Capacity (Dung tích sống gắng sức)
  - FEV1: Forced Expiratory Volume in the first second (Thể tích thở ra gắng sức trong giây đầu tiên).
  - FEV1/VC: Chỉ số Tiffeneau.
  - FEV1/FVC: Chỉ số Gaensler
6. Xử lý số liệu
- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.
7. Đo lường các biến
- Để tính sự tương quan dùng hàm Pearson Corredation .
  - Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$

### III. KẾT QUẢ

#### 1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình bệnh nhân COPD  $63,17 \pm 12,22$ , bệnh nhân nhỏ nhất 40 tuổi, lớn nhất 69 tuổi. Giới nữ là 07 chiếm tỉ lệ 24,3%. Giới nam là 28 chiếm tỉ lệ 76,7%. Đặc điểm bệnh nhân hai nhóm tương tự nhau được trình bày trong (bảng 3.1):

**Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân hai nhóm**

Biến số	Nhóm chứng n= 35	COPD n=35	P
N	35	35	
Tuổi (năm)	60.03 ± 10.37	63.17 ± 12.22	P > 0,05
Nam/ Nữ	35 / 12	35 / 07	P > 0,56
BMI	20,5±1,4	70.57 ± 17.35	P > 0,05
Hút thuốc lá	5 (14,28%)	25(87,5%)	P > 0,45

Nhận xét: Đặc điểm bệnh nhân hai nhóm nghiên cứu tương tự nhau, không có sự khác biệt, với  $p > 0,05$ .

2.Chẩn đoán phân bậc COPD dựa vào kết quả dao động xung ký có thử thuốc dẫn phế quản (bảng 3.2 và 3.3)

**Bảng 2: Kết quả thông số của hai nhóm nghiên cứu đo dao động xung ký**

Biến số	Nhóm chứng n= 35	COPD n = 35	P
N	35	35	
R5 (KPa.s/L)	0.45 ± 0.12	0.55 ± 0.16	P < 0.05
R20 (KPa.s/L)	0.34 ± 0.09	0.34 ± 0.13	P > 0,95
X5 (KPa.s/L)	-0.20 ± 0.13	-0.27 ± 0.13	P > 0,74
AX	1.31 ± 1.60	2.37 ± 1.39	P < 0.05
Fres (Hz)	17.73 ± 6.73	24.11 ± 5.71	P < 0.05

Nhận xét: Kết quả bảng 2 cho thấy, giá trị trung bình của thông số R5, R20, X5, AX, Fres lần lượt là: 0.55 ± 0.16 KPa.s/L, 0.34 ± 0.13 KPa.s/L, -0.27 ± 0.13 KPa.s/L, 2.37 ± 1.39 và 24.11 ± 5.71. AX, Fres tăng hơn 20- 40%, sau khi dùng test dẫn phế quản có ý nghĩa thống kê với ( $p < 0,05$ ). (R20, X5) trước và sau khi thực hiện test dẫn phế quản không có sự khác biệt với ( $p > 0,05$ ).

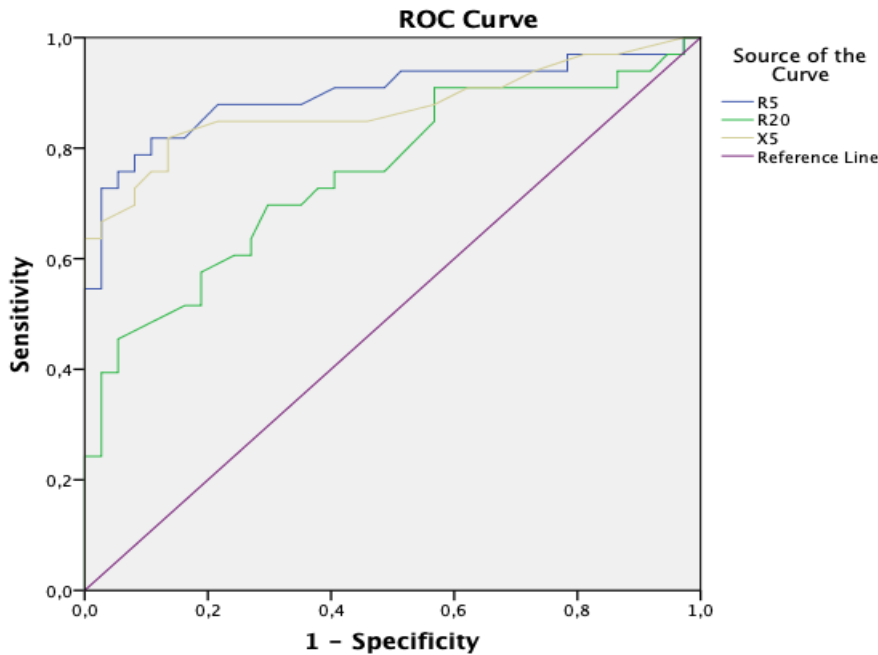
**Bảng 3: Sự tương quan tuyến tính của các thông số IOS (R5, R20, X5, Delta R5-R20, AX & Fres) với các thông số của Hô hấp ký (FEV1, FEV1/FVC)**

Sự tương quan	Hệ số tương quan r	P
X5 vs FEV1	NS	P > 0.05
R5 vs FEV1	0.603	P < 0.001
R20 vs FEV1	NS	P > 0.05
AX vs FEV1	-0.580	P < 0.001
Fres vs FEV1	-0.570	P < 0.001
R5-R20 vs FEV1	-0.615	P < 0.001
R5-R20 vs FEV1/FVC	-0.63	P < 0.001

(NS: Không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0.05$ ), r: Hệ số tương quan ( $p < 0.05$ ) có ý nghĩa thống kê)

**Nhận xét:** Hàm Pearson được sử dụng để tính toán sự tương quan, so sánh dao động xung ký (R5, R20, AX, Fres, R5-R20 và X5) với hô hấp ký (FEV1 và FEV1/FVC), chúng tôi tìm thấy sự tương quan nghịch giữa X5, R20 vs FEV1 ( $p > 0.05$ ). Thấy tương quan thuận giữa R5, AX, Fres, R5- R20 vs FEV1 ( $p < 0.05$ ), cao nhất là R5-R20 vs FEV1/FVC ( $p < 0.05$ ).





Diagonal segments are produced by ties.

### Biểu đồ 1: Biểu đồ ROC giá trị R5, R20, X5 trong chẩn đoán phân bậc COPD

**Nhận xét:** Với chỉ số R5 trong chẩn đoán phân bậc COPD với diện tích dưới đường cong ROC (AUC) là 0,896; độ nhạy 78,8%; độ đặc hiệu 91,9% ( $p < 0,05$ ), điểm cắt 144,5 (KPa.s/L) (chỉ số Youden: 0,707). Với chỉ số R20 trong chẩn đoán phân bậc COPD với diện tích dưới đường cong ROC (AUC) là 0,753; độ nhạy 69,7%; độ đặc hiệu 70,3% ( $p < 0,05$ ), điểm cắt 104,5(KPa.s/L) (chỉ số Youden: 0,400). Với chỉ số X5 trong chẩn đoán COPD với diện tích dưới đường cong ROC (AUC) là 0,873; độ nhạy 81,8%; độ đặc hiệu 86,5% ( $p < 0,05$ ), điểm cắt 0,155 (KPa.s/L) (chỉ số Youden: 0,683).

### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 70 bệnh nhân đến khám tại phòng khám hô hấp Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 2/2023 đến tháng 7/2023.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình nhóm bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính  $63.17 \pm 12.22$ , gồm 7 nữ 28 nam. Các thông số về kháng lực đường dẫn khí X5 và R20 không có ý nghĩa thống kê với FEV1 ( $P > 0.05$ ), kháng trở đường dẫn khí ngoại biên (Delta R5-R20) và kháng lực đường dẫn khí (R5, AX, Fres) có ý nghĩa thống kê và tương quan với thông số phân bậc nghẽn tắc đường dẫn khí (% FEV1) ( $P < 0.05$ ). Vì vậy, kết quả quan trọng trong nghiên cứu của chúng tôi nhấn mạnh kháng lực đường dẫn khí (R5, AX & Fres) và kháng trở đường dẫn khí ngoại biên (Delta R5-R20) cho thấy nhiều thông tin về sự thay đổi cơ học của hệ hô hấp do nghẽn tắc đường dẫn khí ở bệnh nhân phân bậc COPD, so với kháng trở đường dẫn khí (R5, R20). Thêm vào đó, chỉ có duy nhất kháng trở ngoại biên (Delta R5-R20) có ý nghĩa thống kê với FEV1/FVC ( $p < 0.05$ )

Áp dụng chỉ số Youden (Youden index) để tính điểm cắt tối ưu nhất, điểm cắt tối ưu khi độ nhạy + độ đặc hiệu - 1 có giá trị lớn nhất. Theo biểu đồ 1, các giá trị R5, R20, X5 cho phép dự báo trong chẩn đoán phân bậc COPD, với chỉ số R5 trong chẩn đoán phân bậc COPD với diện tích dưới đường cong ROC (AUC) là 0,896; độ nhạy 78,8%; độ đặc hiệu 91,9% ( $p < 0,05$ ). Với chỉ số R20 trong chẩn đoán COPD với diện tích dưới đường cong ROC (AUC) là 0,753; độ nhạy 69,7%; độ đặc hiệu 70,3% ( $p < 0,05$ ). Với chỉ số X5 trong chẩn đoán COPD với diện tích dưới đường cong ROC (AUC) là 0,873; độ nhạy 81,8%; độ đặc hiệu 86,5% ( $p < 0,05$ ). Điểm cắt trong nghiên cứu của 3 chỉ số R5, R20, X5 lần lượt là: 144,5 (đơn vị), 104,5 (KPa.s/L) và 0,155 (KPa.s/L). Như vậy chỉ số R5 (AUC=89,6%;  $p=0,000$ ) có giá trị cao nhất trong chẩn đoán COPD, kế đến là X5 (AUC=87,3%;  $p=0,000$ ). Chỉ số R20 có giá trị thấp nhất (AUC=75,3%;  $p=0,000$ ) để chẩn đoán phân bậc COPD. Điều này cho thấy rõ ràng sự liên quan giữa kháng lực đường dẫn khí đối với sự nghẽn tắc đường dẫn khí. IOS có thể là một phương pháp hỗ trợ hoặc

thay thế cho việc thăm dò chức năng hô hấp và được nhắc đến nhiều trong các nghiên cứu khoa học trước đó (6).

Nghiên cứu chúng tôi có kết quả tương tự với một số nghiên cứu khác trong và ngoài nước. Trần Xuân Tấn, Lê Thị Tuyết và cộng sự (2014) “ Phân tích dữ liệu dao động xung ký trong bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”. Tạp chí Y học TPHCM, 18(1),25-29. Thấy rõ sự tương quan của X5 đối với FEV1 là hệ số tương quan  $r = 0.675$  và độ nhạy 77.42%, độ đặc hiệu 66.07 % (4)

Nguyễn Thị Sen, Lê Thị Tuyết Lan (2014) “ So sánh dao động xung ký trong chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”. Tạp chí Y học TPHCM, 18(1), 31-35. Thấy rõ sự tương quan X5 với FEV1, Hệ số tương quan  $r = 0.49$  và độ nhạy 79%, độ đặc hiệu 90% (3)

Năm 2015, Mehdi Nikkhah và cộng sự tìm thấy độ nhạy của dao động xung ký khá cao tới 94% ở nhóm BPTNMT. Tỷ lệ này cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi 82.8%, có thể cỡ mẫu tham gia nghiên cứu của tác giả cao hơn nên cũng đưa đến sự khác biệt này (9)

Năm 2019, Peter M.A.C và cộng sự tiến hành nghiên cứu ECLIPSE cũng tìm thấy độ nhạy của R5 R20 và X5 lần lượt là 61%, 86% và 34%. Có sự tăng R5 rõ rệt ở nhóm BPTNMT so với 2 nhóm chứng và R5 càng tăng khi độ nặng của bệnh càng tăng. Các tác giả không tìm thấy sự thay đổi của R20 trong cả hai nhóm và cũng không có sự thay đổi khi độ nặng của bệnh tăng lên.

Trần Thành Trung và cộng sự (2021). Nghiên cứu đánh giá hiệu quả áp dụng kỹ thuật dao xung ký để thăm dò chức năng hô hấp trong chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính Bệnh viện đa khoa Vĩnh Phúc. Kết quả đo chức năng hô hấp bằng dao động xung ký là một phương pháp có giá trị trong chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn. Khi so sánh dao động xung ký giữa R5 với FVC, FEV1 và FEV1/ FVC của hô hấp ký, nhóm nghiên cứu tìm thấy có mối tương quan nghịch có ý nghĩa thống kê giữa R5 với FVC( $r = - 0,118$ ,  $p < 0,001$ ), với FEV1( $r = - 0,124$ ;  $p < 0,01$ ), với FEV1/FVC( $r = - 0,133$ ,  $p < 0,01$ ). Có sự tương quan thuận có ý nghĩa thống kê giữa X5 với FVC ( $r = 0,469$ ,  $p < 0,001$ ), với FEV1( $r = 0,359$ ,  $p < 0,001$ ), với FEV1/FVC( $r = 0,14$ ,  $p < 0,005$ ) (5).

## V. KẾT LUẬN

- Kháng lực đường dẫn khí (R5, AX & Fres) và kháng trở ngoại biên (Delta R5-R20) có mối tương quan với FEV1, tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán và phân bậc COPD.

- Ngoài ra độ nhạy và độ đặc hiệu của IOS cho thấy Dao động xung ký có thể hỗ trợ cho Hô hấp ký đối với nhóm bệnh nhân COPD. Sự dễ dàng và tiện lợi của IOS có thể xem như một lợi điểm giúp ích cho các bác sĩ trong chẩn đoán lâm sàng bệnh nhân COPD ở tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2018) “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ”, Nhà xuất bản Y học.
2. Quyết định số 2767/QĐ-BYT ngày 05/07/2023 của Bộ Y tế Về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”.
3. Nguyễn Thị Sen, Lê Thị Tuyết Lan (2014) “ So sánh dao động xung ký trong chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”. Tạp chí Y học TPHCM, 18(1), 31-35.
4. Trần Xuân Tấn, Lê Thị Tuyết và cộng sự (2014) “ Phân tích dữ liệu dao động xung ký trong bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”. Tạp chí Y học TPHCM, 18(1), 25-29.
5. Trần Thành Trung và cộng sự (2021). Nghiên cứu đánh giá hiệu quả áp dụng kỹ thuật dao xung ký để thăm dò chức năng hô hấp trong chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính Bệnh viện đa khoa Vĩnh Phúc.
6. Dubois AB, Brody AW, Lewis DH, Burgess Jr BF (1956). Oscillation mechanics of lungs and chest in man. J Appl Phys ;8(6): 587- 94.
7. Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD 2023).
8. Hogg JC (2014). Pathophysiology of airflow limitation in chronic obstructive pulmonary disease. Lancet; 364(9435): 709-21.
9. Mehdi Nikkhah, Babak Amra, Afroz Eshaghian, Shahriar Fardad, Assadolah Asadian, Tooraj Roshanzamir, Mojtaba Akbari, Mohammad Golshan (2015). Comparison of Impulse Oscillometry System and Spirometry for Diagnosis of Obstructive Lung Disorders. Tanaffos 10(1), 19-25.

# KẾT QUẢ CAN THIỆP NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG XÉT NGHIỆM HÓA SINH BẰNG CÔNG CỤ SIX SIGMA VÀ CHỈ SỐ MỤC TIÊU CHẤT LƯỢNG TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG NĂM 2023

Nguyễn Thị Minh Hiếu, Phạm Lê Thị Kim Anh,  
Trần Thị Thùy Linh, Phạm Thanh Trúc

## TÓM TẮT:

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả kiểm soát chất lượng xét nghiệm hóa sinh bằng công cụ SixSigma và chỉ số mục tiêu chất lượng tại khoa Xét nghiệm Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2023.

**Đối tượng và phương pháp:** Các xét nghiệm hóa sinh đang thực hiện tại khoa xét nghiệm (Urea, Creatinine, AST, ALT, Cholesterol, Albumin, Bilirubin T, Bilirubin D, HDL\_Cholesterol, Calci TP, Acid uric, Protein, Hba1C) trên thiết bị Roche Cobas 8000 C502 và Arkray 8180H. Giá trị SixSigma được xác định từ kết quả nội kiểm tra chất lượng, ngoại kiểm tra chất lượng và khoảng sai số cho phép (TEa) của CLIA, từ đó xác nhận hiệu năng của phương pháp và sử dụng chỉ số mục tiêu chất lượng (QGI) xác định nguyên nhân vấn đề nhằm cải tiến quy trình.

**Kết quả:** Giai đoạn 1: 6 xét nghiệm (Urea, Creatinine, Cholesterol, Albumin, Calci TP, Protein) có giá trị Sigma < 3 tương đương 42% xét nghiệm có hiệu năng “không chấp nhận được” cần phải cải tiến; 8 xét nghiệm (AST, Bilirubin T, Bilirubin D, Glucose, ALT, HDL\_Cholesterol, Acid Uric, Hba1C) đạt giá trị Sigma  $\geq 3$  tương đương 29% xét nghiệm có hiệu năng chấp nhận và 29% xét nghiệm có hiệu năng tốt. Giai đoạn 2: tất cả các xét nghiệm đều có Sigma  $\geq 3$  tương đương 100% có mức hiệu năng được chấp nhận, trong đó 1 xét nghiệm có giá trị Sigma = 3 (Calci TP), 5 xét nghiệm đạt giá trị Sigma 4 (Urea, Albumin, Calci TP, Acid uric, Glucose, Hba1C), 4 xét nghiệm đạt giá trị Sigma 5 (AST, ALT, Cholesterol, Protein), 4 xét nghiệm đạt giá trị Sigma “tiêu chuẩn quốc tế” Sigma  $\geq 6$  (Creatinine, Bilirubin T, Bilirubin D, HDL\_Cholesterol).

**Kết luận:** Công cụ Six Sigma là phương pháp hữu ích, có thể được sử dụng thường xuyên đánh giá hiệu năng xét nghiệm dựa trên các dữ liệu nội ngoại kiểm tra chất lượng của phòng xét nghiệm; từ đó giúp phòng xét nghiệm kiểm soát và đánh giá chính xác chất lượng xét nghiệm. Chỉ số mục tiêu chất lượng QGI nhận thấy Calci TP có vấn đề về độ đúng.

## ABSTRACT:

**Objective:** Evaluation of Quality Control Results of Biochemical Testing by SixSigma Tools and Quality Target Index of Laboratory Department of An Giang Central General Hospital in 2023.

**Materials and method:** Biochemical tests according to the linked list of Decision 3418 are being carried out at the laboratory (Urea, Creatinine, AST, ALT, Cholesterol, Albumin, Bilirubin T, Bilirubin D, HDL\_Cholesterol, Calcium TP, Acid uric, Hba1C) on Roche Cobas 8000 C502 and Arkray 8180H equipment during the period: phase 1 from January to March 2023, phase 2 from May to July 2023. SixSigma values are determined from the CV% variation of the internal quality control results, the Bias value of the external quality control results. CLIA quality check and tolerance range (TEa) results, thereby validating method performance, and using a quality objective index (QGI) to identify problem causes for process improvement.

**Results:** At the first phase, there are 6 tests (Urea, Creatinine, Cholesterol, Albumin, Calci TP, Protein) with Sigma score < 3 which is equivalent to 42% of test with “unacceptable” to need for improvement; there are 8 tests (AST, Bilirubin T, Bilirubin D, Glucose, ALT, HDL\_Cholesterol, Acid Uric, Hba1C) with Sigma score  $\geq 3$ , which is equivalent to 29% of test with acceptable and 29% of test with good performance level. The second phase, all tests have Sigma score  $\geq 3$  equivalent to 100% of acceptable performance levels; 1 test has acceptable Sigma score 3 (Calci TP), 5 test have good Sigma 4 (Urea, Albumin, Calci TP, Acid uric, Glucose, Hba1C), 4 test have very good Sigma 5 (AST, ALT, Cholesterol, Protein) and 4 tests have the "international standard" Sigma score  $\geq 6$  (Creatinine, Cholesterol, Bilirubin D, HDL\_Cholesterol).

**Conclusion:** *The Six sigma quality management can be useful to quantitatively that can be used regularly to evaluate test performance based on internal and external quality control data of the laboratory; Sigma rule can be used to control and accurately evaluate quality of analytical tests in laboratories. The QGI quality target index found that Calcium TP has accuracy problems.*

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xét nghiệm là một phần thiết yếu trong quá trình chẩn đoán và điều trị cho người bệnh. Kết quả xét nghiệm không chính xác có thể dẫn đến sai lầm trong các quyết định lâm sàng. Vì vậy, việc kiểm soát chất lượng trong phòng xét nghiệm là việc cần thiết thực hiện nhằm đảm bảo sự chính xác và sự tin cậy.

Kiểm soát chất lượng trong phòng xét nghiệm nhằm đảm bảo độ chính xác và độ tin cậy của quá trình phân tích và phát hiện sai số thông qua nội kiểm tra chất lượng và ngoại kiểm tra chất lượng. Ngoài ra thang đo SixSigma cũng được sử dụng như một thước đo đánh giá chất lượng xét nghiệm, SixSigma là một phương pháp cải tiến dựa trên kết quả thống kê nhằm giảm thiểu tỷ lệ sai sót bằng cách xác định và loại trừ các nguyên nhân. Áp dụng thang điểm SixSigma giúp phòng xét nghiệm đánh giá phân mức hiệu năng của từng phương pháp xét nghiệm, trên cơ sở đó phòng xét nghiệm định hướng quản lý các phương pháp xét nghiệm.

Khoa Xét nghiệm Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang thực hiện tự động hóa hệ thống xét nghiệm nên việc đảm bảo chất lượng xét nghiệm là rất cần thiết, chính vì thế chúng tôi luôn duy trì thực hiện công tác nội kiểm tra và ngoại kiểm tra chất lượng. Vì vậy, để đánh giá hiệu năng của phương pháp xét nghiệm, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục đích: “Xác định hiệu năng của 11 chỉ số xét nghiệm hóa sinh bằng công cụ SixSigma và QGI”

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. ĐỐI TƯỢNG VÀ VẬT LIỆU NGHIÊN CỨU

Thiết bị Cobas 8000 C502 (Urea, Creatinine, AST, ALT, Cholesterol, Albumin, Bilirubin T, Bilirubin D, HDL\_Cholesterol, Calci TP, Acid uric, Protein) Arkray 8180H (HBA1c).

Mẫu nội kiểm tra thương mại của hãng Randox.

Mẫu ngoại kiểm tra thương mại của hãng Randox.

### 2.2. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang.

Thực nghiệm tại phòng xét nghiệm.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

Giai đoạn 1: Thu thập và phân tích giá trị CV% từ nội kiểm tra, giá trị Bias% từ ngoại kiểm tra và sai số cho phép TEa% theo CLIA. Tính giá trị Sigma, từ đó xác định quy luật và tần suất thực hiện nội kiểm và khoảng phân tích nội kiểm. Tính giá trị QGI các chỉ số xét nghiệm có Sigma < 4 để xác định nguyên nhân.

Giai đoạn 2: Thực hiện quy trình nội kiểm mới, áp dụng quy luật Westgard Sigma, đánh giá lại thang điểm Sigma theo quy trình mới. Tính lại giá trị QGI, và đưa ra các định hướng khuyến nghị cho phòng xét nghiệm.

Giá trị Sigma được tính theo công thức:

$$\text{Sigma}(\sigma) = \frac{\%TEa - |\%Bias|}{\%CV} \quad [2]$$

Trong đó:

TEa (Total Allowable Error): tổng sai số cho phép của các chất phân tích khác nhau được lấy từ hướng dẫn của Clinical laboratory improvement amendment (CLIA), Carmen Ricos, The College of American Program (CAP)

Bias % được tính là chênh lệch tỷ lệ phần trăm trung bình các kết quả của phòng xét nghiệm cho mỗi chất phân tích so với các giá trị đích được cung cấp từ nhà sản xuất, hoặc từ kết quả ngoại kiểm tra chất lượng theo công thức:

$$Bias\% = \frac{|\bar{x} - \mu|}{\mu} \times 100$$

Trong đó,  $\bar{x}$  là trung bình của các lần lặp lại,  $\mu$  là giá trị thực hoặc giá trị quy chiếu được chấp nhận.

CV hệ số biến thiên được tính từ giá trị trung bình và độ lệch chuẩn (SD) từ dữ liệu QC nội bộ theo công thức:

$$CV\% = \frac{SD}{Mean} \times 100$$

Điểm Sigma càng lớn thì khả năng gây lỗi càng thấp và ngược lại. Với công tác kiểm tra chất lượng xét nghiệm, điểm sigma tối thiểu là 3 mới chấp nhận được (Bảng 1).[1]

**Bảng 1: Thang điểm Sigma và cách đánh giá**

Điểm sigma	Lỗi phần triệu (DPM)	Hiệu suất	Đánh giá
1	690.000	31,0000%	Không chấp nhận được
2	308.000	69,2000%	Không tốt
3	66.800	93,3200%	Chấp nhận được
4	6.210	99,3790%	Tốt
5	230	99,9770%	Rất tốt
6	3,4	99,9997%	Xuất sắc

Giá trị QGI được tính theo công thức:

$$QGI = \frac{Bias\%}{1,5 \times CV\%}$$

[4]

Biện luận đưa ra phương án kiến nghị khắc phục cải tiến xét nghiệm điểm Sigma thấp:

QGI < 0.8: xét nghiệm có vấn đề về độ lặp lại

QGI = 0.8 – 1.2: xét nghiệm có vấn đề về độ lặp lại và độ đúng

QGI > 1.2: xét nghiệm có vấn đề về độ đúng

### III. Kết quả

#### 3.1. Đánh giá chất lượng các xét nghiệm trong giai đoạn 1

**Bảng 2: Giá trị Sigma giai đoạn 1**

STT	Xét nghiệm	TEa%	BIAS % trung bình	CV% trung bình		Sigma		Sigma lựa chọn	Phân loại hiệu năng phương pháp
				Nồng độ 1	Nồng độ 2	Nồng độ 1	Nồng độ 2		
1	Urea	9	2.0103	2.1	7.6	3	1	1	Không chấp nhận
2	Creatinine	15	8.5291	4.2	3	2	2	2	Không tốt
3	AST	20	1.2355	5.6	2.1	3	9	3	Chấp nhận được
4	ALT	20	2.8584	4.6	3	4	6	4	Tốt
5	Cholesterol	10	6.6544	1.2	1.44	3	2	2	Không tốt
6	Albumin	10.0	4.40	2.74	3.95	2	1	1	Không chấp nhận
7	Bililubin T	20.0	8.31	3.63	1.99	3	6	3	Chấp nhận được
8	Bililubin D	44.5	17.52	7.79	2.96	3	9	3	Chấp nhận được
9	Canxi	9.8	6.15	1.50	1.69	2	2	2	Không tốt
10	HDL-C	30	7.93	3.24	6.00	7	4	4	Tốt
11	A.Uric	17	1.80	1.90	2.31	8	7	7	Xuất sắc
12	Protein	8	8.73	6.11	3.84	0	0	0	Không chấp nhận
13	Glucose	10	4.40	1.76	2.04	3	3	3	Chấp nhận được
14	HbA1C	10	1.68	1.53	2.07	5	4	4	Tốt

**Nhận xét:** 6 xét nghiệm (Urea, Creatinine, Cholesterol, Albumin, Canxi TP, Protein) có giá trị Sigma < 3 tương đương 42% xét nghiệm có hiệu năng “không chấp nhận được” cần phải cải tiến; 8 xét nghiệm (AST, Bilirubin T, Bilirubin D, Glucose, ALT, HDL\_Cholesterol, Acid Uric, HbA1C) đạt giá trị Sigma ≥ 3 tương đương 29% xét nghiệm có hiệu năng chấp nhận và 29% xét nghiệm có hiệu năng tốt.

**Bảng 3: Quy luật và tần suất thực hiện IQC sau giai đoạn 1**

STT	Xét nghiệm	Sigma	Phép đo nội kiểm (N)	Số lần chạy nội kiểm (R)	Quy luật IQC	Ped	Pfr
1	Urea	1	2	4	$1_{3s}/2_{2s}/R_{4s}/4_{1s}/8_x$	1	0.07
2	Creatinine	2	2	4	$1_{3s}/2_{2s}/R_{4s}/4_{1s}/8_x$	1	0.07
3	AST	3	2	4	$1_{3s}/2_{2s}/R_{4s}/4_{1s}/8_x$	0.27	0
4	ALT	4	2	2	$1_{3s}/2_{2s}/R_{4s}/4_{1s}$	0.59	0.01
5	Cholesterol	2	2	4	$1_{3s}/2_{2s}/R_{4s}/4_{1s}/8_x$	1	0.07
6	Albumin	1	2	4	$1_{3s}/2_{2s}/R_{4s}/4_{1s}/8_x$	1	0.07
7	Bililubin T	3	2	4	$1_{3s}/2_{2s}/R_{4s}/4_{1s}/8_x$	1	0.07
8	Bililubin D	3	2	4	$1_{3s}/2_{2s}/R_{4s}/4_{1s}/8_x$	0.27	0
9	Canxi	2	2	4	$1_{3s}/2_{2s}/R_{4s}/4_{1s}/8_x$	1	0.07
10	HDL-C	4	2	2	$1_{3s}/2_{2s}/R_{4s}/4_{1s}$	0.59	0.01
11	A.Uric	7	2	1	$1_{3s}$	0.27	0
12	Protein	0	2	4	$1_{3s}/2_{2s}/R_{4s}/4_{1s}/8_x$	1	0.07
13	Glucose	3	2	4	$1_{3s}/2_{2s}/R_{4s}/4_{1s}/8_x$	1	0.07
14	HBA1C	4	2	2	$1_{3s}/2_{2s}/R_{4s}/4_{1s}$	0.59	0.01

**Nhận xét:** chỉ 1/14 xét nghiệm (Acid Uric) có R=1, 3/14 xét nghiệm (ALT, HDL-C, HBA1C) có R = 2 và 10/14 xét nghiệm (Urea, Creatinine, AST, Cholesterol, Albumin, Bililubin T, Bililubin D, Canxi, Protein, Glucose) có R = 4.

**Bảng 4: Chỉ số mục tiêu chất lượng giai đoạn 1**

STT	Xét nghiệm	BIAS %	Nồng độ 1			Nồng độ 2			Phân loại
			CV%	Sigma	QGI	CV%	Sigma	QGI	
1	Urea	2.01	2.1	3	0.64	7.6	1	0.18	Có vấn đề về độ lặp lại
2	Creatinine	8.53	4.2	2	1.35	3	2	1.90	Có vấn đề về độ đúng
3	AST	1.24	5.6	3	0.15	2.1	9	0.39	Có vấn đề về độ lặp lại
4	ALT	2.86	4.6	4	0.41	3	6		
5	Cholesterol	6.65	1.2	3	3.70	1.44	2	3.08	Có vấn đề về độ đúng
6	Albumin	4.40	2.74	2	1.07	4.15	1	0.71	Có vấn đề về độ lặp lại
7	Bililubin T	8.31	3.63	3	1.53	6.18	6	0.90	Có vấn đề về độ lặp lại và độ đúng
8	Bililubin D	17.52	7.79	3	1.50	9.66	9	1.21	Có vấn đề về độ đúng
9	Canxi	6.15	1.50	2	2.73	5.85	2	0.70	Có vấn đề về độ lặp lại
10	HDL-C	7.93	3.24	7		8.25	4		
11	A.Uric	1.80	1.90	8		2.31	7		
12	Protein	8.73	6.11	0	0.95	3.84	0	1.51	Có vấn đề về độ đúng
13	Glucose	4.40	1.76	3	1.67	2.04	3	1.44	Có vấn đề về độ đúng
14	HBA1C	1.68	1.53	5		2.07	4		

**Nhận xét:** Những xét nghiệm có Sigma < 4 sẽ tiến hành tính điểm giá trị QGI và kết quả có 10 xét nghiệm có điểm Sigma < 4; trong đó 4/10 xét nghiệm có vấn đề về độ lặp lại (Urea, AST, Albumin, Canxi), 5/10 xét nghiệm có vấn đề về độ đúng (Creatinine, Cholesterol, Bilirubin D, Protein, Glucose) và 1/10 xét nghiệm có vấn đề cả về độ đúng và độ lặp lại (Bilirubin T)



### 3.2. Phân tích kết quả

**Bảng 6: Giá trị Sigma giai đoạn 2**

STT	Xét nghiệm	TEa%	BIAS % trung bình	CV% trung bình		Sigma		Sigma lựa chọn	Phân loại hiệu năng phương pháp
				Nồng độ 1	Nồng độ 2	Nồng độ 1	Nồng độ 2		
1	Urea	9	2.17	1.94	1.38	4	5	4	Tốt
2	Creatinine	15	2.87	2.16	2.03	6	6	6	Xuất sắc
3	AST	20	4.00	2.99	2.72	5	6	5	Rất tốt
4	ALT	20	1.87	3.61	2.62	5	7	5	Rất tốt
5	Cholesterol	10	2.80	0.89	1.33	8	5	5	Rất tốt
6	Albumin	10.0	2.33	1.84	1.08	4	7	4	Tốt
7	Bililubin T	20.0	3.07	2.64	2.65	6	6	6	Xuất sắc
8	Bililubin D	44.5	9.50	4.21	4.75	8	7	7	Xuất sắc
9	Canxi	9.8	6.37	1.11	0.97	3	3	3	Chấp nhận được
10	HDL-C	30	2.63	1.73	2.03	16	14	14	Xuất sắc
11	A.Uric	17	4.37	2.84	3.11	4	4	4	Tốt
12	Protein	8	1.43	0.94	1.25	7	5	5	Rất tốt
13	Glucose	10	1.20	2.10	1.58	4	6	4	Tốt
14	HBA1C	10	0.90	2.01	2.09	5	4	4	Tốt

**Nhận xét:** tất cả các xét nghiệm đều có Sigma  $\geq 3$  tương đương 100% có mức hiệu năng được chấp nhận, trong đó 1 xét nghiệm có giá trị Sigma = 3 (Calci TP), 5 xét nghiệm đạt giá trị Sigma 4 (Urea, Albumin, Calci TP, Acid Uirc, Glucose, HBA1c), 4 xét nghiệm đạt giá trị Sigma 5 (AST, ALT, Cholesterol, Protein), 4 xét nghiệm đạt giá trị Sigma “tiêu chuẩn quốc tế” Sigma  $\geq 6$  (Creatinine, Bilirubin T, Bilirubin D, HDL\_Cholesterol)

**Bảng 7: Quy luật và tần suất thực hiện IQC sau giai đoạn 2**

STT	Xét nghiệm	Sigma	Phép đo nội kiểm (N)	Số lần chạy nội kiểm (R)	Quy luật IQC	Ped	Pfr
1	Urea	4	2	2	1 <sub>3s</sub> /2 <sub>2s</sub> /R <sub>4s</sub> /4 <sub>1s</sub>	1	0.07
2	Creatinine	6	2	1	1 <sub>3s</sub> /2 <sub>2s</sub> /R <sub>4s</sub>	1	0.07
3	AST	5	2	1	1 <sub>3s</sub> /2 <sub>2s</sub> /R <sub>4s</sub>	0.27	0
4	ALT	5	2	1	1 <sub>3s</sub> /2 <sub>2s</sub> /R <sub>4s</sub>	0.59	0.01
5	Cholesterol	5	2	1	1 <sub>3s</sub> /2 <sub>2s</sub> /R <sub>4s</sub>	1	0.07
6	Albumin	4	2	2	1 <sub>3s</sub> /2 <sub>2s</sub> /R <sub>4s</sub> /4 <sub>1s</sub>	1	0.07
7	Bililubin T	6	2	1	1 <sub>3s</sub>	1	0.07
8	Bililubin D	7	2	1	1 <sub>3s</sub>	0.27	0
9	Canxi	3	2	4	1 <sub>3s</sub> /2 <sub>2s</sub> /R <sub>4s</sub> /4 <sub>1s</sub> /8x	1	0.07
10	HDL-C	14	2	1	1 <sub>3s</sub>	0.59	0.01
11	A.Uric	4	2	2	1 <sub>3s</sub> /2 <sub>2s</sub> /R <sub>4s</sub> /4 <sub>1s</sub>	0.27	0
12	Protein	5	2	1	1 <sub>3s</sub> /2 <sub>2s</sub> /R <sub>4s</sub>	1	0.07
13	Glucose	4	2	2	1 <sub>3s</sub> /2 <sub>2s</sub> /R <sub>4s</sub> /4 <sub>1s</sub>	1	0.07
14	HBA1C	4	2	2	1 <sub>3s</sub> /2 <sub>2s</sub> /R <sub>4s</sub> /4 <sub>1s</sub>	0.59	0.01

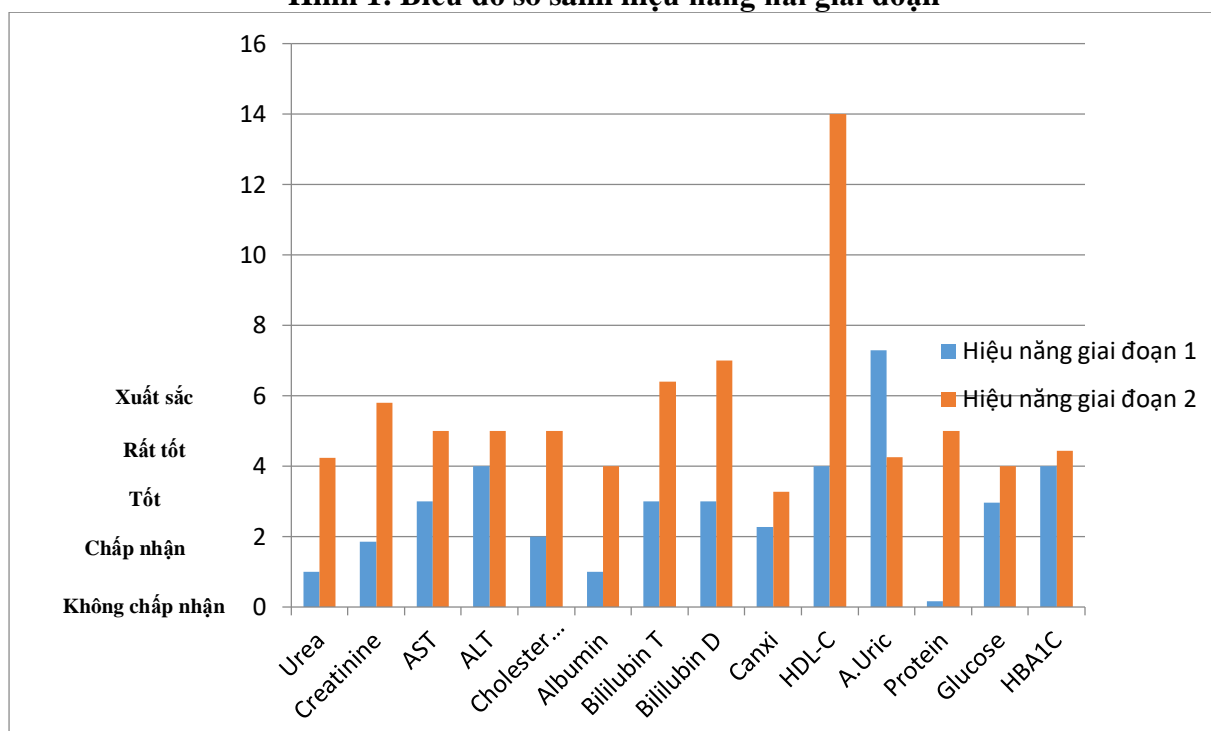
**Nhận xét:** chỉ 1/14 xét nghiệm (Canxi) có R = 4, 5/14 xét nghiệm (Urea, Albumin, Acid Uric, Glucose, HBA1c) có R = 2 và 8/14 xét nghiệm (Creatinine, AST, ALT, Cholesterol, Bilirubin T, Bilirubin D, HDL\_C, Protein) có R = 1.

**Bảng 8: Chỉ số mục tiêu chất lượng giai đoạn 2**

STT	Xét nghiệm	BIAS%	Nồng độ 1			Nồng độ 2			Phân loại
			CV%	Sigma	QGI	CV%	Sigma	QGI	
1	Urea	2.17	1.94	4		1.38	5		
2	Creatinine	2.87	2.16	6		2.03	6		
3	AST	4.00	2.99	5		2.72	6		
4	ALT	1.87	3.61	5		2.62	7		
5	Cholesterol	2.80	0.89	8		1.33	5		
6	Albumin	2.33	1.84	4		1.08	7		
7	Bililubin T	3.07	2.64	6		2.65	6		
8	Bililubin D	9.50	4.21	8		4.75	7		
9	Canxi	6.37	1.11	3	3.84	0.97	3	4.38	Có vấn đề về độ đúng
10	HDL-C	2.63	1.73	16		2.03	14		
11	A.Uric	4.37	2.84	4		3.11	4		
12	Protein	1.43	0.94	7		1.25	5		
13	Glucose	1.20	2.10	4		1.58	6		
14	HBA1C	0.90	2.01	5		2.09	4		

**Nhận xét:** Xét nghiệm có Sigma < 4 sẽ tiến hành tính điểm giá trị QGI và kết quả có 1 xét nghiệm có điểm Sigma < 4 là Canxi có vấn đề về độ đúng.

**Hình 1: Biểu đồ so sánh hiệu năng hai giai đoạn**



**Nhận xét:** Từ hình 1 cho thấy, sau khi áp dụng các quy luật Westgard Sigma, thay đổi tần suất thực hiện IQC và kiểm soát các yếu tố ảnh hưởng: Mẫu, hóa chất, thiết bị, môi trường phân tích và đặc biệt là người sử dụng đã cho thấy rõ sự thay đổi hiệu năng phương pháp của giai đoạn 2 so với giai đoạn 1. Ở giai đoạn 2 đã không còn phương pháp xét nghiệm nào có hiệu năng “không chấp nhận” tương đương tất cả phương pháp xét nghiệm điều có Sigma > 3.

#### IV. BÀN LUẬN

Hiện nay đa số các phòng xét nghiệm đều sử dụng nội kiểm tra chất lượng (IQC) và ngoại kiểm tra chất lượng (EQA) như một công cụ làm cơ sở đánh giá chất lượng xét nghiệm tại cơ sở của mình. Tuy nhiên khi thực hiện tần số mẫu thực hiện lớn hay những nơi có số lượng mẫu ít thì việc thực hiện IQC như thế nào để đảm bảo cả về chất lượng và kinh tế thì chưa có ý kiến thống nhất. Do đó, cần một thang điểm để đánh giá hiệu năng khi thực hiện IQC và thang điểm SixSigma có thể đánh giá hiệu năng của IQC. Theo bảng 1 SixSigma được phân chia thành các cấp độ với tỷ lệ phần lỗi tương ứng mỗi cấp độ [4]. Các tiêu chí đánh giá IQC và EQA là yếu tố quan trọng để đảm bảo độ tin cậy cho kết quả xét nghiệm. Tuy nhiên, với sự phát triển không ngừng y học đòi hỏi phải có độ chính xác cao dẫn đến thách thức liên quan đến kiểm soát chất lượng. Đa số các phòng xét nghiệm đều đang sử dụng quy luật đa quy tắc của Westgard để kiểm soát sai số, nhưng việc áp dụng đa quy tắc gây khó khăn cho người sử dụng trong việc lựa chọn giữa tìm nguyên nhân, khắc phục và thời gian phân tích mẫu xét nghiệm cho bệnh nhân. Chính vì thế cần có hệ thống tích hợp đánh giá chính xác để giải quyết các vấn đề trên và cải tiến quy trình, và SixSigma như một phương pháp giúp phòng xét nghiệm đánh giá hiệu năng của phương pháp xét nghiệm do nó là sự tích hợp của IQC và EQA, từ đó các giải pháp can thiệp được đưa ra kịp thời nhằm đảm bảo sự tin cậy của kết quả xét nghiệm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ở giai đoạn 1 có 6 xét nghiệm (Urea, Creatinine, Cholesterol, Albumin, Canxi TP, Protein) có giá trị Sigma < 3 tương đương 42% xét nghiệm có hiệu năng “không chấp nhận” cần phải cải tiến (bảng 1). Tuy nhiên sau khi cải tiến quy trình, tăng tần suất thực hiện IQC và kiểm soát các yếu tố liên quan: đào tạo lại và đánh giá tay nghề nhân viên về quy trình IQC và EQA, tăng cường bảo dưỡng hệ thống phân tích mẫu, kiểm soát nhiệt độ môi trường, hóa chất thực hiện và hóa chất chuẩn được kiểm soát và bảo quản chặt chẽ. Khi các yếu tố nguy cơ được kiểm soát nghiêm ngặt thì ở giai đoạn 2 tất cả các xét nghiệm đều có Sigma ≥ 3 tương đương 100% có mức hiệu năng được chấp nhận. Cho thấy sự cải tiến khi sử dụng công cụ SixSigma định hướng cho phòng xét nghiệm tập trung nguồn lực cho các xét nghiệm có hiệu năng kém nhằm tránh sự lãng phí về thời gian, nguồn lực và vật tư tiêu hao. Kết quả nghiên

cứ cho thấy có sự tương đồng với nghiên cứu của Matthew Feldhammer và cộng sự (2021) [3] tiến hành đánh giá hiệu năng phương pháp xét nghiệm trên các dòng máy Cobas (8000, 6000), Abbott Architect (C16000, 1200), Beckman AU khi áp dụng TEa từ CLIA kết quả cho thấy đều có điểm Sigma > 3. Theo nghiên cứu của Hà Thị Phương Dung và cộng sự (2022) tại đại học Y Hà Nội trên thiết bị Cobas 8000, 18/18 xét nghiệm đều có Sigma  $\geq$  3 trừ điện giải. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Huệ và cộng sự tại Bệnh viện viện Chợ Rẫy [1] trên thiết bị Architect C16000, 23/23 xét nghiệm đều có Sigma  $\geq$  3. Bên cạnh đó, chỉ số Sigma phụ thuộc vào TEa, Bias và CV thích hợp; tuy nhiên, nguồn TEa từ CLIA, RCPA hay CAP sẽ dẫn đến tổng số xét nghiệm thực hiện có tỉ lệ hiệu năng “không chấp nhận được” là cao hay thấp, tùy vào sự lựa chọn của phòng xét nghiệm quản lý đảm bảo chất lượng như thế nào? Đây cũng là một hạn chế của SixSigma.

Chỉ số mục tiêu chất lượng (QGI) được áp dụng để phân tích hiệu năng của phương pháp xét nghiệm không đạt như mong muốn là do độ lặp lại hay độ đúng. Kết quả thu thập được sau khi cải tiến nhận thấy 13/14 xét nghiệm đều đạt hiệu suất tốt trở lên, chỉ có xét nghiệm Canxi vẫn còn ở mức hiệu năng chấp nhận được và có vấn đề về độ đúng; từ đây phòng xét nghiệm sẽ có những can thiệp để phù hợp và hiệu quả hơn.

Tóm lại sau khi áp dụng quy trình đảm bảo chất lượng mới gồm IQC, kiểm soát chất lượng mẫu, hóa chất, thiết bị, nhiệt độ, môi trường, ... thì hiệu năng phòng xét nghiệm đã có sự cải thiện đáng kể, ban đầu tỉ lệ “không chấp nhận” chiếm tỉ lệ 42%, sau thời gian áp dụng cải tiến thì 100% xét nghiệm đạt mức “chấp nhận”. Đây là kết quả ban đầu giúp phòng xét nghiệm đánh giá thực trạng về hiệu năng phương pháp, từ đó định hướng cụ thể và hợp lý hơn trong công tác đảm bảo chất lượng xét nghiệm.

#### **V. KẾT LUẬN**

Kết quả đánh giá hiệu năng phương pháp sau cải tiến không còn xét nghiệm nào “không chấp nhận”, trong đó 12/14 xét nghiệm có điểm Sigma 3-6 và 2/14 xét nghiệm có điểm Sigma > 6 đạt tiêu chuẩn “đẳng cấp quốc tế”.

Chỉ số mục tiêu chất lượng QGI nhận thấy Calci TP có vấn đề về độ đúng.

Công cụ Six Sigma là phương pháp hữu ích, có thể được sử dụng thường xuyên đánh giá hiệu năng xét nghiệm dựa trên các dữ liệu nội ngoại kiểm tra chất lượng của phòng xét nghiệm; từ đó giúp phòng xét nghiệm kiểm soát và đánh giá chính xác chất lượng xét nghiệm.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nguyễn Thị Huệ (2019). Ứng dụng phương pháp Six Sigma trong kiểm soát chất lượng phòng xét nghiệm hóa sinh. Tạp chí Y học TPHCM, số 69230, 335-342.
2. CLSI (2005). C24-A3 Statistical Quality Control for Quantitative Measurement Procedures: Principles and Definitions. Clinical and Laboratory Standards Institute, Wayne, PA.
3. Feldhammer Matthew, Brown Megan, Colby Jennifer, et al. (2021). A survey of Sigma Metrics across three academic medical centers. The Journal of Applied Laboratory Medicine. 6(5), pp. 1264-1275.
4. Westgard James O and Westgard Sten A (2014). Basic quality management systems. Madison WI: Westgard QC.
5. Verma Monica, Dahiya, Kiran, Ghalaut, Veena Singh, et al. (2018) Assessment of quality control system by sigma metrics and quality goal index ratio: A roadmap towards preparation for NABL. World journal of methodology. 8(3), pp. 44.

# KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT MẢNH GHÉP HOÀN TOÀN NGOÀI PHÚC MẠC ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN

Lê Huy Cường, Nguyễn Thành Phúc,  
Hồ Nguyễn Hoàng, Trần Nguyễn Quang Trung

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn là một trong những phẫu thuật được thực hiện nhiều nhất tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

**Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 307 bệnh nhân trên 18 tuổi, được chẩn đoán thoát vị bẹn một hoặc hai bên nhập viện từ 01/01/2018 đến 30/09/2023.

**Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 304/3, tuổi trung bình là  $53,4 \pm 17$ , thời gian mổ trung bình là  $38,5 \pm 10$  phút, điểm đau trung bình ngày hậu phẫu thứ 1 là  $2,61 \pm 0,6$  và của ngày hậu phẫu thứ 3 là  $1,04 \pm 0,2$  điểm, thời gian nằm viện trung bình là  $2,48 \pm 0,9$  ngày. Tất cả bệnh nhân được tái khám sau mổ 1 tuần, ghi nhận biến chứng nang thanh dịch sau mổ là 1 trường hợp (0,33%), 74,6% trường hợp theo dõi thời gian xa sau mổ với thời gian trung bình là 40,95 tháng; có 2 trường hợp đau vùng bẹn mạn tính (0,96%), 1 trường hợp dị cảm vùng bẹn (0,48%) và 1 trường hợp tái phát (chiếm 0,44%).

**Kết luận:** Phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn có thời gian mổ ngắn, ít đau, ít biến chứng, thời gian nằm viện ngắn, an toàn và hiệu quả trong thời gian dài.

## ABSTRACT

**Background:** Laparoscopic totally extraperitoneal (TEP) inguinal hernia repair is one of the most commonly performed operations in An Giang's General Central Hospital. **Objectives:** Evaluate the results of the laparoscopic totally extraperitoneal repair in the treatment of inguinal hernia at An Giang's General Central Hospital.

**Methods:** A cross-sectional study of 307 patients over 18 years old with the inguinal hernia who underwent laparoscopic totally extraperitoneal repair from January 1<sup>st</sup>, 2018 to September 30<sup>th</sup>, 2023.

**Results:** Sex ratio male/female was 304/3, mean age was  $53,4 \pm 17$ , the mean operative time was  $38,5 \pm 10$  minutes. The median VAS score of the first postoperative day was  $2,61 \pm 0,6$  and the 3rd postoperative day was  $1,04 \pm 0,2$ . The mean hospital stay was  $2,48 \pm 0,9$  days. The postoperative complication was 1 case of seroma (0,33%) and 74,6% of cases were followed up remotely after surgery with an average time of 40.95 months; 2 patients had chronic pain (0.96%), 1 patient had inguinal paresthesia (0.48%) and 1 patient with recurrence (0.44%).

**Conclusion:** Laparoscopic totally extraperitoneal (TEP) inguinal hernia repair is the preferred method with short operative time, postoperative less pain, safety, good results, low complication rate, short hospital stay, safety and effectiveness in the long term.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là một trong những bệnh lý thường gặp nhất trong phẫu thuật, xảy ra 11 trường hợp/10.000 dân tuổi từ 16-24 và 200/10.000 dân trên 75 tuổi. Thoát vị bẹn chiếm 15% ở nam giới.

Năm 1887, lần đầu tiên Edoardo Bassini (1844-1824) công bố 282 trường hợp điều trị thoát vị bẹn với tỷ lệ tái phát là 3,3%, kể từ đó, có nhiều phương pháp phẫu thuật ra đời như Halstedt (1852-1922), McVay (1911-1987); đặc biệt, vào thập niên 70 Shouldice (1890-1965) công bố phương pháp phẫu thuật mới với tỷ lệ tái phát dưới 1%, phương pháp Shouldice được áp dụng rộng rãi ở các nước trên thế giới, trở thành tiêu chuẩn vàng trong điều trị thoát vị bẹn, thay thế hoàn toàn phương pháp Bassini. Tuy nhiên, năm 1986, Lichtenstein công bố kỹ thuật hiện đại bằng cách dùng mảnh ghép nhân tạo che lỗ thoát vị có nhiều ưu điểm hơn so với các phương pháp cũ. Từ đó, việc ứng dụng tấm lưới nhân tạo để tăng cường thành sau ống bẹn, đã được sử dụng rộng rãi bằng kỹ thuật hở và nội soi, là “tiêu chuẩn vàng” điều trị thoát vị bẹn.

Ngày nay, cùng với sự phát triển của phẫu thuật nội soi, điều trị thoát vị bẹn qua nội soi có 2 phương pháp chính, đó là phương pháp đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc và phương pháp đặt mảnh ghép tiền phúc mạc xuyên qua ổ bụng. Trong 2 phương pháp này thì phương pháp đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc có ưu điểm hơn do không vào ổ bụng nên không có nguy cơ dính ruột và vì vậy được ưa chuộng hơn.

Chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật này từ năm 2014 cho thấy những kết quả sớm rất khả quan. Đến nay, qua 8 năm, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá kết quả xa sau mổ để khẳng định tính an toàn và hiệu quả của phương pháp và góp thêm phần số liệu vào nghiên cứu chung của lĩnh vực phẫu thuật nội soi đặt lưới hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn (TEP).

## MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

*Mục tiêu chuyên biệt:* Đánh giá các yếu tố:

Thời gian mổ.

Tai biến trong mổ.

Mức độ đau hậu phẫu.

Thời gian đi lại sau mổ.

Thời gian nằm viện sau mổ.

Biến chứng sớm hậu phẫu.

Thoát vị bẹn tái phát.

Chi phí nằm viện.

Kết quả xa sau mổ.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu:

Bệnh nhân trên 18 tuổi, được chẩn đoán thoát vị bẹn một hoặc hai bên nhập viện từ 01/01/2018 đến 30/09/2023.

### 2. Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Tất cả các thoát vị bẹn một hoặc hai bên, trực tiếp hoặc gián tiếp, lần đầu hoặc tái phát với phẫu thuật tiếp cận ngã trước (Bassini, Shouldice, Lichtenstein).

### 3. Tiêu chuẩn loại trừ:

Thoát vị bẹn nghẽn.

Thoát vị bẹn tái phát sau phẫu thuật đặt mảnh ghép bằng ngã sau như Stoppa, Rives hay qua nội soi.

Tiền căn phẫu thuật vùng ngoài phúc mạc như phẫu thuật bướu tiền liệt tuyến, bàng quang...

Tiền căn phẫu thuật bụng có sẹo mổ cũ đường giữa dưới rốn.

Tiền căn xạ trị vùng chậu.

Có bệnh nội khoa nặng kèm theo làm ảnh hưởng hô hấp - tuần hoàn khi thực hiện phẫu thuật nội soi.

Đang bị nhiễm trùng.

Đang có thai.

### 4. Thiết kế nghiên cứu:

Mô tả, cắt ngang.

### 5. Đo lường các biến:

Đánh giá các biến số về:

Thời gian mổ.

Tai biến trong mổ: Rách phúc mạc, tổn thương mạch máu thượng vị, bàng quang, thận tinh, thần kinh bị, động mạch chậu.

Mức độ đau hậu phẫu đánh giá bằng thang điểm VAS.

Thời gian tự sinh hoạt cá nhân sau mổ: là thời gian bệnh nhân tự đi lại và tự vệ sinh.

Thời gian nằm viện sau khi mổ.

Biến chứng sớm hậu phẫu: tụ dịch, máu, nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng mảnh ghép.

Thoát vị bẹn tái phát.

Chi phí nằm viện.

Bệnh nhân được hẹn tái khám vào các thời điểm sau mổ 1 tuần và thời điểm kết thúc nghiên cứu (tháng 09/2023), ghi nhận: Biến chứng xa (đau mạn tính, dị cảm, nhiễm khuẩn, mức độ hài lòng...), tỷ lệ tái phát và nguyên nhân (nếu có), đánh giá kết quả xa theo 4 mức độ [0]:

+ Tốt: Không có tai biến và biến chứng trong phẫu thuật.

+ Khá: Sung bìu và tinh hoàn đòi hỏi phải điều trị kháng viêm, đau vết mổ phải dùng thuốc giảm đau dạng tiêm 2-3 ngày.

+ Trung bình: Tụ máu vùng bẹn-bìu, nhiễm trùng vết mổ.

+ Kém: Nhiễm trùng mảnh ghép.

#### **6. Xử lý số liệu**

Các biến số được điền vào bộ câu hỏi lập sẵn và được phân tích thống kê mô tả.

#### **III.KẾT QUẢ**

Từ 01/01/2018 đến 30/09/2023, chúng tôi thực hiện được 307 trường hợp phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn theo phương pháp hoàn toàn ngoài phúc mạc. Trong đó: có 304 nam và 3 nữ, với tỷ lệ phẫu thuật thành công 100%, không có chuyển đổi phương pháp phẫu thuật. Kết quả được tóm tắt trong bảng sau:

<i>Biến số</i>	<i>Giá trị</i>
Tuổi	53,4 ± 17
Giới tính: Nam/Nữ	304/3 = 99% / 1%
Nghề nghiệp:	
- Làm ruộng	82 TH: 26,7%
- Buôn bán	24 TH: 7,8%
- Công nhân viên	39 TH: 12,7%
- Già	95 TH: 30,9%
- Làm thuê	61 TH: 19,9%
- Học sinh	6 TH: 2,0%
Thời gian mắc bệnh	8,5 tháng (trung vị) (1 tháng - 20 năm)
Vị trí thoát vị bẹn	
- Bên phải	155 TH: 50,5%
- Bên trái	108 TH: 35,2%
- Hai bên	44 TH: 14,3%
Phân loại thoát vị bẹn theo tôn thương giải phẫu Nyhus (1991)	
- Độ I	1 TH: 3%
- Độ II	143 TH: 46,6%
- Độ IIIA	45 TH: 14,7%
- Độ IIIB	106 TH: 34,5%
- Độ IV	12 TH: 3,9%
ASA	
- 1 điểm	143 TH: 46,5%
- 2 điểm	164 TH: 53,4%
Thời gian mổ	38,5 ± 10 phút (15 - 80 phút)
Đau hậu phẫu	
- Điểm đau ngày 1	2,61 ± 0,6
- Điểm đau ngày 3	1,04 ± 0,2
Tai biến trong mổ	
- Không tai biến	303 TH: 98,7%
- Rách phúc mạc	03 TH: 1%
Biến chứng hậu phẫu	0
Ngày trung tiện sau mổ	1,09 ± 0,3 ngày
Ngày nằm viện sau mổ	2,48 ± 0,9 ngày (1-5 ngày)
Chi phí trung bình	5,1 ± 0,2 triệu đồng
Kết quả tái khám	1 TH
Tràn dịch màng tinh hoàn	1 TH
Tụ thanh dịch (Seroma)	
Thời gian theo dõi trung bình	40,95 tháng (1 – 69 tháng)
Kết quả xa sau mổ Tốt	Giữ liên lạc 229 TH. 225 TH (98,25%)
Khá	3 TH (1,31%) (2 ca đau vùng bẹn mạn tính và
Thoát vị tái phát	1 ca dị cảm vùng bẹn) 1 TH (0,44%)
Mất liên lạc	78/307 TH (25,4%)

#### IV. BÀN LUẬN

Thoát vị là một bệnh phổ biến, ước tính có khoảng 5% dân số thế giới bị thoát vị thành bụng, và trong số này, thoát vị bẹn chiếm 75% [0]. Tại Mỹ, hàng năm có khoảng 800.000 trường



hợp, không kể những thoát vị bẹn tái phát và hai bên. Ở Việt Nam, tuy chưa có thống kê cụ thể nhưng thực tế cho thấy đây là bệnh lý rất thường gặp trong thực hành lâm sàng hàng ngày. Ở người lớn, suy yếu thành bụng do tuổi già và nghề nghiệp lao động chân tay gây tăng áp lực ổ bụng thường xuyên là những yếu tố nguy cơ chủ yếu gây nên thoát vị bẹn, do vậy, thoát vị bẹn thường xảy ra sau tuổi 40, cũng theo Abramson, tần suất mắc bệnh là 15% trong lứa tuổi 25-34 nhưng sẽ là 47% sau 75 tuổi [0] và 90% phẫu thuật thoát vị bẹn thực hiện ở nam giới và 10% ở nữ giới [0]. Kết quả nghiên cứu này cho thấy sự tương đồng với các tác giả trên, cụ thể, tuổi trung bình là  $53,4 \pm 17$  tuổi (trong đó 75,2% trường hợp trên 40 tuổi), tỷ lệ nam/nữ là 304/3 và 77,5% và phần lớn các trường hợp xảy ra ở người lao động nặng, người già. Điều này được giải thích là do chỗ yếu vùng ổ bụng nơi mà tinh hoàn đi xuống trong giai đoạn phôi thai và nam giới làm công việc nặng nhọc, tăng áp lực ổ bụng thường xuyên, hoạt động thể chất nhiều hơn nữ giới và đây cũng là yếu tố nguy cơ gây thoát vị bẹn.

Thời gian mắc bệnh trung vị là 8,5 tháng, thoát vị bẹn bên phải có 155 trường hợp (50,5%), bên trái là 108 trường hợp (35,72) và có 44 trường hợp là thoát vị bẹn 2 bên (14,3%). Qua nghiên cứu trên chúng ta thấy đa số các trường hợp là thoát vị bẹn bên phải, sau đó là thoát vị bẹn bên trái và hai bên, lý giải tần suất thoát vị bẹn thường xảy ra ở bên phải là do trong giai đoạn phôi thai, tinh hoàn phải xuống bìu muộn hơn tinh hoàn trái nên ống phúc tinh mạc xơ hóa muộn hơn tạo chỗ yếu hơn so với bên trái. Theo phân độ Nyhus (1991), trong nghiên cứu có 1 trường hợp (3%) là thoát vị bẹn độ 1 (thoát vị bẹn gián tiếp có lỗ bẹn sâu bình thường), 143 trường hợp (46,6%) là thoát vị bẹn độ 2 (thoát vị bẹn gián tiếp có lỗ bẹn sâu rộng nhưng sàn bẹn còn chắc), 45 trường hợp (14,7%) là thoát vị bẹn độ 3A (là những thoát vị bẹn trực tiếp), 106 trường hợp (34,5%) độ 3B (thoát vị bẹn gián tiếp có lỗ bẹn sâu rộng, hư sàn bẹn), 12 trường hợp (3,9%) độ 4 (thoát vị bẹn tái phát). Điều này cũng phù hợp với y văn cho rằng thoát vị bẹn gián tiếp chiếm tỷ lệ cao nhất và tuổi càng cao thì phân loại Nyhus càng cao và người lao động chân tay có phân loại Nyhus cao hơn người lao động trí óc.

Bảng điểm ASA cần phải đánh giá trước phẫu thuật vì có liên quan đến tai biến-biến chứng phẫu thuật, trong 307 trường hợp, có 143 trường hợp (46,5%) có điểm ASA là 1 và 164 trường hợp (53,4%) có điểm ASA là 2, đây cũng là khoảng điểm an toàn cho phẫu thuật nội soi, giúp làm giảm thiểu yếu tố nhiều khi đánh giá kết quả các bệnh nhân, thực tế cho thấy, trong nghiên cứu không có trường hợp nào bị biến chứng nặng nề trong giai đoạn hậu phẫu. Thời gian mổ trung bình là  $38,5 \pm 10$  phút, thời gian ngắn nhất là 15 phút và dài nhất là 80 phút, thời gian mổ của chúng tôi là ngắn là do chúng tôi triển khai phẫu thuật này từ 2014, đến nay phẫu thuật rất nhiều bệnh nhân nên đường cong huấn luyện đã thuần thục, rút ngắn đáng kể thời gian mổ, theo Phạm Hữu Thông, thời gian mổ trung bình là 83 phút [2], thời gian này của Lê Quốc Phong là 59,5 phút [3], của Nguyễn Phú Hữu là 53 phút đối với thoát vị bẹn 1 bên và 68 phút đối với thoát vị bẹn hai bên [306], Nguyễn Minh Tiến là  $63,1 \pm 23,5$  phút [306] và của Asuri Krishna:  $54,8 \pm 14$  phút cho thoát vị bẹn một bên và  $77,9 \pm 26,2$  phút cho thoát vị cả hai bên [0]. Trong thời gian hậu phẫu, chúng tôi dùng thang điểm VAS để đánh giá đau vào ngày hậu phẫu thứ 1 và thứ 3, qua kết quả cho thấy điểm đau trung bình ở ngày hậu phẫu thứ 1 là  $2,61 \pm 0,6$  điểm và ngày thứ 3 là  $1,04 \pm 0,2$  điểm, rõ ràng hậu phẫu phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn có ưu điểm là đau ít, tạo sự thoải mái, dễ chịu cho bệnh nhân và vì vậy, bệnh nhân trở lại sinh hoạt sớm hơn, kết quả này cũng phù hợp với các tác giả khác [0], [0], [0].

Rách phúc mạc không phải là tai biến nghiêm trọng, thực chất là một chút khó khăn cho phẫu thuật, rách phúc mạc gây tràn khí phúc mạc và khi lỗ rách quá lớn có thể phải chuyển phẫu thuật từ TEP sang TAPP hoặc mổ mở. Theo Bittner (2015), thủng phúc mạc trong quá trình phẫu thuật thay đổi từ 4,3% đến 47% trong các báo cáo khác nhau [0]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp (1%) bị rách phúc mạc trong lúc mổ, gây phồng phúc mạc, làm giảm khoảng trống thao tác, đây là những lỗ nhỏ được xử trí bằng cột bằng nơ Roeder đơn giản. Ngoài tai biến này, chúng tôi không gặp tai biến nào khác, có thể là do chúng tôi đã bắt đầu thực hiện phẫu thuật này từ năm 2014 và số lượng ca phẫu thuật lớn, vượt qua đường cong huấn luyện (learning curve) theo hướng dẫn của Hiệp hội phẫu thuật Thoát vị Châu Âu (EHS), từ đó giúp tỷ lệ tai biến trong mổ giảm hẳn [0]. Chúng tôi chưa gặp những tai biến-biến chứng như

những tác giả khác mô tả như nhiễm trùng, tụ dịch, viêm tinh hoàn, chảy máu động mạch thượng vị dưới, đứt ống dẫn tinh, tổn thương mạch chậu, thoát vị tái phát... [0], [0], [0], [0]. Thời gian nằm viện trung bình là  $2,48 \pm 0,9$  ngày, thông thường chúng tôi cho bệnh nhân xuất viện vào hậu phẫu ngày thứ 2 (50,8%). Kết quả này cũng tương đồng với Nguyễn Minh Tiến là  $2,3 \pm 0,8$  ngày [0] và Kockerling là 2.48 ngày [0].

Biến chứng sau mổ cũng được chúng tôi theo dõi cẩn thận. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được tái khám sau mổ 1 tuần, có 1 bệnh nhân tràn dịch màng tinh hoàn lượng ít (0,33%) và 1 bệnh nhân (0,33%) bị nang thanh dịch (seroma) vùng bẹn  $3 \times 3$  cm, được hướng dẫn điều trị nội khoa, nang và tràn dịch biến mất vào thời điểm tái khám sau mổ 1 tháng, biến chứng này thấp hơn các tác giả Trịnh Văn Thảo (2010): Seroma (1,3%) [0], Lê Quốc Phong (2013): 0,7% [0], Nguyễn Quang Huy (2018): 4,4% [0], Kockerling (2015) 0,78% [0]. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, có 229 trường hợp (74,6%) được chúng tôi liên hệ qua điện thoại, phỏng vấn các biến chứng theo cảm nhận chủ quan của bệnh nhân, kết quả là thời gian trung bình từ lúc mổ đến lúc liên lạc là 40.95 tháng (ngắn nhất là 1 tháng và dài nhất là 69 tháng), 225 bệnh nhân được phỏng vấn có kết quả tốt, rất hài lòng với phẫu thuật, chưa ghi nhận tai biến, biến chứng hay tái phát. Tuy nhiên, có 2 ca đau vùng bẹn mạn tính (0,96%) và 1 ca dị cảm vùng bẹn (0,48%), mức độ đau và dị cảm rất ít, không cần phải điều trị gì thêm, kết quả này thấp hơn so với Đỗ Văn Chiêu (2023): 4,3% bệnh nhân đau mạn tính, 2,9% bệnh nhân tê bì vùng đùi [0], Phan Đình Tuấn Dũng (2017): biến chứng đau và tê vùng mổ là 6,8% [0], và cũng thấp hơn các tác giả khác [0], [0], [0]. Đau mạn tính là đau kéo dài trên 6 tháng dựa theo một số nghiên cứu đa trung tâm, nghiên cứu của chúng tôi cũng chọn thời điểm 6 tháng làm mốc đánh giá đau mạn tính. Do đó, những bệnh nhân mổ  $\geq 6$  tháng chúng tôi mới đưa vào nghiên cứu và tiến hành thu thập số liệu. Đau mạn tính vùng bẹn bìu do tổn thương thần kinh cảm giác: nhánh đùi của dây thần kinh sinh dục đùi, hoặc chính bản thân dây thần kinh bì đùi ngoài hoặc dây thần kinh đùi. Có thể tránh được khi phẫu tích vào mô bên dưới dải chậu mu cẩn thận [0]. Các nghiên cứu đều cho thấy: yếu tố có thể liên quan tới đau mạn tính sau mổ nội soi là cố định mảnh ghép và tình trạng đau mạn tính trong nhóm nội soi thấp hơn so với nhóm phẫu thuật mổ mở một cách có ý nghĩa thống kê [0], [0], [0]. Qua kết quả này cho thấy phẫu thuật này an toàn, hiệu quả trong thời gian theo dõi lâu dài.

Thoát vị tái phát luôn là vấn đề rất được quan tâm trong tất cả các nghiên cứu về điều trị thoát vị bẹn. Đây là một trong những biến chứng thể hiện sự thất bại của phẫu thuật. Tùy theo kỹ thuật phẫu thuật mà tình trạng tái phát có những tỉ lệ khác nhau, theo đa số tác giả thì tỉ lệ tái phát khoảng từ 0 – 10%. Theo hầu hết tác giả, có nhiều nguyên nhân gây nên thoát vị tái phát, nhưng phần lớn đều là do lỗi kỹ thuật, điều này phụ thuộc rất lớn vào kinh nghiệm của các phẫu thuật viên [0], [0], [0]. Các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân như BMI cao, hút thuốc lá, đá sỏi đường, lao động nặng sớm sau mổ và nhiễm trùng vết mổ, mảnh ghép làm tăng nguy cơ tái phát. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp tái phát (chiếm 0,44%), do đặc điểm nghề nghiệp bệnh nhân lao động rất nặng sớm (3 tuần) sau mổ, đây là giai đoạn mảnh ghép chưa được cố định tốt, có khả năng chui vào lỗ thoát vị và tái phát, bệnh nhân này được phẫu thuật lại tại Bệnh viện bạn 1 năm sau đó bằng phẫu thuật Lichtenstein.

Chi phí nằm viện trung bình là 5,1 triệu đồng chưa thanh toán bảo hiểm y tế, đây là chi phí hợp lý so với kỹ thuật cao mà hiện nay thế giới đang áp dụng, sẽ giúp đỡ các bệnh nhân nghèo tiếp cận kỹ thuật cao một cách tốt nhất.

## V.KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn là phẫu thuật kỹ thuật cao mà thế giới đang áp dụng, phẫu thuật ít tai biến - biến chứng, thời gian nằm viện ngắn, tỷ lệ tái phát thấp, chi phí điều trị hợp lý và đặc biệt là an toàn, hiệu quả trong thời gian theo dõi dài, điều này giúp mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Văn Chiếu, Hoàng Ngọc Hà (2023), “Kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định giai đoạn 2020 – 2022”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 527, số 2, tr.24-28.
2. Phan Đình Tuấn Dũng (2017), “Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc với tấm lưới nhân tạo 2D và 3D trong điều trị thoát vị bẹn trực tiếp”. *Luận án Tiến sĩ Y học*, Trường Đại học Y dược Huế.
3. Vương Thừa Đức, Dương Ngọc Thành (2011), “Đau mạn tính vùng bẹn đùi sau mổ thoát vị bẹn”, *Tạp chí Y học TP.Hồ Chí Minh*, 15 (1), tr.115-123.
4. Nguyễn Quang Huy, Mai Đức Hùng (2018), “Kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép trước phúc mạc tại Bệnh viện Nhân Dân 115”, *Tạp chí Y dược thực hành* 175, số 13, tr. 50-61.
5. Nguyễn Phú Hữu, Đỗ Minh Hùng (2016), “Kết quả sớm điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc (TEP) tại Bệnh viện Bình Dân”, *Tạp chí Y học TP.HCM, Tập 20 (2)*, tr.394-299.
6. Lê Quốc Phong, Lê Mạnh Hà (2013), “Kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng kỹ thuật lichtenstein và nội soi ngoài phúc mạc”, *Tạp chí Y học thực hành*, 878 (8), tr. 58-59.
7. Nguyễn Văn Liễu (2004), “Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật Shouldice trong điều trị thoát vị bẹn”, *Luận án tiến sĩ Y học*, Học viện Quân Y Hà Nội, tr.1-119.
8. Nguyễn Văn Phước, Hà Văn Quyết (2021), “Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP) đặt lưới nhân tạo 3D điều trị thoát vị bẹn hai bên ở người lớn”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 505(1), tr.119-122.
9. Trịnh Văn Thảo (2021), “Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc trong điều trị thoát vị bẹn”, *Luận án Tiến sĩ Y học*, Học viện Quân Y.
10. Nguyễn Minh Tiến, Phạm Văn Năng (2022), “Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn ở bệnh nhân trên 40 tuổi năm 2020 – 2022”, *Tạp chí Y Dược học Cận Thở*, số 51, tr.212-221.
11. A Acar, I Kabak (2020), “Comparison between mesh fixation and non-fixation in patients undergoing total extraperitoneal inguinal hernia repair”, *Niger J Clin Pract*, 23(7), pp. 897-899.
12. Abu Kamal Nahid, Sanjida Rahman (2021), “Outcomes on mesh fixation vs non-fixation in laparoscopic totally extra peritoneal inguinal hernia repair: a comparative study”, *Turk J Surg*, 37(1), pp.1-5.
13. Asuri Krishna (2019), “Totally Extraperitoneal Repair in Inguinal Hernia: More than a Decade’s experience at a Tertiary Care Hospital”, *Surg laparosc endosc percutan tech*. 29. pp.247 – 251.
14. Bittner R., Arregui M. E., Bisgaard T (2015) Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia, International Endohernia Society (IEHS)]. *Surg Endosc*; 25, pp.2773- 2843.
15. Chandan Das, Tahir Jamil, Stephen Stanek (2019), “Inguinal hernias”, *Schwartz’s Principles of Surgery*, Eleventh Edition, Volume 1, pp. 1599-1622.
16. Kockerling F (2015), “Bilateral and Unilateral Total Extraperitoneal Inguinal Hernia Repair (TEP) have Equivalent Early Outcomes: Analysis of 9395 Cases”, *World J Surg*. 39(8). pp.1887-94. 2015.
17. Ortenzi M, Williams S (2020), “Laparoscopic repair of inguinal hernia: retrospective comparison of TEP and TAPP procedures in a tertiary referral center”, *Minerva Chir*, 75(5):279-285.
18. Simons MP, Aufenacker T (2009), “European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients”, *Hernia* 2009;13:343-403.

# KẾT QUẢ TUÂN THỦ THỰC HÀNH KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN PHÒNG NGỪA VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI CÁC ĐƠN VỊ HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023

Phạm Hòa Lợi, Nguyễn Kim Chi  
Trần Thanh Tâm, Phùng Quyên Phương

## TÓM TẮT

Viêm phổi bệnh viện (VPBV) là loại nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế thường gặp tại khoa Hồi sức tích cực (HSTC) và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong số các loại nhiễm khuẩn bệnh viện. Đây là một vấn đề khó khăn mà các khoa Hồi sức tích cực đang phải đương đầu vì khó chẩn đoán, điều trị và phòng ngừa. Việc thực hiện đúng các biện pháp phòng ngừa là điều cần thiết góp phần làm giảm tỷ lệ viêm phổi bệnh viện.

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ tuân thủ thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn (KSNK) phòng ngừa viêm phổi bệnh viện của nhân viên y tế tại các đơn vị Hồi sức tích cực. Xác định mối tương quan giữa tuân thủ thực hành phòng ngừa viêm phổi bệnh viện của nhân viên y tế và tỷ lệ viêm phổi bệnh viện.

**Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, quan sát 200 lượt chăm sóc phòng ngừa viêm phổi bệnh viện.

**Kết quả:** Tỷ lệ tuân thủ thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn phòng ngừa viêm phổi bệnh viện của nhân viên y tế đạt 77,5%. Đặt bệnh nhân nằm đầu cao 30-45°, thay dây thở cho người bệnh mới hoặc khi có dịch trong ống thở và thay mũi nhân tạo, lọc khi bắn ảm ướt hoặc sau 72 giờ có tỷ lệ thực hành đúng cao nhất là 100%, thấp nhất là tỷ lệ sử dụng găng vô khuẩn khi hút đờm 69,23%. Nghiên cứu tìm thấy có hai yếu tố liên quan với tỷ lệ viêm phổi bệnh viện là: thay dây thở khi sử dụng cho người bệnh khác hoặc khi có dịch trong ống thở và thay mũi nhân tạo, lọc khi bắn ảm ướt hoặc sau 72 giờ (với  $p < 0,05$ ).

**Kết luận:** Tỷ lệ tuân thủ thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn phòng ngừa viêm phổi bệnh viện của nhân viên y tế đạt mức khá. Các thực hành như thay dây thở khi sử dụng cho người bệnh khác hoặc khi có dịch trong ống thở và thay mũi nhân tạo, lọc khi bắn ảm ướt hoặc sau 72 giờ giúp làm giảm nguy cơ VPBV.

**Từ khóa:** Viêm phổi bệnh viện, phòng ngừa viêm phổi bệnh viện.

## ABSTRACT

### RESULTS OF COMPLIANCE WITH INFECTION CONTROL AND HOSPITAL PNEUMONIA PREVENTION PRACTICES OF MEDICAL STAFF IN INTENSIVE CARE UNITS OF AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2023.

**Background:** Hospital-acquired pneumonia is the most common type of nosocomial infection in the intensive care unit ICU and is the leading cause of death among hospital-acquired infections. This is a difficult problem facing ICU departments because of the difficulty in diagnosis, treatment, and prevention. The correct implementation of preventive measures is essential to contribute to reducing the incidence of hospital acquired pneumonia.

**Objectives:** Determining the compliance rate of infection control practices to prevent hospital-acquired pneumonia among medical staff in ICUs. Determining the correlation between medical staff compliance with nosocomial pneumonia prevention practices and the incidence of nosocomial pneumonia.

**Methods:** A cross-sectional study, observing 200 times of hospital pneumonias prevention care.

**Results:** The compliance rate of infection control practices to prevent hospital pneumonia among medical staff reached 77.5%. Place the patient's head at a height of 30-45°, change the breathing circuit for a new patient or when there is fluid in the breathing tube and replace the artificial nose, filter when dirty or wet or after 72 hours with the highest correct practice rate of 100%, the lowest rate of using sterile gloves when aspirating sputum was 69.23%. The study found that there are two factors associated with the rate of hospital-acquired pneumonia: changing the breathing line when used for other patients or when there is fluid in

the breathing tube and changing the artificial nose, filter when dirty or wet or after 72 hours. hour (with  $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** The rate of compliance with infection control practices to prevent hospital-acquired pneumonia of healthcare workers is quite good. Practices such as changing the breathing circuit when used on another patient or when there is fluid in the breathing tube and replacing the artificial nose or filter when dirty or wet or after 72 hours help reduce the risk of hospital-acquired pneumonia.

**Keywords:** Hospital-acquired pneumonia (HAP), preventing hospital-acquired pneumonia.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi bệnh viện (VPBV) là loại nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế thường gặp tại khoa HSTC và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu (30 – 70%) trong số các loại nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV). Viêm phổi bệnh viện là những viêm phổi xuất hiện ở người bệnh sau khi nhập viện  $\geq 48$  giờ, không ở trong giai đoạn ủ bệnh hoặc mắc bệnh vào thời điểm nhập viện [1].

VPBV là một vấn đề rất khó khăn mà các khoa đặc biệt khoa HSTC đang phải đương đầu vì khó chẩn đoán, điều trị và phòng ngừa. Các dấu hiệu giúp chẩn đoán VPBV như thâm nhiễm phổi mới hoặc thâm nhiễm tiến triển kèm sốt, bạch cầu tăng, đờm mủ thường không đặc hiệu. Cây dịch khí quản có thể mọc vi khuẩn do sự phát triển của vi khuẩn thường trú ở phần trên của đường thở làm khó phân biệt giữa vi khuẩn thường trú và tác nhân gây bệnh thật sự, dẫn đến việc điều trị dựa trên kết quả dương tính giả. Cây vi khuẩn định lượng sau khi lấy đờm bằng phương pháp chải phế quản có bảo vệ hoặc phương pháp rửa phế nang có độ nhạy và độ đặc hiệu cao nhưng hiện chưa được ứng dụng rộng rãi do nguồn lực còn hạn chế.

Tại các nước Châu Á, VPBV trung bình từ 5-10 ca/1000 ca nhập viện, tỷ lệ NKBV từ 4 - 43%, trong đó 45-65% là nhiễm trùng hô hấp [12]. Trong số các VPBV, loại VPBV liên quan đến thở máy (viêm phổi bệnh viện xuất hiện sau khi thở máy  $\geq 48$  giờ) chiếm tỷ lệ 90% VPBV làm kéo dài thời gian nằm viện khoảng 6,1 ngày làm tốn thêm chi phí khoảng 10.000 USD đến 40.000 USD cho một trường hợp [1].

Tại Việt Nam, trong một nghiên cứu cắt ngang của Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh trên tất cả các bệnh viện công lập cho thấy tỷ lệ VPBV chiếm đến 54.3%, đây là tỷ lệ cao trong các loại nhiễm khuẩn bệnh viện [5]. VPBV là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trong số các loại NKBV (30-70%), kéo dài thời gian nằm viện thêm 6-13 ngày, và tăng viện phí từ 15 đến 23 triệu đồng cho một trường hợp [1].

Các nghiên cứu đã chứng minh việc thực hiện các biện pháp phòng ngừa VPBV tổng hợp mang lại nhiều thành công như cải tiến biện pháp phòng ngừa VPBV tại khoa HSTC hằng ngày. Để có sự đánh giá chi tiết, toàn diện hơn về tuân thủ thực hành phòng ngừa VPBV của nhân viên y tế (NVYT) tại bệnh viện, từ đó có giải pháp nâng cao ý thức tuân thủ thực hành góp phần giảm nguy cơ NKBV, làm giảm chi phí về sử dụng vật tư tiêu hao, chi phí trong điều trị và gánh nặng kinh tế cho bệnh nhân. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu “*Kết quả tuân thủ thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn phòng ngừa viêm phổi bệnh viện của nhân viên y tế tại các đơn vị hồi sức tích cực Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2023*”.

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Nhân viên y tế (điều dưỡng) tham gia trực tiếp chăm sóc người bệnh (NB) tại khoa Hồi sức tích cực.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Nhân viên y tế (điều dưỡng) từ chối tham gia nghiên cứu hoặc không trực tiếp chăm sóc NB.

Lựa chọn các lượt chăm sóc của NVYT tham gia thực hiện chăm sóc phòng ngừa VPBV cho bệnh nhân có thở máy tại khoa HSTC.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

## 2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu:

Nghiên cứu sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng 01 tỷ lệ:

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

Trong đó:

- n là cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu.
- Z = 1,96 là hệ số tin cậy (với  $\alpha = 0,05$ ).
- p là tỷ lệ tuân thủ của NVYT trong việc áp dụng các biện pháp phòng ngừa VPBV (chọn p = 0,248 theo nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Vân Trang (2011) về khảo sát mức độ tuân thủ thực hành phòng ngừa viêm phổi liên quan thở máy tại các khoa sản sóc đặc biệt Bệnh viện Chợ Rẫy) [3].
- d là sai số chấp nhận trong nghiên cứu (d = 0,06).
- Thay thế các giá trị vào công thức, cỡ mẫu tối thiểu tính được là 199. Thực tế có 200 lượt chăm sóc phòng ngừa VPBV đã được quan sát.

## 2.4. Địa điểm nghiên cứu:

Tại khoa Hồi sức tích cực chống độc (ICU) và khoa Hồi sức tích cực ngoại khoa (SICU) Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

## 2.5. Thời gian nghiên cứu:

Từ tháng 01/2023 đến tháng 07/2023.

## 2.6. Cách tiến hành:

- Quan sát trực tiếp các lượt chăm sóc của NVYT (điều dưỡng) tham gia thực hiện chăm sóc phòng ngừa VPBV cho bệnh nhân có thở máy tại khoa HSTC.
- Công cụ: Bảng kiểm thực hành lâm sàng phòng ngừa viêm phổi bệnh viện.

## 2.7. Xử lý số liệu:

Số liệu thu thập được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Tất cả các kiểm định được dùng với độ tin cậy 95% và được kết luận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p \leq 0,05$ .

## III. KẾT QUẢ

3.1. Thực hành KSNK phòng ngừa viêm phổi bệnh viện của nhân viên y tế (điều dưỡng):

**Bảng 1: Phân bố theo khoa**

Khoa	Số lượt chăm sóc n=200	Tỷ lệ (%)
ICU	52	26%
SICU	148	74%

**Nhận xét:** Đa số lượt chăm sóc được thực hiện ở khoa SICU chiếm tỷ lệ 74%.

**Bảng 2: Tỷ lệ tuân thủ thực hành KSNK phòng ngừa viêm phổi bệnh viện**

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuân thủ	155	77.5
Không tuân thủ	45	22.5

**Nhận xét:** Tỷ lệ tuân thủ thực hành KSNK phòng ngừa VPBV đạt 77,5%. Tuy nhiên vẫn còn 22,5% chưa tuân thủ thực hành.

**Bảng 3: Tỷ lệ thực hành đúng các thực hành phòng ngừa VPBV**

Các bước thực hiện	Có	Không	Không áp dụng	% Thực hành đúng
Chăm sóc ống nội khí quản (NKQ)				
Đặt bệnh nhân nằm đầu cao 30-45 <sup>0</sup> khi không có chống chỉ định.	194	0	6	100
Vệ sinh tay (VST) khi chăm sóc ống NKQ.	195	1	4	99.49
Kiểm tra bóng chèn.	184	4	12	97.87
Vệ sinh răng miệng theo hướng dẫn.	185	4	11	97.88
Sử dụng găng vô khuẩn khi hút đờm.	36	16	148	69.23
Kiểm tra ống NKQ để quyết định có thể rút ống sớm.	80	32	88	71.43
Hút đờm ở vùng hầu họng trước khi xả bóng chèn để rút NKQ.	61	16	123	79.22
Chăm sóc dây thở				
VST trước khi chăm sóc dây thở.	174	1	25	99.43
Thay dây thở khi sử dụng cho NB khác hoặc khi có dịch trong ống thở.	153	0	47	100
Thay mũi nhân tạo, lọc khi bắn, ẩm ướt hoặc sau 72 giờ.	178	0	22	100

\* Nhận xét: Nhìn chung, tỷ lệ tuân thủ đúng đạt khá cao. Trong đó, có ba bước là: đặt bệnh nhân nằm đầu cao 30-45<sup>0</sup>, thay dây thở khi sử dụng cho NB khác hoặc khi có dịch trong ống thở và thay mũi nhân tạo, lọc khi bắn ẩm ướt hoặc sau 72 giờ đều đạt tỷ lệ là 100%. Ngược lại, tỷ lệ sử dụng găng vô khuẩn khi hút đờm chỉ đạt 69,23%.

### 3.2. Mối liên quan giữa tuân thủ thực hành KSNK phòng ngừa VPBV và tỷ lệ VPBV

**Bảng 4: Mối liên quan giữa tuân thủ thực hành và tỷ lệ VPBV**

Các bước thực hiện		VPBV		OR (CI 95%)	p
		Không	Có		
Đặt người bệnh nằm đầu cao 30-45 <sup>0</sup> .	Có	190 (97.9%)	4 (2.1%)	0,9 (0,9-1)	0.722
	Không	6 (100.0%)	0		
Thay dây thở khi sử dụng cho NB khác hoặc khi có dịch trong ống thở.	Có	152 (99.3%)	1 (0.7%)	10.4 (1.1-102.1)	0.014
	Không	44 (93.6%)	3 (6.4%)		
Thay mũi nhân tạo, lọc khi bắn, ẩm ướt hoặc sau 72 giờ.	Có	176 (98.9%)	2 (1.1%)	8.8 (1.2-66.0)	0.012
	Không	20 (91.0%)	2 (9.1%)		

**Nhận xét:** Phân tích cho thấy, thay dây thở khi sử dụng cho NB khác hoặc khi có dịch trong ống thở và thay mũi nhân tạo lọc khi bắn ẩm ướt hoặc sau 72 giờ có mối liên quan đến tỷ lệ VPBV (có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$ ).

Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh không được thay dây thở đúng quy định có nguy cơ VPBV cao hơn người bệnh được thay dây thở đúng quy định (OR=10.4, CI 95%,  $p=0.014$ ). Người bệnh không được thay mũi nhân tạo, lọc khuẩn đúng quy định nguy cơ VPBV cao hơn người bệnh được thay mũi nhân tạo, lọc khuẩn đúng quy định (OR=8.8, CI 95%,  $p=0.012$ ).

#### **IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 200 lượt chăm sóc phòng ngừa VPBV cho bệnh nhân ở 2 đơn vị HSTC, kết quả cho thấy số lượt chăm sóc chiếm đa số ở khoa SICU. Trong khi đó, số lượng bệnh nhân ở khoa ICU lại nhiều hơn gấp 2 lần khoa SICU. Lý giải cho điều này, nguyên nhân có thể do tỷ lệ điều dưỡng trên giường bệnh còn thấp khiến cho họ không có đủ thời gian để thực hiện đầy đủ tất cả các kỹ thuật chăm sóc cho người bệnh, tương tự như nghiên cứu của tác giả Khaled M. Al-Sayaghi (2018) [11].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tuân thủ thực hành KSNK phòng ngừa VPBV của NVYT đạt khá tốt, tỷ lệ là 77,5%, cao hơn so với nghiên cứu của Đặng Thị Vân Trang (2011) là 24,8% [3] nhưng lại thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Bích (2020) là 89,1% [7]. Từ kết quả trên cho thấy việc tuân thủ các kỹ thuật chăm sóc phòng ngừa NKBV của NVYT là điều rất tốt, chúng tôi cho rằng nguyên nhân chính là do ý thức của người thực hiện kỹ thuật, sự hiểu biết và hơn hết là công tác giám sát của khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn, phòng Điều dưỡng và Điều dưỡng trưởng các khoa. Tuy nhiên, cũng cần tiếp tục duy trì chăm sóc và nâng cao tỷ lệ tuân thủ của NVYT để góp phần làm giảm nguy cơ VPBV cho người bệnh.

Xét về từng bước trong gói chăm sóc dự phòng VPBV, tỷ lệ đặt bệnh nhân nằm đầu cao 30-45° là 100%, kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Vân Trang (2011) là 96,4% [3] và nghiên cứu của tác giả Nguyễn Ngọc Bích (2020) là 93,9% [7]. Các nghiên cứu cũng chứng minh rằng việc đặt cao đầu giường là một phần không thể thiếu của gói dự phòng viêm phổi bệnh viện, đặc biệt là những bệnh nhân có thở máy. Tác giả Mitra B Drakulovic MD đã tiến hành nghiên cứu cho kết quả tỷ lệ viêm phổi thở máy ở những bệnh nhân có chỉ định đặt cao đầu giường giảm còn 8% so với 34% những bệnh nhân không có chỉ định [8]. Tỷ lệ vệ sinh răng miệng theo hướng dẫn đạt 97,88% thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Vân Trang (2011) [3] nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Bích (2020) [7].

Tỷ lệ thay dây thở cho người bệnh mới hoặc khi có dịch trong ống thở đạt 100% cao hơn so với nghiên cứu của Đặng Thị Vân Trang (2011) là 97,4% [3]. Kết quả này là hợp lý vì bệnh viện đã trang bị đầy đủ dây thở cho điều dưỡng để thực hiện công tác chăm sóc. Tuy nhiên, tỷ lệ nhân viên y tế sử dụng găng vô khuẩn khi hút đờm chỉ đạt 69,23% thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Khaled M. Sayaghi (2018) có tỷ lệ tuân thủ là 97,8% [11]. Điều này chúng tôi lý giải rằng tuy được trang bị đầy đủ găng vô khuẩn nhưng để sử dụng vào tất cả các công tác vô khuẩn còn phải do ý thức của người sử dụng, giá thành và tình hình vật tư y tế tại bệnh viện.

Xét về mối liên quan giữa thực hành chăm sóc và VPBV, cho thấy người bệnh không được thay dây thở đúng chỉ định sẽ có nguy cơ VPBV cao hơn người bệnh được thay dây thở ( $p < 0,05$ ). Điều này là hợp lý bởi vì, dây thở và bộ phận làm ẩm là nguồn chứa vi khuẩn gây viêm phổi ở người bệnh thở máy, nước lắng đọng ở đường ống và tụ lại ở bộ phận bẫy nước làm cho dây thở nhanh chóng bị nhiễm khuẩn. Dẫn lưu tốt nước trong đường ống để tránh gây viêm phổi do nước bị nhiễm khuẩn trong đường ống chảy vào phổi người bệnh [1]. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Vân Trang (2011) [3].

Từ các kết quả trên cho thấy việc tuân thủ thực hành phòng ngừa VPBV cho bệnh nhân khá tốt, chúng tôi cho rằng nguyên nhân chính là do ý thức của người thực hiện kỹ thuật và công tác kiểm tra giám sát của khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn, phòng Điều dưỡng và Điều dưỡng trưởng các khoa lâm sàng. Bên cạnh đó, cũng cần trang bị đầy đủ vật tư y tế cần thiết và khuyến khích sử dụng trong những thủ thuật vô khuẩn cần thiết.

#### **V. KẾT LUẬN**

Tỷ lệ tuân thủ thực hành KSNK phòng ngừa viêm phổi bệnh viện của nhân viên y tế (điều dưỡng) là 77,5%. Nghiên cứu cũng cho thấy có 2 yếu tố liên quan đến tỷ lệ VPBV là thay dây thở khi sử dụng cho người bệnh khác hoặc khi có dịch trong ống thở và thay mũi nhân tạo, lọc khi bẩn ẩm ướt hoặc sau 72 giờ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y tế (2012), “*Hướng dẫn phòng ngừa viêm phổi bệnh viện trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (ban hành kèm theo Quyết định số 3671/QĐ-BYT ngày 27/09/2012 của Bộ Trưởng Bộ Y tế)*,” tháng 9 năm 2012.
2. Bộ Y Tế (2017), “*Hướng dẫn giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (ban hành kèm theo Quyết định số 3916/QĐ-BYT ngày 28/08/2017 của Bộ Trưởng Bộ Y tế)*,” tháng 8 năm 2017.
3. Đặng Thị Vân Trang (2011), “*Khảo sát mức độ tuân thủ thực hành phòng ngừa viêm phổi liên quan máy thở tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2011*”.
4. Hà Mạnh Hùng (2016), “*Nghiên cứu tình hình viêm phổi liên quan đến thở máy tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2016*”.
5. Hà Văn Như, Lê Thị Thanh Thủy (2017), “*Kiến thức và thực hành phòng ngừa viêm phổi thở máy của điều dưỡng khoa hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai*”. Tạp chí Y học Dự phòng, 27(5):161 - 167.
6. Nguyễn Kì Sơn, Ngô Thanh Bình (2013), “*Khảo sát các yếu tố nguy cơ liên quan đến tử vong ở bệnh nhân viêm phổi bệnh viện tại bệnh viện đa khoa Lâm Đồng*”. Y Học TP. Hồ Chí Minh, 17(2):105-113.
7. Nguyễn Ngọc Bích và Đoàn Minh Sang (2020), “*Tuân thủ chăm sóc dự phòng viêm phổi thở máy của nhân viên y tế tại một bệnh viện đa khoa tư nhân, 2020*”.
8. Trần Thị Phương Thảo và cộng sự (2019), “*Nghiên cứu về kiến thức và thực hành của điều dưỡng trong việc phòng ngừa viêm phổi bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực*”.

### TIẾNG ANH

9. Bence Mogyorodi et al (2020-2021), “*Effect of an educational intervention on compliance with care bundle items to prevent ventilator-associated pneumonia*”.
10. Joracc Medicine (2006), “*Guidelines for the Management of Adults with Hospital-acquires, Ventilator-associated, and Healthcare-associated Pneumonia*,” pp.388-416.
11. Khaled M. Al-Sayaghi (2018), “*Critical care nurses' compliance and barriers toward ventilator-associated pneumonia prevention guidelines: cross-sectional survey*”.
12. Pongpech, P., et al, “*Antibacterial activity of carbapenem-based combinations against multidrug-resistant Acinetobacter baumannii. Journal of the Medical Association of Thailand*”, 2011. 93(2); p.161.

# KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM VÀ PHÂN TÍCH SỰ HÌNH THÀNH TÍN HIỆU PHẢN VỆ LIÊN QUAN ĐẾN KHÁNG SINH CEFTRIAZONE TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023

Nguyễn Minh Loan, Dương Khánh Ngọc,  
Lê Hoàng Vũ, Phan Huỳnh Kim Trang

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ceftriaxone là một nhóm thuốc nguy cơ cao, cần được theo dõi, đánh giá định kỳ về độ an toàn.

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm phản ứng có hại liên quan đến Ceftriaxone và Phân tích sự hình thành tín hiệu phản vệ liên quan đến Ceftriaxone.

**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 Ceftriaxone là 0,6%. Tỷ lệ ADR có khả năng phòng tránh được (pADR) là 3,8%. Tỷ lệ khả năng xảy ra ADR khi dùng thuốc bằng đường truyền tĩnh mạch giảm 11,7% so với khi sử dụng bằng đường tiêm mạch chậm.

**Kết luận:** 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 nhằm nâng cao chất lượng điều trị tại bệnh viện.

## ABSTRACT

**Background:** Ceftriaxone is a group of high-risk drugs that need to be periodically monitored and evaluated for safety.

**Objetives:** Characterize adverse reactions related to Ceftriaxone and Analyze the formation of anaphylactic signals related to Ceftriaxone.

**Subjects and Methods:** The research was conducted using a cross-sectional descriptive method. Result: The incidence of ADRs associated with Ceftriaxone was 0.6%. The rate of potentially preventable ADRs (pADR) was 3.8%.

**Conclusion:** The antibiotic management program needs to be implemented synchronously with many coordinated measures, with hospital leaders directing and closely monitoring departments/rooms in the hospital to improve the quality of treatment at the hospital.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

### 1. Tổng quan

Phản ứng có hại của thuốc (ADR) là một trong những nguyên nhân làm tăng tỉ lệ mắc bệnh, tỉ lệ tử vong, kéo dài thời gian nằm viện, giảm tuân thủ điều trị và tăng chi phí điều trị cho người bệnh. Vì vậy, việc giám sát phản ứng có hại của thuốc đóng vai trò quan trọng nhằm giảm thiểu những nguy cơ liên quan đến thuốc, đảm bảo an toàn trong quá trình sử dụng thuốc của người bệnh.

Tương tự các thuốc khác, Ceftriaxone cũng tiềm ẩn nguy cơ về phản ứng có hại từ những rối loạn sinh lý ở mức độ nhẹ tới các phản ứng có thể gây đe dọa tính mạng như phản vệ, mặc dù đây là loại phản ứng có tần suất hiếm gặp nhưng diễn biến nhanh và mức độ nghiêm trọng của nó có thể dẫn đến tử vong cho người bệnh nếu không được phát hiện và xử lý kịp thời. Theo những năm gần đây, phản ứng có hại liên quan đến kháng sinh Ceftriaxone luôn đứng đầu trong các báo cáo ADR được gửi về khoa Dược, trong số đó có một số trường hợp gây đe dọa tính mạng.

Nhận thấy đây là một nhóm thuốc nguy cơ cao, cần được theo dõi, đánh giá định kỳ về độ an toàn, chúng tôi tiến hành đề tài: “Khảo sát đặc điểm và phân tích sự hình thành tín hiệu phản vệ liên quan đến kháng sinh Ceftriaxone tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2023” với mục tiêu:

- Mô tả đặc điểm phản ứng có hại liên quan đến kháng sinh Ceftriaxone dựa trên chẩn đoán của bác sĩ trong hồ sơ bệnh án (HSBA).
- Phân tích sự hình thành tín hiệu phản vệ liên quan đến kháng sinh Ceftriaxone 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 Ceftriaxone trong khoảng thời gian từ 01/01/2023 đến 30/06/2023.

- Báo cáo ADR tự nguyện của khoa lâm sàng và báo cáo ADR của khoa Dược thông qua giám sát tích cực có thuốc nghi ngờ là kháng sinh Ceftriaxone.

### 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 và phần mềm SPSS 22.

### 4. Nội dung nghiên cứu

#### 3.1. Mô tả đặc điểm phản ứng có hại và các yếu tố có liên quan

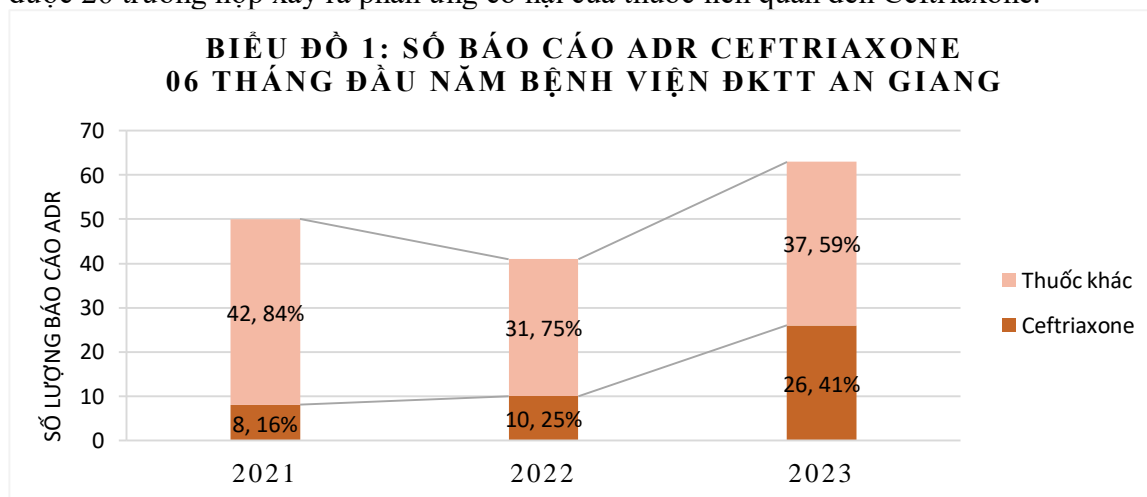
- Đặc điểm của mẫu nghiên cứu (giới tính, tuổi, tiền sử dị ứng).
- Mục đích chỉ định sử dụng thuốc (điều trị, dự phòng).
- Tỷ lệ xảy ra ADR khi sử dụng kháng sinh Ceftriaxone.
- Thời gian xảy ra phản ứng kể từ lần cuối sử dụng thuốc.
- Mô tả phản ứng
- Mức độ nghiêm trọng và cách xử trí ADR.
- Thuốc xử trí và Kết quả sau xử trí.

#### 3.2. Phân tích sự hình thành tín hiệu

- Phân tích về liều dùng, đường dùng và cách dùng thuốc.
- Đánh giá mối liên quan giữa thuốc nghi ngờ và ADR theo thang đánh giá Naranjo.
- Đánh giá khả năng phòng tránh được dựa trên Phương pháp P đề xuất bởi nhóm chuyên gia của WHO.

## III. KẾT QUẢ

Trong khoảng thời gian nghiên cứu đã có 4,113 HSBA được chỉ định sử dụng kháng sinh Ceftriaxone. Qua giám sát tích cực và các báo cáo ADR tự nguyện, chúng tôi ghi nhận được 26 trường hợp xảy ra phản ứng có hại của thuốc liên quan đến Ceftriaxone.



#### 1. Mô tả đặc điểm phản ứng có hại và các yếu tố có liên quan:

- *Giới tính của bệnh nhân:*

**Bảng 1: Giới tính của bệnh nhân xảy ra ADR**

Giới tính	Số lượng	Tỷ lệ %
Nam	14	53,8
Nữ	12	46,2
Tổng cộng:	26	100

**Nhận xét:** Bệnh nhân nam ghi nhận ADR (53,8%) có tỷ lệ cao hơn so với bệnh nhân nữ (46,2%)

- *Tuổi của bệnh nhân:*

**Bảng 2: Tuổi của bệnh nhân xảy ra ADR**

		Xảy ra ADR		Tổng	Tuổi trung bình		p	OR	
		Không	Có		A*	B**			
Tuổi	< 45	Số lượng	920	11	2.409	45,69 ± 15,7	37,2 ± 24,9	0,016	0,396
		Tỉ lệ %	22,5	42,3					
	≥ 45	Số lượng	3.167	15	3.182				
		Tỉ lệ %	77,5	57,7					
Tổng			4.087	26	4.113				
Tỉ lệ %			100	100					

\* A: nghiên cứu này  
\*\*B: nghiên cứu của Nguyễn Thị Lý và cộng sự [3]

**Nhận xét:** Các ADR được ghi nhận ở nhiều nhóm tuổi khác nhau. Độ tuổi trung bình xảy ra ADR là 45,69 ± 15,7 (năm) tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Lý [4]. Bệnh nhân lớn tuổi nhất là 84 tuổi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 16 tuổi. Đa số bệnh nhân nằm trong độ tuổi > 45 tuổi (chiếm 57,7%). Sự khác nhau về tỉ lệ xảy ra ADR giữa hai nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê, điều này cho thấy độ tuổi dưới 45 có khả năng xảy ra ADR cao hơn.

- *Tiền sử dị ứng:*

**Bảng 3: Tiền sử dị ứng của bệnh nhân xảy ra ADR**

Tiền sử dị ứng	Số lượng	Tỉ lệ %
Có	1	3,8
Không	25	96,2
Tổng cộng:	26	100

**Nhận xét:** Về tiền sử, có 01 bệnh nhân (3,8%) được ghi nhận có tiền sử dị ứng thức ăn.

- *Tỉ lệ chỉ định sử dụng thuốc:*

**Bảng 4: Mục đích chỉ định sử dụng thuốc**

Mục đích	Số lượng	Tỉ lệ %
Điều trị	22	84,6
Dự phòng	4	15,4
Tổng cộng	26	100

**Nhận xét:** Phần lớn chỉ định sử dụng Ceftriaxone như một kháng sinh điều trị (84,6%), chỉ có 4 HSBA Ceftriaxone được chỉ định với mục đích dự phòng (15,4%)

- *Tỉ lệ xảy ra ADR:*

**Bảng 5: Tỉ lệ xảy ra ADR**

HSBA	Số lượng	Tỉ lệ %
Có	26	0,6
Không	4.087	99,4
Tổng cộng	4.113	100

**Nhận xét:** Trong số 4.113 HSBA có sử dụng ADR thì ghi nhận được 26 ca có xảy ra phản ứng có hại nghi ngờ do Ceftriaxone (chiếm 0,6%).

- *Các hoạt chất nghi ngờ gây phản vệ nhiều nhất:*

**Bảng 6: Các hoạt chất nghi ngờ gây phản vệ nhiều nhất**

STT	Tên hoạt chất	Số lượng	Tỉ lệ %
1	Iobitridol	2	16,7
2	Ceftriaxone	1	8,3
3	Iopamidol	1	8,3
4	Cefuroxim	1	8,3
5	Spiramicin + Metronidazol	1	8,3
6	Piperacilin + tazobactam	1	8,3
7	Cefuroxim 500mg	1	8,3
8	Ibuprofen 200mg + Paracetamol 325mg	1	8,3
9	Ceftazidim	1	8,3
10	Magnesi silicat, Kaolin, Nhôm hydroxyd	1	8,3
11	Cefoperazone	1	8,3
Tổng		12	100

**Bảng 7: So sánh tỉ lệ Ceftriaxone nghi ngờ gây phản vệ với nghiên cứu khác**

Tỉ lệ Ceftriaxone nghi ngờ gây phản vệ		
Nghiên cứu	Đỗ Hồng Ngọc – 2023 [3]	Nghiên cứu này – 2023
Tỉ lệ %	9,6	8,3

**Nhận xét:** Trong giai đoạn 06 tháng đầu năm 2023, cơ sở dữ liệu báo cáo ADR tại khoa Dược ghi nhận 11 hoạt chất liên quan đến phản vệ. Trong đó, Ceftriaxone chiếm 8,3%, khá tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Hồng Ngọc [3] tiến hành năm 2023 trên phạm vi cả nước.

- *Phân loại ADR liên quan đến kháng sinh theo tổ chức cơ thể bị ảnh hưởng:*

**Bảng 8: Phân loại ADR liên quan đến Ceftriaxone theo tổ chức cơ thể**

Tổ chức cơ thể	Số lượng (% , N = 26)
Rối loạn da và mô dưới da	22 (84,6)
Rối loạn hệ tiêu hóa	5 (19,2)

- *Biểu hiện ADR:*

**Bảng 9: Biểu hiện ADR liên quan đến kháng sinh được ghi nhận**

Biểu hiện ADR	Số lượng (% , N = 26)	Phân loại theo DTQGVN [2]
Ngứa	19 (73,1)	Thường gặp
Ban đỏ	13 (50)	Thường gặp
Nôn, buồn nôn	5 (19,2)	Thường gặp
Mày đay	4 (15,4)	Ít gặp
Đau bụng	1 (3,8)	Thường gặp

**Nhận xét:** Biểu hiện lâm sàng được ghi nhận nhiều nhất là ngứa (19 HSBA), kế đến là ban đỏ (13 HSBA) và các biểu hiện như nôn, buồn nôn, ... được ghi nhận ít hơn. Chỉ có mày đay được phân loại là biểu hiện ít gặp, còn lại, các biểu hiện lâm sàng được ghi nhận theo bảng trên đều được phân loại là biểu hiện thường gặp [2]

- *Thời gian tiềm tàng xuất hiện phản ứng có hại:*

**Bảng 10: Thời gian tiềm tàng xuất hiện phản ứng có hại**

Thời gian	Số lượng	Tỉ lệ %
≤ 10 phút	8	30,8
10 – 60 phút	16	61,5
> 60 phút	2	7,7
Tổng cộng	26	100

**Nhận xét:** Thời gian trung vị xuất hiện phản ứng là 15 phút. Thời gian ngắn nhất được ghi nhận là 1 phút và thời gian dài nhất là 1440 phút (24 giờ).

- *Mức độ nghiêm trọng:*

**Bảng 11: Mức độ nghiêm trọng của phản ứng ADR**

Mức độ nghiêm trọng	Số lượng	Tỉ lệ %
Tử vong	0	0
Đe dọa tính mạng	0	0
Nhập viện/kéo dài thời gian nằm viện	1	3,8
Tàn tật vĩnh viễn/nặng nề	0	0
Dị tật thai nhi	0	0
Không nghiêm trọng	25	96,2
Tổng cộng	26	100

**Nhận xét:** Đa số các trường hợp xảy ra ADR đều được đánh giá không nghiêm trọng (96,2%), chỉ có 1 trường hợp bệnh nhân phải kéo dài thời gian nằm viện (3,8%).

- Thuốc xử trí và Kết quả sau xử lý:

**Bảng 12: Thuốc xử trí và Kết quả sau xử trí ADR**

Thông tin về thuốc	Số lượng	Tỉ lệ %
Adrenalin	1	3,8
Corticoid	17	65,4
Kháng histamin H1	13	50
Truyền dịch	3	11,5
Kết quả sau xử lý	Số lượng	Tỉ lệ %
Tử vong do ADR	0	0
Tử vong không liên quan đến thuốc	0	0
Chưa hồi phục	0	0
Đang hồi phục	0	0
Hồi phục có di chứng	0	0
Hồi phục không có di chứng	26	100
Không rõ	0	0
Tổng cộng	26	100

**Nhận xét:** Tất cả bệnh nhân sau xử trí đều hồi phục không có di chứng.

## 2. Phân tích sự hình thành tín hiệu

- Đường dùng:

**Bảng 13: Tỉ lệ xảy ra ADR theo đường dùng**

			Xảy ra ADR		Tổng	p	OR
			Không	Có			
Đường dùng	Tiêm mạch chậm	Số lượng	2.393	16	2.409	0,758	0,883
		Tỉ lệ %	58,6	61,5			
	Truyền tĩnh mạch	Số lượng	1.694	10	3.182		
		Tỉ lệ %	41,4	38,5			
Tổng			4.087	26	4.113		
Tỉ lệ %			100	100			

**Nhận xét:** Tuy sự khác biệt về tỉ lệ xảy ra ADR của hai dạng đường dùng chưa có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,758$ ), nhưng chỉ số OR đã chỉ ra sự khác biệt của hai tỉ lệ là 0,883 (khoảng tin cậy 95% 0,4 – 1,950). Điều này có nghĩa là sử dụng Ceftriaxone bằng đường truyền tĩnh mạch có khả năng xảy ra ADR thấp hơn 11,7% so với sử dụng Ceftriaxone bằng đường tiêm mạch chậm.

- Đánh giá mối liên quan giữa thuốc nghi ngờ và ADR theo thang đánh giá Naranjo:

**Bảng 14: Mối liên quan giữa thuốc nghi ngờ và ADR theo thang đánh giá Naranjo**

Mối liên quan	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Chắc chắn ( $\geq 9$ điểm)	0	0
Có khả năng (5 – 8 điểm)	25	96,2
Có thể (1 – 4 điểm)	1	3,8
Nghi ngờ (<1 hoặc 0 điểm)	0	0
Tổng cộng	26	100

- Đánh giá khả năng phòng tránh được dựa trên Phương pháp P đề xuất bởi nhóm chuyên gia của WHO:

**Bảng 15: Đánh giá khả năng phòng tránh được theo phương pháp P**

Khả năng phòng tránh	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Có thể phòng tránh được	1	3,8
Không thể phòng tránh được	25	96,2
Không thể đánh giá được	0	0
Tổng cộng	26	0

**Nhận xét:** Có 01 ca (3,8%) được đánh giá là có thể phòng tránh được. Nguyên nhân dẫn tới pADR là chỉ định kháng sinh không phù hợp, cụ thể: chỉ định kháng sinh không liên quan đến nhiễm khuẩn.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong Chiến lược Quốc gia phát triển ngành Dược Việt Nam giai đoạn đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030, một trong những quan điểm phát triển ngành Dược là đẩy mạnh hoạt động Dược lâm sàng và Cảnh giác Dược [5]. Điều này có ý nghĩa quan trọng trong bối cảnh sử dụng thuốc, đặc biệt là kháng sinh tại Việt Nam còn nhiều điểm chưa hợp lý trong khi đây là thuốc chiếm tỷ trọng lớn nhất trong số các thuốc được bảo hiểm chi trả [1]. Thêm vào đó, 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 [6].

Tại Bệnh viện ĐKTT An Giang, tỉ lệ xảy ra phản ứng có hại của Ceftriaxone là 0,6% (26 ca ADR trên tổng số 4,113 HSBA sử dụng). Tỉ lệ này thấp hơn nhiều so với tỉ lệ 8% được ghi nhận tại Dược thư Quốc gia Việt Nam năm 2022 [2]. Số lượng báo cáo ADR có thuốc nghi ngờ là Ceftriaxone tăng dần qua các năm: 08 ca năm 2021 (chiếm 16% tổng số báo cáo), năm 2022 là 10 ca (24,4%), năm 2023 (31,7%). Tỉ lệ này khá cao so với tỉ lệ 5,3% trong nghiên cứu Nguyễn Thị Lý và cộng sự [4] tiến hành năm 2020 trên quy mô cả nước. Kể đến, tỉ lệ Ceftriaxone gây phản ứng phản vệ là 8,3%, khá tương đồng với tỉ lệ trong nghiên cứu của Đỗ Hồng Ngọc [3] tiến hành năm 2023. 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. Điều này đòi hỏi việc chỉ định sử dụng kháng sinh phổ rộng, trong đó có Ceftriaxone, dẫn đến tỉ lệ xảy ra ADR cũng cao hơn.

Về đặc điểm của mẫu nghiên cứu, giới tính của bệnh nhân khá đồng đều với 53,8% bệnh nhân nam và bệnh nhân nữ là 46,2%. Độ tuổi trung bình xảy ra ADR là  $45,69 \pm 15,7$  (năm). Đa số bệnh nhân nằm trong độ tuổi > 45 tuổi (chiếm 57,7%). Trong đó có 01 bệnh nhân được ghi nhận có tiền sử dị ứng thức ăn (3,8%). Ceftriaxone nghi ngờ xảy ra ADR chủ yếu được chỉ định như một kháng sinh điều trị (84,6%).

Biểu hiện lâm sàng được ghi nhận trên các cơ quan như da và hệ tiêu hóa nhiều nhất: ngứa (19 HSBA), kể đến là ban đỏ (13 HSBA) và các biểu hiện như nôn, buồn nôn, ... được ghi nhận ít hơn. Thời gian trung vị xuất hiện phản ứng là 15 phút. Thời gian ngắn nhất được ghi nhận là 1 phút và thời gian dài nhất là 1440 phút (24 giờ). Đa số các trường hợp xảy ra ADR đều được đánh giá không nghiêm trọng (96,2%), chỉ có 1 trường hợp bệnh nhân phải kéo dài thời gian nằm viện (3,8%). Tất cả bệnh nhân sau xử trí đều hồi phục không có di chứng.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi dùng thang Naranjo để đánh giá mối liên quan giữa thuốc nghi ngờ và ADR, qua đó ghi nhận 96,2% trường hợp ở mức “có khả năng”, 3,8% là “có thể”. Kế đến, chúng tôi sử dụng phương pháp P để đánh giá khả năng phòng tránh được đề xuất bởi nhóm chuyên gia của WHO đã xác định được 01 ca có khả năng phòng tránh được (pADR). Nguyên nhân dẫn tới pADR là chỉ định kháng sinh không phù hợp, cụ thể: chỉ định kháng sinh không liên quan đến nhiễm khuẩn.

Đáng chú ý, tuy sự khác biệt về tỉ lệ xảy ra ADR của hai dạng đường dùng chưa có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,758$ ), nhưng chỉ số OR đã chỉ ra sự khác biệt của hai tỉ lệ là 0,883 (khoảng tin cậy 95% 0,4 – 1,950). Điều này có nghĩa là sử dụng Ceftriaxone bằng đường truyền tĩnh mạch có khả năng xảy ra ADR thấp hơn 11,7% so với sử dụng Ceftriaxone bằng đường tiêm mạch chậm.

## V. KẾT LUẬN:

Kết quả nghiên cứu đã cung cấp một hình ảnh khái quát nhất các vấn đề đang tồn tại liên quan đến sử dụng kháng sinh Ceftriaxone 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 Ceftriaxone được thực hiện tại khoa Dược với 0,6% tỉ lệ xảy ra ADR khi sử dụng Ceftriaxone với 96,2% trường hợp ở mức “có khả năng” theo thang đánh giá Naranjo, trong đó có 01 ca (3,8%) có khả năng phòng tránh được. Nghiên cứu cũng chỉ ra được khả năng xảy ra ADR giảm 11,7% nếu sử dụng Ceftriaxone bằng đường truyền tĩnh mạch.

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là các HSBA sử dụng kháng sinh Ceftriaxone trong 06 tháng đầu năm 2023, từ đó, cung cấp một cái nhìn tổng thể về ADR liên quan đến kháng sinh Ceftriaxone bao gồm tỉ lệ, tần suất, đặc điểm phản ứng, mức độ tổn thương và hậu quả của ADR liên quan đến Ceftriaxone, 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 Ceftriaxone 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] Bảo hiểm xã hội Việt Nam (2018), "Thực trạng sử dụng thuốc tại Việt Nam - Đánh giá và kiến nghị nhằm đảm bảo ngân sách quỹ BHYT và chất lượng khám chữa bệnh", Hội thảo "Sử dụng thuốc hợp lý", pp.
- [2] Bộ Y tế (2022), Dược thư Quốc gia Việt Nam, NXB Khoa học và Kỹ thuật, pp.
- [3] Đỗ Hồng Ngọc (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", pp.
- [4] Nguyễn Thị Lý (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", pp.
- [5] Thủ tướng Chính phủ (2014), "Quyết định số 68/QĐ-TTg về Chiến lược phát triển ngành Dược Việt Nam 2020 - 2030", pp.
- [6] Trung tâm DI&ADR Quốc gia, "Trung tâm Quốc gia về Thông tin thuốc và Theo dõi phản ứng có hại của thuốc, Retrieved, from <http://canhgiacduoc.org.vn/GioiThieuChung.aspx>



# KHẢO SÁT MÔ HÌNH BỆNH TẬT CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023

Phạm Thị Huệ, Nguyễn Thị Phương Linh  
Lê Văn Danh, Nguyễn Ngọc Thanh Mai

## TÓM TẮT

**Mở đầu:** Xác định mô hình bệnh tật đối với ngành y tế đóng một vai trò rất quan trọng giúp đề ra những phương pháp, phương hướng giải quyết vấn đề sức khỏe, nâng cao sức khỏe người dân. Khảo sát mô hình bệnh tật để tăng cường công tác chăm sóc sức khỏe, kết hợp với cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe toàn diện, liên tục cho người lao động

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm mô hình bệnh tật của nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang 2023. Đồng thời phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ bệnh tật của nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2023

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 1028 viên chức, người lao động ở các khoa/phòng tham gia khám sức khỏe định kỳ tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2023 và sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích các yếu tố liên quan

**Kết quả:** Độ tuổi trung bình của nghiên cứu  $30,37 \pm 4,77$ . Tỷ lệ phát hiện bệnh/chứng bệnh chiếm tỷ lệ 50,1%. Mô hình bệnh tật của viên chức, người lao động của Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang theo phân loại ICPC2 có 3 nhóm bệnh/chứng bệnh phổ biến nhất là tiêu hoá (31,03%), mắt (19,26%), nội tiết – dinh dưỡng (11,19%). Các bệnh/chứng bệnh chiếm tỷ lệ lớn nhất trong các nhóm bệnh là Bệnh răng miệng (9,92%); tật khúc xạ mắt (9,14%) và tăng huyết áp (6,61%). Đa số nhân viên đều phân loại sức khỏe loại I (67,8%). Các yếu tố liên quan đến mô hình bệnh tật gồm có: Tuổi (OR: 2,3; 95%CI: 1,2 – 4,5) và nơi làm việc (OR: 4,3; 95%CI: 2,2 – 8,1). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$

**Kết luận:** Tỷ lệ mắc bệnh của viên chức, người lao động tại Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang còn cao (50,1%). Vì vậy, ban lãnh đạo bệnh viện cần có phương hướng, biện pháp nhằm nâng cao sức khỏe nhân viên, giúp nhân viên cải thiện chất lượng cuộc sống cũng như có sức khỏe tốt phục vụ cho công tác khám chữa bệnh nhân dân

**Từ khóa:** Mô hình bệnh tật, ICPC-2, Không lây nhiễm, người lao động, bệnh/chứng bệnh

## SURVEY OF DISEASE PATTERNS OF MEDICAL STAFF AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2023

### ABSTRACT

**Background:** Identifying disease models for the health sector plays a very important role in helping to propose methods and directions to solve health problems and improve people's health. Survey disease patterns to enhance health care, combined with providing comprehensive, continuous health care services for workers

**Objective:** Describe the characteristics of disease patterns of medical staff at An Giang Central General Hospital in 2023. At the same time, analyze factors affecting the disease rate of medical staff at Central General Hospital. An Giang center in 2023

**Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 1028 officers, employees and workers in departments/rooms participating in periodic health examinations at An Giang Central General Hospital in 2023 and using the SPSS 20.0 software to analyze related factors

**Results:** The average age of the study was  $30.37 \pm 4.77$ . The rate of disease/disease detection is 50.1%. The disease model of officers, employees, and workers of An Giang Central General Hospital according to ICPC2 classification has 3 most common groups of diseases/diseases: digestive (31.03%), eye (19.03%) .26%), endocrine – nutrition (11.19%). The diseases/diseases that account for the largest proportion in disease groups are Dental diseases (9.92%); Refractive errors (9.14%) and hypertension (6.61%). The majority of employees classified their health as type I (67.8%). Factors related to disease patterns include: Age (OR: 2.3; 95%CI: 1.2 - 4.5) and workplace (OR: 4.3; 95%CI: 2, 2 – 8,1). The difference is statistically significant  $p < 0.05$

**Conclusion:** *The disease rate of officials, employees, and workers at An Giang Central General Hospital is still high (50.1%). Therefore, hospital leadership needs to have guidelines and measures to improve employee health, help employees improve their quality of life as well as have good health to serve the people's medical examination and treatment.*

**Keywords:** *Disease model, ICPC-2, Non-communicable, workers, disease*

## **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Mô hình bệnh tật của các quốc gia, của một cộng đồng là sự phản ánh tình hình sức khỏe, tình hình kinh tế xã hội, đồng thời chịu ảnh hưởng của các chính sách y tế quốc gia hay cộng đồng đó. Trên thế giới, tại các nước đang phát triển cho thấy sự gia tăng nhanh chóng của các bệnh không lây nhiễm đồng thời với sự duy trì tỷ lệ cao các bệnh không lây nhiễm đã tạo nên gánh nặng bệnh tật kép, nhất là trong thời điểm nước ta vừa trải qua đại dịch COVID-19. Mô hình bệnh tật nước ta có sự chuyển dịch mô hình bệnh tật chủ yếu từ bệnh truyền nhiễm sang bệnh không truyền nhiễm. Các bệnh truyền nhiễm từ 59,2% năm 1986 xuống còn 24,9% năm 2006 và 19,8% năm 2010, các bệnh không lây nhiễm tăng từ 39,0% năm 1986 lên 71,6% năm 2010 [1].

Xác định mô hình bệnh tật là việc làm hết sức cần thiết, giúp cho ngành y tế xây dựng được kế hoạch chăm sóc sức khỏe nhân dân một cách toàn diện, đầu tư công tác phòng bệnh có chiều sâu và có trọng điểm, từ đó ngày càng nâng cao chất lượng dịch vụ Y tế. Tuy nhiên ở Việt Nam hiện nay, thông tin về mô hình bệnh tật vẫn còn thiếu, nhất là ở tuyến Y tế cơ sở [5]. Các nghiên cứu trên cộng đồng thường chỉ đưa ra được mô hình bệnh tật theo nhóm triệu chứng khai báo, chưa có nhiều các nghiên cứu đưa được mô hình bệnh tật cụ thể nhất là phân loại bệnh tật theo phân loại quốc tế chăm sóc sức khỏe ban đầu ICPC-2 [5]. Mã ICPC-2 cho phép tổng hợp thông tin từ bệnh nhân ngoại trú từ đó cải thiện chất lượng điều trị, định hướng công tác quản lý. Đối với một đơn vị sự nghiệp, lực lượng viên chức mà trong đó chính là những nhân viên y tế khỏe mạnh là nền tảng vững chắc cho sự phát triển của đơn vị đó nói riêng và tạo được niềm tin phục vụ cho nhân dân góp phần vào sự phát triển kinh tế xã hội nói chung.

Khám sức khỏe định kỳ ngoài ý nghĩa chung là khám, sàng lọc định kỳ các bệnh nghề nghiệp, bệnh lý thường gặp theo từng độ tuổi, giới tính, địa dư.. thì khám sức khỏe còn dự báo các yếu tố nguy cơ bệnh lý có thể mắc phải, đồng thời đảm bảo nhân viên y tế của bệnh viện được theo dõi sức khỏe liên tục và toàn diện. Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang là bệnh viện hạng I trong tỉnh với cơ cấu nhân sự trên 1000 nhân viên, với 8 phòng chức năng, 27 khoa lâm sàng, 6 khoa Dược và cận lâm sàng với nhiều nhiệm vụ và các vị trí làm việc khác nhau. Do đó, việc đảm bảo và theo dõi sức khỏe định kỳ cho nhân viên hàng năm luôn là vấn đề được Ban giám đốc bệnh viện ưu tiên và quan trọng. Vì vậy, khảo sát mô hình bệnh tật để tăng cường công tác chăm sóc sức khỏe, kết hợp với cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe liên tục toàn diện cho nhân viên y tế bệnh viện, để có cơ sở khoa học đưa ra những kiến nghị và chiến lược lâu dài nhằm đẩy mạnh công tác bảo vệ sức khỏe cho nhân viên y tế ở bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “*Mô hình bệnh tật của nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2023*” với 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm mô hình bệnh tật của nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang 2023
2. Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ bệnh tật của nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2023

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** **Tất cả các nhân viên y tế đang làm việc tại các khoa/phòng bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang**

- *Tiêu chuẩn lựa chọn*

+ Đối tượng tham gia đợt khám sức khỏe định kỳ của bệnh viện

+ Đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu

- *Tiêu chuẩn loại trừ*

+ Đối tượng không tham gia đợt khám sức khỏe định kỳ

+ Đối tượng từ chối tham gia nghiên cứu

## 2.2. Địa điểm:

Tại các khoa/phòng 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 tỷ lệ:

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

Trong đó:

n là cỡ mẫu cần tính cho nghiên cứu;

Z hệ số tin cậy, với mức ý nghĩa  $\alpha=0,05$  hệ số tin cậy  $Z=1,96$ ;

$p=0,577$  (theo nghiên cứu mô hình bệnh tật của nhân viên tại Công ty điện lực Hà Nam, năm 2021, tỷ lệ mắc bệnh là 57,7%) [7];

d sai số tuyệt đối chấp nhận được, chọn  $d=5\%$  (0,05%).

Cỡ mẫu tối thiểu ước lượng là: 376 nhân viên y tế

Tổng cộng có 1028 cán bộ, viên chức người lao động tham gia khám sức khỏe năm 2023 đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu

- Cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện theo thời gian, phù hợp đối tượng nghiên cứu

## 2.5. Cách tiến hành:

- Sử dụng số liệu thứ cấp sẵn có từ đợt khám sức khỏe định kỳ cho các nhân viên y tế tại bệnh viện

- Dựa vào thông tin và các kết quả lâm sàng, cận lâm sàng trên phiếu khám sức khỏe của nhân viên y tế tiến hành đánh giá xử lý số liệu

## 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 tỷ lệ bệnh tật 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

Yếu tố		Số lượng (n=1028)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	18-30	287	27,92
	31-40	389	37,84
	41-50	192	18,68
	51-60	160	15,56
Nhóm tuổi trung bình: 30,37± 4,77			
Giới tính	Nam	445	43,29
	Nữ	583	56,71
Loại hợp đồng	Biên chế	724	70,43
	Hợp đồng lao động	304	29,57
Nơi làm việc	Khối Hành chánh	137	13,33
	Khối Lâm sàng	753	73,25
	Khối Cận lâm sàng	138	13,42
Chức danh	Bác sĩ	229	22,28
	Điều dưỡng	556	54,09
	Dược sĩ	79	7,68
	Nhân viên khác	164	15,95

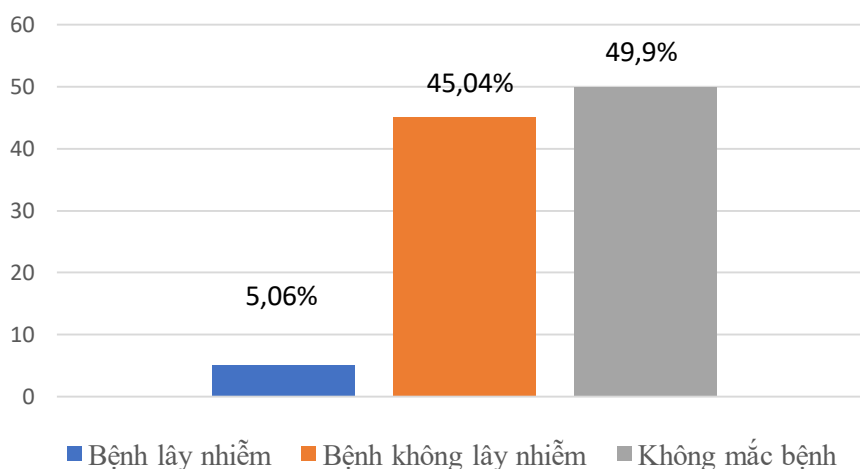
**Bảng 3.1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Nhận xét:** Trong đợt khám sức khỏe năm 2023 có 1028 cán bộ, viên chức người lao động tham gia khám sức khỏe định kỳ. Kết quả ghi nhận như sau:

- Về nhóm tuổi: Từ 18- 30 tuổi (27,92%); từ 31 – 40 tuổi (37,84%); 41 – 50 tuổi (18,68%) và từ 51 – 60 tuổi (15,56%). Nhóm tuổi trung bình của nghiên cứu : 30,37± 4,77. Trong đó tuổi nhỏ nhất là 22 tuổi và lớn nhất là 60 tuổi
- Về giới tính: Tỷ lệ 2 giới gần tương đương nhau: Nam (43,29%) và Nữ (56,71%)
- Về loại hợp đồng: Đa số các đối tượng nghiên cứu đều thuộc các bộ viên chức thuộc biên chế bệnh viện (70,43%)
- Về nơi làm việc: Tỷ lệ các nhân viên thuộc các khối khám sức khỏe trong bệnh viện như sau: Khối hành chánh (13,33%); Khối lâm sàng (73,25%) và Khối cận lâm sàng (13,42%)
- Về chức danh: Số lượng Điều dưỡng (54,09%) chiếm tỷ lệ cao nhất tiếp theo là Bác sĩ (22,28%); Dược sĩ (7,68%) và nhân viên khác (15,95%)

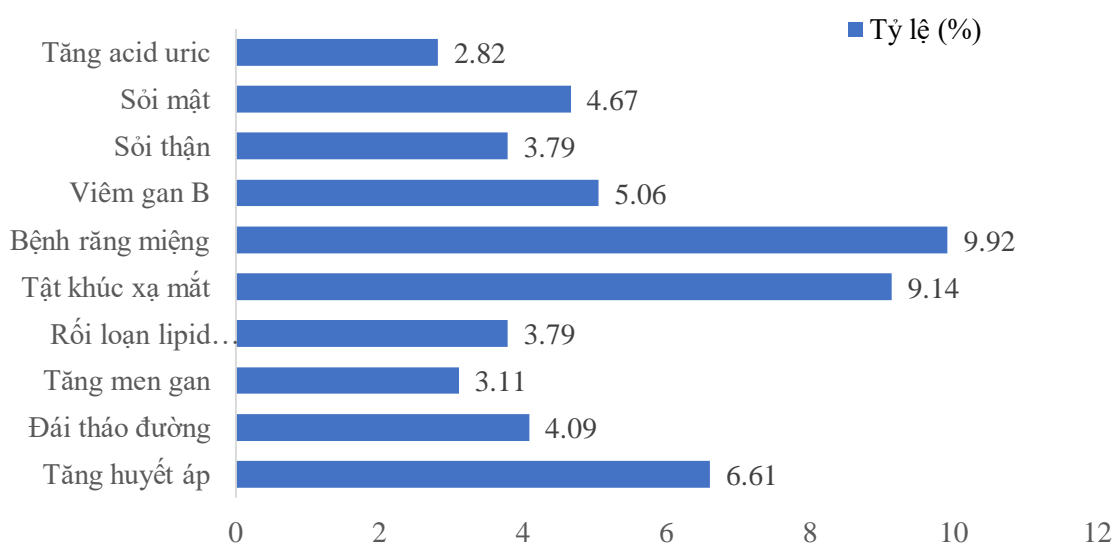
#### 3.2. Kết quả mô hình bệnh tật

**Biểu đồ 3.1: Tình hình mắc bệnh theo 3 nhóm cơ bản**



**Nhận xét:** Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu không mắc bệnh (49,9%). Đa số các đối tượng trong nghiên cứu đều mắc bệnh không lây nhiễm (45,04%) nhóm bệnh về tai nạn, chấn thương ngộ độc chiếm 0%

**Biểu đồ 3.2: 10 bệnh/chứng bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất**



**Nhận xét:** Tỷ lệ 10 bệnh/ chứng bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất gồm có: Tăng huyết áp (6,61%); Đái tháo đường (4,09%); Tăng men gan (3,11%); Rối loạn lipid máu (3,79%); Tật khúc xạ mắt (9,14%); Bệnh răng miệng (9,92%); Sỏi thận (3,79%); Sỏi mật (4,67%); Tăng acid uric (2,82%) và cuối cùng là viêm gan B (5,06%)

Bệnh thuộc hệ cơ quan	Số lượng (n=1028)	Tỷ lệ (%)
A – Tổng quát	91	8,85
B – Máu, miễn dịch	17	1,65
D – Tiêu hoá	319	31,03
F – Mắt	198	19,26
H - Tai	0	0
K – Tim mạch	87	8,46
L – Cơ, Xương, khớp	49	4,77
N – Thần kinh	3	0,29
P – Tâm lý – tâm thần	0	0
R – Hô hấp	8	0,78
S – Da liễu	7	0,68
T – Nội tiết – Dinh dưỡng	115	11,19
U – Thận tiết niệu	55	5,35
W – Thai sản	32	3,11
X – Phụ khoa	26	2,53
Y – Nam khoa	0	0
Z – Vấn đề xã hội	0	0

**Bảng 3.2: Mô hình bệnh tật phân loại theo ICPC2**

**Nhận xét:** Mô hình bệnh tật theo phân loại ICPC2 của cán bộ, viên chức, người lao động tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang thì nhóm bệnh tiêu hoá có tỷ lệ mắc cao nhất (31,03%), tiếp theo lần lượt là mắt (19,26%), Nội tiết – Dinh dưỡng ( 11,19%). Không phát hiện trường hợp nào mắc các bệnh về tai; Tâm lý – tâm thần; Nam khoa và Vấn đề xã hội.

Phân loại	Số lượng (n=1028)	Tỷ lệ (%)
Loại I	697	67,8
Loại II	257	25
Loại III	74	7,2

**Bảng 3.3: Phân loại sức khỏe của đối tượng nghiên cứu**

**Nhận xét:** Cán bộ, viên chức, người lao động tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang khám sức khỏe được phân loại như sau: Loại I (67,8%); Loại II (25%) và loại III (7,2%)

**3.3. Một số yếu tố liên quan đến mô hình bệnh tật**

Đặc điểm chung		Số lượng	Mắc bệnh		Không mắc bệnh		OR (95% CI)	P
			n	%	n	%		
Tuổi	18-30	287	60	11,65	227	44,25	2,3 1,2 - 4,5	0,000
	31-40	389	176	34,17	213	41,52		
	41-50	192	124	24,08	68	13,26		
	51-60	160	155	30,1	5	0,97		
Giới	Nam	445	208	40,39	237	46,2	0,6 0,3 - 1,3	0,49
	Nữ	583	307	59,61	276	53,8		
Loại hợp đồng	Biên chế	724	426	82,72	298	58,09	1,7 0,9-3,2	0,7
	Hợp đồng lao động	304	89	17,28	215	41,91		
Nơi làm việc	Khối Hành chánh	137	75	14,56	62	12,09	4,3 2,2 - 8,1	0,001
	Khối Lâm sàng	753	386	74,95	367	71,54		
	Khối Cận lâm sàng	138	54	10,49	84	16,37		
Chức danh	Bác sĩ	229	166	32,23	63	12,28	1,3 0,6-2,8	0,27
	Điều dưỡng	556	233	45,24	323	62,96		
	Dược sĩ	79	38	7,38	41	7,99		
	Nhân viên khác	164	78	15,15	86	16,76		

**Bảng 3.4: Các yếu tố liên quan đến mô hình bệnh tật**

**Nhận xét:** Qua nghiên cứu, các yếu tố liên quan đến mô hình bệnh tật cán bộ, viên chức, người lao động gồm có: Tuổi và nơi làm việc. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$

**IV. BÀN LUẬN****4.1. Kết quả mô hình bệnh tật**

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ phát hiện bệnh/chứng bệnh của viên chức người lao động khám sức khỏe định kỳ ở mức cao (50,1%). Kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Thư tại Công ty điện lực Hà Nam khi tỷ lệ mắc bệnh/ chứng bệnh 96,5% [7]. Trong nghiên cứu của Trần Đại Mạnh (2015) với tỷ lệ mắc bệnh/chứng bệnh của công nhân ACECOOK là 90,53% [3]. Điều này có thể giải thích rằng do đặc thù nghề nghiệp của viên chức người lao động Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang chủ yếu là các hoạt động tĩnh tại, làm việc bàn giấy ít tiêu thụ năng lượng hơn các đối tượng là công nhân. Nghiên cứu cho thấy những người được phát hiện có bệnh, nhóm bệnh không lây nhiễm chiếm ưu thế 45,06%, kết quả này thấp hơn so với số liệu thống kê trong cả nước năm 2010 (71,6%) [1]. Thực tế này đặt ra yêu cầu cần đầu tư xứng đáng cho công tác chẩn đoán, điều trị, quản lý bệnh không lây nhiễm tại tuyến y tế cơ sở để giảm gánh nặng bệnh tật.

Qua kết quả thăm khám, cơ cấu bệnh tật của người lao động theo phân loại ICPC2 là nhóm bệnh tiêu hoá có tỷ lệ mắc cao nhất (31,03%), tiếp theo lần lượt là mắt (19,26%), Nội tiết – Dinh dưỡng (11,19%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Vĩnh Phúc đối với cán bộ viên chức bệnh viện Thống Nhất cũng cho kết quả các bệnh tiêu hóa, tiết niệu, tim mạch, tuyến giáp có tỷ lệ gặp cao nhất [4]. Trong nhóm bệnh tiêu hoá chủ yếu các bệnh/chứng bệnh liên quan tới vấn đề răng miệng chiếm tỷ lệ cao 9,92%, tăng men gan (3,11%) nguyên nhân có thể do thói quen đa số người dân Việt Nam là chải răng xong mới ăn sáng và vệ sinh răng miệng chưa đúng cách, đó là chải răng kéo ngang khiến cho răng nhanh mòn và dễ mắc các bệnh/chứng bệnh răng miệng hơn. Nhóm bệnh/chứng bệnh về mắt (19,26%) chiếm tỷ lệ cao thứ 2 trong cán bộ người lao động Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang và chủ yếu là các bệnh/chứng bệnh tật khúc xạ như cận thị, loạn thị, viễn thị, kết quả này giống với nghiên cứu của Trần Thu Thủy năm 2016 [6] nhưng lại khác với nghiên cứu của Hoàng Văn Đức về sức khỏe công nhân công ty sơn, mạ điện, tỷ lệ bệnh/chứng bệnh mắt 36,4% cao hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi [2]. Như vậy, có sự khác biệt rõ rệt trong các đối tượng sử dụng máy vi tính và các đối tượng công nhân ngành cơ khí. Đây có thể là do người lao động phải ngồi

trong phòng cả ngày, hầu như chỉ tiếp xúc với ánh sáng đèn điện và ánh sáng phát ra từ màn hình vi tính hàng giờ dẫn đến mắt bị khô, mỏi mắt lâu ngày dẫn tới các bệnh lý rối loạn thị lực và rối loạn điều tiết. Các công nhân cơ khí thường tiếp xúc với các ánh sáng mạnh, hàn điện cường độ cao hơn nên tỷ lệ các bệnh về mắt cũng cao hơn. Xếp thứ ba trong các nhóm bệnh/ chứng bệnh phổ biến là nhóm bệnh/chứng nội tiết – dinh dưỡng (11,19%) trong đó chủ yếu là bệnh/chứng rối loạn chuyển hoá lipid máu, tăng acid uric máu, rối loạn chuyển hoá glucose máu. Kết quả chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Trần Thu Thủy năm 2016 và Nguyễn Vĩnh Phúc trên đối tượng là cán bộ viên chức đang công tác tại bệnh viện Thống Nhất khi trong nghiên cứu này bệnh nội tiết – dinh dưỡng chiếm tỷ lệ 21,13% [4]. Đây là những nhóm bệnh/chứng bệnh không lây nhiễm khá phổ biến hiện nay, trở thành xu hướng bệnh tật mới ở Việt Nam và nhiều nước trên thế giới làm giảm đáng kể chất lượng cuộc sống và tăng chi phí cho các vấn đề chăm sóc y tế. Để hạn chế những gánh nặng này cần thay đổi lối sống, hạn chế sử dụng rượu bia, thuốc lá, tăng cường các hoạt động thể chất ngoài trời, khám sức khỏe định kỳ để phát hiện.

Theo quyết định số 1613/BYT-QĐ ngày 15/8/1997 của Bộ y tế về việc ban hành “Tiêu chuẩn phân loại sức khỏe để khám tuyển, khám định kỳ” cho người lao động, gồm 5 loại sức khỏe. Căn cứ vào phân loại các chỉ số, người khám sức khỏe có chỉ số thấp nhất thuộc loại nào sẽ được xếp loại sức khỏe theo chỉ số thấp nhất đó. Qua nghiên cứu của chúng tôi viên chức, người lao động tại bệnh viện đa số đạt loại I (67,8%); Loại II (25%) và loại III (7,2%) So với nghiên cứu của Nguyễn Vĩnh Phúc nhận xét sức khỏe cán bộ viên chức bệnh viện Thống Nhất qua kiểm tra định kỳ năm 2010 thì chỉ có 51,45% đạt loại I; 32,21% sức khỏe đạt loại II, và có tới 16,34% đạt loại III. Với những kết quả như vậy ta thấy rằng sức khỏe của viên chức, người lao động đang làm việc tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang xét về toàn diện thì sức khỏe tương đối tốt, gần hơn 90% cán bộ, viên chức có đủ sức khỏe để làm việc. Đây là một kết quả rất đáng mừng, khi nhân viên có sức khỏe tốt sẽ là điều kiện thuận lợi ảnh hưởng rất lớn đến quá trình làm việc cũng như công tác điều trị, chăm sóc phục vụ người bệnh tại bệnh viện

#### **4.2 Một số yếu tố liên quan đến mô hình bệnh tật**

Qua nghiên cứu, các yếu tố liên quan đến mô hình bệnh tật của viên chức, người lao động gồm có: Tuổi (OR: 2,3; 95%CI: 1,2 – 4,5) và nơi làm việc (OR:4,3; 95%CI: 2,2 – 8,1). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ . Khi con người tuổi càng cao, cơ thể bắt đầu lão hóa và suy giảm chức năng của các cơ quan và hệ cơ quan dẫn đến hàng loạt bệnh lý cấp tính và mạn tính. Không những thế vào độ tuổi này, hệ miễn dịch của cơ thể cũng suy giảm về số lượng và chất lượng khiến cho khả năng phục hồi của cơ thể kém đi do đó khi làm việc trong môi trường Bệnh viện họ sẽ dễ mắc các bệnh lý nghề nghiệp nhiều hơn so với người lao động ở các ngành nghề khác. Khi xem xét nơi làm việc của nhân viên ở các khoa/phòng khác nhau có ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc bệnh hay không, chúng tôi nhận thấy rằng các nhân viên làm ở các khoa/phòng thuộc khối lâm sàng là khối trực tiếp tiếp xúc, thăm khám bệnh nhân thì có tỷ lệ nhiễm bệnh cao hơn so với nhân viên làm ở các khoa/phòng thuộc khối cận lâm sàng và khối hành chính (OR:4,3; 95%CI: 2,2 – 8,1). Nghiên cứu của các tác giả trong nước cũng cho kết quả tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Vĩnh Phúc (Khối lâm sàng: 78,23%; Khối cận lâm sàng: 12,38%) [4]. Theo kết quả nghiên cứu của Abdel-Nasser Elzoukia và cộng sự tại 05 bệnh viện chính của miền Đông Libya, các NVYT làm việc tại các khoa lâm sàng có tỷ lệ nhiễm bệnh cao hơn các khoa/phòng còn lại [8]. Lý giải cho điều này, có thể do môi trường làm việc tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân có ảnh hưởng đến khả năng mắc bệnh cao hơn so với môi trường làm việc khác trong bệnh viện

#### **V. KẾT LUẬN**

Qua nghiên cứu, tỷ lệ phát hiện bệnh/chứng bệnh của viên chức, người lao động khám sức khỏe định kỳ ở mức cao chiếm tỷ lệ 50,1%. Mô hình bệnh tật của cán bộ, nhân viên, người lao động của Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang theo phân loại ICPC2 có 3 nhóm bệnh/chứng bệnh phổ biến nhất là tiêu hoá (31,03%), mắt (19,26%), nội tiết – dinh dưỡng (11,19%). Các bệnh/chứng bệnh chiếm tỷ lệ lớn nhất trong các nhóm bệnh là Bệnh răng miệng (9,92%); tật khúc xạ mắt (9,14%) và tăng huyết áp (6,61%). Đa số nhân viên đều phân loại sức

khỏe loại I (67,8%). Các yếu tố liên quan đến mô hình bệnh tật gồm có: Tuổi và nơi làm việc. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phòng thống kê y tế-Vụ kế hoạch tài chính, *Niên giám thống kê Y tế*. Bộ Y Tế, 2010.
2. Hoàng Văn Đức, *Thực trạng sức khỏe, bệnh tật công nhân công ty sơn, mạ điện bề mặt sản phẩm bằng nhựa, khu công nghiệp Bắc Thăng Long năm 2013*. Đại học Y Hà Nội, 2014.
3. Trần Đại Mạnh, *Mô hình bệnh tật của người lao động khám sức khỏe tại trung tâm bác sĩ gia đình -75 Hồ Mễ Trì Hà Nội năm 2014-2015*. Đại học Y Hà Nội., 2015.
4. Nguyễn Vinh Phúc, *Nhận xét sức khỏe cán bộ viên chức bệnh viện Thống Nhất qua kiểm tra định kỳ năm 2010*. . Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 2011. Tập 15, Trang 16-18.
5. Bộ Y Tế - Nhóm đối tác Y Tế, *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2012; Hệ thống Y tế Việt Nam trước thềm kế hoạch 5 năm 2011-2015*. Nhà xuất bản Y học., 2012
6. Trần Thu Thủy, *Mô hình bệnh tật của cán bộ khám sức khỏe tại trung tâm đào tạo và chăm sóc sức khỏe cộng đồng Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016*. Đại học Y Hà Nội., 2016.
7. Nguyễn Thị Kim Thư, *Mô hình bệnh tật của cán bộ, người lao động công ty điện lực Hà Nam năm 2021*. Tạp chí Y học Việt Nam. , 2021. Tập 517- Tháng 8- Số 1.
8. Abdel-Nasser Elzouki, *Hepatitis B and C status among health care workers in the five main hospitals in eastern Libya*. Journal of Infection and Public Health, 2014. 7, 534–541.



# KHẢO SÁT VI KHUẨN VÀ KHÁNG SINH ĐỒ TRONG NHIỄM KHUẨN DO RĂNG TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG 2023.

Bùi Thanh Nghị, Trần Thị Thủy Tiên,  
Mai Ngọc Hiếu, Lâm Thị Ngọc

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định các loại vi khuẩn thường gặp trong NKDR và mức độ đề kháng đối với các kháng sinh thường dùng tại khoa RHM bệnh viện ĐKTT An Giang trong khoảng thời gian từ tháng 02/2023 – 07/2023.

**Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu:** 60 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn do răng, điều trị tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang. Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Các bước thực hiện gồm khám lâm sàng, chọc hút mủ, phân tích kết quả nuôi cấy, định danh vi khuẩn và kháng sinh đồ.

**Kết quả:** Trong số 60 mẫu bệnh phẩm mủ được lấy, tỉ lệ cấy khuẩn mọc là 58.3%, trong đó vi khuẩn hiếu khí chiếm 91.4%, vi khuẩn kỵ khí chiếm 8.6%, Vi khuẩn chiếm tỉ lệ nhiều nhất là *Staphylococcus aureus* 57.1% kế đến là *Klebsiella pneumoniae* 17.1%, *Enterobacter cloace* 8.55%, *Proteus mibrabilis* 8.55%, *Prevotella* 5.7% và *Peptostreptococcus* 2.9%. Kết quả kháng sinh đồ của các loại vi khuẩn phân lập được cho thấy có tỉ lệ đề kháng đối với các kháng sinh Penicillin, Amoxicillin, Erythromycin, Oxacillin, Cefazoline, Cefoxitin; nhạy cảm với các kháng sinh Gentamycine, Cefuroxime, Ceftazidime, Ceftriaxone, Levofloxacin, Ciprofloxacin.

**Kết luận:** Vi khuẩn trong NKDR rất đa dạng, hiếu khí lẫn kỵ khí, thường gặp nhất *Staphylococcus aureus*. Những vi khuẩn này hiện đã kháng với nhiều loại kháng sinh thường dùng trong răng hàm mặt.

## BACTERIOLOGIC FEATURES AND ANTIMICROBIAL SUSCEPTIBILITY OF ODONTOGENIC INFECTIONS IN AN GIANG HOSPITAL

### ABSTRACT :

**Objectives:** Odontogenic infection is considered an important public health problem and a major indication for antibiotics use in dental practice. Cellulitis is a common complication of the infection of dental and periodontal tissues. However, in recent years, the increasing prevalence of oral pathogens resistance is having a negative impact on the efficacy of antibiotics treatment.

**Methods:** The study involved 60 patients consulting for odontogenic infection. Clinical examination was followed by pus puncture and culture in aerobic and anaerobic media. Isolates were obtained for pathogenic bacteria identification and antimicrobial susceptibility tests were applied with commonly used antibiotics in An Giang General Hospital. Cross-sectional study.

**Results:** Among patients with odontogenic infections, 40 had cellulitis (66.7%) and 20 had no cellulitis (33.4%). Bacterial culture was positive in 58.3% cases, among them aerobic bacteria was found in 91.4% cases, anaerobic ones in 8.6%. The most common infection was found with *Staphylococcus aureus* 57.1%, then *Klebsiella pneumoniae* 17.1%, *Enterobacter cloace* 8.55%, *Proteus mibrabilis* 8.55%, *Prevotella* 5.7% và *Peptostreptococcus* 2.9%. The results of antibiogram performed on isolates showed a prevalence of resistance against Penicillin, Amoxicillin, Erythromycin, Oxacillin, Cefazoline, Cefoxitin. Bacterial susceptibility to Gentamycine, Cefuroxime, Ceftazidime, Ceftriaxone, Levofloxacin, Ciprofloxacin.

**Conclusions:** Odontogenic infection is often a mixed infection, which requests the use of an antibiotic effective against both aerobic and anaerobic bacteria. Dental pathogens appeared to develop resistance against antibiotics such as Penicillin, Amoxicillin, Erythromycin, Oxacillin, Cefazoline, Cefoxitin. These pathogens displayed an increasing resistance to antibiotics frequently prescribed in dental practice.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn răng miệng là vấn đề thường gặp, trong đó nhiễm khuẩn do răng (NKDR) là phổ biến nhất. NKDR mức độ nhẹ và khu trú, có thể xử trí bằng cách rạch dẫn lưu, điều trị răng nguyên nhân; nhưng trong trường hợp NKDR nặng, lan tỏa cấp tính (viêm mô tế bào) thì cần phải điều trị kháng sinh kết hợp. VMTB tấy lan tỏa có thể gây biến chứng nặng dẫn đến tử vong nếu không điều trị kịp thời.

Trong thực tế điều trị NKDR, người thầy thuốc ít khi làm kháng sinh đồ và cũng không thể chờ kết quả kháng sinh đồ để lựa chọn kháng sinh có hiệu lực tốt nhất, mà phải điều trị ngay bằng một kháng sinh dựa trên kiến thức và kinh nghiệm. Hiện nay, có nhiều nghiên cứu trên thế giới cảnh báo về sự giảm nhạy cảm của vi khuẩn với các kháng sinh được nha sĩ thường dùng làm giảm hiệu quả điều trị.

Do những đặc điểm khác nhau về điều kiện kinh tế xã hội, bệnh tật, thói quen sử dụng thuốc của người dân trong cộng đồng cũng như thói quen cho toa thuốc kháng sinh của bác sĩ nên sự đề kháng kháng sinh ở mỗi nơi cũng khác nhau.

Trước những vấn đề nêu trên, nghiên cứu này được tiến hành nhằm định danh vi khuẩn trong tổn thương viêm nhiễm do răng, sau đó làm kháng sinh đồ với một số loại kháng sinh thường dùng. Kết quả sẽ giúp cho việc sử dụng kháng sinh có hiệu quả, hạn chế các biến chứng có thể đe dọa tính mạng từ NKDR và khuyến cáo với các thầy thuốc về tình hình kháng kháng sinh của vi khuẩn. Đồng thời có thể giúp ngành y tế địa phương có biện pháp can thiệp cần thiết để làm giảm tỉ lệ kháng kháng sinh trong cộng đồng

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Mẫu nghiên cứu

60 bệnh nhân được chẩn đoán là NKDR dựa trên dấu chứng lâm sàng và X-quang ở giai đoạn có mũ gồm 40 bệnh nhân VMTB và 20 bệnh nhân không có VMTB, tại phòng khám và tại Khoa Răng Hàm bện viện ĐKTT An Giang từ tháng 02/2023 đến tháng 07/2023.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.1 Thiết kế nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang

#### 2.2 Phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện

#### 2.3 Cơ mẫu:

Tất cả các bệnh nhân đến khám và điều trị tại khoa RHM, bệnh viện ĐKTT An Giang thỏa mãn các tiêu chí nêu trên. Qua nghiên cứu, chúng tôi khảo sát được trên 60 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chí chọn mẫu.

### 3. Các bước thực hiện

Hỏi bệnh, khám lâm sàng, và chụp phim quanh chóp hay phim CT-SCAN chẩn đoán bệnh.

Chọc hút mũ và gửi nhanh bệnh phẩm đến phòng xét nghiệm vi sinh của khoa Xét Nghiệm, bệnh viện ĐKTT An Giang để xác định vi khuẩn, và làm kháng sinh đồ xác định sự đề kháng của vi khuẩn phân lập được đối với các kháng sinh thường dùng.

### 4. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu thu thập được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS. 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

Đặc điểm lâm sàng NKDR/VMTB

Trong 60 ca NKDR, có 40 ca (66.7%) gây VMTB và 20 ca (33.4%) không có VMTB, gồm 26 nam và 34 nữ, với độ tuổi từ 18 đến 82, trung bình  $43 \pm 15.6$  tuổi, thường gặp nhất từ 19-45 tuổi.

VMTB thường gặp ở nữ (67.6%) hơn nam (32.4%); trong khi đó NKDR không VMTB ở nam (54.5%) nhiều hơn nữ (45.5%).

VMTB xảy ra ở vùng má (22 ca), môi trên (12 ca), lan toả dưới hàm (6 ca), do áp xe quanh chóp (59.5%) và do áp xe quanh thân răng (40.5%)

Nhiễm khuẩn thường xảy ra ở răng hàm dưới (70.6%), ở vùng răng sau (85.7%) hơn vùng răng trước, VMTB thường do răng hàm dưới (72.8%), nhất là vùng răng sau (93.6%).

Sung trong miệng (81.6%), đau (95.5%), sưng mặt (78.5%), khít hàm (14.4%), nuốt khó (4.5%).

#### Kháng sinh đã dùng

Đa số (55 ca) đã sử dụng kháng sinh trước khi đến khám, chiếm 91.7%. Tuy nhiên, chỉ có 5 bệnh nhân (9.01%) biết tên kháng sinh đã dùng. Có 45 bệnh nhân (81.8%) mua kháng sinh ở hiệu thuốc, 7 bệnh nhân (12.7%) điều trị ở bệnh viện khác, 3 bệnh nhân (5.5%) dùng thuốc theo toa ở Phòng khám tư nhân. Số ngày đã dùng kháng sinh trung bình 4,29 ngày ( $\pm 2,53$ ), ít nhất 1 ngày và nhiều nhất 15 ngày, thông thường 2 ngày (35,9%) và 3 ngày (30%).

#### Kết quả cấy khuẩn

Tỉ lệ cấy khuẩn dương tính là 58.3%. Cụ thể, vi khuẩn hiếu khí (*Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter cloace*, *Proteus mibrabilis*) chiếm 91.4%, vi khuẩn kỵ khí (*Peptostreptococcus*, *Prevotella*) chiếm 8.6%. Vi khuẩn thường gặp theo thứ tự là *Staphylococcus aureus* 57.1%, *Klebsiella pneumoniae* 17.1%, *Enterobacter cloace* 8.55%, *Proteus mibrabilis* 8.55%, *Prevotella* 5.7% và *Peptostreptococcus* 2.9%.

**Bảng 1: Các vi khuẩn xác định được từ các ca NKDR**

VK hiếu khí	Số ca (%)	VK kỵ khí	Số ca (%)
<i>Staphylococcus aureus</i>	20 (57.1)	<i>Prevotella</i>	02 (5.74)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	06 (17.1)	<i>Peptostreptococcus</i>	01 (2.86)
<i>Enterobacter cloace</i>	03 (8.55)		
<i>Proteus mibrabilis</i>	03 (8.55)		
Tổng	32 (91.4)	Tổng	03 (8.6)

#### Kháng sinh đồ

*Staphylococcus aureus* nhạy Ciprofloxacin, Rifamycin, Valcomycin, Gentamycine, kháng Amoxicillin, Erythromycin, Clindamycin, Oxacillin.

*Klebsiella pneumoniae* nhạy Gentamycine, Cefuroxime, Ceftazidime, Ceftriaxone, Levofloxacin, Ciprofloxacin, Imipenem, Meropenem.

*Enterobacter cloace* nhạy Amykacine, Gentamycine, Cefuroxime, Ceftazidime, Ceftriaxone, Levofloxacin, Ciprofloxacin, Imipenem, Meropenem. Kháng Ampicillin-Sulbactam, Cefazolin, Cefoxitin.

*Proteus mibrabilis* nhạy Amykacine, Gentamycine, Cefuroxime, Ceftazidime, Ceftriaxone, Levofloxacin, Ciprofloxacin, Imipenem, Meropenem. Kháng Cefazolin.

*Prevotella* và *Peptostreptococcus* nhạy Augmentin, Metronidazol, Clindamycin, Imipenem. Kháng Cefazolin, Cefoxitine, Penicilline.

#### IV. BÀN LUẬN

Áp xe quanh chóp răng là bệnh lý thường gặp nhất trong NKDR có mủ (59.5%); áp xe quanh thân răng và áp xe nha chu ít gặp hơn. Nhận định này nhất quán với nhiều nghiên cứu trước đây của Kuriyama (2000), Trần Kim Định (2009), Neelam Shakya (2014), Mats Døving (2020).

Không gặp VMTB do áp xe nha chu, có thể do mủ dẫn lưu được qua túi nha chu hay nướu răng nên ít khi gây VMTB. Trong khi đó, áp xe ở nướu quanh thân răng đang mọc, đa số ở răng 8 dưới, do đáy hành lang vùng răng 8 dưới thường cạn và sát nướu răng nên dù áp xe chỉ ở nướu cũng dễ lan rộng vào mô tế bào gây ra VMTB.

Tỉ lệ cấy khuẩn mọc trong 60 ca NKDR là 58.3%. Tỉ lệ này thấp hơn một số nghiên cứu trước đây ở Việt Nam và trên thế giới, như tỉ lệ 62.4% và 100% có vi khuẩn mọc trong nuôi cấy các bệnh phẩm trong nghiên cứu của Trần Kim Định (2009), Võ Đắc Tuyên (2010). Kết quả này cao hơn tỉ lệ 47.5% của Neelam Shakya (2014) trong 100 ca áp xe vùng hàm mặt, nhưng thấp hơn tỉ lệ 89% của Yang (2008). Kết quả vi khuẩn hiếu khí (33 ca, chiếm 62,3% các ca cấy khuẩn mọc) gặp nhiều hơn vi khuẩn kỵ khí (23 ca). Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho rằng NKDR liên quan vi khuẩn kỵ khí hơn vi khuẩn hiếu khí. Theo Suvi-Tuuli Vilén, vi khuẩn hiếu

khí chiếm khoảng 5%, vi khuẩn kỵ khí 35%, và đa khuẩn hiếu-kỵ khí 60%. Theo Sam R Caruso , tỉ lệ vi khuẩn kỵ khí thường nhiều gấp 3 đến 4 lần tỉ lệ vi khuẩn hiếu khí.(7,8)

Tuy nhiên trong nghiên cứu này chúng tôi thấy xuất hiện nhóm vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter cloacae*, *Proteus mirabilis*, đây là nhóm vi khuẩn kỵ khí hoặc hiếu khí tùy nghi có khả năng sinh men  $\beta$  – lactamase phổ mở rộng (ESBL: Extended spectrum beta-lactamase) đề kháng với nhiều loại kháng sinh, kể cả các cephalosporin thế hệ 3 làm cho việc điều trị hết sức khó khăn. Qua kiểm tra, chúng tôi thấy nhóm vi khuẩn này xuất hiện trên nhóm bệnh nhân lớn tuổi, suy giảm hệ miễn dịch do có nhiều bệnh nền, có thời gian điều trị kéo dài bên ngoài trước khi nhập viện điều trị. Điều này phù hợp với y văn đã được nghiên cứu về nhóm vi khuẩn này.(2,3,6).

Về vi khuẩn kỵ khí trong VMTB do răng, kết quả tương tự nghiên cứu trước đây được thực hiện tại Việt Nam và trên thế giới. Phân lập được *Prevotella*, *Peptostreptococcus*. Các vi khuẩn kỵ khí nêu trên là những vi khuẩn nội sinh, hiện diện bình thường trong hốc miệng và chỉ gây bệnh khi có điều kiện thuận lợi, và thường được xem như là yếu tố bệnh căn chính của bệnh lý này.(1,4)

Kháng sinh họ  $\beta$ -lactam đã từng là lựa chọn đầu tiên để điều trị NKDR. Tuy nhiên, ngày càng tăng tỉ lệ vi khuẩn tiết enzym  $\beta$ -lactamase đã khiến các kháng sinh thuộc họ này bị bất hoạt. Amoxicillin, ampicillin và penicillin hiện không còn là kháng sinh được lựa chọn đầu tiên trong điều trị NKDR. Acid clavulanic khi kết hợp với  $\beta$ -lactam bảo vệ kháng sinh khỏi bị phá hủy bởi  $\beta$ -lactamase.

Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy sự xuất hiện của họ vi khuẩn *Enterobacteriaceae* (*Enterobacter cloacae*, *Klebsiella pneumoniae*) và *Proteus mirabilis*, đây là nhóm vi khuẩn có khả năng kháng thuốc cao, đề kháng với hầu hết kháng sinh beta lactam, bao gồm cephalosporin thế hệ thứ 3, đã được báo cáo qua nhiều nghiên cứu (1,2). Tuy nhiên, trong nghiên cứu này chúng tôi thấy các vi khuẩn này vẫn còn nhạy với Gentamycine, Cefuroxime, Ceftazidime, Ceftriaxone. Đây là các kháng sinh được sử dụng khá phổ biến tại bệnh viện ĐKTT An Giang với mức chi phí chấp nhận được và được BHYT chi trả. Sự xuất hiện của nhóm vi khuẩn này cũng cảnh báo về việc sử dụng kháng sinh tự ý, không theo phác đồ kéo dài của bệnh nhân tại nhà hoặc các cơ sở y tế khác.

NKDR thường do vi khuẩn kỵ khí, do đó trước đây kê toa thường có Metronidazole. Tuy nhiên, theo các khuyến cáo điều trị và tiếp cận quản lý sử dụng kháng sinh tại bệnh viện, không khuyến cáo sử dụng đồng thời hai hoặc nhiều thuốc kháng sinh có hoạt tính chống kỵ khí (ví dụ như carbapenem và metronidazol, hay amoxicillin/clavulanat và metronidazol) ngoại trừ một số trường hợp nhất định. Chống lắp phổ kỵ khí không cần thiết có liên quan đến tăng chi phí bệnh viện, nguy cơ nhiễm mẫn bệnh kháng thuốc do tổn hại phụ cận, tăng nguy cơ gặp các phản ứng có hại và tương tác thuốc.

Mặt khác, không khuyến cáo sử dụng metronidazol đơn trị, đặc biệt trong các trường hợp nhiễm khuẩn bệnh viện do vi khuẩn kỵ khí chỉ là một tác nhân gây bệnh phối hợp với các chủng khác (gram dương hoặc gram âm). Trong trường hợp phối hợp, nếu kháng sinh điều trị gram dương hoặc gram âm có hoạt lực bao phủ được vi khuẩn kỵ khí thì không cần chỉ định Metronidazol để tránh trùng lắp phổ không cần thiết.(1,3).

#### **IV. Kết luận**

Vi khuẩn trong nhiễm khuẩn do răng rất đa dạng, hiếu khí lẫn kỵ khí, những vi khuẩn này hiện đã kháng với nhiều loại kháng sinh thường dùng trong RHM như Amoxicillin, Erythromycin, Clindamycin. NKDR thường đa khuẩn, do đó tốt nhất nên chọn kháng sinh chống đa khuẩn hiếu khí và kỵ khí, và sử dụng đúng cách. Dựa vào các kết quả của nghiên cứu, chúng tôi xin có một số đề nghị sau: Cảnh giác tình trạng tự sử dụng kháng sinh của người dân rất phổ biến. Nhắc nhở sử dụng kháng sinh đúng nguyên tắc. Thực hiện kháng sinh đồ sớm trong trường hợp NKDR nặng, kháng thuốc. Tiếp tục nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thực hiện định kỳ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1.Nguyễn Hoàng Yến (2022), “Sử dụng kháng sinh trong điều trị Enterobacter kháng Carbapenem (CRE) cập nhật hướng dẫn IDSA 2022”, Dược lý-Dược lâm sàng, bệnh viện ĐHYD Cần Thơ.
- 2.Nguyễn Quốc Thái (2021), “Cập nhật chẩn đoán và điều trị Enterobacteriaceae”, Trung tâm Đào tạo và Chi đạo tuyến Bệnh viện Bạch Mai. Thực hành, No 10 (938)/2014.
- 3.Nguyễn Thị Hạnh (2022), “Quản lý sử dụng kháng sinh trong nhiễm khuẩn liên quan đến vi khuẩn kỵ khí”, Dược lý-Dược lâm sàng, bệnh viện ĐHYD Cần Thơ.
- 4.Võ Đắc Tuyển (2010), “Nhiễm khuẩn do răng/Viêm mô tế bào: Vi khuẩn và mức độ kháng kháng sinh tại TP.HCM năm 2010”, Tạp chí Y học TP.HCM 2012.
- 5.Mats Døving (2019), “Bacterial odontogenic infections”, Tidsskr Nor Laegeforen 28;140(7).
- 6.Neelam Shakya (2017), “Epidemiology, Microbiology and Antibiotic Sensitivity of Odontogenic Space Infections in Central India”, J Maxillofac Oral Surg 2018 Sep;17(3):324-331.
- 7.Paul Andrei Tent (2018), “The pathogenic microbial flora and its antibiotic susceptibility pattern in odontogenic infections”, Drug Metab Rev 2019 Aug;51(3):340-355.
- 8.Sam R Caruso (2022). “Update on Antimicrobial Therapy in Management of Acute Odontogenic Infection in Oral and Maxillofacial Surgery”, Oral Maxillofac Surg Clin North Am 2022 Feb;34(1):169-177.

# NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA DỊ HÌNH VÁCH NGĂN MŨI Ở BỆNH NHÂN VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH

Ngô Vương Mỹ Nhân, Phùng Khánh Quyên,  
Phạm Thị Ánh Ngọc, Nguyễn Xuân Chinh

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của dị hình vách ngăn mũi ở bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính và khảo sát tỉ lệ giữa các loại dị hình vách ngăn và mức độ của viêm mũi xoang mạn tính.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có 48 bệnh nhân dị hình vách ngăn (DHAVN) có viêm mũi xoang mạn tính được nội soi mũi và chụp CTScan tại khoa Tai mũi họng Bệnh viện ĐKTT An Giang từ tháng 4/2023 đến tháng 9/2023.

**Kết quả:** Triệu chứng cơ năng chủ yếu là đau nặng mặt 89,6% và nghẹt mũi chiếm đa số là 85,4%. Qua nội soi mũi theo phân loại của Mladina, DHAVN loại II chiếm 27,1% và loại III có tỉ lệ 18,8%. Trên CT Scan, DHAVN mức độ trung bình tỉ lệ 52,1% và mức độ nhẹ tỉ lệ 41,6%. Qua lâm sàng và nội soi, DHAVN loại I, II có viêm mũi xoang độ I chiếm tỉ lệ cao nhất, loại III có viêm mũi xoang độ II chiếm tỉ lệ cao nhất. Trên CT Scan, DHAVN mức độ nhẹ có viêm mũi xoang độ I tỉ lệ cao nhất 90%, mức độ nặng có viêm mũi xoang độ II chiếm tỉ lệ cao 66,7%.  
**Kết luận:** DHAVN càng nặng, càng phức tạp thì viêm mũi xoang càng nhiều.

**Từ khóa:** dị hình vách ngăn mũi, viêm mũi xoang mạn tính.

## ABSTRACT

### STUDY ON SUBCLINICAL, CLINICAL CHARACTERISTICS OF NASAL SEPTAL DEFORMITIES IN CHRONIC RHINOSINUSITIS PATIENTS

**Objectives:** To describe subclinical, clinical features of deformities of nasal septal in chronic rhinosinusitis patients and investigate the rate between kinds of nasal septal deformities (NSDs) and grade of chronic rhinosinusitis.

**Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study, including 48 patients diagnosed NSDs with chronic rhinosinusitis (CRS) symptoms undergoing nasal endoscopy and sinus CTscan at the Department of Otorhinolaryngology in An Giang central general Hospital from April 2023 to September 2023.

**Results:** The functional symptoms mainly are facial pain or pressure 89,6% and blocked nose accounts for 85,4%. The nasal endoscopy (followed by s' Mladina classification) have type II of NSDs 27,1%, type III 18,8%. The sinus CTScan have NSDs with medium level 52,1% and mild level 41,6%. On clinical and nasal endoscopy, NSDs type I, type II have CRS with grade I in highest rate and NSDs type III have most CRS with grade II. The sinus CTScan, NSDs with mild level have 90% grade I CRS and severe level have grade II CRS 66,7%.

**Conclusions:** The severity of NSDs will increase grade of rhinosinusitis.

**Keyword:** nasal septal deformities (NSDs), chronic rhinosinusitis.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vách ngăn chia mũi làm 2 phần và sự thay đổi hình thái cấu trúc vách ngăn sẽ làm thay đổi sự dẫn lưu thông khí vào mũi. Dị hình vách ngăn mũi rất phổ biến trên thế giới chiếm 77 – 90% dân số [7]. Những thay đổi cấu trúc này sẽ làm cản trở lưu thông khí và dẫn lưu dịch mũi xoang.

Viêm mũi xoang mạn là một bệnh thường gặp trong Tai mũi họng, chiếm 16% dân số trên thế giới [10]. Theo thống kê ở Mỹ có khoảng 18-35 triệu lượt bệnh nhân đi khám do viêm mũi xoang mạn tính mỗi năm [2].

Dị hình vách ngăn gặp mọi lứa tuổi có liên quan đến bệnh lý mũi xoang và là một nguyên nhân gây viêm mũi xoang mạn tính. Các thay đổi hình dạng vách ngăn làm ảnh hưởng đến chức năng thở, ngủ và chất lượng cuộc sống. Do đó, tiến hành nghiên cứu đề tài này để giúp trong chẩn đoán các hình thái dị hình vách ngăn và điều trị với 2 mục tiêu như sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của dị hình vách ngăn mũi.
2. Khảo sát tỉ lệ giữa các loại dị hình vách ngăn và mức độ của viêm mũi xoang mạn tính.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả người bệnh > 18 tuổi đến khám tại phòng khám Tai mũi họng được chẩn đoán lệch vách ngăn và có triệu chứng của viêm mũi xoang mạn tính.

\* Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Dị hình vách ngăn (DHAVN) qua khám nội soi tai mũi họng.
- Chẩn đoán viêm mũi xoang mạn theo hướng dẫn hiệp hội Châu Âu về viêm mũi xoang và polype mũi năm 2020 [7]: ít nhất 2 triệu chứng (ngẹt mũi, chảy mũi, đau đầu nặng mặt, rối loạn khứu giác) kéo dài ít nhất 12 tuần.

- Chụp CLVT hàm mặt không cản quang.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

\* Tiêu chuẩn loại trừ:

- U hốc mũi hoặc polype gây tắc nghẽn mũi.
- Tiền sử có phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn, phẫu thuật xoang.
- Bất thường sọ mặt.

### 2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

\* Cỡ mẫu: thu thập từ tháng 4/2023 – tháng 9/2023.

\* Địa điểm: Bệnh viện ĐKTT An Giang

\* Cách tiến hành nghiên cứu:

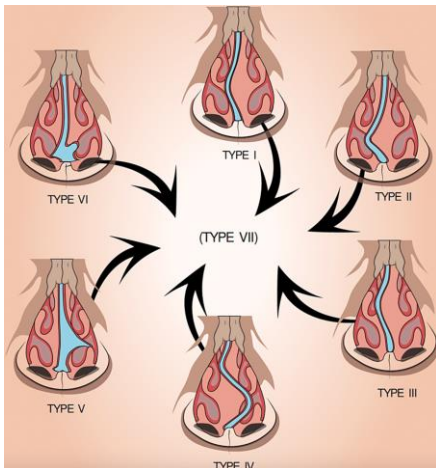
Tất cả bệnh nhân > 18 tuổi đến khám tại phòng khám TMH được chẩn đoán có DHAVN qua nội soi có triệu chứng viêm mũi xoang mạn tính được chỉ định chụp CT Scan xoang. Thông tin được ghi lại theo phiếu thu thập số liệu.

\* Đo lường các biến:

- Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, lý do vào viện, tiền sử chấn thương vùng mũi.

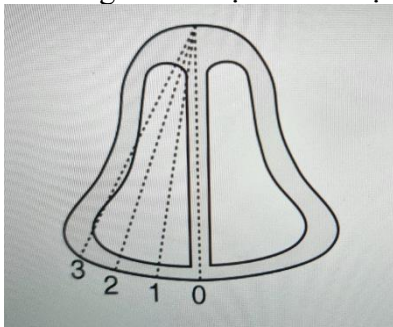
- Triệu chứng lâm sàng viêm xoang mạn tính: đau đầu, ngẹt mũi, chảy mũi, rối loạn khứu giác....

- Các hình thái DHAVN theo Mladina qua nội soi tai mũi họng và CT Scan xoang



**Hình 1. Phân loại dị hình vách ngăn theo Mladina [8]**

- Đánh giá mức độ DHAVN dựa trên CT Scan xoang [5]



Tính theo độ lệch của vách ngăn từ đường giữa đến thành ngoài hốc mũi chia hốc mũi làm 3 phần:

Dị hình vách ngăn mức độ nhẹ: tắc nghẽn mũi 1/3

Dị hình vách ngăn mức độ trung bình: tắc nghẽn mũi 2/3

Dị hình vách ngăn mức độ nặng: tắc nghẽn toàn bộ hốc mũi

- Phân độ viêm mũi xoang mạn tính qua triệu chứng lâm sàng và nội soi theo Lund – Kennedy:

- Triệu chứng lâm sàng: chảy mũi, nghẹt mũi, đau đầu nặng mặt, rối loạn khứu giác (bình thường 0đ, nhẹ 1đ, vừa 2đ, nặng 3đ)

- Nội soi mũi: dịch mũi, niêm mạc mũi, phức hợp lỗ thông xoang, polype mũi

Viêm mũi xoang mạn: Độ I: 1 – 6 điểm

Độ II: 7 – 12 điểm

Độ III: 13 – 18 điểm

Độ IV: 19 – 24 điểm

- Viêm mũi xoang mạn trên CT Scan: phức hợp lỗ thông xoang, xoang hàm, xoang sàng, xoang trán, xoang bướm (không tắc nghẽn, tắc nghẽn một phần, tắc nghẽn hoàn toàn)

\* Xử lý số liệu : SPSS 26

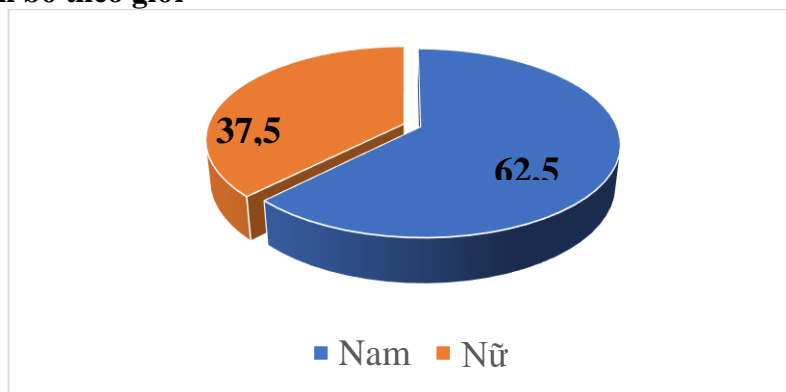
### III. KẾT QUẢ

#### 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

##### 1.1 Phân bố theo tuổi:

Tuổi trung bình  $38,8 \pm 16,1$ , nhỏ nhất 18 tuổi và lớn nhất 77 tuổi.

##### 1.2 Phân bố theo giới



**Biểu đồ 1: Phân bố theo giới**

**Nhận xét:** Tỷ lệ nữ 18/48 (37,5%), nam 30/48 (62,5%)

##### 1.3 Lý do vào viện

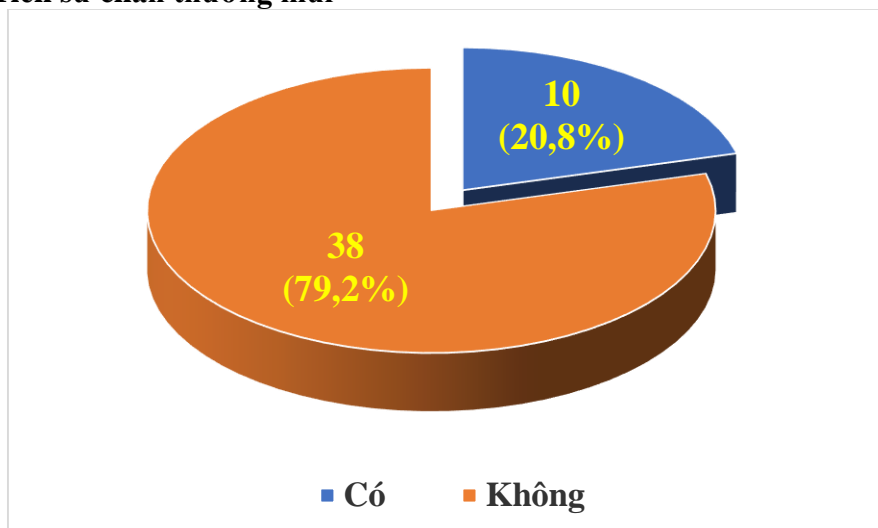
**Bảng 1: Lý do vào viện**

Lý do vào viện	Số bệnh nhân (tỷ lệ)
Nghẹt mũi	18 (37,5%)
Chảy mũi	8 (16,7%)
Đau nặng mặt	19 (39,6%)
Rối loạn khứu giác	3 (6,3%)

**Nhận xét:** Bệnh nhân (BN) vào viện vì đau nặng vùng mặt có 19/48 chiếm tỷ lệ nhiều nhất 39,6%, tiếp theo là nghẹt mũi 37,5%. Có 3 BN có triệu chứng rối loạn khứu giác như giảm ngửi hoặc mất mùi chiếm tỷ lệ 6,3%.



#### 1.4 Tiền sử chấn thương mũi



**Biểu đồ 2: Tiền sử chấn thương mũi**

**Nhận xét:** Tiền sử chấn thương mũi có 10 BN chiếm tỉ lệ 20,8% và 38 BN không có tiền sử chấn thương mũi 79,2%.

#### 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng dị hình vách ngăn:

##### 2.1 Triệu chứng cơ năng

**Bảng 2: Triệu chứng cơ năng**

Triệu chứng cơ năng	Số bệnh nhân (tỉ lệ)
Nghẹt mũi	41 (85,4%)
Chảy mũi	26 (54,2%)
Đau nặng mặt	43 (89,6%)
Rối loạn khứu giác	8 (16,7%)
Hắt hơi, ngứa mũi	19 (39,6%)

**Nhận xét:** Tỉ lệ đau nặng mặt 89,6% và nghẹt mũi chiếm đa số là 85,4%.

##### 2.2 Đặc điểm lâm sàng dị hình vách ngăn qua nội soi mũi

**Bảng 3: Các hình thái dị hình vách ngăn**

Hình thái vách ngăn	Số lượng (tỉ lệ%)
Loại I	12 (25%)
Loại II	13 (27,1%)
Loại III	9 (18,8%)
Loại IV	5 (14,4%)
Loại V	5 (14,4%)
Loại VI	4 (8,3%)
Loại VII	0 (0%)
Tổng	48 (100%)

**Nhận xét:** Hình thái vách ngăn loại II (vẹo vách ngăn một bên chạm van mũi) chiếm 27,1% và loại III (vách ngăn vẹo ngang đầu cuốn mũi giữa) có tỉ lệ 18,8%.

##### 2.3 Đặc điểm lâm sàng dị hình vách ngăn trên CT scan mũi xoang

**Bảng 4: Mức độ dị hình vách ngăn trên CT Scan**

Mức độ dị hình vách ngăn	Số lượng (tỉ lệ%)
Nhẹ	20 (41,6%)
Trung bình	25 (52,1%)
Nặng	3 (6,3%)
Tổng	48 (100%)

**Nhận xét:** Trên CT Scan, DHVN mức độ trung bình có tỉ lệ 52,1%, DHVN mức độ nhẹ tỉ lệ 41,6%.

### 3. Tỷ lệ dị hình vách ngăn và mức độ viêm mũi xoang mạn tính:

#### 3.1. Tỷ lệ các loại dị hình vách ngăn và mức độ viêm mũi xoang mạn tính trên lâm sàng và nội soi mũi xoang

**Bảng 5: Tỷ lệ các loại dị hình vách ngăn và mức độ viêm mũi xoang mạn tính trên lâm sàng và nội soi mũi xoang**

Hình thái vách ngăn	Mức độ viêm mũi xoang				Tổng
	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV	
Loại I	8 (66,7%)	4 (33,3%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (25%)
Loại II	12 (92,3%)	1 (7,7%)	0 (0%)	0 (0%)	13 (27,1%)
Loại III	3 (33,3%)	6 (66,7%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (18,8%)
Loại IV	1 (20%)	2 (40%)	2 (40%)	0 (0%)	5 (10,4%)
Loại V	2 (40%)	3 (60%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (10,4%)
Loại VI	2 (50%)	2 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (8,3%)
Loại VII	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Tổng	28 (58,3%)	18 (37,5%)	2 (4,2%)	0 (0%)	48 (100%)

**Nhận xét:** Dị hình vách ngăn loại I, II thì viêm mũi xoang độ I chiếm tỉ lệ cao nhất, loại III thì viêm mũi xoang độ II chiếm tỉ lệ cao nhất.

#### 3.2. Tỷ lệ mức độ dị hình vách ngăn và mức độ viêm mũi xoang mạn tính trên CT Scan mũi xoang

**Bảng 6: Tỷ lệ mức độ dị hình vách ngăn và mức độ viêm mũi xoang mạn tính trên CT Scan**

Mức độ dị hình vách ngăn	Mức độ viêm mũi xoang				Tổng
	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV	
Nhẹ	18 (90%)	1 (5%)	0 (0%)	1 (5%)	20 (41,7%)
Trung bình	20 (50%)	3 (12%)	1 (4%)	1 (4%)	25 (52,1%)
Nặng	0 (0%)	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0 (0%)	3 (6,3%)
Tổng	38 (79,1%)	6 (12,6%)	2 (6,3%)	2 (4,2%)	48 (100%)

**Nhận xét:** Trên CT Scan DHVN mức độ nhẹ thì viêm mũi xoang độ I có tỉ lệ cao nhất 90%, DHVN mức độ nặng thì viêm mũi xoang độ II chiếm tỉ lệ cao 66,7% kể đến là độ III 33,3%.

## IV. BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Kết quả nghiên cứu từ tháng 4/2023 đến tháng 9/2023 có 48 BN có dị hình vách ngăn, tuổi trung bình bình  $38,8 \pm 16,1$ , nhỏ nhất 18 tuổi và lớn nhất 77 tuổi. Trong đó, giới nam 30/48 (62,5%) nhiều hơn nữ 18/48 (37,5%). Theo nghiên cứu của Đặng Thanh dị hình vách ngăn giới nam 70,2% gấp đôi nữ, Trần Quốc Khánh BN dị hình vách ngăn giới nam 56%, nữ 44% [1],[5].

Qua bảng 1, BN vào viện vì đau nặng mặt có 19/48 chiếm tỉ lệ nhiều nhất 39,6%, tiếp theo là nghẹt mũi 37,5%. Theo tác giả Trần Quốc Khánh BN vào viện vì nghẹt mũi chiếm tỉ lệ nhiều nhất 77,1% [5].

BN DHVN có tiền sử chấn thương vùng mũi tỉ lệ 20,8%, đây là nguyên nhân gây DHVN và 79,2% có DHVN nguyên phát. Theo nghiên cứu Nguyễn Tư Thế, 73/102 DHVN có tiền sử chấn thương vùng mũi tỉ lệ 71,6% [3]. Có nghiên cứu cho thấy chỉ có 23% người trưởng thành có vách ngăn thẳng. Do đó khi bị chấn thương vùng mũi cần khám xử trí sớm để không bị ảnh hưởng đến sinh hoạt và làm việc.

### 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng dị hình vách ngăn:

Theo bảng 2, triệu chứng nghẹt mũi và đau nặng mặt gặp nhiều nhất lần lượt là 85,4% và 89,6%. DHVN làm hẹp hốc mũi hoặc chạm cuốn mũi sẽ gây nghẹt mũi, đau đầu và đau nặng mặt. Một số nghiên cứu khác như Trần Quốc Khánh, Đặng Thanh, nghẹt mũi là triệu chứng gặp nhiều nhất với tỉ lệ 85,9%, 96,8% [5],[1]. Triệu chứng nghẹt mũi nhẹ hay nặng tùy thuộc vào hình thái lệch vách ngăn và theo nghiên cứu Đặng Thanh 17% nghẹt mũi mức độ nặng ở BN viêm xoang mức độ nặng hoặc có polype mũi [1]. Chảy mũi có tỉ lệ 54,2%, cũng là triệu chứng chính của viêm mũi xoang. DHVN chèn ép cuốn mũi, hẹp khe mũi làm hạn chế dẫn lưu

khí dịch trong xoang gây viêm xoang. Tỷ lệ chảy mũi trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Đặng Thanh, Trần Quốc Khánh 89,4%, 70,4% [1]. Các triệu chứng rối loạn khứu giác, ngứa mũi hắt hơi có tỷ lệ thấp. Nghiên cứu của Ngô Công, tỷ lệ đau đầu, chảy mũi, hắt hơi gặp nhiều nhất [2]. Sự khác nhau này có thể do thực hiện trên BN điều trị nội trú và có chỉ định phẫu thuật. Nghiên cứu của Mahesh Mishra, triệu chứng đau đầu gặp nhiều nhất 82%, nghẹt mũi 78%, chảy mũi 42% và đau nặng mặt 34% [9].

Theo bảng 3, hình thái vách ngăn qua nội soi loại II (vẹo vách ngăn một bên chạm van mũi) chiếm 27,1% và loại III (vách ngăn vẹo ngang đầu cuốn mũi giữa) có tỷ lệ 18,8%. Theo nghiên cứu của Đặng Thanh DHVN vùng 4, vùng 5 có tỷ lệ 68,1% [1]; Ngô Công DHVN loại III chiếm đa số 20% và loại IV, loại VI ít gặp hơn [2]. Sự khác biệt này có thể do mẫu nghiên cứu DHVN có chỉ định phẫu thuật và thời gian nghiên cứu ngắn.

Theo bảng 4, DHVN qua CT Scan DHVN mức độ trung bình có tỷ lệ 52,1%, DHVN mức độ nhẹ tỷ lệ 41,6%. Tương tự nghiên cứu của Đặng Thanh, DHVN mức độ vừa tỷ lệ 55,3% và mức độ nhẹ tỷ lệ 35,1% [1].

### **3. Tỷ lệ dị hình vách ngăn và mức độ viêm mũi xoang mạn tính:**

DHVN qua nội soi, đối với loại I, II thì viêm mũi xoang độ I chiếm tỷ lệ cao nhất, loại III thì viêm mũi xoang độ II chiếm tỷ lệ cao nhất. Qua bảng 5, DHVN loại III, IV, V thì viêm mũi xoang độ II chiếm tỷ lệ cao. Theo nghiên cứu Đặng Thanh, viêm mũi xoang độ IV chỉ xuất hiện hình thái vách ngăn vẹo, không xuất hiện hình thái vách ngăn kiêu mào hoặc gai vách ngăn. Các hình thái DHVN thì viêm mũi xoang độ I có tỷ lệ cao [1].

DHVN trên CT Scan mức độ nhẹ thì viêm mũi xoang độ I có tỷ lệ cao nhất 90%, DHVN mức độ nặng thì viêm mũi xoang độ II chiếm tỷ lệ cao 66,7%. Tương tự theo nghiên cứu Đặng Thanh, DHVN mức độ nhẹ thì viêm mũi xoang độ I có tỷ lệ cao nhất, DHVN mức độ nặng thì không có viêm mũi xoang mức độ I, viêm mũi xoang độ III chiếm tỷ lệ cao. Mức độ DHVN càng nặng thì tỷ lệ viêm mũi xoang 2 bên càng tăng [1]. Do đó, trên CT Scan mức độ DHVN càng nặng thì mức độ viêm mũi xoang càng nhiều. Naglaa M. E. Có sự liên quan đáng kể giữa độ lệch vách ngăn và viêm mũi xoang [10]. Nghiên cứu của Zahraa, BN có DHVN sẽ có tỷ lệ viêm mũi xoang gấp 3 lần và có sự liên quan đáng kể giữa DHVN và viêm xoang [12]. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Vũ, có mối tương quan giữa DHVN và viêm mũi xoang và DHVN càng nhiều, càng phức tạp thì có khả năng viêm xoang càng cao [4]. Do đó, đối với DHVN có các triệu chứng viêm mũi xoang nên chỉ định chụp CT Scan mũi xoang để có hướng xử trí sớm hạn chế viêm mũi xoang tiến triển.

## **V. KẾT LUẬN**

Qua nghiên cứu 48 BN DHVN có triệu chứng viêm mũi xoang từ tháng 4/2023 – tháng 9/2023 tại Bệnh viện ĐKTT An Giang, chúng tôi có một số kết luận như sau:

- Dị hình vách ngăn giới nam 62,5%, có tiền sử chấn thương mũi 20,8% và vào viện vì đau nặng mặt - nghẹt mũi chiếm tỷ lệ cao.
- Dị hình vách ngăn loại II (vẹo vách ngăn một bên chạm van mũi) chiếm 27,1% và loại III (vách ngăn vẹo ngang đầu cuốn mũi giữa) có tỷ lệ 18,8%. Trên CT Scan, dị hình vách ngăn mức độ trung bình tỷ lệ 52,1% và mức độ nhẹ tỷ lệ 41,6%.
- Qua lâm sàng và nội soi, dị hình vách ngăn loại I, II có viêm mũi xoang độ I chiếm tỷ lệ cao nhất, loại III có viêm mũi xoang độ II chiếm tỷ lệ cao nhất. Trên CT Scan, dị hình vách ngăn mức độ nhẹ có viêm mũi xoang độ I tỷ lệ cao nhất 90%, mức độ nặng có viêm mũi xoang độ II chiếm tỷ lệ cao 66,7%. DHVN càng nặng, càng phức tạp thì tình trạng viêm mũi xoang càng nhiều.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Thanh, Trần Minh Trang (2018), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình thái dị hình vách ngăn ở bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính”, Tạp chí Y Dược học, tập 8 (06), trang 40.
2. Ngô Văn Công (2021), “Khảo sát hình thái vẹo vách ngăn ở những bệnh nhân khám Tai Mũi Họng tại Bệnh viện Chợ Rẫy”, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 505 (2), 232 – 235.
3. Nguyễn Tư Thế (2004), “Nghiên cứu dịch tễ và đặc điểm lâm sàng bệnh lý vẹo vách ngăn mũi vào khám và điều trị tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Trung ương Huế”, Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học (Đại hội Tai Mũi Họng toàn quốc lần thứ IX, Hà Nội), 61 - 68.
4. Nguyễn Thanh Vũ, Lâm Huyền Trân (2011), “Khảo sát mối tương quan giữa vẹo vách ngăn và viêm mũi xoang mạn tính dựa trên lâm sàng, nội soi mũi xoang và CT-scan”, Y Học TP Hồ Chí Minh, Tập 15, 153 – 158.
5. Trần Quốc Khánh, (2017), “Nghiên cứu hình thái dị hình vách ngăn và mối liên quan của dị hình vách ngăn với triệu chứng bệnh lý mũi xoang,” luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Fokkens WJ, Lund VJ et.al (2020), “European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps”, Rhinology., 58(Suppl S29):3-38.
7. Kim S.K., Heo G.E., Seo A., Na Y., Chung S.K. (2014), “Correlation between nasal airflow characteristics and clinical relevance of nasal septal deviation to nasal airway obstruction”, Respiratory Physiology Neurobiology 192, p.95-101.
8. Mladina R, Cujic E, Subarić M, Vuković K (2008), “Nasal septal deformities in ear, nose, and throat patients: an international study”, Am J Otolaryngol., 29:75-82.
9. Mahesh Mishra, Sumit Sharma (2022), “Clinical Study of Septal Deviation and Its Association with Sinusitis”, Galore International Journal of Health Sciences and Research Vol. 7; Issue: 2.
10. Naglaa M. E. and Lujain F. A. (2015), “The Relation between Anatomical Variations of Osteomeatal Complex & Nasal Structures and Chronic Sinusitis by Computed Tomography”, International Journal of Medical Imaging; 3(2), p.16-20.
11. Salihoglu M, Cekin E, Altundag A, Cesmeci E. (2014), “Examination versus subjective nasal obstruction in the evaluation of the nasal septal deviation”, Rhinology; 52: 122-126.
12. Zahraa H. Alsaggaf et. al (2022), “Sinusitis and its association with deviated nasal septum at a tertiary hospital: A retrospective study”, Journal of Taibah University Medical Sciences, 17(6), p.1065-1069.

# NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM XOANG HÀM MẠN TÍNH MỘT BÊN TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG

Ngô Vương Mỹ Nhân, Lê Tường Vi,  
Huỳnh Thu Trang, Huỳnh Hữu Tân

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm xoang hàm mạn tính một bên.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có 30 bệnh nhân được chẩn đoán viêm xoang hàm mạn tính một bên được phẫu thuật nội soi xoang tại khoa Tai mũi họng Bệnh viện ĐKTT An Giang từ tháng 3/2023 đến tháng 8/2023.

**Kết quả:** Triệu chứng cơ năng đau nặng mặt và chảy mũi chiếm tỉ lệ cao nhất 76,7%. Dị hình vách ngăn có tỉ lệ 36,7%. Hình ảnh mờ toàn bộ xoang hàm trên CT Scan xoang chiếm 73,3%. Nuôi cấy vi khuẩn dương tính tỉ lệ 30% trong đó nhiễm tụ cầu vàng chiếm nhiều nhất có tỉ lệ 16,7%. Về mô bệnh học đa số kết quả mô viêm mạn tính tỉ lệ 66,7% và 16,7% nấm *Aspergillus*. Không có biến chứng sau phẫu thuật. **Kết luận:** Sau phẫu thuật 2 tuần, các triệu chứng cơ năng giảm đáng kể.

**Từ khóa:** viêm xoang hàm mạn tính một bên.

## ABSTRACT

### STUDY ON SUBCLINICAL, CLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF TREATMENT OF UNILATERAL MAXILLARY CHRONIC SINUSITIS AT AN GIANG CENTRAL GENERAL THE HOSPITAL

**Objectives:** Describe subclinical, clinical characteristics and evaluate results of treatment of patients with unilateral maxillary chronic sinusitis.

**Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study, including 30 patients diagnosed unilateral maxillary chronic sinusitis undergoing endoscopic sinus surgery at the Department of Otorhinolaryngology in An Giang central general Hospital from March 2023 to August 2023.

**Results:** The functional symptoms are facial pain or pressure and runny nose accounts for 76,7%. Deviated nose septal 36,7%. With CT Scan, blurred the entire maxillary sinus 73,3%. Bacterial culture is positive with 30%, *Staphylococcus Aureus* has the most rate 16,7%. Resulting of pathology, chronic inflammatory sample accounted for the highest rate with 66,7% and 16,7% of patients with *Aspergillus*. There were no complications after surgery.

**Conclusions:** Evaluating the results after 2 weeks of surgery, the functional symptoms were significantly reduced.

**Keyword:** unilateral maxillary chronic sinusitis.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi xoang mạn tính là bệnh thường gặp trong tai mũi họng. Bệnh thường dai dẳng làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Nếu không điều trị đúng sẽ dẫn đến các biến chứng nặng như viêm tai giữa, viêm tổ chức hốc mắt, viêm màng não...

Tại Việt Nam, một số tác giả ghi nhận tỉ lệ mắc bệnh viêm mũi xoang mạn tính chiếm 2-5% dân số [4]. Hiện nay, viêm mũi xoang vẫn là bệnh lý phổ biến ở nước ta cũng như trên thế giới. Tại Mỹ, viêm mũi xoang chiếm 14% dân số Mỹ có khoảng 31 triệu người mắc bệnh mỗi năm [3].

Viêm xoang hàm là một trong các xoang thường gặp nhất có thể viêm một bên đơn thuần hay phối hợp. Có nhiều tác nhân gây viêm xoang hàm mạn tính như chấn thương, vi khuẩn, sâu răng... Trên lâm sàng cần xác định nguyên nhân gây bệnh để có hướng điều trị tốt hơn. Do đó, tiến hành nghiên cứu đề tài này để giúp trong chẩn đoán và điều trị với 2 mục tiêu như sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm xoang hàm mạn tính một bên.
2. Đánh giá kết quả điều trị viêm xoang hàm mạn tính một bên tại Bệnh viện ĐKTT An Giang.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả bệnh nhân > 16 tuổi có chẩn đoán viêm xoang hàm mạn tính một bên tại khoa Tai mũi họng Bệnh viện ĐKTT An Giang.

\* Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm xoang hàm mạn tính một bên qua khám lâm sàng, nội soi tai mũi họng và chụp CT Scan xoang.

- Lấy bệnh phẩm xoang hàm nuôi cấy vi khuẩn và làm mô bệnh học.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

\* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Viêm xoang cấp, viêm xoang hàm 2 bên.

- Bệnh nhân không có làm đủ cận lâm sàng vi khuẩn học và mô bệnh học.

## 2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

\* Cỡ mẫu: thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu.

\* Địa điểm: Khoa tai mũi họng Bệnh viện ĐKTT An Giang.

\* Thời gian nghiên cứu: từ tháng 3/2023 đến tháng 8/2023

\* Cách tiến hành nghiên cứu:

Bệnh nhân đến khám có triệu chứng viêm mũi xoang mạn (2 trong 4 triệu chứng: chảy mũi, nghẹt mũi, đau đầu nặng mặt, rối loạn khứu giác kéo dài ít nhất 12 tuần) được nội soi tai mũi họng và chụp CT Scan xoang. Sau đó tiến hành phẫu thuật nội soi xoang lấy bệnh phẩm xoang hàm nuôi cấy vi khuẩn và làm mô bệnh học.

\* Các biến nghiên cứu: ghi nhận vào phiếu thu thập số liệu.

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, lý do vào viện, tiền sử bệnh.

- Đặc điểm lâm sàng triệu chứng cơ năng: chảy mũi, nghẹt mũi, đau nặng mặt..

- Hình ảnh nội soi tai mũi họng: niêm mạc mũi phù nề, khe giữa, vách ngăn, cuốn mũi giữa

- CT Scan xoang: mờ một phần, mờ toàn bộ xoang hàm, hình ảnh cản quang trong xoang hàm... Mờ xoang hàm đơn thuần hay kèm xoang khác, vách ngăn, cuốn mũi giữa..

- Mô bệnh học, vi khuẩn học xoang hàm.

- Kết quả điều trị: sau 1 tuần, sau 2 tuần đánh giá triệu chứng cơ năng, niêm mạc hố mũi, lỗ thông xoang.

\* Xử lý số liệu: nhập liệu và phân tích bằng phần mềm SPSS 20. Đo lường các biến định tính và định lượng.

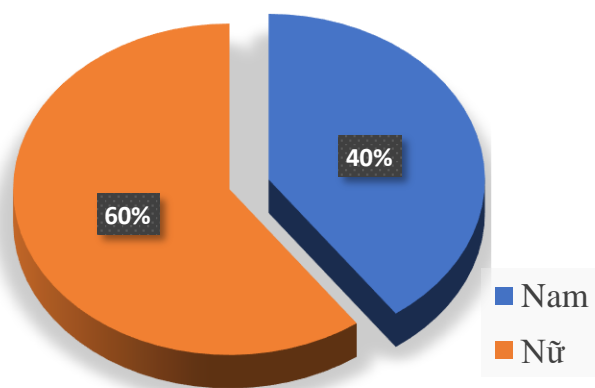
## III. KẾT QUẢ

### 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

#### 1.1 Phân bố theo tuổi:

Tuổi trung bình  $45,2 \pm 14,5$ , nhỏ nhất 23 tuổi và lớn nhất 79 tuổi.

#### 1.2 Phân bố theo giới



**Biểu đồ Phân bố theo giới (n = 30)**

**Nhận xét:** Tỷ lệ nữ 18/30 (60%), nam 12/30 (40%)

### 1.3 Lý do vào viện

**Bảng 1: Lý do vào viện**

Lý do vào viện	Số bệnh nhân (tỉ lệ)
Nghẹt mũi	10 (33,3%)
Chảy mũi	4 (13,3%)
Đau nặng mặt	23 (76,7%)
Mũi hôi	11 (36,7%)
Rối loạn khứu giác	8 (26,7%)
Chảy mủ tai	1 (3,3%)

**Nhận xét:** Bệnh nhân (BN) vào viện vì đau nặng vùng mặt có 23/30 chiếm tỉ lệ nhiều nhất 76,7%, tiếp theo là mũi hôi 36,7%. Có 8 BN có triệu chứng rối loạn khứu giác như giảm ngửi hoặc mất mùi chiếm tỉ lệ 26,7%.

### 1.4 Tiền sử bệnh

**Bảng 2: Tiền sử bệnh**

Tiền sử bệnh	Số bệnh nhân (tỉ lệ)
Sâu răng hàm trên	8 (26,7%)
Dị ứng (thức ăn, thời tiết)	4 (13,3%)
Bệnh lý kèm theo: đái tháo đường	4 (13,3%)
Chấn thương xoang hàm	1 (3,3%)
Không	15 (50%)

**Nhận xét:** Tiền sử sâu răng hàm trên tương ứng xoang hàm viêm có 8 BN chiếm tỉ lệ 26,7% và 4 BN có tiền sử dị ứng thức ăn hoặc dị ứng thời tiết có tỉ lệ 13,3%.

## 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm xoang hàm mạn tính một bên:

### 2.1 Đặc điểm lâm sàng viêm xoang hàm mạn tính một bên

**Bảng 3: Triệu chứng cơ năng**

Triệu chứng cơ năng		Số bệnh nhân (tỉ lệ)
Nghẹt mũi	Không hoàn toàn	14 (46,7%)
	Hoàn toàn	4 (13,3%)
Tổng cộng		18 (60%)
Chảy mũi	Dịch trong	5 (16,7%)
	Dịch đục	6 (20%)
	Dịch vàng	11 (36,7%)
	Máu	1 (3,3%)
Tổng cộng		23 (76,7%)
Đau nặng mặt		23 (76,7%)
Mũi hôi		11 (36,7%)
Rối loạn khứu giác		8 (26,7%)
Đau tai		1 (3,3%)

**Nhận xét:** Đau nặng mặt và chảy mũi chiếm tỉ lệ cao nhất 76,7%. 8 BN có rối loạn khứu giác như giảm ngửi hoặc mất mùi có tỉ lệ 26,7%.

## 2.2 Đặc điểm cận lâm sàng viêm xoang hàm mạn tính một bên

### 2.2.1 Hình ảnh nội soi mũi xoang viêm xoang hàm mạn tính một bên

**Bảng 4: Hình ảnh nội soi mũi xoang**

Nội soi mũi xoang	Hình ảnh	Số bệnh nhân (tỉ lệ)
Niêm mạc mũi	Bình thường	12 (40%)
	Sung huyết	10 (33,3%)
	Thoái hóa	8 (26,7%)
Vách ngăn	Bình thường	19 (63,3%)
	Dị hình	11 (36,7%)
Khe giữa	Dịch mũi trong	10 (33,3%)
	Dịch đục vàng	17 (56,7%)
	Polype	3 (10%)
Cuốn mũi giữa	Bình thường	11 (36,7%)
	Phì đại	13 (43,3%)
	Thoái hóa	6 (20%)
Mỏm móc – bóng sàng	Bình thường	13 (43,3%)
	Quá phát	7 (23,3%)
	Thoái hóa	10 (33,3%)

**Nhận xét:** Qua nội soi mũi xoang niêm mạc mũi sung huyết, thoái hóa có 18/30 BN chiếm tỉ lệ 60%. Dị hình vách ngăn (vách ngăn vẹo hoặc mào gai vách ngăn) có tỉ lệ 36,7%. Khe giữa dịch đục, vàng chiếm 56,7% và 3 BN có polype khe giữa có tỉ lệ 10%.

### 2.2.2 Hình ảnh CT Scan mũi xoang trong viêm xoang hàm mạn tính một bên

**Bảng 5: Hình ảnh CT Scan mũi xoang**

CT Scan mũi xoang	Hình ảnh tổn thương	Số bệnh nhân (tỉ lệ)
Xoang hàm	Mờ một phần	8 (26,7%)
	Mờ toàn bộ	22 (73,3%)
	Hình ảnh cản quang trong xoang	6 (20%)
Hàm sàng	Mờ xoang	14 (46,7%)
Hàm sàng trán bướm	Mờ xoang	7 (23,3%)
Vách ngăn	Bình thường	17 (56,7%)
	Dị hình	13 (43,3%)
Cuốn mũi giữa	Bình thường	11 (36,7%)
	Phì đại	19 (63,3%)

**Nhận xét:** 22 BN có hình ảnh mờ toàn bộ xoang hàm trên CT Scan xoang chiếm 73,3%. Tổn thương mờ xoang hàm kèm mờ xoang sàng có tỉ lệ 46,7%, mờ xoang trán - bướm 23,3%. Có 6 trường hợp tỉ lệ 20% có hình ảnh cản quang trong xoang hàm.

### 2.2.3 Đặc điểm vi khuẩn học trong viêm xoang hàm mạn tính một bên

**Bảng 6: Vi khuẩn học trong viêm xoang hàm mạn tính một bên**

Vi khuẩn học	Số lượng (tỉ lệ)
Âm tính	21 (70%)
Staphylococcus aureus	6 (20%)
Klebsiella pneumoniae	3 (10%)

**Nhận xét:** Kết quả nuôi cấy vi khuẩn có 21/30 mẫu âm tính có tỉ lệ 70%. Nuôi cấy dương tính 9/30 có tỉ lệ 30% trong đó nhiễm tụ cầu vàng chiếm nhiều nhất có tỉ lệ 20%.



## 2.2.4 Đặc điểm mô bệnh học trong viêm xoang hàm mạn tính một bên

**Bảng 7: Mô bệnh học trong viêm xoang hàm mạn tính một bên**

Mô bệnh học	Số lượng (tỉ lệ)
Viêm mạn	20 (66,7%)
Mô hoại tử	1 (3,3%)
Nấm Aspergillus	5 (16,7%)
Polype	4 (13,3%)

**Nhận xét:** Kết quả mô bệnh học bệnh phẩm mô viêm mạn tính chiếm tỉ lệ nhiều nhất 66,7%, viêm mạn tính polype 13,3% và mô viêm cấp tính hoại tử 3,3%. Mẫu bệnh phẩm nâu đen 5/30 có tỉ lệ 16,7% kết quả là nấm Aspergillus.

## 3. Kết quả điều trị viêm xoang hàm mạn tính một bên:

**Bảng 8: Triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật xoang**

Triệu chứng Thời gian	1 tuần Số bệnh nhân (tỉ lệ)	2 tuần Số bệnh nhân (tỉ lệ)
Đau nặng mặt	8 (26,7%)	0 (0%)
Nghẹt mũi	11 (36,7%)	5 (16,7%)
Rối loạn khứu giác	7 (23,3%)	2 (6,7%)
Chảy mũi	13 (43,3%)	5 (16,7%)

**Nhận xét:** Triệu chứng đau nặng mặt sau phẫu thuật 1 tuần có 8/30 BN chiếm 26,7% và sau 2 tuần không còn đau nặng mặt. Rối loạn khứu giác sau 1 tuần phẫu thuật có 7/30 chiếm 23,3% và sau 2 tuần chỉ còn 2 BN có tỉ lệ 6,7%.

**Bảng 9: Hình ảnh nội soi mũi xoang sau phẫu thuật xoang**

Hình ảnh nội soi Thời gian	1 tuần Số bệnh nhân (tỉ lệ)	2 tuần Số bệnh nhân (tỉ lệ)
Niêm mạc hố mắt: phù nề	12 (40%)	4 (13,3%)
Lỗ thông xoang hàm: bí hẹp	11 (36,7%)	0 (0%)
Dịch nhầy mũi	8 (26,7%)	3 (10%)

**Nhận xét:** Qua nội soi sau phẫu thuật 1 tuần, có 12/30 niêm mạc hố mắt còn phù nề tỉ lệ 40% và sau 2 tuần giảm còn 13,3%. Xuất tiết dịch nhầy mũi từ 26,7% giảm còn 10% sau 2 tuần. Lỗ thông xoang hàm bí hẹp 36,7% sau phẫu thuật 1 tuần và sau 2 tuần không có BN nào bí hẹp lỗ thông xoang hàm.

## IV. BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Kết quả nghiên cứu từ tháng 3/2023 đến tháng 8/2023 có 30 BN viêm xoang hàm mạn tính một bên, tuổi trung bình  $45,2 \pm 14,5$ , nhỏ nhất 23 tuổi và lớn nhất 79 tuổi. Trong đó, giới nữ có viêm xoang hàm mạn tính một bên là 18/30 chiếm 60% nhiều hơn nam 12/30 (40%). Theo nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Thùy Dung (2014) tỉ lệ nữ 65,1 % nhiều hơn tỉ lệ nam 34,9% [5]. Một nghiên cứu khác tỉ lệ nữ so với nam có viêm xoang hàm một bên không có sự khác biệt nữ 52,6%, nam 47,4% [6].

Theo bảng 1 BN vào viện vì đau nặng vùng mặt có 23/30 bệnh nhân chiếm tỉ lệ nhiều nhất 76,7%, kế tiếp là mũi hôi 36,7%. Điều này có thể do BN có thói quen tự mua thuốc uống đến khi đau nhiều uống thuốc không giảm đến bệnh viện khám phát hiện viêm xoang hàm một bên. Có 8 bệnh nhân có rối loạn khứu giác như giảm ngửi hoặc mất mùi chiếm tỉ lệ 26,7%. Một trường hợp BN viêm xoang hàm vào viện vì đau tai cùng bên xoang viêm, do dịch mủ từ xoang chảy xuống vòm theo vòi Eustache vào trong hòm nhĩ.

Trong nghiên cứu có 8 BN chiếm tỉ lệ 26,7% có tiền sử sâu răng hàm trên tương ứng xoang hàm viêm và 4 BN có tiền sử dị ứng thức ăn hoặc dị ứng thời tiết có tỉ lệ 13,3%. Có 4/30 BN (13,3%) có bệnh lý đái tháo đường, ở BN này nếu đường huyết không kiểm soát tình trạng nhiễm trùng ngày càng nhiều do xoang viêm hoặc do răng hàm trên sâu.

## 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm xoang hàm mạn tính một bên:

Triệu chứng đau nặng mắt và chảy mũi chiếm tỉ lệ cao nhất 76,7% sau đó triệu chứng nghẹt mũi tỉ lệ 60%. Triệu chứng chảy mũi, nghẹt mũi là triệu chứng chính của viêm mũi xoang nhưng không phải là lý do chủ yếu BN đi khám bệnh. Do đó bệnh diễn tiến nhiều hơn. Theo nghiên cứu của Đinh Đức Linh nghẹt mũi và chảy mũi chiếm tỷ lệ 81,5% và rối loạn ngửi chỉ gặp khoảng 1/3 trong số 38 BN nghiên cứu [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi rối loạn khứu giác ít hơn chỉ có 3/30 BN tỉ lệ 26,7%. Tình trạng rối loạn khứu giác ở các BN có polype mũi và phì đại thoái hóa cuốn mũi giữa chèn ép khe khứu. Triệu chứng hơi thở có mùi hôi có 11/30 BN (36,7%) ở BN có răng sâu và tiền sử có điều trị răng sâu hàm trên cùng bên viêm xoang hàm. Một số nghiên cứu khác, tỉ lệ này nhiều hơn theo tác giả Tăng Xuân Hải 65,6% và Nguyễn Văn Hải 60,5% [8],[6].

Theo bảng 4 quan sát mũi xoang qua nội soi có những thay đổi cấu trúc giải phẫu như sau: dị hình vách ngăn (vách ngăn vẹo hoặc mào gai vách ngăn) có tỉ lệ 36,7%, cuốn mũi giữa phì đại 13/30 BN (43,3%), quá phát mòm móc bóng sàng có 7/30 BN (23,3%) và mòm móc bóng sàng thoái hóa có 10/30 BN (33,3%). Những thay đổi này làm hẹp khe giữa và cản trở dẫn lưu dịch trong xoang hàm gây ứ đọng dịch trong xoang. Theo thời gian tình trạng viêm xoang hàm ngày càng nhiều nếu không được khám và điều trị sớm. Trong số 30 BN viêm xoang hàm có 17 BN có khe giữa dịch đục - vàng chiếm 56,7% và 3 BN có polype khe giữa có tỉ lệ 10%. So với nghiên cứu của Tăng Xuân Hải, trong số 38 BN có 66,2% khe giữa dịch đục - vàng và 25% có polype khe giữa [8].

Theo bảng 5, hình ảnh mờ xoang hàm kèm mờ xoang sàng, xoang bướm trên CT Scan có 21/30 BN chiếm tỉ lệ 70% và mờ xoang hàm đơn thuần chỉ có 30% trong đó mờ toàn bộ xoang hàm có tỉ lệ 73,3%. Tương tự nghiên cứu Nguyễn Văn Hải, tỉ lệ mờ xoang hàm phối hợp xoang khác 63,8% nhiều hơn mờ xoang hàm đơn thuần là 34,2% [6]. Điều này có thể do BN không được khám điều trị sớm và vùng phức hợp lỗ thông xoang (nơi dẫn lưu nhóm xoang trước) bị tắc dẫn đến các này dễ viêm hơn. Các cấu trúc giải phẫu mũi xoang bất thường trên CT Scan như dị hình vách ngăn 13/30 BN (43,3%), cuốn mũi giữa phì đại 63,3% gây hẹp vùng dẫn lưu nhóm xoang trước dễ dẫn đến viêm xoang. Có 6/30 (20%) trường hợp có hình ảnh cản quang tăng đậm độ trong xoang hàm, đây là hình ảnh đặc trưng nghi nhiều đến nấm. Theo nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Thùy Dung thì nhiều hơn có tỉ lệ 34,9% [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 trường hợp dị vật trong xoang hàm là răng mọc lạc chỗ và Nguyễn Hoàng Thùy Dung cũng có 1 trường hợp răng lạc chỗ trong xoang hàm [5]. Do đó, cần xác định nguyên nhân viêm xoang hàm 1 bên để có hướng xử trí điều trị tốt hơn. Nội soi tai mũi họng và CT Scan mũi xoang giúp việc xác định chẩn đoán dễ dàng và Ct Scan giúp phát hiện các tổn thương bất thường trong xoang hàm.

Kết quả nuôi cấy vi khuẩn có 21/30 mẫu âm tính có tỉ lệ 70%. Nuôi cấy dương tính 9/30 có tỉ lệ 30%. Trong đó nhiễm tụ cầu vàng chiếm nhiều nhất có tỉ lệ 20%. Tương tự nghiên cứu của Đinh Đức Linh tỉ lệ tụ cầu vàng 23,7%, Klebsiella pneumoniae 7,9% [1]. Khác với nghiên cứu của Nguyễn Văn Hải tỉ lệ nuôi cấy vi khuẩn dương tính 52,6%, chiếm nhiều nhất là trực khuẩn mũ xanh tỉ lệ 40% và nhiễm tụ cầu vàng thấp nhất 5% [6]. Tỉ lệ nuôi cấy vi khuẩn không mọc thấp do nhiều nguyên nhân có thể do kỹ thuật lấy mẫu, thời gian gửi mẫu hoặc môi trường nuôi cấy.

Kết quả mô bệnh học có 20/30 BN bệnh phẩm là mô viêm mạn tính (66,7%), mô viêm polype lành tính 5/30 BN (16,7%) và khối u đen trong xoang 5/30 BN (16,7%) đều có kết quả mô bệnh học là nấm Aspergillus. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Thùy Dung 39,7% mô bệnh học là nấm và 100% là Aspergillus, Young Joon Jun và cộng sự mô bệnh học đều là nấm Aspergillus [5],[12]. Do đó, viêm xoang hàm mạn tính 1 bên không chỉ đơn thuần viêm xoang hàm mạn tính mà còn có polype xoang hàm hoặc nấm, dị vật trong xoang. Nghiên cứu viêm xoang do nấm của Phạm Minh Tuấn, nấm xoang hàm 72,5%, kể đến xoang bướm 22,5% và 90% xảy ra một xoang đơn lẻ. Triệu chứng viêm xoang hàm do nấm không đặc hiệu nên thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn [7]. Nghiên cứu của Ly D, Hellgren J có 43,9 % BN viêm xoang hàm một bên do răng [11]. Nghiên cứu của Ji - Hun Mo tại Hàn Quốc tổn thương xoang hàm một

bên ghi nhận có 40% do viêm mũi xoang mạn vi khuẩn, 21% do nấm, 14% u lành và u ác, 11% do răng. Các năm gần đây tổn thương xoang hàm một bên do răng ngày càng gia tăng [10]. Theo tác giả Đỗ Tuấn Hùng, viêm xoang hàm thứ phát do nhiễm trùng từ răng chiếm 10 – 12% trong viêm xoang hàm. Ngày nay, viêm hàm xoang do răng ngày càng gia tăng do thực hiện nhiều phẫu thuật, thủ thuật như cấy ghép răng, phục hình răng... [2]. Do đó, khám xác định tổn thương răng hàm trên trong viêm xoang hàm một bên là rất cần thiết để không bỏ sót tổn thương.

### **3. Kết quả điều trị viêm xoang hàm mạn tính một bên:**

Theo bảng 8 các triệu chứng cơ năng giảm dần sau phẫu thuật. Triệu chứng đau nặng mắt trước phẫu thuật 23 (76,7%) giảm dần sau 1 tuần còn 8 /30 BN (26,7%) và sau 2 tuần hết đau nặng mắt. Nghẹt mũi lúc vào viện có 8/30 BN (60%) giảm dần sau 1 tuần 36,7%, sau 2 tuần còn 16,7%. Các triệu chứng này chính là nguyên nhân BN đi khám bệnh và kết quả cho thấy giảm dần sau phẫu thuật. Tương tự nghiên cứu Tăng Xuân Hải các triệu chứng nghẹt mũi sau phẫu thuật 1 tuần 46,9%, sau 8 tuần 8,2% [8].

Qua nội soi mũi, sau phẫu thuật 1 tuần lỗ thông xoang hàm bí hẹp 36,7% và sau 2 tuần lỗ thông xoang hàm thông thoáng. Niêm mạc hồ mắt sau phẫu thuật 1 tuần tỉ lệ phù nề là 40% và sau 2 tuần giảm còn 13,3%. Xuất tiết dịch nhầy mũi sau 1 tuần phẫu thuật 26,7% và sau 2 tuần giảm còn 10%. Không có BN nào có biến chứng sau phẫu thuật như chảy máu, nhiễm trùng ..... Do đó, điều trị phẫu thuật mở rộng xoang lấy sạch bệnh tích giúp cải thiện các triệu chứng cơ năng, nâng cao chất lượng đời sống BN.

## **V. KẾT LUẬN**

Qua nghiên cứu từ tháng 3/2023 đến tháng 8/2023, có 30 BN viêm xoang hàm mạn tính 1 bên, đa số BN vào viện vì đau nặng vùng mắt có tỉ lệ 76,7%. Triệu chứng cơ năng đau nặng mắt và chảy mũi chiếm tỉ lệ nhiều nhất 76,7%.

Qua nội soi mũi xoang dị hình vách ngăn (vách ngăn vẹo hoặc mào gai vách ngăn) có tỉ lệ 36,7%. Khe giữa dịch đục, vàng chiếm 56,7% và 3 BN có polype khe giữa có tỉ lệ 10%. Hình ảnh mờ toàn bộ xoang hàm trên CT Scan xoang chiếm 73,3%. Tổn thương mờ xoang hàm kèm mờ xoang sàng có tỉ lệ 46,7%, mờ xoang trán - bướm 23,3%. Có 6 trường hợp tỉ lệ 20% có hình ảnh cản quang trong xoang hàm. Nuôi cấy vi khuẩn dương tính 9/30 có tỉ lệ 30% trong đó nhiễm tụ cầu vàng tỉ lệ nhiều nhất 16,7%. Về mô bệnh học, đa số kết quả mô viêm mạn tính tỉ lệ 66,7%, viêm mạn tính polype 13,3%. Mẫu bệnh phẩm nâu đen 5/30 tỉ lệ 16,7% kết quả là nấm *Aspergillus*.

Sau phẫu thuật, các triệu chứng cơ năng giảm dần như đau nặng mắt trước phẫu thuật 76,7% sau 1 tuần 26,7% và sau 2 tuần không còn đau nặng mắt. Sau phẫu thuật 1 tuần 36,7% lỗ thông xoang hàm bí hẹp do niêm mạc phù nề và sau 2 tuần lỗ thông xoang hàm thông thoáng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đinh Đức Linh (2021), “*Đặc điểm lâm sàng, vi khuẩn ở bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính đợt cấp tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình*”, Hội nghị khoa học Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hòa Bình 2021.
2. Đỗ Tuấn Hùng (2020), “*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi, Cone Beam CT trên bệnh nhân viêm xoang hàm do răng*”, Luận văn chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.
3. Huỳnh Bá Tân (2006), “*Cập nhật chẩn đoán và điều trị bệnh lý mũi xoang*”, Nhà xuất bản Y học, 310-325.
4. Nguyễn Thị Thanh Bình (2001), “*Phát hiện dị hình khe giữa qua nội soi và CT Scan trên bệnh nhân viêm xoang mạn tính*”, Luận văn thạc sỹ y học, ĐH Y Hà Nội.
5. Nguyễn Hoàng Thùy Dung (2014), “*Khảo sát đặc điểm lâm sàng, CT scan, nội soi và giải phẫu bệnh của viêm xoang hàm một bên tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM từ tháng 8/2013 đến tháng 5/2014*”, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược Hồ Chí Minh.
6. Nguyễn Văn Hải (2018), “*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm xoang hàm một bên*”, Luận văn thạc sĩ Y học, Đại Học Y Hà Nội.
7. Phạm Minh Tuấn, Lê Trần Quang Minh (2023), “*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm mũi xoang do nấm được phẫu thuật tại Bệnh viện Tai mũi họng TPHCM*”, Tạp chí Y Dược học Phạm Ngọc Thạch, 3(2),53-59.
8. Tăng Xuân Hải (2021), “*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi mũi điều trị viêm xoang hàm một bên*”, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 503, 329-338.
9. Chandrika D, Anantharaju GS. (2017), “*Study of etiological factors in unilateral maxillary chronic sinusitis*”. Int J Otorhinolaryngol Head Neck Surg;3:88-90.
10. Ji Hun Mo, MD et al. (2017), “*Recent trends for prevalence of unilateral sinus lesions and find useful factors in differential diagnosis*”, J. Rhinol, 25(1), 7-13.
11. Ly D , Hellgren J (2018), “*Is dental evaluation considered in unilateral maxillary sinusitis? A retrospective case series*”, Acta Odontol Scand. 1-5.
12. Young Joon Jun, et al. (2018), “*Bony Changes in a Unilateral Maxillary Sinus Fungal Ball*”, J.Craniofac Surg. 29(1), 44 – 47.

# NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HOẠI THƯ FOURNIER TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2022 – 2023

Trần Đức Anh, Huỳnh Quốc Mến,  
Nguyễn Trọng Tuệ, Bùi Duy Lễ

## TÓM TẮT

**Tổng quan:** Bệnh hoại thư Fournier là một bệnh gây viêm nội tâm mạc tắc nghẽn của các động mạch dưới da dẫn đến hoại tử da, mô liên kết dưới da và các cân cơ gây nên tình trạng nhiễm khuẩn nặng. Nhóm nguyên nhân chính gây bệnh khởi phát từ nhiễm khuẩn đường tiết niệu, từ hậu môn trực tràng và từ các tổn thương da. Đây là bệnh viêm cân hoại tử nhiễm khuẩn cấp tính tiến triển nhanh dẫn đến nhiều biến chứng nghiêm trọng và có khả năng gây tử vong liên quan đến vùng đáy chậu, bộ phận sinh dục và quanh hậu môn do đó việc chẩn đoán và điều trị sớm ngay khi vào viện là bắt buộc, mang tính quyết định đến hiệu quả điều trị. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhằm mục đích mô tả các đặc điểm và đánh giá hiệu quả điều trị của bệnh hoại thư Fournier tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang trong khoảng thời gian 2 năm.

**Mục tiêu:** Xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh hoại thư Fournier (hoại thư sinh hơi) tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2022 – 2023.

Đánh giá kết quả điều trị hoại thư Fournier (hoại thư sinh hơi) tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2022 – 2023.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị hoại thư Fournier tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 09/2022 đến 09/2023.

Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, nghiên cứu mô tả hàng loạt, gồm 21 ca được chẩn đoán và điều trị hoại thư Fournier tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang tháng 09/2022 đến tháng 09/2023.

**Kết quả:** Nghiên cứu 21 trường hợp, tỷ lệ nam - nữ là 57,14% và 42,86%, độ tuổi trung bình là  $61,57 \pm 13,17$  tuổi. Số ngày điều trị trung bình  $16,29 \pm 9,686$  ngày (2-36 ngày), có 6/21 TH bệnh nặng xin về chiếm tỷ lệ 28,6%. Các yếu tố nguy cơ phổ biến nhất là đái tháo đường và tăng huyết áp, được ghi nhận ở 14/21 TH chiếm 66,67%. Nguyên nhân gây bệnh từ các tổn thương da chiếm tỷ lệ cao nhất 76,19% (16/21 TH), từ đường tiết niệu – sinh dục chiếm 19,05% (4/21 TH) và 1 TH từ hậu môn - trực tràng chiếm 4,76%. Các triệu chứng lâm sàng khi thăm khám được ghi nhận triệu chứng sưng, đau bìu/vùng âm hộ và sốt, mệt mỏi gặp ở tất cả các trường hợp (100%), các triệu chứng tại chỗ khác như hoại tử bìu/vùng âm hộ 95,24%, hoại tử lan rộng 76,19%, tràn khí dưới da 57,14%. Hầu hết các trường hợp vào viện trong giai đoạn toàn phát, khi bệnh đã chuyển nặng và hoại tử lan rộng. 9/21 TH được nuôi cấy tìm vi khuẩn, có 3 loại vi khuẩn Gram (-) và 2 loại vi khuẩn Gram (+) được định danh, trong đó vi khuẩn *E.coli* và *Staphylococcus Aureus* chiếm tỷ lệ cao nhất với cùng 33,3%. Carbapenem, Amikacin, Metronidazol, Vancomycin là kháng sinh được dùng trong phần lớn các trường hợp. Chi phí điều trị trung bình cho bệnh nhân hoại thư Fournier ở mức cao vì thời gian nằm viện kéo dài, sử dụng nhiều loại kháng sinh, phối hợp, dinh dưỡng, hồi sức, phẫu thuật, thủ thuật.

**Kết luận:** Hoại thư Fournier là bệnh viêm cân hoại tử nhiễm khuẩn cấp tính nghiêm trọng, có tỷ lệ tử vong cao. Đái tháo đường và tăng huyết áp là các yếu tố nguy cơ phổ biến nhất được ghi nhận. Điều trị hoại thư Fournier cần phải thực hiện sớm nhất có thể, phối hợp đồng thời nhiều biện pháp với chi phí điều trị liên quan cao.

**Từ khóa:** Hoại thư Fournier, Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

## CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND OUTCOMES OF FOURNIER'S GANGRENE AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2022 – 2023

### ABSTRACT

**Background:** Fournier's gangrene is a disease that causes obstructive endocarditis of subcutaneous arteries leading to necrosis of the skin, subcutaneous connective tissue and fascia causing severe infection. The major etiologies of the disease from urinary tract infections,

*anorectal infections and skin lesions. This is an acute infectious necrotizing fasciitis that progresses swiftly which causes a lot of serious and potentially mortal complications involving the perineal, external genital and perianal areas, making diagnosis and treatment difficult. Early treatment right after admission to the hospital is mandatory and is decisive for the effectiveness of treatment. In this study, we aimed to describe the characteristics and evaluate outcome of Fournier's gangrene at An Giang Central General Hospital within 2-year. Objectives: Determining clinical and laboratory findings characteristics of Fournier's gangrene (gas-producing gangrene) at An Giang Central General Hospital during 2022 - 2023. Evaluating the results of the outcome of Fournier's gangrene (gas-producing gangrene) at An Giang Central General Hospital in 2022 - 2023.*

**Materials and methods:** *Patients were diagnosed and treated for Fournier gangrene at An Giang Central General Hospital from September 2022 to September 2023.*

**Method:** *Prospective, descriptive case series study, including 21 cases diagnosed and treated for Fournier's gangrene at An Giang Central General Hospital from September 2022 to September 2023.*

**Results:** *Study of 21 cases, male - female ratio was 57.14 % and 42.86 % , average age was 61 ,  $57 \pm 13$  , 17 years old . The average length of stay was  $16.29 \pm 9,686$  days (2-36 days), 6/21 (28.6%) severe patients petitioned for stop treatment. The most frequent risk factors are diabetes and hypertension, presented in 14/21 cases, accounting for 66.67%. The etiology of the disease is skin lesions with the highest rate of 76.19% (16/21 cases), from the urinary - genital tract accounting for 19.05% (4/21 cases) and 1 case from the anorectal region with 4.76%. Clinical symptoms were recorded as swelling, pain in the scrotum/vulvar area, fever, and fatigue in all cases (100%), other local symptoms such as necrosis of the scrotum/vulvar area. vulva 95.24%, extensive necrosis 76.19%, subcutaneous emphysema 57.14%. Most cases are hospitalized during the end-stage which has become severe and necrosis has spread. 9/21 cases were cultured for bacteria, there were 3 types of Gram bacteria (-) and 2 types of Gram (+) bacteria were identified, including E.coli and Staphylococcus Aureus bacteria. accounts for the highest percentage with 33.3%. Carbapenem, Amikacin, Metronidazol, Vancomycin are used in most cases. The average treatment cost for Fournier gangrene patients is high because of higher length of stay, huge cost of antibiotic collaboration, nutrition, resuscitation, surgery, and procedures.*

**Conclusion:** *Fournier's gangrene is a severe, acute infectious necrotizing fasciitis disease with a high mortality rate. Diabetes and hypertension are the most common risk factors recorded. Treatment of Fournier's gangrene needs to be done promptly, simultaneous combination of many procedures with expensive treatment costs.*

**Keywords:** *Fournier's Gangrene, An Giang central general hospital.*

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh hoại thư Fournier là một bệnh gây viêm nội tâm mạc tắc nghẽn của các động mạch dưới da dẫn đến hoại tử da, mô liên kết dưới da và các cân cơ gây nên tình trạng nhiễm khuẩn nặng cho bệnh nhân [13]. Đây là bệnh viêm cân hoại tử nhiễm khuẩn cấp tính, tiến triển nhanh và có khả năng gây tử vong liên quan đến vùng đáy chậu, bộ phận sinh dục và quanh hậu môn được mô tả lần đầu tiên vào năm 1883 bởi bác sĩ da liễu người Pháp Jean Alfred Fournier [6]. Quá trình bệnh này là kết quả của sự đồng nhiễm các loại vi khuẩn hiếu khí và kỵ khí, đa vi khuẩn ở cân mạc và mô mềm dưới da. Các tác nhân phổ biến nhất trong môi trường nuôi cấy vết thương của bệnh nhân hoại thư Fournier bao gồm vi khuẩn gram dương như *Streptococci nhóm A* và *Staphylococcus aureus* và vi khuẩn gram âm như *E. Coli* và *Pseudomonas aeruginosa* [3], [4]. Những vi khuẩn này có thể được xâm nhập qua nhiều nguồn, bao gồm đường tiết niệu, đường tiêu hoá hoặc da. Điểm khởi phát của hoại thư Fournier là nhiễm khuẩn đường tiết niệu hoặc các quá trình nhiễm khuẩn khác ở khu vực đáy chậu, như áp xe quanh hậu môn hoặc thậm chí là mụn nhọt đơn giản [9]. Các yếu tố nguy cơ gồm nghiện rượu mạn tính, tình trạng suy giảm miễn dịch, tuổi cao, đái tháo đường, khối u ác tính, phẫu thuật quanh trực tràng hoặc tăng sinh môn trước đó và chấn thương hoặc nhiễm khuẩn vùng đáy chậu. Trong những năm gần đây, tỷ lệ mắc hoại thư Fournier được ghi nhận ngày càng tăng, có thể do độ tuổi trung bình của dân số tăng lên, cũng như số lượng bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch tăng lên [12]. Là một bệnh hiếm gặp nhưng lại diễn tiến cấp tính, có thể gây nhiều biến chứng nặng và có tỉ lệ tử vong cao, theo báo cáo của Sorensen MD và cộng sự (2016) tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân hoại thư Fournier là 20% - 40% (với một số nghiên cứu tỷ lệ tử vong cao tới 88%) [10]. Nghiên cứu của tác giả Ngô Xuân Thái và cộng sự (2015) tại Bệnh viện Chợ Rẫy và Bệnh viện Bình dân, tỷ lệ bệnh nhân hoại thư Fournier có biến chứng ở mức 50%, tỷ lệ tử vong khoảng 16,1% [2].

Việc chẩn đoán và điều trị sớm ngay khi vào viện là bắt buộc, mang tính quyết định đến hiệu quả điều trị vì sự diễn tiến nhanh chóng của bệnh dẫn đến nhiều biến chứng nghiêm trọng và gây tử vong cho bệnh nhân. Chẩn đoán được thực hiện thông qua thăm khám lâm sàng, những trường hợp chưa rõ ràng có thể được hỗ trợ thông qua các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Phương pháp điều trị là phối hợp, thực hiện đồng thời hồi sức tích cực, ổn định huyết động, kháng sinh phổ rộng, phẫu thuật cắt lọc mô hoại tử rộng, tưới rửa và chăm sóc sau mổ cũng như theo dõi diễn tiến lâm sàng để cân nhắc phẫu thuật cắt lọc tiếp tục. Yếu tố vi sinh, định danh vi khuẩn và kháng sinh đồ đóng vai trò quan trọng trong điều trị (điều trị trúng đích, phổ hẹp và chi phí). Trong những trường hợp phẫu thuật rộng đến vùng đáy chậu có liên quan đến ống tiêu hoá và sinh dục cần phải chuyển lưu phân và nước tiểu.

Hiện tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang và tỉnh An Giang chưa ghi nhận bất kỳ nghiên cứu nào về bệnh hoại thư Fournier, vì vậy việc tổng kết, đánh giá quá trình chẩn đoán và điều trị bệnh hoại thư Fournier tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang trong những năm gần đây là cần thiết. Từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị Hoại thư Fournier tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2022 – 2023”.

### MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh hoại thư Fournier (hoại thư sinh hơi) tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2022 – 2023.

Đánh giá kết quả điều trị hoại thư Fournier (hoại thư sinh hơi) tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2022 – 2023.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, nghiên cứu mô tả hàng loạt.

Cỡ mẫu: thuận tiện

Đối tượng nghiên cứu: tất cả các trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị hoại thư Fournier tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang tháng 09/2022 đến tháng 09/2023.

\* *Tiêu chuẩn loại trừ*: Các trường hợp bệnh nhân bị áp xe bìu, đáy chậu khu trú đơn thuần mà không có viêm hoại tử cân cơ vùng đáy chậu hoặc bẹn.

Địa điểm: Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang

Cách tiến hành: Tiến hành thu thập thông tin theo bảng thu thập số liệu các trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị hoại thư Fournier tại bệnh viện từ tháng 09/2022 đến tháng 09/2023 (tiến cứu).

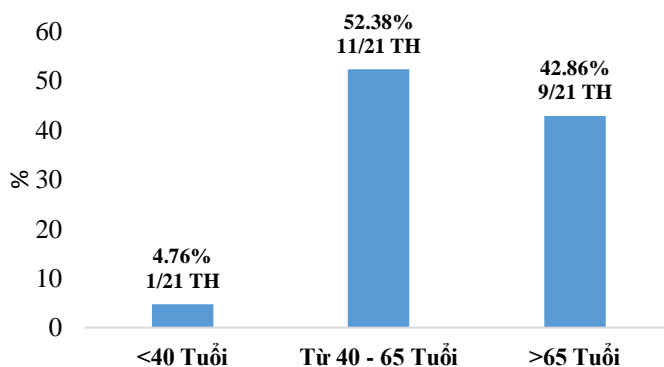
Xử lý số liệu: Thu thập, xử lý, phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0 và MS. Excel 2020.

### III. KẾT QUẢ - BÀN LUẬN

#### 3.1. Đặc điểm chung

##### 3.1.1. Tuổi

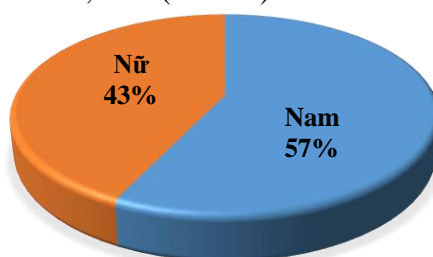
Độ tuổi trung bình là  $61,57 \pm 13,17$  tuổi, nhỏ nhất là 28 tuổi, lớn nhất là 83 tuổi. Nhóm tuổi từ 40 - 65 tuổi chiếm đa số (52,38%), nhóm tuổi nhỏ hơn 40 tuổi và nhóm tuổi lớn hơn 65 tuổi lần lượt chiếm 4,76% và 42,86%. Kết quả nghiên cứu của Çalışkan, M.D và cộng sự (2019) cũng cho kết quả tương đồng, độ tuổi trung bình là  $59,27 \pm 12,91$  tuổi [5]. Nghiên cứu của Taken K và cộng sự (2016) ghi nhận độ tuổi trung bình của bệnh nhân hoại thư Fournier là  $51 \pm 13,9$  tuổi đối với nam và  $63 \pm 10,5$  tuổi đối với nữ [11]. Chúng tôi chọn mốc tuổi 65 dựa theo phân tầng nguy cơ nhiễm khuẩn đường tiết niệu – “Hướng dẫn sử dụng kháng sinh 2020” bệnh viện Chợ Rẫy.



Biểu đồ 3.1: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

##### 3.1.2. Giới tính

Trong 21 trường hợp được chẩn đoán và điều trị hoại thư Fournier có 12 nam và 9 nữ chiếm tỷ lệ lần lượt là 57,14% và 42,86% (N = 21).



Biểu đồ 3.2: Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Một số nghiên cứu trước đây ghi nhận hoại tử Fournier xảy ra đa số ở nam giới. Theo nghiên cứu của La Quang Huy (2022), tỷ lệ nam giới chiếm đa số, chiếm 92,3% (155 BN nam và 13 BN nữ) [1]. Nghiên cứu của Ngô Xuân Thái và cộng sự (2015) và nghiên cứu của Çalışkan, M.D (2019), tỷ lệ nam giới chiếm lần lượt là 98,21% và 97,22% [2]. Nhưng trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoại thư Fournier xảy ra tương đồng ở cả nam và nữ. Như vậy, ta thấy tỷ lệ nam/nữ ở các nghiên cứu là rất khác nhau, thay đổi tùy theo mẫu nghiên cứu.

#### 3.2. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

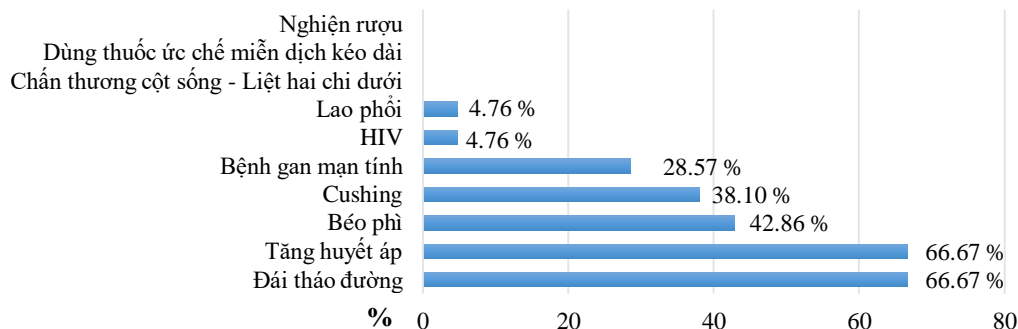
##### 3.2.1. Triệu chứng lâm sàng

Tiền căn bệnh lý: Đái tháo đường và tăng huyết áp thường gặp nhất, cùng chiếm 66,67% (14 TH), 42,86% béo phì, 38,10% TH cushing, 28,57% TH bệnh gan mạn tính, TH lao phổi và HIV cùng chiếm 4,76% (biểu đồ 3.3). 3/21 TH có cùng lúc 4 bệnh lý kèm theo, 10/21 TH có 3 bệnh lý nền và 3/21 TH có 2 bệnh nền. Nghiên cứu chưa ghi nhận các bệnh lý kèm theo khác như nghiện rượu, dùng thuốc ức chế kéo dài, chấn thương cột sống - liệt hai chi dưới. Với nhiều



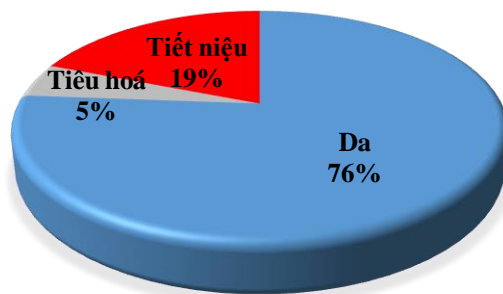
bệnh lý nền kèm theo cũng là một trong những yếu tố nguy cơ dẫn đến bệnh hoại thư sinh hơi cũng như là yếu tố phức tạp trong điều trị.

### Tỉ lệ các bệnh lý kèm theo (%)



### Biểu đồ 3.3: Tỷ lệ tiền căn bệnh lý

Kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của Çalışkan, M.D và cộng sự (2019) và Taken K và cộng sự (2016) ghi nhận yếu tố nguy cơ phổ biến nhất là đái tháo đường [5] [11].



### Biểu đồ 3.4: Phân bố bệnh nhân theo các nhóm nguyên nhân

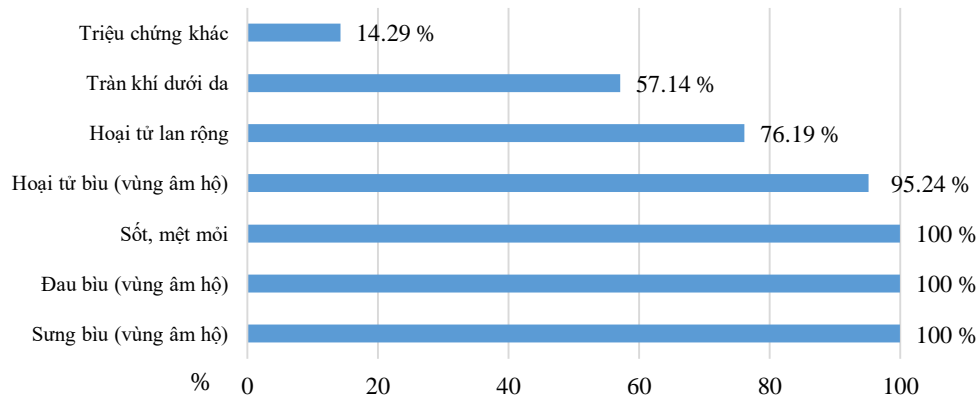
Nguyên nhân gây bệnh từ các tổn thương da chiếm tỷ lệ cao nhất 76,19% (16/21 TH), từ đường tiết niệu – sinh dục chiếm 19,05% (4/21 TH) và 1 TH từ hậu môn - trực tràng chiếm 4,76%. Nghiên cứu của Ngô Xuân Thái và cộng sự (2015) cho thấy nhóm nguyên nhân gây bệnh từ hậu môn - trực tràng chiếm tỷ lệ cao nhất 44,6%, nghiên cứu của La Quang Huy (2022) cũng cho kết quả tương tự, tỷ lệ nhóm nguyên nhân gây bệnh ở nam cao nhất từ đường tiêu hoá là 56,7% [1] [2].

**Bảng 3.1: Tóm tắt nhóm nguyên nhân gây bệnh hoại thư Fournier**

Nghiên cứu tham khảo	Nhóm nguyên nhân		
	Da	Đường tiêu hoá	Đường tiết niệu
Nghiên cứu hiện tại	76,19 %	4,76%	19,05%
Ngô Xuân Thái và cộng sự (2015)	35,7%	44,6%	16,1%
La Quang Huy (2022)	19,4%	56,7%	23,9%

Triệu chứng sưng, đau bìu/vùng âm hộ và sốt, mệt mỏi gặp ở tất cả các trường hợp. Các triệu chứng tại chỗ khác như hoại tử bìu/vùng âm hộ 95,24%, hoại tử lan rộng 76,19%, tràn khí dưới da 57,14% và các triệu chứng khác 14,29% (biểu đồ 3.5).

### Tỉ lệ các triệu chứng lâm sàng (%)



**Biểu đồ 3.5: Tỷ lệ các triệu chứng lâm sàng**

Hầu hết các trường hợp vào viện trong giai đoạn muộn, bệnh toàn phát, khi bệnh đã chuyển nặng, hoại tử đã lan rộng (hình 3.1). Do đặc điểm địa phương, bệnh lý hiếm gặp nên việc chẩn đoán ở tuyến dưới khó khăn, đa số bệnh nhân có điều trị tư, uống thuốc nam đến khi bệnh trở nặng, đau nhiều, lơ mơ, đái chậu rỉ dịch đục hôi bệnh nhân được người nhà đưa nhập cấp cứu.



(a)

(b)

(c)

**Hình 3.1: Hình ảnh hoại thư Fournier**

(a) Bìu sưng to, (b) Vùng môi lớn sưng to, (c) Hoại tử da bìu lan rộng

#### 3.2.2. Cận lâm sàng

Tất cả 21 TH vào viện đều được thực hiện siêu âm vùng ổ bụng và bìu, phát hiện có tụ dịch và phù nề mô mềm. 1 TH có thực hiện chụp cắt lớp vi tính dưới ổ bụng và đái chậu. Siêu âm là cận lâm sàng nhanh chóng, thuận tiện kết hợp với thăm khám lâm sàng để đưa ra chẩn đoán. Có 1/21 TH được chụp CT vì hoại thư Fournier là cấp cứu khẩn cấp, có 7 TH cần được hồi sức và tất cả các trường hợp đều đau nhiều vùng đái chậu, di chuyển khó khăn, rỉ dịch đục – có mùi hôi.

Do tình hình khó khăn về vật tư y tế sau dịch covid -19, chỉ có 9/21 TH được nuôi cấy tìm vi khuẩn. Trong đó có 2 trường hợp cấy máu và cấy mũ không tìm thấy vi khuẩn. Trong 7 trường hợp còn lại (có 7 TH cấy mũ, 3 TH cấy máu và 1 TH hay cấy nước tiểu). Có 3 loại vi khuẩn Gram (-) được định danh trong đó vi khuẩn *E.coli* chiếm tỷ lệ cao nhất với 33,3% và trong nhóm vi khuẩn Gram (+), có 2 loại vi khuẩn được định danh, tỷ lệ gặp *Staphylococcus Aureus* chiếm tỷ lệ cao nhất với 33,3%. Việc cấy dịch cơ thể không định danh vi khuẩn (2 TH) có thể do sai sót trong thực hiện lấy mẫu. Trong 9 TH, cấy vi khuẩn lần 2 thực hiện 3 trường hợp, không phát hiện vi khuẩn cho thấy việc đáp ứng điều trị. Do đó việc cấy dịch cơ thể, định danh

vi khuẩn và kháng sinh đồ trước và sau điều trị cần được chú trọng thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả điều trị và đáp ứng của bệnh với kháng sinh sử dụng.

Trong 11 TH còn lại, không cấy vi khuẩn, sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm, kết hợp theo dõi diễn tiến lâm sàng và cận lâm sàng. Trong đó, có 8 TH điều trị bệnh ổn xuất viện, 4 TH bệnh xin về, cho thấy không có cấy vi khuẩn là 1 thách thức với bác sĩ lâm sàng trong điều trị và theo dõi bệnh nhân.

**Bảng 3.2: Các loại vi khuẩn định danh khi cấy các bệnh phẩm (N = 9)**

Vi khuẩn	Tần số (N=9)	Tỷ lệ (%)
Vi khuẩn Gr (-)		
<i>E.coli</i>	3	33,3
<i>Acinetobacter baumannii-calcoaceticus</i>	1	11,1
<i>Burkholderia species</i>	1	11,1
Vi khuẩn Gr (+)		
<i>Staphylococcus Epidermidis</i>	1	11,1
<i>Staphylococcus Aureus</i>	3	33,3

Kháng sinh đồ: Đa số các vi khuẩn được cấy đa kháng thuốc, chưa ghi nhận trường hợp toàn kháng. Đây cũng là một trong những yếu tố bất lợi trong điều trị bệnh hoại thư Fournier

### 3.3.Kết quả điều trị hoại thư Fournier

#### 3.3.1.Điều trị nội khoa

Nghiên cứu ghi nhận có 7/21 TH cần phải hồi sức cấp cứu, điều chỉnh cân bằng điện giải, đường huyết và ổn định huyết động.

Tất cả các trường hợp được dùng kháng sinh phổ rộng và phối hợp ngay sau khi nhập viện (ngay khi chẩn đoán bệnh, trong 6h đầu). Việc sử dụng kháng sinh ban đầu theo kinh nghiệm, chúng tôi dựa vào phác đồ “Hướng dẫn sử dụng kháng sinh 2020” của Bệnh viện Chợ Rẫy, “Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu” – Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam - VUNA 2021.

**Bảng 3.3: Phối hợp kháng sinh điều trị theo kinh nghiệm (N = 21)**

Phối hợp kháng sinh	Số TH	Tỷ lệ (%)
Carbapenem, Amikacin, Metronidazol	5	23,81
Carbapenem, Metronidazol, Vancomycin	2	9,52
Carbapenem, Amikacin	6	28,57
Carbapenem, Vancomycin	3	14,29
Ceftriaxone, Quinolon	3	14,29
Amikacin, Vancomycin	2	9,52
<i>Tổng số</i>	<i>21</i>	<i>100</i>

Dựa qua kết quả của bảng 3.3 cho thấy, có 7/21 TH được dùng phối hợp 3 loại kháng sinh, 14/21 TH còn lại dùng phối hợp 2 loại kháng sinh. Kháng sinh Carbapenem và Amikacin được dùng phối hợp chiếm tỷ lệ cao nhất 28,57% (6/21 TH).

Kết quả tổng hợp của bảng 3.4 thể hiện các kháng sinh nhóm Carbapenem và Amikacin được dùng phối hợp điều trị trong phần lớn các trường hợp với tỷ lệ lần lượt là 76,19% và 61,90%, Metronidazol được dùng trong 42,86% TH, Vancomycin được dùng trong 38,10% TH, Ceftriaxone (Cephalosporin thế hệ 3) được dùng trong 33,33% TH, Cefepim Cephalosporin thế hệ 4) được dùng trong 19,05% TH, Quinolon và Piperacilin – Tazobactam là những kháng sinh được dùng với tỷ lệ lần lượt là 9,52% và 4,76%.

Trong 7 TH cấy ra vi khuẩn, kháng sinh đồ nhạy với các kháng sinh sử dụng ban đầu theo kinh nghiệm, tình trạng lâm sàng nặng nên tiếp tục sử dụng kháng sinh ban đầu, có hạ bậc kháng

sinh. Các TH không cấy vi khuẩn, chúng tôi theo dõi diễn tiến lâm sàng, bilan nhiễm khuẩn để quyết định sử dụng kháng sinh phù hợp.

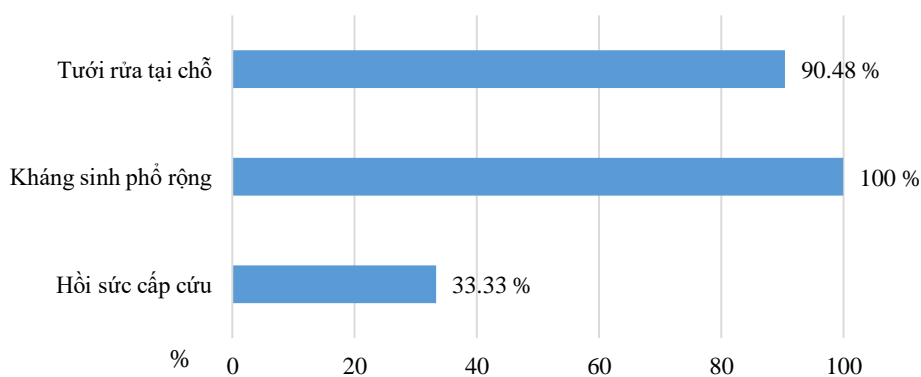
Theo y văn thế giới, hoại thư Fournier được biết là nhiễm khuẩn do nhiều loại vi khuẩn bao gồm cả nhóm vi khuẩn hiếu khí và kỵ khí. Vì vậy liệu pháp 3 kháng sinh phối hợp: nhóm Penicillin (cho vi khuẩn Gram (+)), nhóm Metronidazole hoặc Clindamycin (cho vi khuẩn kỵ khí) và nhóm Cephalosporin hay Aminoglycoside cho vi khuẩn Gram (-) được khuyến cáo [7]. Những hướng dẫn điều trị lâm sàng mới hiện nay khuyến cáo dùng Carbapenem (Imipenem, Meropenem, Ertapenem) hoặc Piperazilin – Tazobactam. Các thuốc này phân bố rộng và ít độc cho thận hơn so với Aminoglycoside.

**Bảng 3.4: Tỷ lệ mỗi loại kháng sinh được dùng trong điều trị (N = 21)**

Loại kháng sinh	Số TH sử dụng (N= 21)	Tỷ lệ (%)
Carbapenem	16	76,19
Amikacin	13	61,90
Metronidazol	9	42,86
Vancomycin	8	38,10
Ceftriaxone	7	33,33
Cefepim (thế hệ 4)	4	19,05
Quinolon	2	9,52
Piperacilin – Tazobactam	1	4,76

17/21 TH được hội chẩn dinh dưỡng để nâng tổng trạng và sau cuộc phẫu thuật cắt lọc lớn. Có 19/21 trường hợp được tưới rửa vết thương liên tục bằng dung dịch betadine pha loãng (biểu đồ 3.6). Sau khi phẫu thuật cắt lọc mô hoại tử, bệnh nhân được tưới rửa liên tục vùng vết mổ nhằm rửa trôi các mô chết, mô hoại tử, dịch tiết và vi khuẩn giúp cho vết thương mau sạch, mô hạt mọc nhanh hơn. Cho đến khi vết thương sạch, tiến triển, tổng trạng chung tốt hơn thì BN được thay vết thương 2 lần trong ngày.

**Tỷ lệ thực hiện điều trị nội khoa (%)**



**Biểu đồ 3.6: Tỷ lệ các điều trị nội khoa được thực hiện trên bệnh nhân hoại thư Fournier**

### 3.3.2. Điều trị ngoại khoa

Kết quả ghi nhận cho thấy có 19/21 TH được phẫu thuật cắt lọc mô hoại tử cấp cứu (trong vòng 6 giờ sau khi được chẩn đoán). Trong đó có 16/19 TH được chỉ định phẫu thuật cắt lọc tại khoa cấp cứu, 3/19 TH được chẩn đoán tại các khoa lâm sàng sau khi hội chẩn khoa Ngoại thận - Tiết niệu. Có 2/21 TH nặng, có sóc điều trị tại khoa SICU chưa hội chẩn khoa Ngoại Tiết niệu để can thiệp. Có 15 TH phẫu thuật cắt lọc 1 lần, 3 TH phẫu thuật cắt lọc 2 lần, 1 TH thực hiện phẫu thuật cắt lọc 3 lần. Như vậy, tổng cộng có 4 TH phải thực hiện phẫu thuật bổ sung vì hoại tử tiếp tục lan rộng, nhằm cắt lọc, loại bỏ hết các mô hoại tử. Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào được phẫu thuật chuyên lưu phân và nước tiểu.



**Hình 3.2: Hình ảnh phẫu thuật giải áp và cắt lọc mô hoại tử**

### 3.3.3. Số ngày nằm viện và kết quả điều trị

Số ngày nằm viện trung bình  $16,29 \pm 9,686$  ngày, số ngày nhập viện ngắn nhất là 2 ngày và dài nhất là 36 ngày. Có 6/21 TH bệnh nặng xin về chiếm tỷ lệ 28,6%, trong đó có 2 TH chưa can thiệp phẫu thuật cắt lọc.

Các trường hợp bệnh nặng xin về có liên quan đến thời gian ủ bệnh, thời gian đến cơ sở y tế điều trị, các biến chứng như choáng nhiễm khuẩn, suy đa cơ quan, nhiễm khuẩn huyết, rối loạn đông máu,. Kết quả của nghiên cứu hiện tại cho thấy tỷ lệ bệnh nặng xin về chiếm tỷ lệ khá cao 28,6%. Là một bệnh hiếm gặp nhưng lại diễn tiến cấp tính, có tỉ lệ tử vong cao, theo kết quả báo cáo của Sorensen MD và cộng sự (2016) tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân hoại thư Fournier là 20% - 40% [10]. Tác giả Jiménez-Pacheco A và cộng sự (2012) nghiên cứu 37 TH hoại thư Fournier cho thấy tỷ lệ tử vong là 13,5% [8].

Nghiên cứu của tác giả Trần Văn Lâm và cộng sự (2015) tỷ lệ tử vong khoảng 16,1% và nghiên cứu của La Quang Huy (2022) ghi nhận tỷ lệ tử vong chỉ khoảng 6,5% [1][2].

Dựa trên dữ liệu viện phí thanh toán cố sẵn. Chi phí điều trị thấp nhất là 4,5 triệu và cao nhất là 49 triệu, tương ứng theo ngày dao động trong khoảng 408.000đ – 5.666.670 VNĐ/ngày. Khoảng chi phí điều trị cho bệnh nhân hoại thư Fournier dao động lớn tùy thuộc vào thời gian nằm viện, sử dụng nhiều loại kháng sinh, phối hợp, dinh dưỡng, điều trị tại khoa SICU, số lần phẫu thuật, thủ thuật. Trong đó, 4 TH bệnh nặng xin về sau khi nhập viện 3 – 4 ngày, các trường hợp còn lại chi phí điều trị trung bình trong khoảng 22 triệu đồng.

#### IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 21 TH hoại thư Fournier tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, tỷ lệ nam - nữ là 57,14% và 42,86%, độ tuổi trung bình là  $61,57 \pm 13,17$  tuổi. 6/21 TH bệnh nặng xin về chiếm tỷ lệ 28,6%. Các yếu tố nguy cơ phổ biến nhất là đái tháo đường và tăng huyết áp, chiếm 66,67%. Nguyên nhân gây bệnh từ da chiếm 76,19%, tiếp theo là từ đường tiết niệu – sinh dục và từ hậu môn - trực tràng lần lượt chiếm 19,05% và 4,76%. Các triệu chứng lâm sàng khi thăm khám được ghi nhận triệu chứng sưng, đau bìu/vùng âm hộ, sốt, mệt mỏi, các triệu chứng tại chỗ khác như hoại tử bìu/vùng âm hộ 95,24%, hoại tử lan rộng 76,19%, tràn khí dưới da 57,14%. Hầu hết các trường hợp vào viện trong giai đoạn toàn phát, khi bệnh đã chuyển nặng và hoại tử lan rộng.

Hoại thư Fournier là một trường hợp cấp cứu ngoại khoa nghiêm trọng - tối khẩn, có tỷ lệ tử vong cao. Điều trị hoại thư Fournier cần phải thực hiện sớm nhất có thể, phối hợp đồng thời nhiều biện pháp: hồi sức, kháng sinh phổ rộng - phối hợp, phẫu thuật giải áp - cắt lọc, kiểm soát các bệnh nền, chi phí điều trị liên quan cao.

*Hạn chế của nghiên cứu:* số mẫu trong nghiên cứu ít (do bệnh hiếm gặp), số lượt được cấy dịch cơ thể để định danh vi khuẩn và kháng sinh đồ còn hạn do thiếu xét nghiệm vi sinh.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Tiếng Việt

[1] La Quang Huy. Ứng dụng thang điểm FGSI trong đánh giá kết quả điều trị bệnh hoại thư Fournier. Luận văn thạc sĩ y học. Thành phố Hồ Chí Minh: Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2022.

[2] Ngô Xuân Thái, Trần Văn Lâm, Lâm Việt Trung. Đánh giá chẩn đoán và điều trị hoại thư Fournier. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2015, Tập 19 (Số 1).

Tiếng Anh

[3] Auerbach J, Bornstein K, Ramzy M, Cabrera J, Montrief T, Long B. Fournier Gangrene in the Emergency Department: Diagnostic Dilemmas, Treatments and Current Perspectives. *Open Access Emerg Med*. 2020;12:353-364.

[4] Bjurlin MA, O'Grady T, Kim DY, Divakaruni N, Drago A, Blumetti J, Hollowell CM. Causative pathogens, antibiotic sensitivity, resistance patterns, and severity in a contemporary series of Fournier's gangrene. *Urology*. 2013 Apr;81(4):752-8.

[5] Çalışkan S, Özsoy E, Sungur M, Gözdağ HT. Fournier's gangrene: Review of 36 cases. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2019;25:479-483.

[6] Carroll PR, Cattolica EV, Turzan CW, McAninch JW. Necrotizing soft-tissue infections of the perineum and genitalia. Etiology and early reconstruction. *West J Med*. 1986 Feb;144(2):174-8.

[7] Hejase MJ, Simonin JE, Bihle R, Coogan CL. Genital Fournier's gangrene: experience with 38 patients. *Urology*. 1996 May;47(5):734-9. doi: 10.1016/s0090-4295(96)80017-3.

[8] Jiménez-Pacheco A, Arrabal-Polo MÁ, Arias-Santiago S, Arrabal-Martín M, Nogueras-Ocaña M, Zuluaga-Gómez A. Fournier gangrene: description of 37 cases and analysis of associated health care costs. *Actas Dermosifiliogr*. 2012 Jan-Feb;103(1):29-35. Doi: 10.1016/j.ad.2011.04.007.

[9] Mishra SP, Singh S, Gupta SK. Necrotizing Soft Tissue Infections: Surgeon's Prospective. *Int J Inflam*. 2013;2013:609628.

[10] Sorensen MD, Krieger JN Fournier's Gangrene Epidemiology and Outcomes in the General US population. *Urologia internationalis*. 2016; 97(3):249-259.doi:10.1159/000445695

[11] Taken K, Oncu MR, Ergun M, Eryilmaz R, Demir CY, Demir M, et al. Fournier's gangrene: Causes, presentation and survival of sixty-five patients. *Pak J Med Sci*. 2016;32(3):746-750. Doi: <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.323.9798>

[12] Tenório, C.E.L.; Lima, S.V.C.; De Albuquerque, A.V.; Cavalcanti, M.P.; Teles, F. Risk factors for mortality in fournier's gangrene in a general hospital: Use of simplified founier gangrene severe index score (SFGSI). *Int. Braz. J. Urol*. 2018, 44, 95–101.

[13] Vick R, Carson CC, 3rd. Fournier's disease. *The Urologic clinics of North America*. Nov 1999; 26(4):841-9. doi:10.1016/s0094-0143(05)70224-x.

# NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC NGOẠI KHOA BVĐKTT AN GIANG

Nguyễn Duy Tân, Lê Hồ Tiến Phương,  
Nguyễn Minh Tâm, Lê Nguyễn Quang Thái

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Chấn thương sọ não (CTSN) là 1 cấp cứu ngoại khoa thường gặp, tỉ lệ tử vong khá cao trên những bệnh nhân CTSN nặng cũng như gây tàn tật và di chứng nặng, cần có sự phối can thiệp của nhiều chuyên khoa, đặc biệt là Hồi sức tích cực ngoại khoa.

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính sọ não và kết quả điều trị bệnh chấn thương sọ não tại khoa Hồi sức tích cực ngoại khoa Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 01-2023 đến tháng 06-2023.

**Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang có phân tích

**Kết quả:** Tỉ lệ bệnh nhân là nam giới chiếm đa số với 76.6%; hầu hết CTSN xảy ra trong độ tuổi lao động, trong đó độ tuổi từ 20-59 chiếm tỉ lệ cao nhất với 64.1%; nguyên nhân nhiều nhất là do tai nạn giao thông chiếm 80.7%; Máu tụ DMC và máu tụ trong não chiếm tỉ lệ cao lần lượt 65.5% và 64.8%, trong đó đa số có  $\geq 2$  tổn thương trong não 80.7%; tỉ lệ bệnh nhân xuất viện là 49%; khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết cục điều trị bệnh nhân với các phương pháp: phẫu thuật, thở máy, mannitol 20%, dinh dưỡng tiêu hóa sớm với p lần lượt là 0.031, < 0.001, 0.009 và 0.024.

**Kết luận:** Nguyên nhân chấn thương sọ não do tai nạn giao thông cao nhất, thường gặp ở nam giới và độ tuổi lao động. Bệnh nhân được điều trị phẫu thuật, dinh dưỡng đường tiêu hóa sớm có tỉ lệ ra viện cao, trong khi đó tỉ lệ tử vong, nặng xin về cao hơn ở nhóm được điều trị với Manitol 20%.

**Từ khóa:** CTSN, phẫu thuật, dinh dưỡng đường tiêu hóa sớm.

## STUDYING THE RESULT OF TREATMENT OF TRAUMATIC BRAIN INJURY PATIENTS AT THE SURGICAL INTENSIVE CARE UNIT OF AN GIANG CENTRAL HOSPITAL

### ABSTRACT

**Background:** Traumatic brain injury (TBI) is a common surgical emergency, with a fairly high mortality rate in patients with severe TBI as well as causing severe disability and sequelae, requiring coordinated intervention from many specialties, especially Surgical Intensive Care Unit (SICU)

**Objective:** Describe clinical characteristics, brain computed tomography images and treatment results of traumatic brain injury at the surgical intensive care unit of An Giang Central General Hospital from 01/2023 to 06/2023.

**Methods:** Cross-sectional descriptive study

**Results:** The majority of patients are men with rate at 76.6%; Most traumatic injuries occur during working age, of which the age group 20-59 accounts for the highest rate at 64.1%; The most common cause is traffic accidents, accounting for 80.7%; Subdural hematoma and intracerebral hematoma account for a high rate of 65.5% and 64.8%, respectively, of which the majority have  $\geq 2$  lesions in the brain, 80.7%; The rate of patients discharged from the hospital is 49%; There was a statistically significant difference in patient treatment outcomes with the following methods: surgery, mechanical ventilation, mannitol 20%, and early enteral nutrition with p of 0.031, < 0.001, 0.009 and 0.024, respectively.

**Conclusion:** The highest cause of traumatic brain injury is traffic accidents, often occurring in men and working age. Patients treated with surgery and early enteral nutrition had a high discharge rate, while the rate of death and refuse to treat continuously was higher in the group which is treated with Mannitol 20%.

**Keywords:** TBI, surgery, early enteral nutrition.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não (CTSN) là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp và là một trong những nguyên nhân chính gây ra tàn tật và tử vong ở Việt Nam cũng như các nước khác trên thế giới. Tỷ lệ tử vong trên bệnh nhân CTSN mức độ nặng từ 35% đến hơn 50% [4], [6], tỷ lệ tàn tật và mức độ di chứng nặng sau khi được cứu sống cũng rất cao. Theo dõi, điều trị CTSN đòi hỏi sự phối hợp hiệu quả, chất lượng của nhiều chuyên khoa, trong đó hồi sức ngoại có ý nghĩa đặc biệt [4][8]. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Đánh giá kết quả điều trị chấn thương sọ não tại khoa Hồi sức tích cực ngoại khoa BVĐKTT An Giang” nhằm mục đích mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính sọ não và kết quả điều trị bệnh chấn thương sọ não tại khoa Hồi sức tích cực ngoại khoa Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 01-2023 đến tháng 06-2023.

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Tất cả bệnh nhân CTSN điều trị  $\geq 24$ h tại khoa Hồi sức tích cực ngoại khoa - BVĐKTT An Giang từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2023. Tiêu chuẩn loại trừ: kèm các chấn thương nặng khác ngoài CTSN như: phổi, tim, bụng, ...

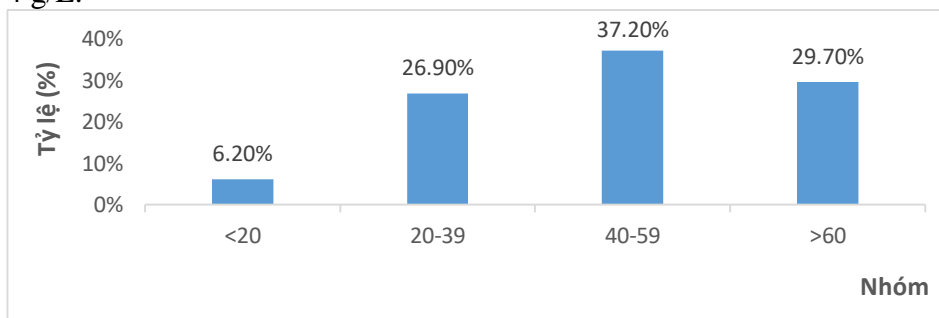
Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang có phân tích.

Xử lý số liệu và tính toán thống kê

Tất cả bệnh nhân nghiên cứu được thu thập số liệu. Các số liệu được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 22.0.

## III. KẾT QUẢ:

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2023, có 145 đối tượng nghiên cứu thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Trong đó có nam giới chiếm 111 bệnh nhân (76.6%) và nữ giới có 34 trường hợp. Tuổi trung bình  $47.58 \pm 19.05$  (năm), nhỏ nhất 16 tuổi, lớn nhất 93 tuổi. Trong 145 đối tượng nghiên cứu, có 48 bệnh có sử dụng rượu bia, nồng độ cồn trung bình  $1.92 \pm 0.74$  g/L.



**Biểu đồ 3.1. Phân bố theo độ tuổi**

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân ở tuổi lao động (từ 20 đến dưới 60 tuổi) với tỷ lệ 64.1%.

**Bảng 3.1. Nguyên nhân gây chấn thương sọ não**

Nguyên nhân	TNGT	TNLD	TNSH	Không rõ
n (145)	117 (80.7%)	1 (0.7%)	19 (13.1%)	8 (5.5%)

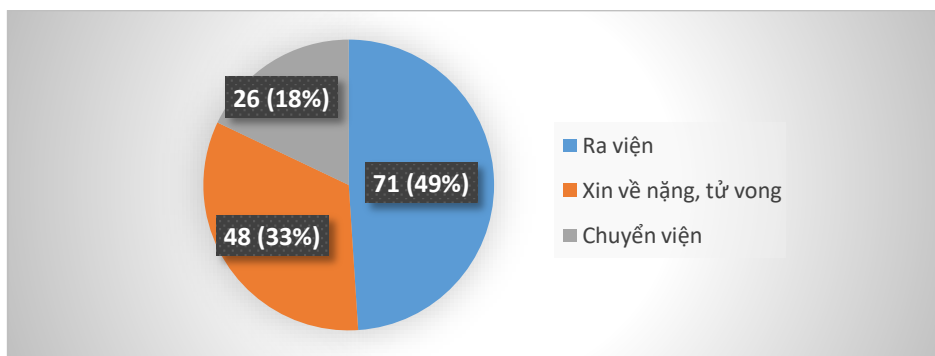
**Nhận xét:** Tỷ lệ TNGT chiếm tỷ lệ cao nhất trong số các nguyên nhân được báo cáo 80.7%.

**Bảng 3.2. Tổn thương trên CTScan sọ não**

Tổn thương	Máu tụ DMC	Máu tụ NMC	Máu tụ DMN	Máu tụ trong não	Dập não	Đáy đường giữa	Vỡ nền, sàn sọ	2 tổn thương	$\geq 3$ tổn thương
n (145)	95 (65.5%)	32 (22.1%)	88 (60.7%)	94 (64.8%)	71 (49%)	55 (37.9%)	90 (62.1%)	43 (29.7%)	74 (51%)

**Nhận xét:** Máu tụ DMC và máu tụ trong não chiếm tỷ lệ cao lần lượt 65.5% và 64.8%, trong đó đa số có  $\geq 2$  tổn thương trong não 80.7%.





**Biểu đồ 3.2. Kết quả điều trị**

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh ra viện chiếm 71/145 trường hợp, chiếm tỷ lệ 49%.

**Bảng 3.3. Phương pháp điều trị và kết quả**

	Phẫu thuật	Thở máy	NaCl 3%	Mannitol 20%	An thần, giảm đau	Dinh dưỡng tiêu hóa sớm
Chung (n=145)	19 (13.1%)	77 (53.1%)	70 (48.3%)	11 (7.6%)	59 (40.7%)	138 (95.2%)
Ra viện (71)	14	25	30	1	26	71
Chuyển viện (26)	0	11	14	2	11	23
Về nặng, tử vong (48)	5	41	26	8	22	44
p	0.031	< 0.001	0.364	0.009	0.594	0.024

**Nhận xét:** Đa số bệnh có chỉ định thở máy và chống phù não, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa phẫu thuật, thở máy, mannitol 20%, dinh dưỡng tiêu hóa sớm với kết quả điều trị, không có ý nghĩa giữa sử dụng NaCl 3%, an thần giảm đau và kết quả điều trị với  $p > 0.05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trong thời gian 6 tháng tại khoa Hồi sức tích cực ngoại khoa Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang có 145 đối tượng thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, trong đó tỷ lệ giới tính nam chiếm 76.6%, nữ chỉ chiếm 24.4%. Kết quả tỷ lệ này cũng tương đương với nghiên cứu của Bùi Xuân Cường năm 2021 tại Bệnh viện Việt Đức, tỷ lệ nam giới cao 78.5% [3]. Tại Mỹ năm 2021, Capizzi báo cáo tỷ lệ này ở nam giới là trên 73% [7].

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là  $47.58 \pm 19.05$  (năm), nhỏ nhất 16 tuổi, lớn nhất 93 tuổi, có thể thấy trong nghiên cứu, chấn thương sọ não gặp ở mọi lứa tuổi, theo biểu đồ 3.1, ta thấy đa số bệnh nhân ở tuổi lao động (từ 20 đến dưới 60 tuổi) với tỷ lệ 64.1%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Duy Linh năm 2023 tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ, tuổi trung bình bệnh CTSN là 46.86, với nhóm tuổi lao động chiếm 74.68% [3]. Còn Bùi Xuân Cường báo cáo tuổi trung bình 38,66 với nhóm tuổi nhiều nhất là 20-50 tuổi [1].

Theo kết quả bảng 3.1 ghi nhận thấy tỷ lệ tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất trong số các loại nguyên nhân được báo cáo, 117 trường hợp với tỷ lệ 80.7%, tiếp theo là TNSH 19 trường hợp với tỷ lệ 13.1%. Theo Nguyễn Duy Linh báo cáo nguyên nhân tai nạn giao thông chiếm 65.82% [4], Bùi Xuân Cường là 69.96% [1]. Đây là nguyên nhân vẫn còn phổ biến ở các nước đang phát triển như Việt Nam. Ở các nước phát triển như Australia, nguyên nhân hàng đầu là tai nạn té ngã (47,6%), tai nạn giao thông xếp thứ hai với tỷ lệ 25,9% [10]. Trong các trường hợp CTSN do TNGT thì có 48/117 trường hợp (41%) có nồng độ cồn trong máu, nồng độ cồn trung bình  $1.92 \pm 0.74$  g/L. Đây là các yếu tố liên quan đến tai nạn giao thông chủ yếu ở các nước hiện nay. Theo nghiên cứu của Nguyễn Duy Linh thì có 38.46% trường hợp CTSN do TNGT có nồng độ cồn trong máu [4]. Mặc dù đã có nhiều luật và mức phạt được đưa ra để hạn chế nguy cơ chấn thương cho người tham gia giao thông, nhưng tỷ lệ chấn thương sọ não liên quan đến TNGT và sử dụng rượu bia khi tham gia giao thông vẫn còn ở mức cao. Sử dụng chất uống có cồn không những là yếu tố rủi ro chấn thương mà còn là yếu tố nhiều khi đánh giá tình trạng tri giác ở bệnh nhân chấn thương sọ não.

Kết quả chụp CTScan sọ não theo bảng 3.2 ghi nhận vỡ nền, sàn sọ chiếm 90/145 trường hợp (62.1%), tổn thương máu tụ DMC 95/145 bệnh nhân (65.5%), máu tụ tụ trong não 94/145

(64.8%), máu tụ DMN 88/145 (60.7%), máu tụ NMC 32/145 (22.1%), dập não có 71/145 trường hợp (49%), trong đó đẩy lệch đường giữa 55/145 trường hợp (37.9%). Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đa số có  $\geq 2$  tổn thương trong não chiếm 117/145 trường hợp (80.7%). Còn theo nghiên cứu của Vũ Minh Hải năm 2021 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình ghi nhận trên chụp cắt lớp vi tính sọ não có vỡ xương sọ 12.7%, máu tụ DMC 28.7%, máu tụ NMC 14%, máu tụ trong não 7.3%, máu tụ DMN 27.3%, 2 tổn thương 8.8% và  $\geq 3$  tổn thương 3% trường hợp [2], tỷ lệ này khác với nghiên cứu của chúng tôi có thể do nhóm đối tượng nghiên cứu khác nhau, nhóm đối tượng trong nghiên cứu chúng tôi là được điều trị tại khoa Hồi sức tích cực ngoại khoa.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tình trạng bệnh ra viện chiếm 71/145 trường hợp, chiếm 49%, kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Vũ Minh Hải, bệnh nhân ổn định ra viện 95.9% [2], kết quả này thấp do khác về nhóm đối tượng nghiên cứu. Tỷ lệ bệnh về nặng và tử vong trong nghiên cứu chúng tôi cao 33%.

Qua kết quả bảng 3.3, bệnh được điều trị phẫu thuật chiếm 19/145 ca (13.1%), các trường hợp còn lại được điều trị nội khoa, trong đó có thở máy 77/145 ca (53.1%), an thần giảm đau 59/145 (40.7%), chống phù não bằng NaCl 3% là 70/145 (48.3%) và mannitol 20% là 11/145 (7.6%), bệnh được cho dinh dưỡng đường tiêu hóa sớm 138/145 ca (95.2%). Kết quả nghiên cứu về điều trị phẫu thuật có cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Duy Linh là 10.1% [3], của Vũ Minh Hải là 9.5% [2], kết quả này khác cũng có thể do khác nhau về nhóm đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy bệnh nhân được điều trị phẫu thuật, dinh dưỡng tiêu hóa sớm thì tỷ lệ ra viện cao hơn, bệnh nhân được sử dụng mannitol 20% thì tỷ lệ xin về cao hơn, sự liên quan này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$ . Bệnh được sử dụng NaCl 3%, an thần giảm đau không có liên quan kết quả điều trị.

## V. KẾT LUẬN

Nguyên nhân chấn thương sọ não do tai nạn giao thông cao nhất, thường gặp ở nam giới và độ tuổi lao động. CTSN nặng thường có nhiều tổn thương trên CTScan sọ não, bệnh có tỷ lệ xin về nặng và tử vong cao, bệnh được điều trị chủ yếu nội khoa. Bệnh có chỉ định điều trị phẫu thuật và sử dụng dinh dưỡng tiêu hóa sớm thì tỷ lệ ra viện cao, bệnh có chỉ định sử dụng mannitol 20% thì tỷ lệ về nặng, tử vong cao hơn, sự liên quan này có ý nghĩa thống kê.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Xuân Cương, Đồng Văn Hệ (2021), “Một số đặc điểm dịch tễ học bệnh nhân chấn thương sọ não tại Bệnh viện Việt Đức”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 502(1), 20-25.
2. Vũ Minh Hải, Đoàn Văn Ánh (2021), “Một số đặc điểm dịch tễ lâm sàng bệnh nhân chấn thương sọ não điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình: nhân 534 trường hợp”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 503(1), 218-221.
3. Nguyễn Duy Linh và cộng sự (2023), “Một số đặc điểm dịch tễ học bệnh nhân chấn thương sọ não tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ”, *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, (63), 69-78.
4. Bùi Ngọc Tiến (2012), *Nghiên cứu triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng chính có giá trị tiên lượng điều trị chấn thương sọ não nặng*, Đề tài Nghiên cứu khoa học cấp Bộ.
5. Bùi Ngọc Tiến (2022), “Hồi sức tích cực người bệnh chấn thương sọ não nặng tại đơn vị hồi sức ngoại thần kinh”, *Tạp chí KH&CN Trường Đại học Hòa Bình*, 3(3), 129-131.
6. Lê Hồng Trung, Nguyễn Đạt Anh, Trịnh Văn Đồng (2016), “Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính sọ não ở bệnh nhân chấn thương sọ não nặng”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 10 (1), 75-78.
7. Capizzi A., Woo J., Verduzco-Gutierrez M. (2020), “Traumatic Brain Injury: An Overview of Epidemiology, Pathophysiology, and Medical Management”, *The Medical clinics of North America*, 104(2), 213-238.
8. Glushakova O. Y., Glushakov A.V et al. (2020), “Intracranial Pressure Monitoring in Experimental Traumatic Brain Injury: Implications for Clinical management”, *Journal of Neurotrauma*, 37(22), 2401-2413.
9. Pozzato I., Tate R. L., Rosenkoetter U., Cameron I. D. (2019), “Epidemiology of hospitalised traumatic brain injury in the state of New South Wales, Australia: a population-based study”, *Australian and New Zealand journal of public health*, 43(4), 382-388.

# NGHIÊN CỨU MÔ HÌNH BỆNH TẬT THEO ICD – 10 CỦA BỆNH NHÂN NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2022 - 2023

Tạ Hoàng Thanh Phụng, Trần Văn Lờ, Nguyễn Quang Trinh, Phan Văn Đức Bảo

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Phân tích mô hình bệnh tật, bệnh đồng mắc theo ICD-10 tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ 06/2022 đến 06/2023.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** các bệnh nhân nhập viện nội trú tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 06/2022 đến tháng 06/2023.

**Phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu, mô tả cắt ngang.

**Kết quả:** Tỷ lệ giới tính nhập viện điều trị là tương đương ở cả hai giới. Tỷ lệ nhập viện của nhóm 18-39 và  $\geq 70$  tuổi cao nhất, hình thức nhập chủ yếu qua Khoa Cấp cứu (90%). Về cơ cấu bệnh lý thuộc chương XIX (bệnh chấn thương, ngộ độc và hậu quả của các nguyên nhân bên ngoài) và chương IX (hệ tuần hoàn) chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 15,9% và 15,48%. Bệnh tần suất nhập viện nhiều nhất là tim do tăng huyết áp (4,26%), sốt xuất huyết Dengue (3,21%), nhồi máu não (2,99%). Bệnh đồng mắc chủ yếu là bệnh lý mạch máu não, bệnh tim mạch và đái tháo đường, đáng kể đến là bệnh lao. Nhóm bệnh lý không lây nhiễm chiếm 65%, bệnh lây nhiễm và các bệnh lý chấn thương, ngộ độc tương đương nhau. Tỷ lệ chuyển viện là 1,35%, nhiều nhất là ung thư, chấn thương, bệnh hệ tuần hoàn; chuyển chủ yếu đến Bệnh viện Chợ Rẫy. Nguyên nhân tử vong phổ biến là nhóm bệnh lây nhiễm.

**Kết luận:** mô hình bệnh tật chủ yếu là bệnh không truyền nhiễm, nguyên nhân tử vong phổ biến thuộc nhóm bệnh truyền nhiễm.

## ABSTRACT

### RESEARCHING ON DISEASE PATTERN ACCORDING TO ICD-10 OF INPATIENTS AT AN GIANG CENTER GENERAL HOSPITAL FROM 2022 TO 2023

**Objective:** To analyze the disease pattern and comorbidities according to ICD 10 in An Giang Central General Hospital from June 2022 to June 2023.

**Subjects and research methods:** Inpatients at An Giang Center Hospital from June 2022 to June 2023.

**Research methods:** Retrospective and cross-sectional descriptive studies.

**Result:** The gender ratio of inpatients is equivalent between males and females. The admission rate is highest in groups 18-39 years old and over 70 years old, with the primary admission method being through the Emergency Department (90%). In terms of disease structure, Chapter XIX (injuries, poisoning and certain other consequences of external causes) and Chapter IX (circulatory system) account for the highest percentages of 15.9% and 15.48%, respectively. The most common diseases leading to hospital admission are hypertension (4.26%), dengue fever (3.21%), and stroke (2.99%). Common comorbidities are mainly cerebrovascular disease, cardiovascular disease and diabetes, notably tuberculosis. Non-communicable diseases account for 65%, while communicable diseases and injuries/poisonings account for equivalent percentages. The hospital referral rate is 1.35%, most common for cancer, injuries, and circulatory system diseases; primarily transferred to Cho Ray Hospital. Common causes of death are communicable diseases.

**Conclusion:** The main disease pattern is non-communicable diseases, while common causes of death belong to the group of communicable diseases.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mô hình bệnh tật luôn là mối quan tâm hàng đầu đối với ngành y tế cũng như chính quyền địa phương bởi nó ảnh hưởng trực tiếp tới sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người dân. Xu hướng gia tăng hay giảm của các loại bệnh sẽ đòi hỏi hệ thống y tế phải chủ động triển khai các biện pháp ứng phó phù hợp.

Tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, việc ghi nhận, thống kê bệnh tật điều trị hàng năm sẽ giúp phân tích được xu hướng, từ đó đưa ra các dự báo về tình hình trong thời gian tới. Thông

qua đó, bệnh viện có thể chuẩn bị sẵn sàng các phương án như tăng cường trang thiết bị y tế, nâng cao năng lực điều trị, tổ chức các đợt tầm soát sớm cho các bệnh phổ biến...

Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu cũng sẽ cung cấp thông tin hữu ích cho chính quyền địa phương trong việc hoạch định chính sách y tế cộng đồng, tăng cường các biện pháp phòng ngừa dựa vào yếu tố nguy cơ. Vì vậy, chúng tôi quyết định thực hiện đề tài “Khảo sát mô hình bệnh tật bệnh nhân nội trú từ tháng 06 năm 2022 đến tháng 06 năm 2023 tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang”, với các mục tiêu: Phân tích mô hình bệnh tật nhập viện và mô hình bệnh tật tử vong tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ 06/2022 đến 06/2023

Kết quả nghiên cứu sẽ góp phần nâng cao hiệu quả hoạt động y tế, chăm sóc và bảo vệ sức khỏe người dân tại địa phương..

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

*Tiêu chuẩn chọn:*

- Bệnh nhân trên 16 tuổi.
- Nhập viện điều trị nội trú.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

*Thiết kế nghiên cứu:* hồi cứu, cắt ngang mô tả

*Phương pháp chọn mẫu:* chọn mẫu toàn bộ, tất cả các bệnh nhân thoả mãn tiêu chuẩn chọn được đưa vào nghiên cứu.

### 2.3. Nội dung nghiên cứu

*Các thông tin cần thu thập:* tên, tuổi, giới tính, địa chỉ, thời gian vào viện, thời gian ra viện, mã chẩn đoán ICD chính, mã chẩn đoán ICD kèm theo, kết cục bệnh nhân ra viện

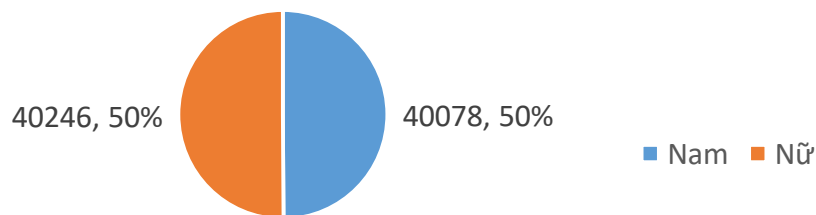
*Nội dung phân tích:* tỉ lệ giới tính, tuổi, tỉ lệ bệnh chính gây tử vong theo bảng mã ICD 10, tỉ lệ các bệnh đồng mắc kèm theo, lượng bệnh tử vong theo khoa phòng, theo thời gian. Bệnh không lây nhiễm bao gồm các mã ICD: C00-C97, D00-D48, D55-D64 (ngoại trừ D 64.9) D65-D89, E03-E07, E10-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98 (ngoại trừ G14), H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, L00-L98, M00-M99, N00-N64, N75-N98, Q00-Q99, R95, U07.0, X41, X42, X44, X45. Bệnh truyền nhiễm: A00-B99, D50-D53, D64.9, E00-E02, E40-E46, E50-E64, G00-G04, G14, H65-H66, J00-J22, N70-N73, O00-O99, P00-P96, U04, U07.1, U07.2, U09.9, U10.9. Chấn thương, ngộ độc và các nguyên nhân bên ngoài: S00-T98, V01-Y89 (ngoại trừ X41-X42, X44-X45), U12.9.

### 2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Xử lý và phân tích số liệu thống kê bằng phần mềm SPSS 26.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỉ lệ phần trăm. Các biến định lượng được mô tả bằng số trung bình và độ lệch chuẩn (nếu phân phối chuẩn), trung vị và khoảng tứ phân vị (nếu phân phối không chuẩn). Kiểm định trung bình bằng One – Sample T Test, One – Way ANOVA. Giá trị p được xem là có ý nghĩa thống kê ở mức <0,05.

## III. KẾT QUẢ

Qua khảo sát hồ sơ bệnh nhân nhập viện điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang từ 01/01/2022 đến 30/06/2022 thu được 80.415 hồ sơ bệnh án, trong đó có 91 trường hợp không đủ (< 16 tuổi), còn 80.324 bệnh nhân, chúng tôi ghi nhận kết quả như sau:



**Biểu đồ 1: Đặc điểm phân bố theo giới tính**

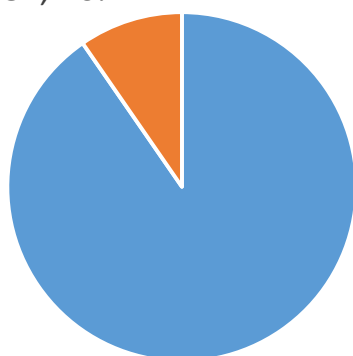
**Nhận xét:** tỉ lệ phân bố giới tính của bệnh nhân nhập viện nội trú tương đồng ở cả hai giới nam và nữ.

**Bảng 1: Phân bố nhóm độ tuổi theo giới tính**

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	Số người	Tỷ lệ (%)	Số người	Tỷ lệ (%)	Số người	Tỷ lệ (%)
16-39	10926	27.3%	8349	20.7%	19275	24.0%
40-49	6187	15.4%	4905	12.2%	11092	13.8%
50-59	8049	20.1%	7427	18.5%	15476	19.3%
60-69	6284	15.7%	8567	21.3%	14851	18.5%
> 70	8632	21.5%	10998	27.3%	19630	24.4%
	40078	100%	40246	100.0%	80324	100.0%

**Nhận xét:** Về cơ cấu độ tuổi đối với nam giới, nhóm tuổi chiếm tỉ lệ lớn nhất là từ 50-59 tuổi, chiếm 20,1%. Nhóm tuổi ít nhất là từ 40-49 tuổi, chiếm 15,4%. Đối với nữ giới, nhóm tuổi đông nhất là trên 70 tuổi, chiếm 27,4%. Nhóm tuổi ít nhất từ 40-49 tuổi, chiếm 12,2%. Nhìn chung, nhóm tuổi trên 70 chiếm tỷ lệ cao nhất trong tổng số, là 24,4%.

7737, 10%



■ Khoa Cấp cứu  
■ Khoa Khám bệnh

72587, 90%

**Biểu đồ 2: Phương thức nhập viện điều trị**

**Nhận xét:** đa số các trường hợp nhập viện điều trị nội trú từ khoa Cấp cứu (90%), chỉ có khoảng 10% bệnh nhân nhập viện điều trị nội trú từ Khoa khám bệnh.

**Bảng 2: Các khoa có số bệnh nhân nhập viện từ Khoa khám bệnh chiếm tỉ lệ cao:**

	Khoa Cấp cứu	Khoa Khám bệnh	Tỉ lệ
KHOA MẮT	325	631	66.00%
KHOA RĂNG HÀM MẶT	615	790	56.23%
KHOA TAI MŨI HỌNG	700	777	52.61%
KHOA NỘI A	269	274	50.46%
KHOA UNG BƯỚU	1912	1401	42.29%

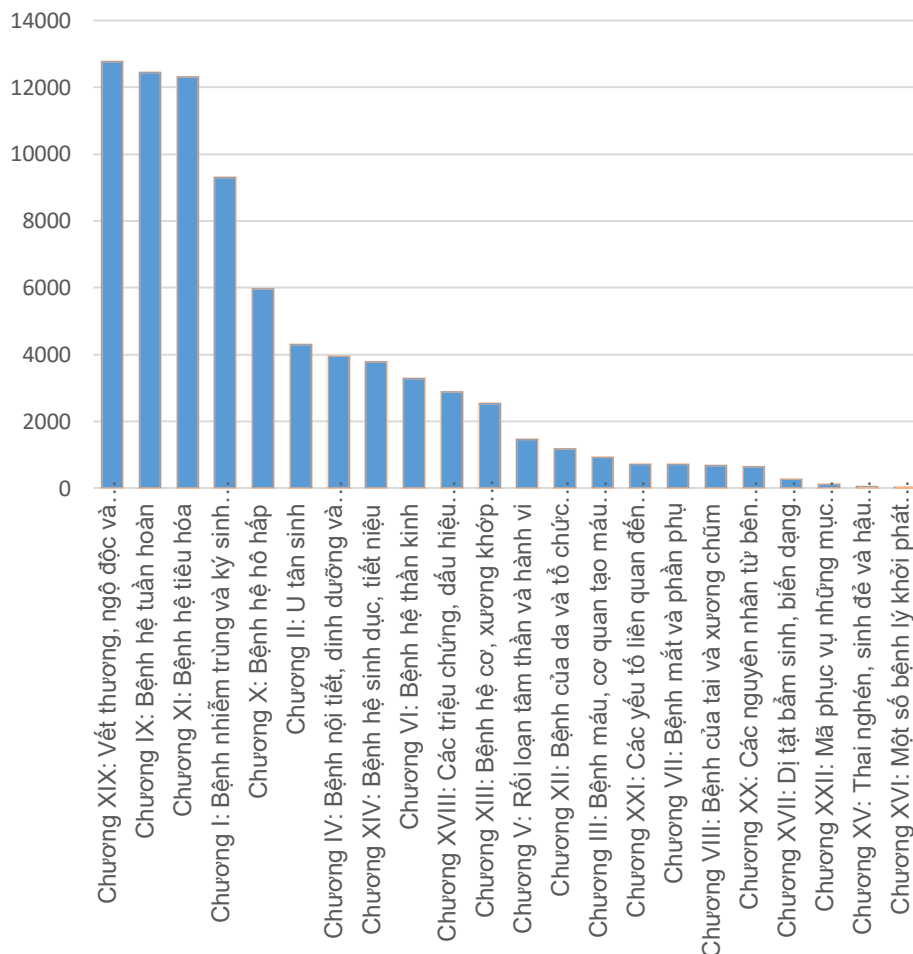
**Nhận xét:** tỉ lệ bệnh nhân nhập viện từ Khoa khám bệnh chiếm tỉ lệ cao đứng đầu là các khoa thuộc Chuyên khoa lẻ như Khoa Mắt (66%), khoa Răng hàm mặt (56,23%), Tai mũi họng (52,61%). Kế đến là khoa Nội A (50,46%) và khoa Ung bướu (42,29%).

**Bảng 3: Các bệnh nhập viện chiếm tỉ lệ cao**

STT	Mã ICD	Tên bệnh	Số lượt	Phần trăm
1	I11	Bệnh tim do tăng huyết áp	3418	4.26%
2	A97	Sốt xuất huyết Dengue	2582	3.21%
3	I63	Nhồi máu não	2401	2.99%
4	K29	Viêm dạ dày và tá tràng	2395	2.98%
5	E11	Bệnh đái tháo đường không phụ thuộc insuline	2319	2.89%
6	I50	Suy tim	2241	2.79%
7	A41	Nhiễm trùng khác	1966	2.45%
8	R57	Sốc chưa được phân loại ở phần khác	1612	2.01%
9	G45	Cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua và hội chứng liên quan	1601	1.99%
10	K35	Viêm ruột thừa cấp	1514	1.88%
11	T00	Tổn thương nông tác động nhiều vùng cơ thể	1461	1.82%

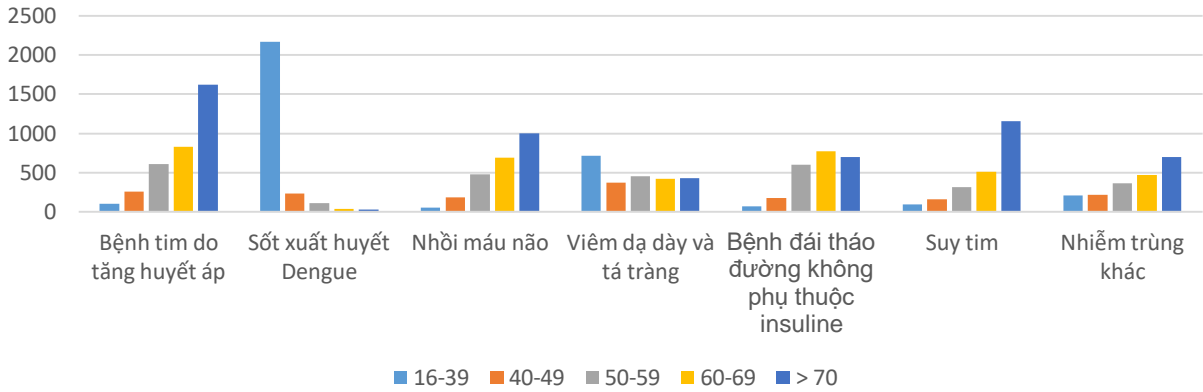
12	J15	Viêm phổi do vi khuẩn, chưa được phân loại nơi khác	1451	1.81%
13	S00	Tổn thương nông ở đầu	1378	1.72%
14	A04	Nhiễm trùng đường ruột do vi khuẩn khác	1305	1.62%
15	I21	Nhồi máu cơ tim cấp	1226	1.53%
16	J44	Các bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính khác	1196	1.49%
17	K30	Khó tiêu chức năng	1187	1.48%
18	N20	Sỏi thận và niệu quản	1168	1.45%
19	M47	thoái hóa cột sống	1051	1.31%
20	K25	Loét dạ dày	1002	1.25%

**Nhận xét:** bệnh nhân nhập viện vì Bệnh tim do tăng huyết áp chiếm tỉ lệ cao nhất (3418 lượt) kế đến là Sốt xuất huyết Dengue (2582 lượt) và nhồi máu não (2401 lượt).



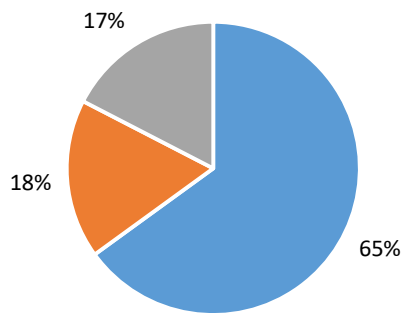
### Biểu đồ 3: Phân bố bệnh tật nhập viện theo Chương bệnh

**Nhận xét:** Tỉ lệ bệnh nhập viện do vết thương, ngộ độc và hậu quả của một số nguyên nhân từ bên ngoài chiếm tỉ lệ cao (12,772 lượt, 15,9%), kế đến là bệnh lý tuần hoàn (12,442 lượt, 15,48%), tiêu hoá (12,309 lượt, 15,32%), bệnh nhiễm trùng (9,309 lượt, 11,58%), bệnh hô hấp, U tân sinh và Nội tiết, chuyển hoá.



#### Biểu đồ 4: Phân bố các nhóm tuổi ở một số bệnh có tần suất nhập viện cao

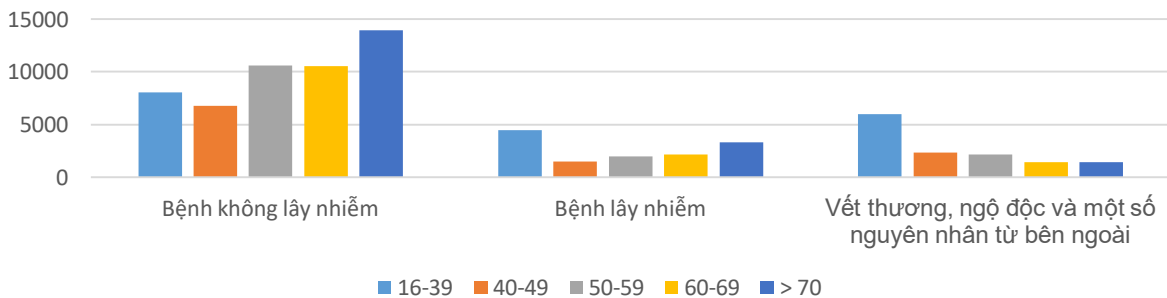
**Nhận xét:** trong các bệnh có tần suất nhập viện cao chủ yếu rơi vào nhóm dân số cao tuổi (> 70 tuổi), riêng bệnh lý sốt xuất huyết Dengue nổi trội ở nhóm tuổi 16 – 39.



- Bệnh không lây nhiễm
- Bệnh lây nhiễm
- Vết thương, ngộ độc và một số nguyên nhân từ bên ngoài

#### Biểu đồ 5: Mô hình bệnh tật theo nhóm

**Nhận xét:** nhóm các bệnh không lây nhiễm chiếm tỷ lệ cao nhất (65%), hai nhóm bệnh lây nhiễm và bệnh liên quan đến vết thương, ngộ độc và một số nguyên nhân từ bên ngoài chiếm tỉ lệ gần như tương đương nhau (lần lượt là 18%, 17%).



#### Biểu đồ 6: Phân bố nhóm bệnh theo lứa tuổi

**Nhận xét:** nhóm bệnh không lây nhiễm chiếm tần suất cao nhất ở mọi lứa tuổi. Bệnh lây nhiễm tần suất cao ở người trẻ (16 – 39 tuổi) và nhóm người lớn tuổi (> 70 tuổi). Nhóm bệnh do Vết thương, ngộ độc và một số nguyên nhân từ bên ngoài chiếm tỉ lệ cao ở nhóm trẻ tuổi (18 – 39) sau đó giảm dần theo tuổi.

**Bảng 4: phân bố bệnh đồng mắc**

STT	Mã ICD	Tên bệnh	Số lượng
1	I60-I69	Bệnh mạch máu não	3288
2	I30-I52	Thở bệnh tim khác	2405
3	E10-E14	Đái tháo đường	2351
4	M40-M54	Bệnh cột sống	1694
5	A15-A19	Bệnh lao	1623
6	I20-I25	Bệnh tim thiếu máu cục bộ	1448
7	J40-J47	Các bệnh hô hấp dưới mãn tính	1433
8	J30-J39	Các bệnh khác của đường hô hấp trên	858
9	K70-K77	Bệnh của gan	505

**Nhận xét:** Bệnh đồng mắc có tần suất gặp thường xuyên nhất là Bệnh mạch máu não, sau đó là Thở bệnh tim khác và Đái tháo đường.

**Bảng 5: Các bệnh tái nhập viện trong thời gian 24 giờ**

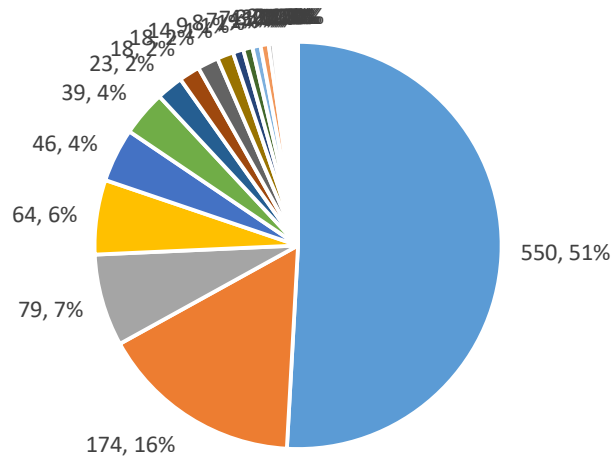
1	Bệnh tái nhập viện trong 24 giờ	385	0,48%
2	Tổng số bệnh nhân	80324	

**Nhận xét:** số lượt bệnh nhân cần nhập viện trên tổng số 80324 là 385 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ khá thấp (0,48%)

**Bảng 6: Các chương chuyển viện**

STT	Mã Chương	Tên Chương	Số lượng	Phần trăm
1	II	U tân sinh	276	25.5%
2	XIX	Vết thương, ngộ độc và hậu quả của một số nguyên nhân từ bên ngoài	190	17.6%
3	IX	Bệnh hệ tuần hoàn	165	15.3%
4	XI	Bệnh hệ tiêu hóa	70	6.5%
5	I	Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng	59	5.5%
6	XIV	Bệnh hệ sinh dục, tiết niệu	48	4.4%
7	X	Bệnh hệ hô hấp	47	4.3%
8	XVIII	Các triệu chứng, dấu hiệu và những bất thường lâm sàng, cận lâm sàng chưa được phân loại ở nơi khác	38	3.5%
9	VI	Bệnh hệ thần kinh	36	3.3%
10	XII	Bệnh của da và tổ chức dưới da	28	2.6%
11	XIII	Bệnh hệ cơ, xương khớp và mô liên kết	27	2.5%
12	III	Bệnh máu, cơ quan tạo máu và các rối loạn liên quan đến cơ chế miễn dịch	27	2.5%
13	XV	Thai nghén, sinh đẻ và hậu sản	27	2.5%
14	XVII	Dị tật bẩm sinh, biến dạng và bất thường về nhiễm sắc thể	19	1.8%
15	IV	Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa	10	0.9%
16	XXI	Các yếu tố liên quan đến tình trạng sức khỏe và tìm kiếm dịch vụ y tế	3	0.3%
17	V	Rối loạn tâm thần và hành vi	3	0.3%
18	XX	Các nguyên nhân từ bên ngoài của bệnh tật và tử vong	3	0.3%
19	XXII	Mã phục vụ những mục đích đặc biệt	2	0.2%
20	VIII	Bệnh của tai và xương chũm	2	0.2%
21	XVI	Một số bệnh lý khởi phát trong thời kỳ chu sinh	1	0.1%





- Bệnh Viện Chợ Rẫy - Tp. Hồ Chí Minh
- Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ
- Bệnh viện sản nhi An Giang
- Bệnh Viện Phạm Ngọc Thạch - TP.HCM
- Bệnh Viện Ung Bướu - Tp. Hồ Chí Minh
- Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ
- Bệnh Viện Đại Học Y Dược TPHCM
- Bệnh viện Huyết học - Truyền máu Cần Thơ
- Bệnh viện đa khoa quốc tế SIS Cần Thơ
- Bệnh Viện Chấn Thương Chỉnh Hình - Tp.Hồ Chí Minh
- Bệnh Viện Nhân Dân 115
- Bệnh Viện Truyền Máu Huyết Học - Tp.Hồ Chí Minh
- Bệnh Viện Thống Nhất TP. Hồ Chí Minh
- Bệnh Viện Bình Dân - TP.HCM
- BV Lao và Bệnh phổi thành phố Cần Thơ
- Bệnh Viện Tim Tâm Đức TP.HCM
- Bệnh viện Răng-Hàm-Mặt Trung ương TP.HCM
- Bệnh Viện bệnh Nhiệt Đới
- Bệnh viện trường đại học y dược Cần Thơ
- Bệnh Viện Tâm Thần Tiền Giang
- Bệnh viện Tim Mạch An Giang
- Bệnh viện Tâm Thần Tp. Hồ Chí Minh
- Bệnh Viện RHM Trung Ương
- Bệnh Viện Răng Hàm Mặt - Tp.Hồ Chí Minh
- Bệnh Viện Quân Y 175

**Biểu đồ 7: Phân bố chuyển viện**

**Nhận xét:** chuyển viện chiếm tỉ lệ cao nhất là Bệnh viện Chợ Rẫy – Tp Hồ Chí Minh (550 lượt, chiếm 51%), kế đến là bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ (174 lượt, chiếm 16%), sau đó là Bệnh viện Sản Nhi An Giang (7%).

Bảng: nguyên nhân tử vong

**Bảng 7: Phân bố tử vong theo tên loại**

STT	Mã ICD	Tên loại	Số lượng
1	R57	Sốc chưa được phân loại ở phần khác	788
1.1	R57.0	Sốc tim	31
1.2	R57.1	Sốc giảm thể tích	8
1.3	R57.2	Sốc nhiễm khuẩn	724
1.4	R57.8	Sốc khác	8
1.5	R57.9	Sốc không đặc hiệu	17
2	R99	Nguyên nhân tử vong không xác định khác và bệnh xác định không đặc hiệu khác	210
3	I46	Ngưng tim	168
4	I61	Xuất huyết nội sọ	129
5	S06	Tổn thương nội sọ	76
6	J18	Viêm phổi, tác nhân không xác định	69
7	A41	Nhiễm trùng khác	58
8	I21	Nhồi máu cơ tim cấp	44
9	J15	Viêm phổi do vi khuẩn, chưa được phân loại nơi khác	41
10	I63	Nhồi máu não	39

**Nhận xét:** bệnh lý dẫn đến tử vong chiếm tần suất cao nhất thuộc phân loại R57, cụ thể sốc nhiễm khuẩn chiếm tỉ lệ cao (724 trường hợp), kế đến là Nguyên nhân tử vong không xác định khác và bệnh xác định không đặc hiệu khác (210 trường hợp), kế đến là ngưng tim (168 trường hợp), xuất huyết nội sọ (129 trường hợp).

#### IV. BÀN LUẬN

Tổng số bệnh nhân nhập viện điều trị nội trú từ tháng 06/2022 đến tháng 06/2023 là 80,324 hồ sơ, chúng tôi nhận thấy số bệnh nhân nam và nữ được khám chữa tại bệnh viện là tương đương nhau (50%), kết quả này khác biệt so với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Tùng với tỉ lệ nam/nữ 58,3% / 41,7%.<sup>1</sup> Kết quả phân bố tần suất nhập viện ở Nam và nữ tương đương nhau tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, phần nào phản ánh tình hình sức khỏe giữa hai giới trong một mức độ nào đó là cân bằng. Mặc khác, sự cân bằng về giới tính cho thấy cơ hội tiếp cận dịch vụ y tế của nam và nữ là tương đối bình đẳng, không có sự phân biệt giới. Điều này cũng phản ánh nhận thức và nhận thức của cộng đồng về tầm quan trọng của sức khỏe phụ nữ cũng như nam giới. Kết quả này có thể là kết quả của việc nâng cao dịch vụ y tế, cải thiện chăm sóc sức khỏe ban đầu ở cả hai giới. Đây có thể coi là dấu hiệu tốt về mặt bình đẳng giới cũng như hiệu quả của hoạt động y tế tại địa phương.

Nhóm tuổi nhập viện ở người trẻ (18 – 39 tuổi) và người già (> 70 tuổi) có xu hướng tăng cao hơn các nhóm tuổi còn lại (cả hai nhóm chiếm 48,4%), tuy nhiên chênh lệch không nhiều.

Hình thức nhập viện đa số bệnh nhân nhập viện qua Khoa Cấp cứu (tương đương gần 200 lượt bệnh nhập viện từ khoa Cấp cứu mỗi ngày), chỉ 10% lượng bệnh nhân nhập viện điều trị nội trú qua Khoa khám bệnh. Điều này giúp giải thích phần nào tình trạng quá tải thường xuyên tại Khoa Cấp cứu; một phần do sự lo lắng quá mức của thân nhân, bệnh nhân và chưa nhận biết đúng vai trò của Khoa khám bệnh và khoa Cấp cứu. Mặc khác, có thể do nguyên nhân chủ quan với bệnh tật, không khám bệnh và điều trị kịp thời lúc bệnh đang giai đoạn khởi phát, dẫn đến bệnh trở nặng phải nhập trong tình trạng cấp cứu. Riêng các khoa có lượt bệnh nhân nhập viện từ Khoa khám bệnh chiếm tỉ lệ cao là các khoa thuộc chuyên khoa lẻ, Nội A, khoa Ung bướu.

Tình hình phân bố bệnh tật theo chương bệnh, Chương chiếm tỉ lệ cao nhất là Chương XIX: Vết thương, ngộ độc và hậu quả của một số nguyên nhân từ bên ngoài (15,9%), kế đến Bệnh lý hệ tuần hoàn (15,48%). Kết quả này có sự khác biệt so với kết quả nghiên cứu của những nơi khác như: nghiên cứu của Đàm Quang Tùng<sup>2</sup> tỉ lệ cao nhất Chương X: Bệnh hệ hô hấp (18,9%) kế đến Chương XIX: chấn thương, ngộ độc và các nguyên nhân bên ngoài; nghiên

cứ của Bùi Thị Ngọc Tú<sup>3</sup> với Bệnh hệ tuần hoàn chiếm tỉ lệ cao nhất (27,34%); nghiên cứu của Dương Phúc Lam bệnh Tiêu hoá chiếm tỉ lệ cao nhất (16,1%). Điều này cho thấy phân bố, gánh nặng bệnh tật, vấn đề sức khoẻ ưu tiên ở mỗi vùng địa lý có sự khác nhau rõ rệt. Điều này có thể do đặc điểm dân số, môi trường sống, lối sống ở từng địa phương khác nhau dẫn đến cấu trúc bệnh tật khác nhau.

Các bệnh có tần suất nhập viện cao nhất là Bệnh tim do tăng huyết áp (3418 lượt, 4,26%) kế đến Sốt xuất huyết Dengue (2582 lượt, 3,21%), Nhồi máu não (2401 lượt, 2,99%). Kết quả này có sự khác biệt so với những nghiên cứu khác như: nghiên cứu của Đàm Quang Tùng thực hiện ở Bệnh viện Lê Lợi – Vũng Tàu cho thấy tỉ lệ bệnh nhân nhập viện vì viêm phổi chiếm tỉ lệ cao nhất (7,3%), nhưng tương đồng ở vị trí thứ 2 có tần suất nhập viện cao là Sốt xuất huyết Dengue (3,5%); nghiên cứu của Nguyễn Thanh Tùng<sup>1</sup> tại Bệnh viện 198 Bộ Công An cho thấy tần suất cao nhất do bệnh Sốt xuất huyết Dengue (12,07%), sau đó bệnh lý U tân sinh (7%). Nhìn chung, bệnh Sốt xuất huyết Dengue đều chiếm tỉ lệ cao trong các nghiên cứu.

Kết quả phân bố độ tuổi ở các bệnh lý có tần suất nhập viện cao cho thấy hầu hết các bệnh lý có tần suất nhập viện cao gia tăng theo tuổi, riêng bệnh lý sốt xuất huyết chiếm đa số ở nhóm dân số 16 – 39 tuổi và giảm mạnh qua các độ tuổi khác; Bệnh lý viêm dạ dày xuất hiện cao ở nhóm dân số trẻ 16 – 39 sau đó giảm và có sự tương đồng ở các nhóm tuổi còn lại. Điều này có thể giải thích do đây là nhóm tuổi trưởng thành, có nhiều hoạt động học tập/lao động nên công việc căng thẳng, mệt mỏi, stress; đồng thời có nhiều thói quen ăn uống không điều độ, thích đồ ăn nhanh, cay, ngọt, thức ăn nhanh làm tổn hại niêm mạc dạ dày. Bệnh đái tháo đường tăng mạnh khi bước qua độ tuổi 50, các bệnh lý tim mạch, nhiễm trùng tăng dần theo tuổi phù hợp với các gánh nặng bệnh không lây nhiễm tăng dần theo tuổi tác.

Kết quả phân bố theo nhóm bệnh tật cho thấy bệnh không lây nhiễm chiếm tỉ lệ cao nhất (65%), kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Nguyễn Thanh Tùng<sup>1</sup>. Cho thấy sự chuyển dịch cơ cấu bệnh tật từ bệnh lây nhiễm sang bệnh lý không lây nhiễm. Đây có thể một phần do quá trình chuyển dịch cơ cấu bệnh tật theo xu hướng công nghiệp hóa, đô thị hóa; lối sống tĩnh tại, ít vận động, chế độ dinh dưỡng kém, môi trường ô nhiễm góp phần gia tăng bệnh không lây nhiễm. Đồng thời cũng là kết quả của quá trình kiểm soát tốt các bệnh lý truyền nhiễm, công tác dự phòng, tiêm chủng, quản lý sử dụng kháng sinh...

Bệnh đồng mắc chiếm tần suất cao nhất là bệnh mạch máu não, bệnh tim mạch và đái tháo đường, đây cũng là các bệnh không lây nhiễm chiếm tỉ lệ cao hiện nay. Đáng kể đến bệnh lao chiếm vị trí thứ 5 trong các bệnh đồng mắc, An Giang là một trong những địa phương có nguy cơ dịch tễ học cao về bệnh lao.

Tổng số chuyển viện 1081, chiếm tỉ lệ 1,35% nhiều nhất là bệnh lý U tân sinh, bệnh viện được chuyển nhiều nhất là Bệnh viện Chợ Rẫy Tp Hồ Chí Minh

Các bệnh lý tử vong hầu hết đứng đầu là các bệnh lý lây nhiễm, tuy phân bố mô hình bệnh tật chủ yếu các bệnh không lây nhiễm cụ thể là các bệnh lý về nhiễm khuẩn.

## **V. KẾT LUẬN**

Tỉ lệ giới tính nhập viện điều trị là tương đương ở cả hai giới. Tỉ lệ nhập viện của nhóm 18-39 và  $\geq 70$  tuổi cao nhất, hình thức nhập chủ yếu qua Khoa Cấp cứu (90%). Về cơ cấu bệnh lý thuộc chương XIX (bệnh chấn thương, ngộ độc và hậu quả của các nguyên nhân bên ngoài) và chương IX (hệ tuần hoàn) chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 15,9% và 15,48%. Bệnh tần suất nhập viện nhiều nhất là tim do tăng huyết áp (4,26%), sốt xuất huyết Dengue (3,21%), nhồi máu não (2,99%). Bệnh đồng mắc chủ yếu là bệnh lý mạch máu não, bệnh tim mạch và đái tháo đường, đáng kể đến là bệnh lao. Nhóm bệnh lý không lây nhiễm chiếm 65%, bệnh lây nhiễm và các bệnh lý chấn thương, ngộ độc tương đương nhau. Tỉ lệ chuyển viện là 1,35%, nhiều nhất là ung thư, chấn thương, bệnh hệ tuần hoàn; chuyển chủ yếu đến Bệnh viện Chợ Rẫy. Nguyên nhân tử vong phổ biến là nhóm bệnh lây nhiễm.

## **VI. KIẾN NGHỊ ĐỀ XUẤT**

- Qua phân tích các bệnh lý nhập viện và các bệnh lý dẫn đến tử vong, từ kết quả thu được như trên, chúng tôi có những kiến nghị sau:

- + Nâng cao nhận thức cộng đồng về lối sống lành mạnh, khám sức khỏe thường xuyên để phát hiện sớm bệnh không lây nhiễm.
- + Đẩy mạnh phòng, chống các bệnh tim mạch, đột quy thông qua cải thiện lối sống và kiểm soát các yếu tố nguy cơ.
- + Cải tạo hệ thống y tế cơ sở, đầu tư trang thiết bị, nhân viên y tế ở Khoa Cấp cứu để nâng cao chất lượng khám, chẩn đoán và xử trí ban đầu cho bệnh nhân, đáp ứng nhu cầu.
- + Tăng cường triển khai có hiệu quả các chương trình phòng chống lao.
- + Tăng cường tuyên truyền, hướng dẫn người dân các biện pháp phòng ngừa tai nạn thương tích như đội mũ bảo hiểm khi đi mô tô, thực hiện an toàn lao động...
- + Xây dựng lực lượng ứng cứu tai nạn, thương tích nhanh và kịp thời để cấp cứu bệnh nhân.
- + Tăng cường công tác dự báo, chòng chống dịch sốt xuất huyết. Bố trí đủ phòng cách ly, giường bệnh dành cho bệnh nhân sốt xuất huyết khi số ca mắc gia tăng.
- + Tăng cường phòng nhiễm khuẩn, lây nhiễm chéo trong bệnh viện: giám sát tỉ lệ vệ sinh tay nhân viên y tế; đẩy mạnh tập huấn, giám sát các quy trình chuyên môn của cả bác sĩ lẫn điều dưỡng trong thực hiện các phẫu thuật, thủ thuật, đặc biệt là các thủ thuật được thực hiện trực tiếp tại giường bệnh.
- + Tăng cường công tác giám sát kháng sinh, sử dụng kháng sinh hợp lý; đề cao vai trò của ban chủ nhiệm khoa trong vấn đề giám sát kháng sinh.
- + Thành lập phác đồ, các quy trình chuyên môn về điều trị và các ly khi phát hiện các trường hợp nhiễm khuẩn đa kháng thuốc.
- + Tăng cường công tác vi sinh lâm sàng.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Thanh Tung N, Van Hien N, Thi My An N, Dang Tuan M. Disease Pattern of Hospitalization in 198 Hospital in 2019 according to the ICD-10 System. 2021-12-07 2021;37(4)doi:10.25073/2588-1132/vnumps.4340
2. Tùng ĐQ. Nghiên cứu mô hình bệnh tật của bệnh nhân nội trú tại bệnh viện Lê Lợi thành phố Vũng tàu từ năm 2017 đến 2021. 2022;(54):118-124.
3. Tú BTN. Nghiên cứu tình hình bệnh tật theo ICD10 và các loại cận lâm sàng được thực hiện ngoại trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Sóc Trăng năm 2020. 2021;(37):117-124.
4. Quyết định số 4469/QĐ-BYT ngày 28/10/2020 của Bộ Y tế về việc ban hành “Bảng phân loại Quốc tế mã hoá bệnh tật, nguyên nhân tử vong ICD – 10” và “Hướng dẫn mã hoá bệnh tật theo ICD – 10” tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

# NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP CHẤN THƯƠNG XUYÊN CHỘT NHÃN CẦU KÈM THEO DỊ VẬT NỘI NHÃN

Lê Thị Thanh Trúc

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** giới thiệu một trường hợp chấn thương xuyên chột nhãn cầu và dị vật nội nhãn.

**Thiết kế:** nhân một trường hợp lâm sàng được chẩn đoán và can thiệp.

**Biện pháp chẩn đoán:** các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng và bệnh sử.

**Biện pháp can thiệp:** phẫu thuật lấy dị vật. **Kết quả:** lâm sàng cải thiện nhưng thị lực không phục hồi.

## ABSTRACT

### CASE REPORT: FOREIGN BODY INTO THE ORBIT

**Objectives:** present a case of penetrating eyeball injury and intraocular foreign body.

**Design and methods:** a clinical case was diagnosed and intervened. **Diagnostic measures:** clinical and subclinical signs and medical history. **Interventions:** surgery to remove foreign bodies.

**Results:** clinical improvement but visual acuity did not recover.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật nội nhãn do chấn thương xuyên thủng thường gây tổn hại trầm trọng cho mắt cũng như thị lực. Trong trường hợp dị vật cản quang có thể xác định bằng chụp X-quang [1], trường hợp dị vật không cản quang có thể dùng siêu âm [2], [3], dùng chụp điện toán cắt lớp [4]. Điều trị ngoại khoa bao gồm phẫu thuật lấy dị vật, phục hồi các tổn thương và điều trị nội khoa các biến chứng như nhiễm trùng [5],[6]. Xử trí ban đầu trong đó có can thiệp lấy dị vật càng sớm càng tốt để giảm thiểu biến chứng cũng như theo dõi sát để tránh bỏ sót trong chẩn đoán nhất là trong trường hợp bệnh nhân đến trễ không thấy dấu vết dị vật góp phần thành công trong điều trị. Bài này báo cáo một trường hợp dị vật là đinh hình chữ U đâm vào mắt trái gây chảy máu nhiều, được chẩn đoán và phẫu thuật cấp cứu lấy dị vật cấp cứu ngay sau đó.

### II. TRÌNH BÀY BỆNH ÁN

Bệnh nhân nam, 39 tuổi, ở Thoại Sơn, An Giang đến nhập viện cấp cứu tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang lúc 11 giờ 50 ngày 20/06/2023 trong tình trạng mắt trái: mù, đau nhức và chảy máu.

Qua quá trình khai thác bệnh sử ghi nhận: bệnh nhân nam 39 tuổi, đang bị quản giáo tại trại giam. Sau khi sử dụng súng khí nén bắn đinh dạng chữ U, bệnh nhân không cẩn thận đặt dụng cụ xuống, bị cướp cò súng, bắn thẳng đinh chữ U vào mắt trái, sau đó đau nhức, chảy máu nhiều, được băng mắt bằng gạc tạm thời và chuyển đến khoa cấp cứu bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang

- Tiền sử: bệnh nhân không có tiền căn chấn thương gì trước đó.

- Khám lúc nhập viện:

Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc được, tổng quát: sơ bộ không phát hiện gì bất thường,

Khám mắt:

Mắt trái phù nề nhiều, không có vết thương tại mi, chảy máu qua khe mi, xuất huyết kết mạc kèm phù toàn bộ, giác mạc phù mờ. Rách giác mạc tại vị trí khoảng 3h kéo dài đến 6h, rách củng mạc tại vị trí 3h, kèm dị vật kim loại thấy được khoảng 10mm, dị vật nằm nghiêng, một nửa ngoài nằm ngoài nhãn cầu, một nửa trong nằm trong tiền phòng. Phôi dịch kính và mỏng mắt tại chân vết rách. Máu đông khoảng ¼ dưới tiền phòng, đồng tử dẫn, PXAS (-). Thị lực: Mắt trái ST (-). Mắt phải không tổn thương, thị lực 10/10. Bệnh nhân không dấu hiệu tổn thương thần kinh khu trú.



**Hình 1. Dị vật xuyên nhãn cầu định hình chữ U**

1. Các xét nghiệm cận lâm sàng

- Điện tâm đồ: Nhịp xoang đều 50 lần/phút.
- Xquang ngực thẳng: Hình ảnh Xquang tim phổi bình thường.
- Xquang hốc mắt T thẳng/ngiêng: Dị vật cản quang đậm độ kim loại mắt (T).



**Hình 2. Xquang hốc mắt (T) dị vật cản quang đậm độ kim loại**

Kết luận: Dị vật nội nhãn mắt (T)/Tai nạn sinh hoạt.

Xử trí: Mổ lấy dị vật nội nhãn. Khâu giác mạc, củng mạc.

Bệnh nhân được xử trí bao gồm: ổn định nội khoa, sử dụng kháng sinh toàn thân đường tĩnh mạch, thực hiện một số cận lâm sàng tổng quát, và chuyển mổ cấp cứu ngay ..

2. Tường trình phẫu thuật

- Tiến hành:
  - + Gây tê tại chỗ.
  - + Rửa sạch mép rách giác củng mạc.
  - + Cắt lọc màng mắt dập.
  - + Cắt lọc dịch kính.

+ Lấy được một dị vật hình chữ U bằng kim loại dài khoảng 12mm, chiều ngang khoảng 10mm, chiều dày dị vật khoảng 2mm. Hai đầu ghim vào trong dịch kính. Vết rách được rửa sạch, cắt lọc tổ chức nội nhãn vùng vết rách, khâu giác mạc và củng mạc bằng chỉ 10-0. Tiền phòng được tái tạo. Tra pomade, băng mắt, chuyển khoa.



Hình 3. Hình ảnh thực tế về dị vật hóc mắt là một đinh kim loại hình chữ U

Sau phẫu thuật, người bệnh được dùng kháng sinh, giảm đau, kháng viêm và vệ sinh mắt. Bệnh nhân được theo dõi và xuất viện sau 01 ngày, do yêu cầu từ trại giam. Lúc xuất viện mắt trái yên, vết khâu kín, tiền phòng tái tạo, nhưng thị lực không phục hồi.

### III. NHẬN XÉT – BÀN LUẬN

Đây là trường hợp dị vật nội nhãn nguyên nhân do súng nổ, với mảnh kim loại hình chữ U xuyên qua giác mạc và củng mạc, ghim sâu vào dịch kính với diện tích tổn thương khá rộng chiếm gần 1/2 diện tích bề mặt giác mạc đặc biệt là vùng giác mạc trung tâm kèm theo bong nhiệt gây giảm thị lực trầm trọng.

Bệnh nhân trên được chẩn đoán kịp thời dựa theo cơ chế chấn thương và bệnh sử nên được chỉ định phẫu thuật lấy dị vật đúng lúc. Đối với những trường hợp bệnh nhân đến trễ với biến chứng và không thấy được dị vật: phải khai thác kỹ bệnh sử, kết hợp với các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng nhất là dị vật không cản quang, tiến hành phẫu thuật để phát hiện và lấy dị vật có kết quả tốt.

Đối với một số trường hợp dị vật xuyên hóc mắt như: Vỡ nhãn cầu; Xuyên trần hóc mắt vào não; Xuyên xoang bướm: tổn thương động mạch cảnh trong, gây tổn thương thần kinh thị trong ống thị, rò dịch não tủy, nhiễm trùng não màng não; Biến cố nguy hiểm nhất là chảy máu động mạch cảnh trong khi rút dị vật. Vì vậy, để phòng ngừa biến cố có thể xảy ra cho người bệnh: Khảo sát kỹ đầy đủ về hướng xuyên của dị vật. Khi lấy dị vật phải dứt khoát và theo hướng của dị vật, không lắc, không đung đưa làm lỏng đầu dị vật, nếu đầu dị vật gần với động mạch cảnh trong, cần lấy dị vật tại phòng DSA. Từ đó, có thể thấy vai trò phối hợp các chuyên khoa để xử trí đảm bảo an toàn người bệnh khi lấy dị vật trong mắt là vô cùng cần thiết.

Đối với dị vật hóc mắt nếu không được xử trí kịp thời có thể dẫn đến thương tật vĩnh viễn như mù lòa, gây tổn thương thần kinh thậm chí các trường hợp dị vật đâm sâu và phức tạp có thể gây ra các biến chứng nghiêm trọng dẫn đến tử vong. Nguyên nhân chủ yếu do việc thiếu tuân thủ các biện pháp an toàn lao động khi thực hiện các thao tác công việc trong lao động, sinh hoạt hằng ngày.

Đối với các thao tác liên quan đến vật sắc nhọn, có tình trạng căng dây kết nối đầu các vật nhọn khi lao động, sinh hoạt cần phải trang bị các phương tiện phòng hộ như kính bảo hộ, nón bảo

hộ có tầm chắn và đặc biệt lưu ý cần tuyệt đối tuân thủ khuyến cáo về an toàn khi thao tác, lao động để phòng tránh các sự cố dị vật trong mắt như trường hợp chia sẻ nêu trên.

#### **IV. KẾT LUẬN**

Xử trí ban đầu và theo dõi sát mỗi ngày bệnh nhân có dị vật trong mắt có vai trò quan trọng để can thiệp lấy dị vật càng sớm càng tốt, giảm thiểu biến chứng góp phần thành công trong điều trị. Phẫu thuật nên tiến hành ở những bệnh viện chuyên khoa Mắt, nơi có chuyên khoa sâu, máy móc hiện đại, kỹ thuật cao và có sự phối hợp đồng bộ về chẩn đoán và điều trị giữa nhiều chuyên khoa như bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Glyn Lloyd, Radiology & The Orbit, in: Clinical Ophthalmology, Wright, Bristol 1987:87-96
2. Cynthia J.Kendall, Ophthalmic Echography, Slack 1990.
3. Marie Restori, Ultrasonography of the Eye & Orbit, in: Clinical Ophthalmology, Wright, Bristol 1987:81-86.
4. Patrick De Potier, Orbital Imaging in: Ophthalmology Secrets, Henley& Belfus 1998:231-233.
5. James F Vander Janice A.Gault, Ophthalmology Secrets, Henley& Belfus 1998:76-83.
6. Marton Maus, Orbital Inflammations, in : Ophthalmology Secrets, Henley& Belfus 1998:244-247.



# PHÂN TÍCH CHI PHÍ Y TẾ TRỰC TIẾP TRONG ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 CHO NGƯỜI BỆNH CÓ BẢO HIỂM Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2022

Nguyễn Hà Thục Vân, Đinh Thị Thuỳ Trang,  
Tô Thị Lệ Dung, Hà Thị Nhứt Tâm

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu được thực hiện nhằm phân tích chi phí trực tiếp y tế trong điều trị đái tháo đường típ 2 (ĐTĐ2) cho người bệnh có BHYT tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang (BVĐKTTAG) năm 2022.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, được thực hiện thông qua việc hồi cứu dữ liệu liên quan của toàn bộ các lượt điều trị ĐTĐ2 có BHYT tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang trong năm 2022. Số liệu được xử lý bằng Microsoft Excel 2019.

**Kết quả:** Trong năm 2022, số lượt điều trị ĐTĐ2 có BHYT là 36.700 lượt, với độ tuổi trung bình là  $63,4 \pm 11,5$  tuổi; 57,5% là nữ; 43,9% lượt điều trị có 2 bệnh kèm Tăng huyết áp và Rối loạn lipid máu. Tổng chi phí trực tiếp y tế trong điều trị ĐTĐ2 cho người bệnh có BHYT tại BVĐKTTAG là 27,8 tỷ đồng, trong đó chi phí sử dụng Insulin là 6,7 tỷ đồng. Chi phí thuốc và chi phí xét nghiệm chiếm tỷ lệ cao hơn các chi phí khác, có giá trị lần lượt là 55,9% và 19,0%. Chi phí trung bình cho một lượt điều trị ĐTĐ2 có BHYT của mẫu nghiên cứu là  $3.421.300 \pm 3.094.874$  đồng/lượt nội trú và  $609.184 \pm 356.685$  đồng/lượt ngoại trú. **Kết luận:** Kết quả phân tích chi phí trực tiếp y tế trong điều trị ĐTĐ2 góp phần cung cấp thông tin trong việc ra quyết định phân bổ và điều chỉnh ngân sách của BVĐKTTAG, nhằm sử dụng hợp lý nguồn ngân sách và thực hiện tự chủ tài chính tại BVĐKTTAG.

## SUMMARY

**Objective:** To analyze the direct medical cost of type 2 diabetes mellitus (T2DM) treatment among insured patients at An Giang Central General Hospital in 2022.

**Materials and methods:** This cross-sectional, retrospective descriptive study was conducted by collecting data of all insured T2DM visits at An Giang Central General Hospital in 2022. The data was aggregated, sorted, and analyzed by Microsoft Excel 2019.

**Results:** In 2022, the sample size was 36.700 visits, the average age of the sample was  $63,4 \pm 11,5$  years; 57,5% were female; 43,9% had hypertension and dyslipidemia along with T2DM. The total direct medical cost were 27,8 billion VNĐ, of which 6,7 billion VNĐ was spent on insulin. Drugs and tests cost accounted for higher proportions than others (55,9% and 19,0%, respectively). The average cost of a T2DM treatment per visit was  $3.421.300 \pm 3.094.874$  VNĐ for inpatient and  $609.184 \pm 356.685$  VNĐ for outpatients.

**Conclusion:** The results can support decision makes on allocating and adjusting the hospital budget in the most rational way in the context of financial autonomy.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một trong những bệnh không lây nhiễm phổ biến trên toàn cầu. Năm 2019, trên toàn thế giới có 463 triệu người lớn (độ tuổi 20-79) tương đương 1 trong 11 người trưởng thành đang sống với bệnh đái tháo đường. Dự đoán vào năm 2045, con số này sẽ tăng tới khoảng 700 triệu người, hay nói cách khác 1 người trong 10 người lớn sẽ có bệnh đái tháo đường. Bệnh đái tháo đường gây nên nhiều biến chứng nguy hiểm, là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tim mạch, mù lòa, suy thận, và cắt cụt chi<sup>(1)</sup>. Bệnh ĐTĐ2 đang gây ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe cộng đồng và chi phí y tế. Theo thống kê của Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (IDF), năm 2022 Việt Nam có 6,1% dân số mắc bệnh ĐTĐ2, chi phí trung bình cho vấn đề sức khỏe của mỗi người bệnh khoảng 10 triệu đồng/năm<sup>(5)</sup>. Hiện nay, số ca mắc đang gia tăng liên tục ở các quốc gia trên thế giới, đặc biệt là tại các quốc gia đang phát triển và có thu nhập thấp. Tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ2 trên toàn cầu được dự báo sẽ tăng lên 7.079/100.000 người vào năm 2030<sup>(7)</sup>. Chính vì vậy, việc khảo sát chi phí sử dụng thuốc trong điều trị bệnh tại các cơ sở khám chữa bệnh đang được xem là hoạt động cần thiết giúp cán bộ y tế có căn cứ trong việc dự trữ, mua sắm, và lựa chọn thuốc tối ưu cho người bệnh.

Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang (BVĐKTTAG) là bệnh viện đa khoa hạng I, trực thuộc Sở Y tế An Giang. Phần lớn người dân đến khám chữa bệnh tại BVĐKTTAG đều có BHYT. Người bệnh ĐTĐ2 được điều trị tại BVĐKTTAG theo hướng dẫn điều trị ĐTĐ2 của BVĐKTTAG, dựa trên phác đồ chuẩn của Bộ Y tế. Trong bối cảnh BVĐKTTAG đang thực hiện tự chủ tài chính, các nghiên cứu kinh tế y tế có ý nghĩa tích cực giúp ban giám đốc bệnh viện có những thông tin cần thiết để đưa ra các quyết định phù hợp trong việc phân bổ và sử dụng nguồn ngân sách của bệnh viện. Nghiên cứu được thực hiện nhằm phân tích chi phí trực tiếp y tế trong điều trị ĐTĐ2 cho người bệnh có BHYT tại BVĐKTTAG năm 2022.

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Dữ liệu điện tử của toàn bộ lượt điều trị nội trú và ngoại trú có BHYT tại ĐKTTAG trong năm 2022, được chẩn đoán bệnh ĐTĐ2 (ICD-10 = E11).
- Tiêu chuẩn loại trừ: chi phí xét nghiệm Covid 19.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, hồi cứu số liệu.
- Cỡ mẫu: Đơn thuốc ngoại trú và hồ sơ bệnh án năm 2022 có mã chẩn đoán ICD 10 là E11.

### 2.3. Nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu: tuổi, giới tính, chẩn đoán, ...
- Chi phí trực tiếp y tế bao gồm chi phí thuốc, chi phí khám bệnh, chi phí xét nghiệm, chi phí chẩn đoán hình ảnh, chi phí vật tư y tế, và các chi phí khác (máu, giường nằm, ...). Các biến số phân loại được mô tả thông qua tần số và tỷ lệ %, biến số chi phí được mô tả theo giá trị trung bình ( $\pm$  độ lệch chuẩn).
- Chi phí các nhóm thuốc điều trị đái tháo đường 2.

### 2.4. Phân tích và xử lý số liệu: Microsoft Excel 2019.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Trong 36.700 lượt điều trị ĐTĐ2 có BHYT tại ĐKTTAG năm 2022, số lượt điều trị ngoại trú chiếm 94,6%. Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là  $63,4 \pm 11,5$  tuổi; mẫu nghiên cứu có 57,5% là nữ; 43,9% lượt điều trị liên quan đến người bệnh có 2 bệnh kèm đồng thời là tăng huyết áp (THA) và rối loạn lipid máu (RLLM). Tỷ lệ lượt điều trị có bệnh kèm của người bệnh trong điều trị nội trú cao hơn ngoại trú. Chi phí trung bình cho một lượt điều trị ĐTĐ2 có BHYT của mẫu nghiên cứu là  $3.421.300 \pm 3.094.874$  đồng/ lượt nội trú và  $609.184 \pm 356.685$  đồng/ lượt ngoại trú. (Bảng 1)

**Bảng 1. Mô tả đặc điểm liên quan đến người bệnh ĐTĐ2 của mẫu nghiên cứu**

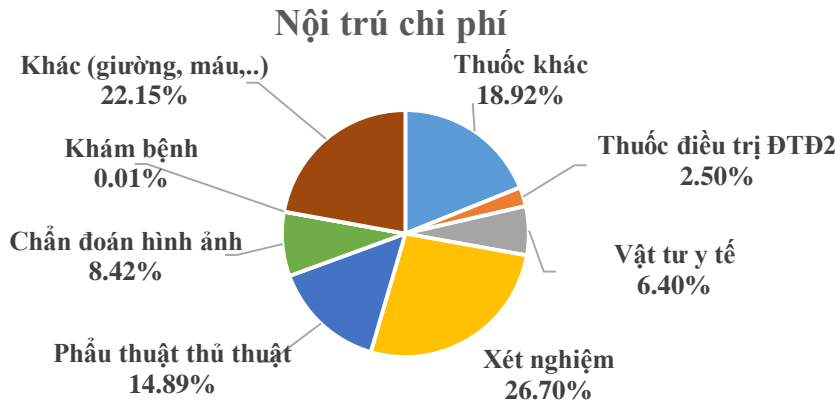
Đặc điểm chung		Nội trú	Ngoại trú	Mẫu nghiên cứu
		n = 1.952	n = 34.748	n = 36.700
Giới tính	Nam	505 (25,9%)	15.090 (43,4%)	15.595 (42,5%)
	Nữ	1.447 (74,1%)	19.658 (56,6%)	21.105 (57,5%)
Tuổi (trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn)		$64,6 \pm 11,8$	$63,4 \pm 11,5$	$63,4 \pm 11,5$
<b>Bệnh kèm</b>				
Không bệnh kèm		18 (0,9%)	3.410 (9,8%)	3.428 (9,3%)
THA và RLLM		70 (3,6%)	16.046 (46,2%)	16.116 (43,9%)
Chỉ THA (ICD 10 = I10 - I15)		1.180 (60,5%)	7.621 (21,9%)	8.801 (24,0%)
Chỉ RLLM (ICD 10 = E78)		40 (2,0%)	3.728 (10,7%)	3.768 (10,3%)
Có bệnh kèm không phải là THA và RLLM		644 (33,0)	3.943 (11,3%)	4.587 (12,5%)
<b>Chi phí trực tiếp y tế</b>				
Tổng chi phí (tỷ đồng)		6,6	21,1	27,8
Chi phí trung bình/ lượt (đồng)		$3.421.300 \pm 3.094.874$	$609.184 \pm 356.685$	$758.272 \pm 1.102.601$

\* THA: tăng huyết áp; RLLM: rối loạn lipid máu

### 3.2. Cơ cấu chi phí trực tiếp y tế

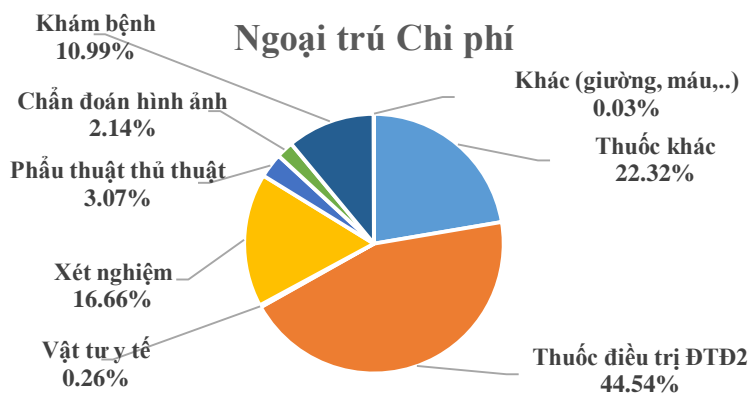
Tổng chi phí trực tiếp y tế của mẫu nghiên cứu là 27,8 tỷ đồng, trong đó chi phí tiền thuốc (thuốc ĐTĐ2 và thuốc khác) là 15,5 tỷ đồng chiếm 55,9%; chi phí xét nghiệm là 5,3 tỷ đồng chiếm 19,0%. Trong điều trị nội trú, chi phí tiền thuốc chiếm 21,4% và chi phí xét nghiệm chiếm 26,7%. Trong điều trị ngoại trú, chi phí tiền thuốc chiếm 66,8% và chi phí xét nghiệm chiếm 16,6%.

#### 3.2.1. Nội trú



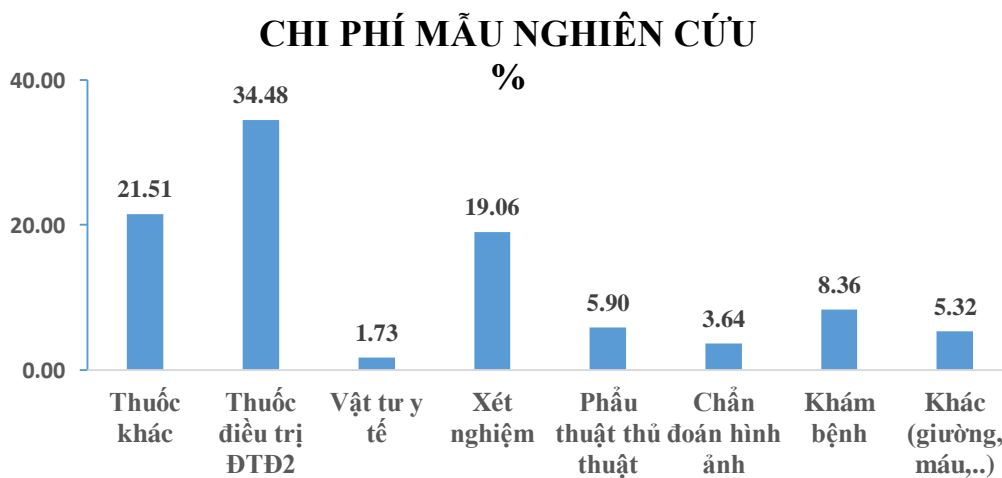
Hình 1. Tỷ lệ chi phí trực tiếp y tế trong điều trị nội trú

#### 3.2.2. Ngoại trú



Hình 2. Tỷ lệ chi phí trực tiếp y tế trong điều trị ngoại trú

#### 3.2.3. Mẫu nghiên cứu



Hình 3. Tỷ lệ chi phí trực tiếp y tế trong mẫu nghiên cứu

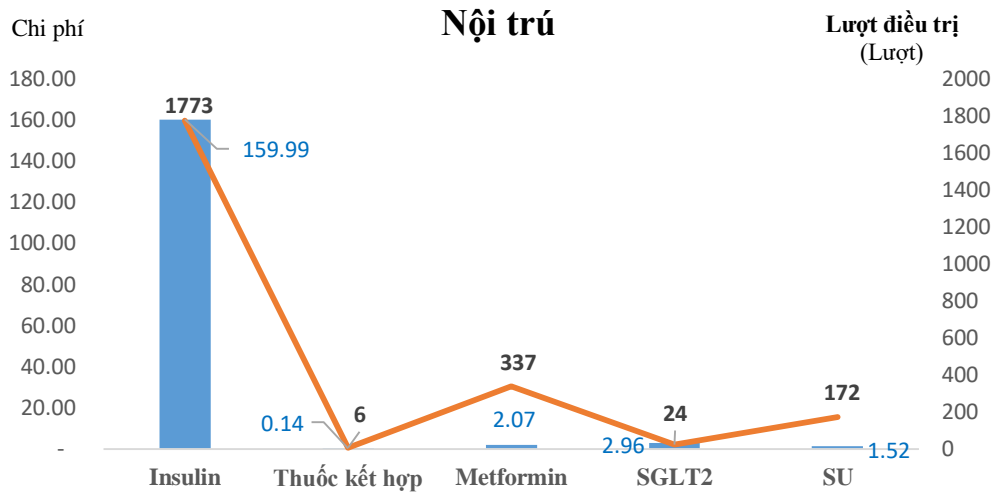
### 3.3. Chi phí thuốc điều trị ĐTĐ2

Trong năm 2022, các thuốc sử dụng điều trị ĐTĐ được sử dụng cho mẫu nghiên cứu có thể được phân loại thành 7 nhóm, trong đó, Insulin có chi phí sử dụng cao nhất (6,7 tỷ đồng,

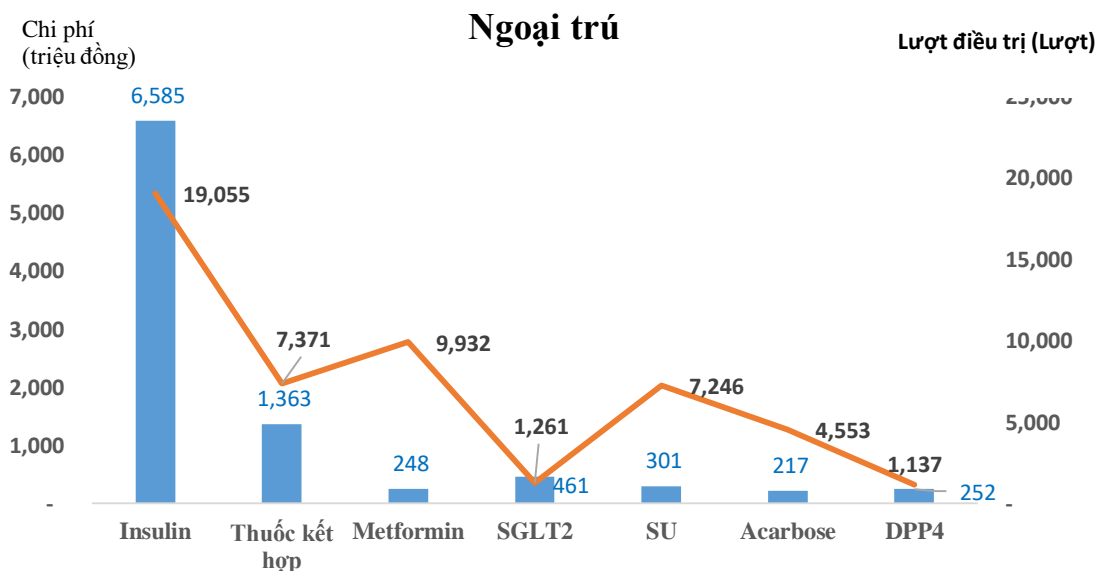
chiếm 70,3% chi phí thuốc ĐTD2); và Biguanide phối hợp với Sulfonylurea hay thuốc ức chế DPP-4 chiếm 14,2% tổng chi phí thuốc ĐTD2. (Bảng 2)

**Bảng 2. Chi phí tiền thuốc ĐTD2 (triệu đồng)**

Nhóm thuốc	Nội trú		Ngoại trú		Mẫu nghiên cứu	
	Chi phí	%	Chi phí	%	Chi phí	%
Insulin	159.99	96.0	6,585.42	69.8	6,745.41	70.3
Thuốc kết hợp	0.14	0.1	1,363.10	14.5	1,363.25	14.2
Biguanid	2.07	1.2	247.89	2.6	249.96	2.6
SGLT2	2.96	1.8	461.20	4.9	464.15	4.8
Sulfonylurea	1.52	0.9	301.17	3.2	302.69	3.2
Ức chế $\alpha$ glucosidase			217.27	2.3	217.27	2.3
Ức chế DPP4			251.98	2.7	251.98	2.6
Tổng cộng	166.68	100	9,428.04	100	9,594.72	100



**Hình 4. Chi phí và số lượt điều trị các nhóm thuốc ĐTD 2 nội trú**



**Hình 5. Chi phí và số lượt điều trị các nhóm thuốc ĐTD 2 ngoại trú**

**Nhận xét:** Trong điều trị nội trú, nhóm thuốc Insulin được dùng nhiều nhất là 1.773 lượt và chiếm chi phí cao nhất, kể đến là nhóm Biguanid (Metformin) là 337 lượt, nhóm Sulfonylurea là 172 lượt.

Trong điều trị ngoại trú, nhóm thuốc Insulin được dùng nhiều nhất là 19.055 lượt và chiếm chi phí cao nhất, kế đến là nhóm Biguanid (Metformin) là 9.932 lượt, thuốc kết hợp (Metformin + nhóm Sulfonylurea hay thuốc ức chế DPP 4) là 7.371 lượt, nhóm Sulfonylurea là 7.246 lượt.

#### **IV. BÀN LUẬN**

Kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang cho thấy, người bệnh đang điều trị bệnh đái tháo đường típ 2 là người cao tuổi với độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là  $63,4 \pm 11,5$  tuổi. Đặc điểm này tương đồng với nghiên cứu tác giả Hoàng Thy Nhạc Vũ, nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuỳ Trang. Tỷ lệ nữ giới trong nhóm người bệnh ĐTĐ2 của mẫu nghiên cứu cao hơn nam giới, kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam<sup>(4)(3)</sup>.

Người bệnh ĐTĐ2 có thể có nhiều bệnh mắc kèm, trong đó, bệnh THA và RLLM chiếm tỷ lệ rất cao so với các bệnh khác. Theo mẫu nghiên cứu tại bệnh viện thì 90,7% bệnh đang điều trị ĐTĐ2 có bệnh kèm theo. Trong đó, ĐTĐ2 kèm bệnh tăng huyết áp và rối loạn lipid máu chiếm tỉ lệ cao nhất là 43,9%. Đặc điểm này tương đồng với nghiên cứu nghiên cứu của tác giả Hoàng Thy Nhạc Vũ. Và kết quả này cũng đã được ghi nhận trong các nghiên cứu trên thế giới<sup>(9)(8)(6)</sup>. Số lượt điều trị nội trú của mẫu nghiên cứu thấp hơn nhiều so với điều trị ngoại trú. Chi phí trung bình cho một lượt điều trị nội trú ( $3.421.300 \pm 3.094.874$  đồng) cao gấp 6 lần so với chi phí trung bình cho một lượt điều trị ngoại trú ( $609.184 \pm 356.685$  đồng) trong năm 2022, và sự khác biệt này liên quan đến chi phí của các dịch vụ y tế như phẫu thuật thủ thuật, máu-giường nằm và các xét nghiệm chuyên sâu cho người bệnh điều trị nội trú vì họ có tình trạng bệnh nặng hơn người điều trị ngoại trú.

Trong tổng chi phí trực tiếp y tế mà người bệnh phải chi trả cho một lượt điều trị ĐTĐ2 tại BVĐKTTAG năm 2022, chi phí tiền thuốc trong mẫu nghiên cứu chiếm gần khoảng 2/3 trong tổng chi phí điều trị của người bệnh. Chi phí cho xét nghiệm là 19,06%; chi phí cho phẫu thuật thủ thuật chiếm 5,9%; chi phí cho chẩn đoán hình ảnh chiếm 3,64%.

Chi phí tiền thuốc trong mẫu nghiên cứu chiếm 55,99% (trong đó thuốc điều trị ĐTĐ2 chiếm 34,48%, thuốc khác chiếm 25,51%). Trong các nhóm thuốc điều trị ĐTĐ2, chi phí của nhóm Insulin chiếm 70,3%, kế đến là thuốc kết hợp (Metformin kết hợp với nhóm Sulfonylurea hoặc thuốc ức chế DPP4) chiếm 14,2%. Kết quả nghiên cứu này bước đầu đã tạo tiền đề cho việc thực hiện các phân tích chi phí - hiệu quả để so sánh giữa các nhóm thuốc, hỗ trợ cán bộ y tế trong việc đưa ra các quyết định lựa chọn điều trị tối ưu.

Đái tháo đường là một bệnh nặng gây tổn thương nhiều cơ quan, làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe của người bệnh. Đồng thời, về phương diện kinh tế xã hội, đái tháo đường là một gánh nặng vì việc điều trị và chăm sóc rất tốn kém, phức tạp. Đối với những người mắc bệnh đái tháo đường cần được chăm sóc và hỗ trợ liên tục để kiểm soát bệnh và tránh các biến chứng.

Chính sách BHYT ra đời thể hiện sự quan tâm của Đảng và Nhà nước nhằm hướng tới công bằng trong chăm sóc sức khỏe, góp phần đảm bảo an sinh xã hội cho mọi người dân. Chính sách BHYT đã thực sự đi vào cuộc sống, đây là thành quả của toàn ngành, toàn xã hội trong việc chăm sóc sức khỏe, đảm bảo tối đa quyền lợi cho người tham gia chính sách BHYT với trên 92,04% dân số có thẻ BHYT.

Nhân viên y tế cần nâng cao trình độ chuyên môn để tư vấn, khám phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị kịp thời, quản lý bệnh đái tháo đường hiệu quả đồng thời tích cực thông tin, truyền thông, phổ biến nâng cao nhận thức và kiến thức về bệnh cho mọi người dân.

#### **V. KẾT LUẬN**

Kết quả phân tích chi phí trực tiếp y tế trong điều trị ĐTĐ2 góp phần cung cấp thông tin trong việc ra quyết định phân bổ và điều chỉnh ngân sách của Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, góp phần sử dụng hợp lý nguồn ngân sách và thực hiện tự chủ tài chính tại BVĐKTTAG./.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế (2020). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường type 2. Quyết định số 5481/QĐ- BYT, 31/12/2020, Hà Nội, p.18-20, 58-73.
2. Hoàng Thy Nhạc Vũ, Nguyễn Đỗ Hồng Nhung, Lê Phước Thành Nhân, Trần Văn Khanh (2022). Phân tích chi phí trực tiếp y tế trong điều trị đái tháo đường típ 2 cho người bệnh có bảo hiểm y tế tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam. 519 (1). p175-179.
3. Nguyễn Thị Anh Thư, Phùng Đức Nhật, Tô Hoàng Linh (2021). Chi phí điều trị nội trú của người bệnh đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Quận 6 Tp.HCM. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 142(6), p. 119-125.
4. Nguyễn Thị Thùy Trang, Phạm Ngọc Thủy Tiên, Hoàng Thy Nhạc Vũ (2022). Phân tích chi phí trực tiếp y tế trong điều trị đái tháo đường típ2 tại Bệnh viện Quận 8 TPHCM. Tạp chí Y học Việt Nam. 514(1). p123-127.
5. International Diabetes Federation (2021).IDF Diabetes Atlas. Available from: <https://www.diabetesatlas.org/data/en/country/217/vn.html>
6. Jelinek HF, Osman WM, Khandoker AH et al. (2017). Clinical profiles, comorbidities and complications of type 2 diabetes mellitus inpatients from United Arab Emirates. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 5:e000427.
7. Khan MAB, Hashim MJ, King JK, et al. (2020).Epidemiology of Type 2 Diabetes - Global Burden of Disease and Forecasted Trends. *J Epidemiol Glob Health*.10(1):107-111.
8. Kristy Iglay, Hakima Hannachi SS, et al. (2021). Comorbidities in type 2 diabetes patients with and without atherosclerotic cardiovascular disease: a retrospective database analysis. *CurrMed Res Opin*. 37(5):743–51.
9. Seydahmet Akın CB (2020). Prevalence of comorbidities in patients with type–2 diabetes mellitus. *Prim Care Diabetes*.14(5):431–4.
10. World Health Organization (2022). Diabetes. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.

# PHÂN TÍCH VI SINH VÀ TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI TẠI KHOA NỘI TỔNG HỢP BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023

Huỳnh Ngọc Hoàn Mỹ, Nguyễn Hoàng Yến Nhi,  
Nguyễn Duy Toàn, Nguyễn Hữu Lộc

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Viêm phổi mắc phải cộng đồng là một trong nhóm nguyên nhân tử vong hàng đầu trong các bệnh nhiễm khuẩn.

**Mục tiêu:** phân tích đặc điểm lâm sàng, đề kháng kháng sinh và phác đồ kháng sinh điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng tại khoa Nội tổng hợp.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu và mô tả cắt ngang.

**Kết quả:** HSBA được đưa vào nghiên cứu, vi khuẩn phân lập được đa số là vi khuẩn gram âm, phác đồ ban đầu chủ yếu hướng về các vi khuẩn gây bệnh cộng đồng.

**Kết luận:** cần sự phối hợp nhịp nhàng của bác sĩ, dược sĩ lâm sàng, vi sinh trong xây dựng chiến lược phân tầng nguy cơ để lựa chọn phác đồ điều trị phù hợp thông qua tối ưu chế độ liều dựa trên PK/PD trong thực hành lâm sàng.

## ABSTRACTS

**Background:** community-acquired pneumonia is one of the leading causes of mortality among infectious diseases.

**Objectives:** analysis of clinical characteristics, antibiotic resistance and antibiotic regimens for the treatment of community-acquired pneumonia Department of General Internal Medicine. Methods and subjects: retrospective and cross-sectional.

**Result:** 345 medical records were selected in the study, the majority of isolated bacteria are gram-negative bacteria, the initial regimen is mainly aimed at community-causing bacteria.

**Conclusion:** needs smooth coordination of doctors, clinical pharmacists, and microbiologists in developing a risk stratification strategy to choose an appropriate treatment regimen through optimizing the dosage regimen based on PK/PD in clinical practice.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải cộng đồng là một trong những nguyên nhân tử vong hàng đầu trong các bệnh nhiễm trùng. Có rất nhiều nguyên nhân gây viêm phổi như vi khuẩn, virus, ký sinh trùng, nấm..., nhưng vi khuẩn vẫn là nguyên nhân phổ biến nhất. Do vậy, kháng sinh đóng vai trò quan trọng và không thể thiếu trong điều trị. Tuy nhiên, do xu hướng lạm dụng kháng sinh, dùng không đúng liều, không đúng thời gian, phối hợp kháng sinh bất hợp lý đã khiến cho tỷ lệ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn ngày càng gia tăng và giảm hiệu quả điều trị nhiễm khuẩn. Việc phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh thực sự cần thiết cho các nhà lâm sàng cũng như các nhà quản lý trong việc xây dựng và thực hiện chiến lược sử dụng kháng sinh an toàn, hợp lý cũng chính là giải pháp nâng cao hiệu quả điều trị. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm các mục tiêu: *Phân tích đặc điểm lâm sàng, đặc điểm đề kháng kháng sinh và đặc điểm phác đồ kháng sinh điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2023.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả hồ sơ bệnh án có chẩn đoán viêm phổi mắc phải cộng đồng tại khoa Nội tổng hợp nhập viện từ ngày 01/04/2023 đến ngày 30/06/2023.

**Cỡ mẫu:** tất cả hồ sơ bệnh án điều trị nội trú tại khoa Nội tổng hợp có chẩn đoán viêm phổi mắc phải cộng đồng có thời gian nhập viện từ ngày 01/04/2023 đến ngày 30/06/2023 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

\* **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi mắc phải cộng đồng.

\* **Tiêu chuẩn loại trừ:**

Bệnh nhân nhập viện dưới 3 ngày.

Bệnh án không tiếp cận được trong quá trình thu thập thông tin

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu

Địa điểm: khoa Nội tổng hợp

Xử lý số liệu: Microsoft Excel 2019

### III. KẾT QUẢ

Sau khi loại những HSBA không thỏa điều kiện nghiên cứu, kết quả thu được 345 HSBA đưa vào phân tích và đánh giá.

#### 1. Đặc điểm bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu:

**Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu**

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ (%)
<b>Tuổi trung bình</b>	<b>69</b>	
<b>Giới tính</b>		
Nam	222	64.35
Nữ	123	35.65
<b>Mức độ viêm phổi</b>		
Viêm phổi trung bình	204	59.13
Viêm phổi nặng	141	40.87
<b>Số lượng bệnh mắc kèm</b>		
Không có bệnh mắc kèm	18	5.22
Có 1 - 2 bệnh mắc kèm	139	40.29
Hơn 3 bệnh mắc kèm	188	54.49
<b>Thời gian sử dụng kháng sinh trung bình</b>	<b>8.27</b>	
<b>Tình trạng ra viện</b>		
Đỡ giảm	315	91.30
Không thay đổi	26	7.54
Nặng hơn	4	1.16

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình cao (69 tuổi), tỉ lệ giới tính nam cao hơn nữ. Tỷ lệ bệnh nhân viêm phổi nhập viện với mức độ nặng chiếm tỷ lệ khá cao với tỷ lệ 41%. Thời gian sử dụng kháng sinh trung bình là 8 ngày. Hiệu quả điều trị cao với tỷ lệ bệnh đỡ giảm hơn 90%.

#### 2. Đặc điểm vi sinh trong mẫu nghiên cứu:

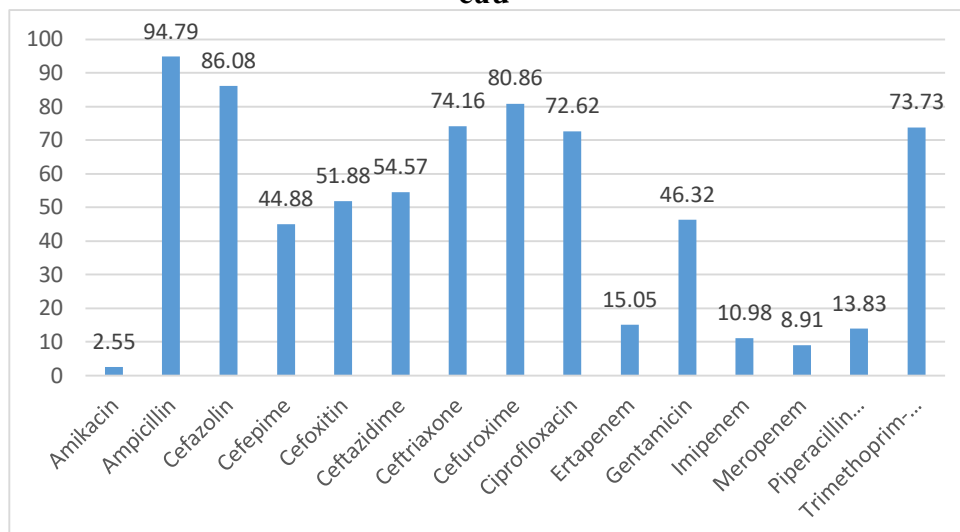
**Bảng 2: Đặc điểm xét nghiệm vi sinh trong mẫu nghiên cứu**

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Chỉ định vi sinh (n=345)	Có	304	88.12
	Không	41	11.88
Kết quả xét nghiệm tìm vi khuẩn (n=304)	Tạp khuẩn	117	38.37
	Dương tính	87	28.58
	Không có vi trùng mọc	85	28.03
	Nấm	15	4.90
Chủng vi khuẩn tìm được (n=87)	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	23	26.04
	<i>Escherichia coli</i>	19	21.88
	<i>Staphylococcus aureus</i>	8	9.38
	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	7	8.33
	<i>Staphylococcus hominis</i>	5	5.21
	<i>Acinetobacter baumannii</i>	4	4.17
	<i>Enterobacter cloacae</i>	4	4.17
	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	2	2.08
	Vi khuẩn khác	12	13.14

**Nhận xét:** Các chủng vi khuẩn tìm thấy nhiều nhất là *K.pneumoniae*, *E.coli* với tỉ lệ lần lượt 26.04% và 21.88% Tuy nhiên *S.pneumoniae* lại có tỷ lệ khá thấp với 2.08%.



**Biểu đồ 1: Mức độ đề kháng của các kháng sinh với K.pneumoniae trong mẫu nghiên cứu**



**Biểu đồ 2: Mức độ đề kháng của các kháng sinh với E. coli trong mẫu nghiên cứu**

**3. Đặc điểm phác đồ kháng sinh điều trị viêm phổi:**

**Bảng 3: Phác đồ kháng sinh điều trị viêm phổi khi mới nhập viện**

Phác đồ	Viêm phổi trung bình (n=204)		Viêm phổi nặng (n=101)	
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
<b>Amoxicillin/ Clavulanic acid</b>	<b>11</b>	<b>5.39</b>	<b>1</b>	<b>0.71</b>
Đơn trị	11	100.00	-	-
Phối hợp Quinolon	-	-	1	100.00
<b>Cephalosporin thế hệ 2</b>	<b>6</b>	<b>2.94</b>	<b>1</b>	<b>0.71</b>
Đơn trị	3	50.00	-	-
Phối hợp Quinolon	3	50.00	1	100.00
<b>Cephalosporin thế hệ 3</b>	<b>100</b>	<b>49.02</b>	<b>52</b>	<b>36.88</b>
Đơn trị	43	43.00	14	26.92
Phối hợp Quinolon	57	57.00	35	67.31
Phối hợp Aminoglycosid	-	-	3	5.77
<b>Cephalosporin thế hệ 4</b>	<b>28</b>	<b>13.73</b>	<b>31</b>	<b>21.99</b>
Đơn trị	4	14.29	5	16.13
Phối hợp Quinolon	18	64.29	24	77.42
Phối hợp Aminoglycosid	6	21.43	2	6.45
<b>Piperacillin/tazobactam</b>	<b>16</b>	<b>7.84</b>	<b>36</b>	<b>25.53</b>
Đơn trị	13	81.25	7	19.44
Phối hợp Quinolon	3	18.75	27	75.00
Phối hợp Aminoglycosid	-	-	2	5.56
<b>Carbapenem</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>18</b>	<b>12.77</b>
Đơn trị	-	-	2	11.11
Phối hợp Quinolon	-	-	3	16.67
Phối hợp Aminoglycosid	-	-	9	50.00
Phối hợp Vancomycin	-	-	3	16.67
Phối hợp Colistin	-	-	1	5.56
<b>Quinolon</b>	<b>43</b>	<b>21.08</b>	<b>2</b>	<b>1.42</b>
Đơn trị	43	100.00	2	100.00

**Nhận xét:** Phác đồ kháng sinh khi mới nhập viện chủ yếu hướng tới vi khuẩn cộng đồng với cephalosporin thế hệ 3 được chỉ định nhiều nhất.

**Bảng 4: Đặc điểm phù hợp giữa các phác đồ kháng sinh**

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ (%)
<b>Phác đồ điều trị ban đầu</b>	<b>345</b>	
Phác đồ ban đầu phù hợp với khuyến cáo	313	90.72
Phác đồ ban đầu không phù hợp với khuyến cáo	32	9.28
<b>Phác đồ thay thế</b>	<b>53</b>	
Phác đồ thay thế phù hợp	46	86.79
Phác đồ thay thế không phù hợp	7	13.21

**Nhận xét:** Trong phác đồ điều trị ban đầu, có 32 phác đồ không phù hợp với khuyến cáo và giảm chỉ còn 7 phác đồ không phù hợp sau khi có sự thay đổi phác đồ điều trị.

**Bảng 5: Lý do thay đổi phác đồ ghi nhận trong bệnh án**

Lý do thay đổi phác đồ	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Thay đổi theo KSD	28	52.83
Tình trạng bệnh không cải thiện	16	30.19
Tình trạng bệnh cải thiện	6	11.32
Không ghi lý do	3	5.66
<b>Tổng cộng</b>	<b>53</b>	<b>100.00</b>

**Nhận xét:** Trong tổng số 53 lượt thay đổi phác đồ, có 28 trường hợp theo kết quả kháng sinh đồ, 16 trường hợp tình trạng bệnh không cải thiện.

**Bảng 6: Đặc điểm chế độ liều của các kháng sinh trong mẫu nghiên cứu**

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ (%)
<b>Phác đồ điều trị ban đầu</b>	<b>345</b>	
Liều dùng phù hợp	305	88.41
Liều dùng không phù hợp	40	11.59
<i>Thấp hơn khuyến cáo</i>	24	6.96
<i>Cao hơn khuyến cáo</i>	16	4.64
<b>Phác đồ thay thế</b>	<b>53</b>	
Liều dùng phù hợp	45	84.91
Liều dùng không phù hợp	8	15.09
<i>Không sử dụng liều tái Vancomycin, Colistin</i>	2	3.77
<i>Thấp hơn khuyến cáo</i>	5	9.43
<i>Cao hơn khuyến cáo</i>	1	1.89

**Nhận xét:** Trong phác đồ ban đầu có 40 HSBA có liều dùng không phù hợp và giảm còn 8 HSBA ở phác đồ thay thế.

#### IV. BÀN LUẬN VÀ KẾT LUẬN

Địa điểm nghiên cứu của chúng tôi tại khoa Nội tổng hợp nên không có bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi mức độ nhẹ, tuy nhiên tỷ lệ bệnh nhân nhập viện với mức độ nặng lại khá cao với 41% theo thang điểm CURB-65 của BTS. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 69 tuổi, tỷ lệ giới tính nam cao hơn nữ. Thời gian điều trị kháng sinh trung bình 8 ngày, phù hợp theo khuyến cáo “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn (ban hành kèm theo Quyết định 4815/QĐ-BYT) là 7-10 ngày đối với viêm phổi mắc phải cộng đồng không biến chứng. Tỷ lệ bệnh nhân đỡ giảm khá cao với tỷ lệ 91.3%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù tất cả bệnh nhân đều được chỉ định lấy bệnh phẩm nhưng chỉ có 88% bệnh nhân lấy được bệnh phẩm để làm nuôi cấy vi khuẩn do phần lớn bệnh nhân không khạc được đờm. Điều này xuất phát từ việc bệnh nhân viêm phổi đặc trưng là tuổi

cao, thường mắc kèm các bệnh mạn tính khác nên bệnh cảnh tương đối nặng, khó phối hợp để lấy được bệnh phẩm đờm đúng kỹ thuật. Chủng vi khuẩn phân lập nhiều nhất là *K.pneumoniae* (26.04%), *E.coli* (21.88%). Tỷ lệ các vi khuẩn cộng đồng như *S.pneumoniae*, *H.influenzae* rất thấp. Kết quả này trái ngược với các nghiên cứu vi sinh được thực hiện tại Châu Âu và Mỹ trước đó. Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi đặc điểm dịch tễ của từng khu vực địa lý là khác nhau.

Trường hợp chỉ định không đúng theo khuyến cáo chúng tôi ghi nhận được phần lớn là chỉ định Cefoperazon đơn trị cho viêm phổi nặng và phác đồ Amikacin đơn độc. Ở cả phác đồ ban đầu và phác đồ thay thế, tỷ lệ liều dùng phù hợp khá cao, đều trên 84%. Tuy nhiên cần lưu ý ở kháng sinh nhóm beta-lactam, các kháng sinh không phù hợp chủ yếu do liều dùng và số lần đưa thuốc thấp hơn khuyến cáo. Ngược lại kháng sinh nhóm Quinolon chỉ định liều cao hơn khuyến cáo và không sử dụng liều nạp (loading dose) ở kháng sinh Vancomycin và Colistin.

Sau khi nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, đặc điểm đề kháng kháng sinh và phác đồ điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng tại khoa Nội tổng hợp, chúng tôi kiến nghị cần thực hiện triệt để việc tối ưu chế độ liều theo chức năng thận bệnh nhân, đánh giá tiên lượng mức độ nặng của bệnh nhân khi nhập viện để lựa chọn phác đồ phù hợp và nâng cao vai trò của vi sinh, phối hợp nhịp nhàng giữa bác sĩ, dược sĩ lâm sàng và vi sinh trong xây dựng chiến lược phân tầng bệnh nhân để chỉ định phác đồ kinh nghiệm phù hợp, thay đổi kháng sinh hiệu quả theo kết quả kháng sinh đồ để bảo tồn các kháng sinh dự trữ quan trọng thông qua tối ưu chế độ liều dựa trên PK/PD trong điều trị nhiễm khuẩn tại bệnh viện.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Chợ Rẫy, Hướng dẫn sử dụng kháng sinh 2020.
2. Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, Hướng dẫn sử dụng kháng sinh 2021.
3. 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.
4. Bộ Y tế (2020), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn", ban hành kèm theo Quyết định 4815/QĐ-BYT ngày 20 tháng 11 năm 2020.
5. Bộ Y Tế (2022), Dược thư quốc gia Việt Nam.

# SO SÁNH HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐAU THẮT LƯNG GIỮA NSAIDS VÀ ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP CHIẾU ĐÈN HỒNG NGOẠI TRÊN BỆNH NHÂN THOÁI HOÁ CỘT SỐNG THẮT LƯNG

Lê Hồ Bảo Châu, Nguyễn Thị Xuân Huỳnh  
Khoa Nội tổng hợp - Trung tâm Y tế Thị xã Tịnh Biên

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Đau lưng do thoái hóa cột sống thắt lưng là tình trạng rất thường gặp và đặt ra gánh nặng đáng kể đối với kinh tế-xã hội.

**Mục tiêu:** So sánh hiệu quả điều trị đau thắt lưng giữa phương pháp sử dụng NSAIDS và điện châm kết hợp chiếu đèn hồng ngoại trên bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu trên 75 bệnh nhân được chẩn đoán đau lưng do thoái hóa cột sống thắt lưng, được điều trị với 2 phương pháp là NSAIDS hoặc điện châm kết hợp chiếu đèn hồng ngoại.

**Kết quả:** Sau 8 tuần điều trị, điểm VAS ở cả 2 nhóm đều giảm (nhóm NSAIDS giảm từ  $7,5 \pm 0,6$  còn  $2,85 \pm 0,4$ , nhóm YHCT giảm từ  $5,8 \pm 0,9$  còn  $2,7 \pm 0,6$ , với  $p < 0,05$ ), điểm ODI ở cả 2 nhóm đều giảm (nhóm NSAIDS từ  $37,4 \pm 5,5$  giảm còn  $22,2 \pm 5,5$ , nhóm YHCT từ  $28,68 \pm 5,4$  còn  $15,13 \pm 6,4$ , với  $p < 0,05$ ). Sự cải thiện trong nhóm điều trị NSAIDS tốt hơn so với nhóm điều trị YHCT, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Kết luận:** NSAIDS có hiệu quả cao hơn điện châm kết hợp chiếu đèn hồng ngoại trong điều trị đau lưng do thoái hóa cột sống thắt lưng. Từ khóa: NSAIDS, điện châm, chiếu đèn hồng ngoại, đau thắt lưng, thoái hóa cột sống thắt lưng.

## COMPARE THE EFFECTIVENESS OF LOW BACK PAIN TREATMENT BETWEEN NSAIDS AND ELECTRO-ACUPUNCTURE COMBINED WITH INFRARED LIGHT ON LUMBAR SPONDYLOSIS PATIENTS

### ABSTRACT

**Background:** Low back pain caused by lumbar spondylosis is one of the most prevalent conditions and imposes a significant socio-economical burden.

**Objectives:** Compare the effectiveness of low back pain treatment between NSAIDS and electro-acupuncture combined with infrared light (TCM) on patients with lumbar spondylosis.

**Materials and methods:** Prospective cohort study on 75 patients diagnosed with low back pain due to lumbar spondylosis, treated with 2 methods: NSAIDS or electro-acupuncture combined with infrared light therapy.

**Results:** After 8 weeks of treatment, VAS score in both groups decreased (NSAIDS group decreased from  $7.5 \pm 0.6$  to  $2.85 \pm 0.4$ , TCM group decreased from  $5.8 \pm 0.9$  to  $2.7 \pm 0.6$ , with  $p < 0.05$ ), ODI score in both groups decreased (NSAIDS group from  $37.4 \pm 5.5$  to  $22.2 \pm 5.5$ , TCM group from  $28.68 \pm 5.4$  to  $15.13 \pm 6.4$ , with  $p < 0.05$ ). The improvement in the NSAIDS treatment group was better than that in the TCM treatment group, the difference was statistically significant with  $p < 0.05$ .

**Conclusions:** NSAIDS is more effective than electro-acupuncture combined with infrared light in treating low back pain caused by lumbar spondylosis. **Keywords:** NSAIDS, electro-acupuncture, infrared light, low back pain, lumbar spondylosis.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau lưng do thoái hóa cột sống thắt lưng là tình trạng rất phổ biến, ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống. Ngày nay, có nhiều phương pháp điều trị đau thắt lưng theo Y học cổ truyền – Phục hồi chức năng. Trong đó, điện châm kết hợp chiếu đèn hồng ngoại là phương pháp đơn giản, ít tốn kém do đó đã được ứng dụng tốt ở tuyến y tế cơ sở. Mặc dù đã được tiến hành rộng rãi nhưng các nghiên cứu chứng minh hiệu quả của phương pháp này vẫn còn khá khiêm tốn về số lượng lẫn quy mô [1],[2]. Theo Y học hiện đại, nhóm thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDS) đóng vai trò thiết yếu trong giảm đau và cải thiện chức năng vận động trên bệnh nhân thoái hóa cột sống. Tuy nhiên, do đặc tính các cơn đau dai dẳng, vẫn cần thêm bằng chứng về hiệu quả của NSAIDS trên bệnh nhân khi điều trị kéo dài. Để góp phần làm rõ các vấn đề trên, nhóm chúng tôi tiến hành nghiên cứu “So sánh hiệu quả điều trị đau thắt lưng giữa

NSAIDS và điện châm kết hợp chiếu đèn hồng ngoại trên bệnh nhân thoái hoá cột sống thắt lưng” với 2 mục tiêu:

1. Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống thắt lưng.

2. So sánh hiệu quả điều trị NSAIDS và điện châm kết hợp chiếu đèn hồng ngoại trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống thắt lưng.

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1.1. Đối tượng nghiên cứu**

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân từ 18 đến 70 tuổi, được chẩn đoán Thoái hoá cột sống thắt lưng theo tiêu chuẩn Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh lý Cơ xương khớp – Bộ Y tế năm 2014. Bệnh nhân có chỉ số VAS  $\geq 5$ , tình nguyện tham gia nghiên cứu và không áp dụng phương pháp nào khác trong quá trình điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân vào viện vì bệnh lý cấp tính, biểu hiện triệu chứng toàn thân như sốt, sụt cân, thiếu máu... Bệnh nhân có tiền sử chấn thương, phẫu thuật cột sống, bệnh lý thần kinh – cơ, bệnh hệ thống, phụ nữ có thai, đang cho con bú, bệnh nhân không tuân thủ điều trị.

### **2.2 Phương pháp nghiên cứu**

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu.

Cỡ mẫu: 74 tính theo công thức ước lượng tỉ lệ, chọn mẫu thuận tiện.

Phương pháp thu thập số liệu: Bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu thuộc 2 nhóm: điều trị NSAIDS hoặc điều trị theo y học cổ truyền (YHCT). Bệnh nhân được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng, đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS và Oswestry tại thời điểm bắt đầu điều trị (VAS0, ODI0). Sau đó tiếp tục theo dõi các chỉ số và các tác dụng phụ lần lượt sau 1 tuần, 2 tuần, 4 tuần và 8 tuần điều trị.

Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới.

Nhóm 1: NSAIDS: Meloxicam 15mg/ngày hoặc Celecoxib 200mg/ngày.

Nhóm 2: YHCT: Điều trị điện châm 20 phút/lần/ngày x 40 ngày kết hợp chiếu đèn hồng ngoại 20 phút/lần/ngày x 40 ngày.

Hiệu quả điều trị được đánh giá dựa trên các tiêu chí:

-Mức độ đau: Biến liên tục, dựa trên thang điểm đo lường cường độ đau - VAS.

-Mức giảm chức năng do đau thắt lưng (ODI): Biến liên tục, dựa trên bảng điểm Oswestry.

-Mức độ cải thiện VAS:  $VAS_{10} = VAS_1 - VAS_0$ ; Tương tự ta có  $VAS_{20}$ ,  $VAS_{40}$ ..

-Các tác dụng phụ xuất hiện trong quá trình điều trị.

Số liệu sẽ được nhập và phân tích bằng chương trình SPSS 23 (kiểm định T-test)

Địa điểm, thời gian thực hiện: Từ tháng 1/2023-7/2023, tại phòng khám Nội và phòng khám YHCT – PHCN tại Trung tâm y tế Thị xã Tịnh Biên, An Giang.

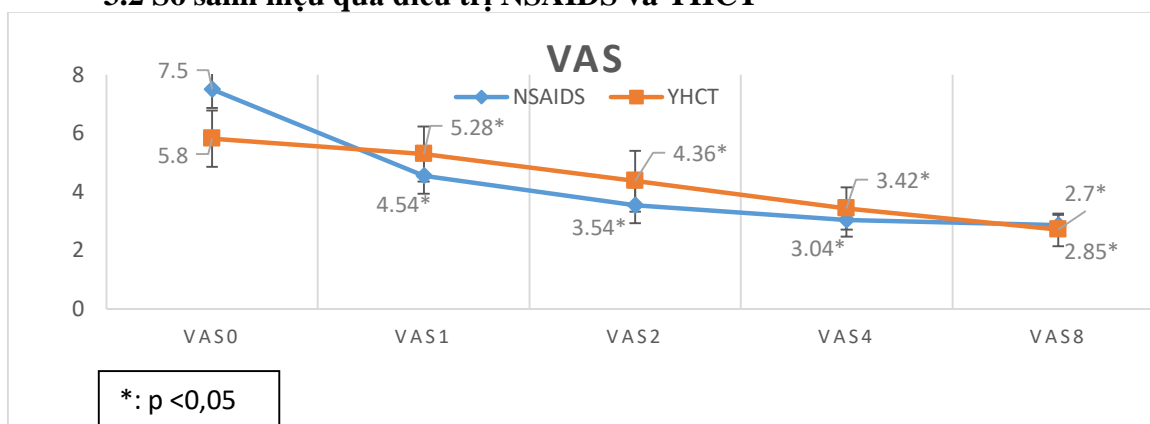
## **III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

### **3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Có 75 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu, nữ giới chiếm 53,3%.

Độ tuổi trung bình dân số nghiên cứu là  $53,39 \pm 10,61$ , nhóm tuổi trung niên (40-59 tuổi) chiếm tỉ lệ cao nhất với 61,3%, nhóm từ 60 tuổi trở lên chiếm tỉ lệ 29,3%, nhóm nhỏ hơn 40 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất với 9,33%.

### 3.2 So sánh hiệu quả điều trị NSAIDS và YHCT



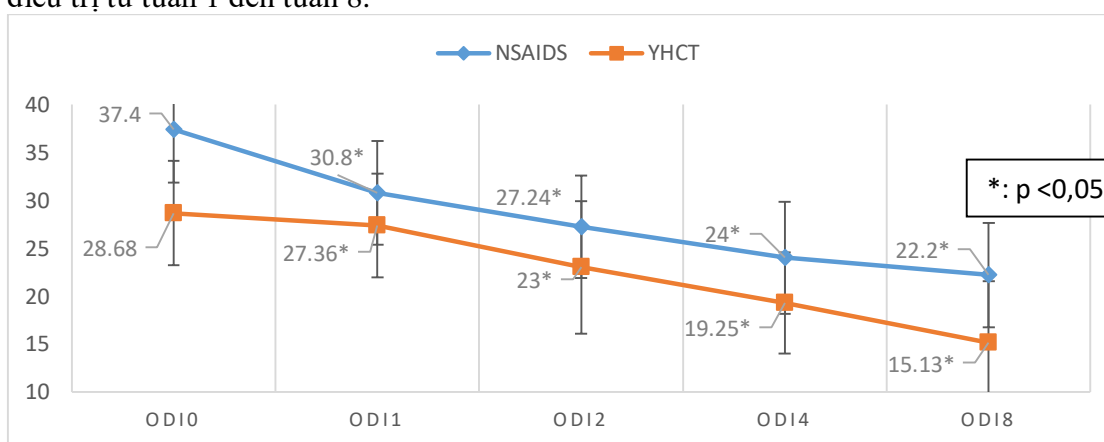
**Hình 1. Giá trị thang điểm VAS trong quá trình điều trị**

**Nhận xét:** So với thời điểm bắt đầu điều trị, mức độ đau theo thang điểm VAS ở cả 2 nhóm đều giảm, với  $p < 0,05$ , mức giảm này có ý nghĩa thống kê. Cả 2 phương pháp NSAIDS và YHCT đều có tác dụng giảm đau trong suốt 8 tuần điều trị.

**Bảng 1. Mức độ cải thiện thang điểm VAS trong quá trình điều trị**

	VAS10	VAS20	VAS40	VAS80
NSAIDS	2,96 ± 0,570	3,96 ± 0,880	4,46 ± 0,813	4,68 ± 0,764
YHCT	0,52 ± 0,714	1,44 ± 0,870	2,29 ± 1,233	3,04 ± 0,976
p (T-test)	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01

**Nhận xét:** Có sự khác biệt trong mức độ giảm đau theo thang điểm VAS giữa nhóm bệnh nhân điều trị bằng NSAIDS và YHCT. Với  $p < 0,05$ , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nhóm điều trị NSAIDS có hiệu quả giảm đau tốt hơn nhóm điều trị YHCT trong suốt quá trình điều trị từ tuần 1 đến tuần 8.



**Hình 2. Giá trị chỉ số ODI trong quá trình điều trị**

**Nhận xét:** So với thời điểm bắt đầu điều trị, giá trị ODI ở cả 2 nhóm đều giảm, với  $p < 0,05$ , mức giảm này có ý nghĩa thống kê. Cả 2 phương pháp NSAIDS và YHCT đều có tác dụng cải thiện mức độ hoạt động chức năng trong suốt 8 tuần điều trị.

**Bảng 2. Mức độ cải thiện chỉ số ODI trong quá trình điều trị**

	ODI10	ODI20	ODI40	ODI80
NSAIDS	6,60 ± 2,807	10,16 ± 3,401	13,4 ± 3,839	15,65 ± 3,676
YHCT	1,32 ± 1,819	5,68 ± 3,185	9,04 ± 2,562	13,26 ± 4,434
p (T-test)	<0,01	<0,01	<0,01	0,025

**Nhận xét:** Có sự khác biệt trong sự thay đổi chỉ số ODI giữa nhóm bệnh nhân điều trị bằng NSAIDS và YHCT. Với  $p < 0,05$ , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nhóm điều trị NSAIDS có hiệu quả cải thiện hoạt động chức năng tốt hơn nhóm điều trị YHCT trong suốt quá trình điều trị từ tuần 1 đến tuần 8.

**Bảng 3. Tỷ lệ xuất hiện tác dụng phụ trong quá trình điều trị**

		Tuần 1	Tuần 2	Tuần 4	Tuần 8
NSAIDS (n=50)	Ăn không tiêu, đầy hơi		4%	24%	6%
	Đau thượng vị			8%	2%
	Buồn nôn			8%	2%
YHCT (n=25)	Đau vùng chàm cứu	8%	8%		

**Nhận xét:** Tác dụng phụ khi điều trị YHCT là đau vùng chàm cứu, xuất hiện trong 2 tuần đầu khi điều trị, chiếm tỉ lệ 8%. Tác dụng phụ khi điều trị NSAIDS xuất hiện từ tuần 2, tần suất cao nhất vào tuần 4, trong đó, biểu hiện ăn không tiêu, đầy hơi chiếm tỉ lệ cao nhất với 24%.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1 Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu  $53,39 \pm 10,61$ . Kết quả này phù hợp với sinh lý bệnh học của thoái hóa cột sống thắt lưng, thường gặp ở độ tuổi trung niên và người cao tuổi. Đau lưng do thoái hóa cột sống thắt lưng là kết quả của quá trình lão hóa tự nhiên và thói quen sinh hoạt, làm việc. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có điểm tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Vinh Quốc [3] khi tác giả ghi nhận độ tuổi trung bình là  $56,25 \pm 8,87$ . So sánh với các nghiên cứu trên thế giới, nghiên cứu của Albrecht F. [4] ghi nhận độ tuổi trung bình là  $50 \pm 7$ . Sự tương đồng này chứng minh tỉ lệ bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống thắt lưng không có sự khác biệt lớn về độ tuổi giữa các nghiên cứu trong nước lẫn quốc tế. Về phân bố nhóm tuổi, kết quả nghiên cứu ghi nhận nhóm tuổi trung niên (40-59 tuổi) chiếm tỉ lệ cao nhất với 61,3%, nhóm < 40 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất với 9,33%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu Nguyễn Vinh Quốc [3], khi nhóm tuổi 40-59 chiếm tỉ lệ cao nhất với 77,5%. So sánh với các nhóm tuổi khác, ghi nhận sự khác biệt ở nhóm < 40 tuổi, tác giả Nguyễn Vinh Quốc ghi nhận tỉ lệ này chỉ chiếm 2,5%. Sự tăng tỉ lệ nhóm <40 tuổi trong kết quả của chúng tôi phản ánh xu hướng trẻ hóa của bệnh lý thoái hóa cột sống nghĩ do sự thay đổi tính chất công việc, thiếu vận động, vận động sai tư thế, chế độ dinh dưỡng không phù hợp..

##### 4.2 So sánh hiệu quả điều trị giữa NSAIDS và YHCT

Giá trị thang điểm VAS ở cả 2 nhóm đều giảm dần trong thời gian điều trị. Với  $p < 0,05$ , mức giảm này có ý nghĩa thống kê, cả 2 phương pháp đều có tác dụng giảm đau trong suốt 8 tuần điều trị. So sánh với nghiên cứu của tác giả Dương Trọng Nghĩa [5] ghi nhận mức giảm ổn định của chỉ số VAS khi bệnh nhân đau thắt lưng được điều trị bằng điện châm kết hợp chiếu đèn hồng ngoại, kết thúc đợt điều trị, bệnh nhân có điểm VAS giảm từ 6,32 còn 2,4. Về hiệu quả của điều trị NSAIDS, các kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra hiệu quả giảm đau rõ rệt khi đo lường bằng thang điểm VAS, theo kết quả nghiên cứu phân tích tổng hợp của Baroncini A [6] ghi nhận mức giảm từ 6,9 còn 2,0 sau điều trị ( $17,7 \pm 24,9$  ngày). Sự khác biệt về mức độ giảm đau giữa nhóm NSAIDS và YHCT có ý nghĩa thống kê. Nhóm điều trị NSAIDS có hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS tốt hơn nhóm điều trị YHCT trong suốt quá trình điều trị từ tuần 1 đến tuần 8.

Giá trị ODI ở cả 2 nhóm đều giảm trong thời gian điều trị. Với  $p < 0,05$ , cả 2 phương pháp đều có tác dụng cải thiện mức độ hoạt động chức năng. Hiệu quả cải thiện hoạt động chức năng hàng ngày đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu, điển hình như nghiên cứu của Nguyễn Thị Tú Anh [7] ghi nhận sự cải thiện rõ rệt sau 15 ngày điều trị điện châm, từ mức độ trung bình - kém sang mức độ tốt - rất tốt. Về hiệu quả cải thiện chất lượng cuộc sống của NSAIDS, có nhiều thang điểm đã được sử dụng như Quebec, SF-36, Roland-Morris (RMDQ).. Theo Baroncini A [6], NSAIDS có hiệu quả trong việc cải thiện chất lượng cuộc sống bệnh nhân đau thắt lưng, với sự thay đổi trong thang điểm RMDQ có ý nghĩa thống kê. Có sự khác biệt trong mức độ cải thiện chỉ số ODI giữa 2 phương pháp điều trị. Với  $p < 0,05$ , nhóm điều trị NSAIDS cải thiện tốt hơn nhóm điều trị YHCT trong suốt quá trình điều trị từ tuần 1 đến tuần 8.

Nghiên cứu ghi nhận tác dụng phụ đau nơi chàm cứu, xuất hiện ở 2 tuần đầu điều trị YHCT. Kết quả có thể được giải thích do bệnh nhân chưa thích nghi với phương pháp điện châm và tay nghề của thầy thuốc. Các tác dụng phụ khi điều trị NSAIDS xuất hiện từ tuần 2, tần suất cao

nhất vào tuần 4. Trong đó, biểu hiện ăn không tiêu, đầy hơi chiếm tỉ lệ cao nhất với 24%. Các nghiên cứu đã ghi nhận có đến 25% người sử dụng NSAIDS lâu dài sẽ bị biến chứng đường tiêu hóa, trong đó, có 2-4% có xuất huyết hoặc thủng [8]. Nhìn chung, chúng tôi nhận thấy đây đều là các tác dụng phụ thường gặp, mức độ nhẹ và không ảnh hưởng đến quá trình điều trị của bệnh nhân, không ghi nhận trường hợp cần giảm liều hoặc ngưng điều trị.

## V. KẾT LUẬN

Trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống, nhóm điều trị NSAIDS đạt hiệu quả cao hơn nhóm điều trị điện châm kết hợp chiếu đèn hồng ngoại về mức độ giảm đau và cải thiện hoạt động chức năng trong suốt 8 tuần điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2020), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại, 7-14.
2. Trường Đại học Y dược Cần Thơ. *Bồi dưỡng chuyên khoa Vật lý trị liệu phục hồi chức năng*. Trường Đại học Y dược Cần Thơ. 2021.183.
3. Nguyễn Vinh Quốc và Vũ Văn Thái. Tác dụng điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng xông hơi kết hợp hoàn chi thống. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2021, 503(1), 143 -148, <https://doi.org/10.51298/vmj.v503i1.713>
4. Albrecht F. Molsberger. Does acupuncture improve the orthopedic management of chronic low back pain – a randomized, blinded, controlled trial with 3 months follow up, *Pain*, 2002, 99 (3), 579-587, doi: 10.1016/S0304-3959(02)00269-5. PMID: 12406534.
5. Dương Trọng Nghĩa, Nguyễn Thị Thu Hà. Hiệu quả điều trị của điện châm kết hợp chiếu đèn hồng ngoại trên bệnh nhân đau thắt lưng cấp, *Nghiên cứu Y Dược học cổ truyền Việt Nam*, 2015, 47, 50-58.
6. Baroncini A, Mafulli N, Al – Zyoud H, Bwl A, Sevic A, Migliorini F. Nonopioid pharmacological management of acute low back pain: a level I of evidence systematic review, *J Orthop Res*, 2023, 1-11, doi: 10.1002/jor.25508. Epub 2023 Feb 22. PMID: 36811209.
7. Nguyễn Thị Tú Anh và Trần Thiện Ân. Đánh giá tác dụng điều trị hội chứng thắt lưng hông bằng phương pháp điện châm kết hợp huyết giáp tích. *Tạp chí Y dược học*, 2015, số 26, 74- 79, <https://www.doi.org/10.34071/jmp.2015.2.12>
8. Sostres C, Gargallo CJ, Arroyo MT, Adverse effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs, aspirin and coxibs) on upper gastrointestinal tract. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 2010, 24(2), 121-32. doi: 10.1016/j.bpg.2009.11.005. PMID: 20227026.



# THỰC TRẠNG PHÁT SINH VÀ CÁC GIẢI PHÁP CAN THIỆP GIẢM THIỂU CHẤT THẢI RẮN Y TẾ TẠI CÁC KHOA TRỌNG ĐIỂM CỦA BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023

Phạm Hòa Lợi, Nguyễn Duy Khánh  
Phạm Thị Phương Thủy, Trần Phan Thanh Vân

## TÓM TẮT:

Trong những năm qua, Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang đã triển khai và áp dụng những kỹ thuật y học tiên tiến và đạt được nhiều kết quả quan trọng trong công tác chăm sóc và nâng cao sức khỏe cho người dân trong và ngoài tỉnh. Việc gia tăng số giường bệnh, thực hiện các kỹ thuật y tế mới và sự tiếp cận của người dân với các dịch vụ y tế đồng nghĩa với việc lượng chất thải rắn y tế phát sinh tăng lên. Công tác quản lý chất thải y tế tại bệnh viện đã và đang được lãnh đạo quan tâm, tuy nhiên chi phí đầu tư cho công tác quản lý, xử lý những loại chất thải này rất tốn kém, qua khảo sát đánh giá ban đầu của nhóm nghiên cứu nhận thấy trong quy trình quản lý chất thải, công tác phân loại và thu gom chất thải là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến kết quả quản lý chất thải tại bệnh viện.

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ các loại chất thải rắn y tế phát sinh tại các khoa trọng điểm của bệnh viện, đề xuất các giải pháp can thiệp làm giảm thiểu phát sinh chất thải và đánh giá hiệu quả sau khi thực hiện các giải pháp cải tiến.

**Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, lấy mẫu ngẫu nhiên.

**Kết quả:** Khối lượng chất thải rắn thông thường phát sinh tại các khoa trọng điểm trước can thiệp khoảng từ 0,123 – 2,941 kg/BN/ngày và khối lượng chất thải lây nhiễm dao động khoảng 0,312 – 1,911 kg/BN/ngày. Kết quả sau khi can thiệp các giải pháp cải tiến cho thấy, khối lượng chất thải rắn thông thường và chất thải lây nhiễm phát sinh lần lượt khoảng 0,045 – 2,771 kg/BN/ngày và 0,295 – 1,514 kg/BN/ngày. Từ những kết quả trên cho thấy sau khi áp dụng các giải pháp cải tiến, tỷ lệ chất thải rắn thông thường phát sinh tại các khoa trọng điểm có giảm và tỷ lệ chất thải lây nhiễm phát sinh giảm mạnh so với trước can thiệp, nhiều nhất là khoa ICU giảm 43,6%.

**Kết luận:** Khối lượng chất thải rắn y tế sau can thiệp có giảm so với trước can thiệp, đặc biệt là chất thải lây nhiễm. Các giải pháp can thiệp là phân loại chính xác tại nguồn, tổ chức giám sát phân loại chất thải tại các khoa, phòng trong bệnh viện và sử dụng các dụng cụ tái sử dụng thay thế cho dụng cụ sử dụng một lần được thực hiện có hiệu quả.

**Từ khóa:** Chất thải rắn y tế, giải pháp can thiệp giảm chất thải rắn.

## ABSTRACT

### CURRENT SITUATION OF HEALTHCARE WASTE GENERATION AND INTERVENTION SOLUTIONS TO MINIMIZE IN KEY DEPARTMENTS OF AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2023

**Background:** Over the past few years, An Giang Central General Hospital has implemented and applied advanced medical techniques in order to achieved many important results in caring for and improving the health of people inside and outside the province. The growth in the number of hospital beds, the performance of new medical techniques and people's access to medical services means that the amount of medical solid waste generated increases. Healthcare waste management at hospital has been receiving attention from board of directors, however, the investment costs for the management and treatment of these wastes are very costly, according to the initial survey and assessment of the authors found that in the waste management process, waste classification and collection is one of the factors affecting the results of waste management at An Giang Central General Hospital.

**Objectives:** Determine the proportion healthcare waste categorically generated in key departments of the hospital, propose intervention solutions to minimize these types of medical waste generation and evaluate effectiveness after implementing improvement solutions.

**Methods:** Cross-sectional descriptive study, random sampling.

**Results:** The quantity of non-hazardous waste generated in key departments before intervention ranged from 0.123 - 2.941 kg/patient/day and the volume of infectious solid waste

ranged from 0.312 - 1.911 kg/patient/day. The results after intervention with improved solutions show that the amount of non-hazardous waste and infectious waste generated is about 0.045 - 2.771 kg/patient/day and 0.295 - 1.514 kg/patient/day, respectively. From the obtained results which show that after the application of improved solutions, the rate of non-hazardous waste generated in key departments decreased and the rate of infectious waste generated dropped sharply compared to before the intervention. The highest drop of infectious waste at ICU department is 43.6%.

**Conclusions:** The quantity of healthcare waste after intervention has decreased compared to before intervention, especially infectious solid waste. Intervention solutions include accurate classification at source, organizing supervision of waste classification in departments in the hospital and using effective reusable tools to replace single-use products.

**Keywords:** Healthcare waste, Medical solid waste, intervention solutions to reduce solid waste.

## **L.ĐẶT VẤN ĐỀ**

Tại Việt Nam, theo báo cáo hiện trạng Môi trường Quốc gia của Bộ Tài nguyên và Môi trường giai đoạn 2016 – 2020, tổng lượng chất thải rắn y tế (CTRYT) nguy hại phát sinh khoảng 23.925 tấn/năm. Nguyên nhân gia tăng lượng CTRYT do tăng số lượng cơ sở y tế, số giường bệnh, các thủ thuật chuyên môn được thực hiện tại bệnh viện và tình hình sử dụng các sản phẩm y tế dùng một lần [1][2]. Qua số liệu thống kê năm 2023 của Bộ Y tế, cả nước có 51.962 cơ sở y tế, trong đó có khoảng 1040 bệnh viện công lập và 321 bệnh viện ngoài công lập. Tổng lượng CTRYT phát sinh trung bình 440,7 tấn/ngày, trong đó lượng chất thải rắn y tế nguy hại (CTRYTNH) chiếm 71,5 tấn/ngày. Dự báo đến năm 2025, lượng CTRYT nguy hại phát sinh trên 90 tấn/ngày, mức độ gia tăng 7,6%/năm. Tỷ lệ chất thải rắn y tế của bệnh viện được xử lý đạt 95%, tỷ lệ số lượng cơ sở y tế xử lý CTRYT đạt yêu cầu tại tuyến trung ương đạt 99%, tuyến tỉnh đạt 99%, tuyến huyện đạt 98%, tuyến xã (bao gồm các phòng khám đa khoa khu vực) đạt 62,4%; bệnh viện tư nhân đạt 100% (chưa bao gồm các phòng khám tư nhân khác) [3]. Kết quả nghiên cứu của tác giả Đặng Văn Xuyên cùng cộng sự (2017) tại các bệnh viện đa khoa công lập cho thấy chất thải y tế phần lớn là chất thải thông thường chiếm 90%, chất thải nguy hại chiếm 10%; lượng chất thải phát sinh tuyến tỉnh cao nhất và tuyến huyện thấp nhất. Lượng chất thải phát sinh trung bình  $2,4793 \pm 4,1131$  kg/giường/ngày, trong đó chất thải rắn nguy hại không lây nhiễm chiếm khối lượng thấp nhất  $0,0068 \pm 0,0139$  kg/giường/ngày, tiếp theo là lượng chất thải lây nhiễm khoảng  $0,2405 \pm 0,2749$  kg/ngày/giường. Lượng chất thải phát sinh theo tuyến cho thấy tuyến trung ương trung vị 3,0752 kg/ngày/giường; tuyến tỉnh 2,3679 kg/ngày/giường; tuyến huyện trung bình 0,9669 kg/ngày/giường [4]. Phát thải CTRYT trung bình 1,7 kg/giường bệnh/ngày, trong đó chất thải rắn nguy hại 0,24 kg/giường bệnh/ngày, tỷ lệ chất thải y tế thông thường chiếm 85,56%, chất thải lây nhiễm chiếm 13,63% và 0,81% là chất thải nguy hại khác (Phạm Ngọc Châu & Đàm Thương Thương, 2021). Kết quả nghiên cứu này cũng cho thấy bệnh viện tuyến Trung ương phát thải nhiều hơn so với tuyến tỉnh, chưa thấy khác biệt phát thải giữa Bệnh viện đa khoa và chuyên khoa [5].

Tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang công tác quản lý chất thải y tế trong những năm qua đã được lãnh đạo quan tâm, tuy nhiên chi phí đầu tư cho công tác quản lý, xử lý chất thải y tế rất tốn kém, qua khảo sát đánh giá ban đầu của nhóm nghiên cứu nhận thấy trong quy trình quản lý chất thải y tế thì công tác phân loại và thu gom là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến kết quả quản lý chất thải y tế tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang. Nếu quản lý không tốt sẽ làm tăng chi phí xử lý chất thải do tăng số lượng, hao phí mua sắm công cụ, dụng cụ chứa chất thải y tế và lan truyền nguồn vi sinh vật gây bệnh ra môi trường xung quanh.

Nhằm bước đầu đánh giá thực trạng phát sinh CTRYT của các khoa trọng điểm tại bệnh viện có đáp ứng được các yêu cầu theo quy định của Bộ Y tế. Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả quản lý CTRYT của bệnh viện. Từ đó, góp phần hiệu chỉnh công tác quản lý chất thải y tế tại bệnh viện được hiệu quả hơn. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nghiên cứu “*Thực trạng phát sinh chất thải rắn y tế và các giải pháp can thiệp giảm thiểu chất thải rắn y tế tại các khoa trọng điểm của Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2023*”.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Chất thải rắn y tế phát sinh tại các khoa trọng điểm.

Tiêu chuẩn loại trừ: Chất thải lỏng, nước thải và chất thải nguy hại không lây nhiễm.

Địa điểm: Các khoa lâm sàng trọng điểm bao gồm: Thận nhân tạo, ICU, SICU, Lao, Nhiễm, TMLH.

Phương pháp nghiên cứu:

Phương pháp nghiên cứu định lượng.

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu:

Lấy mẫu ngẫu nhiên.

Khoảng tin cậy 95% và kết quả có ý nghĩa thống kê  $p = 0,05$  được giả định.

Cách tiến hành:

Giai đoạn 1 (Đánh giá thực trạng): 2 tháng (từ ngày 01/02/2023 đến ngày 31/03/2023).

Đánh số thùng rác, để nhận biết thùng rác của từng khoa.

Cân số rác trong thùng vào thời điểm sau khi thu gom về nơi lưu giữ chất thải rắn tập trung.

Ghi vào phiếu thu thập số liệu.

Giai đoạn 2 (Thực hiện các giải pháp cải tiến): 2 tháng (từ ngày 01/04/2023 đến ngày 31/05/2023).

Giai đoạn 3 (Đánh giá hiệu quả sau cải tiến): Từ ngày 01/06/2023 đến ngày 31/07/2023. Thực hiện giống giai đoạn 1.

Xử lý số liệu: Thống kê và tính toán bằng phần mềm MS.Excel.

Đo lường các biến:

Số lượng người bệnh/ngày của từng khoa: Thu thập số liệu thông qua phòng Kế hoạch tổng hợp.

Khối lượng CTRYT/ngày của từng khoa: Ghi nhận số liệu khối lượng CTRYT phát sinh từng ngày tại các khoa tương ứng.

$$\text{Khối lượng}/\text{BN}/\text{ngày} = \frac{\text{Khối lượng CTRYT}/\text{ngày}}{\text{Số lượng người bệnh}/\text{ngày}}$$

Chi phí xử lý chất thải: Tính toán theo khối lượng chất thải phát sinh ở từng khoa, từ đó tính toán chi phí xử lý chất thải cho toàn bệnh viện.

## III. KẾT QUẢ:

### 3.1. Tỷ lệ phát sinh CTRYT trước can thiệp:

Kết quả khảo sát đánh giá thực trạng phân loại chất thải rắn y tế tại nguồn của các khoa trọng điểm trong 2 tháng được thể hiện ở Bảng 3.1. Giá trị trung bình khối lượng chất thải rắn thông thường và chất thải lây nhiễm phát sinh tại các khoa trọng điểm lần lượt là  $1,903 \pm 0,976$  kg/BN/ngày và  $0,931 \pm 0,553$  kg/BN/ngày.

**Bảng 3.1: Khối lượng chất thải rắn y tế phát sinh tại các khoa trọng điểm trước can thiệp**

KHOA	CHẤT THẢI RẮN THÔNG THƯỜNG kg/BN/ngày	CHẤT THẢI LÂY NHIỄM kg/BN/ngày
TNT	$0,123 \pm 0,103$	$0,541 \pm 0,137$
TMLH	$1,755 \pm 0,580$	$0,312 \pm 0,163$
Nhiễm	$2,568 \pm 0,937$	$0,793 \pm 0,490$
Lao	$2,136 \pm 0,707$	$1,011 \pm 0,409$
ICU	$2,941 \pm 0,465$	$1,024 \pm 0,296$
SICU	$1,894 \pm 0,583$	$1,911 \pm 0,708$
Trung bình	$1,903 \pm 0,976$	$0,931 \pm 0,553$

Khối lượng chất thải rắn thông thường phát sinh cao nhất là khoa ICU ( $2,941 \pm 0,465$  kg/BN/ngày) và thấp nhất là khoa Thận nhân tạo ( $0,123 \pm 0,103$  kg/BN/ngày).

Giá trị trung bình lượng chất thải lây nhiễm phát sinh cao nhất là khoa SICU ( $1,911 \pm 0,708$  kg/BN/ngày) và thấp nhất là khoa TMLH ( $0,312 \pm 0,163$  kg/BN/ngày).

### 3.2. Giải pháp can thiệp:

Qua kết quả khảo sát trên cho thấy, bệnh viện đã thực hiện tốt công tác quản lý chất thải y tế, chất thải được phân loại tại nguồn và riêng biệt từng loại chất thải theo quy định.

Tuy nhiên tại các khoa trọng điểm do số bệnh nhân nhiều, bệnh nặng, cần thực hiện nhiều thủ thuật can thiệp như đặt thông tiểu, thay băng vết thương, thở máy,... nên lượng chất thải lây nhiễm chiếm tỷ lệ cao và công tác phân loại, thu gom gặp nhiều khó khăn. Nhiều bệnh nhân và thân nhân bỏ rác tại nguồn không theo hướng dẫn của nhân viên y tế.

Do đó để giảm thiểu phát sinh chất thải rắn y tế cần phân loại chính xác tại nguồn, có kế hoạch giám sát phân loại chất thải tại các khoa, phòng trong bệnh viện. Tổ chức tập huấn kiến thức phân loại chất thải y tế cho nhân viên bệnh viện, lồng ghép hướng dẫn phân loại chất thải y tế vào các buổi sinh hoạt hội đồng người bệnh. Tuyên truyền bằng hình ảnh và bài báo trên góc truyền thông của các khoa phòng.

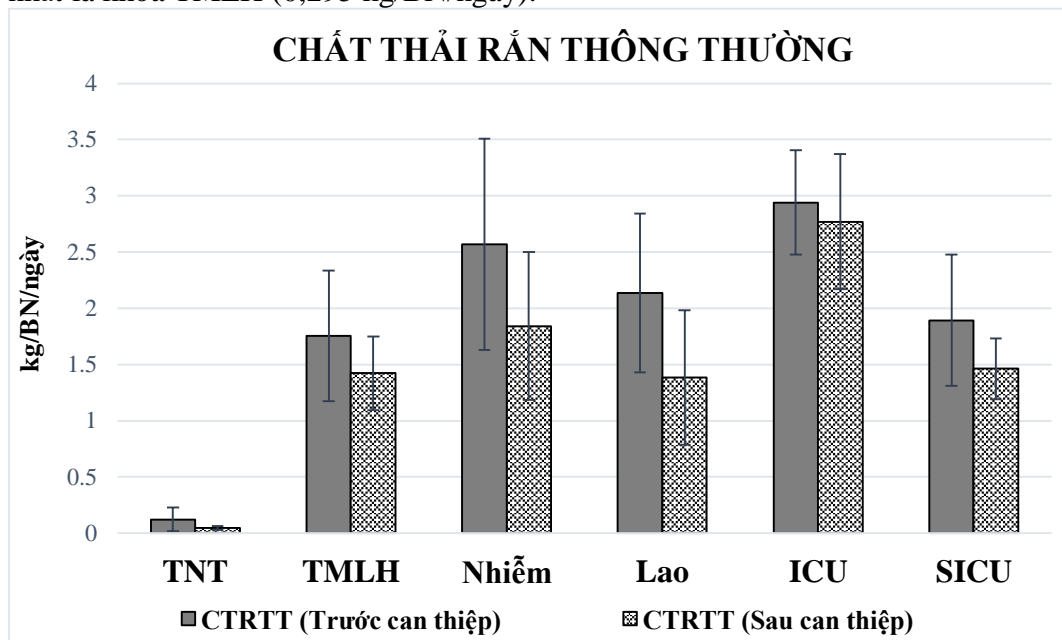
Tái sử dụng các dụng cụ đựng chất thải lây nhiễm sắc nhọn: mua sắm đủ số lượng để tái sử dụng hiệu quả, tiết kiệm chi phí mua mới và chi phí xử lý chất thải lây nhiễm.

Tại một số khoa có thở máy, sử dụng chung đựng nước vô khuẩn dùng trong hoạt động hút đàm thay thế cho các chai dịch hút đàm bằng nhựa. Loại dụng cụ này có thể tái sử dụng sau khi đã tiệt khuẩn đúng quy định.

Lập kế hoạch mua sắm xanh: mua sản phẩm có thời hạn lâu dài, số lượng vừa đủ, phù hợp với nhu cầu sử dụng, hạn chế thải ra các chất thải nguy hại như: máy XQ kỹ thuật số, nhiệt kế điện tử... nên sử dụng sản phẩm cũ trước mới sau.

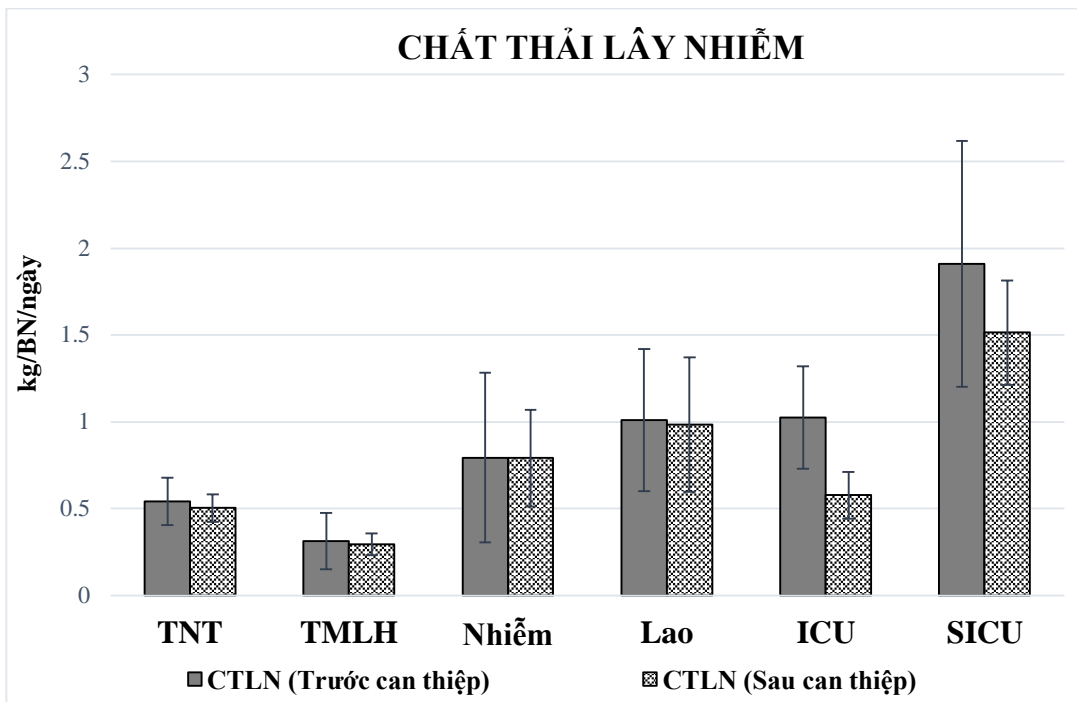
### 3.3. Tỷ lệ phát sinh CTRYT sau can thiệp:

Khối lượng chất thải rắn thông thường và chất thải lây nhiễm phát sinh ở các khoa trọng điểm trước và sau can thiệp được thể hiện ở đồ thị 3.1 và 3.2. Giá trị trung bình cao nhất của khối lượng chất thải rắn thông thường sau can thiệp là khoa ICU ( $2,771 \pm 0,465$  kg/BN/ngày) và giá trị trung bình thấp nhất là khoa Thân nhân tạo ( $0,045 \pm 0,017$  kg/BN/ngày). Khối lượng chất thải lây nhiễm/BN/ngày trung bình cao nhất là khoa SICU ( $1,514$  kg/BN/ngày) và thấp nhất là khoa TMLH ( $0,295$  kg/BN/ngày).



**Hình 3.1: Khối lượng chất thải rắn thông thường phát sinh tại các khoa trọng điểm trước và sau can thiệp các giải pháp cải tiến**

Giá trị trung bình lượng chất thải lây nhiễm sau can thiệp cao nhất là cao nhất là khoa SICU ( $1,514 \pm 0,302$  kg/BN/ngày) và thấp nhất là khoa TMLH ( $0,295 \pm 0,064$  kg/BN/ngày).



**Hình 3.2: Khối lượng chất thải rắn lây nhiễm phát sinh tại các khoa trọng điểm trước và sau can thiệp các giải pháp cải tiến**

Tỷ lệ khối lượng chất thải y tế tại các khoa trọng điểm giảm sau khi can thiệp các giải pháp cải tiến được thể hiện ở bảng 3.2. Phần trăm khối lượng chất thải rắn thông thường giảm nhiều nhất ở khoa Thận nhân tạo là 63,1%, tiếp đến là khoa Lao 35,1%, tỷ lệ khối lượng chất thải rắn thông thường giảm thấp nhất ở khoa ICU là 5,8%. Khối lượng chất thải lây nhiễm giảm đáng kể sau khi áp dụng các giải pháp can thiệp là ở các khoa ICU và SICU, tỷ lệ phần trăm tương ứng lần lượt là 43,6% và 20,8%. Khối lượng chất thải lây nhiễm gần như không thay đổi ở khoa Nhiễm, tỷ lệ chỉ 0,3%.

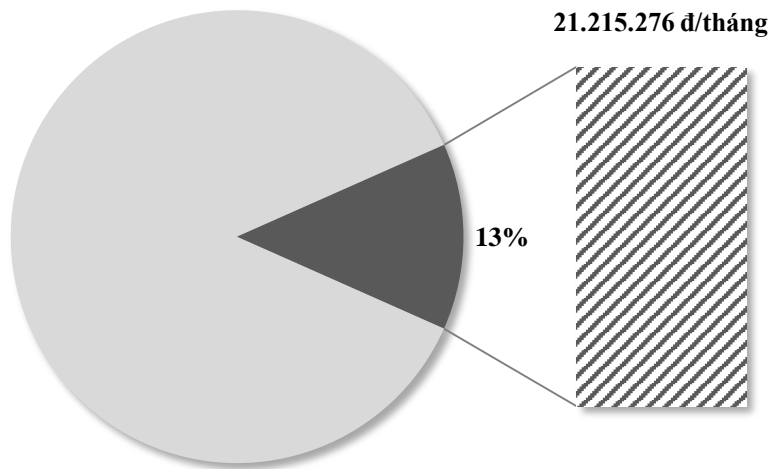
**Bảng 3.2: Tỷ lệ (%) khối lượng chất thải y tế giảm sau can thiệp tại các khoa trọng điểm**

KHOA	CHẤT THẢI RẮN THÔNG THƯỜNG	CHẤT THẢI LÂY NHIỄM
TNT	63,1 %	7,1 %
TMLH	18,9 %	5,5 %
Nhiễm	28,3 %	0,3 %
Lao	35,1 %	2,6 %
ICU	5,8 %	43,6 %
SICU	22,8 %	20,8 %
Trung bình	28,99 ± 19,39 %	13,29 ± 16,46 %

Hiệu quả chi phí:

Khối lượng chất thải rắn thông thường phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: số lượng người bệnh nội trú và ngoại trú, người nuôi bệnh và nhân viên y tế. Bên cạnh đó chi phí xử lý chất thải lây nhiễm và chất thải nguy hại cao hơn xử lý chất thải rắn thông thường. Do đó, nhóm nghiên cứu chỉ tính toán hiệu quả chi phí dựa trên khối lượng và chi phí xử lý chất thải lây nhiễm. Theo kết quả ở bảng 3.2, tỷ lệ giảm trung bình ở các khoa trọng điểm được khảo sát là 13,29 ± 16,46%. Giả sử sử dụng tỷ lệ phần trăm này tính toán cho khối lượng chất thải lây nhiễm của toàn bệnh viện trong 6 tháng đầu năm, khối lượng chất thải lây nhiễm giảm trung bình khoảng 1600 kg/tháng (~ 21 triệu/tháng) tương đương khoảng 20 tấn mỗi năm (hình 3.3).

## Hiệu quả chi phí sau cải tiến (Đối với chất thải lây nhiễm)



Hiệu quả chi phí sau cải tiến

**Hình 3.3: Hiệu quả chi phí sau khi can thiệp các giải pháp cải tiến**

#### IV. BÀN LUẬN:

Kết quả nghiên cứu cho thấy, lượng chất thải rắn thông thường phát sinh tại các khoa trọng điểm trước can thiệp dao động trong khoảng từ 0,123 – 2,941 kg/BN/ngày, kết quả này tương đương với nghiên cứu của Ngô Khắc và Lê Hoàng Ninh [8] và cao hơn nghiên cứu của MR Dihan et al.(2023) và Nguyễn Đức Lương và cộng sự (2014).

Khối lượng chất thải lây nhiễm trung bình dao động trong khoảng từ 0,312 – 1,911 kg/BN/ngày, cao nhất là khoa ICU và khoa Nhiễm tiếp theo là khoa Lao, SICU và TMLH. Tại các khoa trọng điểm, điển hình như khoa ICU và SICU trong quá trình chăm sóc sức khỏe cho bệnh nhân (chủ yếu là bệnh nặng) làm phát sinh một lượng lớn chất thải y tế (chủ yếu là chất thải lây nhiễm từ vật tư y tế tiêu hao và sản phẩm chăm sóc vết thương). Do đó lượng chất thải lây nhiễm ở các khoa trọng điểm này chiếm tỷ trọng cao, nghiên cứu của S. Ajbar El Gueriri và cộng sự cũng cho kết quả tương tự. Cụ thể, nghiên cứu thống kê lượng chất thải nguy hại trung bình phát sinh dao động trong khoảng 0,37 – 3,40 kg/GB/ngày (cao nhất là khoa chăm sóc đặc biệt (3,40 kg/GB/ngày), tiếp đến là khoa hồi sức (3,12 kg/GB/ngày), thận nhân tạo (1,60 kg/GB/ngày, cấp cứu (1,12 kg/GB/ngày) và thấp nhất khoa phẫu thuật Nhi (0,37 kg/GB/ngày) [11].

Nghiên cứu tham khảo	Kết quả	Quốc gia
S. Ajbar EL Gueriri et al. (2023) [14]	Tổng lượng CTRYT trung bình: 1,84 kg/GB/ngày (bệnh viện khu vực). Lượng chất thải nguy hại trung bình: 0,37 – 3,40 kg/GB/ngày (khoa chăm sóc đặc biệt (3,40 kg/GB/ngày), hồi sức (3,12 kg/GB/ngày), thận nhân tạo (1,60 kg/GB/ngày, cấp cứu (1,12 kg/GB/ngày)).	Morocco
MR Dihan et al. (2023) [15]	Tổng lượng CTRYT trung bình phát sinh: 1 – 2,6 kg/GN/ngày.	Bangladesh
Ngô Khấn và Lê Hoàng Ninh (2016) [8]	Chất thải rắn sinh hoạt phát sinh: 0,41 – 2,95 kg/GB/ngày.	Tiền Giang, Việt Nam
Nguyễn Đức Lương và cộng sự (2014) [16]	Tổng lượng CTRYT trung bình phát sinh: 1 – 2,2 kg/GN/ngày. Chất thải y tế nguy hại: 0,004 – 0,41 kg/GN/ngày.	Hà Nội, Việt Nam
Nghiên cứu hiện tại	Chất thải rắn thông thường phát sinh: 0,123 – 2,941 kg/BN/ngày. Chất thải rắn lây nhiễm khoảng từ 0,312 – 1,911 kg/BN/ngày (khoa ICU (2,941 ± 0,465 kg/BN/ngày), khoa Nhiễm (2,568 ± 0,937 kg/BN/ngày), các khoa Lao, SICU, TMLH (1,755 – 2,136 kg/BN/ngày)).	An Giang, Việt Nam

Kết quả nghiên cứu cho thấy số lượng bệnh nhân nhiều, bệnh có yếu tố nguy cơ lây nhiễm và chủ yếu là bệnh nặng tại các khoa trọng điểm dẫn đến lượng chất thải lây nhiễm chiếm tỷ lệ cao. Bên cạnh đó, vẫn ghi nhận được tình trạng phân loại chất thải tại nguồn chưa chính xác cũng góp phần không nhỏ làm tăng khối lượng chất thải rắn y tế. Kiến thức phân loại chất thải của nhân viên y tế còn thiếu sót. Một số ít nhân viên y tế chưa thực sự quan tâm và chú trọng đến công tác quản lý CTRYT. Nhận thấy ở các khoa hồi sức có sử dụng dụng cụ nhựa dùng một lần cho hoạt động khám chữa bệnh làm tăng khối lượng rác thải rắn. Việc phân loại chất thải rắn tái chế (giấy bìa, vỏ hộp thuốc,...) còn chưa triệt để, vẫn còn tình trạng vỏ hộp thuốc cho vào thùng chứa chất thải rắn sinh hoạt làm gia tăng lượng và tăng chi phí xử lý loại chất thải này.

Vì vậy, nhóm nghiên cứu đề xuất thực hiện giám sát hàng ngày việc phân loại rác thải trong suốt tháng 4 và tháng 5, phản hồi đến ban chủ nhiệm khoa các trường hợp phân loại rác sai, kết quả cho thấy công tác phân loại CTRYT tại các khoa thực hiện chính xác hơn. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Kim Tạo tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2017 ghi nhận do công tác giám sát tại bệnh viện được thực hiện thường xuyên nên việc phân loại rác tại các bệnh viện đã thực hiện tốt hơn [9].

Công tác đào tạo tập huấn, phổ biến, tuyên truyền cho NVYT về quản lý CTRYT là yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả công tác quản lý CTRYT. Bệnh viện đã tổ chức công tác tổ chức tập huấn, hướng dẫn phân loại chất thải y tế đúng quy định cho nhân viên y tế, thông qua sinh hoạt chuyên môn của bệnh viện, kết hợp thông tin thường xuyên đến ban chủ nhiệm của các khoa phối hợp phổ biến, nhắc nhở các thành viên trong khoa nghiêm túc thực hiện. Tuyên truyền đến các cán bộ nhân viên y tế, bệnh nhân và người nhà bệnh nhân về tác hại đối với sức khỏe của chất thải y tế bằng hình vẽ, tranh ảnh và bài viết được treo trên góc truyền thông tại các khoa phòng trong bệnh viện. Kết quả giám sát của nhóm nghiên cứu cho thấy, thực hành phân loại CTRYT của NVYT và người nuôi bệnh được cải thiện đáng kể, lượng chất thải rắn thông thường giảm đáng kể. Đề xuất sử dụng các dụng cụ tái sử dụng thay thế cho dụng cụ sử dụng một lần (trong các hoạt động có thể thay thế được). Kết quả nghiên cứu của Phạm Minh Khuê, năm 2020 cho kết quả tương đồng, tác giả chỉ ra rằng khi được tập huấn, đặc biệt nếu có thể trải qua tập huấn nhiều lần, kiến thức được hệ thống hóa, cập nhật đầy đủ, giúp cho nhân viên y tế làm việc

dễ dàng và đúng quy định hơn. Cụ thể, tỷ lệ thực hành ở nhóm nhân viên y tế được tập huấn cao hơn với nhóm không được tập huấn (99,3% so với 75,9%) [10].

Bên cạnh đó, hàng năm bệnh viện có tổ chức triển khai, tập huấn nâng cao hiệu quả quản lý CTRYT cho 100% nhân viên y tế một lần trong năm theo quy định, điều này cho thấy quan tâm của ban giám đốc trong việc đào tạo và đào tạo lại kiến thức về hoạt động quản lý CTRYT cho nhân viên y tế trong bệnh viện; kết quả nghiên cứu cho thấy việc tập huấn cho nhân viên y tế Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang quan tâm và thực hiện tốt tương tự nghiên cứu của Trần Minh Trí tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh năm 2017 [11].

Khối lượng chất thải rắn sinh hoạt sau can thiệp khoảng từ 0,045 – 2,771 kg/BN/ngày và khối lượng chất thải rắn lây nhiễm khoảng từ 0,295 – 1,514 kg/BN/ngày. Sau can thiệp, nhận thấy chất thải rắn thông thường có giảm so với trước can thiệp với tỷ lệ trung bình là 28,99 % và chất thải rắn lây nhiễm đã giảm mạnh ở khoa ICU và SICU, tỷ lệ cao nhất là khoa ICU giảm 43,6% so với trước can thiệp.

Chi phí xử lý chất thải y tế nguy hại cao hơn nhiều so với chất thải rắn thông thường, do đó đòi hỏi việc phân loại các loại chất thải tại nguồn phải đạt hiệu quả và chính xác. Việc phân loại chính xác các loại chất thải tại nơi phát sinh không những mang lại hiệu quả trong công tác quản lý CTRYT nói chung còn góp phần giảm chi phí cho công tác xử lý các loại chất thải này nói riêng.

#### **V.KẾT LUẬN:**

Trước can thiệp, khối lượng chất thải rắn sinh hoạt phát sinh tại các khoa trọng điểm khoảng từ 0,123 – 2,941 kg/BN/ngày, khối lượng chất thải rắn lây nhiễm khoảng từ 0,312 – 1,911.kg/BN/ngày. Các giải pháp can thiệp chủ yếu là phân loại chính xác tại nguồn, tổ chức giám sát phân loại chất thải tại các khoa, phòng trong bệnh viện và sử dụng các dụng cụ tái sử dụng thay thế cho dụng cụ sử dụng một lần. Sau can thiệp, khối lượng chất thải rắn sinh hoạt sau can thiệp giảm còn từ 0,045 – 2,771 kg/BN/ngày, khối lượng chất thải rắn lây nhiễm dao động khoảng từ 0,295 – 1,514 kg/BN/ngày.

Các hoạt động can thiệp có hiệu quả, giúp giảm khối lượng chất thải nguy hại ở tất cả các khoa trọng điểm và chi phí xử lý loại chất thải này.



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### TIẾNG VIỆT:

1. Bộ Tài Nguyên và Môi Trường (2021). *Báo cáo Hiện trạng môi trường Quốc gia giai đoạn năm 2016-2020*, Nhà xuất bản Dân trí.
2. Bộ Tài nguyên và Môi trường (2017). *Báo cáo môi trường quốc gia 2017 - chuyên đề quản lý chất thải*, Nhà xuất bản Tài nguyên Môi trường và bản đồ Việt Nam.
3. Bộ Y Tế (2023). *Báo cáo 624/BC-BYT 2023 rà soát các quy định về quản lý chất thải y tế*.
4. Đặng Văn Xuyên, Nguyễn Thanh Hà, Vũ Phong Túc, Nguyễn Văn Thường (2022). Thực trạng phát sinh chất thải y tế tại một số bệnh viện đa khoa công lập năm 2017, *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 520 Số 1B – 11/2022.
5. Phạm Ngọc Châu, Đàm Thương Thương (2021). Thực trạng chất thải rắn y tế của các bệnh viện và thách thức trong phòng dịch Covid-19, *Tạp chí Môi trường*.
6. Bộ Y Tế (2021). *Quy định về quản lý chất thải y tế trong phạm vi khuôn viên cơ sở y tế* (ban hành kèm theo Thông tư số 20/2021/TT-BYT ngày 26/11/2021 của Bộ Trưởng Bộ Y Tế).
7. Nguyễn Thị Vân Anh (2011). *Điều tra, nghiên cứu hiện trạng quản lý chất thải rắn y tế tại Thanh Hóa và đề xuất các giải pháp cải thiện*.
8. Ngô Khâu và Lê Hoàng Ninh (2014). *Thực trạng quản lý chất thải rắn y tế tại một số bệnh viện công thuộc tỉnh Tiền Giang*.
9. Đỗ Thị Kim Tạo (2017). Thực trạng phân loại chất thải rắn y tế của điều dưỡng tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2017. Luận văn Thạc sĩ, Hà Nội: Trường Đại học Y tế Công cộng.
10. Khuê PM, Phương NTT, Linh TH (2020). Thực trạng quản lý chất thải rắn y tế tại Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng năm 2020. *Tạp chí YHDP*. 22 Tháng Sáu 2021;31(5):105–13.
11. Trần Minh Trí (2017). Thực trạng quản lý chất thải rắn y tế tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh năm 2017. Luận văn chuyên khoa II, Hà Nội: Trường Đại học Y tế Công cộng.

### TIẾNG ANH:

12. Atanu Kumar Das, Md. Nazrul Islam, Md. Morsaline Billah, and Asim Sarker (2021). COVID-19 pandemic and healthcare solid waste management strategy – A mini-review, *Science of The Total Environment Volume 778*, 2021.
13. Koray Özşeker, Yahya Terzi and Coşkun Erüz (2022). Solid waste composition and COVID-19-induced changes in an inland water ecosystem in Turkey, *Environ Sci Pollut Res* 29:54596–54605.
14. S. Ajbar EL Gueriri, F. EL Mansouri, F. Achmlal, S. Lachaal, J. Brigui, A. Fakih Lanjri (2023). Healthcare waste characteristic and management in regional hospital and private clinic, *Global J. Environ. Sci. Manage.* 9(4): 805-818, Autumn 2023, Serial #36.
15. Dihan M.R., Abu Nayeem S.M., Roy H. et al.. (2023). Healthcare waste in Bangladesh: Current status, the impact of Covid-19 and sustainable management with life cycle and circular economy framework. *Science of The Total Environment*, 871, 162083.
16. Duc Luong Nguyen, Xuan Thanh Bui, The Hung Nguyen (2014). Estimation of current and future generation of medical solid wastes in Hanoi City, Vietnam. *International Journal of Waste Resources*. Epub ahead of print 1 April 2014.

# THỰC TRẠNG SƠ CỨU VÀ VẬN CHUYỂN BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG CƠ QUAN VẬN ĐỘNG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG 2020-2021

Võ Ngọc Toàn, Trần Phương Minh,  
Nguyễn Thị Ngọc Lam, Trần Thị Kim Tuyền

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Chấn thương cơ quan vận động là loại chấn thương rất phổ biến và thường gây ra các hậu quả nghiêm trọng. Công tác sơ cứu ban đầu tại hiện trường và vận chuyển an toàn là rất cần thiết để đảm bảo khả năng sống cho nạn nhân.

**Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả thực trạng sơ cấp cứu và vận chuyển đến bệnh viện của các bệnh nhân chấn thương cơ quan vận động điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2020-2021.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 497 bệnh nhân chấn thương cơ quan vận động điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang 5/2020 đến 5/2021. Chẩn đoán bằng phối hợp: bệnh sử chấn thương, khám lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh học. Kết quả: 81,7% được sơ cấp cứu tại hiện trường. Thời điểm xảy ra chấn thương trong ngày được sơ cấp cứu nhiều nhất là 13h - <18h (84,5%), thấp nhất là 0h - <6h (71,4%). 51,1% được sơ cấp cứu tại chỗ, 50,9% được người dân là người đầu tiên tham gia cấp cứu. Thời gian từ khi bị chấn thương đến khi được cấp cứu ban đầu đa phần  $\leq 5$  phút (49,9%). Băng bó là biện pháp sơ cấp cứu phổ biến nhất (51,6%), giảm đau là biện pháp ít phổ biến nhất (5,7%). 54,1% được đưa đến bệnh viện bằng xe máy, 50,1% được đưa đến bệnh viện trong khoảng thời gian <60 phút.

**Kết luận:** Cần mở các khóa đào tạo những kiến thức cơ bản về sơ cấp cứu cho cộng tác viên và cho người dân, là những người đầu tiên đến hiện trường nhằm giảm thiểu tối đa những biến chứng của chấn thương.

**Từ khóa:** chấn thương, cơ quan vận động, sơ cấp cứu, vận chuyển

## SITUATION OF FIRST AID AND TRANSPORTATION OF MUSCULOSKELETAL INJURY PATIENTS AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL 2020-2021

**Background:** Musculoskeletal injuries are very common and often have serious consequences. First aid at the accident scene and safe transportation are essential to ensure the survival of the victims.

**Objectives:** This study aimed to describe the situation of first aid and transportation to the hospital of patients with musculoskeletal injuries treated at An Giang Central General Hospital in 2020-2021.

**Materials and methods:** A cross-sectional survey was conducted among 497 patients with musculoskeletal injuries treated at An Giang Central General Hospital from May 2020 to May 2021. Diagnosis by combination: history of injury, physical examination and imaging.

**Results:** 81.7% performed first aid at the scene. The most time frame for performing first aid is 13h - <18h (84.5%), and the lowest is 0h - <6h (71.4%). 51.1% were given first aid on the spot. Surrounding people participating in first aid were mainly (50.9%). The time from injury to first aid is mostly  $\leq 5$  minutes (49.9%). The bandage is the most commonly performed emergency measure (51.6%), and pain relief is the least common 5.7%. 54.1% were transported to the hospital by motorbike, and 50.1% were transported to the hospital within <60 minutes.

**Conclusion:** It is necessary to open training courses on basic first aid knowledge for medical collaborators and the surrounding people, who are the first to arrive at the scene to minimize trauma complications.

**Keywords:** musculoskeletal injury, first aid, transportation

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, tỷ lệ mắc và tử vong liên quan đến chấn thương ngày càng gia tăng không ngừng, hàng ngày có khoảng 16 nghìn người chết do chấn thương [10], [8]. Trong đó, chấn

thương các loại của cơ quan vận động ngày càng phổ biến và nghiêm trọng hơn. Sau chấn thương, cơ quan vận động xảy ra các tình trạng đau, sưng nề, mất cơ năng,... Nếu xử trí ban đầu không đúng, sơ cứu không kịp thời có thể gây ra các hậu quả nghiêm trọng và có nhiều nguy cơ xảy ra các biến chứng làm ảnh hưởng đến sự sống của chi, ảnh hưởng đến chức năng vận động thậm chí ảnh hưởng đến tính mạng. Điều này không những chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe, khả năng lao động của nạn nhân mà còn ảnh hưởng đến gia đình và xã hội do phải tốn chi phí chăm sóc, điều trị, khắc phục hậu quả sau chấn thương. Sơ cứu là bước chăm sóc ban đầu, có thể được thực hiện bởi bất kỳ ai, nhằm mục đích duy trì sự sống, giảm bớt đau đớn, ngăn bệnh tật hoặc thương tích thêm trầm trọng và thúc đẩy phục hồi. Những người đầu tiên đến hiện trường đóng vai trò rất quan trọng trong việc phòng tránh hậu quả nặng hơn bằng cách gọi cấp cứu, dự phòng các va chạm tiếp theo, vận chuyển nạn nhân đến bệnh viện... Nếu những người này được đào tạo về sơ cấp cứu sẽ tránh được các trường hợp tử vong do sóc chấn thương, tổn thương gây mất máu. Trên thế giới, hầu hết các quốc gia đều có các trung tâm phòng ngừa tai nạn và thương tích. Tại tỉnh An Giang, trong khoảng hơn 10 năm trở lại đây, khía cạnh dự phòng tai nạn thương tích, dự phòng chấn thương cơ quan vận động mới được chú ý. Để có những thông tin cơ bản, hệ thống và đầy đủ về thực trạng sơ cứu nạn nhân chấn thương cơ quan vận động chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu: “*Thực trạng sơ cứu và vận chuyển bệnh nhân chấn thương cơ quan vận động điều trị tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang 2020-2021*”, với hai mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng sơ cấp cứu các bệnh nhân chấn thương cơ quan vận động điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2020-2021.
2. Mô tả thực trạng vận chuyển đến bệnh viện của các bệnh nhân chấn thương cơ quan vận động điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang 2020-2021.

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Đối tượng nghiên cứu**

#### **2.1.1. Đối tượng nghiên cứu**

Tất cả bệnh nhân chấn thương cơ quan vận động đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ 5/2020 - 5/2021.

#### **2.1.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu**

Bệnh nhân chấn thương cơ quan vận động > 15 tuổi đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang 5/2020- 5/2021 gồm các chấn thương hệ cơ xương khớp. Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án đầy đủ và được ghi chép tất cả các thông tin cần thiết theo mẫu phiếu thu thập số liệu. Bệnh nhân được điều trị đầu tiên tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang (chưa từng vào điều trị tại một Bệnh viện nào khác).

#### **2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ**

Bệnh nhân chấn thương đến khám và điều trị  $\geq 2$  lần. Bệnh nhân không đồng ý, không hợp tác nghiên cứu.

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

#### **2.2.1. Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích.

#### **2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

Chọn mẫu theo công thức:  $n = Z^2_{1-\alpha/2} \times P \times (1 - P) / d^2$

n: cỡ mẫu; z: hệ số tin cậy, với  $\alpha = 0,05 \rightarrow z = 1,96$ ; d (sai số cho phép) = 0,05

Theo nghiên cứu của Trần Minh Hào năm 2021 tại Thái Bình, tỷ lệ nạn nhân bị tai nạn giao thông được sơ cấp cứu trước khi vào viện là 44,7% [3], do đó chọn  $P = 0,447$ . Vậy  $n = 380$ , trong thực tế nghiên cứu lấy  $n = 497$  mẫu. Chọn mẫu thuận tiện: tất cả các bệnh nhân chấn thương cơ quan vận động vào điều trị tại Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang 01/5/2020 cho đến khi đủ mẫu. Chẩn đoán bằng phối hợp: bệnh sử chấn thương, khám lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh học.

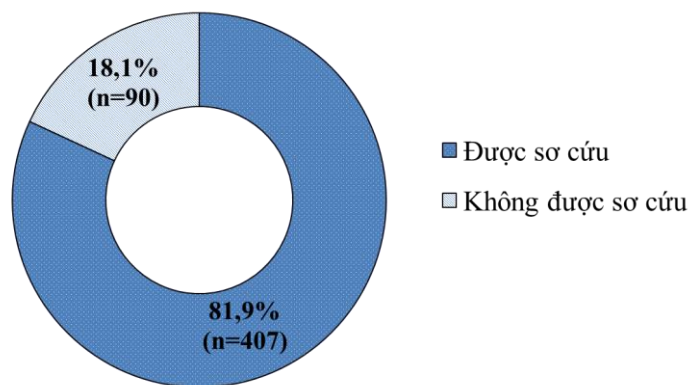
#### **2.2.3. Nội dung nghiên cứu**

Thu thập dữ liệu dựa trên phiếu thu thập số liệu xây dựng sẵn về các đặc điểm về sơ cấp cứu như: tỷ lệ được sơ cấp cứu, nơi được sơ cấp cứu, người đầu tiên trực tiếp tham gia cấp cứu,

thời gian từ khi bị chấn thương đến khi được cấp cứu ban đầu, các biện pháp cấp cứu ban đầu, thời gian từ lúc chấn thương đến khi được đưa đến bệnh viện, phương tiện được sử dụng để vận chuyển bệnh nhân đến bệnh viện. Các bệnh nhân khi vào viện được lập hồ sơ bệnh án tại Phòng Khám bệnh theo mẫu bệnh án chính thức của Bệnh viện, đồng thời được trích xuất vào phiếu thu thập số liệu. Các bệnh án chính thức và phiếu thu thập số liệu được theo dõi cho đến khi bệnh nhân ra viện. Việc theo dõi bệnh nhân và trích xuất thông tin từ bệnh án chính thức vào phiếu thu thập số liệu được thực hiện bởi bác sĩ của Phòng khám bệnh và các khoa điều trị Bệnh viện, sau khi được tập huấn và hướng dẫn đầy đủ, cẩn thận về các yêu cầu của mục tiêu nghiên cứu chỉ tiêu đánh giá. Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0. Các biến số định tính được trình bày dưới dạng bảng tần số, tỷ lệ phần trăm (%) hoặc biểu đồ. Sử dụng test thống kê Chi bình phương ( $\chi^2$ ) để xác định sự khác biệt về hai tỷ lệ. Xác định sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với mức ý nghĩa  $p < 0,05$ .

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Thực trạng trạng sơ cấp cứu các bệnh nhân chấn thương cơ quan vận động



**Biểu đồ 1. Tỷ lệ đối tượng được sơ cấp cứu trước khi đưa đến bệnh viện (n=497)**

**Nhận xét:** 81,7% đối tượng nghiên cứu được thực hiện sơ cấp trước khi đưa đến bệnh viện.

**Bảng 1. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu được sơ cấp cứu theo phân loại chấn thương (n=497)**

Phân loại chấn thương	Được sơ cấp cứu		p
	Có (%)	Không (%)	
Gãy xương kín	167 (86,1)	27 (13,9)	0,012
Chấn thương phần mềm	230 (80,4)	56 (19,6)	
Trật khớp	10 (58,8)	7 (41,2)	
Tổng	407 (81,9)	90 (18,1)	

**Nhận xét:** tỷ lệ loại chấn thương được thực hiện sơ cấp cứu nhiều nhất là gãy xương kín (86,1%), thấp nhất là trật khớp (58,8%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p=0,012$ ).

**Bảng 2. Tỷ lệ đối tượng được sơ cấp cứu theo thời điểm xảy ra chấn thương (n=497)**

Thời điểm xảy ra chấn thương trong ngày	Được sơ cấp cứu		p
	Có (%)	Không (%)	
0h - < 6h	20 (71,4)	8 (28,6)	0,391
6h - < 13h	146 (80,7)	35 (19,3)	
13h - < 18h	120 (84,5)	22 (15,5)	
18h < 0h	121 (82,9)	25 (17,1)	
Tổng	407 (81,9)	90 (18,1)	

**Nhận xét:** tỷ lệ đối tượng được thực hiện sơ cấp cứu nhiều nhất là vào 13h - < 18h (84,5%), thấp nhất là vào 0h - < 6h (71,4%).

**Bảng 3. Tỷ lệ nơi nạn nhân được sơ cấp cứu ban đầu tại các khu vực dân cư (n=407)**

Khu vực	Tại chỗ		Y tế cơ sở		p
	n	%	n	%	
Thành thị	107	70,9	44	29,1	< 0,001
Nông thôn	101	39,5	155	60,5	
Tổng	208	51,1	199	48,9	

**Nhận xét:** đa phần các đối tượng nghiên cứu được thực hiện sơ cấp cứu tại chỗ (51,1%). Có sự khác biệt về nơi nạn nhân được sơ cứu tại các khu vực dân cư ( $p < 0,001$ ).

**Bảng 4. Tỷ lệ người đầu tiên trực tiếp tham gia cấp cứu và thời gian từ khi bị chấn thương đến khi được cấp cứu ban đầu (n=407)**

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Người cấp cứu		
Người dân	207	50,9
Nhân viên y tế	200	49,1
Thời gian từ khi bị chấn thương đến khi được cấp cứu ban đầu		
≤ 5 phút	203	49,9
> 5 -15 phút	195	47,9
> 15 phút	9	2,2

**Nhận xét:** 50,9% đối tượng nghiên cứu được người dân là người đầu tiên trực tiếp tham gia cấp cứu tại nơi xảy ra chấn thương. Thời gian từ khi bị chấn thương đến khi được cấp cứu ban đầu đa phần là ≤ 5 phút (49,9%).

**Bảng 5. Tỷ lệ các biện pháp cấp cứu ban đầu được thực hiện tại các tuyến (n=407)**

Địa điểm	Giảm đau (%)		Băng bó (%)		Cố định (%)		p
	n	%	n	%	n	%	
Tại chỗ	2	1,0	140	67,3	66	31,7	<0,001
Y tế cơ sở	21	10,6	70	35,2	108	54,3	
Tổng	23	5,7	210	51,6	174	42,8	

**Nhận xét:** băng bó là biện pháp cấp cứu ban đầu được thực hiện phổ biến nhất (51,6%). Giảm đau là biện pháp ít phổ biến nhất (5,7%). Có sự khác biệt về các biện pháp cấp cứu ban đầu được thực hiện tại các tuyến ( $p < 0,001$ ).

### 3.2. Thực trạng vận chuyển đến bệnh viện các bệnh nhân chấn thương cơ quan vận động

**Bảng 6. Tỷ lệ phương tiện vận chuyển bệnh nhân đến bệnh viện theo bộ phận tổn thương (n=497)**

Đặc điểm	Chi trên (%)	Chi dưới (%)	Nhiều bộ phận (%)	Tổng
Xe máy	143 (28,8)	93 (18,7)	33 (6,6)	269 (54,1)
Xe cấp cứu	51 (10,3)	117 (23,5)	24 (4,8)	192 (38,7)
Xe ô tô	9 (1,8)	20 (4,0)	4 (0,8)	33 (6,6)
Phương tiện khác	0 (0,0)	2 (0,4)	1 (0,2)	3 (0,6)
Tổng	203 (40,8)	232 (46,7)	62 (12,5)	497 (100,0)

**Nhận xét:** đa phần đối tượng nghiên cứu được vận chuyển đến bệnh viện bằng xe máy (54,1%). Có 38,7% đối tượng nghiên cứu được vận chuyển đến bệnh viện bằng xe cấp cứu.

**Bảng 7. Tỷ lệ thời gian từ lúc chấn thương đến khi được đưa đến bệnh viện theo thời điểm xảy ra chấn thương trong ngày (n=497)**

Thời điểm xảy ra chấn thương trong ngày	Thời gian đưa đến bệnh viện (phút)			p
	≤ 60 (%)	60 < - ≤ 120 (%)	> 120 (%)	
0h - < 6h	16 (57,1)	11 (39,3)	1 (3,6)	0,445
6h - < 13h	92 (50,8)	73 (40,3)	16 (8,8)	
13h - < 18h	64 (45,1)	69 (48,6)	9 (6,3)	
18h - < 0h	77 (52,7)	63 (43,2)	6 (4,1)	
Tổng	249 (50,1)	216 (43,5)	32 (6,4)	

**Nhận xét:** đa phần các đối tượng nghiên cứu được đưa đến bệnh viện trong khoảng thời gian từ 60 phút trở xuống (50,1%). Có 6,4% các đối tượng được đưa đến bệnh viện sau 120 phút kể từ khi bị tai nạn. Không có sự khác biệt về thời gian đưa đến bệnh viện giữa các thời điểm xảy ra chấn thương.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Thực trạng sơ cấp cứu các bệnh nhân chấn thương cơ quan vận động

Việc sơ cấp cứu nạn nhân ngay tại nơi xảy ra tai nạn là hết sức quan trọng nhằm góp phần cứu sống và giảm thiểu thương tích cho nạn nhân. Khi bị chấn thương, mỗi nạn nhân sẽ có những triệu chứng và tình huống sơ cứu khác nhau. Trước khi đội cấp cứu chuyên nghiệp đến, có thể duy trì sự sống cho nạn nhân bằng những động tác sơ cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân được sơ cứu ban đầu với tỷ lệ 81,7% (407 trường hợp). Kết quả này tương đối cao hơn nếu so với kết quả của các nghiên cứu: Trần Minh Hòa, tỷ lệ được sơ cấp cứu trước khi vào viện là 44,7% [3]; Lê Ngân tỷ lệ được sơ cấp cứu chiếm 40,4% [6]; Nguyễn Văn Hùng tỷ lệ được sơ cứu ban đầu là 75,9%, không sơ cứu 23,8% tử vong tại chỗ 0,3% [5]. Kết quả tỷ lệ được sơ cứu trước khi vào viện trong nghiên cứu này lên đến 81,7% có thể vì đa phần thời điểm xảy ra chấn thương trong nghiên cứu này xảy ra trong khung giờ 6h sáng đến 18h chiều, đây là thời gian hoạt động chính trong ngày, do đó nạn nhân dễ được phát hiện và sơ cứu.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ loại chấn thương được thực hiện sơ cấp cứu nhiều nhất là gãy xương kín (86,1%), thấp nhất là trật khớp (58,8%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p=0,012$ ). Thông thường, kỹ thuật sơ cứu khi bị trật khớp đơn giản và dễ thực hiện hơn sơ cứu khi bị gãy xương, so về mức độ nghiêm trọng trật khớp đa phần cũng ít nghiêm trọng hơn gãy xương, do đó việc sơ cứu khi bị khớp đôi khi bị bỏ qua và nạn nhân thường đến thẳng bệnh viện để điều trị. Tỷ lệ sơ cứu khi chấn thương tại chỗ là 51,1% và tại y tế cơ sở là 48,9%. Tại khu vực thành thị, 70,9% bệnh nhân được sơ cấp cứu tại chỗ và 29,1% được cấp cứu tại tuyến y tế cơ sở. Tỷ lệ này ở khu vực nông thôn tương ứng là 39,5% và 60,5%. Sự khác biệt giữa các khu vực về tỷ lệ được sơ cứu là có ý nghĩa thống kê với  $p<0,001$ . Điều này có thể giải thích do tại khu vực thành thị thành thị có mật độ dân số đông hơn, người dân thường có kiến thức cao hơn khu vực nông thôn, trong đó có kiến thức về sơ cấp cứu chấn thương nên có thể thực hiện các biện pháp cấp cứu tại chỗ như băng, cầm máu, cố định gãy xương. Còn tại khu vực nông thôn, người dân thưa thớt hơn, thường có kiến thức thấp hơn nên việc có thể thực hiện sơ cứu tại chỗ cũng có thể thấp hơn. Theo Lê Ngân năm 2018, địa điểm sơ cứu chấn thương chủ yếu tại y tế cơ sở chiếm 90,9%; tại chỗ chiếm 9,1% [6]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Minh Tâm cho thấy: chỉ có 21% nạn nhân được sơ cứu tại hiện trường và 30,6% bệnh nhân được sơ cứu tại cơ sở y tế [7].

Kết quả cho thấy người sơ cứu ban đầu khi chấn thương là người dân với 50,9% và nhân viên y tế là 49,1%. Theo Lê Ngân, người thực hiện sơ cứu chủ yếu là nhân viên y tế, chiếm 91,8%; 8,2% là người dân [6]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Minh Tâm công tác sơ cứu ban đầu được thực hiện chủ yếu bởi người dân xung quanh nơi tai nạn, chiếm 68,2% [7]. Theo nghiên cứu của Mai Anh Đào thương tích được cán bộ y tế sơ cứu chiếm rất thấp 0,8% [2]. Cán bộ y tế không phải là đối tượng ưu tiên, không thể sẵn sàng tham gia sơ cứu ban đầu mọi lúc, mọi nơi cho nạn nhân. Vấn đề sơ cứu ban đầu cần có sự tham gia của nhiều đối tượng khác trong cộng đồng, việc truyền thông, tập huấn nâng cao kiến thức về thực hành sơ cứu ban đầu đối với các tai nạn thường gặp trong cộng đồng là vô cùng quan trọng. Nghiên cứu cho thấy,

thời gian từ khi bị chấn thương đến khi được cấp cứu ban đầu đa phần trong khoảng thời gian 15 phút. Cụ thể, tỷ lệ bệnh nhân được sơ cứu dưới phút là 49,9%, từ 5 - 15 phút là 47,9% và > 15 phút là 2,2%. Kết quả nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào có thời gian sau khi chấn thương đến khi được sơ cứu quá 30 phút. Kết quả này khác với nghiên cứu của Lê Ngân năm 2018: thời gian thực hiện sơ cứu sau chấn thương; chủ yếu 6 - 15 phút sau khi xảy ra tai nạn chiếm 48,7%; >30 phút chiếm 24,9% [6]. Qua nghiên cứu cho thấy băng bó là biện pháp cấp cứu ban đầu được thực hiện phổ biến nhất (51,6%). Giảm đau là biện pháp ít phổ biến nhất (5,7%). Có sự khác biệt về các biện pháp cấp cứu ban đầu được thực hiện tại các tuyến ( $p < 0,001$ ). Tại chỗ tai nạn, tỷ lệ bệnh nhân được sử dụng biện pháp giảm đau chỉ là 1,0% trong khi đến tuyến y tế cơ sở tỷ lệ này là 10%. Với việc sử dụng biện pháp băng bó, tại chỗ nơi xảy ra tai nạn, bệnh nhân được băng bó là 67,3%, tại y tế cơ sở là 35,2%. Với biện pháp cố định, tại nơi xảy ra tai nạn, tỷ lệ bệnh nhân được cố định tạm thời là 31,7%. Ở điểm tuyến y tế cơ sở tỷ lệ này 54,3%. Theo Lê Ngân, phương pháp thực hiện sơ cứu bệnh nhân chấn thương chủ yếu là giảm đau, chiếm 76,9%; 12,8% có băng bó; 10,3% có cố định bệnh nhân [6]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng tại Đắk Lắk năm 2014 cho thấy cách sơ cứu ban đầu chủ yếu là cầm máu 45,5% và băng bó 28,0% [5].

#### **4.2. Thực trạng vận chuyển đến bệnh viện các bệnh nhân chấn thương cơ quan vận động**

Kết quả nghiên cứu cho thấy xe máy (54,1%) là phương tiện vận chuyển được sử dụng nhiều nhất để đưa bệnh nhân đến bệnh viện, kế đến là xe cấp cứu 38,6%, xe ô tô chiếm tỷ lệ 6,6%. Thực tế, An Giang là một trong những địa phương đứng đầu cả nước về số xe cấp cứu dùng trong chuyển bệnh từ thiện và cũng là địa phương khởi xướng xu hướng mua xe cấp cứu chuyên bệnh bất kể bệnh nhân có kinh tế khá giả hay khó khăn [1]. Vấn đề đặt ra chỗ việc tiếp cận với xe cấp cứu khi bị tai nạn cần một đáp ứng khẩn cấp, nhất là trong những loại tai nạn nghiêm trọng, đe dọa tính mạng như chấn thương sọ não, gãy vỡ các xương lớn... Tuy nhiên, thực tế cho thấy việc gọi được xe cấp cứu có khi lại không đáp ứng được vấn đề thời gian và cũng tùy thuộc vào sự đáp ứng của hệ thống cấp cứu tại mỗi địa phương hoặc gọi xe ô tô thì lại tốn kém hơn. Trong khi đó, với xe máy thì hầu như nhà nào cũng có, lại rất cơ động, có thể tiếp cận được những khu vực mà các loại phương tiện lớn hơn không thực hiện được. Đây chính là lý do mà người dân sử dụng xe máy nhiều nhất để vận chuyển nạn nhân. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu của: Nguyễn Văn Hùng năm 2014 tại Đắk Lắk: phương tiện vận chuyển cấp cứu sau tai nạn thương tích chủ yếu là xe máy 91,8%, xe ô tô là 5,6%, xe cứu thương chỉ có 1 trường hợp 0,4% [5]; Lê Ngân tại Đồng Nai 2018, bệnh nhân chấn thương vận động được chuyển bệnh chủ yếu bằng xe máy và ô tô, tỷ lệ lần lượt là 38,3% và 39%. Chỉ có 22,6% chuyển bằng xe cấp cứu [6]. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi khác với nghiên cứu của Nguyễn Minh Tâm tại An Giang 2020 và Đinh Văn Quỳnh tại Hà Nội 2021, khi cho thấy đa số các bệnh nhân được vận chuyển bằng xe cấp cứu, lần lượt chiếm 72,6% và 98% [7], [9]. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của Nguyễn Minh Tâm thực hiện trên bệnh nhân chấn thương sọ não, một loại chấn thương nghiêm trọng, do đó việc vận chuyển cũng đòi hỏi sự an toàn cao hơn, dẫn đến tỷ lệ vận chuyển bằng xe cấp cứu chuyên dụng cao hơn. Thực tế cho thấy nếu thời gian trung bình để vận chuyển nạn nhân từ nơi xảy ra tai nạn đến cơ sở y tế là quá dài, quá lâu điều này có thể làm cho các tổn thương diễn tiến nặng và phức tạp, làm tăng tỷ lệ tử vong và các di chứng nặng nề sau này nếu không sơ cấp cứu kịp thời và đúng cách ngay tại hiện trường cho các loại tai nạn phức tạp. Thời gian vận chuyển từ nơi chấn thương đến bệnh viện có liên quan đến kết quả điều trị sau này. Kết quả nghiên cứu cho thấy đa phần các đối tượng nghiên cứu được đưa đến bệnh viện trong khoảng thời gian từ 60 phút trở xuống (50,1%), tỷ lệ từ 60 - 120 phút là 43,5%. Có 6,4% các đối tượng được đưa đến bệnh viện sau 120 phút kể từ khi bị tai nạn. Điều này có thể giải thích do Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang tọa lạc tại vị trí thuận lợi cho các phương tiện giao thông, do đó có điều kiện để giúp các bệnh nhân sớm được tiếp cận và điều trị. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng khi cho thấy 64,5% bệnh nhân được vận chuyển trong vòng 60 phút từ khi sơ cứu đến

bệnh viện [5]; nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hoàng cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân được đưa vào bệnh viện trong khoảng thời gian dưới 60 phút là 57,5% [4].

## V. KẾT LUẬN

81,7% đối tượng nghiên cứu được thực hiện sơ cấp cứu tại hiện trường. Khung giờ được thực hiện sơ cấp cứu nhiều nhất là 13h - <18h (84,5%), thấp nhất là 0h - <6h (71,4%). 51,1% được thực hiện sơ cấp cứu tại chỗ, 50,9% được người dân là người đầu tiên tham gia cấp cứu. Thời gian từ khi bị chấn thương đến khi được cấp cứu ban đầu đa phần  $\leq 5$  phút (49,9%). Băng bó là biện pháp cấp cứu thực hiện phổ biến nhất (51,6%), giảm đau là biện pháp ít phổ biến nhất (5,7%). 54,1% được vận chuyển đến bệnh viện bằng xe máy, 50,1% được đưa đến bệnh viện trong khoảng thời gian <60 phút. Sự tham gia của cộng đồng trong công tác sơ cấp cứu ban đầu tại hiện trường và vận chuyển nhanh chóng về bệnh viện bằng các phương tiện giúp ngăn chặn, hạn chế các thương tổn đến mức thấp nhất, hạn chế tử vong và các di chứng sau này cho nạn nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hạnh Châu. An Giang - Lan tỏa học tập và làm theo tấm gương đạo đức Hồ Chí Minh - Kỳ 2: An Giang đứng đầu cả nước về xã hội hóa xe chuyển bệnh miễn phí. 2020. <https://baoangiang.com.vn/an-giang-lan-toa-hoc-tap-va-lam-theo-tam-guong-dao-duc-ho-chi-minh-ky-2-an-giang-dung-dau-ca-nuoc-a288243.html>
2. Mai Anh Đào. Thương tích té ngã ở người cao tuổi tại thành phố Nam Định năm 2021. *Y học cộng đồng*. 2021: 63(3), 166-172. DOI: <https://doi.org/10.52163/yhc.v63i3.349>
3. Trần Minh Hào, Vũ Minh Hải. Mức độ chấn thương và thực trạng sơ cấp cứu trước viện tai nạn giao thông đường bộ đến khám tại bệnh viện đa khoa Tiền Hải, Thái Bình năm 2016. *Y học Việt Nam*. 2021: 505(2), 62-65. DOI: <https://doi.org/10.51298/vmj.v505i2.1091>
4. Nguyễn Xuân Hoàng, Phạm Thị Tâm. Tình hình bệnh nhân chấn thương sọ não đến khám và điều trị tại khoa cấp cứu bệnh viện Đa khoa Đồng Nai năm 2018-2019. *Y Dược học Cần Thơ*. 2019: (20/2019), 49-57.
5. Nguyễn Văn Hùng, Võ Văn Thắng. Sơ cứu ban đầu và kết quả điều trị tai nạn thương tích trẻ em tại thành phố Buon Ma Thuột, tỉnh Đắk Lắk. *Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế*. 2017: 7(3), 69-74. DOI: <https://www.doi.org/10.34071/jmp.2017.3.10>
6. Lê Ngân, Lê Thành Tài. 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. *Y Dược học Cần Thơ*. 2021: 36/2021, 89-95.
7. Nguyễn Minh Tâm, Phạm Văn Linh. Đánh giá công tác cấp cứu trước viện bệnh nhân chấn thương sọ não tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2020. *Y Dược học Cần Thơ*. 2021: (36/2021), 89-95
8. Phạm Thị Tâm, Lê Minh Hữu. Dịch tễ học. Nhà xuất bản Đại học Cần Thơ. 2022. 197-216.
9. Đinh Văn Quỳnh, Nguyễn Đức Chính, Phạm Hải Bằng. Thực trạng cấp cứu chấn thương trước viện qua các trường hợp chấn thương sọ não nặng do tai nạn giao thông cấp cứu tại bệnh viện Việt Đức. *Y học Việt Nam*. 2021: 509(1/2021), 189-193. DOI: <https://doi.org/10.51298/vmj.v509i1.1731>
10. World Health Organization. Global status report on road safety 2018. 2018. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565684>



# THỰC TRẠNG SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN HUYẾT VÀ SỐC NHIỄM KHUẨN TẠI KHOA HSTC – CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023

Lâm Võ Hùng, Nguyễn Minh Loan,  
Nguyễn Hoàng Em, Tô Phương Toàn

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Nhiễm khuẩn huyết là một bệnh nhiễm khuẩn cấp tính, gây ra do vi khuẩn lưu hành trong máu gây ra các triệu chứng lâm sàng đa dạng, biến chứng suy đa tạng, sốc nhiễm khuẩn với tỉ lệ tử vong rất cao (từ 20-50%), trong đó sốc nhiễm khuẩn là biến chứng nguy hiểm nhất của nhiễm khuẩn huyết. Hầu hết các trường hợp sốc nhiễm khuẩn đều do vi khuẩn gram (-) hoặc vi khuẩn Gram (+) do nhiễm trùng từ cộng đồng hoặc từ bệnh viện gây ra, thường xảy ra ở những bệnh nhân có suy giảm miễn dịch, ...

**Mục tiêu:** Khảo sát thực trạng sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn huyết/sốc nhiễm khuẩn tại Khoa HSTC - Bệnh viện ĐKTT An Giang năm 2023. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu và mô tả cắt ngang trên những bệnh nhân có sử dụng kháng sinh đối với bệnh nhiễm khuẩn huyết/sốc nhiễm khuẩn.

**Kết quả:** Có 594 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, với tỉ lệ nam chiếm 67,8% và nữ là 32,2%. Tỉ lệ bệnh sốc nhiễm khuẩn chiếm 88,6% và bệnh nhiễm khuẩn huyết chiếm 11,4% so với tổng bệnh nhân nghiên cứu trong quý I năm 2023. Tỉ lệ sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm chiếm 61,7% và theo kết quả KSD với tỉ lệ 38,3%. Tỉ lệ sử dụng hợp lý kháng sinh chiếm 90,0% và 10,0% được đánh giá sử dụng không hợp lý; Sau can thiệp, tỉ lệ BN sử dụng kháng sinh hợp lý được tăng lên (95,0%).

**Kết luận:** Tỉ lệ sốc nhiễm khuẩn cao (88,6%) nên phải sử dụng nhiều loại kháng sinh (Betalactam, cephalosporin, carbapenem, ...) trong điều trị nhiễm khuẩn huyết/sốc nhiễm khuẩn. Tỉ lệ sử dụng kháng sinh hợp lý trước và sau can thiệp đều cao. Tuy nhiên, chúng ta thận trọng hơn khi chọn kháng sinh trong điều trị để tránh đề kháng kháng sinh nhằm nâng cao chất lượng điều trị, giảm chi phí cho người bệnh và gánh nặng cho nhân dân.

## ABSTRACT

**Background:** Sepsis is an acute bacterial infection, caused by bacteria circulating in the blood, causing diverse clinical symptoms, complications of multiple organ failure, septic shock with a very high mortality rate (from 20 to 50%), in which septic shock is the most dangerous complication of sepsis. Most cases of septic shock are caused by Gram (-) bacteria or Gram (+) bacteria caused by infections from the community or hospital, often occurring in immunocompromised patients, ...

**Objectives:** Survey on the status of antibiotic use in the treatment of sepsis/septic shock at the Intensive Care Department - An Giang Central General Hospital in 2023. Subjects and Methods: Retrospective and cross-sectional description on medical records of antibiotic use for sepsis/septic shock.

**Results:** There were 594 patients included in the study, with 67.8% male and 32.2% female. The rate of septic shock accounts for 88.6% and septicemia accounts for 11.4% of the total research patients in the first quarter of 2023. The rate of empirical antibiotic use accounts for 61.7% and according to KSD results with a rate of 38.3%. The rate of rational use of antibiotics is 90.0% and 10.0% are considered inappropriate use; After intervention, the proportion of patients using antibiotics appropriately increased (95.0%). Conclusions: The rate of septic shock is high (88.6%), so many types of antibiotics (Betalactam, cephalosporin, carbapenem, etc.) must be used in the treatment of sepsis/septic shock. The rate of appropriate antibiotic use before and after intervention was high. However, we should be more cautious when choosing antibiotics for treatment to avoid antibiotic resistance to improve the quality of treatment, reduce costs for patients and the burden on the people.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết là một hội chứng lâm sàng của rối loạn chức năng cơ quan đe dọa đến tính mạng gây ra bởi một đáp ứng không điều chỉnh được với nhiễm trùng. Trong sốc

nhiễm khuẩn, có sự giảm đáng kể trong tước máu mô; suy chức năng cấp tính của nhiều cơ quan, bao gồm phổi, thận và gan, có thể xảy ra và các dấu hiệu như sốt, tụt huyết áp, thiếu niệu và lú lẫn. Chẩn đoán chủ yếu là lâm sàng kết hợp với kết quả nuôi cấy cho thấy nhiễm trùng; nhận biết sớm và điều trị là rất quan trọng. Điều trị bao gồm bù dịch tích cực, kháng sinh, phẫu thuật cắt bỏ mô nhiễm trùng, ... Trong đó, sử dụng kháng sinh là điều trị bắt buộc. Tuy nhiên, tại bệnh viện việc sử dụng kháng sinh còn nhiều hạn chế như lựa chọn kháng sinh chưa hợp lý, thời gian sử dụng kháng sinh quá dài, thời điểm đưa liều chưa phù hợp, ... Điều đó dẫn đến nhiều hậu quả như gia tăng vi khuẩn kháng thuốc, tăng gánh nặng cho bệnh nhân, xã hội. Để tránh tình trạng đề kháng kháng sinh, chúng tôi thực hiện đề tài “*Khảo sát thực trạng sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn tại khoa HSTC - Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2023*” với hai mục tiêu sau:

1. Khảo sát đặc điểm bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn được điều trị tại Khoa HSTC - Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.
2. Phân tích việc sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn theo phác đồ của Bộ Y tế.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu:

Bệnh nhân (BN) của khoa HSTC và HSTC ngoại có chẩn đoán Nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn và sử dụng kháng sinh.

✓ Tiêu chuẩn chọn mẫu: Những bệnh nhân điều trị tại khoa HSTC và HSTC ngoại - Bệnh viện ĐKTT An Giang từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 06 năm 2023.

✓ Tiêu chuẩn loại trừ: BN không có đầy đủ các chỉ số nghiên cứu, Bệnh nhân không có chẩn đoán NKH/SNK hoặc không có sử dụng kháng sinh.

### 2. Phương pháp nghiên cứu:

♦ Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả hồi cứu.

♦ Cỡ mẫu: Áp dụng tất cả BN có chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn và sử dụng kháng sinh trong thời gian nghiên cứu.

✓ Phân tích và xử lý số liệu: Các số liệu thu thập xử lý bằng Microsoft Excel.

✓ Số liệu khảo sát: Số bệnh nhân khảo sát từ tháng 01/2023 – tháng 03/2023; Can thiệp việc sử dụng kháng sinh từ tháng 04/2023 - tháng 06/2023.

### 3. Tiêu chí đánh giá:

- Đặc điểm của mẫu nghiên cứu (giới tính, tuổi).
- Tỷ lệ các loại bệnh chính, bệnh mắc kèm và tỷ lệ phẫu thuật.
- Tỷ lệ các loại vi khuẩn, thời gian điều trị và tần suất sử dụng kháng sinh.
- Tần suất cấy vi sinh và chuyển đổi kháng sinh từ đường tiêm sang đường uống.
- Thời gian dùng kháng sinh trong điều trị, tỉ lệ phối hợp sử dụng kháng sinh.
- Đánh giá sử dụng kháng sinh trong điều trị và kết quả điều trị.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Đặc điểm chung của 298 mẫu nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm về tuổi và giới tính**

Đặc điểm	Phân bố	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 45	18	6,0
	45 – 70	166	55,7
	> 70	114	38,3
Giới tính	Nam	202	67,8
	Nữ	96	32,2

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân có độ tuổi từ 45 đến 70: chiếm cao nhất (55,7%), < 45 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất (6,0%); Tỷ lệ nam chiếm 67,8% và tỉ lệ nữ là 32,2%.

**Bảng 2. Đặc điểm bệnh chính, bệnh mắc kèm và phẫu thuật của BN**

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Bệnh chính	Nhiễm khuẩn huyết	34	11,4
	Sốc nhiễm khuẩn	264	88,6
Bệnh mắc kèm	Có bệnh mắc kèm	293	98,3
	Không có bệnh mắc kèm	5	1,7
Phẫu thuật	Có phẫu thuật	55	18,5
	Không có phẫu thuật	243	81,5

**Nhận xét:** Kết quả cho thấy, tỉ lệ bệnh sốc nhiễm khuẩn chiếm nhiều nhất 88,6%), bệnh nhiễm khuẩn huyết chiếm 11,4%. Tỉ lệ bệnh mắc kèm (98,3%), không mắc kèm (1,7%); Tỉ lệ bệnh nhân có phẫu thuật (18,5%), bệnh nhân không phẫu thuật (81,5%).

**Bảng 3. Tỉ lệ các bệnh lý mắc kèm**

Bệnh mắc kèm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Bệnh tim mạch	207	25,2
Bệnh hô hấp mạn tính	113	13,8
Bệnh đái tháo đường	100	12,2
Bệnh thận mạn	76	9,3
Bệnh Tiêu hóa	70	8,5
Bệnh lý hệ TKTW	44	5,4
Ung thư	24	2,9
Bệnh xơ gan	22	2,7
Bệnh cơ xương khớp	18	2,2
Bệnh khác ( <i>HC Cushing, Bướu giáp, nhiễm cetoan, ...</i> )	146	17,8

**Nhận xét:** Tỉ lệ bệnh kèm theo chiếm nhiều nhất là bệnh tim mạch với tỉ lệ 25,2%, bệnh hô hấp mạn tính (13,8%), bệnh đái tháo đường (12,2%), ... và bệnh cơ xương khớp có tỉ lệ thấp nhất (2,2%).

**Bảng 4. Thời gian nằm viện của bệnh nhân**

Thời gian nằm viện	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
< 7 ngày	194	65,1
7 - 15 ngày	77	25,8
> 15 ngày	27	9,1
Tổng cộng	298	100

**Nhận xét:** Thời gian nằm viện điều trị của bệnh nhân dưới 7 ngày chiếm nhiều nhất với tỉ lệ 65,1%, từ 5 – 15 ngày chiếm 25,8% và > 15 ngày chiếm thấp nhất (9,1%).

## 2. Phân tích sử dụng kháng sinh trong mẫu nghiên cứu

### 2.1. Phân tích tính phù hợp sử dụng kháng sinh trên mẫu nghiên cứu

**Bảng 5. Tỉ lệ sử dụng kháng sinh trong điều trị**

TT	Nhóm kháng sinh	Theo kinh nghiệm		Theo kháng sinh đồ		Tổng cộng	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
1	Cephalosporin	125	17,5	84	11,7	209	29,2
2	Quinolon	123	17,2	75	10,5	198	27,7
3	Carbapenem	60	8,4	65	9,1	125	17,5
4	Beta-lactam	40	5,6	17	2,4	57	8,0
5	Glycopeptide	23	3,2	30	4,2	53	7,4
6	Aminoglycosid	16	2,2	23	3,2	39	5,4
7	Nitroimidazol	10	1,4	8	1,1	18	2,5
8	Polymycin	4	0,6	12	1,7	16	2,2
9	Oxazolidinone	1	0,1	0	0,0	1	0,1
	Tổng cộng:	402	56,1	314	43,9	716	100

**Nhận xét:** Kháng sinh sử dụng nhiều nhất trong điều trị là nhóm Cephalosporin (29,2%), Nhóm Quinolon (27,7%), Nhóm Carbapenem (17,5%), ... và nhóm kháng sinh sử dụng ít nhất là nhóm Oxazolidinone (0,1%).

Bảng 6. Tỷ lệ phối hợp kháng sinh sử dụng trong điều trị

Tiêu chí	Theo kinh nghiệm		Theo kháng sinh đồ		Tổng cộng	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Một kháng sinh	30	16,3	6	5,3	36	12,1
Phối hợp 2 kháng sinh	105	57,1	44	38,6	149	50,0
Phối hợp 3 kháng sinh	34	18,5	36	31,6	70	23,5
Phối hợp > 3 kháng sinh	15	8,2	28	24,6	43	14,4
Phác đồ KS sử dụng	184	61,7	114	38,3		

**Nhận xét:** Kháng sinh sử dụng theo kinh nghiệm chiếm đa số (61,7%), khi đó kháng sinh sử dụng khi có kết quả kháng sinh đồ là 38,3%. Sử dụng phối hợp 2 kháng sinh chiếm nhiều nhất (50,0%); Sử dụng 1 kháng sinh chiếm tỷ lệ thấp nhất (12,1%).

Bảng 7. Tỷ lệ BN có chỉ định cấy vi sinh

Bệnh chính	Cấy vi sinh		Không cấy vi sinh		Tổng cộng	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Nhiễm trùng huyết	27	9,1	7	2,3	34	11,4
Sốc nhiễm khuẩn	224	75,2	40	13,4	264	88,6
Tổng cộng:	251	84,2	47	15,8	298	100

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh sốc nhiễm khuẩn chiếm đa số (88,6%); Tỷ lệ BN có cấy vi sinh chiếm 84,2% và không cấy vi sinh là 15,8%.

Bảng 8. Tỷ lệ các loại vi khuẩn sau khi cấy vi sinh

TT	Tên vi khuẩn	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1	Escherichia coli	64	22,6
2	Klebsiella	43	15,2
3	Staphylococcus	37	13,1
4	Burkholderia	20	7,1
5	Pseudomonas	14	4,9
6	Acinetobacter baumannii	11	3,9
7	Proteus	6	2,1
8	Enterococcus	5	1,8
9	Morganella morganii	4	1,4
10	Streptococcus	3	1,1
	...		
	Tổng cộng:	283	100,0

**Nhận xét:** Kết quả vi sinh sau khi cấy cho thấy: Escherichia coli chiếm đa số (22,6%), Klebsiella (15,2%), Staphylococcus (13,1%), Burkholderia (7,1%), ...

Bảng 9. Thời gian sử dụng kháng sinh

Thời gian	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 7 ngày	215	72,1
Từ 7 – 14 ngày	63	21,1
> 14 ngày	20	6,7
Tổng cộng	298	100

**Nhận xét:** Thời gian sử dụng kháng sinh < 7 ngày chiếm nhiều nhất (72,1%), sử dụng từ 7 – 14 ngày chiếm 21,1% và trên 14 ngày với tỷ lệ 6,7%.

**Bảng 10. Đặc điểm khi sử dụng kháng sinh**

Nội dung	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	P
Tính hợp lý sử dụng kháng sinh	Hợp lý	260	90,0	P < 0,01
	Không hợp lý	29	10,0	
Xuống thang kháng sinh	Có xuống thang	9	3,0	
	Không xuống thang	289	97,0	

**Nhận xét:** Sử dụng kháng sinh hợp lý trong điều trị chiếm 90% và sử dụng không hợp lý (10%); Kháng sinh chuyển từ đường tiêm sang uống chiếm 3%. Tình trạng sử dụng kháng sinh đối với điều trị bệnh SNK, NKH có ý nghĩa thống kê (P<0,01).

**Bảng 11: Tần suất các chỉ số sử dụng kháng sinh không phù hợp**

Tiêu chí	Tần suất	Tỉ lệ (%)
Liều dùng	0	0,0
Thời gian dùng	1	0,4
Giảm liều suy thận	28	9,6
Chẩn đoán	0	0,0
Tương tác thuốc	0	0,0
Tổng cộng:	29	10,0

**Nhận xét:** Tần suất sử dụng kháng sinh không phù hợp trong quá trình điều trị có một số trường hợp không giảm liều đối với bệnh nhân suy thận (9,6%).

**Bảng 12. Kết quả điều trị bệnh nhân sau khi dùng kháng sinh**

Kết quả	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Khỏi bệnh	0	0,0
Đỡ, giảm	1	0,3
Không thay đổi/nặng thêm/xin về	281	94,3
Tử vong	4	1,34
Chuyển viện	12	4,02
Tổng cộng	298	100,0

**Nhận xét:** Kết quả sau điều trị, tỉ lệ bệnh nhân không thay đổi/nặng thêm/xin về chiếm nhiều nhất (94,3%), chuyển viện (4,02%), tử vong (1,34%) và không có bệnh nhân nào khỏi bệnh.

## 2.2. Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị sau can thiệp

**Bảng 13. Tỉ lệ sử dụng kháng sinh trong điều trị sau can thiệp**

TT	Nhóm kháng sinh	Trước can thiệp		Sau can thiệp	
		n	(%)	n	(%)
1	Cephalosporin	209	29,2	175	27,7
2	Quinolon	198	27,7	160	25,4
3	Carbapenem	125	17,5	104	16,5
4	Beta-lactam	57	8,0	50	7,9
5	Glycopeptide	53	7,4	38	6,0
6	Aminoglycosid	39	5,4	35	5,5
7	Nitroimidazol	18	2,5	46	7,3
8	Polymycin	16	2,2	23	3,6
9	Oxazolidinone	1	0,1	0	0,0
	Tổng cộng:	716	100,0	631	100,0

**Nhận xét:** Sau can thiệp kết quả cho thấy, đa số kháng sinh sử dụng đều giảm như: nhóm Cephalosporin giảm 1,5%; nhóm Quinolon giảm 2,3%; nhóm Carbapenem giảm 1,0%;

**Bảng 14. Tỷ lệ phối hợp kháng sinh sử dụng điều trị sau can thiệp**

Tiêu chí	Trước can thiệp				Sau can thiệp			
	Theo kinh nghiệm		Theo Kháng sinh đồ		Theo kinh nghiệm		Theo Kháng sinh đồ	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Một kháng sinh	30	16,3	6	5,3	22	7,4	7	2,3
Phối hợp 2 kháng sinh	105	57,1	44	38,6	116	38,9	27	9,1
Phối hợp 3 kháng sinh	34	18,5	36	31,6	50	16,8	31	10,4
Phối hợp > 3 kháng sinh	15	8,2	28	24,6	19	6,4	26	8,7
Phác đồ KS sử dụng	184	61,7	114	38,3	207	69,5	91	30,5

**Nhận xét:** Kết quả cho thấy, sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm tăng 7,8%, theo kháng sinh đồ giảm 7,8%. Tuy nhiên, phối hợp sử dụng từ 3 kháng sinh trở lên tăng 4,4%, phối hợp 2 kháng sinh giảm 2,0% và sử dụng 1 kháng sinh giảm 2,3%.

**Bảng 15. Đặc điểm khi sử dụng kháng sinh sau can thiệp**

Nội dung	Đặc điểm	Trước can thiệp		Sau can thiệp		P
		n	(%)	n	(%)	
Tính hợp lý sử dụng kháng sinh	Hợp lý	260	90,0	283	95,0	P <0,01
	Không hợp lý	29	10,0	15	5,0	
Xuống thang kháng sinh	Có xuống thang	9	3,0	17	5,7	
	Không xuống thang	289	97,0	281	94,3	

**Nhận xét:** Sử dụng kháng sinh hợp lý có chiều hướng tăng 5,0% và không hợp lý giảm 5,0% sau khi can thiệp; Tỷ lệ xuống thang kháng sinh tăng 2,7% sau khi can thiệp. Can thiệp sử dụng kháng sinh trong điều trị SNK, NKH có ý nghĩa thống kê (P < 0,01).

#### IV. BÀN LUẬN

Bệnh viện ĐKTT An Giang là bệnh viện hạng I tuyến tỉnh với 950 giường bệnh (kế hoạch), là cơ sở điều trị tuyến cuối tại tỉnh An Giang và các vùng lân cận nên bệnh nhân chuyên đến bệnh viện thường là bệnh khá nặng, có bệnh kèm theo, đặc biệt là các trường hợp chuyển viện từ tuyến dưới. Trong số bệnh nhập viện điều trị, nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn có tiên lượng nặng, nguy hiểm đến tính mạng BN dẫn đến phải sử dụng nhiều kháng sinh trong điều trị.

Về đặc điểm chung của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu, giới nữ là chiếm 32,2%, giới nam là chiếm 67,8%, độ tuổi từ 45-70 chiếm tỉ lệ cao (55,7%) và độ tuổi <45 chiếm tỉ lệ thấp nhất (6,0%). Thời gian nằm viện trung bình là 6,4 ngày. Thời gian nằm viện dài có thể góp phần thêm tình trạng nhiễm khuẩn, kéo theo đó là sự gia tăng sử dụng kháng sinh. Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có bệnh mắc kèm chủ yếu là nhóm bệnh tim mạch (25,2%), bệnh hô hấp mạn tính (13,8%), bệnh đái tháo đường (12,2%) và nhóm bệnh cơ xương khớp chiếm ít nhất (2,2%). Tỷ lệ bệnh sốc nhiễm khuẩn (88,6%) khá cao so với tỷ lệ 19,7% trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hiền và cộng sự [5] và nhiễm khuẩn huyết (11,4%), trong đó bệnh nhân có phẫu thuật (18,5%).

Kết quả phân tích cho thấy tỷ lệ cấy vi sinh là 84,2% mẫu so với các nghiên cứu khác cao hơn nhiều [7][8]. Số vi khuẩn phân lập được trên mẫu nghiên cứu gồm nhiều loại, trong đó vi khuẩn E. Coli chiếm đa số (22,6%), Klebsiella (15,2%), Staphylococcus (13,1%) và một số vi khuẩn khác như: Burkholderia, Pseudomonas, Acinetobacter, Klebsiella pneumonia, ... Kết quả các vi khuẩn phân lập cũng tương đồng với kết quả các nghiên cứu đánh giá tình hình vi sinh và đề kháng KS tại các bệnh viện ở Việt Nam [7]. Số lượng vi khuẩn phân lập được tăng lên điều này góp phần vào việc hỗ trợ cho việc kê đơn kháng sinh tốt hơn, giảm bớt việc dùng kháng sinh theo kinh nghiệm. Để đánh giá sử dụng kháng sinh hợp lý dựa vào các tiêu chí như: chỉ định, kết quả kháng sinh đồ (nếu có), phù hợp về lâm sàng và hướng dẫn sử dụng kháng sinh theo từng chẩn đoán bệnh, liều dùng, thời gian dùng, cách dùng, ... Kết quả nghiên cứu cho thấy kháng sinh sử dụng nhiều là nhóm Beta-lactam (Piperacillin, Cefepim, Cefoperazon, ...), kháng

sinh nhóm 1 (Imipenem + cilastatin, Vancomycin, Meropenem, ...), nhóm Quinolon (Levofloxacin, Ciprofloxacin, ...). Trong HSTC, việc sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm luôn được ưu tiên do bệnh lý tiến triển nặng, nếu việc sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm có cải thiện tình trạng bệnh lý thì bác sĩ cân đối sử dụng khi có kết quả kháng sinh đồ, do đó tỉ lệ sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm trong mẫu nghiên cứu chiếm đa số (61,7%); đa số phối hợp 2 kháng sinh sử dụng điều trị với tỉ lệ 50,0%, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hiền cùng cộng sự và Trần Thị Hà Phương cùng cộng sự [5][8]. Thời gian sử dụng kháng sinh dưới 7 ngày chiếm nhiều nhất (72.1%); tổng số lượt kháng sinh sử dụng hợp lý chiếm 90,0%, kết quả này so với các nghiên cứu tại BVĐK tỉnh Thái Bình và tỉnh Nam Định năm 2017 cao gần gấp đôi [7].

Kết quả sau khi can thiệp cho thấy tình hình sử dụng kháng sinh có giảm so với trước can thiệp như: kháng sinh sử dụng giảm (Levofloxacin sử dụng giảm 23 lượt, Imipenem + cilastatin giảm 13 lượt, ...), tỉ lệ phối hợp kháng sinh cũng có phần khả quan hơn (phối hợp sử dụng từ 3 kháng sinh trở lên tăng 4,4% nhưng sử dụng phối hợp 2 kháng sinh giảm 2,0% và sử dụng 1 kháng sinh giảm 2,3%), kết quả này cho thấy lượng bệnh sau can thiệp có phần nặng hơn so với trước nên phối hợp sử dụng 3 kháng sinh có tăng 4,4% so với trước can thiệp. Tuy nhiên, sử dụng kháng sinh về phần hợp lý cũng tăng lên (95%) so với trước can thiệp (90%) và xuống thang kháng sinh có phần tích cực hơn (tăng 2,7%).

Kết quả này chứng tỏ Hội đồng thuốc & điều trị can thiệp kịp thời những trường hợp sử dụng kháng sinh không hợp lý (liều dùng, thời gian, giảm liều suy thận, ...) trong quá trình quản lý và sử dụng kháng sinh có hiệu quả trong điều trị nhằm đảm bảo hợp lý, an toàn và kinh tế cho người bệnh.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu đã cung cấp nhận định về sử dụng kháng sinh hợp lý (95%) tại bệnh viện, tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị do nhiễm nhiều loại vi khuẩn E. Coli (22,6%), Klebsiella (15,2%), Staphylococcus (13,1%) và một số vi khuẩn khác như: Burkholderia, Pseudomonas, Acinetobacter, Klebsiella pneumonia, ... và các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị. Tỉ lệ bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn cao hơn (88,6%) so với nhiễm khuẩn huyết (11,4%). Vì vậy phải sử dụng nhiều loại kháng sinh phối hợp, kháng sinh phổ rộng, đắt tiền ngay từ đầu để nhanh chóng đạt hiệu quả cao. Dù vậy, cần thận trọng khi lựa chọn và sử dụng kháng sinh cho phù hợp để đảm bảo hiệu quả điều trị và tránh đề kháng kháng sinh tại bệnh viện.

Để phát huy kết quả đạt được như mong muốn, 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 việc sử dụng kháng sinh; các khoa/phòng như các khoa lâm sàng, khoa dược, khoa xét nghiệm, khoa kiểm soát nhiễm khuẩn, phòng chỉ đạo tuyến và quản lý chất lượng, ... phải thực hiện nghiêm túc. Tiếp tục không ngừng đào tạo, tập huấn, cập nhật kiến thức cho cán bộ y tế là nhiệm vụ cấp thiết và lâu dài nhằm nâng cao chất lượng điều trị tại bệnh viện, hạn chế tỉ lệ vi khuẩn kháng thuốc, giảm chi phí cho người bệnh, giảm gánh nặng cho xã hội.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm* (Ban hành kèm theo Quyết định số 5642/QĐ-BYT, ngày 31/12/2015 của Bộ Y tế).
2. Bộ Y tế (2020). *Quyết định số 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"*.
3. Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang (2020). *Phác đồ điều trị Khó Nội năm 2020*.
4. Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang (2021). *Tài liệu hướng dẫn sử dụng kháng sinh tại Bệnh viện năm 2021*.
5. Nguyễn Thị Thanh Hiền, Nguyễn Như Hồ, Phùng Mạnh Thắng (2020). *Khảo sát việc sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn huyết do Staphylococcus aureus tại các khoa ICU bệnh viện Chợ Rẫy*.
6. Hoàng Phương Loan (2021). *Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh dự phòng trên bệnh nhân phẫu thuật tại Bệnh viện E năm 2021*.
7. Nguyễn Trọng Khoa (2021), *Thực trạng sử dụng kháng sinh hợp lý và hiệu quả can thiệp tại một số Bệnh viện Đa khoa tuyến tỉnh*, Luận án tiến sĩ học Y học, Viện vệ sinh dịch tễ Trung Ương.
8. Trần Thị Hà Phương, Mai Thị Tuyết cùng cộng sự (2014). *Nghiên cứu tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai năm 2014*.

# THỰC TRẠNG SỬ DỤNG VẬT TƯ Y TẾ TIÊU HAO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023

Lý Quốc Quân, Nguyễn Quang Trinh,  
Ngô Thị Kiều Dung, Ngô Thị Lệ Hằng

## TÓM TẮT

**Mở đầu:** Vật tư y tế tiêu hao là những dụng cụ được sử dụng một lần trong chăm sóc, điều trị, và các phẫu thuật khác. Việc mô tả thực trạng sử dụng vật tư y tế tiêu hao nhằm tìm ra các giải pháp quản lý, giảm chi phí cho bệnh viện đồng thời khái quát được tình hình đáp ứng vật tư y tế trong công tác phục vụ người bệnh.

**Mục tiêu:** Mô tả tình hình sử dụng vật tư y tế tiêu hao tại các khoa trong bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang. Xác định các yếu tố liên quan đến tình hình sử dụng vật tư y tế tại các khoa.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Dựa vào số liệu toàn bộ số lượng vật tư y tế tiêu hao trong danh mục vật tư y tế đã sử dụng tại các khoa/phòng từ 01/2023 đến tháng 09/2023 trong bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang. Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích các yếu tố liên quan.

**Kết quả:** Đa số các mặt hàng đều cung ứng phục vụ đủ nhu cầu sử dụng của các khối nội trú và ngoại trú. Tuy nhiên, có 2 mặt hàng sử dụng ở nội trú số lượng nhập ít hơn số lượng xuất sử dụng gồm có: Gòn, gạc (825,22%) và Que đường (221,42%). Các yếu tố liên quan đến việc sử dụng vật tư y tế tiêu hao gồm có: Đối với nội trú: Nhân sự (OR: 1,9; 95%CI: 0,7 – 5,2); số lượng bệnh nhân nội trú (OR: 4,4; 95%CI: 1,9 – 0,3) và tổng số ca phẫu thuật (OR: 4,1; 95%CI: 1,9 - 8,4). Đối với ngoại trú: Số lượt khám bệnh (OR: 2,2; 95%CI: 1,3 - 8,7) và Số ca thực hiện cận lâm sàng (OR: 0,55; 95%CI: 0,2 - 1,62). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$

**Kết luận:** Vật tư y tế tiêu hao đáp ứng đủ trong công tác điều trị ngoại trú, tuy nhiên đối với nội trú vẫn chưa đáp ứng đủ so với số lượng sử dụng. Vì vậy, ban lãnh đạo bệnh viện cần có đường lối, biện pháp nhằm đẩy nhanh công tác đầu thầu, mua sắm vật tư y tế đảm bảo cung ứng đầy đủ vật tư y tế trong công tác chẩn đoán, điều trị, chăm sóc, phục vụ người bệnh.

**Từ khóa:** Vật tư y tế tiêu hao, gói thầu, đấu thầu.

## CURRENT STATUS OF USE OF CONSUMABLE MEDICAL SUPPLIES AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2023

### ABSTRACT

**Background:** Consumable medical supplies are tools used once in care, treatment, and other surgeries. Describing the current situation of consumable medical supplies is to find solutions to manage and reduce costs for hospitals and at the same time summarize the situation of medical supplies in serving patients.

**Objective:** Describe the situation of using consumable medical supplies in departments in An Giang Central General Hospital. Identify factors related to the use of medical supplies in departments

**Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study. Based on data on the entire amount of medical supplies consumed in the list of medical supplies used in departments/rooms from January 2023 to September 2023 in An Giang Central General Hospital. Use SPSS 20.0 software to analyze related factors

**Results:** Most of the products are supplied to meet the needs of inpatient and outpatient units. However, there are 2 items used in boarding houses whose imported quantity is less than the exported quantity, including: Cotton balls and gauze (825.22%) and Sugar sticks (221.42%). Factors related to the use of consumable medical supplies include: For inpatients: Personnel (OR: 1.9; 95%CI: 0.7 – 5.2); number of inpatients (OR: 4.4; 95%CI: 1.9 - 0.3) and total number of surgeries (OR: 4.1; 95%CI: 1.9 - 8.4). For outpatients: Number of medical examinations (OR: 2.2; 95%CI: 1.3 - 8.7) and Number of paraclinical cases (OR: 0.55; 95%CI: 0.2 - 1.62). The difference is statistically significant  $p < 0.05$



**Conclusion:** *Consumable medical supplies are sufficient for outpatient treatment, but for inpatients, they are still insufficient compared to the quantity used. Therefore, hospital leadership needs to have guidelines and measures to speed up bidding and procurement of medical supplies to ensure adequate supply of medical supplies in diagnosis, treatment and care. , serving patients*

**Keywords:** *Consumable medical supplies, bidding packages, bidding*

## **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Vật tư y tế là các loại thiết bị, dụng cụ, vật liệu, vật tư cấy ghép, thuốc thử và chất hiệu chuẩn in vitro được sử dụng riêng lẻ hay phối hợp với nhau để phục vụ cho con người nhằm một hoặc nhiều mục đích. Trong đó, vật tư y tế tiêu hao là những dụng cụ được sử dụng một lần trong chăm sóc, điều trị và các phẫu thuật khác như: bông gòn, găng tay, bơm tiêm, băng dính cá nhân.....

Với sự phát triển nhanh chóng của các dịch vụ y tế, sự tiến bộ của khoa học và công nghệ, việc tiêu thụ vật tư y tế tiêu hao cho các hoạt động y tế ngày càng tăng. Vật tư y tế tiêu hao dần trở thành một phần quan trọng trong hoạt động y tế trong bệnh viện. Tuy nhiên, do thiếu phương pháp quản lý hiệu quả và sự phức tạp của vật tư y tế tiêu hao nên tồn tại một số vấn đề quản lý, hiệu quả thấp [11]. Theo nghiên cứu của Li Zhaoqian cho thấy khi các công nghệ y tế tăng nhanh, việc sử dụng vật tư y tế tiêu hao đã tăng vọt. Vật tư y tế tiêu hao đã trở thành yếu tố chi phí hàng đầu cho bệnh viện, chỉ đứng sau thuốc. Chi phí liên quan đến vật tư y tế tiêu hao lớn thứ hai trong vốn lưu động bệnh viện. Vì vậy, giải quyết các vấn đề liên quan đến quản lý vật tư y tế tiêu hao đã trở thành một trong những điều quan trọng, khó khăn nhất và thách thức đến các nhà lãnh đạo [7].

Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang hiện là bệnh viện hạng I trực thuộc Sở Y tế, là đơn vị sự nghiệp công tự bảo đảm chi thường xuyên (đơn vị nhóm II), với quy mô 950 giường kế hoạch, 1200 giường thực kê 40 khoa/phòng. Theo báo cáo kết quả hoạt động của bệnh viện năm 2021, tỷ lệ vật tư y tế tiêu hao đã sử dụng trong 2 năm 2020 và 2021 lần lượt là: 16,98% và 19,30% so với tổng doanh thu của bệnh viện, chi phí sử dụng vật tư y tế tiêu hao năm 2021 cao hơn năm 2020 [2]. Do đó, ta thấy được việc sử dụng vật tư y tế tiêu hao có ảnh hưởng không nhỏ đến tình hình tài chính của bệnh viện. Vấn đề đặt ra hiện nay là làm sao vẫn cung ứng đầy đủ vật tư y tế cho người bệnh đồng thời cũng giảm hao phí ngân sách trong bệnh viện. Căn cứ thông tư số 27/2013/TT-BYT quy định Danh mục vật tư y tế thuộc phạm vi chi trả của Quỹ bảo hiểm y tế [12] từ đó Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang đã ban hành Quyết định số 95/QĐ-BVAG về việc Ban hành danh mục các vật tư y tế tiêu hao trúng thầu năm 2014 tại Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang. Tuy nhiên, tình hình sử dụng vật tư y tế tiêu hao tại các khoa vẫn còn nhiều bất cập, chưa thực sự đồng bộ với hệ thống quản lý, định mức theo qui trình bệnh viện

Phòng Vật tư y tế là nơi quản lý, tiếp nhận và cung cấp số lượng vật tư y tế đến các khoa trong bệnh viện. Tuy nhiên, cho đến nay về việc sử dụng vật tư y tế tiêu hao chỉ báo cáo theo tháng, quý và năm cho lãnh đạo nhưng chưa đưa ra được các phân tích, đánh giá phản ánh cụ thể về việc sử dụng. Chính vì những lý do đó nên chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu: *"Thực trạng sử dụng vật tư y tế tiêu hao tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2023"* nhằm tìm ra các giải pháp quản lý, giảm chi phí cho bệnh viện đồng thời phân tích tìm hiểu các mối liên quan trong quá trình sử dụng vật tư y tế tại các khoa trong bệnh viện. Nghiên cứu thực hiện với 2 mục tiêu chính:

1. Mô tả tình hình sử dụng vật tư y tế tiêu hao tại các khoa trong bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang
2. Xác định các yếu tố liên quan đến tình hình sử dụng vật tư y tế tại các khoa

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1 Cỡ mẫu:**

Toàn bộ số lượng vật tư y tế tiêu hao trong danh mục vật tư y tế đã sử dụng tại các khoa/phòng từ 01/2023 đến tháng 09/2023 trong bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang

## 2.2. Đối tượng nghiên cứu:

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Các vật tư y tế đã trúng thầu năm 2022 thuộc nhóm danh mục vật tư y tế tiêu hao theo Quyết định số 714/QĐ-BVAG về việc phê duyệt kết quả lựa chọn nhà thầu thuộc Gói thầu Mua sắm trực tiếp hóa chất, vật tư y tế bổ sung năm 2022 - lần 1 [4]
- Tiêu chuẩn loại trừ: Các vật tư y tế không thuộc nhóm danh mục vật tư y tế tiêu hao của bệnh viện

## 2.3. Địa điểm:

Tất cả các khoa trong 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:

Từ phần mềm FPT hospital 2.0 của bệnh viện, tiến hành chiết xuất ra bảng Excel số lượng các vật tư y tế tiêu hao đã sử dụng, tổng số lượng người bệnh, số lượng nhân sự, thời gian nằm điều trị trung bình của người bệnh, thủ thuật – phẫu thuật ở từng khoa

## 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

- Các biến số rời rạc được trình bày dưới dạng tỉ lệ phần trăm.
- 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 việc sử dụng vật tư tiêu hao tại các khoa 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. Các chỉ số hoạt động cơ bản của bệnh viện

Đặc điểm	Đơn vị tính	6 tháng đầu 2022	6 tháng đầu 2023	So sánh
Tổng số nhân sự	Người	1.151	1.195	103,82
Tổng số lượt khám bệnh	Lượt	157.004	274.484	174,88
Bệnh nhân nội trú	Người	26.845	39.663	147,7
Số ngày điều trị trung bình của người bệnh nội trú	Ngày	179.088	237.244	132,5
Tổng số phẫu thuật	Ca	7.379	9.731	131,9
Tổng số thủ thuật	Ca	105.090	186.534	177,5
Tổng số lượng máu đã sử dụng	Lít	1.338	1.406,60	105,1
Tổng số chụp Xquang	Ca	52.954	68.856	130,0
Tổng số Siêu âm	Ca	55.101	74.279	134,8
Tổng số Nội soi	Ca	7.905	11.746	148,6
Tổng số chụp MRI	Ca	945	1.402	148,4
Tổng số chụp CT scan	Ca	13.385	17.896	133,7

**Bảng 3.1: Các chỉ số hoạt động cơ bản**

**Nhận xét:** Theo Báo cáo "Kết quả công tác y tế 6 tháng đầu năm và phương hướng nhiệm vụ 6 tháng cuối năm 2023" Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang [2, 1] ghi nhận được đa số các chỉ số khi so sánh với 6 tháng đầu năm 2022 đều vượt công suất trong đó, ghi nhận được: Tổng số nhân sự bệnh viện 1.195 người

- *Công tác khám chữa bệnh:* Tổng số lượt khám bệnh: 274.484 lượt; Bệnh nhân nội trú: 39.663 người; Số ngày điều trị trung bình của người bệnh nội trú: 237.244 ngày.

- *Phẫu thuật – Thủ thuật:* Phẫu thuật: 9.731 ca; Thủ thuật: 186.534 ca

- *Cận lâm sàng:* Tổng số lượng máu đã sử dụng: 1,406.60 lít; Chụp Xquang: 68.856 ca; Siêu âm: 74.279 ca; Nội soi: 11.746 ca; Chụp MRI: 1.402 ca; Chụp CT scan: 11.746 ca

### 3.2 Đặc điểm sử dụng vật tư y tế tiêu hao tại bệnh viện

Biến số	Đơn vị tính	Nhập	Xuất sử dụng			
			Ngoại trú		Nội trú	
			n	%	n	%
Băng dính cá nhân	Miếng	281.490	2.958	1,05	184.159	65,42
Gòn, gạc	Gói	16.161	5.364	33,19	133.363	825,22
Găng tay cao su	Đôi	1.711.242	100.554	5,88	760.194	44,42
Chỉ khâu	Tép	37.615	546	1,45	25.380	67,47
Que đường	Que	50.348	0	0	111.482	221,42
Phim Xquang	Tấm	173.697	37.727	21,72	102.159	58,81

**Bảng 3.2: Đặc điểm sử dụng vật tư y tế tiêu hao**

**Nhận xét:** Qua nghiên cứu, nhìn chung đa số các mặt hàng đều cung ứng phục vụ đủ nhu cầu sử dụng của các khối nội trú và ngoại trú. Tuy nhiên, có 2 mặt hàng sử dụng ở nội trú số lượng nhập ít hơn số lượng xuất sử dụng gồm có: Gòn, gạc (825,22%) và Que đường (221,42%)

### 3.3. Một số yếu tố liên quan đến tình hình sử dụng vật tư y tế tiêu hao

Yếu tố	OR	95%CI	p
<b>Nội trú</b>			
Tổng số nhân sự	1,9	0,7 - 5,2	0,002
Bệnh nhân nội trú	4,4	1,9 - 10,3	0,001
Số ngày điều trị trung bình của người bệnh nội trú	1,8	0,8 - 3,9	0,143
Tổng số phẫu thuật	4,1	1,9 - 8,4	0,001
Tổng số thủ thuật	1,5	0,7 - 3,1	0,264
Tổng số lượng máu đã sử dụng	2,2	0,5 - 10,0	0,213
Tổng số thực hiện cận lâm sàng	2,3	0,9 - 6,4	0,093
<b>Ngoại trú</b>			
Tổng số nhân sự	2,1	1,0 - 4,3	0,052
Tổng số lượt khám bệnh	2,2	1,3 - 8,7	0,000
Tổng số thủ thuật	1,9	0,4 - 8,6	0,49
Tổng số thực hiện cận lâm sàng	0,55	0,2 - 1,62	0,024

**Bảng 3.3: Các yếu tố liên quan theo kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến**

**Nhận xét:** Theo kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến, ta thấy:

- Về nội trú: các yếu tố liên quan đến tình hình sử dụng vật tư y tế tiêu hao bao gồm: Nhân sự; Số bệnh nhân điều trị nội trú và Số ca phẫu thuật. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$
- Về ngoại trú: Có 2 yếu tố liên quan đến tình hình sử dụng vật tư y tế tiêu hao gồm có: Số lượt khám bệnh và số ca thực hiện cận lâm sàng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$

## IV. BÀN LUẬN

Trong những năm qua, Tỉnh uỷ, Ủy ban Nhân dân tỉnh và Sở Y tế tỉnh An Giang đã rất quan tâm, chú trọng chỉ đạo công tác phát triển y tế đối với Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, bệnh viện hạng I và là tuyến đầu của tỉnh. Đặc biệt là việc đảm bảo đủ thuốc, hóa chất, vật tư y tế phục vụ công tác khám bệnh, chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe cho cán bộ và nhân dân. Đặc biệt, sau đại dịch Covid-19, trước tình hình thiếu thuốc, hóa chất, vật tư y tế trong cả nước và sự chỉ đạo quyết liệt của Chính phủ để đảm bảo quyền lợi của người bệnh và tháo gỡ vướng mắc, khó khăn cho các đơn vị, địa phương, Ủy ban nhân dân tỉnh đã ban hành văn bản chỉ đạo Sở Kế hoạch & Đầu tư cùng Sở Y tế khẩn trương triển khai các giải pháp bảo đảm thuốc, vật tư, trang thiết bị y tế. Bước đầu thành công khi Sở Y tế đã ký quyết định 799/QĐ-SYT ngày 27/9/2023 phê duyệt kết quả lựa chọn nhà thầu Gói thầu số 1: Gói thầu thuốc Generic (thuộc kế hoạch lựa chọn nhà thầu cung cấp thuốc năm 2023-2025 cho các cơ sở y tế trong tỉnh An Giang) [5].

Nghiên cứu của chúng tôi tuy khá ít số liệu nhưng đã đem đến một cái nhìn khái quát, cụ thể về tình trạng sử dụng Vật tư y tế tiêu hao năm 2023 tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm. Nhìn chung,

các mặt hàng đều cung cấp đủ đối với người dân khi đến bệnh viện khám, chữa bệnh ngoại trú. Tuy nhiên, đối với nội trú tình hình sử dụng một số mặt hàng có hiện tượng “cung không đủ cầu” trong đó, gồm có: Gòn, gạc (825,22%) và Que đường (221,42%). Điều này có thể lý giải do số lượt bệnh nhân điều trị nội trú trong 6 tháng đầu năm 2023 tăng mạnh (39.663 người) dẫn đến các mặt hàng phục vụ trong công tác chẩn đoán, chăm sóc, điều trị cũng tăng cao. Đồng thời, số lượng ca phẫu thuật cao (186.534 và 9.731). Trong quá trình điều trị vết thương, người ta sử dụng các loại băng gạc y tế để che, giữ, cầm máu cho các vết thương trên da cũng gây ảnh hưởng đến tình hình sử dụng gòn, gạc tăng cao. Tuy nhiên, với tình hình hiện nay khi nguồn cung nguyên liệu, hàng hóa khan hiếm, giá cả biến động tăng trên quy mô toàn cầu khiến việc mua sắm thuốc, vật tư y tế, hóa chất, các sinh phẩm càng trở nên khó khăn hơn. Đồng thời, sau đại dịch, số lượng người dân đi khám, chữa bệnh tăng vọt,. Trong khi đó, các hợp đồng cung ứng đã thực hiện những năm trước hết hạn phải chờ kế hoạch đầu thầu mới. Vì vậy, khi 2/6 mặt hàng Vật tư y tế tiêu hao vượt quá số lượng cung ứng là một tín hiệu cho thấy sự nỗ lực, cố gắng của Ban lãnh đạo bệnh viện trong việc chỉ đạo tìm giải pháp tháo gỡ khó khăn, đẩy mạnh việc thực hiện mua sắm, cung ứng đủ thuốc, vật tư phục vụ người bệnh

Qua nghiên cứu, đã chỉ ra được các yếu tố liên quan đến việc sử dụng Vật tư y tế tiêu hao gồm có các yếu tố: Đối với nội trú: Nhân sự (OR:1,9; 95%CI: 0,7 – 5,2); số lượng bệnh nhân nội trú (OR: 4,4; 95%CI: 1,9 – 0,3) và tổng số ca phẫu thuật (OR:4,1; 95%CI:1,9 - 8,4). Đối với ngoại trú: Số lượt khám bệnh (OR:2,2; 95%CI:1,3 - 8,7) và Số ca thực hiện cận lâm sàng (OR:0,55; 95%CI:0,2 - 1,62). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ . Tất cả các yếu tố liên quan của nghiên cứu cũng phù hợp với tình hình thực tế hiện nay, khi số lượng các vật tư y tế tiêu hao đa phần đề phục vụ cho công tác chẩn đoán, điều trị, chăm sóc người bệnh. Điều này phản ánh được khi số lượng bệnh nhân tăng cao các công tác về cung ứng vật tư y tế phải được đảm bảo một cách tối đa. Qua đó, cần phải tăng cường công tác giáo dục chính trị, tư tưởng và các giải pháp nhằm ổn định tư tưởng cho cán bộ, công chức, chuyên gia thẩm định hồ sơ, đẩy nhanh tiến độ thực hiện mua sắm tập trung, phát triển ứng dụng công nghệ thông tin trong công tác đầu thầu qua mạng nhằm nhanh chóng tháo gỡ các nút thắt, vướng mắc đáp ứng đầy đủ vật tư trang thiết bị y tế phục vụ cho công tác khám, chữa bệnh, chăm sóc sức khỏe nhân dân.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu chỉ ra, trong năm 2023 đa số các mặt hàng vật tư y tế tiêu hao đều được cung ứng đầy đủ với nhu cầu sử dụng. Tuy nhiên, có 2 mặt hàng chưa đáp ứng đủ số lượng sử dụng: Gòn, gạc (825,22%) và Que đường (221,42%). Các yếu tố liên quan đến việc sử dụng vật tư y tế tiêu hao gồm có: Đối với nội trú: Nhân sự (OR:1,9; 95%CI: 0,7 – 5,2); số lượng bệnh nhân nội trú (OR: 4,4; 95%CI: 1,9 – 0,3) và tổng số ca phẫu thuật (OR:4,1; 95%CI:1,9 - 8,4). Đối với ngoại trú: Số lượt khám bệnh (OR:2,2; 95%CI:1,3 - 8,7) và Số ca thực hiện cận lâm sàng (OR:0,55; 95%CI:0,2 - 1,62). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, Báo cáo "Kết quả công tác y tế 6 tháng đầu năm và phương hướng nhiệm vụ 6 tháng cuối năm 2023" Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. 2023.
2. Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, Báo cáo số 59/BC-BVAG Báo cáo Tổng kết hoạt động bệnh viện năm 2021 và Phương hướng nhiệm vụ năm 2022. 2021.
3. Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, Quyết định số 95/QĐ-BVAG về việc Ban hành danh mục các vật tư y tế tiêu hao trúng thầu năm 2014 tại Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang. 2014.
4. Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, Quyết định số 714/QĐ-BVAG về việc phê duyệt kết quả lựa chọn nhà thầu thuộc Gói thầu Mua sắm trực tiếp hóa chất, vật tư y tế bổ sung năm 2022 - lần 1. 2022.
5. Sở Y tế An Giang, Quyết định 799/QĐ-SYT ngày 27/9/2023 phê duyệt kết quả lựa chọn nhà thầu Gói thầu số 1: Gói thầu thuốc Generic, thuộc kế hoạch lựa chọn nhà thầu cung cấp thuốc năm 2023-2025 cho các cơ sở y tế trong tỉnh. <https://www.angiang.dcs.vn/Lists/YteSuckhoe/DispForm.aspx?ID=527>, 2023.
6. Tổng Thị Quỳnh Giao, Khảo sát hoạt động cung ứng thuốc hóa chất, vật tư y tế tại bệnh viện nhi tỉnh Thái Bình năm 2010. Trường Đại học Dược Hà Nội, 2012. Luận văn chuyên khoa I.
7. Trần Thị Thu Hằng, Phân tích danh mục hóa chất và vật tư y tế sử dụng tại Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An trong năm 2015. Trường Đại học Dược Hà Nội, 2016. Luận văn chuyên khoa I.
8. Bảo hiểm xã hội, Công văn số 4423/BHXH-DVT tăng cường quản lý, thanh toán Vật tư y tế tại các cơ sở Khám chữa bệnh bảo hiểm y tế. 2017.
9. Bảo hiểm xã hội, Công văn số 5127/BHXH-DVT hướng dẫn thanh toán chi phí vật tư y tế theo Thông tư 27/2013/TT-BYT 2013.
10. Lê Thị Thùy Linh, Phân tích thực trạng sử dụng trang thiết bị y tế tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa năm 2015. Trường Đại học Dược Hà Nội. , 2016. Luận văn chuyên khoa I.
11. Bộ Y tế, Quyết định số 355/QĐ-BYT phê duyệt danh mục định mức tạm thời thuốc, hóa chất và vật tư tiêu hao để làm cơ sở xây dựng giá dịch vụ y tế. . 2012.
12. Bộ Y tế, Thông tư 27/2013/TT-BYT ngày 18/9/2013 Ban hành Danh mục vật tư y tế thuộc phạm vi thanh toán của Quỹ Bảo hiểm Y tế. . 2013.
13. Bộ Y tế, Thông tư số 04/2017/TT-BYT ngày 14/4/2017 của Bộ Y tế Ban hành Danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với VTYT thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT. 2017.

# TỈ LỆ NHIỄM VÀ MỨC ĐỘ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA E.COLI TRÊN BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT TẠI BỆNH VIỆN ĐA TRUNG TÂM AN GIANG TỪ THÁNG 01/2023 ĐẾN THÁNG 06/2023.

Nguyễn Thị Xuân, Nguyễn Thị Thúy Hồng  
Võ Thị Mỹ Hạnh, Châu Ngọc Thanh Trúc

## TÓM TẮT:

**Đặt vấn đề:** Căn nguyên gây nhiễm khuẩn huyết thường gặp là các trực khuẩn Gram âm và *Escherichia coli* là một trong những căn nguyên gây bệnh chính. Thách thức lớn nhất trong điều trị nhiễm khuẩn do vi khuẩn Gram âm chính là sự gia tăng tình trạng đề kháng kháng sinh, trong đó kháng cephalosporin thế hệ 3 hoặc kháng carbapenem được xếp vào ưu tiên hàng đầu. Mục tiêu Xác định tỉ lệ nhiễm *E.coli* trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An giang.

**Phương pháp:** Phân lập, định danh và làm kháng sinh đồ *E.coli* từ chai cấy máu bằng phương pháp kháng sinh đồ hệ thống tự động Phoenix M50 và Phoenix 100, thông qua việc sử dụng panel NMIC-500. Từ đó xác định tỷ lệ nhiễm *E.coli* và mức độ nhạy cảm của chúng với các thuốc kháng sinh hiện hành, xác định các dòng sinh ESBL, Carbapenemase tỉ lệ các chủng đa kháng (MDR) và siêu kháng (XDR).

**Kết quả:** Trong khoảng thời gian nghiên cứu, bộ phận vi sinh thực hiện phân lập 7205 mẫu bệnh phẩm máu. Chúng tôi ghi nhận 1516 mẫu dương tính, trong đó vi khuẩn Gram âm là 1011 chiếm tỉ lệ là 72,07%, riêng chủng *E. coli* có 353 bệnh nhân có kết quả cấy máu dương tính, tỉ lệ nhiễm là 21.53%. Khoa Ngoại thận – Tiết niệu chiếm tỉ lệ cao nhất (46.8%), Khoa Nội tiêu hóa huyết học (33.3%). *E. coli* có mức đề kháng với hầu hết các Cephalosporin thế hệ 1 (87.84%), tỉ lệ kháng cao với các Cephalosporin thế hệ 3 và 4 (Ceftazidime (54.05%), Ceftriaxone (72.30%), Cefepime (42.57%)). Tỉ lệ *E.coli* kháng Carbapenem khá thấp (Ertapenem là 7.43%, Imipenem là 2.03% và Meropenem là 1,33%), tỉ lệ chủng đa kháng (MDR) lần lượt là 5.04% (8/148). *E.coli* sinh ESBL và Carbapenemase lần lượt là 18.7% (67/353), 2.54% (9/353).

**Kết luận:** Qua thống kê cho thấy *E. coli* là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây nhiễm khuẩn huyết bệnh viện. Mặc dù đã có các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn, tuy nhiên tình hình nhiễm khuẩn do vi khuẩn này luôn ở mức độ cao, trở thành thách thức lớn cho quản lý nhiễm khuẩn tại bệnh viện. Việc lạm dụng các kháng sinh thuộc nhóm cephalosporins thế hệ 3, 4 là một trong những lí do làm xuất hiện nhiều chủng *E. coli* có khả năng sinh  $\beta$  – lactamase phổ rộng, Mặc dù tỉ lệ kháng Carbapenem còn thấp, tuy nhiên kết quả này cho thấy thực trạng *E. coli* đề kháng kháng sinh nhóm Carbapenem ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết đã xuất hiện tại bệnh viện. Việc tăng cường sử dụng kháng sinh có thể là một trong các nguyên nhân gây tăng tỉ lệ đề kháng của vi khuẩn. Ngoài việc sinh men ESBL, tính đa kháng (MDR) là khá phổ biến với vi khuẩn *E.coli*, nhất là khi nhiều chủng đa kháng thuốc được ghi nhận ở dòng ESBL-EC. Đây là vấn đề cần quan tâm vì đe dọa đến tính mạng bệnh nhân, đặc biệt đối với bệnh nhân bị shock nhiễm trùng huyết. Cũng đã xuất hiện tỉ lệ chủng siêu kháng (XDR) với tỉ lệ thấp nhưng đó là dấu hiệu cho thấy cần quan tâm hơn nữa trong việc lựa chọn kháng sinh.

## SUMMARY

**Introduction:** The most common pathogens caused sepsis are gram negative bacteria in which *Escherichia coli* is one of the main reasons. The increases of antimicrobial resistance become the biggest challenges for sepsis treatment caused by gram negative bacteria, in particular the resistance to 3<sup>rd</sup> cephalosporin or carbapenem. Aim: Identity the proportion of sepsis patients with *E.coli* infection at An Giang Centre General Hospital.

**Method:** Isolate, identify and conduct drug susceptibility testing for *E. coli* isolates from blood culture using the automated system Phoenix M50 and Phoenix 100 in combination with the panel NMIC-500. Identify the rates of *E. coli* infection and drug susceptibility testing to common antibiotics, the rates of *E. coli* producing ESBL, Carbarpenemase, multidrug resistance (MDR) and extensively drug resistance (XDR).

**Results:** During the study period, the microbiology lab analyzed 7205 blood samples from patients. We identified 1516 positive samples, in which 1011 samples with gram-negative bacteria accounted for 72.07%. 353 patients were positive with *E. coli* on blood culture (infection rate with *E. coli* is 21.53%). The highest infection rate with *E. coli* in sepsis patients was at the Urology Department (46.8%), followed by Gastroenterology and Hematology Department (33.3%). Antimicrobial resistance of *E. coli* was identified to most 1<sup>st</sup> Cephalosporin (87.84%), high level of resistance to 3<sup>rd</sup> and 4<sup>th</sup> Cephalosporin (Ceftazidime (54.05%), Ceftriaxone (72.30%), Cefepime (42.57%)). The antibiotic resistance rate of *E. coli* to Carbapenem is quite low (Ertapenem for 7.43%, 2.03% and 1.33% for Imipenem and Meropenem, respectively). MDR rate of *E. coli* is 5.04% (8/148). The rate of *E. coli* producing ESBL and Carbapenemase is 18.7% (67/353), 2.54% (9/353), respectively.

**Conclusion:** This report shows that *E. coli* is one of the leading causes in sepsis patients in the hospital. Despite of methods applied to control hospital-acquired infections, the infection rate caused by *E. coli* is still high, becoming a big obstacle for controlling hospital-acquired infections. The overuse of 3<sup>rd</sup> and 4<sup>th</sup> Cephalosporins is one of the main causes for the emergence of *E. coli* producing ESBL. Despite the low resistance to Carbapenem, this result shows the presence of *E. coli* resistant to this group of antibiotics in sepsis patients at the hospital. The increasing use of antibiotics can be one of the reasons leading to the raise in antimicrobial resistance. Besides ESBL, MDR is quite common in *E. coli*, especially in the isolates with ESBL-EC. These results raise the concerns in patients, in particular in patients with septic shock. There is a low rate of XDR *E. coli*, and it warns the high attention antibiotic selection for use.

## **I. ĐẶT VẤN ĐỀ:**

Nhiễm khuẩn huyết là một trong những nguyên nhân hàng đầu làm gia tăng gánh nặng bệnh tật và tử vong, trong đó căn nguyên gây nhiễm khuẩn huyết thường gặp là các trực khuẩn Gram âm và *Escherichia coli* là một trong những căn nguyên gây bệnh chính. Thách thức lớn nhất trong điều trị nhiễm khuẩn do vi khuẩn gram âm chính là sự gia tăng tình trạng đề kháng kháng sinh, trong đó kháng Cephalosporin thế hệ 3 hoặc kháng Carbapenem được xếp vào ưu tiên hàng đầu. Tại Việt Nam, một số nghiên cứu về nhiễm khuẩn huyết cũng cho thấy tỷ lệ vi khuẩn đề kháng kháng sinh đã ở mức đáng báo động. Tại các khoa hồi sức, tỉ lệ chủng sinh men ESBL và đa kháng MDR là khá phổ biến đối với nhiễm khuẩn huyết do *E.coli*, đây vẫn là vấn đề chính đe dọa đến tính mạng bệnh nhân, đặc biệt là đối với bệnh nhân bị shock nhiễm trùng huyết.

Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện đề tài: “Tỉ lệ nhiễm và mức độ kháng kháng sinh của chủng *E.coli* trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang “từ tháng 01 đến tháng 06 năm 2023” với mục tiêu:

- 1.Xác định tỉ lệ nhiễm vi khuẩn *E.Coli* trong nhiễm khuẩn huyết.
- 2.Xác định mức độ kháng kháng sinh của *E.Coli* trong nhiễm khuẩn huyết.

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:**

### **2.1. Đối tượng:**

Tiêu chuẩn chọn mẫu: tất cả bệnh nhân (> 15 tuổi) có nghi ngờ nhiễm khuẩn huyết và được chỉ định cấy máu.

Tiêu chuẩn loại trừ: không đáp ứng với tiêu chuẩn chọn mẫu ở trên.

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu:**

Thiết kế nghiên cứu: Thống kê mô tả.

Cỡ Mẫu: Lấy mẫu tất cả mẫu đạt chuẩn nhận vào từ tháng 01 đến tháng 06 năm 2023.

Nội dung nghiên cứu:

*Nội dung 1:* Phân lập, định danh và làm kháng sinh đồ *E.coli* từ chai cấy máu bằng phương pháp kháng sinh đồ hệ thống tự động BD phoenix TM từ đó xác định tỷ lệ nhiễm *E.coli* và mức độ nhạy cảm của chủng với các thuốc kháng sinh hiện hành.

*Nội dung 2:* Xác định các dòng sinh ESBL, Carbapenemase của chủng *E.coli*.

*Nội dung 3:* Thống kê tỉ lệ các chủng đa kháng (MDR).

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

#### 1. Tỷ lệ nhiễm *E.coli* phân lập từ các chai cấy máu

##### 1.1 Đặc điểm đối tượng bệnh nhân:

**Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:**

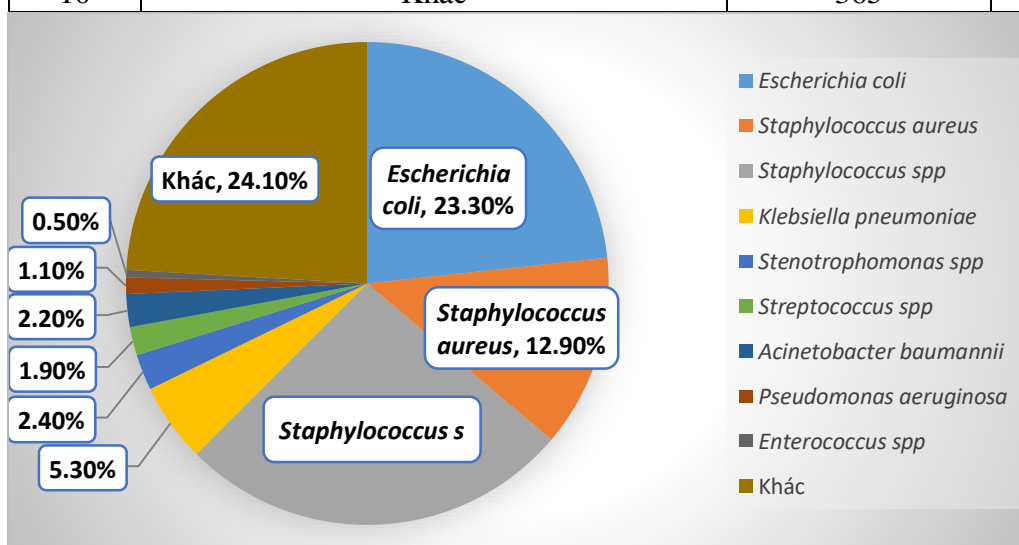
STT	Đặc điểm đối tượng		Tần số	Tỉ lệ (%)
1	Độ tuổi	Dưới 60	130	36.8
2		Trên 60	223	63.2
3	Giới tính	Nam	86	24.4
4		Nữ	267	75.6
5	Thời gian cấy sau khi nhập viện	Trước 48 giờ	315	89.2
6		Sau 48 giờ	38	10.8

**Nhận xét:** Số lượng mẫu xét nghiệm tại thời điểm nghiên cứu là 353 mẫu cấy máu dương tính với *E. coli*. Trong đó, tỉ lệ người trên 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (63.2%). Tỉ lệ giới tính nữ cao nhất chiếm tỉ lệ 75.6%, trong khi đó nam chiếm 24.4%. Về thời gian cấy sau khi nhập viện, tỉ lệ bệnh phẩm cấy trước nhập viện 48 giờ chiếm tỉ lệ cao nhất (89.2%), ngược lại tỉ lệ cấy sau khi nhập viện 48 giờ là 10.8%.

##### 1.2 Tỷ lệ nhiễm *E.coli* từ các chai cấy máu:

**Bảng 2: Bảng phân bố các loài vi khuẩn từ chai cấy máu**

STT	Vi khuẩn	Tần số (n=1516)	Tỉ lệ (%)
1	<i>Escherichia coli</i>	353	23.3%
2	<i>Staphylococcus aureus</i>	196	12.9%
3	<i>Staphylococcus spp</i>	398	26.3%
4	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	81	5.3%
5	<i>Stenotrophomonas spp</i>	36	2.4%
6	<i>Streptococcus spp</i>	29	1.9%
7	<i>Acinetobacter baumannii</i>	34	2.2%
8	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	16	1.1%
9	<i>Enterococcus spp</i>	8	0.5%
10	Khác	365	24.1%



**Hình 1:** Sự phân bố các loài vi khuẩn phân lập từ chai cấy máu trong nghiên cứu này, chúng tôi thu được: tổng số cấy máu dương tính (n=1516), trong đó có 353 bệnh nhân có xét nghiệm



đương tính với vi khuẩn *E. coli* chiếm tỉ lệ cao nhất 23.3%, sau đó là nhóm *Staphylococcus* spp, đặc biệt là chủng *S. aureus* chiếm 12.9%.

### 1.3 Tỉ lệ nhiễm *E.coli* theo độ tuổi, giới tính, thời gian nằm viện, và theo các khoa lâm sàng

**Bảng 3: Tỉ lệ nhiễm *E.coli* theo độ tuổi**

Độ tuổi	Nhiễm <i>E.coli</i>	Cấy máu dương tính (n)	Tỉ lệ (%)
Trên 60	130	488	26.6
Dưới 60	223	1028	21.7

**Nhận xét:** Kết quả của chúng tôi thu được có 223 bệnh nhân trên 60 tuổi nhiễm *E.coli* chiếm tỉ lệ 26.6%, trong khi đó tỉ lệ nhiễm *E. coli* ở những bệnh nhân dưới 60 tuổi là 21.7%. Các bệnh nhân lớn tuổi thường có sức đề kháng kém cũng như có nhiều bệnh lý đi kèm như: suy dinh dưỡng, bệnh mãn tính, suy giảm miễn dịch, phẫu thuật xâm lấn, đặt catheter, nội khí quản, thở máy,...

**Bảng 4: Tỉ lệ nhiễm *E.coli* theo giới tính**

Giới tính	Nhiễm <i>E.coli</i>	Cấy máu dương tính (n)	Tỉ lệ (%)
Nam	86	606	14.2
Nữ	267	910	29.3

**Nhận xét:** Tỉ lệ nhiễm *E. coli* ở bệnh nhân nữ chiếm tỉ lệ cao nhất là 29.3%. Tỉ lệ nhiễm *E.coli* ở bệnh nhân nam chiếm tỉ lệ 14.2%.

**Bảng 5: Tỉ lệ nhiễm *E.coli* theo thời gian nằm viện**

Thời gian nằm viện	Nhiễm <i>E.coli</i>	Cấy máu dương tính (n)	Tỉ lệ (%)
Cấy trước 48 giờ	315	1229	25.6
Cấy sau 48 giờ	38	287	13.2

**Nhận xét:** Tỉ lệ nhiễm *E. coli* ở mẫu cấy trước 48 giờ cao hơn bệnh nhân nhập viện sau 48 giờ lần lượt chiếm 25.6% và 13.2%. Cấy máu trong 3 giờ đầu khi nhập viện và bệnh nhân chưa sử dụng kháng sinh nên tỉ lệ dương tính cao.

**Bảng 6 Tỉ lệ nhiễm *E.coli* phân bố theo các khoa lâm sàng**

Khoa	Nhiễm <i>E.coli</i>	Cấy máu dương tính (n)	Tỉ lệ (%)
Khoa Ngoại thận tiết niệu	15	32	46.8
Khoa Nội tiêu hóa huyết học	26	78	33.3
Khoa Truyền nhiễm	24	75	32
Khoa Nội tiết	25	112	22.3
Khoa Nội thần kinh	13	61	21.3
Khoa Hồi sức tích cực	109	541	20.1
Khoa Nội tổng hợp	10	82	12.2
Khoa Tim mạch lão học	12	141	8.5
Khác	20	114	17.5

**Nhận xét:** Tỉ lệ phân bố *E. coli* ở khoa Ngoại niệu là cao nhất (46.8%), kế đến là khoa Nội tiêu hóa – Huyết học (33.3%), kế đến là các khoa Truyền nhiễm (32%), Khoa Nội tiết và Nội thần kinh gần như tương đương nhau. Do bệnh nhân nằm ở Khoa Ngoại thận – tiết niệu sử dụng nhiều kỹ thuật xâm lấn như: có can thiệp thủ thuật đặt dụng cụ vào đường tiểu hoặc phẫu thuật đường tiết niệu.

## 2. Mức độ đề kháng kháng sinh vi khuẩn *E.coli*

### 2.1 Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của *E.coli*

**Bảng 7 Tỷ lệ kháng kháng sinh của *E.coli* bằng pp kháng sinh đồ hệ thống tự động**

STT	Tên kháng sinh	Nhạy		Trung gian		Kháng	
		S	%S	I	%I	R	%R
1	Amikacin	146	98.7	0	0	2	1.35
2	Ampicillin	4	2.7	1	0.68	143	96.6
3	Ampicillin-Sulbactam	44	29.7	49	33.11	55	37.2
4	Aztreonam	50	32.9	21	14.38	77	52.7
5	Cefazolin	13	8.78	5	3.38	130	87.8
6	Cefepime	59	39.9	26	17.57	63	42.6
7	Cefoxitin	75	50.7	7	4.73	66	44.6
8	Ceftazidime	44	29.7	24	16.22	80	54.1
9	Ceftazidime-Avibactam	145	98	0	0	3	2.04
10	Ceftriaxone	40	27	1	0.68	107	72.3
11	Cefuroxime	18	12.2	6	4.05	124	83.8
13	Ertapenem	134	90.5	3	2.03	11	7.43
14	Gentamicin	89	60.1	1	0.68	58	39.2
15	Imipenem	122	82.4	23	15.54	3	2.03
17	Meropenem	145	98	1	0.68	2	1.36
18	Piperacillin-Tazobactam	130	87.8	8	5.41	10	6.76
19	Tigecycline	148	100	0	0	0	0

**Nhận xét:** Kết quả từ bảng cho thấy *E.coli* tỷ lệ kháng khá cao đối với nhóm kháng sinh Cephalosporin thế hệ 1, *E.coli* kháng Cefazolin chiếm 87.8%. Đối với nhóm Cephalosporin thế hệ 3, tỷ lệ *E.coli* kháng Ceftriaxone và Ceftazidime lần lượt là 72.3% và 54.1%; Cefepime (Cephalosporin thế hệ 4) là 42.6%. Nhóm Carbapenem, *E.coli* kháng Ertapenem, Imipenem và Meropenem lần lượt là 7.43%, 2.03% và 1.36%.

### 2.2 Xác định khả năng sinh ESBL và Carbapenemase của *E.coli*

**Bảng 8 Tỷ lệ *E.coli* sinh ESBL**

Thông số chỉ tiêu	Tần số (n=148)	Tỷ lệ (%)
ESBL (+)	66	44.6
ESBL (-)	82	55.4

**Nhận xét:** Kết quả cấy máu dương tính với chủng *E. coli* sinh ESBL là 44.6%.

**Bảng 9 Tỷ lệ *E.coli* kháng Carbapenem**

Thông số chỉ tiêu	Tần số (n=148)	Tỷ lệ (%)
Carbapenemase (+)	8	5.4
Carbapenemase (-)	140	94.6

**Nhận xét:** Kết quả cấy máu dương tính với chủng *E. coli* sinh carbapenemase là 5.4%

### 2.3 Xác định chủng *E.coli* đa kháng (MDR)

**Bảng 10 Tỷ lệ *E.coli* đa kháng (MDR)**

Thông số chỉ tiêu	Tần số (n=148)	Tỷ lệ (%)
MDR (+)	3	2.03
MDR (-)	145	97.97

**Nhận xét:** Kết quả cấy máu dương tính với chủng *E. coli* sinh đa kháng là 2.03%

## IV. BÀN LUẬN:

### 1. Đặc điểm đối tượng bệnh nhân

Trong khoảng thời gian từ tháng 01 đến tháng 06 năm 2023, chúng tôi ghi nhận 353 bệnh nhân có kết quả cấy máu dương tính với *E. coli*. So với nghiên cứu Trần Thanh Nga, Nguyễn Thanh Bảo, Cao Minh Nga (2015), “Tác nhân vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết và sự đề kháng kháng sinh tại khoa hồi sức cấp cứu Bệnh viện Chợ Rẫy”, Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh, 19 (1), 105-106: có 229 trường hợp nhiễm khuẩn huyết, tỉ lệ nhiễm *E. coli* (20,6%). Trong đó, tỉ lệ người trên 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (63,2%). Các bệnh nhân lớn tuổi thường có sức đề kháng kém cũng như có nhiều bệnh lý đi kèm như: cao huyết áp, tiểu đường, suy tim. Cần chú trọng việc sử dụng phối hợp kháng sinh và xuống thang an toàn và phù hợp cho bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết ở người cao tuổi.

Trong số 353 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tỉ lệ nam nhiễm *E. coli* là 24,4% thấp hơn nữ là 75,6%. Tỉ lệ bệnh phẩm cấy trước 48 giờ nhập viện dương tính là 89,2% cao so với tỉ lệ cấy dương tính sau 48 giờ nhập viện là 10,8%. Điều này là do bệnh nhân nằm viện càng lâu càng có nguy cơ tiếp xúc với các tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện, được tiến hành nhiều thủ thuật, kỹ thuật xâm lấn, thêm vào đó những bệnh nhân này cũng thường là những bệnh nhân nặng hoặc mang nhiều bệnh phối hợp, khả năng đề kháng miễn dịch suy giảm nên cũng dễ bị các bệnh về nhiễm khuẩn bệnh viện hơn [5]. Do đó cần phải kiểm soát và loại trừ sớm ổ nhiễm khuẩn nhanh nhất có thể để giảm được nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện cho người bệnh.

### 2. Tỉ lệ nhiễm *E. coli* phân lập từ chai cấy máu

Trong 7205 mẫu chai cấy máu, kết quả có 1516 mẫu cấy máu dương tính, trong đó có 353 mẫu cấy máu dương tính với vi khuẩn *E. coli* chiếm tỉ lệ cao là 23,3%. Trong nghiên cứu của Hoàng Quỳnh Hương tại Thái Bình là 66% (2019) [3] cao hơn so với kết quả nghiên cứu từ đề tài này. Tuy nhiên tỉ lệ tương đương với kết quả nghiên cứu của Michael A. Pfaller và cộng sự (2020) trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết từ năm 2012 – 2017 cho thấy tỉ lệ nhiễm *E. coli* là 21,2% [2]. Từ các kết quả báo cáo trên, cho thấy kết quả nghiên cứu này có sự tương đương về tỷ lệ nhiễm *E. coli* phân lập từ chai cấy máu. Qua đó cho thấy *E. coli* là một trong những nguyên nhân hàng đầu nhiễm trùng bệnh viện. Mặc dù đã có các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn, tuy nhiên tình hình nhiễm khuẩn do vi khuẩn này luôn ở mức độ cao, trở thành thách thức lớn cho quản lý nhiễm khuẩn tại bệnh viện [6].

### 3. Tỉ lệ nhiễm *E. coli* theo độ tuổi, giới tính, thời gian nằm viện và theo các khoa lâm sàng

Kết quả Bảng 3 cho thấy tỉ lệ nhiễm *E. coli* ở những bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao hơn những bệnh nhân dưới 60 tuổi. Mặc dù không tìm thấy mối liên quan giữa tỉ lệ nhiễm *E. coli* với độ tuổi nhưng cần lưu ý rằng bệnh nhân cao tuổi thường có bệnh lý nền, bệnh mạn tính cần điều trị lâu ngày. Do đó, bệnh nhân càng lớn tuổi càng dễ mắc các tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện trong đó có *E. coli*.

Nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy có sự khác biệt về tỉ lệ nhiễm *E. coli* giữa nam và nữ. Tuy nhiên sự khác biệt này không có nhiều ý nghĩa. Tỉ lệ cấy máu dương tính *E. coli* phân lập từ bệnh phẩm máu ở những bệnh nhân nhập viện trước 48 giờ cấy cao hơn so với sau 48 giờ lần lượt là 89,2% và 10,8%. Qua thống kê này cho thấy nếu bệnh nhân được cấy máu càng sớm sau khi nhập viện thì tỉ lệ dương tính càng cao. Kết quả từ bảng 6 cho thấy tỉ lệ nhiễm *E. coli* tại khoa Ngoại niệu chiếm tỉ lệ cao nhất (46,8%) kế đến là khoa Tiêu hóa – Huyết học với tỉ lệ 33,3%, các khoa Truyền nhiễm (32%), Nội tiết và Nội thần kinh chiếm tỉ lệ gần như tương đương nhau lần lượt là 22,3%, 21,3%. Có thể giải thích các kỹ thuật xâm lấn nhiều như các khoa ngoại niệu, tiêu hóa này càng làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa. Việc giữ vệ sinh không đúng cách lại càng dễ gây ra các đợt nhiễm khuẩn, lan truyền nhanh chóng giữa các bệnh nhân [7].

### 4. Mức độ đề kháng kháng sinh nhóm $\beta$ – lactam của vi khuẩn *E. Coli*

Trong nghiên cứu của chúng tôi *E. coli* kháng hầu hết với kháng sinh Cephalosporin thế hệ 1 và 2 lần lượt là Cefazolin với tỉ lệ kháng 87,8%, Cefoxitin (44,6%). Nhóm kháng sinh

Cephalosporin thế hệ 3 và 4, *E. coli* kháng Cefazidime với tỉ lệ 54.1%, Ceftriaxone với tỉ lệ 72.3%, Cefepime với tỉ lệ 42.6%. Tỉ lệ *E. coli* kháng nhóm Carbapenem khá thấp: Ertapenem là 7.43%, Imipenem là 2.03% và Meropenem là 1,36%. Tỉ lệ này cũng cao tương đương so với nghiên cứu của Hoàng Quỳnh Hương (2019) lần lượt là: 73.1% (Cefazolin), 51.6% (Ceftriaxone). So với nghiên cứu của Mai Lan Hương (2011), “Căn nguyên gây nhiễm trùng huyết và mức độ kháng kháng sinh của vi khuẩn phân lập tại Bệnh viện Bạch Mai từ 01/01/2011 đến 30/06/2011”, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, tr.124 : *E. coli* đã đề kháng lại với tỷ lệ khá cao như với Cefazolin 73,1%, Ceftriazone 51,6% và Cefotaxim 53,7%. Có thể thấy mức độ đề kháng kháng sinh của *E. coli* đang ở mức báo động, đặc biệt ở nhóm Cephalosporin thế hệ 3, 4. Trước thực trạng đề kháng kháng sinh cao như hiện nay, việc lựa chọn kháng sinh điều trị thực sự trở thành thách thức lớn trong thực hành lâm sàng.

#### **5. Mức độ sinh ESBL của *E. Coli*:**

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thu được tỉ lệ *E. coli* sinh ESBL là 44.6%. Nhìn chung tỉ lệ *E. coli* sinh ESBL đang ở mức cao, cao hơn so với nghiên cứu Hoàng Quỳnh Hương là 34.8% [3]. Tương đương so với nghiên cứu của Lê Văn Nam, Trần Viết Tiên và Hoàng Vũ Hùng là *E. coli* sinh ESBL 40% chủng. Điều này chứng tỏ việc lạm dụng các kháng sinh thuộc nhóm cephalosporins thế hệ 3, 4 là một trong những lí do làm xuất hiện nhiều chủng *E. coli* có khả năng sinh  $\beta$  – lactamase phổ rộng.

Trong số các kháng sinh dự trữ cuối cùng, Carbapenem là kháng sinh có phổ rất rộng nên được ưu tiên sử dụng trong trường hợp nhiễm vi khuẩn nặng hay nhiễm vi khuẩn đa kháng. Carbapenem là kháng sinh ưu tiên lựa chọn điều trị *E. coli* sinh enzyme ESBL [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ *E. coli* sinh enzyme Carbapenemase là 5.4%. So sánh với tỉ lệ *E. coli* sinh Carbapenemase trong nghiên cứu của Jie Ma và cộng sự (2017) là 6% và so với nghiên cứu của: Lynette Phee,<sup>a,c,\*</sup> Stephanie Paget,<sup>a</sup> Judy Jacques,<sup>b</sup> Binutha Bharathan,<sup>a</sup> Husam El-Mugamar,<sup>a</sup> and Anand Sivaramakrishnan sinh carbapenem 2.1%. Mặc dù tỉ lệ kháng Carbapenem còn thấp, tuy nhiên kết quả này cho thấy thực trạng *E. coli* đề kháng kháng sinh nhóm Carbapenem ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết đã xuất hiện tại bệnh viện. Việc tăng cường sử dụng kháng sinh có thể là một trong các nguyên nhân gây tăng tỉ lệ đề kháng của vi khuẩn. Với kết quả nghiên cứu này cũng đã báo động cho các bác sĩ nên lựa chọn kháng sinh phù hợp cho từng bệnh nhân để tránh tình trạng đa kháng thuốc.

#### **6. Tỉ lệ các chủng đa kháng (MDR):**

Trong nghiên cứu này, tỉ lệ chủng đa kháng (MDR) là 2.03% . Như vậy ngoài việc sinh men ESBL, tính đa kháng (MDR) là khá phổ biến với vi khuẩn *E.coli*, nhất là khi nhiều chủng đa kháng thuốc được ghi nhận ở dòng ESBL-EC. Đây là vấn đề cần quan tâm vì đe dọa đến tính mạng bệnh nhân, đặc biệt đối với bệnh nhân bị shock nhiễm trùng huyết. Với tỉ lệ thấp nhưng đó là dấu hiệu cho thấy cần quan tâm hơn nữa trong việc lựa chọn kháng sinh. Trong thử nghiệm kháng sinh đồ, Carbapenem và Amikacin không chỉ thể hiện khả năng chống *E.coli* mà tỉ lệ đồng kháng với các kháng sinh khác cũng thấp. Chủng kháng Carbapenem vẫn còn nhạy hoàn toàn với Tygercyclin và 60% Amikacin, tiếp đó đến piperacillin/tazobactam. Liệu pháp điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm, kết hợp với aminoglycoside, đặc biệt amikacin, sẽ giúp ích trong việc gia tăng hoạt tính chống ESBL.

#### **V. KẾT LUẬN:**

Qua việc khảo sát tỉ lệ nhiễm và khả năng kháng kháng sinh của *E. coli* tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang, chúng tôi thu được kết quả như sau:

Tỉ lệ nhiễm *E. coli* trong tổng số bệnh nhân điều trị tại bệnh viện là 23.3%.

Tỉ lệ nhiễm *E. coli* ở nhóm tuổi trên 60 tuổi cao hơn dưới 60 tuổi với tỉ lệ nhiễm theo thứ tự là 21.7% và 26.6%. Tỉ lệ *E. coli* phân lập được theo giới nữ là 29.3% chiếm ưu thế hơn so với nam là 14.2%. Tỉ lệ nhiễm *E. coli* ở khoa Ngoại niệu chiếm tỉ lệ cao nhất với 46.8%, kế đến là khoa Tiêu hóa – Huyết học (33.3%).

*E. coli* có mức đề kháng với hầu hết các kháng sinh thuộc nhóm  $\beta$  – lactam đặc biệt là kháng sinh Cephalosporin thế hệ 1 (Cefazolin chiếm 87.8%). Đối với nhóm Cephalosporin thế hệ 3 (72.3%), thế hệ 4 (42.6%). Và vẫn còn nhạy với Carbapenem.

*E. coli* sinh ESBL và Carbapenemase lần lượt là 44.6% và 5.4%  
Tỉ lệ *E. coli* đa kháng thuốc MDR 2.03%.

#### **VI. KIẾN NGHỊ:**

Nghiên cứu này đã bước đầu xác định vi khuẩn *E. coli* là tác nhân quan trọng gây nhiễm khuẩn huyết. Từ đó, tôi xin có đề nghị sau:

Nghiên cứu sự kháng thuốc thường niên, hiệu quả phát đồ điều trị để có thể dự đoán khuynh hướng kháng thuốc của vi khuẩn cũng như phác đồ để điều trị thích hợp để nâng cao hiệu quả, giảm chi phí điều trị cũng như hạn chế sự phát sinh những chủng kháng thuốc mới.

Cần triển khai kỹ thuật mới làm gen kháng thuốc để có những nghiên cứu về gene kháng kháng sinh của vi khuẩn *E. coli* và dịch tễ học của nó, từ đó có biện pháp phòng ngừa hiệu quả vi khuẩn này.

Đào tạo về các biện pháp phòng tránh lây nhiễm chéo của vi khuẩn Gram âm kháng thuốc cho nhân viên y tế của bệnh viện.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Mai Lan Hương (2011), “Căn nguyên gây nhiễm trùng huyết và mức độ kháng kháng sinh của vi khuẩn phân lập tại Bệnh viện Bạch Mai từ 01/01/2011 đến 30/06/2011”, Luận văn Thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, tr.124.

2. Hoàng Quỳnh Hương, Nguyễn Thanh Hằng. 2019. Nghiên cứu tình trạng kháng kháng sinh của một số chủng vi khuẩn Enterobacteriaceae gây nhiễm khuẩn huyết phân lập tại bệnh viện đa khoa Tỉnh Thái Bình.

3. Trần Hồng Bảo Quyên ( 2018) Các phương pháp phát hiện CPO (carbapenemase-producing organisms).

4. Lê Văn Nam, Trần Việt Tiến và Hoàng Vũ Hùng (2014), “Nghiên cứu mức độ nhạy cảm kháng sinh trên các chủng *E. coli* phân lập từ máu bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới Trung Ương”, Tạp chí Y dược học quân sự, 3, 97-101.

5. Trần Thanh Nga, Nguyễn Thanh Bảo, Cao Minh Nga (2015), “Tác nhân vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết và sự đề kháng kháng sinh tại khoa hồi sức cấp cứu Bệnh viện Chợ Rẫy”, Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh, 19 (1), 105-106.

6. Lynette Phee,<sup>a,c,\*</sup> Stephanie Paget,<sup>a</sup> Judy Jacques,<sup>b</sup> Binutha Bharathan,<sup>a</sup> Husam El-Mugamar,<sup>a</sup> and Anand Sivaramakrishnan ” Carbapenemase-producing organism (CPO) colonisation at a district general hospital: universal screening may help reduce transmission”.

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH HỌC VÀ GIÁ TRỊ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH 160 LÁT CẮT Ở BỆNH NHÂN BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH MẠN TẠI BVĐKTT AN GIANG NĂM 2023

Lê Tấn Đạt, Dương Phước Hậu  
Bùi Hoàng Phương Linh, Lê Nguyễn Trường Tường

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bệnh lý mạch vành là nguyên nhân chính gây thiếu máu, nhồi máu cơ tim. Việc tầm soát, phát hiện sớm bệnh lý động mạch vành, và can thiệp kịp thời giúp cải thiện chất lượng cuộc sống ở những bệnh nhân có nguy cơ thiếu máu, nhồi máu cơ tim, đồng thời giúp giảm tỷ lệ tử vong.

**Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học cắt lớp vi tính 160 lát của bệnh động mạch vành mạn tại bệnh viện đa khoa An Giang năm 2022 đến năm 2023.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, trên 82 bệnh nhân có bệnh động mạch vành mạn được khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 10 năm 2023. Bệnh nhân được chẩn đoán hẹp động mạch vành thông qua hình ảnh học cắt lớp vi tính 160 lát cắt và được đánh giá lại thông qua hình ảnh chụp mạch vành xuyên qua da.

**Kết quả:** Về đặc điểm lâm sàng, tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau thắt ngực, tiền sử tăng huyết áp, lần lượt là 79,3%, 70,7%. Tỷ lệ bệnh nhân có nhịp tim  $\geq 70$  lần/phút trước chụp cắt lớp vi tính là 6,1%. Về đặc điểm hình thái học, tỷ lệ bệnh nhân có điểm vôi hóa mạch vành theo Agatston là 0, 1-99 và 100-399 lần lượt là 20,3%, 23% và 56,8%. Tỷ lệ bệnh nhân có hẹp động mạch vành  $\geq 50\%$  là 78% và  $\geq 70\%$  là 63,4%. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm hẹp  $\geq 50\%$  lần lượt là 96%, 84%, 94% và 89%. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm hẹp  $\geq 70\%$  lần lượt là 96%, 93%, 96% và 93%.

**Kết luận:** Đặc điểm lâm sàng phổ biến nhất ở bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang là đau thắt ngực. Mức độ hẹp động mạch vành  $\geq 50\%$  là trên 70%. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm hẹp  $\geq 50\%$  đều trên 80%.

**Từ khóa:** tổn thương động mạch vành, chụp cắt lớp vi tính, đặc điểm lâm sàng

## ABSTRACT

**Background:** Coronary artery disease is the leading cause of myocardial ischemia and heart attack. Screening, early detection of coronary artery disease, and timely intervention help improve the quality of life in patients at risk of myocardial ischemia, heart attack, and reduce mortality rates.

**Objective:** To investigate the clinical characteristics and imaging findings of 160 slice layers of coronary artery disease patients at An Giang General Hospital from 2022 to 2023.

**Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 82 patients with coronary artery disease who were examined and treated at An Giang Central General Hospital from January 2023 to October 2023. Patients were diagnosed with coronary artery stenosis using 160 slice layers computed tomography angiography and reassessed using images of coronary arteries taken transcutaneously.

**Results:** In terms of clinical characteristics, the percentages of patients with chest pain symptoms, hypertension history, were 79.3%, 70.7%. The percentage of patients with a heart rate  $\geq 70$  beats per minute before computed tomography was 6.1%. In terms of morphological characteristics, the percentages of patients with Agatston coronary artery calcification scores of 0, 1-99, and 100-399 were 20.3%, 23%, and 56.8% respectively. The percentage of patients with coronary artery stenosis  $\geq 50\%$  was 78% and  $\geq 70\%$  was 63.4%.

**Conclusion:** The most common clinical characteristic in patients who come for examination and treatment at An Giang Central General Hospital is chest pain. The proportion of coronary artery stenosis  $\geq 50\%$  is above 70%. Sensitivity, specificity, positive predictive value, narrow negative predictive value  $\geq 50\%$  are all above 80%.

**Keywords:** coronary artery disease, computed tomography angiography, clinical characteristics.

## **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Hiện nay bệnh lý mạch vành là nguyên nhân chính gây thiếu máu, nhồi máu cơ tim, đứng hàng thứ 3 về tỷ lệ tử vong trên toàn cầu với 17.8 triệu người chết. Do đó việc tầm soát và phát hiện sớm bệnh lý động mạch vành, can thiệp kịp thời giúp cải thiện chất lượng cuộc sống ở những bệnh nhân có nguy cơ thiếu máu, nhồi máu cơ tim, đồng thời giúp giảm tỷ lệ tử vong. Tại Việt Nam tình hình mắc hội chứng vành cấp ngày càng tăng cao rõ rệt, có nhiều biến chứng và luôn đe dọa tính mạng người bệnh [9]. Theo WHO, năm 2016, trong số 77% tử vong nguyên nhân do bệnh không lây thì trong đó gần 70% do bệnh lý tim mạch.

Ở trong và ngoài nước đã có nhiều nghiên cứu khảo sát bệnh lý động mạch vành (ĐMV) bằng máy CT đa lát cắt, tuy nhiên ở Việt Nam dữ liệu về giá trị trong khảo sát bệnh lý động mạch vành với máy cắt lớp vi tính (CLVT) 160 lát còn chưa thực sự đầy đủ. Với thực tế trên, chúng tôi thực hiện đề tài “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và giá trị chẩn đoán của chụp cắt lớp vi tính 160 lát cắt trong khảo sát bệnh động mạch vành mạn tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2023.

## **II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1. Phương pháp nghiên cứu:**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

### **2. Cỡ mẫu:**

Công thức tính cỡ mẫu cho độ đặc hiệu

$$n_{sp} = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2(1-p_{sp})}{d^2(1-p_{dis})}, \text{ Trong đó:}$$

.  $n_{sp}$  là cỡ mẫu

.  $p_{dis}$  là tỉ lệ bệnh lưu hành trong quần thể, lấy  $p_{dis} = 1,72\%$  (Tỷ lệ mắc bệnh mạch vành mạn trên toàn cầu theo nghiên cứu của GBD - Global Burden of Disease)

.  $p_{sp}$  là độ đặc hiệu của nghiên cứu tương tự hay nghiên cứu thử nghiệm, lấy  $p_{sp} = 0,9$  (nghiên cứu Pilot)

.  $Z_{1-\alpha/2}$ : là hệ số tin cậy. Với  $\alpha = 0,05$ ,  $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

.  $d$  là mức sai số. Lấy  $d = 0,07$ .

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu trên tính được  $n_{sp} = 79,77$ .

Vậy cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu là  $\leq 80$  mẫu, nghiên cứu lấy 82 mẫu

### **3. Đối tượng nghiên cứu:**

. Tiêu chuẩn chọn mẫu

Những bệnh nhân có bệnh động mạch vành mạn được chụp CLVT 160 lát và được chụp động mạch xuyên da (CMVXD) theo khuyến cáo của ESC 2019 tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2023.

. Tiêu chuẩn loại trừ

Các đối tượng bị loại khỏi nghiên cứu vì một trong lý do sau:

Những bệnh nhân đã được đặt stent hay phẫu thuật bắc cầu mạch vành.

Suy thận

Dị ứng với thuốc cản quang

Rung nhĩ, rối loạn nhịp tim không được kiểm soát.

### **4. Địa điểm nghiên cứu:**

Khoa chẩn đoán hình ảnh và phòng chụp DSA bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

### **5. Thời gian nghiên cứu:**

Tháng 01 năm 2023 đến tháng 10 năm 2023

### **6. Xử lý số liệu:**

. Thu thập số liệu:

Người thu thập số liệu lấy thông tin bệnh nhân trong hồ sơ bệnh án và hỏi bệnh tại khoa chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, lựa chọn những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn

chọn mẫu, tiến hành đọc phim CLVT cùng với kết quả của bác sĩ chẩn đoán hình ảnh có kinh nghiệm đọc CLVT, sau đó người thu thập số liệu đọc kết quả CMVXL kết hợp với kết quả của bác sĩ thực hiện can thiệp mạch trên CMVXL

. Phương pháp kiểm soát sai số

Kiểm soát sai lệch thông tin:

+ Định nghĩa rõ ràng, cụ thể các biến số nghiên cứu.

+ Các thông tin về chẩn đoán và phân loại theo tiêu chuẩn thống nhất.

+ Nghiên cứu viên hỏi bệnh sử, thăm khám, thu thập thông tin thông qua mẫu bệnh án thống nhất.

Kiểm soát sai lệch chọn lựa:

+ Tuân thủ tiêu chí thu nhận, loại trừ và quy trình nghiên cứu.

+ Nhập số liệu và xử lý thống kê bởi nhà thống kê độc lập, tiến hành 2 lần để đối chiếu kết quả.

+ Giải thích rõ ràng cho bệnh nhân trước khi thực hiện.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0.

Kết quả nghiên cứu được tính toán và trình bày theo biến định tính và biến định lượng

Mô tả biến:

Biến định tính : Tần suất, tỷ lệ % áp dụng với các biến.

Biến định lượng: Trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị min, max.

Kiểm định biến:

Kiểm định với biến định tính: sử dụng test so sánh test  $\chi^2$ , các so sánh 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).

Kiểm định với biến định lượng: kiểm định sự khác nhau cho trên 2 nhóm.

Tính độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm của CLVT trong đánh giá hẹp động mạch vành gồm:

Độ nhạy ( $S_n$ ) = Dương tính thật/ (Dương tính thật + Âm tính giả).

Độ đặc hiệu ( $S_p$ ) = Âm tính thật/ (Âm tính thật + Dương tính giả).

Giá trị tiên đoán dương (PPV) = Dương tính thật/ (Dương tính thật + Dương tính giả)

Giá trị tiên đoán âm (NPV) = Âm tính thật/ (Âm tính thật + Âm tính giả).

### 7. Đạo đức trong nghiên cứu

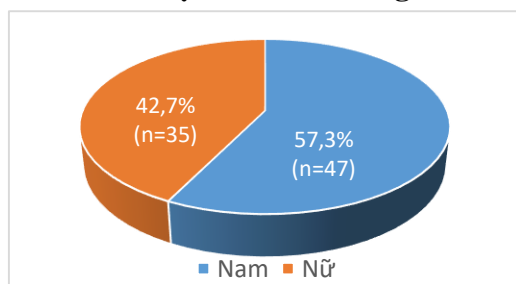
Các thông tin trong hồ sơ bệnh án của bệnh nhân hoàn toàn được bảo mật, số liệu nghiên cứu được ghi cẩn thận, đầy đủ, chính xác, trung thực, khách quan, tất cả tài liệu được lưu giữ và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu, không có bất kỳ thông tin nhận dạng nào về đối tượng nghiên cứu được thông báo trên báo chí, các trang mạng, và trong luận văn nghiên cứu.

Bệnh nhân và người nhà bệnh nhân không phải trả bất kỳ khoản tiền chi phí nào và cũng không nhận được tiền công, sự ưu ái hay miễn phí nào cho việc tham gia nghiên cứu.

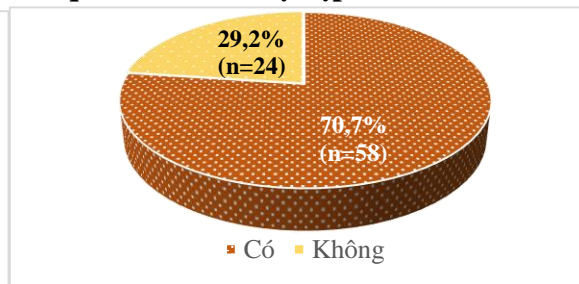
Nghiên cứu phải được sự chấp thuận của lãnh đạo bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU và BÀN LUẬN

### 3.1 Đặc điểm lâm sàng và mối liên quan với mức độ hẹp.



**Bảng 3.1. Giới tính**



**Bảng 3.2. Tăng Huyết áp**

Về giới tính, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân nam có cao Huyết áp tham gia nghiên cứu nhiều nhất với tỷ lệ lần lượt là 57,3% và 70,7%. Các kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Minh Nguyệt (2021) tại Bệnh viện Đột quy – Tim mạch



Cần Thơ, bệnh động mạch vành có ở cả hai giới. Nghiên cứu Nguyễn Minh Nguyệt đều ghi nhận được tỷ lệ nam có cao huyết áp lần lượt là 62,6% và 70,5% [1]. Sự phân bố về giới tính cũng tương tự như ghi nhận trong các nghiên cứu khác. Theo Bùi Thị Bích (2017) ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân nam có cao huyết áp chiếm 59,4% và n 73% [2].

**Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi (n=82)**

Nhóm tuổi	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Dưới 60 tuổi	17	20,7
Từ 60 tuổi trở lên	65	79,3
Tuổi trung bình	66,4±10,4	
Tổng	82	100

Nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 66,5±11 tuổi. Nhóm bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên chiếm 77,1% và bệnh nhân dưới 60 tuổi là 22,9%. Tác giả Nguyễn Minh Nguyệt (2021) thực hiện nghiên cứu tại Bệnh viện Đột quy – Tim mạch Cần Thơ cho thấy sự phân bố độ tuổi bệnh nhân mắc bệnh mạch vành từ 46 đến 95 tuổi, với tuổi trung bình gần bằng với nghiên cứu của chúng tôi là 66 tuổi. Trong đó, nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên chiếm đa phần so với nhóm dưới 60 tuổi (76,3% so với 23,7%)

**Bảng 3.4. Đau ngực**

Đau ngực	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có	65	79,3
Không	17	20,7
Tổng	82	100

Trong chẩn đoán bệnh ĐMV mạn, cơn đau thắt ngực là triệu chứng lâm sàng quan trọng nhất. Bệnh nhân cần được xác định đau ngực kiểu ĐMV và chú ý những trường hợp bệnh nhân bị ĐMV mạn không có triệu chứng đau ngực. 50% trường hợp tử vong từ ĐMV ở bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng. Do đó, việc tầm soát bệnh ĐMV không biểu hiện lâm sàng và nguy cơ phát triển bệnh ĐMV trên lâm sàng vẫn còn là hai thách thức lớn nhất. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận phần lớn bệnh nhân ĐMV mạn có triệu chứng đau ngực chiếm 77,1% và 22,9% số bệnh nhân không có triệu chứng đau ngực. Trong nghiên cứu của Nguyễn Minh Nguyệt (2021) tại Bệnh viện Đột quy – Tim mạch Cần Thơ, tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau ngực là khá cao so với nhóm không có triệu chứng (57,9% so với 42,1%). Theo sinh lý bệnh, khi mảng xơ vữa tiến triển dần gây hẹp lòng động mạch vành một cách đáng kể (thường là hẹp trên 70% đường kính lòng mạch) có thể gây ra triệu chứng đau ngực. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của Bùi Thị Bích [2]. Bệnh ĐMV mạn tính là bệnh lý liên quan đến sự ổn định tương đối của mảng xơ vữa ĐMV, khi không có sự nứt vỡ đột ngột hoặc sau giai đoạn cấp hoặc sau khi đã được can thiệp/phẫu thuật. Khi mảng xơ vữa tiến triển dần gây hẹp lòng ĐMV một cách đáng kể (thường là hẹp trên 70% đường kính lòng mạch) thì có thể gây ra triệu chứng, điển hình nhất là đau thắt ngực/khó thở khi bệnh nhân gắng sức và đỡ khi nghỉ

**Bảng 3.5. Nhịp tim**

Nhịp tim	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
<70 lần/phút	77	93,9
≥70 lần/phút	5	6,1
Tổng	82	100

Về tần số nhịp tim, đa số bệnh nhân mắc ĐMV mạn có nhịp tim <70 lần/phút chiếm 93,9% và 6,1% số bệnh nhân có nhịp tim ≥70 lần/phút. Tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Minh Nguyệt (2021) tại Bệnh viện Đột quy – Tim mạch Cần Thơ, tỷ lệ bệnh nhân có nhịp tim <70 lần/phút chiếm ưu thế hơn so với nhóm còn lại [1]. Điều này là do trong nghiên cứu của chúng tôi, qui trình để bệnh nhân chụp CLVT có kiểm soát nhịp tim. Nếu nhịp tim nhanh, bệnh nhân được sử dụng thuốc làm chậm nhịp tim (Metoprolol/Bisoprolol/ ivabradine) dạng uống, thuốc sử dụng 45-60 phút trước khi chụp và có thể lập lại sau 45 phút nếu nhịp tim chưa đạt đích, theo dõi mạch, huyết áp mỗi 15 phút sau khi uống. Do đó số lượng bệnh nhân nhịp tim từ 70 lần/phút trở lên rất ít, ảnh hưởng tính chính xác của chụp CLVT. Qua đó cho thấy do nhịp tim

ảnh hưởng nhiều đến tính chính xác của phương pháp chụp CLVT mạch vành nên được chúng tôi khảo sát yếu tố này trước chụp CLVT

**Bảng 3.6. Tỷ lệ điểm vôi hóa**

Điểm vôi hóa	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
0	15	20,3
1-99	17	23
100-399	42	56,8
≥ 400	0	0
Tổng	74	100

Tỷ lệ bệnh nhân có số điểm vôi hóa 100-399 chiếm cao nhất là 51,7%. Bệnh nhân không có điểm vôi hóa và có từ 1-99 điểm vôi hóa chiếm lần lượt là 28,6% và 19,7%. Những mảng vôi hóa là bằng chứng cho sự hiện diện của tình trạng xơ vữa và báo hiệu nguy cơ xảy ra biến cố mạch vành trong tương lai, tuy nhiên mức độ vôi hóa tương quan rất kém với mức độ hẹp lòng mạch vành, vôi hóa nặng không nhất thiết gây hẹp nặng lòng ĐMV và không vôi hóa cũng không loại trừ hẹp ĐMV trên bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng. Mức độ nặng còn tùy thuộc vào vị trí vôi hóa (thân chung ĐMV trái và đoạn gần các ĐMV nguy hiểm hơn đoạn giữa và đoạn xa), cách phân bố, số lượng. Các đốm vôi hóa nhỏ (spotty) lại thường đi đối với các mảng xơ vữa hỗn hợp gây hẹp lòng mạch vành đáng kể và có thể nguy hiểm hơn mảng vôi hóa lớn. Tác giả Nguyễn Minh Nguyệt (2021), Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị chẩn đoán của chụp CLVT 128 lát ĐMV ở bệnh nhân bệnh ĐMV mạn tại Bệnh viện Đột quy – Tim mạch Cần Thơ năm 2020-2021 bệnh nhân điểm vôi hóa từ 400 trở lên có độ nhạy thấp hơn so với nhóm bệnh nhân còn lại (42,62% so với 57,38%)

**Bảng 3.7. Số nhánh động mạch vành hẹp**

Số nhánh hẹp	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
0 nhánh	8	9,8
1 nhánh	24	29,3
2 nhánh	21	25,6
3 nhánh	20	24,4
4 nhánh	9	11
Tổng	82	100

Phần lớn bệnh nhân có 1, 2 và 3 nhánh hẹp chiếm tỷ lệ lần lượt là 28%, 27,4% và 25,5%. Tỷ lệ bệnh nhân không có nhánh hẹp và có 4 nhánh hẹp lần lượt là 7% và 12,1%. Có thể thấy rằng bệnh nhân bệnh ĐMV mạn thường không tổn thương đơn độc mà phối hợp nhiều nhánh mạch vành. Do đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân nghi ngờ bệnh ĐMV mạn tính mức độ trung bình – nặng nên số lượng bệnh nhân hẹp từ 3 nhánh trở lên cao hơn so với các nghiên cứu khác. Cụ thể, nghiên cứu của Nguyễn Minh Nguyệt ghi nhận hẹp 3 nhánh chiếm ưu thế, với tỷ lệ là 60,5%; hẹp 2 nhánh chiếm 24,5% và hẹp 1 nhánh chiếm 15,1% [1]. Theo tác giả Bùi Thị Bích số nhánh hẹp là 1, 2 và 3 chiếm tỷ lệ lần lượt là 26,8%, 36,6% và 36,6%

**Bảng 3.8. Mức độ hẹp động mạch vành**

Mức độ hẹp		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
≥ 50%	Có	64	78
	Không	18	22
≥ 70%	Có	52	63,4
	Không	30	36,6

Theo qui ước, trong cả hai phương pháp chụp CLVT và chụp ĐMVXL, đường kính lòng mạch hẹp >50% là mức hẹp có ý nghĩa về mặt huyết động, hẹp từ 70% trở lên là mức hẹp nặng, thường có chỉ định can thiệp. Vì thế trong nghiên cứu của chúng tôi có phân chia các mức độ hẹp từ hẹp >50% và ≥ 70% trở lên theo từng nhánh và theo từng phân đoạn. Khi lòng mạch hẹp nhẹ <50%, lưu lượng dòng máu trong động mạch được bảo tồn nhờ điều hòa trương lực. Khi lòng mạch giảm >50%-60%, lưu lượng và khả năng dự trữ dòng máu giảm nhiều đặc biệt là khi gắng sức, gây triệu chứng đau thắt ngực. Trên lâm sàng, hẹp trên 70% cần can thiệp điều trị, hẹp dưới 70% điều trị nội khoa. Các mảng xơ vữa có thể có những biến cố, làm hẹp đột ngột

lòng mạch, và gây hội chứng ĐMV cấp gồm CĐTĐ không ổn định và NMCT. Mức độ hẹp ĐMV trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận, bệnh nhân có  $\geq 50\%$  mức độ hẹp là 84,1% và có  $\geq 70\%$  mức độ hẹp là 72,6%. Các nghiên cứu Bùi Thị Bích (2017) về giá trị của chụp MSCT mạch vành 320 lát trong chẩn đoán tổn thương mạch vành với độ hẹp  $>50\%$  mức độ ĐMV hẹp từ 50% chiếm 89,2%, từ 70% trở lên chiếm 48,2% [2]. Tác giả Nguyễn Minh Nguyệt (2021), Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị chẩn đoán của chụp cắt lớp vi tính 128 lát ĐMV ở bệnh nhân bệnh ĐMV mạn tại Bệnh viện Đột quy – Tim mạch Cần Thơ năm 2020-2021 có kết quả 84 bệnh nhân hẹp từ 50% chiếm 60,4%, 131 bệnh nhân hẹp từ 70% trở lên chiếm 94,2%

**Bảng 3.9. Mối liên quan giữa hẹp động mạch vành  $\geq 50\%$  với triệu chứng đau ngực (n=82)**

Đau ngực	Hẹp động mạch vành $\geq 50\%$		OR (CI 95%)	p
	Có n (%)	Không n (%)		
Có	52 (80)	13 (20)	1,67 (0,5-5,58)	0,511*
Không	12 (70,6)	5 (29,4)		
Tổng	64 (78)	18 (22)		
Nhịp tim	Hẹp động mạch vành $\geq 50\%$		OR (CI 95%)	p
	Có n (%)	Không n (%)		
<70 lần/phút	61 (79,2)	16 (20,8)	2,54 (0,39-16,5)	0,301*
$\geq 70$ lần/phút	3 (60)	2 (40)		
Tổng	64 (78)	18 (22)		
Tăng huyết áp	Hẹp động mạch vành $\geq 50\%$		OR (CI 95%)	p
	Có n (%)	Không n (%)		
Có	44 (75,9)	14 (24,1)	0,629 (0,18-2,15)	0,457
Không	20 (83,3)	4 (16,7)		
Tổng	64 (78)	18 (22)		
Đau ngực	Hẹp động mạch vành $\geq 70\%$		OR (CI 95%)	p
	Có n (%)	Không n (%)		
Có	44 (67,7)	21 (32,3)	2,36 (0,79-6,9)	0,116
Không	8 (47,1)	9 (52,9)		
Tổng	52 (63,4)	30 (36,6)		
Nhịp tim	Hẹp động mạch vành $\geq 70\%$		OR (CI 95%)	p
	Có n (%)	Không n (%)		
<70 lần/phút	49 (63,6)	28 (36,4)	1,17 (0,18-7,41)	1*
$\geq 70$ lần/phút	3 (60)	2 (40)		
Tổng	52 (63,4)	30 (36,6)		
Tăng huyết áp	Hẹp động mạch vành $\geq 70\%$		OR (CI 95%)	p
	Có n (%)	Không n (%)		
Có	34 (58,6)	24 (41,4)	0,47 (0,16-1,37)	0,161
Không	18 (75)	6 (25)		
Tổng	52 (63,4)	30 (36,6)		

Chưa tìm thấy mối liên quan giữa các triệu chứng lâm sàng độc lập với mức độ hẹp ĐMV  $\geq 50\%$  và  $\geq 70\%$  với  $p > 0,005$ , nghiên cứu này cũng tương đồng với Nguyễn Minh Nguyệt là chưa tìm thấy mối liên quan giữa các triệu chứng lâm sàng độc lập. Tuy nhiên trong nghiên cứu của Nguyễn Minh Nguyệt (2021) thì thấy mức độ hẹp mạch vành có liên quan với lâm sàng vàng YTNC phối hợp như THA + ĐTĐ và ĐTĐ + Hút thuốc lá khi  $p < 0,005$  [1].

### 3.2 Giá trị mức độ hẹp động mạch vành bằng chụp cắt lớp vi tính 160 lát của bệnh động mạch vành mạn

**Bảng 3.15. Kết quả chẩn đoán hẹp  $\geq 50\%$  qua chụp cắt lớp vi tính**

Cắt lớp vi tính	Chụp mạch vành xâm lấn		Độ nhạy Sn (%)	Độ đặc hiệu Sp (%)	Giá trị tiên đoán dương	Giá trị tiên đoán âm
	Hẹp $\geq 50\%$	Không hẹp $\geq 50\%$				
Hẹp	60	4	96	80	94	89
Không hẹp	2	16				
Tổng	62	20				
Cắt lớp vi tính	Chụp mạch vành xâm lấn		Độ nhạy Sn (%)	Độ đặc hiệu Sp (%)	Giá trị tiên đoán dương	Giá trị tiên đoán âm
	Hẹp 70%	Không hẹp $\geq 70\%$				
Hẹp	50	2	96	93	96	93
Không hẹp	28	2				
Tổng	78	4				

Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm trong chẩn đoán hẹp  $\geq 50\%$  qua chụp CLVT chiếm lần lượt là 96%, 80%, 94% và 89%. Chẩn đoán hẹp  $\geq 70\%$  qua chụp CLVT chiếm lần lượt là 96%, 93%, 96% và 93%.

Giá trị mức độ hẹp động mạch vành bằng chụp cắt lớp vi tính so với một số nghiên cứu

Tác giả	Mức độ hẹp	Sn (%)	Sp (%)	PPV (%)	NPV (%)
Bùi Thị Bích (2017) [2]	50%	93,4	92,7	73,3	98,4
	70%	88,5	96,8	76,8	98,6
Nguyễn Minh Nguyệt (2021) [1]	50%	69,7	95,4	68,8	95,6
	70%	63,6	96,2	68,3	95,4
De Graaf FR et al (2010) [9]	50%	88	96	66	99
	70%	96	99	74	99,9
Chúng tôi	50%	96	80	94	89
	70%	96	93	96	93

#### V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân có độ tuổi trung bình  $66,5 \pm 11$ , trong đó  $\geq 60$  tuổi chiếm đa số 79,3%.

Giới tính nam chiếm tỉ lệ cao 53,7%

Bệnh nhân mắc động mạch vành mạn có triệu chứng đau ngực chiếm 79,3%. Huyết áp trước chụp  $< 140/90$ mmHg là 70,7%. Nhịp tim  $< 70$  lần/phút chiếm 93,9%.

Tỷ lệ bệnh nhân có  $\geq 50\%$  mức độ hẹp là 78% và có  $\geq 70\%$  mức độ hẹp là 63,4%.

Chưa tìm thấy yếu tố liên quan giữa hình ảnh chụp CLVT hẹp động mạch vành  $\geq 50\%$  và  $\geq 70\%$  với triệu chứng độc lập đau ngực, nhịp tim và tăng huyết áp ( $p > 0,05$ ).

Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm trong chẩn đoán hẹp 50% qua chụp CLVT chiếm lần lượt là 96%, 80%, 94% và 89%.

Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm trong chẩn đoán hẹp 70% qua chụp CLVT chiếm lần lượt là 96%, 93%, 96% và 93%.

#### KIẾN NGHỊ

Đối với bệnh nhân nghi ngờ bệnh động mạch vành mạn, chụp cắt lớp vi tính đa lát cắt là lựa chọn tối ưu, ít xâm lấn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Minh Nguyệt (2021), “Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị chẩn đoán của chụp cắt lớp vi tính 128 dãy động mạch vành ở bệnh nhân bệnh động mạch vành mạn tại Bệnh viện Đột quy – Tim mạch Cần Thơ năm 2020-2021”, Luận văn chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
2. Bùi Thị Bích (2017), “Giá trị của chụp MSCT mạch vành 320 dãy trong chẩn đoán tổn thương mạch vành với độ hẹp >50%”. Luận án bác sỹ chuyên khoa 2, Trường Đại học Y Dược TPHCM.
3. Bộ Y tế (2020), “Thực hành chẩn đoán và điều trị bệnh động mạch vành”, Quyết định số 5332/QĐ-BYT ngày 23 tháng 12 năm 2020.
4. Trương Quang Bình, Đặng Văn Phước (2011), Lịch sử về bệnh mạch vành và điều trị can thiệp bệnh động mạch vành, Can thiệp động mạch vành trong thực hành lâm sàng, Nhà Xuất Bản Y học, tr. 1-10.
5. Bộ Y tế (2013) “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Chẩn đoán hình ảnh và điện quang can thiệp”. Quyết định số 25/QĐ-BYT ngày 03 tháng 01 năm 2013.
6. Hoàng Thị Vân Hoa (2017). "Đánh giá điểm vôi hóa và xơ vữa động mạch vành trên chụp cắt lớp vi tính 64 dãy", Tạp Chí Tim Mạch Học Việt Nam, pp. tr. 1
7. Achenbach S., Feyter P.J.D et al (2010), "Cardiac CT and Detection of Coronary Artery Disease", The ESC Textbook of Cardiovascular Imaging, Pringer; pp 267-286.
8. American Diabetes Association (2017), "Classification and Diagnosis of Diabetes", Diabetes Care, 40 (10), No 1, pp. 11-24.
9. De Graaf FR, Schuijf JD, van Velzen JE, et al. (2010), Diagnostic accuracy of 320-row multidetector computed tomography coronary angiography in the non-invasive evaluation of significant coronary artery disease, *Eur Heart J.* 31 (13), pp. 1908-1915.
10. Fihn S et al (2014), ACC/AHA/AATS/PCNA/SCAI/STS focused update of the guideline for the diagnosis and management of patients with stable ischemic heart disease: a report of the American college of cardiology, *J Am Coll Cardiol*, 64(18), pp. 1929-1949.

# **ĐIỀU DƯỠNG**

# CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM

Trần Thị Bé Thì, Võ Thị Mỹ Hợp,  
Phan Văn Bé, Ngô Thị Kiều Dung

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Để sử dụng được hiệu quả và lâu dài catheter tĩnh mạch trung tâm, giữ cho catheter luôn thông, không bị tắc, nhiễm trùng,...người điều dưỡng phải thành thạo cách chăm sóc và theo dõi chúng, thông qua huấn luyện và kinh nghiệm thực tế lâm sàng.

**Mục tiêu:** Khảo sát kỹ thuật chăm sóc và theo dõi catheter tĩnh mạch trung tâm ở bệnh nhân nặng tại khoa hồi sức tích cực ngoại khoa – Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang. **Thiết kế:** Mô tả tiến cứu loạt ca.

**Kết quả:** 45 bệnh nặng với tuổi trung bình là 64,1 tuổi, nhỏ nhất là 20 tuổi, được đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, với lý do để đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) 42,2%, lọc máu liên tục hoặc chạy thận nhân tạo (8,9%), nuôi dưỡng 6,7%, không thiết lập được đường truyền tĩnh mạch ngoại biên 42,2%. Các qui trình kỹ thuật chăm sóc quyết định hiệu quả tối ưu, tuổi thọ catheter như thay băng catheter, lấy máu xét nghiệm, tiêm heparine giữ thông catheter, truyền dịch, giảm thiểu các biến chứng và nhiễm trùng liên quan đến catheter.

**Kết luận:** Cùng với tiến bộ điều trị bệnh nhân nặng, người điều dưỡng phải nắm vững qui trình kỹ thuật chăm sóc và theo dõi catheter tĩnh mạch trung tâm để đảm bảo cung cấp cho bệnh nhân nặng các biện pháp can thiệp điều trị hiệu quả tối ưu nhất để cứu sống nhiều hơn nữa bệnh nhân nặng.

## ABSTRACT

### CENTRAL VENOUS CATHETER CARE AND MONITORING

**Problem:** In order to effectively and long-term use central venous catheters, keep the catheters always open, free of clogs, anti-infections, etc., nurses must be proficient in how to care for and monitor them, through training and clinical practice experience.

**Target:** Survey techniques for care and monitoring of central venous catheters for severe patients at the surgical intensive care unit - An Giang Central General Hospital. **Research design:** Description of a prospective case series.

**Result:** 45 seriously patients with an average age of 64.1 years old, the youngest being 20 years old, the oldest being 90 years old, had a central venous catheter placed, with the reason to measure central venous pressure (CVP) 42.2%, continuous blood filtration or hemodialysis (8.9%), nutrition 6.7%, peripheral intravenous lines could not be established in 42.2%. Technical care procedures determine optimal effectiveness and catheter longevity such as changing catheter dressings, taking blood for testing, injecting heparin to keep the catheter always open, infusion, medical complications and infections related to the catheter.

**Conclusion:** Along with advances in treatment of severe patients, nurses must master the technical process of care and monitoring of central venous catheters to ensure the provision of effective treatment interventions for severe patients, the most optimal results to save more lives of severe patients.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khoa Hồi sức tích cực ngoại khoa - Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang được thành lập từ tháng 9 năm 2022, để nâng cao chất lượng khám và điều trị cho người bệnh ngoại khoa trước, trong, sau phẫu thuật và một số thủ thuật. Nhằm duy trì, ổn định và cải thiện các chức năng sống của người bệnh theo đúng quy định chuyên môn đã được quy định, trong đó hơn 2/3 số trường hợp được chỉ định đặt catheter đo áp lực tĩnh mạch trung tâm, giúp ích rất nhiều cho công tác hồi sức tích cực để cứu sống người bệnh nặng. Để sử dụng được hiệu quả và lâu dài catheter tĩnh mạch trung tâm, giữ cho catheter luôn thông, không bị tắc, nhiễm trùng,...người điều dưỡng phải thành thạo cách chăm sóc và theo dõi chúng, thông qua huấn luyện và kinh nghiệm thực tế lâm sàng. Chính vì thế, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu “Chăm sóc và theo dõi catheter tĩnh mạch trung tâm” nhằm rút ra một số nhận xét, kinh nghiệm góp phần nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc bệnh nhân sốc hay bệnh nặng ngày càng hiệu quả và an toàn.

## MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

### *Mục tiêu tổng quát*

Khảo sát kỹ thuật chăm sóc và theo dõi catheter tĩnh mạch trung tâm ở bệnh nhân nặng tại khoa hồi sức tích cực ngoại khoa - Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

### *Mục tiêu chuyên biệt*

Xác định đặc điểm dịch tễ, lâm sàng bệnh nhân có đặt catheter tĩnh mạch trung tâm.

Xác định tỷ lệ các đặc điểm trong kỹ thuật chăm sóc catheter tĩnh mạch trung tâm: kỹ thuật thay băng, lấy máu, tiêm thuốc, tiêm heparine qua catheter tĩnh mạch trung tâm.

Xác định tỷ lệ biến chứng liên quan đến catheter tĩnh mạch trung tâm, thời gian lưu catheter.

## **II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### *Thiết kế nghiên cứu*

Mô tả tiền cứu loạt ca.

### *Đối tượng nghiên cứu*

Tất cả bệnh nhân được bác sĩ đặt catheter tĩnh mạch trung tâm.

### *Thời gian nghiên cứu*

Từ 01/04/2023 - 30/07/2023

### *Địa điểm nghiên cứu*

Tại khoa hồi sức tích cực ngoại khoa - Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

### *Phương pháp tiến hành*

Bệnh nhân có catheter tĩnh mạch trung tâm, được quan sát cách chăm sóc và theo dõi về

### *Qui trình thay băng đúng kỹ thuật:*

Báo và giải thích thân nhân; Chuẩn bị dụng cụ thay băng; Rửa tay và mang găng sạch; Gỡ bỏ băng cũ từ ngoài đến vị trí ra da của catheter, tránh kéo ngược catheter ra; Quan sát băng cũ xem có dính máu mủ, dịch rỉ viêm vàng hay xanh, mùi; Quan sát vị trí catheter bị tụt vặn xoắn, rỉ dịch, vết khâu, viêm đỏ xung quanh.

Sát trùng vị trí catheter từ trung tâm bằng povidine, ra ngoài vi, lặp lại ít nhất 3 lần.

### *Mở băng mới và thay găng vô trùng.*

Áp băng mới lên vị trí đường ra catheter; Cố định băng và catheter; Ghi ngày giờ và tên trên băng thay; Ghi chép hồ sơ: các ghi nhận trong lúc thay băng.

Thay băng ngay khi: Băng ướt, dơ hay lỏng lẻo hoặc khi trẻ sốt - chảy dịch, mủ vết thương nếu có. Ít nhất mỗi 3 ngày dù băng sạch.

### *Qui trình lấy máu từ catheter đúng kỹ thuật:*

#### *Trường hợp không truyền dịch qua catheter*

Báo và giải thích thân nhân; Chuẩn bị dụng cụ; Rửa tay; Rút 5-10ml NS vào ống tiêm 5-10ml; Mang găng; Sát trùng vị trí đầu catheter (heparine lock) bằng alcohol hoặc povidine.

Đợi 30'' - 1 phút cho khô.

Dùng ống tiêm 3ml rút bỏ 1-2ml tùy thể tích mỗi trong mỗi catheter.

Dùng ống tiêm 5-10ml để rút lượng máu cần cho xét nghiệm.

Dùng ống tiêm có rút sẵn 5-10ml NS, tiêm vào catheter để đuổi máu đọng trong catheter.

#### *Tiêm lượng heparine giữ thông catheter theo qui trình*

Sát trùng lại đầu catheter; Ghi chép hồ sơ: giờ lấy máu, số ml máu lấy.

#### *Trường hợp có truyền dịch qua catheter*

Báo và giải thích thân nhân; Chuẩn bị dụng cụ: 3 Ống tiêm 3-5-10ml; Rửa tay; Rút 5-10ml NS vào ống tiêm 5-10ml; Gỡ bỏ băng trong che chỗ nối dây dịch truyền với catheter; Mang găng; Sát trùng chỗ nối dây dịch truyền với catheter bằng alcohol hoặc povidine.

Đợi 30'' - 1 phút cho khô.

#### *Kẹp khoá catheter, kẹp khoá dây dịch truyền.*

Tháo rời dây dịch truyền ra khỏi catheter, gắn với nắp đậy (kim tiêm có nắp).

Dùng ống tiêm 3ml gắn với catheter, mở khoá catheter và rút bỏ 1-2ml tùy thể tích mỗi trong mỗi nòng của catheter.

Khoá catheter, dùng ống tiêm 5-10ml gắn catheter và mở khoá để rút lượng máu cần cho xét nghiệm, sau đó khoá catheter.



Dùng ống tiêm có rút sẵn 5-10ml NS, gắn vào catheter, mở khoá và tiêm NS vào catheter để đuổi máu đông trong catheter, sau đó khoá catheter.

Nối đầu catheter với dây dịch truyền, mở các khóa để tiếp tục truyền dịch; Sát trùng lại chỗ nối dây dịch truyền với catheter và dán băng trong; Ghi chép hồ sơ: giờ lấy máu, số ml máu lấy

*Quy trình tiêm heparine giữ thông catheter đúng kỹ thuật*

Báo và giải thích thân nhân; Chuẩn bị dụng cụ: Ống tiêm 3ml; Rửa tay; Rút 0,5-1ml dung dịch heparin 10-100 đv/ml NS vào ống tiêm 3ml; 10đv/ml cho catheter nuôi ăn tĩnh mạch; 100đv/ml cho catheter lọc máu; Mang găng; Sát trùng vị trí đầu catheter (heparine lock) bằng alcohol hoặc povidine.

Đợi 30" -1 phút cho khô.

Đâm kim ống tiêm 3ml chứa dung dịch heparine vào catheter qua heparin lock.

Bơm dung dịch heparine vào catheter: 1ml cho catheter > 6F, 0,5ml cho catheter < 6F cho mỗi nòng. Bơm dung dịch heparin đến còn lại 0,1ml cuối.

Vừa bơm vừa rút kim khỏi catheter 0,1ml dung dịch heparin còn lại.

Sát trùng lại vị trí đầu catheter.

Báo BS khi thấy bơm nặng tay; Ghi chép hồ sơ: giờ tiêm, số ml dung dịch heparin bơm, các bất thường khác.

*Quy trình truyền thuốc/truyền dịch qua catheter đúng kỹ thuật*

Báo và giải thích thân nhân; Chuẩn bị dụng cụ, thuốc, dịch truyền; Rửa tay; Rút 2 lần 5ml NS vào 2 ống tiêm 10ml; Mang găng; Mở nắp đậy đầu catheter; Sát trùng đầu catheter bằng alcohol 70 hoặc povidine.

Đợi 30" - 1 phút cho khô.

Dùng ống tiêm 10ml chứa NS để rút thể tích môi và máu trong catheter ra xem nếu có cục máu đông, lấy bỏ cục máu đông và dùng ống tiêm 10ml có chứa NS khác, bơm thông catheter.

Nối dây bơm thuốc hoặc dây dịch truyền với catheter và bắt đầu bơm thuốc hoặc truyền dịch theo y lệnh; Sát trùng lại chỗ nối với đầu catheter, băng kín chỗ nối; Ghi chép hồ sơ: giờ bắt đầu bơm thuốc hoặc truyền dịch, liều, tốc độ.

Thu thập dữ liệu

Thu thập dữ liệu đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, chỉ định, vị trí đặt catheter trung tâm, số lượng catheter tĩnh mạch trung tâm, quan sát điều dưỡng thực hiện kỹ thuật chăm sóc và theo dõi catheter tĩnh mạch trung tâm, biến chứng liên quan đến catheter, thời gian lưu catheter, theo biểu mẫu soạn sẵn.

Xử lý dữ liệu

Bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0, với số thống kê trung bình, độ lệch chuẩn, tỷ lệ.

### III. KẾT QUẢ

Trong thời gian 3 tháng từ 01/05 - 31/07/2013 có 45 trường hợp bệnh nặng tại khoa hồi sức tích cực ngoại khoa, bệnh viện ĐKTT An Giang, được đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, với đặc điểm dịch tễ, lâm sàng như sau:

Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng

**Bảng 1: Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng.**

Tên biến	Giá trị
Tuổi (năm):	
Trung bình	64,1
Giá trị nhỏ nhất - lớn nhất	20; 92
Giới tính: Nữ ; Nam	21 (46,7%); 24 (53,3%)
Nơi cư ngụ: Thành thị ; Nông thôn	16 (35,6%); 29 (64,4%)
Chẩn đoán bệnh lý:	
Nhiễm khuẩn huyết	26 (57,8%)
Chấn thương sọ não	10 (22,2%)
Viêm phổi	3 (6,7%)
Viêm phúc mạc	6 (13,3%)

Đặc điểm liên quan đến catheter trung tâm

**Bảng 2: Đặc điểm liên quan đến catheter trung tâm.**

Đặc điểm	Kết quả
Chỉ định đặt catheter trung tâm:	
Đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP)	19 (42,2%)
Lọc máu liên tục hoặc chạy thận nhân tạo	4 (8,9%)
Nuôi dưỡng	3 (6,7%)
Không thiết lập được đường truyền tĩnh mạch ngoại biên	19 (42,2%)
Loại catheter trung tâm	
Loại 2 nòng	30 (66,7%)
Loại trên 2 nòng	15 (33,3%)
Vị trí đặt:	
TM đùi (P)	2 (4,4%)
TM cảnh trong (P)	23 (51,1%)
TM cảnh trong (T)	11 (24,4%)
TM dưới đòn (P)	7 (15,6%)
TM dưới đòn (T)	2 (4,4%)
Số catheter trên một bệnh nhân:	
Trung bình	
Ít nhất; nhiều nhất	

Đặc điểm kỹ thuật chăm sóc và theo dõi catheter tĩnh mạch trung tâm

**Bảng 3: Đặc điểm kỹ thuật chăm sóc và theo dõi catheter tĩnh mạch trung tâm.**

Đặc điểm	Kết quả
Thay băng đúng qui trình kỹ thuật/không đúng	37 (82,2%) / 8 (17,8%)
Không sát trùng vị trí catheter từ trung tâm bằng povidine, ra ngoài vi, lặp lại ít nhất 3 lần	23 (51,1%)
Không thay găng vô trùng trước khi băng catheter	7 (15,6%)
Lấy máu từ catheter đúng qui trình kỹ thuật/không đúng	32 (71,1%) / 13 (28,9%)
<b>Đặc điểm</b>	<b>Kết quả</b>
Không đợi 30'' - 1 phút cho dung dịch sát trùng khô	13 (28,9%)
Không tiêm lượng heparine giữ thông catheter sau lấy máu	33 (73,3%)
Tiêm heparine catheter đúng qui trình kỹ thuật	10 (22,2%) / 35 (77,8%)
Không sát trùng lại vị trí đầu catheter	15 (33,3%)
Truyền thuốc/truyền dịch qua catheter đúng kỹ thuật	36 (80,0%)
Không kiểm tra và lấy bỏ cục máu đông nếu có	22 (48,9%)

Biến chứng liên quan đến catheter tĩnh mạch trung tâm

**Bảng 4: Biến chứng liên quan đến catheter tĩnh mạch trung tâm.**

Đặc điểm	Kết quả
Chảy máu chỗ chích catheter	12 (26,7%)
Thoát mạch sưng bầm chỗ chích	9 (20,0%)
Nghẹt catheter	7 (15,6%)
Tụt catheter	5 (11,1%)
Đứt catheter	1 (2,2%)
Nhiễm trùng tại chỗ	10 (22,2%)

#### IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian 3 tháng từ tháng 05 - 07/2023 có 45 trường hợp bệnh nặng tại khoa hồi sức tích cực ngoại khoa, bệnh viện ĐKTT An Giang, được đặt catheter tĩnh mạch trung tâm,

với tuổi trung bình 64,7 tuổi, nhỏ nhất 20 tuổi, lớn nhất 92 tuổi. Đa số là nam giới (53,3%), nữ chiếm tỷ lệ (46,7%). Bệnh lý thường gặp cần tiếp cận tĩnh mạch trung tâm (bảng 1) là nhiễm khuẩn huyết (57,8%), Chấn thương sọ não (22,2%), Viêm phúc mạc (13,3%), Viêm phổi (6,7%).

Lý do đặt catheter trung tâm (bảng 2) bao gồm: để đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) 42,2%, lọc máu liên tục hoặc chạy thận nhân tạo (8,9%), Nuôi dưỡng (6,7%), Không thiết lập được đường truyền tĩnh mạch ngoại biên (42,2%).

Loại catheter thường dùng là loại 2 nòng (66,7%), loại trên 2 nòng chiếm tỷ lệ 33,3%). Đa số catheter được đặt ở vị trí tĩnh mạch cảnh trong phải và trái (51,1% và 24,4%), kể đến là tĩnh mạch dưới đòn phải (15,6%) và tĩnh mạch dưới đòn trái (4,4%), tĩnh mạch đùi phải (4,4%). Có 36 bệnh nhân được đặt một catheter, 5 bệnh nhân được đặt 2 catheter, còn lại được đặt 3 catheter. Đây là những bệnh nhân biểu hiện sốc, kèm suy thận cấp hoặc suy đa cơ quan cần theo dõi CVP và được chạy thận nhân tạo hay lọc máu liên tục.

Về đặc điểm kỹ thuật chăm sóc và theo dõi catheter tĩnh mạch trung tâm, chúng tôi ghi nhận thay băng đúng qui trình kỹ thuật 82,2%, 8 trường hợp (17,8%) không đúng qui trình kỹ thuật, bao gồm không sát trùng vị trí catheter từ trung tâm ra ngoại vi (51,1%) và không thay găng vô trùng trước khi băng cố định catheter (15,6%). Đây là động tác quan trọng trong thay băng catheter tĩnh mạch trung tâm, tránh lây nhiễm catheter, cần được huấn luyện và giám sát chặt chẽ để trở thành thói quen tốt cho điều dưỡng, an toàn cho bệnh nhân.

Lấy máu từ catheter đúng qui trình kỹ thuật 71,1%, 13 trường hợp (28,9%) không đúng qui trình kỹ thuật như không đợi 30 giây - 1 phút để dung dịch sát trùng khô (28,9%), không tiêm lượng heparine giữ thông catheter (73,3%). Về kỹ thuật tiêm heparine lưu giữ catheter có 77,8% thực hiện đúng qui trình kỹ thuật, 10 trường hợp không đúng qui trình kỹ thuật, trong đó không sát trùng lại đầu catheter (33,3%). Động tác vừa bơm vừa rút kim ra khỏi catheter trung tâm 0,1ml heparine còn lại, giúp không để máu phụt ngược vào catheter, gây tăng nguy cơ làm cục máu đông hay nghẹt tắc catheter một phần hay toàn phần. Đây là điểm mấu chốt kỹ thuật quan trọng mà người điều dưỡng phải nắm vững trong thực hành để gìn giữ catheter thông thoáng lâu dài, tăng hiệu quả hoạt động cho các điều trị liên quan đến catheter như truyền thuốc, truyền dịch, lọc máu,...

Về truyền thuốc/truyền dịch qua catheter trung tâm, chúng tôi ghi nhận thực hiện đúng qui trình kỹ thuật trong 80,0% các trường hợp, không đúng qui trình kỹ thuật 9 trường hợp (20,0%) gồm không đợi 30 giây - 1 phút để dung dịch sát trùng khô (28,9%), không kiểm tra xem có cục máu đông trong catheter hay không (48,9%). Đây là động tác bắt buộc vì nếu thực sự có cục máu đông trong catheter mà không được kiểm tra lấy ra thì khi truyền dịch hay thuốc sẽ đẩy cục máu đông vào hệ tuần hoàn gây thuyên tắc mạch, nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân.

Như vậy, người điều dưỡng cần phải nắm vững kỹ thuật chăm sóc và theo dõi catheter tĩnh mạch trung tâm từ việc thay băng, lấy máu xét nghiệm, tiêm heparine giữ thông catheter cho đến truyền dịch hay truyền thuốc qua catheter để đảm bảo sử dụng catheter tĩnh mạch trung tâm hiệu quả, lâu dài và an toàn cho bệnh nhân.

Biến chứng liên quan đến catheter tĩnh mạch trung tâm bao gồm chảy máu tại chỗ chích catheter 26,7%, thoát mạch - sưng bầm tại chỗ 20,0%, nghẹt catheter 15,6%, tụt catheter một phần 11,1%. Không ghi nhận đứt catheter, có 2 trường hợp nhiễm trùng tại chỗ (4,4%). Thời gian lưu catheter tĩnh mạch trung tâm trung bình 10,6 ngày.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 45 trường hợp bệnh nhân nặng có đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, chúng tôi nhận thấy kỹ thuật chăm sóc và theo dõi catheter tĩnh mạch trung tâm rất cần thiết cho người điều dưỡng công tác tại khoa hồi sức, cũng như tại phòng bệnh nặng của mỗi chuyên khoa. Chính người điều dưỡng hỗ trợ tích cực cho bác sĩ thiết lập và duy trì đường truyền tĩnh mạch - con đường trọng yếu để cung cấp những điều trị đặc hiệu, thích hợp và tối ưu nhất ngõ hầu cứu sống bệnh nhân nặng. Đây là kỹ thuật quan trọng đối với điều dưỡng, nên cần phải huấn luyện kỹ lưỡng, để công tác thực hành lâm sàng áp dụng trên bệnh nhân có hiệu quả và an toàn, giúp cứu sống nhiều bệnh nhân nặng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ainsworth SB, Clerihew L, McGuire W. (2007) Percutaneous central venous catheters versus peripheral cannulae for delivery of parenteral nutrition in neonates (Cochrane Review) CDSR Issue 3.
2. BV Nhi Đồng I (2007) Đặt catheter tĩnh mạch trung ương. Kỹ thuật điều dưỡng nhi khoa.- NXB Y học, trang 121-124.
3. Chathas M & Paton J (1997) Meeting the special nutritional needs of sick infants with percutaneous central venous catheter: Quality assurance program. J Perinatal Neonatal Nursing. 10: 72 - 87
4. Chathas M, Paton J & Fisher D (1990) Percutaneous central venous catheterisation PCVC Three years' experience in a neonatal intensive care unit. Am J Dis Child. 144: 1246 - 50
5. Guideline for Percutaneous Central Venous Catheters Centre for Healthcare Related Infection Surveillance and Prevention & Tuberculosis Control, Version 2 - March 2013.
6. Hatler C, Buckwald, L, Salas-Allison Z, and Murphy-Taylor C (2009) Evaluating central venous catheter care in a pediatric intensive care unit AJCC American Journal of Critical Care, November, Vol. 18, No.6.
7. Nguyễn Minh Tiến (2013), chăm sóc và theo dõi catheter tĩnh mạch trung tâm. Y Học TP. Hồ Chí Minh \* Vol. 17 - Supplement of No 4 - 2013: 110 – 115.

# ĐÁNH GIÁ HOẠT ĐỘNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE CHO NGƯỜI BỆNH CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023

Phạm Thị Hoàng, Nguyễn Thị Phi Yến,  
Nguyễn Thị Kim Nguyệt, Lê Thị Bảo Trân

## TÓM TẮT:

Giáo dục sức khỏe (GDSK) là một trong những nhiệm vụ quan trọng trong công tác chăm sóc sức khỏe, góp phần giúp mọi người đạt được tình trạng sức khỏe tốt nhất. Sức khỏe là vốn quý nhất của mỗi người, là nhân tố cơ bản trong toàn bộ sự phát triển xã hội, Tổ chức Y tế Thế giới định nghĩa "Sức khỏe là một trạng thái thoải mái toàn diện về thể chất, tinh thần và xã hội chứ không chỉ là không có bệnh hay thương tật". Đẩy mạnh công tác GDSK là biện pháp quan trọng giúp mọi người dân có kiến thức về sức khỏe, bảo vệ và nâng cao sức khỏe, từ đó có cách nhìn nhận vấn đề sức khỏe đúng đắn và hành động thích hợp về sức khỏe [1].

Mục đích: của nghiên cứu này là đánh giá hoạt động giáo dục sức khỏe cho người bệnh của điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2023.

Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang, dữ liệu được thu thập bằng bộ câu hỏi soạn sẵn cho 250 điều dưỡng của 20 khoa lâm sàng. Các thống kê bao gồm đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, hoạt động về tư vấn giáo dục sức khỏe, các yếu tố làm ảnh hưởng đến hoạt động về tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh của điều dưỡng.

Kết quả: Có 95,2% điều dưỡng có tham gia vào truyền thông GDSK, 4,8% không có tham gia; 96,8% điều dưỡng đã được tập huấn về kiến thức và kỹ năng TT GDSK, 3,2 % trả lời là chưa được tập huấn; Về công tác TT GDSK tại Khoa có 38% điều dưỡng cho rằng là trách nhiệm của điều dưỡng trưởng, 56,8% cho rằng là trách nhiệm của điều dưỡng viên, 5,2% cho rằng là của tất cả nhân viên trong khoa điều có trách nhiệm; Các giai đoạn để thực hiện GDSK cho người bệnh (NB) có 22,4% chọn trong quá trình điều trị, 77,4% cho là ở tất cả các giai đoạn; Mức độ thường xuyên GDSK cho NB là khi người bệnh có nhu cầu chiếm 56,8%, 1 tuần 1 lần là 28,4% và ngày 1 lần là 14,8%; Thời gian mỗi lần thực hiện TT GDSK cho NB từ 5 đến 15 phút là 82%, từ 20 đến 30 phút 18%; Các nội dung điều dưỡng thường GDSK cho người bệnh nhiều nhất lần lượt là: tư vấn chế độ ăn, cách chăm bệnh; tư vấn chính sách, quyền lợi BHYT; nhận thức nhu cầu GDSK của NB và đáp ứng nhu cầu đó; tư vấn TT GDSK các phương pháp điều trị; giá dịch vụ kỹ thuật, khám, chữa bệnh tại bệnh viện. Vấn đề về có tài liệu hoặc quy trình GDSK cho người bệnh tại Khoa có 22,8% điều dưỡng trả lời là có tài liệu TT GDSK nhưng không có quy trình; 77,2% là có đầy đủ tài liệu truyền thông và quy trình GDSK cho NB. Các yếu tố ảnh hưởng nhiều nhất đến việc điều dưỡng GDSK cho NB lần lượt là: thiếu thời gian 76,4%; quá tải công việc 72%; khả năng giao tiếp còn hạn chế 56%; thiếu tự tin về năng lực của bản thân 40,8%; thiếu phương tiện thực hiện tư vấn 35,6%; NB và thân nhân không tin tưởng 29,2%; thiếu kiến thức về bệnh và cách chăm sóc 19,2%; phòng ốc chật hẹp 15,2%

## EVALUATION OF NURSING HEALTH EDUCATION ACTIVITIES FOR PATIENTS AT CENTRAL GENERAL HOSPITAL AN GIANG IN 2023

### SUMMARY:

Health education is one of the important tasks in health care, contributing to helping people achieve the best health condition. Health is the most valuable asset of each person, a fundamental factor in all social development, the World Health Organization defines "Health is a state of comprehensive physical, mental and emotional well-being." society, not just the absence of disease or injury. Promoting health education is an important measure to help all people have knowledge about health, protect and improve health, thereby having the right way to view health issues and take appropriate actions regarding health [1].

**Purpose:** of this study is to evaluate health education activities for patients of nurses at An Giang Central General Hospital in 2023.

This is a cross-sectional descriptive study, data were collected using a pre-prepared questionnaire for 250 nurses in 20 clinical departments. Statistics include general

characteristics of research subjects, health education consulting activities, and factors affecting nurses' health education consulting activities for patients.

**Results:** 95.2% of nurses participated in health education communication, 4.8% did not participate; 96.8% of nurses have been trained in health education information and skills, 3.2% answered that they have not received training; Regarding the work of health education communication at the Department, 38% of nurses said that it is the responsibility of the head nurse, 56.8% said that it is the responsibility of the nurses, 5.2% said that it is the responsibility of all staff in the department. responsible thing; 22.4% choose the stages to carry out health education for patients during the treatment process, 77.4% think it is at all stages; The frequency of health education for patients is when the patient needs it, accounting for 56.8%, once a week is 28.4%, and once a day is 14.8%; The time each time to perform health education center for patients is from 5 to 15 minutes is 82%, from 20 to 30 minutes is 18%; The most common nursing content for patients is: advice on diet and how to take care of the disease; Consulting on health insurance policies and benefits; recognize the health education needs of patients and meet those needs; Consulting the Health Education Center on treatment methods; prices for technical services, medical examination and treatment at the hospital. On the issue of having health education documents or processes for patients at the Department, 22.8% of nurses responded that there are health education information documents but no process; 77.2% have complete communication materials and health education processes for patients. The factors that most affect nursing health education for patients are: lack of time 76.4%; work overload 72%; communication ability is limited by 56%; lack of confidence in one's own abilities 40.8%; lack of means to carry out consulting 35.6%; Patients and relatives do not trust 29.2%; lack of knowledge about the disease and how to care for it 19.2%; cramped rooms 15.2%.

#### **ĐẶT VẤN ĐỀ:**

Truyền thông Giáo dục sức khỏe TT GDSK có vai trò quan trọng trong công tác chăm sóc sức khỏe cộng đồng vì thế đã được Tổ chức y tế Thế giới (WHO) xếp là nội dung số một trong các nội dung về Chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBD) mà hội nghị Alma năm 1978 về CSSKBD đã nêu ra và là giải pháp hữu hiệu góp phần nâng cao sức khỏe, phòng chống bệnh tật tại cộng đồng. Chính vì vậy Đảng, Nhà nước và ngành Y tế luôn coi trọng và khẳng định công tác TT-GDSK là một phần không thể thiếu được trong sự nghiệp bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân [1].

Tư vấn giáo dục sức khỏe là một trong những nhiệm vụ quan trọng của người điều dưỡng và là yếu tố quan trọng đến dịch vụ Y tế, việc GDSK do người Điều dưỡng thực hiện giúp cho người bệnh có kiến thức về bệnh tật nhằm phòng tránh các biến chứng, giúp nâng cao sức khỏe, phòng ngừa bệnh tật và biết cách tự chăm sóc bản thân một cách cơ bản nhất.

Giáo dục sức khỏe (Health Education) giống như giáo dục chung, là quá trình tác động có mục đích, có kế hoạch đến suy nghĩ và tình cảm của con người, nhằm nâng cao kiến thức, thay đổi thái độ và thực hành các hành vi lành mạnh để bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho cá nhân, gia đình và cộng đồng [4]

Giáo dục sức khỏe nói chung tác động vào ba lĩnh vực: kiến thức con người về sức khỏe, thái độ của con người đối với sức khỏe, thực hành hay cách ứng xử của con người đối với bảo vệ và nâng cao sức khỏe. [4]

Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã khẳng định: “Điều dưỡng là một mắt xích quan trọng của công tác chăm sóc sức khỏe. Dịch vụ CSSK do người điều dưỡng - hộ sinh cung cấp tác động lớn tới sự hài lòng của người bệnh” và đưa ra khuyến cáo “Ở bất cứ quốc gia nào muốn nâng cao chất lượng CSSK thì phải chú ý phát triển công tác điều dưỡng”. Tại Việt Nam, việc thực hiện GDSK của người điều dưỡng giúp cho người bệnh có kiến thức về bệnh tật nhằm phòng tránh các biến chứng, giúp nâng cao sức khỏe, phòng ngừa bệnh tật và biết cách tự chăm sóc bản thân một cách cơ bản nhất [5]

Thông tư 31/2021/TT-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2021 về việc Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện, một trong các nhiệm vụ chuyên môn quan

trọng trong chăm sóc người bệnh là “điều dưỡng viên, hộ sinh viên tư vấn, GDSK, hướng dẫn tự chăm sóc, theo dõi, phòng bệnh trong thời gian nằm viện và sau khi ra viện” [1]

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu **“Đánh giá hoạt động giáo dục sức khỏe cho người bệnh của điều dưỡng tại bệnh viện đa khoa trung tâm an giang năm 2023”** từ đó có định hướng tốt hơn của Điều dưỡng trong công tác GDSK cho người bệnh đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của người bệnh.

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1. Phương pháp nghiên cứu:**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

### **2. Cỡ mẫu:**

Chọn mẫu thuận tiện, 250 điều dưỡng

### **3. Đối tượng nghiên cứu:**

Các Điều dưỡng khoa lâm sàng trực tiếp chăm sóc người bệnh tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Điều dưỡng khoa lâm sàng trực tiếp chăm sóc người bệnh.

+ Điều dưỡng đồng ý tham gia nghiên cứu

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Điều dưỡng không hoàn thành bộ câu hỏi

+ Điều dưỡng không có mặt tại bệnh viện trong thời gian nghiên cứu do đi học, nghỉ phép, nghỉ ốm, nghỉ hậu sản hoặc đi công tác.

+ Điều dưỡng không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### **4. Cách tiến hành:**

Sử dụng bảng câu hỏi được soạn sẵn gửi đến các Điều dưỡng lựa chọn những nội dung cho là phù hợp với mình.

### **5. Xử lý số liệu:**

Phần mềm SPSS 20.0

### **6. Biến số nghiên cứu:**

Tuổi, giới, tình độ, thâm niên công tác, hoạt động về tư vấn giáo dục sức khỏe, các yếu tố làm ảnh hưởng đến hoạt động về tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh của điều dưỡng.

### III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN:

#### 1. Đặc điểm chung của đối tượng:

**Bảng 1: Phân bố điều dưỡng theo giới, tuổi, trình độ và thâm niên công tác, có được tham gia, được tập huấn về kiến thức và kỹ năng TT GDSK:**

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Giới	Nam	89	35,6
	Nữ	161	64,4
Tuổi	< 30	93	37,2
	Từ 30 đến 50	146	58,4
	> 50	11	4,4
Trình độ	Trung cấp	10	4
	Cao đẳng	155	62
	Đại học	85	34
Thâm niên	< 5	78	31,2
	Từ 5 đến < 10	46	18,4
	Từ 10 đến 30	117	46,8
	> 30	9	3,6
Có được tham gia vào mạng lưới TT GDSK	Có	238	95,2
	Không	12	4,8
Có được tập huấn về kiến thức và kỹ năng TT GDSK	Có	242	96,8
	Không	8	3,2

**Nhận xét:** Bảng 1 cho thấy đội ngũ điều dưỡng đa số là nữ chiếm 64,4%, tỷ lệ này phù hợp với đặc điểm chung của ngành điều dưỡng; đội ngũ điều dưỡng trẻ < 30 tuổi chiếm tỷ lệ 37,2%, độ tuổi từ 30 đến 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao 58,4%, điều dưỡng > 50 tuổi tỷ lệ thấp 4,4%; trình độ chuyên môn trình độ cao đẳng chiếm tỷ lệ cao 62%, đại học tỷ lệ 34%, tuy nhiên vẫn còn trình độ trung cấp chiếm tỷ lệ tương đối thấp 4%; thâm niên công tác dưới 5 năm chiếm tỷ lệ 31,2%, từ 5 năm đến 10 năm tỷ lệ 18,4%, từ 10 đến 30 năm tỷ lệ 46,8%, trên 30 năm chiếm tỷ lệ thấp 3,6%; có 95,2% điều dưỡng có được tham gia vào mạng lưới TT GDSK, 4,8% điều dưỡng không có tham gia; 96,8% điều dưỡng đã được tập huấn về kiến thức và kỹ năng TT GDSK, 3,2 % trả lời là chưa được tập huấn.



## 2. Hoạt động tư vấn – giáo dục sức khỏe:

**Bảng 2: Mô tả trách nhiệm chính công tác TT GDSK tại Khoa, giai đoạn TT GDSK cho người bệnh, mức độ thường xuyên GDSK cho người bệnh, thời gian trung bình thực hiện cho 1 lần GDSK cho người bệnh, tại khoa đã có tài liệu hoặc quy trình GDSK.**

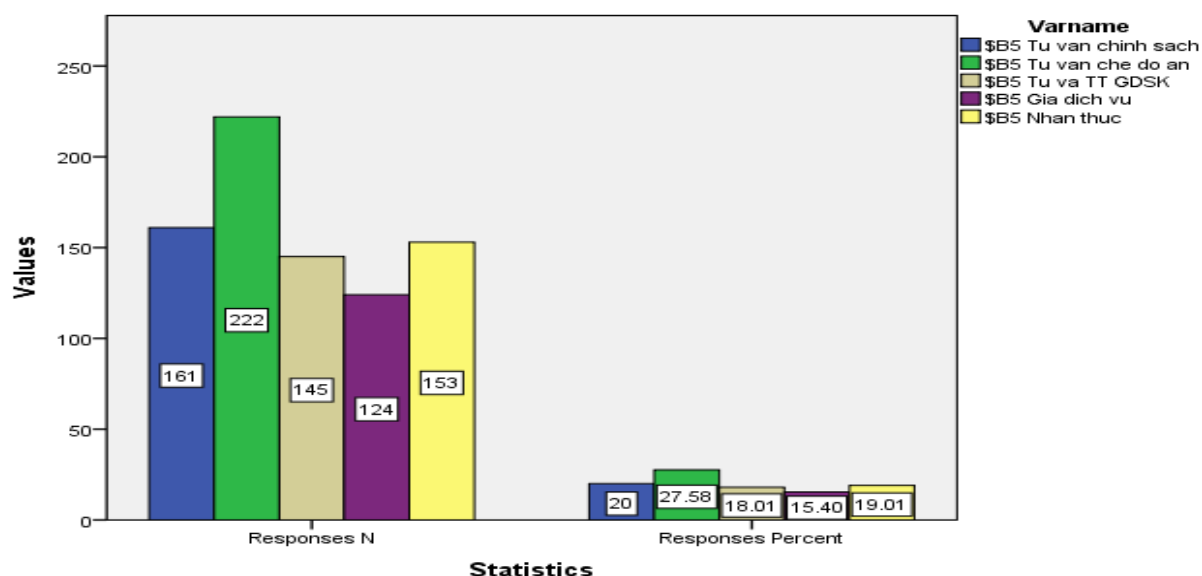
Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Trách nhiệm chính công tác TT GDSK tại Khoa	Điều dưỡng trưởng	95	38
	Điều dưỡng viên	142	56,8
	Tất cả nhân viên	13	5,2
Các giai đoạn TT GDSK cho người bệnh	Trong quá trình điều trị	56	22,4
	Tất cả các giai đoạn	194	77,6
Mức độ thường xuyên GDSK cho người bệnh	Khi NB có nhu cầu	142	56,8
	Mỗi tuần 1 lần	71	28,4
	Mỗi ngày 1 lần	37	14,8
Thời gian trung bình thực hiện cho 1 lần GDSK cho người bệnh	10 phút	77	30,8
	15 phút	128	51,2
	20 phút	40	16
	30 phút	5	2,0
Tại khoa đã có tài liệu hoặc quy trình GDSK.	Có tài liệu TT GDSK nhưng không có quy trình	57	22,8
	Có đầy đủ tài liệu TT & quy trình GDSK cho NB	193	77,2

**Nhận xét:** Bảng 2 cho thấy đa số điều dưỡng (ĐD) cho rằng trách nhiệm chính công tác TT GDSK tại Khoa có 142 điều dưỡng đạt 56,8% là của điều dưỡng viên trực tiếp chăm sóc bệnh, có 95 đạt 38% cho rằng trách nhiệm chính là của điều dưỡng trưởng, còn lại 13 ĐD đạt 5,2% cho rằng là trách nhiệm của tất cả nhân viên. Các giai đoạn để thực hiện TT GDSK cho người bệnh có 56 ĐD đạt 22,4% cho rằng trong quá trình điều trị, còn lại đa số điều dưỡng 194 chiếm 77,6% cho rằng là ở tất cả các giai đoạn trong quá trình người bệnh nằm viện. Mức độ thường xuyên để GDSK cho người bệnh đa số điều dưỡng thực hiện GDSK khi NB có nhu cầu có 142 ĐD đạt 56,8%, mỗi tuần 1 lần có 71 ĐD 28,4%, mỗi ngày 1 lần có 37 ĐD chiếm tỷ lệ thấp chỉ đạt 14,8%. Thời gian trung bình thực hiện cho 1 lần GDSK cho người bệnh đa số điều dưỡng chọn mốc khoảng thời gian từ 10 đến 15 phút có 205 ĐD chiếm tỷ lệ 82%, còn lại 45 ĐD đạt tỷ lệ 18% chọn mốc thời gian từ 20 đến 30 phút. Có 193 ĐD tỷ lệ 77,2% cho rằng tại khoa đã có đầy đủ tài liệu và quy trình GDSK cho NB, tuy nhiên còn 57 ĐD tỷ lệ 22,8% cho rằng tại Khoa có tài liệu TT GDSK nhưng không có quy trình GDSK cho NB.

### 3. Các nội dung thường tư vấn GDSK cho người bệnh: (nội dung này có nhiều sự lựa chọn cho điều dưỡng)

1. Tư vấn chính sách, quyền lợi BHYT
2. Tư vấn chế độ ăn, cách chăm sóc bệnh
3. Tư vấn TT GDSK các phương pháp điều trị
4. Giá dịch vụ kỹ thuật, khám, chữa bệnh tại Bệnh viện.
5. Nhận thức nhu cầu GDSK của NB và đáp ứng nhu cầu đó

### THONG KE NOI DUNG GDSK



#### Biểu đồ 1 các nội dung thường tư vấn GDSK cho người bệnh:

**Nhận xét:** Từ biểu đồ 1 ta nhận thấy rằng nhu cầu tư vấn chế độ ăn, cách chăm sóc bệnh được tư vấn nhiều nhất có 222 trường hợp đạt tỷ lệ 88,8% tỷ lệ thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Nga (2020) tại Bệnh phổi trung ương; kế đến tư vấn chính sách, quyền lợi BHYT có 161 trường hợp với tỷ lệ 64,4%; lần lượt là nhận thức nhu cầu GDSK của NB và đáp ứng nhu cầu đó có 153 trường hợp tỷ lệ 61,2%; tư vấn TT GDSK các phương pháp điều trị có 145 tỷ lệ 58%; thấp nhất là tư vấn giá dịch vụ kỹ thuật, khám, chữa bệnh tại Bệnh viện có 124 tỷ lệ 49,6%.

#### 4. Các yếu tố ảnh hưởng đến việc giáo dục sức khỏe cho người bệnh:

STT	Các yếu tố ảnh hưởng	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
1	Thiếu thời gian	191	76,4
2	Quá tải công việc	171	72
3	Khả năng giao tiếp còn hạn chế	140	56
4	Thiếu tự tin về năng lực của bản thân	102	40,8
5	Thiếu phương tiện thực hiện tư vấn	89	35,6
6	Người bệnh và thân nhân không tin tưởng	73	29,2
7	Thiếu kiến thức về bệnh và cách chăm sóc	48	19,2
8	Phòng ốc chật hẹp	38	15,2

**Nhận xét:** Các yếu tố ảnh hưởng nhiều nhất đến việc điều dưỡng GDSK cho NB lần lượt là: thiếu thời gian tỷ lệ 76,4%; quá tải công việc 72%; khả năng giao tiếp còn hạn chế 56%; thiếu tự tin về năng lực của bản thân 40,8%; thiếu phương tiện thực hiện tư vấn 35,6%; NB và thân nhân không tin tưởng 29,2%; thiếu kiến thức về bệnh và cách chăm sóc 19,2%; phòng ốc chật hẹp 15,2%.

#### IV. KẾT LUẬN:

Qua khảo sát 250 điều dưỡng của 20 Khoa lâm sàng về đánh giá hoạt động giáo dục sức khỏe cho người bệnh của điều dưỡng tại bệnh viện đa khoa trung tâm an giang năm 2023, chúng tôi nhận thấy:

- Đội ngũ điều dưỡng đa số là nữ chiếm 64,4%, tỷ lệ này phù hợp với đặc điểm chung của ngành điều dưỡng; đội ngũ điều dưỡng trẻ < 30 tuổi chiếm tỷ lệ 37,2%, độ tuổi từ 30 đến 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao 58,4%, điều dưỡng > 50 tuổi tỷ lệ thấp 4,4%; trình độ chuyên môn trình độ cao đẳng

chiếm tỷ lệ cao 62%, đại học tỷ lệ 34%, trình độ trung cấp chiếm tỷ lệ tương đối thấp 4%; thâm niên công tác dưới 5 năm chiếm tỷ lệ 31,2%, từ 5 năm đến 10 năm tỷ lệ 18,4%, từ 10 đến 30 năm tỷ lệ 46,8%, trên 30 năm chiếm tỷ lệ thấp 3,6%; có 95,2% điều dưỡng có được tham gia vào mạng lưới TT GDSK, 4,8% điều dưỡng không có tham gia; 96,8% điều dưỡng đã được tập huấn về kiến thức và kỹ năng TT GDSK, 3,2 % trả lời là chưa được tập huấn.

- Đa số điều dưỡng (ĐD) cho rằng trách nhiệm chính công tác TT GDSK tại Khoa đạt 56,8% là của điều dưỡng viên trực tiếp chăm sóc bệnh, có 38% cho rằng trách nhiệm chính là của điều dưỡng trưởng, 5,2% cho rằng là trách nhiệm của tất cả nhân viên. Các giai đoạn để thực hiện TT GDSK cho người bệnh đạt 22,4% cho rằng trong quá trình điều trị, còn lại 77,6% đa số điều dưỡng cho rằng là ở tất cả các giai đoạn trong quá trình người bệnh nằm viện. Mức độ thường xuyên để GDSK cho người bệnh đa số điều dưỡng thực hiện GDSK khi NB có nhu cầu đạt 56,8%, mỗi tuần 1 lần 28,4%, mỗi ngày 1 lần có tỉ lệ thấp chỉ đạt 14,8%. Thời gian trung bình thực hiện cho 1 lần GDSK cho người bệnh đa số điều dưỡng chọn mốc khoảng thời gian từ 10 đến 15 phút tỉ lệ 82%, còn lại tỷ lệ 18% chọn mốc thời gian từ 20 đến 30 phút. Tỷ lệ 77,2% cho rằng tại khoa đã có đầy đủ tài liệu và quy trình GDSK cho NB, tuy nhiên còn 22,8% cho rằng tại Khoa có tài liệu TT GDSK nhưng không có quy trình GDSK cho NB.

- Các nội dung thường tư vấn GDSK cho người bệnh: Nhu cầu tư vấn chế độ ăn, cách chăm sóc bệnh được tư vấn nhiều nhất đạt tỷ lệ 88,8%; kế đến tư vấn chính sách, quyền lợi BHYT với tỷ lệ 64,4%; lần lượt là nhận thức nhu cầu GDSK của NB và đáp ứng nhu cầu đó tỷ lệ 61,2%; tư vấn TT GDSK các phương pháp điều trị tỷ lệ 58%; thấp nhất là tư vấn giá dịch vụ kỹ thuật, khám, chữa bệnh tại Bệnh viện tỷ lệ 49,6%.

- Các yếu tố ảnh hưởng nhiều nhất đến việc điều dưỡng GDSK cho NB lần lượt là: thiếu thời gian tỷ lệ 76,4%; quá tải công việc 72%; khả năng giao tiếp còn hạn chế 56%; thiếu tự tin về năng lực của bản thân 40,8%; thiếu phương tiện thực hiện tư vấn 35,6%; NB và thân nhân không tin tưởng 29,2%; thiếu kiến thức về bệnh và cách chăm sóc 19,2%; phòng ốc chật hẹp 15,2%.

#### **V. KHUYẾN NGHỊ:**

Từ khảo sát kết quả nghiên cứu, chúng tôi có đề xuất các giải pháp sau nhằm để nâng cao kỹ năng TT GDSK của điều dưỡng, đồng thời nâng cao chất lượng TT GDSK đến cho người bệnh.

Bệnh viện cần phải thường tập huấn về kiến thức và kỹ năng GDSK đến cho điều dưỡng nhất là điều dưỡng mới dưới 5 năm.

Bệnh viện cần xây dựng quy trình ngắn gọn về GDSK cho các Khoa.

Các khoa cần xây dựng các bài GDSK phù hợp với mặc bệnh của Khoa để giúp điều dưỡng thực hiện tốt nhiệm vụ GDSK cho người bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO:

### Tiếng Việt:

1. Bộ Y tế (2011). Quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện, *ban hành kèm theo Thông tư số 31/2021/TT-BYT 28 tháng 12 năm 2021*, Bộ Y tế.
2. Nguyễn Thị Kim Hồng và cộng sự (2018), “*Nhận thức về lợi ích, rào cản và thực trạng tư vấn dinh dưỡng của điều dưỡng cho bệnh nhân ung thư tại bệnh viện Ung Bướu Tp. HCM*”.
3. Nguyễn Văn Hiến (2004), Nghiên cứu hoạt động giáo dục sức khỏe tại một số xã ở huyện đồng bằng Bắc bộ và thử nghiệm mô hình can thiệp giáo dục sức khỏe, Luận án Tiến sĩ Y học, Hà Nội, tr 4-32.
4. Nguyễn Thị Bích Nga và cộng sự (2020), “*Thực trạng hoạt động giáo dục sức khỏe cho người bệnh của điều dưỡng tại Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2020*”
5. Trường Đại Học Y Hà Nội, bộ môn GDSK, Hà Nội, 2006 3.Health Promtion, WHO, 2001. 4. Sức khỏe và người Thiếu số ở Việt Nam, Tổ Chức Y Tế Thế Giới, tháng 6. 2003.
6. Trịnh Thị Tuyết và cộng sự (2022), “*Thực trạng kiến thức Giáo Dục Sức Khỏe của Điều dưỡng và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Nội Tiết Trung Ương năm 2022*.”

### Tiếng Anh:

- 6.Barbara Kozier et al (2004). *Historical and Contemporary Nursing Practice. Fundamentals of Nursing - Concepts, Process and Practica, Pearson Prentice Hall, New Jersey, pp. 9-11.*
- 7.Bekele Chaka (2005) *Adult patient satisfaction with nursing care*, The Thesis for the Degree of Master, Department of Community Health Faculty of Medicine, Addis Ababa University, Ethiopia.
- 8.Casey.D (2007). Using action research to change health-promoting *practice. Nursing and Health Sciences*, vol. 9, pp. 5-13.
- 9.Kaariainen M and Kyngas H (2010). The Quality of Education Evaluated by the Health Personnel. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 24, 548-556, available at: <http://dx.doi.Org/10.1111/i.1471-6712.2009.00747.x>

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT TẠI KHOA NGOẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Phạm Hoàng Nam, Hà Thị Minh Thư  
Huỳnh Thị Bích Vân, Phan Thị Thúy Vân

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Sỏi túi mật là căn bệnh phổ biến ở Việt Nam và trên thế giới. Phương pháp điều trị chủ yếu vẫn là phẫu thuật nội soi cắt túi mật. Bên cạnh việc điều trị, việc chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật cắt túi mật là vô cùng quan trọng, nó góp phần thúc đẩy quá trình hồi phục của người bệnh.

**Phương pháp:** Tiến cứu mô tả loạt ca trên 70 người bệnh được phẫu thuật cắt túi mật nội soi điều trị tại khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang từ ngày 01/6 đến ngày 31/7/2023.

**Kết quả:** Kết quả chăm sóc của người bệnh sau mổ nội soi cắt túi mật phần lớn là tốt (87,1%). Tuổi trung bình là  $57,13 \pm 15,731$  tuổi, nhỏ nhất là 20 tuổi và cao nhất là 82 tuổi, có 14 người bệnh nam và 56 người bệnh nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1/4. Thời gian nằm viện sau mổ là  $4,34 \pm 1,872$  ngày. Có 33 người bệnh đau bụng sau mổ chiếm 47,1%. Có 18 người bệnh có nôn hoặc buồn nôn. 37 NB có đặt ODL. 90% NB có trung tiện trước 48h. Có 11 (15,7) NB chán ăn sau mổ.

**Kết luận:** Kết quả chăm sóc người bệnh sau cắt túi mật nội soi hầu hết đều tốt. Tuy nhiên, đánh giá của người bệnh và người thân về công việc điều dưỡng ở mức rất hài lòng vẫn còn thấp. Vì vậy, cần tăng cường hơn nữa kiến thức của điều dưỡng về chăm sóc người bệnh toàn diện trong thời gian tới.

## ABSTRACT

**Introduction:** Gallbladder stones are a common disease in Vietnam and around the world. The main treatment method is still laparoscopic gallbladder surgery. Besides treatment, patient care after gallbladder surgery is extremely important, it contributes to the patient's recovery process.

**Methods:** The study describes a series of cases of over 70 patients undergoing endoscopic facial bagectomy at the Department of General Surgery, An Giang Central General Hospital from June 1 to July 31, 2023.

**Results:** results of patient care after laparoscopic cholecystectomy are mostly good (87.1%). The average age is  $57.13 \pm 15,731$  years old, the youngest is 20 years old and the highest is 82 years old, there are 14 male patients and 56 female patients, the male/female ratio is 1/4. The average hospital stay after surgery was  $4.34 \pm 1,872$  days. There were 33 patients with post-operative abdominal pain, accounting for 47.1%. There were 18 patients who had vomiting or nausea. 37 NB have ODL placed. 90% of patients had flatus before 48 hours. There were 11 (15.7%) patients with loss of appetite after surgery.

**Conclusion:** The results of patient care after laparoscopic cholecystectomy are mostly good. However, the assessment of patients and relatives about nursing work at a very satisfactory level is still low. Therefore, it is necessary to further strengthen nurses' knowledge of comprehensive patient care in the future.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi túi mật rất hay gặp ở các nước Âu Mỹ. Ở Hoa Kỳ, có khoảng 25-30 triệu người tức 10-12% dân số bị sỏi túi mật. Hằng năm có thêm khoảng 800.000 trường hợp mới, tương đương với số trường hợp phải cắt túi mật, chi phí cho những người bệnh này là 8-10 tỷ đô la mỗi năm, chỉ đứng sau bệnh trào ngược dạ dày thực quản. Các điều tra ở châu Âu cho tỷ lệ chung của sỏi túi mật vào khoảng 10%. Ở Pháp hằng năm có khoảng 80.000 người mổ cắt túi mật. Mỗi năm ở Đức có khoảng 150.000 trường hợp mổ cắt túi mật.

Tỷ lệ mắc sỏi mật ở Việt Nam qua một số điều tra trong công đồng là từ 3,32% đến 6,11%, trong đó sỏi túi mật chiếm đa số. Sỏi túi mật đỉnh cao ở lứa tuổi 50-60. Yếu tố thuận lợi cho sự hình thành sỏi túi mật: giới nữ, sinh đẻ nhiều lần, tình trạng béo phì, tuổi từ 40 trở lên.

Ngày nay, sự ra đời Phẫu thuật nội soi với vết mổ nhỏ hơn, ít đau hơn và thời gian nằm viện ngắn hơn các phẫu thuật viên đã thực hiện ngày càng nhiều ca phẫu thuật nội soi cắt túi mật đã loại bỏ việc điều trị STM bằng phương pháp không phẫu thuật, phẫu thuật cắt túi mật mở thường được thực hiện sau khi chuyển đổi từ phẫu thuật nội soi... đã mang lại nhiều lợi ích to lớn như giảm tỉ lệ tử vong, rút ngắn thời gian nằm viện...

Tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang phương pháp điều trị chính bệnh lý sỏi túi mật vẫn là phẫu thuật cắt túi mật nội soi. Bên cạnh việc điều trị thì chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật cắt túi mật là vô cùng quan trọng, nó góp phần vào quá trình hồi phục của người bệnh. Xuất phát từ thực tế trên, tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “*Khảo sát đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật cắt túi mật nội soi tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2023*”. Với các mục tiêu cụ thể như sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng ở người bệnh sau phẫu thuật cắt túi mật nội soi tại khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2023.

2. Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật cắt túi mật nội soi tại khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2023.

## **II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**2.2. Đối tượng nghiên cứu:**

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

+ Người bệnh được phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị tại khoa Ngoại Tổng Hợp của Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, địa chỉ và hoàn cảnh gia đình.

+ Người bệnh đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** - Người bệnh được mổ mở cắt túi mật

+ Người bệnh phẫu thuật nội soi cắt túi mật kèm theo phẫu thuật hoặc thủ thuật lấy sỏi OMC.

+ Người bệnh được phẫu thuật cắt túi mật nội soi từ cơ sở y tế khác chuyển đến điều trị tại khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang

+ Người bệnh không nói được, không nghe được.

+ Người bệnh có tri giác và tâm thần không bình thường.

- **Cỡ mẫu:** Chúng tôi lựa chọn 70 người bệnh phẫu thuật nội soi cắt túi mật đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện

**2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu:**

**2.3.1. Công cụ thu thập dữ kiện**

Sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn kết hợp câu hỏi đóng và câu hỏi mở. Nội dung ngắn gọn, rõ ràng, dễ hiểu, đảm bảo tính giá trị và độ tin cậy, được thử nghiệm trên ít nhất 5 người bệnh.

**2.3.2. Phương pháp thu thập dữ kiện**

Các bước thực hiện:

Bước 1: Tham khảo hồ sơ bệnh án và chọn ra những đối tượng bệnh hậu phẫu cắt túi mật nội soi. Đối chiếu lại kết quả thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng với tiêu chuẩn chọn đối tượng đủ tiêu chuẩn đưa vào mẫu nghiên cứu.

Bước 2: Hỏi và khám bệnh, kết hợp nhận định tình trạng BN, khai thác những thông tin cần thiết để loại ra những đối tượng thuộc tiêu chuẩn loại trừ.

Bước 3: Tiến hành phỏng vấn đối tượng, ghi nhận kết quả vào phiếu thu thập thông tin.

Bước 4: Kiểm tra lại phiếu thu thập thông tin, kết thúc cuộc phỏng vấn.

**2.4. Đo lường và định nghĩa các biến:**

- Đau vết mổ: tính chất, cường độ đau tính theo thang đo VAS.

- Đặt ống dẫn lưu: có hoặc không, thời gian rút ODL: <24h, 24h – 48h, 48h - 72h, > 72h

- Sốt

- Bệnh lí kèm theo: đái tháo đường (ĐTĐ), suy thận, thiếu máu mạn, hội chứng (HC) Cushing..
- Biến chứng xảy ra sau mổ; chảy máu vết mổ, nhiễm trùng vết mổ...
- Chăm sóc điều dưỡng sau mổ: đau, dấu hiệu sinh tồn, theo dõi tình trạng vết mổ, chăm sóc ống dẫn lưu, dinh dưỡng sau mổ, vận động sau mổ.
- Hoạt động giáo dục sức khỏe khi nằm viện và khi ra viện: Hướng dẫn NB vận động, đi lại, chế độ ăn uống, phòng ngừa biến chứng, nội quy bệnh viện, tái khám, cắt chỉ.
- Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật được gọi là tốt khi thỏa tất cả các điều kiện sau:
  - + Điều dưỡng theo dõi, chăm sóc đầy đủ các nội dung, quy trình chăm sóc NB sau PT sỏi mật
  - + Dấu hiệu sống bình thường.
  - + Người bệnh đỡ đau, điểm đau VAS sau 24h < 4 điểm.
  - + Dẫn lưu và vết mổ ổn định.
  - + Không có dấu hiệu nhiễm trùng.
  - + Người nhà và người bệnh hài lòng công tác chăm sóc của điều dưỡng.
- Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật được gọi là chưa tốt khi không thỏa tất cả các chỉ tiêu trên.
- Thời gian nằm viện sau mổ: được tính theo công thức (số ngày nằm viện sau mổ = ngày xuất viện - ngày phẫu thuật).

### 2.5. Phương pháp xử lý số liệu:

Các số liệu được nhập và xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến số đều được tính ra tần số, tỉ lệ phần trăm.

## III. KẾT QUẢ

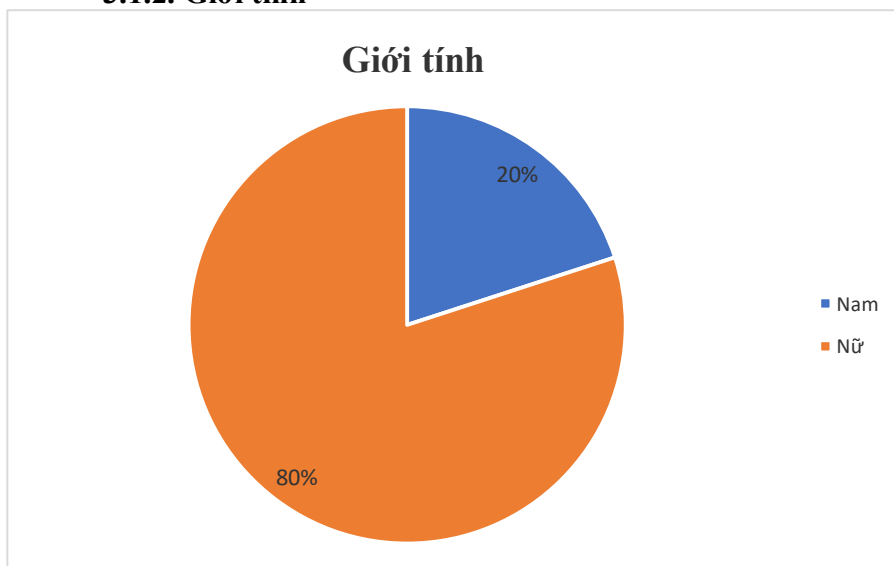
Trong thời gian từ tháng 6/2023 đến tháng 7/2023 có 70 NB được phẫu thuật nội soi cắt túi mật được chúng tôi ghi nhận tại khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang thỏa điều kiện nghiên cứu.

### 3.1. Đặc điểm chung

#### 3.1.1. Tuổi

Tuổi trung bình là  $57,13 \pm 15,731$  tuổi, nhỏ nhất là 20 tuổi và cao nhất là 82 tuổi.

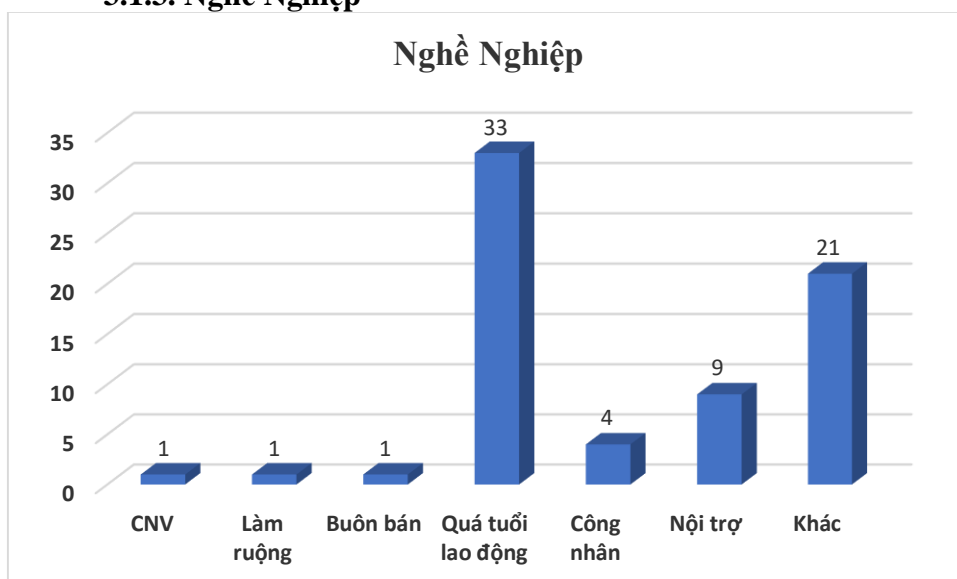
#### 3.1.2. Giới tính



**Biểu đồ 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính**

**Nhận xét:** Trong tổng số 70 người bệnh có 56 là nữ và 14 nam, tỷ lệ nữ/nam là 4/1.

### 3.1.3. Nghề Nghiệp



**Biểu đồ 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp**

**Nhận xét:** Nghiên cứu ở những đối tượng thuộc nhiều nghề khác nhau. Quá tuổi lao động là nhóm chiếm đa số với 33 người bệnh chiếm 37,1%.

### 3.1.4. Các bệnh lý kèm theo

**Bảng 3.1 Bệnh lý kèm theo**

Bệnh kèm theo	N=70	
	n	Tỉ lệ %
Không	19	27,14
Có	51	72,86
Tăng huyết áp	35	50
Đái tháo đường	16	22,86
Thiếu máu cục bộ cơ tim	21	30
HC Cushing	10	14,29
Xơ gan	4	5,71
Suy tim	3	4,29
Bệnh lý khác	16	22,86

**Nhận xét:** 51 người bệnh có bệnh lý khác kèm theo chiếm 72.86%, trong đó tăng huyết áp chiếm đa số với 35 trường hợp.

### 3.1.5 Chỉ số khối cơ thể (BMI)

**Bảng 3.2 Chỉ số khối cơ thể**

Chỉ số khối cơ thể (BMI)	N=70	
	n	Tỉ lệ %
Thiếu cân (<18,5)	3	4,29
Bình thường (18,5 – 22,99)	30	42,86
Thừa cân (23 – 24,99)	23	32,86
Béo phì ( $\geq 25$ )	14	20

**Nhận xét:** 37 người bệnh có thừa cân và béo phì chiếm 52,86%, người bệnh thiếu cân có 03 trường hợp.



### 3.2. Tính chất và thời gian phẫu thuật

**Bảng 3.3 Tính chất và thời gian phẫu thuật**

Tính chất phẫu thuật	N=70	Tỷ lệ %
Phẫu thuật cấp cứu	28	40
Phẫu thuật chương trình	42	60
<b>Thời gian phẫu thuật (phút)</b>	Trung bình 55,57 ± 21,257	
< 60 phút	47	67,14
60 – 90 phút	18	25,71
> 90 phút	5	7,14

**Nhận xét:** Có 42 người bệnh được phẫu thuật chương trình, còn lại 28 người bệnh mổ cấp cứu. Thời gian phẫu thuật trung bình 55,57 ± 21,257, phẫu thuật < 60 phút chiếm đa số với 47 trường hợp chiếm 67,14%, thời gian phẫu thuật > 90 phút có 5 trường hợp (7,14%).

### 3.3. Đặc điểm lâm sàng sau mổ

**Bảng 3.4 Đặc điểm lâm sàng sau mổ**

Đặc điểm lâm sàng sau mổ		N=70		
Đau bụng	n	Có	Không	
		33	37	
	%	47,1	52,9	
Nôn hoặc buồn nôn	n	Có	Không	
		18	52	
	%	25,7	74,3	
Ống dẫn lưu dưới gan	Thời gian rút ODL	<48h	48h – 72h	> 72h
	n	9	14	14
	%	24,3	37,8	37,8
Nhu động ruột sau mổ	Thời gian trung tiện	<24h	24h – 48h	> 48h
	n	38	25	7
	%	65,29	35,71	10
Tình trạng ăn uống sau mổ	n	Chán ăn	Ăn khá	Ăn tốt
		11	48	11
	%	15,7	68,6	15,7

**Nhận xét:** Có 33 người bệnh đau bụng chiếm 47,1%. Có 18 người bệnh có nôn hoặc buồn nôn. 37 NB có đặt ODL trong đó có 14 trường hợp rút ODL sau 72h. Đa số NB có trung tiện trước 48h. Có 11 (15,7) NB chán ăn sau mổ.

### 3.4. Tình trạng đau sau mổ

**Bảng 3.5 Tình trạng đau sau mổ**

Tình trạng đau	< 24 giờ		25 – 48 giờ		49 – 72 giờ	
	n	%	n	%	n	%
Không đau	0	0	0	0	17	24,29
Đau nhẹ	5	7,14	64	91,43	53	75,71
Đau vừa phải	64	91,43	6	8,57	0	0
Đau dữ dội	1	1,43	0	0	0	0

**Nhận xét:** Trong vòng 24 giờ đầu, không có người bệnh nào không đau, 64 người bệnh (91,43%) đau vừa; sau 48 giờ số người bệnh đau nhẹ là 17 (24,29%), không có người bệnh nào đau vừa và đau dữ dội.

### 3.5. Hoạt động chăm sóc của điều dưỡng

**Bảng 3.6 Hoạt động chăm sóc của điều dưỡng**

Hoạt động chăm sóc		N=70			
Thay băng vết mổ, chân ống dẫn lưu	Tần suất thay băng	Mỗi ngày	2 ngày/lần	Khi rỉ dịch	Khi ra viện
	n	25	37	0	8
	%	35,71	52,86	0	11,43
Vận động, đi lại	Thời gian đi lại	<24h	24h – 48h	> 48h	
	n	20	49	1	
	%	28,6	70	1,4	
Chế độ ăn	Hình thức nuôi ăn	24h	Sau 24h		
		Dinh dưỡng tĩnh mạch	Tự nấu, mua	Thực đơn bệnh viện	
	n	70	70	0	
	%	100	100	0	
Theo dõi dấu hiệu sinh tồn	Số lần theo dõi	2 lần/ngày		> 2 lần/ngày	
	n	65		5	
	%	92,86		7,14	

**Nhận xét:** Người bệnh được chỉ định thay băng vết mổ và chân ống dẫn lưu mỗi ngày chiếm 35,7%. Có 20 (28,6%) được vận động đi lại trước 24 giờ, 100% NB được nuôi dưỡng tĩnh mạch trong 24h đầu. 100% NB được theo dõi DHST trên 1 lần/ngày.

### 3.6. Hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe của điều dưỡng

**Bảng 3.7 Hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe**

Hoạt động giáo dục sức khỏe	Có		Không	
	n	Tỉ lệ	n	Tỉ lệ
<b>Khi nằm viện</b>				
Chế độ dinh dưỡng	66	94,29	4	5,71
Vận động, đi lại	68	97,14	2	2,86
Theo dõi phòng ngừa biến chứng	63	90	7	10
Nội quy bệnh viện	70	100	0	0
<b>Khi ra viện</b>				
Chế độ dinh dưỡng	68	97,14	2	2,86
Chế độ vận động	66	94,29	4	5,71
Theo dõi phòng ngừa biến chứng	65	92,86	5	7,14
Dặn dò tái khám, cắt chỉ	70	100	0	0

**Nhận xét:** Khi NB nằm viện tất cả NB được điều dưỡng tư vấn, hướng dẫn nội quy bệnh viện, hoạt động tư vấn chiếm tỷ lệ thấp hơn là kiến thức phòng biến chứng 90%. Khi ra viện người bệnh đều được dặn dò tái khám, cắt chỉ.

### 3.7. Thời gian nằm viện sau mổ

**Bảng 3.8 Thời gian nằm viện sau mổ**

Thời gian nằm viện sau mổ	Số lượng (n)	Tỉ lệ %
	4,34 ± 1,872 ngày	
2 - 4 ngày	45	64,29
5 - 7 ngày	19	27,14
> 7 ngày	6	8,57

**Nhận xét:** Thời gian nằm viện sau mổ của lô nghiên cứu là 4,34 ± 1,872 ngày, ngắn nhất là 2 ngày, nhiều nhất 10 ngày.

### 3.8. Kết quả chăm sóc và đánh giá kết quả chăm sóc của người bệnh và thân nhân

**Bảng 3.9 Kết quả chăm sóc của điều dưỡng**

Kết quả chăm sóc	N = 70	
	n	Tỉ lệ %
Đạt	61	87,14
Không đạt	9	12,86

**Nhận xét:** Kết quả chăm sóc đánh giá đạt 61 trường hợp, chiếm 87,14%, tuy nhiên tỉ lệ không đạt vẫn còn cao 12,86%.

**Bảng 3.10 Đánh giá kết quả chăm sóc của người bệnh hoặc thân nhân**

Đánh giá kết quả chăm sóc của người bệnh hoặc thân nhân	N = 70	
	n	Tỉ lệ %
Rất không hài lòng	0	0
Không hài lòng	0	0
Bình thường	0	0
Hài lòng	26	37,14
Rất hài lòng	44	62,86

**Nhận xét:** Tỉ lệ người bệnh hoặc thân nhân rất hài lòng kết quả chăm sóc chiếm 62,86% (44 trường hợp), còn lại là tỉ lệ hài lòng 26 trường hợp chiếm 37,14%.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1 Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Chúng tôi khảo sát trên 70 ca trong lô nghiên cứu, số người bệnh nam là 14 chiếm 20%, người bệnh nữ là 56 chiếm 80%, nhận thấy tỷ lệ nữ giới có phần chiếm ưu thế hơn nhiều so với nam giới. Trong nghiên cứu của Phạm Thị Hoa [7] tỉ lệ nữ giới (56,25%) cao hơn nam giới (43,75%) nhưng không quá lớn, khác biệt này là do cỡ mẫu khác nhau.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận độ tuổi trung bình là 57,13 ± 15,731 tuổi, nhỏ nhất là 20 tuổi và cao nhất là 82 tuổi. Kết quả này tương đương với mẫu nghiên cứu của Phạm Thị Hoa [4] 58,27 ± 15,62 và cao hơn so với mẫu nghiên cứu của Nguyễn vũ Phương [4] độ tuổi trung bình khi trình bày là 51 ± 10,2 và Nghiên cứu của Liuyuan Wei [9] cùng cộng sự tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 42,24 ± 6,29.

Theo nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ người bệnh có các bệnh lý kèm theo là 72,86% (51), trong đó tăng huyết áp chiếm đa số với 35 trường hợp.

Trong 70 người bệnh của lô nghiên cứu đa số NB có BMI ở mức bình thường 42,86%; có 37 người bệnh có thừa cân và béo phì chiếm 52,86%, người bệnh thiếu cân có 03 trường hợp.

### 4.2. Đặc điểm lâm sàng sau mổ

Bình thường sau mổ, trong những ngày đầu, người bệnh đều thấy đau, và cơn đau đó sẽ giảm dần theo thời gian. Đau tại vết mổ thường chấm dứt trong vòng 3-4 ngày sau mổ. Trong nhóm bệnh của chúng tôi, trong vòng 24 giờ đầu sau mổ, tất cả người bệnh có đau, trong đó có 1 người bệnh (51,6%) đau nhiều, đa số NB có đau vừa phải 64 trường hợp chiếm 91,4%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thị Hoa [7] có 85,6% người bệnh có điểm đau

$\leq 3$  và 14,4 % NB có điểm đau từ 4 -5 trong 24 giờ đầu. Ngày 03, 17 người bệnh không còn cảm giác đau chiếm tỉ lệ 24,29%, 75,71% còn đau nhẹ, không có NB đau vừa và tình trạng rất đau không xuất hiện sau 24 giờ. Có 33 người bệnh có đau vùng bụng rồi lan lên vai chiếm 47,1%. Kết quả này có thấp hơn so với Phạm Thị Hoa [7] với 68,9% người bệnh không còn cảm giác đau, 31,1% đau ít, khác biệt này do cỡ mẫu nghiên cứu khác nhau.

Buồn nôn và nôn: Có 18 trường hợp nôn và buồn nôn chiếm 25,7%.

Ống dẫn lưu dưới gan: sau phẫu thuật có 52,86% (37) NB có đặt ODL, trong đó 9/37 NB được rút ODL <48 giờ, 14/37 NB rút ODL từ ngày 03 sau mổ và 14/37 NB rút ODL sau 72 giờ.

Nhu động ruột sau mổ: có 65,3% NB trung tiện trước 24 giờ sau phẫu thuật, 35,7% NB trung tiện trở lại vào ngày thứ 02, còn lại 10% NB trung tiện sau 48 giờ.

Tình trạng ăn uống sau mổ có 11 (15,7) NB chán ăn sau mổ.

### **4.3. Hoạt động chăm sóc của điều dưỡng**

#### **4.3.1. Chăm sóc vết mổ, ống dẫn lưu**

Đảm bảo vết mổ không bị nhiễm trùng thì việc thay băng tại vết mổ rất quan trọng, tuy nhiên không có chỉ định thay nhiều lần trong ngày ngoại trừ vết mổ bị chảy dịch, cũng có vết mổ khô sạch thì việc thay băng cũng được cân nhắc. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số người bệnh được chỉ định thay băng vết mổ và chân ống dẫn lưu 02 ngày 01 lần chiếm 52,86%, 35,71% người bệnh thay băng mỗi ngày, 11,43% người bệnh chỉ thay băng 01 lần khi ra viện, không có người bệnh không thay băng trong quá trình nằm viện. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Minh [5] “Kết quả chăm sóc người bệnh mổ viêm ruột thừa và một số yếu tố liên quan” trong 6h đầu chỉ có 22% NB được thay băng. Ngày thứ 1 có 72,7% NB được thay băng. Ngày thứ 2 có 37,3% NB được thay băng. Ngày thứ 3 chỉ có 11,3% NB được thay băng.

#### **4.3.2. Tình trạng ăn uống của người bệnh sau mổ**

Trong nghiên cứu của chúng tôi trong những giờ đầu sau phẫu thuật người bệnh được nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch, tuy nhiên nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch không đảm bảo đủ lượng calo người bệnh cần điều này ảnh hưởng đến quá trình hồi phục sau phẫu thuật của người bệnh. Trong nghiên cứu tỉ lệ NB được điều dưỡng hướng dẫn chế độ ăn trong khi nằm viện là 94,3%; đa số người bệnh ăn khá (68,6%) và ăn tốt (15,7%), 11 người bệnh ăn uống kém, chán ăn. Kết quả này phù hợp với thống kê của Dương Thị Tố Anh [2] đa số người bệnh ăn ngon miệng (74,7%), ăn được ít là (25,3%), không có người bệnh nào nhịn ăn. Tư vấn chế độ ăn cho người bệnh cũng là vấn đề cần được ưu tiên trong chăm sóc sau mổ viêm ruột thừa giúp người bệnh mau khỏe hơn.

#### **4.6. Chế độ vận động sau mổ**

Vận động sớm sau khi mổ rất quan trọng vì giúp cho máu lưu thông tốt hơn hạn chế những biến chứng do nằm lâu. Tuy nhiên, vận động không nên quá sớm, phải căn cứ vào khả năng hồi phục của người bệnh vì dễ gây ảnh hưởng tới vết mổ. Khi nằm viện NB được hướng dẫn chế độ vận động sớm sau mổ rất cao chiếm 97,14%. Trong nghiên cứu có (98,6%) NB vận động đi lại trước 48 giờ. Tỉ lệ này cao, giúp cho người bệnh về hiệu được lợi ích của việc vận động sớm sau mổ để người bệnh dễ dàng thực hiện theo và yên tâm điều trị.

#### **4.7. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn**

Theo nghiên cứu của chúng tôi có 100% NB được theo dõi dấu hiệu sinh tồn (DHST) trên 1 lần/ngày, 83,9% NB được theo dõi 2 lần/ngày, 16,1% người bệnh được theo dõi DHST trên 2 lần/ngày. Theo dõi sau mổ rất quan trọng nhất là những dấu hiệu sinh tồn. Mặc dù người bệnh được mổ nội soi hay mổ mở, nhưng những phản ứng của cơ thể sau mổ cũng như những biến chứng sớm hoặc sốc phản vệ cũng có thể xảy ra vì vậy theo dõi những dấu hiệu sinh tồn cần phải được quan tâm trong thời gian sau mổ và tuân thủ đầy đủ theo quy trình chuyên môn.

#### **4.8. Hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe của điều dưỡng**

Sau mổ người bệnh thường lo lắng, việc hướng dẫn người bệnh mổ cắt túi mật những chăm sóc thường quy hay những tư vấn sức khỏe cho người bệnh hết sức có ý nghĩa. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hoạt động tư vấn của điều dưỡng trong thời gian NB nằm viện chiếm tỷ lệ cao là vận động sớm sau mổ chiếm 97,14%; về dinh dưỡng sau mổ chiếm 94,29%; nội quy bệnh viện 100%. Hoạt động tư vấn chiếm tỷ lệ thấp hơn là theo dõi phòng ngừa biến chứng 90%. Khi ra

viện điều dưỡng tư vấn NB chế độ vận động đi chiếm 94,29%; về dinh dưỡng sau mổ chiếm 97,14%; theo dõi phòng ngừa biến chứng 92,86%; tái khám lại 100%

#### **4.10. Thời gian nằm viện sau mổ**

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là  $4,34 \pm 1,872$  ngày. Tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Chiến [4] thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là  $4 \pm 1,1$  ngày. Trong đó, thời gian nằm viện sau mổ từ 2-4 ngày chiếm 64,29% (67 NB) tỉ lệ cao nhất, ít nhất là nhóm trên 7 ngày chiếm 8,57 % (06 người). PTNS là một phẫu thuật ít xâm nhập có thời gian hồi phục nhanh, các NB nhanh chóng hồi phục. Thời gian nằm viện sau mổ cắt túi mật nội soi cũng tương đối ngắn đây là ưu điểm nổi bật của PTNS.

#### **4.11. Kết quả chăm sóc và đánh giá kết quả chăm sóc của người bệnh hoặc thân nhân:**

Về kết quả chăm sóc người bệnh, trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả điều trị, chăm sóc của NB đến khi xuất viện là tốt chiếm 87,1% chưa tốt chiếm 12,9%. Tương đương với kết quả chăm sóc người bệnh, trong nghiên cứu của Đoàn Thị Chi và cộng sự [3], kết quả chăm sóc của NB đến khi xuất viện là tốt chiếm 86,5% chưa tốt chiếm 13,5% và thấp hơn kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Hoa [7] có 92,5% thực hiện chăm sóc điều dưỡng tốt, 7,5% chăm sóc của điều dưỡng khá. Kết quả chăm sóc được chúng tôi đánh giá dựa trên việc tổng hợp kết quả của nhiều hoạt động chăm sóc như chăm sóc giảm đau, chăm sóc vết mổ và ODL, tư vấn giáo dục sức khỏe, mức độ hài lòng của người bệnh. Chỉ cần một trong các yếu tố không tốt chúng tôi cũng sẽ đánh giá chất lượng chăm sóc chưa tốt.

Tỉ lệ người bệnh hoặc thân nhân rất hài lòng với kết quả chăm sóc của điều dưỡng chiếm 62,86% (44 trường hợp), còn lại là tỉ lệ hài lòng 26 trường hợp chiếm 37,14%. Không có NB hoặc thân nhân rất không hài lòng và không hài lòng.

#### **V. KẾT LUẬN**

Kết quả chăm sóc người bệnh sau mổ nội soi cắt túi mật của điều dưỡng tại khoa Ngoại phần lớn là tốt (87,1%). Tuy nhiên, tỉ lệ chưa tốt vẫn còn cao 12,86 % vì vậy trong thời gian tới để cải thiện hơn nữa công tác chăm sóc người bệnh người điều dưỡng cần theo dõi sát tình trạng đau của người bệnh trong 3 ngày đầu sau phẫu thuật, tăng cường hơn nữa hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh. Thường xuyên học hỏi để nâng cao trình độ chuyên môn, kiến thức chăm sóc người bệnh toàn diện.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

#### **TIẾNG VIỆT**

1. Bộ y tế (2021), “Thông tư 31/2021/TT-BYT quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện”
2. Dương Thị Tố Anh, Hoàng Thị Thúy Hằng, Trần Văn Lợi (2022), “Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh sau mổ cắt ruột thừa nội soi tại Khoa Ngoại-Bệnh viện A Thái Nguyên”, *Journal of 108-Clinical Medicine and Pharmacy*.
3. Đoàn Thị Chi, Lê Văn Thành, Trần Hữu Vinh, Ngô Thị Hoan, Nguyễn Tiến Hào. (2022). “Kết quả hồi phục của người bệnh sau phẫu thuật sỏi mật và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108”. *Tạp Chí Y Dược cổ truyền Việt Nam*, 43(2), 10-14.
4. Nguyễn Mạnh Chiến, Trần Thanh An, Hoàng Thị Hậu (2023), “Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật nội soi cắt túi mật do sỏi tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái”, *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 529(2).
5. Nguyễn Thị Hồng Minh, (2022), “Kết quả chăm sóc người bệnh mổ viêm ruột thừa và một số yếu tố liên quan”. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 514.1.
6. Nguyễn Vũ Phương, Nguyễn Công Bình, Mạc Xuân Huy, Nguyễn Quốc Huy, Cao Thị Thủy (2017), “Kết quả điều trị sỏi túi mật bằng phương pháp cắt túi mật nội soi tại Bệnh Viện Trường Đại Học Y Khoa Thái Nguyên”, *TNU Journal of Science and Technology*, 165(05), 73-76.
7. Phạm Thị Hoa (2022), “Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại bệnh viện Bạch Mai năm 2020-2021”, Luận văn thạc sĩ chuyên ngành Điều dưỡng Trường ĐH Thăng Long, Hà Nội.

#### **TIẾNG ANH**

8. Kamarajah, S.K., Karri, S., Bundred, J.R. et al, Perioperative outcomes after laparoscopic cholecystectomy in elderly patients: a systematic review and meta-analysis. *Endosc Surgery* 34 , 4727–4740 (2020)
9. Liuyuan Wei, 9.Qiao Hong, Xiaomei Lin , Yuyan Chen , Fan Yang , Fen Li , Yulin Chen (2021). Effect of comprehensive high-quality nursing care on postoperative complications, degree of pain, and nursing satisfaction in gallstone patients during perioperative period. *American Journal of Translational Research*, 13(4), 2678.

# ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG LOÉT DO TỖ ĐỀ VÀ KẾT QUẢ CHĂM SÓC TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023

Phan Đăng Khoa, Huỳnh Thị Huyền Trang,  
Lý Quốc Quân, Võ Kim Nguyễn

## TÓM TẮT

**Mở đầu:** Loét do tỳ đề là một loại tổn thương hoại tử da và tổ chức giữa vùng xương với vật có nền cứng, là hậu quả của quá trình bị tỳ đề kéo dài gây thiếu máu nuôi tổ chức và chết tế bào, loét thường xảy ra ở những bệnh nhân liệt vận động, nằm lâu, suy kiệt hoặc mắc các bệnh mạn tính. Do đó, việc dự phòng chăm sóc loét tỳ đề đã và đang là một ưu tiên trong công tác điều dưỡng của bệnh viện Đa khoa trung tâm nói chung và các bệnh viện trong cả nước nói riêng

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm loét tỳ đề ở người bệnh điều trị nội trú tại các khoa lâm sàng bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang và một số yếu tố liên quan. Phân tích kết quả chăm sóc người bệnh loét do tỳ đề và một số yếu tố liên quan

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu gồm 163 người bệnh bị loét do tỳ đề khi đang nằm điều trị hoặc được chuyển viện hoặc đã xuất hiện loét tỳ đề trong thời gian nằm viện tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. Phương pháp nghiên cứu mô tả tiến cứu

**Kết quả:** Qua nghiên cứu 163 người bệnh có loét tỳ đề tại bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang, rút ra một số kết luận sau: Vị trí loét tỳ đề thường gặp ở vùng cùi chỏ (69,33%) Loét tỳ đề gặp nhiều nhất ở người bệnh có bệnh lý thần kinh (79,14%). Tỷ lệ gặp mức độ loét từ nhẹ đến nặng theo phân loại của NPUAP/EPUAP là 30,06% độ 1; 59,51% độ 2; 7,36% độ 3 và 3,07% độ 4. Tỷ lệ người bệnh có 1 vết loét là chiếm đa số 79,75%. Đối với các vết loét nhẹ, độ 1, độ 2, trong chăm sóc, cần thiết phát hiện sớm và dự phòng tăng nặng mức độ loét, giữ bề mặt vết loét không nhiễm khuẩn như bôi thuốc tím hoặc dung dịch sát khuẩn yếu lên bề mặt (95,89%). Các vết loét nặng độ 3,4 đều được chăm sóc đặc hiệu hơn, bao gồm: cắt lọc hoại tử, vệ sinh vết loét (94,12%). Vết loét tỳ đề phục hồi và tiến triển theo thời gian: vết loét tiến triển tốt, đã liền xung quanh tăng dần (10,43% ở tuần 1; sau đó 22,7% ở tuần 2; tuần 3 là 19,02% và tuần 4 là 14,11%), sự thay đổi tỷ lệ giữa tuần 1 - 4 có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Đa số, điều dưỡng chăm sóc người bệnh có vết loét tỳ đề đạt mức tốt cao 66,26%. Các yếu tố liên quan tới kết quả chăm sóc vết loét theo nghiên cứu bao gồm: Nơi ở; Bệnh lý kèm theo; thời điểm loét và số lượng vết loét người bệnh. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $< 0,05$

**Kết luận:** Vai trò điều dưỡng trong công tác chăm sóc và dự phòng loét tỳ đề cho người bệnh hết sức quan trọng. Do đó, việc giảng dạy, hướng dẫn tại giường bởi các điều dưỡng có kinh nghiệm giúp nâng cao kỹ năng dự phòng và chăm sóc các vết loét tỳ đề của người bệnh nằm lâu ngày cần phải được đẩy mạnh và ưu tiên

**Từ khóa:** loét tỳ đề, vết loét, độ loét, chăm sóc, điều dưỡng

## ABSTRACT

### EVALUATION OF THE CURRENT SITUATION AND RESULTS OF NURSING CARE FOR PATIENTS WITH BEDSORES AT AN GIANG GENERAL CENTER HOSPITAL IN 2023

**Background:** Bedsores (pressure ulcers) are a type of necrotic damage to the skin and tissue between bones and hard substrates. This is the result of prolonged pressure, causing tissue anemia and cell death. Ulcers often occur in patients with motor paralysis, prolonged bed rest, exhaustion or having chronic diseases. Therefore, bedsore prevention and care have been a priority in the nursing work of the Central General Hospital in general and hospitals throughout the country in particular.

**Objectives:** To describe the characteristics and relative factors in inpatients with bedsores at the clinical departments of An Giang Central General Hospital. To analyze the results of nursing care for patients with pressure ulcers and some relative factors.

**Subjects and methods:** a descriptive and prospective study in 163 patients with pressure ulcers while being treated or transferred to the hospital or who had pressure ulcers during their stay in the clinical departments of An Giang Central General Hospital

**Results:** Through a study of 163 patients with pressure ulcers at An Giang Central General Hospital, the following conclusions were drawn: The most common location of pressure ulcers was in the sacral area (69.33%) Pressure ulcers were common, especially in patients with neurological diseases (79.14%). The rate of mild to severe ulcers according to the NPUAP/EPUAP classification was 30.06% grade 1; 59.51% grade 2; 7.36% grade 3 and 3.07% grade 4. The majority of patients with 1 ulcer was 79.75%. For mild ulcers, grade 1, grade 2, in nursing care work, it was necessary to detect early and prevent aggravation of the ulcer level, keeping the ulcer surface free of infection by applying potassium permanganate or weak antiseptic solution. surface (95.89%). Severe ulcers of grades 3 and 4 were received more specific cares, including: necrosis removal and ulcer cleaning (94.12%). Pressure ulcers recovered and progressed over time: the ulcer progressed well, with healing around it gradually increased (10.43% in week 1; then 22.7% in week 2; week 3 was 19.02% and week 4 was 14.11%), the difference in ratio between week 1 - 4 was statistically significant ( $p < 0.05$ ). The majority of nurses caring for patients with pressure ulcers achieved a high level of good at 66.26%. Factors related to ulcer care outcomes according to research included: Place of residence; Comorbidities; time of ulcer and number of ulcers in the patient. This difference was statistically significant,  $p < 0.05$

**Conclusion:** The nursing role in the care and prevention of pressure ulcers for patients was extremely important. Therefore, bedside teaching and guiding by experienced nurses to improve skills in preventing and caring for pressure ulcers in patients with long-term bed rest needs to be promoted and prioritized.

**Key words:** bedsores (pressure ulcers), ulcers, level of ulcers, care, nurses

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét do tỳ đè là một loại tổn thương hoại tử da và tổ chức giữa vùng xương với vật có nền cứng, là hậu quả của quá trình bị tỳ đè kéo dài gây thiếu máu nuôi tổ chức và chết tế bào, loét thường xảy ra ở những bệnh nhân liệt vận động, nằm lâu, suy kiệt hoặc mắc các bệnh mạn tính [12]. Loét khởi đầu khi có áp lực đủ lớn tỳ đè vào vùng da nhất là những vùng da sát xương, áp lực này gây rối loạn chuyển hóa, viêm nhiễm và hoại tử tế bào. Quá trình này lúc đầu có thể tự bù trừ bằng sự giãn mạch chủ động tăng cường tưới máu tại chỗ [9].

Với sự phát triển không ngừng về kinh tế, xã hội, số lượng người cao tuổi ngày một tăng, cùng với sự gia tăng tỷ lệ bệnh mạn tính (đái tháo đường, tim mạch, tai biến mạch máu não, bệnh khớp...) khiến người bệnh hạn chế vận động thì vấn đề loét tỳ đè không phải là hiện tượng hiếm gặp. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong việc chăm sóc bệnh nhân có nguy cơ cao, nhưng điều trị loét tỳ đè vẫn là thách thức với y học [4], [8]. Nghiên cứu của Woodbury Houghton năm 2004 tại Canada cho tỷ lệ mắc ước tính của loét tỳ đè là 26,2%. Theo Langemo và cộng sự (1989) 60% bệnh nhân vào Khoa Hồi Sức Cấp Cứu có biểu hiện loét ở 2 tuần đầu. Nguy cơ loét tỳ đè tăng 74% khi kết hợp các yếu tố bất động, suy giảm miễn dịch và giảm khối cơ (Harris và Fraser- 2004) [1], [2], [10]. Tại Pháp mỗi năm có khoảng 400.000 người bệnh bị loét tỳ đè chiếm 8-20% người bệnh nội trú, chi phí điều trị ước tính 15.000 đến 60.000 euro/người [2]. Theo nghiên cứu khảo sát của tác giả Huỳnh Minh Dương loét tỳ đè ở các khoa nội, ngoại thần kinh Bệnh viện Đa khoa Cà Mau chiếm tỷ lệ 26,09 năm 2013-2014. Những tổn thương thực tế thường nặng hơn những gì nhìn thấy từ bên ngoài như hoại tử phần mềm và xương khớp. Những tổn thương lan rộng rất nguy hiểm, tỷ lệ tử vong khoảng 6-7% [8], [11]. Nếu không điều trị kịp thời và đúng cách sẽ có nguy cơ tử vong cao. Bệnh nhân loét tỳ đè trong vòng 6 tuần nằm viện thì nguy cơ tử vong cao gấp 3 lần [3], [6].

Loét tỳ đè là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây kéo dài thời gian nằm viện, làm tăng chi phí điều trị, mất nhiều thời gian chăm sóc. Hiện nay, các bệnh viện không ngừng cải tiến chất lượng và chỉ số loét do tỳ đè đã và đang là một trong các chỉ số để đánh giá chất lượng chăm sóc người bệnh tại các bệnh viện. Chính vì thế vấn đề chăm sóc loét tỳ đè đang dần trở

thành một ưu tiên cho công tác chăm sóc điều dưỡng. Thêm vào đó, nguyên nhân hay gặp nhất chính là thiếu vận động, điều mà điều dưỡng và người chăm sóc bệnh nhân hoàn toàn có thể dự phòng [1], [8].

Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang là bệnh viện tuyến đầu trong tỉnh nên thường xuyên điều trị chuyên sâu nhiều người bệnh nặng, cao tuổi, hôn mê, thở máy, liệt tứ chi,... có nguy cơ loét tỳ đè cao. Do đó, việc dự phòng chăm sóc loét tỳ đè đã và đang là một ưu tiên trong công tác điều dưỡng của bệnh viện Đa khoa trung tâm nói chung và các bệnh viện trong cả nước nói riêng [5], [7]. Tuy nhiên, tỷ lệ loét do tỳ đè khi đang nằm viện là bao nhiêu? Những yếu tố nào có thể ảnh hưởng đến loét do tỳ đè? Hiệu quả của việc thực hiện chăm sóc vết loét như thế nào? Chưa có một nghiên cứu hay một báo cáo đánh giá cụ thể tại bệnh viện. Vì vậy, đó là lý do chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài nghiên cứu: **“Đánh giá thực trạng loét do tỳ đè và kết quả chăm sóc tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2023”** với 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm loét tỳ đè ở người bệnh điều trị nội trú tại các khoa lâm sàng bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang và một số yếu tố liên quan
2. Phân tích kết quả chăm sóc người bệnh loét do tỳ đè và một số yếu tố liên quan

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Đối tượng nghiên cứu**

- *Tiêu chuẩn lựa chọn*

+ Người bệnh bị loét do tỳ đè khi đang nằm điều trị hoặc được chuyển viện hoặc đã xuất hiện loét tỳ đè trong thời gian nằm viện tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang theo tiêu chuẩn chẩn đoán, phân loại mức độ loét dựa trên bảng phân loại NPUAP/EPUAP của Hội đồng tư vấn quốc gia về loét do tỳ đè ở Mỹ năm 2012

+ Người nhà, người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

- *Tiêu chuẩn loại trừ*

+ Người bệnh mắc các loại loét khác không do tỳ đè như vết thương mạn tính do đái tháo đường, loét do bệnh lý mạch máu, xơ cứng bì,...

+ Người bệnh không thể đánh giá được vết loét do bệnh lý cấp cứu, không thể quan sát được vết thương.

+ Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### **2.2. Địa điểm:**

Tại 22 khoa lâm sàng Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang

### **2.3. Phương pháp nghiên cứu:**

Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

### **2.4. Cỡ mẫu**

- Phương pháp chọn mẫu:

Sử dụng công thức ước lượng tỷ lệ:

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

Trong đó:

n là cỡ mẫu cần tính cho nghiên cứu;

Z hệ số tin cậy, với mức ý nghĩa  $\alpha=0,05$  hệ số tin cậy  $Z=1,96$ ;

p= 11,6% (theo nghiên cứu của Dương Thị Thu Hương năm 2022, tỷ lệ loét của người bệnh là 11,6%) [4];

d sai số tuyệt đối chấp nhận được, chọn  $d =5\%$  (0,05%).

Số được cỡ mẫu là 163 người bệnh.

Tổng cộng có 163 người bệnh tham gia đủ tiêu chuẩn nghiên cứu

- Cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện theo thời gian, phù hợp với người bệnh nghiên cứu cho đến khi đủ số lượng người bệnh.

### **2.5. Cách tiến hành**

- *Công cụ thu thập số liệu:*



+ Lấy mẫu theo bệnh án nghiên cứu đã được xây dựng sẵn. Sau khi người bệnh vào khoa, điều dưỡng sẽ thu thập các thông tin chung: Tuổi, giới tính, nghề nghiệp, bệnh lý kèm theo, chỉ số BMI..... Ghi nhận và đánh giá các yếu tố nguy cơ, sự xuất hiện mới các vết loét ở người bệnh. Kiểm tra, đánh giá tiến triển loét vào bệnh án nghiên cứu.

+ Quan sát các điều dưỡng về thực hành chăm sóc vết loét.

- Cách tiến hành:

+ Thu thập số liệu bằng cách điền trực tiếp hoặc phỏng vấn gia đình người bệnh rồi điền thông tin vào bệnh án nghiên cứu đã thiết kế sẵn.

+ Đánh giá và phân loại mức độ loét dựa trên bảng phân loại NPUAP/EPUAP của Hội đồng tư vấn quốc gia về loét do tỳ đè ở Mỹ năm 2012.

+ Đánh giá tiến triển của loét tỳ đè theo thang đo DESIGN-R [4]

## 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.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của người bệnh nghiên cứu

Đặc điểm	SL (n=163)	Tỷ lệ (%)
<b>Nhóm tuổi</b>		
<30 tuổi	5	3,07
30 – 49 tuổi	25	15,34
>69	62	38,04
≥ 70 tuổi	71	43,56
<b>Nhóm tuổi trung bình: 58,3 ± 18,9</b>		
<b>Giới tính</b>		
Nam	89	54,6
Nữ	74	45,4
<b>Nơi ở</b>		
Thành thị	67	41,1
Nông thôn	96	58,9
<b>BMI</b>		
< 18,5	14	8,59
18,5 – 22,9	113	69,33
≥ 23	36	22,09
<b>Khoa điều trị</b>		
Khoa Hồi sức tích cực – Nội	69	42,33
Khoa Hồi sức tích cực – Ngoại	16	9,82
Khoa Nội thần kinh	58	35,58
Khoa Chấn thương chỉnh hình	7	4,29
Khoa Ngoại thần kinh – Lồng ngực	13	7,98
<b>Bệnh lý kèm theo</b>		
Bệnh nội tiết	23	14,11
Bệnh tim mạch	6	3,68
Bệnh hô hấp	5	3,07
Bệnh thần kinh	129	79,14
<b>Thời điểm xuất hiện vết loét</b>		
Xuất hiện trước vào viện	29	17,79
Tuần đầu	80	49,08
Tuần thứ 2	41	25,15
Tuần thứ 3	13	7,98

**Bảng 3.1: Phân bố người bệnh nghiên cứu**

**Nhận xét:** Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 163 người bệnh. Độ tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu là 58,3 ± 18,9 (19 - 94 tuổi). Trong đó, đa số ở độ tuổi sau 50

tuổi (50 - 69 tuổi: 38,04%; ≥ 70 tuổi: 43,%). Tỷ lệ giới nam và nữ gần tương đương nhau (54,6% và 45,4%). Số lượng người bệnh ở thành thị thấp hơn ở nông thôn (58,9%). Đa số người bệnh trong nghiên cứu có chỉ số BMI trong giới hạn bình thường (69,33%). Chỉ số BMI trung bình là  $22,7 \pm 4,1$

Về khoa điều trị: 42,33% người bệnh điều trị tại khoa Khoa Hồi sức tích cực – Nội; 9,82% tại Khoa Hồi sức tích cực – Ngoại; 35,58% tại Khoa Nội thần kinh; 4,29% tại Khoa Chấn thương chỉnh hình và 7,98% điều trị tại Khoa Ngoại thần kinh – Lồng ngực. Đa số các người bệnh trong nghiên cứu đều mắc bệnh về thần kinh kèm theo (79,14%). Có 17,79% các vết loét xuất hiện trước khi vào viện; đa số vết loét xuất hiện trong tuần đầu và tuần thứ 2 (49,08% và 25,15%).

Đặc điểm hạn chế vận động của người bệnh		SL (n=163)	Tỷ lệ (%)
Hạn chế vận động hoàn toàn	Bệnh nhân hôn mê, đặt NKQ	63	38,65
	Liệt tứ chi, liệt 2 nửa người	45	27,61
	Nằm lâu ngày không đi lại được	32	19,63
Hạn chế vận động một phần	Liệt 2 chân	9	5,52
	Liệt nửa người	11	6,75
Đi lại được		3	1,84

**Bảng 3.2: Đặc điểm hạn chế vận động của người bệnh nghiên cứu**

**Nhận xét:** Tình trạng loét tỳ đè xảy ra thứ phát sau khi mắc các bệnh lý về thần kinh nên đa số người bệnh nghiên cứu hạn chế vận động hoàn toàn gồm: hôn mê, hoặc đặt NKQ (38,65%); liệt tứ chi, liệt 2 nửa người (27,61%); nằm lâu ngày, không đi lại được (19,63%). Loét tỳ đè cũng gặp trên người bệnh hạn chế vận động một phần gồm liệt hai chân (5,52%); liệt nửa người (6,75%)

### 3.2 Mô tả đặc điểm vết loét tỳ đè

**Bảng 3.3: Đặc điểm chung của vết loét tỳ đè tại các thời điểm**

Đặc điểm	Số lượng (n=163)	Tỷ lệ (%)
<b>Phân loại mức độ loét da theo NPUAP/EPUAP ban đầu</b>		
Loét độ 1	49	30,06
Loét độ 2	97	59,51
Loét độ 3	12	7,36
Loét độ 4	5	3,07
<b>Số lượng vết loét</b>		
1 vết loét	130	79,75
2 vết loét	26	15,95
3 vết loét	5	3,07
4 vết loét	2	1,23
<b>Vị trí vết loét</b>		
Vùng cụt	113	69,33
Lưng, xương sườn	32	19,63
Khác	18	11,04

**Nhận xét:** Mức độ loét tương ứng từ nhẹ đến nặng là: Độ 1 (30,06%); độ 2 (59,51%); độ 3 (7,36%); độ 4 (3,07%). Đa số người bệnh có 1 vết loét chiếm 79,75%; 2 vết loét trên cơ thể chiếm 15,95%; 3 vết loét trên cơ thể chiếm 3,07%; 4 vết loét chiếm 1,23%. Vị trí loét thường xuất hiện tại vùng cụt chiếm 69,33%; Lưng, xương sườn là 19,63% và tại các vị trí khác chiếm 11,04%

### 3.3 Kết quả chăm sóc điều trị loét tỳ đè

#### 3.3.1 Chăm sóc điều dưỡng cho vết loét

Nội dung	Tuần 1		Tuần 2		Tuần 3		Tuần 4	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Chăm sóc của điều dưỡng nhằm giảm sự đè ép</b>								
Đặt NB ở tư thế phân tán trọng lực	103	63,19	122	74,85	111	68,1	130	79,75
Sử dụng đệm hơi, đệm nước	151	92,64	163	100	163	100	163	100
Lăn trở, thay đổi tư thế $\geq 3$ lần/ngày	96	58,9	60	36,81	85	52,15	32	19,63
<b>Chăm sóc vệ sinh da người bệnh</b>								
Tắm rửa, lau người	121	74,23	100	61,35	139	85,28	113	69,33
Thay quần áo, ga trải giường sạch sẽ	163	100	163	100	163	100	163	100
Thay bím, quản lý phân và nước tiểu	160	98,16	153	93,87	163	100	159	97,55
<b>Chăm sóc về dinh dưỡng</b>								
Đảm bảo số lượng bữa ăn, mức năng lượng hằng ngày	119	73,01	121	74,23	129	79,14	135	82,82
Chọn thức ăn phù hợp, dễ tiêu hóa	103	63,19	105	64,42	112	68,71	121	74,23
Chế độ ăn giàu dinh dưỡng	87	53,37	89	54,6	98	60,12	103	63,19
Chế độ ăn giàu vi chất	72	44,17	66	40,49	43	26,38	39	23,93
<b>Giáo dục sức khỏe của điều dưỡng</b>								
Giải thích về tình trạng loét da, các yếu tố nguy cơ	163	100	102	62,58	96	58,9	75	46,01
Giải thích, hướng dẫn lăn trở đúng cách (lăn trở mỗi 2 giờ/lần, lăn trở và dùng gối ôm,..)	163	100	142	87,12	113	69,33	98	60,12
Giải thích, hướng dẫn về chế độ ăn cải thiện tình trạng loét da	163	100	136	83,44	120	73,62	111	68,1

**Bảng 3.4: Chăm sóc điều dưỡng cho vết loét**

#### Nhận xét:

- **Chăm sóc nhằm giảm sự đè ép:** Tỷ lệ người bệnh được đặt ở các tư thế phân tán trọng lực tại các thời điểm tuần 1,2,3,4 là 63,19%; 74,85%; 68,1% và 79,75%. Có 100% người bệnh được sử dụng đệm hơi chống loét tỳ đè tại các tuần 2,3,4. Tỷ lệ được lăn trở thay đổi tư thế  $\geq 3$  lần/ngày tại các thời điểm tuần 1, 2, 3, 4 là 58,9%; 36,81%; 52,15% và 19,63%
- **Chăm sóc vệ sinh da người bệnh:** Tỷ lệ thực hiện tại tắm rửa lau người các tuần 1,2,3,4 là 74,23%;61,35%; 85,28% và 69,33%. Đa số các người bệnh nghiên cứu đều được thay bím, quản lý phân và nước tiểu với tỷ lệ các tuần chiếm hơn 90%. 100% người bệnh nghiên cứu đều được thay quần áo, ga trải giường sạch sẽ
- **Chăm sóc về dinh dưỡng:** Đa số người bệnh được đảm bảo bữa ăn, mức năng lượng hằng ngày trong tuần đầu (73,01%), tại tuần thứ 2,3,4 tỷ lệ này tăng dần:74,23%  $\rightarrow$  79,14%  $\rightarrow$  82,82%. Tỷ lệ người bệnh được chọn thức ăn phù hợp dễ tiêu hóa tăng dần theo tuần: tuần 1 – 63,19%, tuần 2 - 64,42%, tuần 3 - 68,71% và tuần 4 – 74,23%.
- **Giáo dục sức khỏe của điều dưỡng:** 100% các gia đình được giải thích về tình trạng loét da và các yếu tố nguy cơ; 100% được hướng dẫn cách chăm sóc cho người bệnh nằm lâu ngày (lăn trở mỗi 2 giờ/ lần, lăn trở nhẹ nhàng, dùng gối ôm,..) khi nằm viện. Tuy nhiên, tỷ lệ này giảm dần qua các tuần tiếp theo (87,12%; 69,33% và 60,12%). 100% người bệnh được giải thích, hướng dẫn về chế độ ăn để cải thiện sớm tình trạng loét da; tuần 2,3,4 tỷ lệ này còn thấp (83,44%; 73,62%; 68,1%)

### 3.3.2. Kết quả chăm sóc điều trị vết loét

Nội dung chăm sóc	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<b>Đối với vết loét nhẹ độ 1, độ 2 (n =146)</b>		
Bôi thuốc, dung dịch sát khuẩn, lên vị trí loét độ 1, độ 2 phòng ngừa nhiễm khuẩn	140	95,89
<b>Đối với vết loét độ 3, độ 4 (n =17)</b>		
Cắt lọc hoại tử, vệ sinh vết loét đối với vết loét độ 3	16	94,12
Thay băng định kỳ hằng ngày, nếu gạc có tình trạng nhiễm khuẩn cần thay sớm	17	100
Điều trị ngoại khoa đặc hiệu với các vết loét nặng độ 4 như hút ghép chuyên vạt	3	3/5 (60)

**Bảng 3.5: Vai trò của điều dưỡng chăm sóc vết loét**

**Nhận xét:** Đối với các vết loét nhẹ, độ 1, độ 2, trong chăm sóc, cần thiết phát hiện sớm và dự phòng tăng nặng mức độ loét, giữ bề mặt vết loét không nhiễm khuẩn như bôi thuốc tím hoặc dung dịch sát khuẩn yếu lên bề mặt (95,89%). Các vết loét nặng độ 3,4 đều được chăm sóc đặc hiệu hơn, bao gồm: cắt lọc hoại tử, vệ sinh vết loét (94,12%); thay băng định kỳ hằng ngày, nếu gạc có tình trạng nhiễm khuẩn cần thay sớm (100%). Có 3/5 vết loét độ 4 được điều trị bằng các phương pháp ngoại khoa như ghép chuyên vạt

Nội dung	Tuần 1		Tuần 2		Tuần 3		Tuần 4		Tuần 1 -4
	n	%	N	%	n	%	n	%	
Vết loét khô, đóng vảy kín/đã liền	5	52,15	7	53,37	102	62,58	113	69,33	< 0,05
Vết loét tiến triển tốt, đã liền xung quanh	7	10,43	7	22,7	1	02	23	14,11	< 0,05
Vết loét liền tốt, lên tổ chức hạt, bờ rộng	0	24,54	9	17,79	0	27	20	12,27	< 0,05
Vết loét lớn hơn, tăng kích thước	3	7,98	7	4,29	0	6,13	5	3,07	> 0,05
Vết loét nhiều giả mạc, có mũ, mùi	8	4,90	3	1,85	0	0	2	1,23	> 0,05

**Bảng 3.6: Tiến triển mức độ vết loét ở các thời điểm**

**Nhận xét:**

- Đa số vết loét đã khô đóng vảy/ kín, đã liền tại các thời điểm theo dõi (tương ứng: tuần 1 - 52,15% → 53,37% → 62,58% → 69,33%), sự thay đổi tỷ lệ các vết loét sau các tuần có ý nghĩa thống kê ( $p_{\text{tuần 1-4}} < 0,05$ .)
- Vết loét tiến triển tốt, đã liền xung quanh: 10,43% → 22,7% → 19,02% → 14,11%, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ( $p_{\text{tuần 1-4}} < 0,05$ ).
- Vết loét liền tốt, lên tổ chức hạt: 24,54% → 17,79% → 12,27% → 12,27%, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ( $p_{\text{tuần 1-4}} < 0,05$ ).
- Vết loét nhiều giả mạc, có mũ, mùi giảm 4,9% → 1,23%; ( $p_{\text{tuần 1-4}} > 0,05$ ).

**Bảng 3.7: Đánh giá kết quả chăm sóc, điều dưỡng**

Kết quả chăm sóc	Số lượng (n=163)	Tỷ lệ (%)
Tốt	108	66,26
Khá/Trung bình	55	33,74

**Nhận xét:** Kết quả chăm sóc mức độ “Tốt” chiếm đa số 66,26%

### 3.4. Đánh giá một số yếu tố liên quan tới kết quả chăm sóc vết loét

Đặc điểm chung		Số lượng	Tốt		Khá/TB		95% CI	p
			N	%	n	%		
<b>Mối liên quan giữa đặc điểm chung với kết quả chăm sóc</b>								
Tuổi	< 70 tuổi	92	63	58,33	29	52,73	0,48	0,07
	≥ 70 tuổi	71	49	45,37	22	40	0,2 - 1,2	
Giới	Nam	89	57	52,78	32	58,18	0,67	0,29
	Nữ	74	51	47,22	23	41,82	0,29 - 1,5	
Nơi ở	Thành thị	67	55	50,93	12	21,82	0,83	<b>0,02</b>
	Nông thôn	96	78	72,22	18	32,73	0,35-1,94	
Chỉ số BMI	< 18,5	127	98	90,74	29	52,73	1,14	0,75
	≥ 18,5	36	21	19,44	15	27,27	0,46 - 3,1	
Khoa điều trị	ICU	69	57	52,78	12	21,82	1,31 0,54 - 3,38	0,51
	SICU	16	12	11,11	4	7,27		
	Thần kinh	58	32	29,63	26	47,27		
	CTCH	7	5	4,63	2	3,64		
	NgTK-LN	13	9	8,33	4	7,27		
Bệnh lý kèm theo	Bệnh nội tiết	23	12	11,11	11	20	0,9 0,24 - 2,82	<b>0,015</b>
	Bệnh tim mạch	6	2	1,85	4	7,27		
	Bệnh hô hấp	5	4	3,7	1	1,82		
	Bệnh thần kinh	129	86	79,63	43	78,18		
Thời điểm loét	Tại viện	134	91	84,26	43	78,18	1,9	<b>0,012</b>
	Trước viện	29	19	17,59	10	18,18	0,74 - 4,6	
Vận động	Hôn mê	140	93	86,11	47	85,45	1,36	0,17
	Giảm vận động	23	14	12,96	9	16,36	0,43 - 3,85	
<b>Mối liên quan giữa đặc điểm vết loét với kết quả chăm sóc</b>								
Số lượng vết loét	1 vết loét	130	94	87,04	36	65,45	8,1	<b>0,0001</b>
	≥ 2 vết loét	33	14	12,96	19	34,55	2,86 - 23,2	
Vị trí loét	Vị trí khác	50	38	35,19	12	21,82	0,82	0,64
	Cùng cụt	113	73	67,59	40	72,73	0,34 - 2,04	

**Bảng 3.8: Một số mối liên quan tới kết quả chăm sóc vết loét**

**Nhận xét:** Các yếu tố liên quan tới kết quả chăm sóc vết loét theo nghiên cứu bao gồm: Nơi ở; Bệnh lý kèm theo; thời điểm loét và số lượng vết loét. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung của người bệnh

Theo Hội tư vấn loét quốc gia của Hoa Kỳ (NPUAP) 2007, loét tỳ đè là một tổn thương cục bộ lớp da hoặc các tổ chức dưới da thường trên nền xương, là kết quả của sự chịu áp lực kết hợp với ma sát. Nghiên cứu đánh giá tình trạng chăm sóc vết loét tỳ đè trên 163 người bệnh tại các khoa Hồi sức tích cực, Nội thần kinh, Chấn thương chỉnh hình và Ngoại thần kinh lồng ngực ... ở Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang. Nghiên cứu cho thấy loét tỳ đè đa số gặp ở sau 50 tuổi (50 - 69 tuổi: 38,04%; ≥ 70 tuổi: 43,04%). Độ tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu là  $58,3 \pm 18,9$  (19 - 94 tuổi). Nghiên cứu của Trương Thanh Phong và cộng sự tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ (n = 185 BN), đã chỉ ra: người bệnh ≥ 60 tuổi chiếm đa số (71,3%) [5]. Độ tuổi là một yếu tố làm gia tăng nguy cơ loét tỳ đè. Đặc điểm hạn chế vận động của người bệnh: Trong nghiên cứu, đa số người bệnh hạn chế vận động hoàn toàn gồm: người bệnh hôn mê, hoặc đặt NKQ (38,65%); người bệnh nằm lâu ngày bị teo cơ không đi lại được (19,63%); người bệnh bị liệt tứ chi, liệt nửa người (27,61%). Loét tỳ đè cũng gặp trên người bệnh hạn chế vận động một phần gồm liệt hai chân (5,52%); liệt nửa người (6,75%). Những người bệnh bị hôn mê, bị đặt NKQ hay liệt 2 chi dưới thường bị bắt động kéo dài kể cả khi có người trợ giúp, vì vậy những vùng da tiếp xúc trực tiếp với bề mặt

cứng của giường nằm thường bị kém nuôi dưỡng do bị đè ép. Hậu quả của tình trạng da kém được nuôi dưỡng sẽ dẫn đến hoại tử da tại chỗ và cuối cùng là loét. Nghiên cứu của Yarkony và cộng sự cũng cho thấy, người bị tổn thương tủy sống và người cao tuổi là hai nhóm người bệnh có nguy cơ bị loét tỳ đè cao [4].

Có 17,79% người bệnh xuất hiện các vết loét trước khi vào viện; 49,08% xuất hiện vết loét trong tuần đầu; 29,15% xuất hiện ở tuần 2, 7,98% ở tuần 3 trong nghiên cứu. Tỷ lệ xuất hiện vết loét trong tuần đầu là khá cao cần được điều dưỡng chăm sóc lưu ý. Có thể trong tuần đầu nhân viên y tế còn đang tập trung vào việc chẩn đoán bệnh chính, xử trí cấp cứu nên chưa thực sự quan tâm đến dự phòng do áp lực. Mặt khác gia đình trong thời gian đầu cũng có nhiều lo lắng lại chưa có kiến thức chăm sóc người bệnh nặng, chưa thành thạo kỹ năng chăm sóc người bệnh bất động nên tỷ lệ loét tỳ đè cao trong giai đoạn này [4]

#### **4.2. Đặc điểm vết loét tỳ đè**

Trong nghiên cứu, mức độ loét tương ứng từ nhẹ đến nặng là: Độ 1 (30,06%); độ 2 (59,51%); độ 3 (7,36); độ 4 (3,07%). Phát hiện sớm và dự phòng sớm sự xuất hiện và tăng nặng tình trạng loét là rất quan trọng. Đối với các vết thương loét tỳ đè trên cơ thể. Có sự khác biệt rất lớn giữa các mức độ nặng của vết loét do tỳ đè.

Số lượng và vị trí vết loét trong nghiên cứu, đa số người bệnh có 1 vết loét chiếm 79,5%; 2 vết loét 14,5%, 3 vết loét 2%, 4 vết loét 4%. Nghiên cứu của Vũ Thị Kim Định, Đào Quang Vinh chỉ ra trong 68/185 người bệnh do áp lực có 60/68 NB loét 1 vết; 8/68 NB loét 2 vết [9]. Số lượng vết loét càng nhiều, mức độ nặng càng cao, chăm sóc cho người bệnh càng khó khăn cũng như thời gian liền của vết loét cũng lâu hơn. Đa số vết loét tại vị trí cùi chỏ chiếm 69,33%. Các nghiên cứu trước đó cũng chỉ ra các vị trí loét tỳ đè chủ yếu tại các vị trí: Vùng cùi chỏ, vùng gót chân, vùng lưng, vùng chỏm, ... Nghiên cứu của Đinh Thị Thu Hương trên 190 người bệnh, đa số vị trí loét tại vùng cùi chỏ 104/190 (54,7%) [8]. Như vậy, đa số các vị trí loét tỳ đè đều có tỷ lệ xuất hiện theo y văn, đều tại các chỗ đè ép với mặt phẳng người bệnh nằm lên. Các vị trí thường gặp nhất là vùng cùi chỏ, gót chân, vùng mông.

#### **4.3. Phân tích kết quả chăm sóc điều trị người bệnh loét tỳ đè và một số yếu tố liên quan**

Trong nghiên cứu, các hoạt động nhằm dự phòng chống loét bao gồm: Chăm sóc nhằm giảm sự đè ép; Chăm sóc vệ sinh da người bệnh; Chăm sóc về dinh dưỡng và Giáo dục sức khỏe của điều dưỡng. Phòng chống loét tỳ đè là một chỉ số về chất lượng chăm sóc. Chăm sóc điều dưỡng giúp phòng ngừa và giảm sự phát triển của loét tỳ đè [12]. Phòng chống loét tỳ đè cần được chú trọng trong chăm sóc người bệnh hằng ngày, có nhiều chăm sóc điều dưỡng cần phải thực hiện để dự phòng vết loét xuất hiện ở người bệnh nằm lâu ngày không thể tự chăm sóc bản thân. Nghiên cứu của Joshua S. Mervis và cộng sự chỉ ra các biện pháp hiệu quả dự phòng xuất hiện vết loét tỳ đè là lăn trở, hỗ trợ bề mặt da, phòng ngừa suy dinh dưỡng và thay băng vết thương [10].

Nghiên cứu chỉ ra, có 66,26% người bệnh được chăm sóc tốt; 33,2% người bệnh được chăm sóc khá. Nghiên cứu của Vũ Thị Kim Định, Đào Quang Vinh chỉ ra có 69,2% người bệnh được chăm sóc tốt; 30,8% được chăm sóc khá/trung bình [8]. Có thể thấy, nếu thực hiện tốt quá trình chăm sóc da, dự phòng loét áp lực sớm cho người bệnh sẽ không xuất hiện các tình trạng loét sâu, độ 3, độ 4. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hằng và cộng sự, cho thấy quá trình chăm sóc vết thương là quá trình kéo dài, quá trình thực hiện chăm sóc cần kết hợp giữa cả lý thuyết và thực hành. Các hoạt động cần thực hiện khi chăm sóc vết thương bao gồm: Giao tiếp, ứng xử, nhận định người bệnh, nhận định vết thương; xác định các vấn đề cần chăm sóc; lập kế hoạch chăm sóc; ra quyết định chăm sóc, thực hiện quy trình thay băng gạc, hướng dẫn, tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh loét tỳ đè [7].

Các yếu tố liên quan tới kết quả chăm sóc vết loét theo nghiên cứu bao gồm: Nơi ở; Bệnh lý kèm theo; thời điểm loét và số lượng vết loét người bệnh. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $< 0,05$ . Các yếu tố liên quan của nghiên cứu khác với nghiên cứu của Đinh Thị Thu Hương tại Bệnh viện Bạch Mai khi nghiên cứu chỉ cho rằng thời điểm loét và số lượng vết loét của người bệnh liên quan đến kết quả chăm sóc [8]. Tuy nhiên, nghiên cứu lại có kết quả khác tương

đồng với nghiên cứu của Trương Thanh Phong tại Bệnh viện Đa khoa trung ương Cần Thơ khi các yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc bao gồm: Nơi ở; Chỉ số BMI, bệnh lý kèm theo và thời gian nằm viện. Có sự khác biệt như vậy có thể do điều kiện địa lý và sự phát triển chuyên môn của nơi nghiên cứu.[5].

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 163 người bệnh có loét tỳ đè tại bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang, rút ra một số kết luận sau: Tỷ lệ gặp mức độ loét từ nhẹ đến nặng theo phân loại của NPUAP/EPUAP là 30,06% độ 1 ; 59,51% độ 2; 7,36% độ 3 và 3,07% độ 4. Đối với các vết loét nhẹ, độ 1, độ 2, trong chăm sóc, cần thiết phát hiện sớm và dự phòng tăng nặng mức độ loét, giữ bề mặt vết loét không nhiễm khuẩn như bôi thuốc tím hoặc dung dịch sát khuẩn yếu lên bề mặt (95,89%). Các vết loét nặng độ 3,4 đều được chăm sóc đặc hiệu hơn, bao gồm: cắt lọc hoại tử, vệ sinh vết loét (94,12%). Vết loét tỳ đè phục hồi và tiến triển theo thời gian: vết loét tiến triển tốt, đã liền xung quanh tăng dần (10,43% ở tuần 1; sau đó 22,7% ở tuần 2; tuần 3 là 19,02% và tuần 4 là 14,11%), sự thay đổi tỷ lệ giữa tuần 1 - 4 có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Đa số, điều dưỡng chăm sóc người bệnh có vết loét tỳ đè đạt mức tốt cao 66,26%

Các yếu tố liên quan tới kết quả chăm sóc vết loét theo nghiên cứu bao gồm: Nơi ở; Bệnh lý kèm theo; thời điểm loét và số lượng vết loét người bệnh. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $< 0,05$ . Tuy nhiên, chưa tìm thấy sự khác biệt giữa tuổi, giới, chỉ số BMI, vận động, vị trí loét với kết quả chăm sóc  $p > 0,05$ . Có nhiều yếu tố liên quan tới quá trình chăm sóc điều dưỡng cho một vết loét tỳ đè. Việc chăm sóc người bệnh loét tỳ đè phụ thuộc vào thời gian chăm sóc người bệnh, kinh nghiệm chăm sóc, nguồn lực điều dưỡng tại khoa, kỹ năng điều dưỡng cơ bản và tình trạng dự phòng loét tỳ đè. Ngoài ra, việc giảng dạy, hướng dẫn tại giường bởi các điều dưỡng có kinh nghiệm giúp nâng cao kỹ năng dự phòng và chăm sóc các vết loét tỳ đè của người bệnh nằm lâu ngày. Tăng cường cung cấp dịch vụ chăm sóc liên tục theo nhu cầu của người bệnh và tránh sự chăm sóc không đúng cách ảnh hưởng tới kết quả chăm sóc

## 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 sỹ Điều dưỡng, Đại học Thăng Long, Hà Nội.
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 tốt nghiệp, Trường Đại học Y Hà Nội, 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 tâm họa và bông*, 3 (12), 56-59.
4. Dương Thị Thu Hương (2022), *Thực trạng loét tỳ đè và hiệu quả chăm sóc tích cực ở người bệnh cao tuổi điều trị nội trú tại bệnh viện lão khoa Trung Ương*, Luận văn thạc sỹ Điều dưỡng, Đại học Thăng Long, Hà Nội.
5. Trương Thanh Phong (2022), *Thực trạng viêm loét do tỳ đè và một số yếu tố liên quan của người bệnh hôn mê tại khoa hồi sức tích cực và chống độc bệnh viện Đa Khoa trung ương Cần Thơ*, Luận văn Thạc sỹ Điều dưỡng, Đại Học Thăng Long, Hà Nội.
6. Nguyễn Thị Lan Minh Trần Hồng Huệ (2016), "Khảo sát loét tỳ đè ở bệnh nhân tại các phòng bệnh nặng trong bệnh viện Nguyễn Tri Phương", *Tạp chí Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 3 (21), 112-116.
7. Nguyễn Thị Hằng và cộng sự Trần Văn Oánh (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", *Kỷ yếu hội nghị an toàn giao thông Việt Nam*, 29.
8. Đinh Thị Thu Hương (2021), *Kết quả chăm sóc loét tỳ đè của người bệnh và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện Bạch Mai năm 2021*. Luận văn thạc sỹ Điều dưỡng, Đại học Thăng Long, Hà Nội.
9. Đào Quang Minh Vũ Thị Kim Định (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 công cộng*, 3 (50), 134-139.
10. Barbara M Bates-Jensen, Catherine H MacLean (2007), "Quality indicators for the care of pressure ulcers in vulnerable elders", *Journal of the American Geriatrics Society*, 55 S409-S416.
11. DCh McLaren, Pod Med, Deirdre O'Sullivan, et al. (2010), "A Prospective, Multicenter Study to Validate Use of the Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH©) in Patients with Diabetic, Venous, and Pressure Ulcers", *OSTOMY WOUND MANAGEMENT*, 56 (2), 26-36.
12. JB Young, S Dobrzanski (1992), "Pressure sores", *Drugs & aging*, 2 (1), 42-57.

# ĐÁNH GIÁ TUÂN THỦ QUY TRÌNH LÀM SẠCH BAN ĐẦU DỤNG CỤ CỦA ĐIỀU DƯỠNG BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Duy Tân, Phạm Hòa Lợi,  
Lê Thị Tuyết Anh, Nguyễn Thị Thu Nguyệt

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá tuân thủ quy trình làm sạch ban đầu dụng cụ của điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2023.

**Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phương pháp định lượng, quan sát 118 cơ hội thực hiện quy trình làm sạch ban đầu dụng cụ của điều dưỡng.

**Kết quả:** Kết quả cho thấy với quy trình 07 bước làm sạch ban đầu dụng cụ gồm 24 thao tác, tỷ lệ thực hành đạt trong 118 cơ hội được quan sát là 84,3%. Tỷ lệ thực hành đạt cao nhất ở bước 3 “Làm sạch với nước chảy” (93,2%), thấp nhất là bước 6 “Cho dụng cụ vào thùng có nắp đậy” (4,2%).

**Kết luận:** Có 84,3% trong 118 điều dưỡng có thực hành đạt về làm sạch dụng cụ ban đầu. Tỷ lệ này cao nhất ở Khoa Chấn thương chỉnh hình (97,8%) và thấp nhất ở khoa Ung bướu (63,3%). Điều dưỡng cần tuân thủ chặt chẽ quy trình làm sạch ban đầu dụng cụ.

## ABSTRACT

**Objectives:** Evaluate compliance with the initial cleaning process of nurses' tools at An Giang Central General Hospital in 2023.

**Methods:** Cross-sectional descriptive study, quantitative method, observation of 118 opportunities to perform the initial cleaning process of nursing tools.

**Results:** The results showed that with the 07-step initial cleaning process of tools including 24 operations, the rate of practice achieved in 118 observed opportunities was 84.3%. The highest rate of practice is in step 3 "Clean with running water" (93.7%), the lowest is step 6 "Put tools in a covered container" (4.6%).

**Conclusions:** 84.3% of 118 nurses had satisfactory practice in cleaning initial tools. This rate is highest in the Department of Orthopedics (97.8%) and lowest in the Department of Oncology (63.3%). Nurses need to strictly follow the initial cleaning process of tools.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Quá trình làm sạch là một bước bắt buộc phải thực hiện trước khi thực hiện quá trình khử khuẩn tiết khuẩn (KKTK) tiếp theo. Làm sạch ban đầu tốt sẽ giúp cho hiệu quả của việc khử khuẩn hoặc tiết khuẩn được tối ưu. Khử khuẩn là quá trình loại bỏ hầu hết hoặc tất cả vi sinh vật gây bệnh trên dụng cụ nhưng không diệt bào tử vi khuẩn [1]. Những thách thức trong xử lý dụng cụ để tái sử dụng trong chăm sóc và điều trị người bệnh tại bệnh viện là việc làm thường quy trong các bệnh viện [5]. Nếu quá trình tái sử dụng không được tuân thủ nghiêm ngặt từ khâu làm sạch đến khâu KKTK đúng có thể gây nên hậu quả nghiêm trọng, làm ảnh hưởng đến chất lượng thăm khám và điều trị [3].

Tại Việt Nam, trong thăm khám, điều trị và chăm sóc người bệnh thì các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải tái sử dụng các dụng cụ y tế như: Kelly, kéo, dao mổ, bôn hạt đậu,... Quá trình tái sử dụng này nếu không tuân thủ nghiêm ngặt từ khâu làm sạch đến khâu KKTK đúng có thể gây nên hậu quả nghiêm trọng, làm ảnh hưởng đến chất lượng thăm khám và điều trị người bệnh tại bệnh viện. Từ năm 1997 đến nay, Bộ Y tế và tại bệnh viện đã ban hành nhiều bản hướng dẫn về làm sạch, KKTK dụng cụ y tế [1]. Các văn bản này yêu cầu các cơ sở y tế khi tái sử dụng dụng cụ y tế phải tuân thủ các quy định về làm sạch, KKTK bảo đảm an toàn khi sử dụng cho người bệnh. Trên thực tế cho thấy nhiều cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, công tác tổ chức thực hiện KKTK còn nhiều hạn chế. Bộ Y tế khảo sát năm 2007 có nhiều bệnh viện chưa có đơn vị tiết khuẩn trung tâm, việc làm sạch chủ yếu bằng tay, có nhiều bệnh viện chưa có thực hiện kiểm tra chất lượng dụng cụ KKTK chủ động, nhân viên xử lý dụng cụ chưa được đào tạo chính quy mà chỉ làm việc theo kinh nghiệm, tỷ lệ thực hành đúng quy trình làm sạch, KKTK chưa cao [1,5].



Tuy nhiên vấn đề tuân thủ và những yếu tố liên quan đến việc tuân thủ đúng quy trình của điều dưỡng là những thông tin cần được trả lời trên cơ sở khoa học để Hội đồng kiểm soát nhiễm khuẩn xây dựng kế hoạch kiểm tra, giám sát đồng thời có những giải pháp phù hợp nâng cao mức độ an toàn của dụng cụ dùng lại cho người bệnh. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Đánh giá tuân thủ quy trình làm sạch ban đầu dụng cụ của điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2023 và một số yếu tố liên quan”.

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, phương pháp định lượng.

### 2. Cỡ mẫu

Áp dụng công thức: 
$$n = \frac{Z^2 \cdot \alpha \cdot P(1-P)}{d^2}$$

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 (lấy d = 0,09)

P: Tỷ lệ sai sót trong tổng số cơ hội thực hành quy trình làm sạch dụng cụ được quan sát, (chọn p = 0,5).

Thay số vào công thức ta có kết quả = 118. Với tổng số điều dưỡng (ĐD) thực hiện quy trình là 118 người, mỗi ĐD được quan sát 1 lần (cơ hội) thực hiện quy trình.

### 3. Đối tượng nghiên cứu

Điều dưỡng thực hiện làm sạch dụng cụ ban đầu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ ĐD nghỉ dài ngày như đi học, nghỉ thai sản, nghỉ phép.

+ ĐD từ chối tham gia nghiên cứu.

### 4. Địa điểm:

Tại các khoa lâm sàng Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

### 5. Cách tiến hành:

Quan sát ĐD thực hiện, gồm các tiêu chí theo quy trình của Bộ Y tế và quy trình Bệnh viện đã ban hành.

### 6. Xử lý số liệu

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

### 7. Tiến độ thực hiện

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/03/2023 đến tháng 30/9/2023.

## III. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu**

Thông tin	Tần số	Tỷ lệ %	
<b>Tuổi</b>	< 30	66	55,9
	30 – 39	45	38,1
	40 – 49	2	1,7
	≥ 50	5	4,2
<b>Giới tính</b>	Nam	37	31,4
	Nữ	81	68,6
<b>Trình độ học vấn</b>	Đại học	75	63,6
	Cao đẳng	39	33,1
	Trung học	04	3,4
<b>Thâm niên công tác</b>	≤ 15 năm	70	59,3
	≥ 15 năm	48	40,7

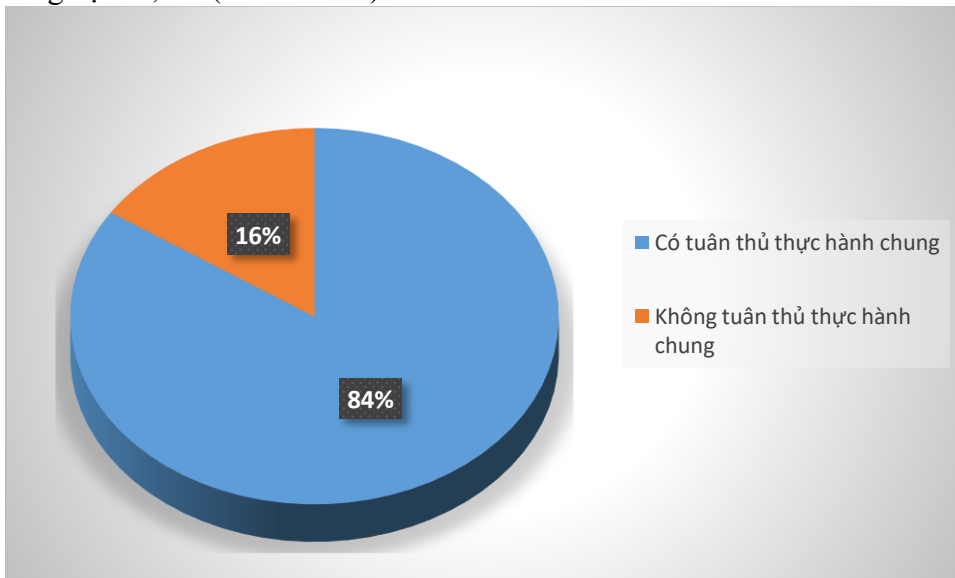
Kết quả Bảng 3.1 cho thấy độ tuổi của nhân viên y tế (NVYT) tại khoa nghiên cứu chiếm đa số dưới 30 tuổi (55,9%); ở độ tuổi >50 tuổi có tỷ lệ thấp nhất 4,2%; giới nữ có tỷ lệ

(68,6%) chiếm tỷ lệ cao hơn giới nam (31,4 %). Về thâm niên công tác, số NVYT có thời gian công tác dưới 15 năm có số lượng cao nhất, chiếm tỷ lệ 59,3%; trình độ chuyên môn chiếm cao nhất ở nhóm đại học và cao đẳng lần lượt là 63,6% và 33,1%.

**Bảng 3.2. Tỷ lệ thực hành đúng ở từng bước của quy trình làm sạch**

Thứ tự	Các bước trong quy trình	Số lượng (n=118)	Tỷ lệ (%)
Bước 1	Làm sạch dụng cụ dưới vòi nước chảy	110	93,2
Bước 2	Ngâm dụng cụ	96	81,4
Bước 3	Cọ rửa dụng cụ	106	89,8
Bước 4	Làm sạch hóa chất:	97	82,2
Bước 5	Làm khô dụng cụ	80	67,8
Bước 6	Cho dụng cụ vào thùng có nắp đậy	5	4,2
Bước 7	Vận chuyển đến khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn	105	86,4

Bảng 3.2 cho thấy, trong 118 cơ hội quan sát 07 bước quá trình làm sạch dụng cụ ban đầu tại các khoa lâm sàng, tỷ lệ thực hành đúng ở bước 1 “Làm sạch dụng cụ dưới vòi nước chảy” cao nhất (93,2%) và thấp nhất ở bước 6 “Cho dụng cụ vào thùng có nắp đậy” (4,2%). Kết quả cho thấy, tỷ lệ tuân thủ thực hành chung về làm sạch dụng cụ ban đầu tại các khoa lâm sàng đạt 84,3% (Biểu đồ 3.2).



**Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ tuân thủ thực hành chung quy trình làm sạch dụng cụ ban đầu**

**Bảng 3.3. Mối liên quan giữa một số yếu tố và thực hành của điều dưỡng (n=118)**

Yếu tố cá nhân	Thực hành chưa đạt		Thực hành đạt		Kiểm định X2	
	SL	%	SL	%	OR (95%CI)	p
<b>Nhóm tuổi</b>						
< 35 tuổi	52	53,1	46	46,9	1,8 (0,69 - 5,33)	0,021
>35 tuổi	9	45,0	11	55,0		
<b>Giới tính</b>						
Nữ	44	54,3	37	45,7	1,46 (0,66 - 3,17)	0,032
Nam	17	45,9	20	54,1		
<b>Nhóm thâm niên</b>						
< 15 năm	57	54,3	48	45,7	2,74 (0,80 - 9,52)	0,087
> 15 năm	4	30,8	9	69,2		
<b>Trình độ chuyên môn</b>						
Đại học	55	53,9	47	46,1	2,01 (0,67 - 5,97)	0,019
Trung cấp/ Cao đẳng	6	37,5	10	62,5		

Bảng 3.3 cho thấy, tỷ lệ thực hành đạt về vệ sinh làm sạch dụng cụ ban đầu cao hơn ở các nhóm điều dưỡng, có các đặc điểm sau: trên 35 tuổi (55%), là nam giới (54,1%), có thâm niên công tác trên 15 năm (69,2%), có trình độ đại học (62,5%) Tuy nhiên, sự khác biệt giữa các nhóm là có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Những yếu tố như giới tính, nhóm tuổi, thâm niên công tác là những yếu tố liên quan đến thực hành đúng. Có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu khảo sát 118 điều dưỡng ở các khoa lâm sàng. Kết quả thu được, tỷ lệ thực hành đạt của 118 điều dưỡng là 84,3%. Kết quả này cao hơn rất nhiều so với “tỷ lệ thực hiện đúng toàn bộ quy trình làm sạch là 1,4%” trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Cánh (2019) tại bệnh viện E [4]. Kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu tại Trung tâm y tế huyện Phú Tân, tỉnh An Giang năm 2018 của Bùi Quang Vi “với 112 điều dưỡng được quan sát thực hành, tỷ lệ tuân thủ chung quy trình xử lý dụng cụ ban đầu của điều dưỡng tại khoa là 34,8%” [2]. Sự khác biệt này phản ánh sự những thay đổi hoạt động KSNK của bệnh viện đã cải thiện được đáng kể tỷ lệ thực hành đúng xử lý/làm sạch dụng cụ của điều dưỡng các khoa lâm sàng. Kết quả nghiên cứu cũng góp phần minh chứng cho những nhận định của Bộ Y tế về “những nguyên nhân thất bại trong tiết khuẩn dụng cụ chịu nhiệt là các bước làm sạch ban đầu không được thực hiện đầy đủ: ngâm không ngập dụng cụ, không mở hết các khớp nối, không chà mặt trong dụng cụ” [1]

#### V. KẾT LUẬN

Có 84,3% trong 118 điều dưỡng có thực hành đạt về làm sạch dụng cụ ban đầu. Tỷ lệ này cao nhất ở Khoa Chấn thương chỉnh hình (97,8%) và thấp nhất ở khoa Ung bướu (63,3%). Điều dưỡng cần tuân thủ chặt chẽ quy trình làm sạch ban đầu dụng cụ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Hướng dẫn khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ trong các cơ sở khám bệnh. Ban hành kèm quyết định số:3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012 của Bộ y tế). Hà Nội.
2. Bùi Quang Vi. Thực trạng tuân thủ quy trình xử lý dụng cụ ban đầu của điều dưỡng tại trung tâm y tế huyện Phú Tân 2018. An Giang: 2018.
3. Hồ Đặng Quý Dũng. "Tóm tắt hướng dẫn làm sạch, khử khuẩn và tiệt khuẩn trong nội soi tiêu hóa". Thời sự y học 12/2017. tr 10-15.
4. Nguyễn Thị Cánh. Thực hiện quy trình xử lý dụng cụ chịu nhiệt của nhân viên y tế tại bệnh viện E. Luận văn Thạc sĩ Quản lý bệnh viện. Trường Đại học Y tế công cộng. Hà Nội: 2019.
5. Quyết định 771/QĐ-BVAG ngày 25/08/2022 về việc ban hành Hướng dẫn, quy trình, bảng kiểm giám sát kiểm soát nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

# KHẢO SÁT NHẬN THỨC VỀ LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA NỘI TIÊU HÓA HUYẾT HỌC BVĐKTT AN GIANG NĂM 2023

Bùi Thị Thanh Trúc, Bùi Thị Thúy Vi,  
Nguyễn Trung Nhì, Nguyễn Thị Diệp Trinh

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá nhận thức về bệnh loét dạ dày tá tràng của người bệnh tại Khoa Nội Tiêu hóa – Huyết học Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang năm 2023

**Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, từ ngày 01/02/2023 đến 30/09/2023

**Kết quả:** Tổng số có 246 người bệnh loét dạ dày tá tràng tham gia nghiên cứu.

Đa số nam chiếm (57,7 %), nữ (42,2%). Nhóm 60 tuổi trở lên chiếm (63%), trình độ tiểu học chiếm 71,7%, người mất sức lao động 55,6%, kinh tế gia đình trung bình, khá 74,4%. Đa số người bệnh sinh sống ở nông thôn (68,7%), Người bệnh có nhận thức đúng về bệnh loét dạ dày tá tràng đạt (61%), nhận thức chưa đúng 39%.

Kết quả nhận thức đúng của người bệnh loét dạ dày tá tràng : Người bệnh loét dạ dày tá tràng có tuổi càng cao có nhận thức đúng hơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với ( $P= 0,001$ ).

Người bệnh nữ có nhận thức đúng hơn người bệnh nam, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với ( $P= 0,02$ ). Người bệnh có trình độ học vấn cao có nhận thức đúng hơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với ( $P= 0,02$ ). Người bệnh có số lần nhập viện 1-2 lần có nhận thức tốt hơn người có số lần nhập viện từ 3 lần trở lên sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $P=0,00$ ). Người không uống rượu bia có nhận thức đúng về bệnh loét dạ dày tá tràng hơn người bệnh uống rượu bia thường xuyên, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $P=0,00$ ). Người bệnh loét dạ dày tá tràng có bệnh lý khác kèm theo có nhận thức đúng hơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $P=0,03$ ).

## SUMMARY

### SURVEY ON THE PERCEPTION OF GASTRIC AND INTESTINAL ULCERS AMONG PATIENTS OF THE GASTROENTEROLOGY-HEMATOLOGY DEPARTMENT

#### AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2023

**Objective:** To evaluate the perception of gastric and intestinal ulcers among patients in the gastroenterology-hematology department of An Giang Central General Hospital in 2023.

**Research method:** Cross-sectional description, from February 1, 2023 to September 30, 2023.

**Results:** A total of 246 patients with gastric and intestinal ulcers participated in the study. The majority were men (57.7%) and women (42.2%). The 60 and over group represented 63%, with 71.7% having a primary education level. 55.6% were unemployable and 74.4% had average to good family economic status. Most patients lived in rural areas (68.7%). Patients with accurate understanding of gastric and intestinal ulcers accounted for 61%, while those with incorrect understanding accounted for 39%.

Results of accurate perception in patients with gastric and intestinal ulcers: Older patients tended to understand better, with this difference being statistically significant ( $P=0.001$ ). Female patients had better understanding compared to male patients, this difference being statistically significant ( $P=0.02$ ). Patients with a higher level of education had better understanding, this difference being statistically significant ( $P=0.02$ ). Patients hospitalized 1 to 2 times had better understanding compared to those hospitalized 3 or more times, this difference being statistically significant ( $P=0.00$ ). Non-alcohol consumers had a better understanding of gastric and intestinal ulcers compared to regular alcohol consumers, with this difference being statistically significant ( $P=0.00$ ). Patients with accompanying pathologies in addition to gastric and intestinal ulcers had better understanding, this difference being statistically significant ( $P=0.03$ ).

## I- ĐẶT VẤN ĐỀ

Xã hội ngày càng phát triển thì đời sống của con người cũng không ngừng được nâng lên, nhất là vấn đề sức khỏe bệnh tật cũng dần được cải thiện. Có nhiều bệnh lý đã được hạn chế, nhưng vẫn có bệnh vẫn tái đi tái lại dẫn đến mạn tính, có nhiều biến chứng. Viêm loét dạ dày tá tràng là bệnh khá phổ biến trong cộng đồng chiếm khoảng 10% dân số ở nhiều quốc gia. Đây là bệnh mạn tính, diễn biến có chu kỳ, hay tái phát và dễ gây biến chứng nguy hiểm như chảy máu, thủng dạ dày, ung thư dạ dày, hẹp môn vị... Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và công việc, làm giảm sút sức lao động của toàn xã hội.(5)

Trên thế giới, mỗi năm có khoảng 4 triệu người bị ảnh hưởng bởi căn bệnh này (10). Trong đó có 10 – 20% người bệnh đã gặp phải các biến chứng, đặc biệt thủng ổ loét (chiếm 2 – 14%), đe dọa cuộc sống, thậm chí cướp đi tính mạng của người bệnh (tỷ lệ tử vong 10 – 40%) (9). Ở các nước đang phát triển ước tính tỷ lệ bệnh là 10%, mỗi năm tăng khoảng 0,2% (1). Có khoảng ¼ dân số Việt Nam bị viêm loét dạ dày tá tràng, chiếm 16% và đứng đầu trong tổng số các ca phẫu thuật bệnh lý ở đường tiêu hóa mỗi năm (5).

Ở Việt Nam hiện chưa có số liệu nghiên cứu trên cộng đồng, tuy nhiên số liệu nghiên cứu dựa trên các trường hợp có triệu chứng tiêu hóa trên, chưa từng được điều trị cho thấy tỷ lệ loét DD – TT là 11%. Tỷ lệ nam:nữ = 2:1, Loét dạ dày tăng dần theo tuổi (1)

Mặc dù có nhiều nguyên nhân gây loét dạ dày tá tràng, nhưng có 3 nguyên nhân thường gặp nhất là :Nhiễm vi khuẩn HP, Dùng các thuốc kháng viêm giảm đau NSAID, AINS và Aspirin, Loét do Stress. ngoài ra, do chế độ ăn uống sinh hoạt không hợp lý, ăn thường xuyên và kéo dài các thực phẩm gây kích ứng hoặc tổn thương niêm mạc dạ dày như: đồ ăn cay nóng, chất kích thích như rượu, bia, thuốc lá...cũng là nguyên nhân dẫn đến tình trạng loét dạ dày tá tràng.(2)

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá nhận thức về loét dạ dày tá tràng của người bệnh tại Khoa Nội tiêu hóa huyết học Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2023.

## II- PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1.Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phỏng vấn trực tiếp người bệnh loét dạ dày bằng bộ câu hỏi nghiên cứu.

### 2.2.Đối tượng nghiên cứu:

Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh loét dạ dày - tá tràng, tự nguyện tham gia nghiên cứu

Cỡ mẫu: Sử dụng công thức

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

Trong đó

n là cỡ mẫu nghiên cứu cần có.

$Z_{(1-\alpha/2)}$  là hệ số tin cậy

p là tỷ lệ ước lượng, q là tỷ lệ nhận thức rất tốt về loét dạ dày tá tràng của học sinh các trường trung học cơ sở trên địa bàn Thành Phố Nam Định  $q = 1 - p$ ; d là độ sai số cho phép;  $\alpha$  là mức ý nghĩa thống kê.

Với  $p = 0,2$ ;  $d = 0,05$ ;  $\alpha = 0,05$ ;  $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ ,  $n = 245,8$

Mẫu cần lấy là 246 người bệnh

### 2.3.Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Thời gian nghiên cứu: từ ngày 01/02/2023 đến 30/09/2023

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 01/02/2023 đến 30/09/2023 có 246 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	104	42,2
	Nam	142	57,7
Nhóm tuổi	27-39	13	5,3
	40-59	78	31,7
	Trên 59	155	63
Trình độ chuyên môn	Tiểu học	176	71,7
	Trung học cơ sở	45	18,2
	Trung học phổ thông	25	10,1
Nghề nghiệp	Nông dân	35	14,2
	Công Nhân viên	8	3,2
	MSLĐ	137	55,6
	Khác	66	26,8
Kinh tế gia đình	Nghèo	63	25,6
	Trung bình	141	57,3
	Khá	42	17,1
Nơi ở	Nông thôn	169	68,7
	Thành Thị	77	31,3
Nhận thức	Đúng	150	61
	Chưa đúng	96	39

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Nhận xét:** Đa số người bệnh nam nhiều hơn nữ, có trình độ tiểu học chiếm tỷ lệ (71,7%). Nhóm tuổi 60 trở lên chiếm (63%). Đa số người bệnh lớn tuổi, mất sức lao động do bệnh (55,6%). Nơi người bệnh sinh sống phần lớn ở nông thôn (68,7%). Kinh tế gia đình người bệnh trung bình, khá (74,4%), người bệnh có nhận thức đúng về bệnh loét dạ dày tá tràng đạt (61%).

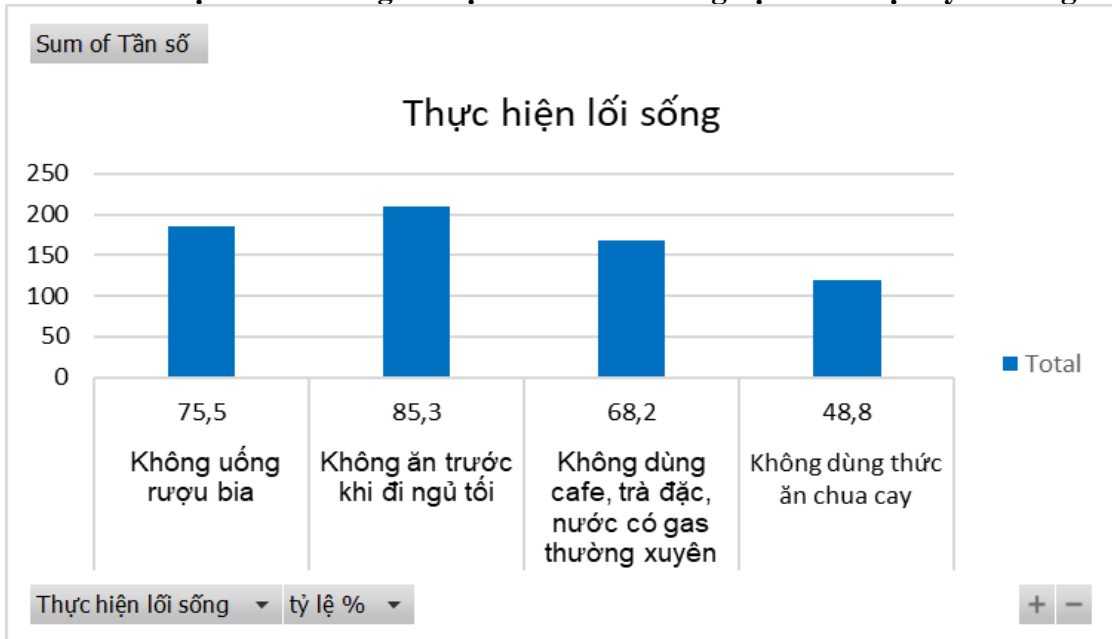
#### 3.2. Đặc điểm bệnh ở đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm bệnh		Tần số (n)	Tỷ lệ %
Bệnh lý kèm theo	Có	215	87,4
	Không	31	12,6
Lý do vào viện	Nôn máu	57	23,1
	Tiêu máu, phân đen	80	32,5
	Đau bụng	39	15,8
	Triệu chứng khác	70	28,4
Số lần nhập viện	1-2 lần	188	76,4
	3-4 lần	37	15
	>5 lần	21	8,5
Nguyên nhân	Nhiễm HP	8	3,2
	Do Stress	6	2,4
	Do thuốc: NSAID, Corticoid, rượu	125	50,8
	Không rõ nguyên nhân	107	43,6
Tiền sử	Có	150	61
	Không	96	39

**Bảng 3.2. Đặc điểm bệnh ở đối tượng nghiên cứu**

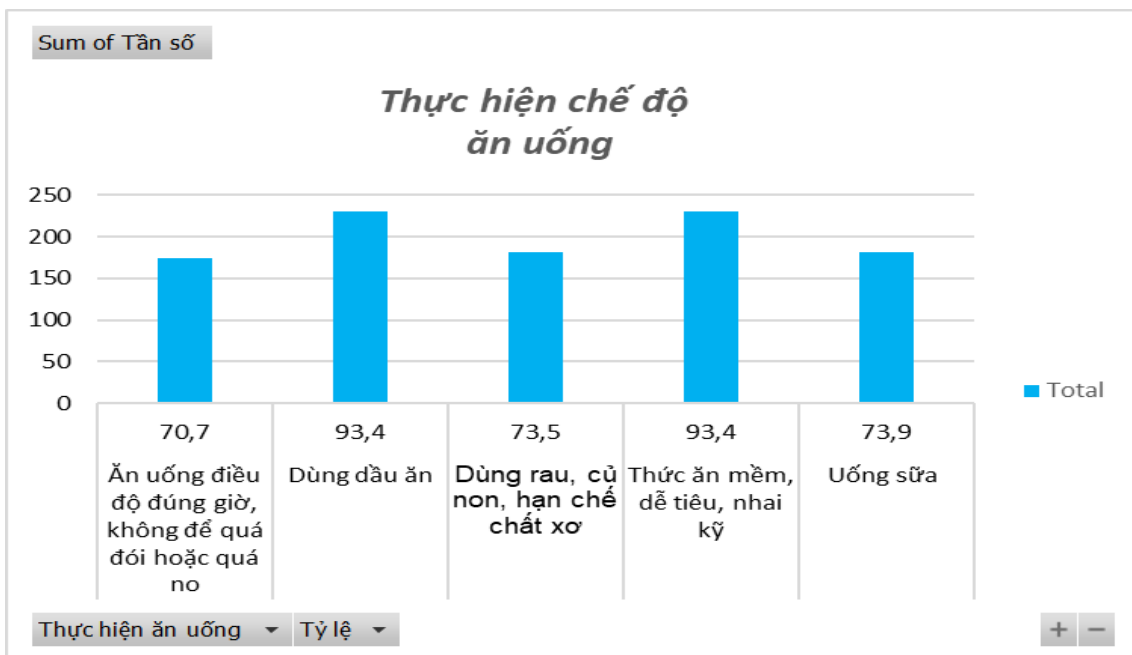
**Nhận xét:** Người bệnh vào viện với lý do tiêu phân đen và tiêu máu chiếm tỷ lệ (32,5%). Đa số người bệnh nhập viện 1- 2 lần chiếm (76,4%). Nguyên nhân gây loét dạ dày tá tràng do thuốc (50,8%), không rõ nguyên nhân (43,6%). Người bệnh loét dạ dày tá tràng có bệnh lý kèm theo chiếm (87,4%), người bệnh có tiền sử bệnh loét dạ dày tá tràng (61%)

**3.3 Nhận thức của người bệnh về dinh dưỡng bệnh loét dạ dày tá tràng**



**Biểu đồ 1 Nhận thức đúng về thực hiện lối sống**

**Nhận xét:** Người bệnh đều nhận thức đúng về thực hiện lối sống khi mắc bệnh loét dạ dày tá tràng có 26,7% trả lời đúng cả 4 đáp án. Thói quen không uống rượu 75,7%, không ăn trước khi đi ngủ đạt 85,3%, không dùng thức ăn chua cay đạt 48,8%, Không dùng cafe trà đặc, nước có gas thường xuyên 68,2%.

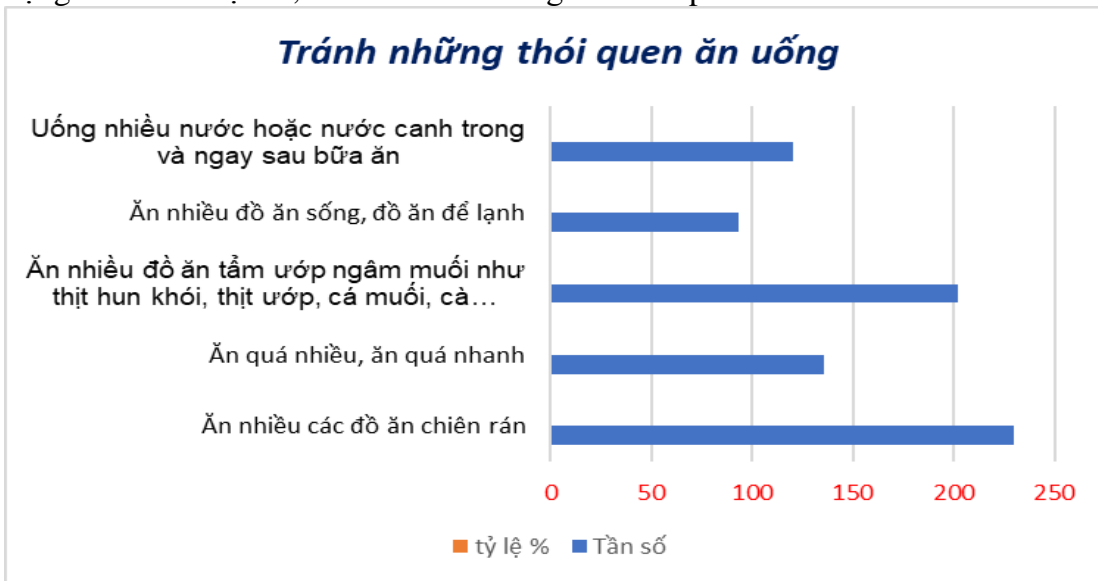


**Biểu đồ 2 Nhận thức đúng về thực hiện chế độ ăn uống**

**Nhận xét:** Nhận thức đúng về thực hiện chế độ ăn uống: Người bệnh nhận thức đúng về phần này có 52,8% trả lời đúng cả 5 đáp án. Ăn uống điều độ: nghiên cứu cho thấy, ăn uống điều độ đúng giờ, có định lượng sẽ hình thành phản xạ có điều kiện, hỗ trợ bài tiết



tuyến tiêu hóa, có lợi cho tiêu hóa. Cần ăn đầy đủ 3 bữa/ngày và ăn đúng giờ, không nên để dạ dày quá đói hoặc quá no vì khi đó các acid trong dạ dày sẽ tiết ra, gây ảnh hưởng đến hoạt động tiêu hóa. Đạt 70,7% câu trả lời đúng trên 246 phiếu khảo sát

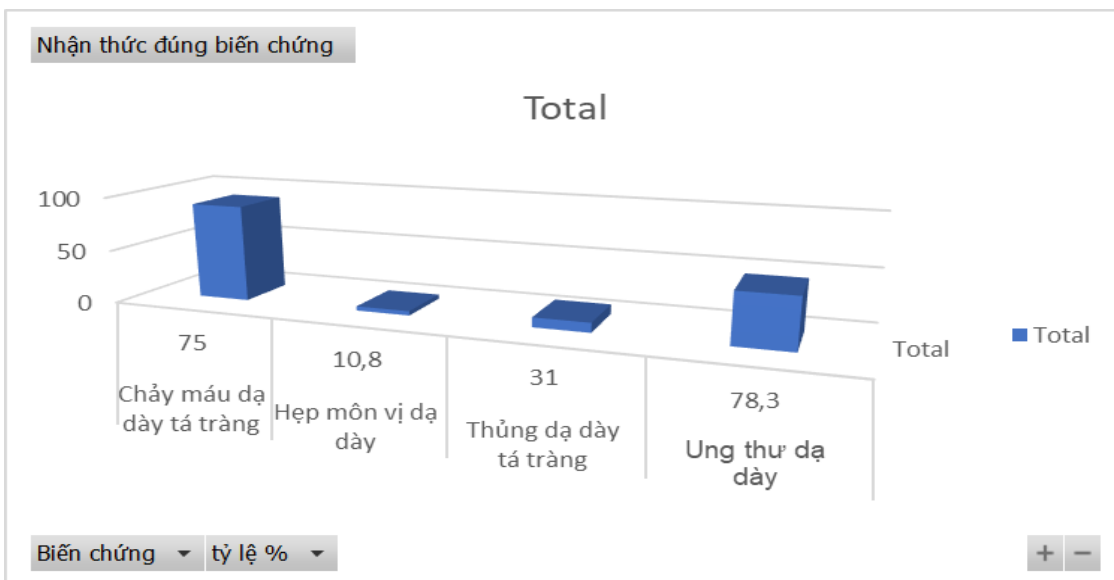


**Biểu đồ 3 Nhận thức đúng cần tránh những thói quen ăn uống:**

**Nhận xét: Nhận thức đúng cần tránh những thói quen ăn uống:**

Ăn ít thực phẩm chiên rán: Do các loại đồ ăn này 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. Ăn ít thực phẩm ngâm muối: Trong các thực phẩm ướp chứa nhiều muối cũng làm cho dạ dày “vắt vả” hơn trong khâu xử lý. Hơn nữa, chúng còn chứa một số chất gây ung thư, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra khi ăn các loại thức ăn có chứa nitrates và nitrites như thịt hun khói, thịt ướp, cá muối, cũng như rau, cà, dưa muối... nên cần hạn chế, không nên ăn. Vấn đề này người bệnh nhận thức rất tốt đạt 82,1%.

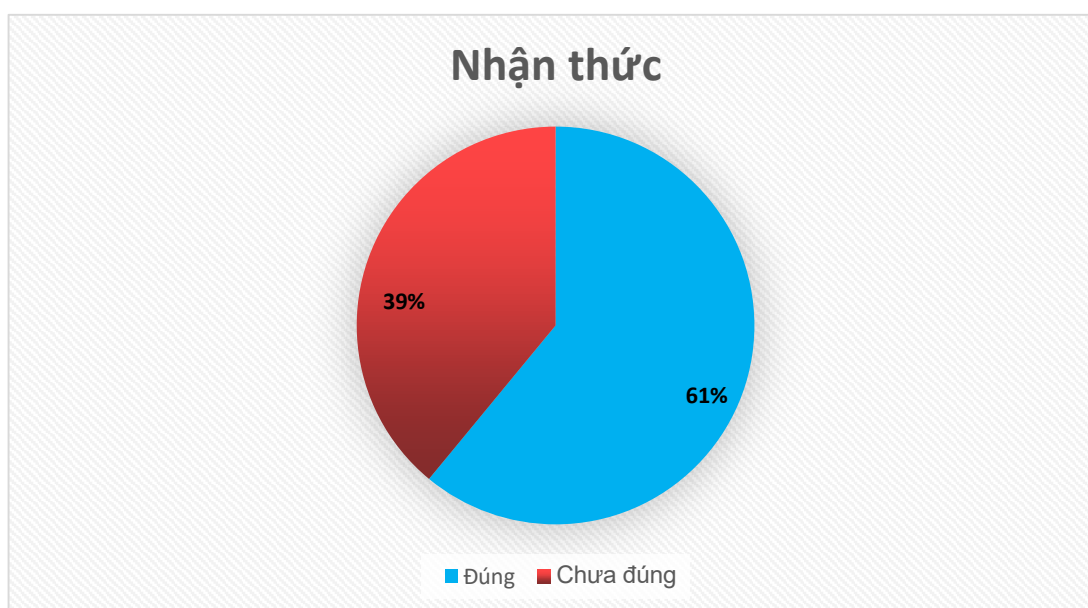
### 3.4 Nhận thức đúng về biến chứng của người bệnh loét dạ dày tá tràng



**Biểu đồ 4 Nhận thức đúng về biến chứng của người bệnh loét dạ dày tá tràng**

**Nhận xét:** Nhận thức đúng về biến chứng của người bệnh loét dạ dày tá tràng đúng 4 biến chứng 16,2%. Biến chứng có tỷ lệ trả lời đúng cao nhất ung thư dạ dày 78,3%, tiếp đến chảy máu dạ dày tá tràng 75%. Biến chứng có tỷ lệ trả lời thấp nhất 10,8%. Tìm hiểu về kiến thức biến chứng của loét dạ dày tá tràng là nội dung khó, người bệnh quan tâm bệnh tình của mình, thân nhân quan tâm đến người bệnh họ tự tìm hiểu trên mạng internet để có kiến thức hơn về bệnh.

**3.5 Đánh giá nhận thức của người bệnh về bệnh loét dạ dày tá tràng**  
**- Tỷ lệ nhận thức đúng của người bệnh**



**Biểu đồ 5 Tỷ lệ nhận thức đúng của người bệnh**

**Nhận xét:** Người bệnh có nhận thức đúng về bệnh loét dạ dày tá tràng đạt (61%), có 39% người bệnh chưa có nhận thức đúng

**- Các yếu tố dân số kinh tế xã hội ảnh hưởng đến nhận thức của người bệnh**

Đặc điểm		Nhận thức		OR (KTC 95%)	P
		Đúng (%)	Chưa đúng (%)		
Tuổi	30-39	2(15,4%)	11(84,6%)		P=0,001
	40-59	44(56,4%)	34(43,6%)		
	>= 60	102(65,8%)	53(34,2%)		
Giới tính	Nữ	71(68,3%)	33(37,7%)	0,551 (0,325-0,934)	P=0,02
	Nam	77(54,2%)	65(45,8%)		
Học vấn	Tiểu học	113(64,2%)	63(35,8%)		P=0,04
	Trung học cơ sở	25(55,6%)	20(44,4%)		
	THPT trở lên	17(68%)	8(32%)		

**Bảng 3.3 Các yếu tố dân số kinh tế xã hội ảnh hưởng đến nhận thức của người bệnh**

**Nhận xét:** Kết quả trên cho biết người bệnh càng lớn tuổi nhận thức về bệnh loét dạ dày tá tràng tốt hơn người trẻ tuổi sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với (P=0,001). Nữ nhận thức về bệnh loét dạ dày tá tràng tốt hơn nam sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với (P=0,02). .biệt có ý nghĩa thống kê với (P=0,01) . Người bệnh có trình độ học vấn cao có nhận thức đúng hơn người bệnh có học vấn thấp sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với (P= 0,04).

**- Ảnh hưởng của đặc điểm bệnh lý đến nhận thức của người bệnh**

Đặc điểm		Nhận thức		OR (KTC 95%)	P
		Đúng (%)	Chưa đúng (%)		
Bệnh lý kèm theo	Có	137(63,7%)	78(36,6%)	3,193 (1,454-7,012)	P=0,03
	Không	11(35,5%)	20(64,5%)		
Rượu bia	Có	13(21,7%)	47(78,3%)	9,570 (4,783-19,148)	P=0,00
	Không	135(72,6%)	51(27,4%)		
Số lần nhập viện	1-2	132(70,2%)	56(29,8%)		P=0,00
	3-4	4(10,8%)	33(89,2%)		
	>5	12(57,1%)	9(42,9%)		

**Bảng 3.4 Ảnh hưởng của đặc điểm bệnh lý đến nhận thức của người bệnh**

**Nhận xét:** Kết quả trên cho biết người bệnh loét dạ dày tá tràng có bệnh lý kèm theo có nhận thức tốt hơn người bệnh không có bệnh lý kèm theo sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với (P=0,03). Người bệnh không uống rượu bia có nhận thức tốt hơn người bệnh có uống rượu bia sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với (P=0,00). Người bệnh nhập viện 1-2 lần có nhận thức đúng hơn người bệnh nhập viện trên 2 lần 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 nhiều hơn nữ, có trình độ tiểu học chiếm tỷ lệ (71,7%). Nhóm tuổi 60 trở lên chiếm (63%), độ tuổi trung bình 64,7 +/- 14,08, tuổi nhỏ nhất 27, tuổi lớn nhất 96. Đa số người bệnh lớn tuổi, mất sức lao động do bệnh (55,6%). Nơi người bệnh sinh sống phần lớn ở nông thôn (68,7%). Kinh tế gia đình người bệnh trung bình, khá (74,4%). So với nghiên cứu Nguyễn Thị Khánh và cộng sự số mẫu 404 người tham gia : nam chiếm tỷ lệ 52%, nữ 48%, đối tượng học sinh trung học khối 7 đến khối 9 nên độ tuổi trung bình 14,75. Giới tính không chênh lệch nhiều nhưng tuổi thì chênh lệch nhiều 1 nhóm tuổi trung bình 14,75, nhóm của chúng tôi tập trung người lớn tuổi có nhiều bệnh lý kèm theo. Nghiên cứu Hoàng Thị Lệ , Ngô Huy Hoàng có 64 người bệnh loét dạ dày tá tràng tham gia nghiên cứu, người bệnh là nam giới (65,6%) nhiều hơn nữ người bệnh là nữ giới (34,4%). Tuy không phải là nghiên cứu dịch tễ, song kết quả này cũng phù hợp với đặc điểm dịch tễ của bệnh loét dạ dày tá tràng là nam mắc bệnh nhiều hơn nữ. Người bệnh trong nghiên cứu có thời gian mắc bệnh khá lâu trên 5 năm chiếm 37,5% và đã từng điều trị từ trên 3 lần chiếm 48,4%.

##### 4.2. Thực trạng nhận thức về bệnh loét dạ dày tá tràng và các yếu tố liên quan:

Kết quả nghiên cứu cho thấy các người bệnh loét dạ dày tá tràng trong nhóm nghiên cứu: Người bệnh nhận thức về bệnh loét dạ dày tá tràng đúng đạt (61%), chưa đúng 39%. Số người bệnh vào viện với lý do tiêu phân đen và tiêu máu chiếm tỷ lệ (32,5%). Đa số người bệnh nhập viện 1- 2 lần chiếm (76,4%). Nguyên nhân gây loét dạ dày tá tràng do thuốc (50,8%), không rõ nguyên nhân (43,6%). Người bệnh loét dạ dày tá tràng có bệnh lý kèm theo chiếm (87,4%). Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy một số yếu tố liên quan đến nhận thức của người bệnh.

**\*Nhận thức đúng về lối sống:** Người bệnh nhận thức đúng về thực hiện lối sống khi mắc bệnh loét dạ dày tá tràng có 26,7% trả lời đúng cả 4 đáp án. Thói quen không uống rượu 75,7%, không ăn trước khi đi ngủ đạt 85,3%, không dùng thức ăn chua cay đạt 48,8%, Không dùng cafe trà đặc, nước có gas thường xuyên 68,2%. So với nghiên cứu Nguyễn

Thị Khánh và cộng sự các em nhận thức đúng về những thói quen cần thực hiện để phòng tránh bệnh loét DD – TT có 20,3% trả lời đúng cả 4 đáp án. Thói quen không hút thuốc, không uống rượu 81,9%. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi tuổi 60 trở lên chiếm (63%), độ tuổi trung bình 64,7, tuổi lớn nhất 96. Đa số người bệnh lớn tuổi, mất sức lao động do bệnh (55,6%). Nơi người bệnh sinh sống phần lớn ở nông thôn (68,7%). Người bệnh có nhiều bệnh lý kèm theo, lớn tuổi nên ăn uống kiêng cử hơn các bạn trẻ, ở nông thôn thường người dân dùng bữa cơm chiều sớm hơn ở thành thị, Tạo môi trường đệm trong dạ dày: nên ăn nhiều bữa trong ngày, mỗi bữa không nên ăn quá no, ăn nhẹ, ăn lỏng. Ăn bữa tối trước ngủ 3 giờ. Cần tránh tuyệt đối thức ăn gây tổn thương niêm mạc dạ dày, tá tràng: rượu bia, thuốc lá, thức ăn có nhiều gia vị chua cay. Tránh hoạt hóa acid mật: giảm ăn chất béo

**\*Nhận thức đúng về thực hiện chế độ ăn uống:** Người bệnh nhận thức đúng về phần này có 52,8% trả lời đúng cả 5 đáp án. Dùng rau, củ non, hạn chế chất xơ 73,5%, uống sữa 73,9%, ăn thức ăn mềm dễ tiêu, nhai kỹ 93,4%, dùng dầu ăn không ăn mỡ 93,4%, ăn uống điều độ đúng giờ, không để quá đói hoặc quá no 70,7%. So với nghiên cứu của Nguyễn Thị Khánh, Phạm Thị Thu Hương, Nguyễn Thị Tuyết Dương (2019), ăn chậm, nhai kỹ 73%, ăn uống điều độ đúng giờ, không để quá đói và quá no 74%. Ăn uống điều độ: nghiên cứu cho thấy, ăn uống điều độ đúng giờ, có định lượng sẽ hình thành phản xạ có điều kiện, hỗ trợ bài tiết tiêu hóa, có lợi cho tiêu hóa. Cần ăn đầy đủ 3 bữa/ngày và ăn đúng giờ, không nên để dạ dày quá đói hoặc quá no vì khi đó các acid trong dạ dày sẽ tiết ra, gây ảnh hưởng đến hoạt động tiêu hóa. Bệnh loét dạ dày là một vấn đề sức khỏe hiện nay. Vì thế ngoài điều trị về thuốc đúng phác đồ cần có 1 chế độ ăn đúng đắn trong việc giảm những yếu tố nguy cơ mắc bệnh cũng như góp phần vào việc điều trị. Tuy nhiên không phải mọi người hiểu đúng về cách phòng bệnh, cũng như phát hiện bệnh sớm

**\*Nhận thức đúng cần tránh những thói quen ăn uống:**

Nghiên cứu của chúng tôi tránh ăn các đồ chiên rán 93,4%, Ăn nhiều đồ ăn tẩm ướp ngậm muối như thịt hun khói, thịt ướp, cá muối, cà muối, dưa muối,... 82,1%, tránh ăn đồ sống, đồ ăn để lạnh 62,2%, tránh uống nhiều nước hoặc nước canh trong và ngay sau bữa ăn 48,8%. So với nghiên cứu Nguyễn Thị Khánh, Phạm Thị Thu Hương, Nguyễn Thị Tuyết Dương (2019), nhận thức của các em: Tránh ăn các đồ chiên rán 61,6%, Ăn nhiều đồ ăn tẩm ướp ngậm muối như thịt hun khói, thịt ướp, cá muối, cà muối, dưa muối,... 74,8%, tránh ăn đồ sống, đồ ăn để lạnh 55,2%, tránh uống nhiều nước hoặc nước canh trong và ngay sau bữa ăn 29,7%. Nhận thấy người bệnh trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi lớn tuổi, có nhiều bệnh lý kèm theo như: Đái tháo đường, tăng huyết áp, hội chứng cushing, TBMMN cũ, lão suy, ... vì vậy ăn ít thực phẩm chiên rán, do các loại đồ ăn này 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. Ăn ít thực phẩm ngậm muối: Trong các thực phẩm ướp chứa nhiều muối cũng làm cho dạ dày "vắt vả" hơn trong khâu xử lý. Hơn nữa, chúng còn chứa một số chất gây ung thư, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra khi ăn các loại thức ăn có chứa nitrates và nitrites như thịt hun khói, thịt ướp, cá muối, cũng như rau, cà, dưa muối... nên cần hạn chế, không nên ăn. Vấn đề này người bệnh nhận thức rất tốt đạt 82,1%.

**\* Nhận thức đúng về biến chứng của bệnh loét dạ dày tá tràng** đúng 4 biến chứng 16,2%. Biến chứng có tỷ lệ trả lời đúng cao nhất ung thư dạ dày 78,3%, tiếp đến chảy máu dạ dày tá tràng 75%. Biến chứng có tỷ lệ trả lời thấp nhất 10,8%. So với nghiên cứu Nguyễn Thị Khánh và cộng sự biến chứng của bệnh loét dạ dày trả lời đúng 4 nội dung đạt 15,3%, biến chứng chảy máu dạ dày tiêu hóa đúng đạt 75%, biến chứng thủng dạ dày đạt 63,4%, Hẹp môn vị dạ dày 25,7%, Ung thư dạ dày đạt 62,6%. Người bệnh nhận thức kém về biến chứng 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 về biến chứng của bệnh loét dạ dày tá tràng để người bệnh theo dõi sức khỏe của mình và biết cách phòng biến chứng xảy ra.

**\* Người bệnh nhận thức về bệnh loét dạ dày tá tràng** đúng đạt (61%), chưa đúng 39%. So với nghiên cứu Nguyễn Thị Khánh, Phạm Thị Thu Hương, Nguyễn Thị Tuyết Dương (2019),

Nhận thức tốt, rất tốt có 237 học sinh tham gia (chiếm tỷ lệ 58,7%) về viêm loét dạ dày- tá tràng. 41,3 % học sinh có nhận thức kém và trung bình. Như vậy là có 58,7% học sinh tham gia nghiên cứu có nhận thức tốt. Kết quả trên cho biết người bệnh càng lớn tuổi nhận thức tốt về bệnh loét dạ dày tá tràng tốt hơn người trẻ tuổi sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với (P=0,001). Nữ nhận thức về bệnh loét dạ dày tá tràng tốt hơn nam sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với (P=0,02). .biệt có ý nghĩa thống kê với (P=0,01) . Người bệnh có trình độ học vấn cao có nhận thức đúng hơn người bệnh có học vấn thấp sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với (P= 0,04).

Người bệnh loét dạ dày tá tràng có bệnh lý kèm theo có nhận thức tốt hơn người bệnh không có bệnh lý kèm theo sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với (P=0,03). Người bệnh không uống rượu bia có nhận thức tốt hơn người bệnh có uống rượu bia sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với (P=0,00). Người bệnh nhập viện 1-2 lần có nhận thức đúng hơn người bệnh nhập viện trên 2 lần sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với (P= 0,00).

#### **V.KẾT LUẬN**

Qua nghiên cứu 246 người bệnh loét dạ dày tá tràng, chúng tôi nhận thấy:

- Người bệnh có nhận thức đúng về bệnh loét dạ dày tá tràng đạt (61%), nhận thức chưa đúng 39%.

Kết quả nhận thức của người bệnh loét dạ dày tá tràng:

Người bệnh loét dạ dày tá tràng có tuổi càng cao có nhận thức đúng hơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với (P= 0,001)

Người bệnh nữ có nhận thức đúng hơn người bệnh nam, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với (P= 0,02)

Người bệnh có trình độ học vấn cao có nhận thức đúng hơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với (P= 0,02)

Người bệnh có số lần nhập viện 1-2 lần có nhận thức tốt hơn người có số lần nhập viện từ 3 lần trở lên sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (P=0,00).

Người không uống rượu bia có nhận thức đúng về bệnh loét dạ dày tá tràng hơn người bệnh uống rượu bia thường xuyên, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (P=0,00).

Người bệnh loét dạ dày tá tràng có bệnh lý khác kèm theo có nhận thức đúng hơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (P=0,03).

#### **VI. KIẾN NGHỊ**

Bệnh loét dạ dày tá tràng là một vấn đề sức khỏe hiện nay. Vì thế ngoài điều trị thuốc đúng phác đồ điều trị cần có một chế độ ăn đúng đắn trong việc giảm những yếu tố nguy cơ mắc bệnh cũng như 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. Giáo dục truyền thông về dinh dưỡng tốt khi họ mắc bệnh. Nhân viên y tế cần tăng cường tuyên truyền về biến chứng của bệnh loét dạ dày tá tràng để người bệnh theo dõi sức khỏe của mình và biết cách phòng biến chứng xảy ra.

Bỏ thuốc lá, thuốc lào và cần trọng khi dùng thuốc giảm đau

Nên ăn nhiều bữa nhỏ trong ngày, không nên để quá đói hoặc ăn quá no.

Không ăn bữa cuối cùng gần giấc ngủ.

Nên hạn chế rượu bia.

Tránh làm việc căng thẳng.

Hạn chế thức ăn nhiều gia vị, chua, cay

Tư vấn cho người bệnh khi bị bệnh đau vùng thượng vị , ợ chua, ợ hơi, nôn và buồn nôn, đầy bụng, khó tiêu, sụt cân, tiêu phân đen và ói máu, xuất hiện khối u bụng nên đến cơ sở khám chữa bệnh ngay.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Tiếng Việt

- 1.Cục An toàn thực phẩm. (2016). Phòng tránh đau dạ dày qua chế độ ăn hợp lý. <http://www.vfa.gov.vn/thuc-pham-va-suc-khoe/phong-tranh-dau-da-day-qua-che-do-an-hop-ly.html>
- 2.Dương Thị Hương. (2017). Khảo sát nhận thức của người bệnh về phòng bệnh loét dạ dày tá tràng tái phát. Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, Nam Định.
- 3.Hoàng Thị Lệ1 , Ngô Huy Hoàng (2019). Thay đổi nhận thức về phòng tái phát bệnh của người bệnh loét dạ dày tá tràng sau can thiệp giáo dục sức khỏe tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam
- 4.Nguyễn Thị Huyền Trang, & Ngô Huy Hoàng. (2018). Thay đổi nhận thức về phòng tái phát bệnh của người bệnh loét dạ dày - tá tràng sau can thiệp giáo dục tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định 2017. Tạp chí Khoa học điều dưỡng, 1.
- 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.Nguyễn Thị Lệ Thủy, Trần Hữu Hiếu, & Vũ Ngọc Anh. (2017). Đánh giá sự thay đổi nhận thức về phòng loét tái phát của người bệnh phẫu thuật thủng ổ loét dạ dày-tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, Nam Định.
- 7.Nguyễn Thị Út. (2016). Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng viêm, loét dạ dày tá tràng do Helicobacter pylori kháng kháng sinh ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Hà Nội.
- 8.Nguyễn Thị Việt Hà, Phan Thị Hiền, & Trần Văn Quang. (2010). Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm, loét dạ dày tá tràng do helicobacter pylory ở trẻ em. Tạp chí Nhi khoa, 3(3&4), 204-210.

### Tiếng Anh

- 9.Padmavathi, G. V., Nagaraju, B., Shampalatha, S., Nirmala, M., Begum, F., Susan, T., & Pavani, G. (2013). Knowledge and Factors Influencing on Gastritis among Distant Mode Learners of Various Universities at Selected Study Centers Around Bangalore City With a View of Providing a Pamphlet. Sch J App Med Sci, 1(2), 101-110.
- 10.Zelickson, M. S., Bronder, C. M., Jonhson, B. L., Camunas, J. A., Smith, D., Rawlinson, D., . . . Taylor, S.M. (2011). Helicobacter pylori is not the predominant etiology for peptic ulcers requiring operation. Am Surg, 77(8), 1054 - 1060.

# KHẢO SÁT TỶ LỆ VIÊM TĨNH MẠCH TẠI VỊ TRÍ SAU ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH NGOẠI VI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023

Võ Thị Kim Thoa, Phan Đăng Khoa,  
Đỗ Minh Thái, Nguyễn Thuý Kim Hoàng

## TÓM TẮT

**Mở đầu:** Viêm tĩnh mạch là một trong những biến chứng hay gặp nhất của đặt kim luồn tĩnh mạch ngoại vi, nó có thể dẫn đến nhiều biến chứng như tăng chi phí điều trị và thời gian nằm viện.

**Mục tiêu:** Khảo sát tỷ lệ viêm tĩnh mạch sau đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. Phân tích một số yếu tố liên quan đến viêm tĩnh mạch tại vị trí đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi trên người bệnh

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 172 người bệnh được đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi và 172 catheter tĩnh mạch ngoại vi được quan sát tại 22 khoa lâm sàng trong bệnh viện Nghiên cứu sử dụng thang điểm VIP score để đánh giá mức độ viêm và sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích các yếu tố liên quan

**Kết quả:** Tỷ lệ viêm tĩnh mạch chung sau đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi là 16,16% tính theo catheter tĩnh mạch ngoại vi. Kết quả phân tích chỉ ra 4 yếu tố liên quan với viêm tĩnh mạch ngoại vi: Người trong độ tuổi lao động mắc ít hơn người già (OR: 2.04; 95% CI: 1.2 - 3.5), nhóm người có bệnh kèm theo mắc nhiều hơn người bệnh không có bệnh kèm theo (OR: 2.48; 95% CI: 1.59 – 3.87), thời gian lưu catheter càng dài thì tỷ lệ viêm tĩnh mạch càng tăng (OR: 25.7; 95% CI: 3.4 - 195), có sử dụng thuốc kháng sinh đường tiêm mắc nhiều hơn nhóm dùng thuốc khác (OR: 4.40; 95% CI: 1.96 – 9.92). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0.05$

**Kết luận:** Tỷ lệ viêm tĩnh mạch ở người bệnh đặt catheter tĩnh mạch còn cao. Điều dưỡng cần lưu ý đến các yếu tố liên quan để hạn chế nguy cơ viêm tĩnh mạch. Trong tương lai, chúng ta cần có các biện pháp để giảm thời gian lưu catheter, sử dụng thuốc kháng sinh hợp lý để có thể giảm được tỷ lệ VTM tại bệnh viện

**Từ khóa:** Viêm tĩnh mạch ngoại vi, catheter tĩnh mạch ngoại vi, thang điểm VIP

## SURVEY OF THE RATE AND RELATIVE FACTORS OF PHLEBITIS AT THE SITE AFTER PERIPHERAL VENOUS CATHETER AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2023

### ABSTRACT

**Background:** 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.

**Objectives:** To evaluate the the rate of phlebitis after peripheral intravenous catheter placement at An Giang Central General Hospital. To analyze some relative factors of phlebitis at the site of peripheral venous catheter placement in inpatients.

**Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 172 patients with peripheral venous catheters and 172 peripheral venous catheters observed in 22 clinical departments in the hospital. The study used the VIP score scale to evaluate the level of inflammation and use dSPSS 20.0 software to analyze relative factors

**Results:** The overall rate of phlebitis after peripheral venous catheter placement was 16.16% based on peripheral venous catheters. The results showed 4 relative factors to peripheral phlebitis: people of working age were less susceptible than the elderly (OR: 2.04; 95% CI: 1.2 - 3.5), people with comorbidities were more susceptible. more than patients without comorbidities (OR: 2.48; 95% CI: 1.59 - 3.87), the longer the catheter retention time, the higher the rate of phlebitis (OR: 25.7; 95% CI: 3.4 - 195), those who used injectable antibiotics were more likely to have a higher risk than those using other drugs (OR: 4.40; 95% CI: 1.96 – 9.92). The difference was statistically significant  $p < 0.05$

**Conclusion:** *The rate of phlebitis in patients with intravenous catheters was still high. Nurses needed to pay attention to relative factors to limit the risk of phlebitis. In the future, we need to have methods to reduce catheter retention time and use antibiotics appropriately to reduce the rate of phlebitis in the hospital.*

**Key words:** *Peripheral phlebitis, peripheral venous catheter, VIP scale*

## **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi (Peripheral Venous Catheter - PVC) là một kỹ thuật điều dưỡng được sử dụng rất phổ biến trong chăm sóc người bệnh. Trung bình mỗi năm có tới hơn một tỉ kim lồn tĩnh mạch ngoại biên (KLTMBN) được sử dụng trên toàn thế giới để tiêm thuốc, truyền dịch. Ước tính cho thấy số ngày người bệnh sử dụng KLTMBN chiếm 15-20% tổng số ngày người bệnh nằm viện.[7]

Viêm tĩnh mạch là biến chứng phổ biến xảy ra trong quá trình đặt PVC, viêm tĩnh mạch (VTM) có thể hồi phục hoàn toàn nếu xử trí kịp thời (rút kim, điều trị) hoặc có thể tiến triển thành huyết khối tĩnh mạch, nhiễm trùng huyết..Nhìn chung, VTM xảy ra gây hậu quả về sức khỏe (làm nặng thêm tình trạng bệnh tật), hậu quả về kinh tế (kéo dài thời gian nằm viện, chi phí thay thế thiết bị, chi phí điều trị). Theo nghiên cứu tổng quan của Ray-Barruel G (2013) trên 233 nghiên cứu báo cáo tỷ lệ VTM tại vị trí đặt PVC dao động từ 0-91%.[16] Tại Việt Nam, tỷ lệ VTM được báo cáo từ 8% (Bệnh viện Tim mạch An Giang năm 2011),[3] lên đến 29,2% (Bệnh viện Việt Đức năm 2019),[2] hoặc 28% (Bệnh viện Trung ương Huế năm 2020) [5]... Sự khác biệt về tỷ lệ VTM trong các nghiên cứu là tương đối lớn, liên quan đến đối tượng khác nhau (Bệnh viện Việt Đức chỉ nghiên cứu tại khoa ngoại), cách báo cáo tỷ lệ viêm trên tổng số người bệnh hoặc số lượng kim lồn tĩnh mạch ngoại biên...[7]

Qua đó ta nhận thấy còn có những khoảng trống trong kiến thức và bất cập về bằng chứng thực hành chăm sóc, phòng chống biến chứng liên quan đến PVC; mức độ và quy mô của viêm tĩnh mạch liên quan đến PVC còn chưa được làm rõ, có sự khác biệt rất lớn trong báo cáo nguy cơ viêm tĩnh mạch sau đặt PVC, các nghiên cứu khác nhau trong thiết kế, không thống nhất trong định nghĩa, thời gian theo dõi, kỹ thuật phân tích và chỉ số báo cáo có khác nhau [18]. Từ 1998, bảng điểm đánh giá bằng mắt tình trạng viêm tại vị trí đặt catheter (Visual infusion phlebitisscore-VIP score) với 5 mức độ được Jackson đề xuất [8] và hiện nay được nhiều hiệp hội điều dưỡng của Anh, Hoa Kỳ sử dụng [7],[15]

Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang là bệnh viện tuyến đầu trong tỉnh với quy mô hơn 1.200 giường bệnh mỗi năm. Do đó, việc đặt PVC được xem là một qui trình kỹ thuật điều dưỡng thường qui cho người bệnh. Trong bối cảnh tồn tại nhiều bất cập về thực hành lâm sàng chăm sóc, vật tư y tế chưa đáp ứng được theo những cập nhật chuyên môn trong chăm sóc và dự phòng viêm tĩnh mạch liên quan đến PVC; các can thiệp chăm sóc và dự phòng biến chứng viêm tĩnh mạch liên quan đến PVC chưa được thực hiện đồng bộ trong bệnh viện. Qua đó, phòng Điều dưỡng nhận thấy sự cấp thiết đòi hỏi cần phải có những nghiên cứu đánh giá về việc chăm sóc sau đặt PVC nhằm có thể đưa ra những quy định, hướng dẫn trong thực hành chăm sóc để đảm bảo sự an toàn, nâng cao chất lượng chăm sóc hướng đến sự hài lòng người bệnh. Vì vậy, đó là lý do tiên hành thực hiện đề tài nghiên cứu: **“Khảo sát tỷ lệ viêm tĩnh mạch tại vị trí sau đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang năm 2023”** với 2 mục tiêu:

1. Khảo sát tỷ lệ viêm tĩnh mạch sau đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang
2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến viêm tĩnh mạch tại vị trí đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi trên người bệnh

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Đối tượng nghiên cứu:**

Người bệnh đang nằm điều trị nội trú được đặt và lưu PVC tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang

- *Tiêu chuẩn lựa chọn*



- + Tất cả người bệnh điều trị nội trú được đặt và lưu catheter tĩnh mạch ngoại vi trong thời gian nằm viện tại các khoa
- + Người bệnh và gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu
- *Tiêu chuẩn loại trừ* Người bệnh không thể cảm nhận hay phản hồi đau đớn, khó chịu tại vị trí đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi như: hôn mê, loạn thần

## 2.2. Địa điểm:

Tại 22 khoa lâm sàng 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: n là số bệnh nhân cần nghiên cứu;

p: 16,5% (tỷ lệ VTM tại vị trí đặt catheter ngoại vi theo Vũ Bá Quỳnh năm 2021 tại Bệnh viện Trung Ương quân đội 108 là 16,5%).[9]

$Z_{1-\alpha/2}$ : hệ số giới hạn tin cậy, với mức tin cậy 95%  $\rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

d là độ chính xác mong muốn là 0,05.

Thay vào công thức ta được số người bệnh tối thiểu cần thiết là 172

Trong nghiên cứu được thực hiện khảo sát trên 172 người bệnh

- Cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện theo thời gian, phù hợp với đối tượng nghiên cứu cho đến khi đủ số lượng người bệnh.

## 2.5. Cách tiến hành:

Dùng Công cụ Google form khảo sát và chọn bệnh nhân 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 người bệnh (tuổi, giới, chiều cao, cân nặng), thông tin về lâm sàng (chẩn đoán bệnh, khoa điều trị), thông tin liên quan đến PVC (số lượng catheter, thời gian lưu, lần đặt catheter, vị trí lưu catheter, thuốc, dịch truyền sử dụng qua catheter) được thu thập bởi các điều tra viên. Đánh giá mức độ viêm tại chỗ theo thang điểm VIP (Visual Infusion Phlebitis). Bảng điểm đánh giá bằng mắt tình trạng viêm tĩnh mạch được Jackson xây dựng năm 1998 dùng để đánh giá viêm tĩnh mạch và các can thiệp theo từng mức độ: từ mức 0 (không có biểu hiện) đến mức 5 (giai đoạn rất nặng).

## 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 viêm tĩnh mạch sau đặt PVC 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. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		SL (n=172)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	Từ 18 đến 59 tuổi	76	44,19
	Từ 60 tuổi trở lên	96	55,81
	<b>Nhóm tuổi trung bình: 52,7 ± 9,7</b>		
Giới tính	Nam	93	54,07
	Nữ	79	45,93
Chỉ số BMI	Gầy (< 18,5)	29	16,86
	Bình thường (18,5 – 22,9)	129	75
	Thừa cân (≥ 23)	14	8,14
Bệnh lý kèm theo	Có	95	55,23
	Không	77	44,77

**Bảng 3.1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Nhận xét:** Theo kết quả nghiên cứu, tỷ lệ 2 nhóm tuổi gần tương đương. Nhóm tuổi từ 18 đến 59 tuổi (44,19%) và nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên (55,81%). Độ tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu là 52,7 ± 9,7 (nhỏ nhất 18 tuổi và cao nhất 95 tuổi). Đa số người bệnh người cứu có chỉ số BMI trong giới hạn bình thường (75%). Có 55,23% người bệnh mắc các bệnh lý kèm theo

#### 3.2. Đặc điểm sử dụng catheter tĩnh mạch ngoại vi

Đặc điểm	SL (n=172)	Tỷ lệ (%)
<b>Địa điểm đặt</b>		
Khoa Cấp cứu	109	63,37
Khoa PT-GMHS	23	13,37
Khoa điều trị	40	23,26
<b>Vị trí đặt catheter</b>		
Tĩnh mạch chi trên	105	61,05
Tĩnh mạch chi dưới	67	38,95
<b>Kích cỡ catheter</b>		
Kim 20G	21	12,21
Kim 22G	128	74,42
Kim 24G	23	13,37
<b>Số lượng catheter hiện có</b>		
1	134	77,91
2	31	18,02
3	5	2,91
≥ 4	2	1,16
<b>Thời gian lưu catheter</b>		
Trước 48h	61	35,47
Từ 48h – 72h	111	64,53
<b>Các loại thuốc, dịch truyền sử dụng qua catheter</b>		
Ưu trương	119	69,19
Đẳng trương	26	15,12
Kháng sinh	12	6,98
Máu	6	3,49
Khác	9	5,23

**Bảng 3.2: Đặc điểm sử dụng catheter tĩnh mạch ngoại vi**

**Nhận xét:** Đa số người bệnh được đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi tại Khoa Cấp cứu (63,37%). Vị trí đặt catheter tĩnh mạch chi trên (61,05%) và tĩnh mạch chi dưới (38,95%). Kích cỡ catheter đặt cho người bệnh chủ yếu là kim 22G (74,42%). Đa số người bệnh được đặt 1 catheter tĩnh mạch ngoại vi (77,91%). Thời gian lưu catheter trước 48h (35,47%) và từ 48h-72h

(64,53%). Các loại thuốc, dịch truyền sử dụng qua catheter gồm có: Ưu trương (69,19%); Đẳng trương (15,12%); Kháng sinh (6,98%); Máu (3,49%) và Các loại dịch truyền khác (5,23%).

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<b>Tình trạng viêm tĩnh mạch (n=172)</b>		
Có	45	26,16
Không	127	73,84
<b>Thời gian xuất hiện viêm tĩnh mạch (n=45)</b>		
Trước 48h	8	17,78
Từ 48h – 72h	23	51,11
Sau 72h	14	31,11

**Bảng 3.3: Tình trạng viêm tĩnh mạch**

**Nhận xét:** Qua khảo sát có 45 người bệnh có tình trạng viêm tĩnh mạch chiếm tỷ lệ 26,16%. Thời gian xuất hiện viêm tĩnh mạch lần lượt là: Trước 48h (17,78%); Từ 48h-72h (51,11%) và sau 72h (31,11%)

**Bảng 3.4: Mức độ viêm tĩnh mạch ngoại vi theo VIP Score**

Phân độ	SL (n=172)	Tỷ lệ (%)
Độ 0	127	73,84
Độ 1	19	11,05
Độ 2	13	7,56
Độ 3	7	4,07
Độ 4	4	2,33
Độ 5	2	1,16

**Nhận xét:** Qua nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ viêm tĩnh mạch được đánh giá theo thang điểm VIP gồm có: Độ 1 (11,05%); Độ 2 (7,56%); Độ 3 (4,07%); Độ 4 (2,33%) và Độ 5 (1,16%)

### 3.3 Các yếu tố liên quan đến viêm tĩnh mạch

Đặc điểm chung	Số lượng	Viêm tĩnh mạch		OR	95% CI	p	
		n	%				
<b>Mối liên quan giữa đặc điểm chung đến viêm tĩnh mạch</b>							
Tuổi	Từ 18 đến 59 tuổi	76	16	35,56	1	.	
	Từ 60 tuổi trở lên	96	29	64,44	2,04	1,2 – 3,5	<b>0,009</b>
Giới	Nam	93	19	42,22	1	.	
	Nữ	79	26	57,78	1,7	0,99-2,97	0,06
Chỉ số BMI	Gầy	29	4	8,89	1	.	
	Bình thường	129	31	68,89	0,9	0,6-1,5	0,92
	Thừa cân	14	10	22,22	0,5	0,3-1,2	0,11
Bệnh lý kèm theo	Không	77	9	20	1	.	
	Có	95	36	80	2,48	1,59 - 3,87	<b>0,001</b>
<b>Mối liên quan giữa đặc điểm sử dụng catheter tĩnh mạch ngoại vi đến viêm tĩnh mạch</b>							
Vị trí đặt catheter	Tĩnh mạch chi dưới	67	5	11,11	1	.	
	Tĩnh mạch chi trên	105	40	88,89	1,191	37,5-50,4	0,24
Kích cỡ catheter	Kim 20G	21	6	13,33	1	.	
	Kim 22G	128	27	60	0,63	0,06 - 7,22	0,056
	Kim 24G	23	12	26,67	0,63	0,06 - 7,22	0,06
Thời gian lưu catheter	Trước 48h	61	6	13,33	1	.	
	Từ 48h – 72h	111	39	86,67	25,7	3,4 – 195	<b>0,001</b>
Các loại thuốc, dịch truyền sử dụng qua catheter	Ưu trương	119	13	28,89	1,49	0,6 - 3,72	0,42
	Đẳng trương	26	12	26,67	0,56	0,2 – 2,6	0,53
	Kháng sinh	12	10	22,22	4,40	1,96 -9,92	<b>0,002</b>
	Máu	6	2	4,44	4,39	0,5 - 38,90	0,33
	Khác	9	8	17,78	1	.	

**Bảng 3.8: Một số mối liên quan đến viêm tĩnh mạch**

**Nhận xét:** Qua bảng trên cho thấy, các yếu tố gồm có: tuổi; Người bệnh có bệnh lý kèm theo; Thời gian lưu catheter và Sử dụng kháng sinh qua catheter có liên quan đến viêm tĩnh mạch. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

#### **IV. BÀN LUẬN**

##### **4.1 Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu**

Người bệnh ở độ tuổi từ 60 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ nhiều hơn người bệnh trong độ tuổi từ 18 đến 59 tuổi. Tuổi trung bình của người bệnh là  $52,7 \pm 9,7$  với người ít tuổi nhất là 18 tuổi và người nhiều tuổi nhất là 95 tuổi. Khi con người bước vào độ tuổi này, cơ thể bắt đầu lão hóa và suy giảm chức năng của các cơ quan và hệ cơ quan dẫn đến hàng loạt bệnh lý cấp tính và mạn tính. Không những thế vào độ tuổi này, hệ miễn dịch của cơ thể cũng suy giảm về số lượng và chất lượng khiến cho khả năng phục hồi của cơ thể kém đi, các bệnh lý sẽ lâu khỏi hơn so với độ tuổi thanh niên nên thời gian nằm viện sẽ dài hơn. Điều này khá hợp lý vì những người bệnh sử dụng PVC thường có chỉ định cần phải tiêm truyền nhiều lần trong ngày hoặc phải nằm viện dài ngày. Việc sử dụng kim sắt sẽ gây tổn thương thành mạch, gây đau đớn cho người bệnh và làm tăng áp lực cho điều dưỡng viên. Tỷ lệ 2 giới trong nghiên cứu gần tương đương nhau (nam: 54,07% và nữ: 45,93). Kết quả này giống với nghiên cứu của Bùi Văn Thắng tại Bệnh viện Vinmec Times City khi trong nghiên cứu này Tỷ lệ giới nam: 47,3% và nữ 52,7% [8].

Về thể trọng, đa phần người bệnh có thể trọng gầy hoặc bình thường. Điều này có thể lý giải do BMI của người bệnh có mối liên quan mật thiết đến tình trạng bệnh. Kết quả nghiên cứu cũng khá tương đồng với nghiên cứu của Cao Thị Hồng Hà tại Bệnh viện Phổi Trung ương. Đa số người bệnh trong nghiên cứu đều mắc bệnh lý kèm theo (55,23%) Điều này có thể giải thích do những người bệnh có bệnh lý kèm theo đa số họ có hệ miễn dịch yếu hơn và các chỉ số trong cơ thể thường thấp hơn bình thường nên đa số những người mắc bệnh lý kèm theo khi nhập viện thường đặt PVC để cung cấp thêm dưỡng chất vào cơ thể

##### **4.2 Đặc điểm sử dụng catheter tĩnh mạch ngoại vi**

Đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi khi người bệnh nằm điều trị trong bệnh viện, là một thao tác thường gặp trong chăm sóc, chẩn đoán, theo dõi và điều trị đặc biệt là tại khoa cấp cứu – hồi sức và phẫu thuật giúp cho việc xử trí người bệnh khi có diễn biến bất thường được diễn ra nhanh chóng và thuận tiện. Tuy nhiên việc đặt PVC cũng có những tai biến sớm và tai biến muộn, trong số những tai biến muộn thì viêm tĩnh mạch ngoại vi là tai biến thường gặp nhất.

Có ba loại catheter sử dụng chủ yếu tại bệnh viện cũng như được theo dõi trong nghiên cứu này gồm có: catheter tĩnh mạch ngoại vi an toàn cỡ 20G (12,21%); Cỡ 22G (74,42%) và cỡ 24G (13,37%) Không chỉ có số lượng lớn nhất mà PVC cỡ 22G có tỷ lệ viêm cao nhất với 60% cao hơn PVC cỡ 20G (13,33%) và 24G(26,67%). Điều này hợp lý vì kích thước của PVC được xem là có liên quan đến nguy cơ viêm tĩnh mạch. Tuy nhiên, kết quả này không tương đồng với kết quả nghiên cứu được thực hiện tại một bệnh viện địa phương ở Brazil, với tỷ lệ viêm tĩnh mạch của catheter số 18 và 20 là 62,3% gần gấp đôi tỷ lệ viêm tĩnh mạch khi sử dụng catheter số 22 và 24 (37,7%). Nghiên cứu của Thái Đức Thuận Phong cũng sử dụng kim kích cỡ 22G nhưng tỷ lệ viêm thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi với 8% tỷ lệ viêm[3]. Tuy sử dụng cùng kích thước kim nhưng có sự chênh lệch lớn vì mặt bệnh trong nghiên cứu khá đa dạng, có nhiều yếu tố dễ gây nhiễm trùng bao gồm HIV, lao, gan, thận, tim mạch... mà nghiên cứu Thái Đức Thuận Phong chủ yếu là bệnh lý tim mạch. Ngoài ra, nghiên cứu tại đại học Kathmandu ở Nepal sử dụng catheter có kích thước 22G (50,1%) [16] và nhỏ hơn so với nghiên cứu của chúng tôi đã cho tỷ lệ viêm tĩnh mạch ngoại vi lên đến 60%. Về thời gian lưu kim, người bệnh có thời gian lưu nhỏ hơn 48h chiếm tỷ lệ thấp nhất với 35,47 % và cũng có tỷ lệ viêm tĩnh mạch thấp nhất với 13,3 %. Thời gian lưu từ 48h – 72h có số lượng lớn nhất với 39 trường hợp trong tổng số 111 PVC được theo dõi. Kết quả này với nghiên cứu về PVC cho trẻ nhi ở Quảng Nam khi thời gian lưu kim từ 48-72 h chiếm tỷ lệ cao nhất với 36,5 % [9]. Theo hướng dẫn của Trung tâm kiểm soát dịch bệnh Hoa Kỳ thì các kim luôn được thay thế mỗi 72-96 h để giảm nguy cơ viêm tĩnh mạch và nhiễm khuẩn huyết. Tuy nhiên, năm 2012 Bộ Y Tế đã ban hành hướng dẫn với

khuyến cáo không cần thiết thay đổi đường truyền thường quy mỗi 72 giờ [7]. Kết quả của nghiên cứu còn tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Rạng với kết quả người bệnh thay kim luân thường quy (<72 h) có tỷ lệ viêm thấp hơn người bệnh thay kim luân theo chỉ định lâm sàng với kết quả lần lượt là 11 % và 20,2 % [6]. Kết quả này đặt ra giả thiết có một mối liên quan giữa thời gian lưu PVC và tỷ lệ viêm của người bệnh. Giả thiết này có thể được giải thích do thời gian lưu càng lâu thì càng làm tăng khả năng nhiễm khuẩn chỗ đặt PVC của người bệnh từ đó gia tăng tỷ lệ viêm cho người bệnh. Vì thế cần xem xét giảm thời gian lưu catheter trên người bệnh trong quá trình chăm sóc, chủ động phối hợp với bác sĩ trong lựa chọn đường dùng thuốc phù hợp.

Theo nghiên cứu tỷ lệ VTM là 26,16%, tỷ lệ này tương đương với kết quả nghiên cứu của Nassaji-Zavareh và Ghorbani (2007) [11]. Nghiên cứu tại Ba Vì năm 2014 về tình trạng lưu kim luân trên 503 người bệnh nội trú khoa Nhi cho thấy, tỷ lệ có biến chứng do đặt kim luân là 20,68%; trong đó viêm tĩnh mạch chiếm 49,04%, tuy nhiên tác giả không dùng thang đo VIP để đánh giá [9]. Kết quả nghiên cứu này thấp hơn một số nghiên cứu trước. Lee, Kim, và Ji-Su Kim (2019) đã sử dụng bộ công cụ Infusion Nurses Society (INS) đánh giá VTM trên 270 người bệnh ở khoa chấn thương chỉnh hình, kết quả VTM là 35,9% [17]. Mandal và Raghu (2019) đã sử dụng VIP Score trên 150 người bệnh nội khoa và ngoại khoa, kết quả là 34,5% người bệnh VTM [14]. Nghiên cứu của Karadag và Gorgulu (2000) trên 360 người bệnh bị đau thắt ngực cấp tính cũng chỉ ra 36.5% người bệnh bị VTM [14]. Tuy nhiên, kết quả này lại cao hơn nghiên cứu của tác giả Thái Đức Thuận Phong và cộng sự tại khoa Hồi sức cấp cứu, BV Tim mạch An Giang trên 174 NB năm 2011 cho thấy, tỷ lệ viêm tĩnh mạch với VIP 2 là 8% [3]. Nghiên cứu của Cicolini và cộng sự năm 2014, tác giả dùng VIP score để đánh giá tỷ lệ VTM trên 1539 người bệnh tại khoa Nội và Ngoại, kết quả chỉ ra chỉ có 15,4% người bệnh bị VTM [11]. Hơn thế nữa, CDC khuyến cáo tỷ lệ VTM nên thấp hơn 5% [7]. Trong các trường hợp VTM thì tỷ lệ VIP Score ở mức 1 là phổ biến nhất (17,8%), kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Atay và cộng sự năm 2018 (31,8%), trong đó VIP score độ 1 là 79,2% [10], của Cicolini và cộng sự năm 2014 có VIP score độ I là 94,4% [11]. Thang điểm VIP cũng rất quan trọng để đánh giá chất lượng chăm sóc của điều dưỡng. Việc theo dõi KLTM ngoại biên và có các chương trình đánh giá mức độ VTM sẽ làm giảm biến chứng của việc tiêm truyền tĩnh mạch [7]. Mặc dù chúng ta có thể so sánh kết quả VTM ở các nghiên cứu khác với nhau, tuy nhiên cần phải thận trọng do chúng có thể bị ảnh hưởng bởi các khía cạnh của các phương pháp nghiên cứu như thiết kế nghiên cứu, tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh, thời gian và bộ công cụ đánh giá VTM [7].

Về mức độ viêm, tỷ lệ viêm theo phân độ 1 (Đỏ da ở vị trí đặt kim có kèm đau hoặc không đau) chiếm tỷ lệ cao nhất trong số người bệnh xuất hiện viêm tĩnh mạch (11,05%) và phân độ 4 và 5 (Đau tại vị trí đặt kim có kèm theo đỏ da và/ hoặc phù nề, hình thành thừng tĩnh mạch rõ rệt có chiều dài trên 2,5cm, thoát nước mủ) chiếm tỷ lệ thấp nhất với 2,33% và 1,16%. Điều này được lý giải là do khi người bệnh đã bắt đầu có biểu hiện viêm đa số sẽ thấy đau ở vị trí lưu catheter, trong quá trình điều dưỡng đến chăm sóc, thực hiện y lệnh cho người bệnh, người bệnh sẽ phản hồi lại cho điều dưỡng về vấn đề mình gặp phải để điều dưỡng giải thích và xử trí. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Thái Đức Thuận Phong với 100% người bệnh có mức độ viêm theo phân độ 2 [3]. Có sự khác biệt này là do sự chênh lệch về tỷ lệ viêm (26,16 % với 8 %), về mặt bệnh (bệnh lý nội ngoại khoa với bệnh lý chuyên tim mạch).

#### **4.3 Các yếu tố liên quan đến viêm tĩnh mạch**

Kết quả nghiên cứu cho thấy các yếu tố gồm có: Tuổi; Người bệnh có bệnh lý kèm theo; Thời gian lưu catheter và Sử dụng kháng sinh qua catheter có liên quan đến viêm tĩnh mạch. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Nhóm người cao tuổi khi lưu kim luân có nguy cơ VTM cao hơn nhóm tuổi khác, tương tự với nghiên cứu của Cicolini và cộng sự năm 2014 [11]. Điều này có thể giải thích là người cao tuổi thì khả năng đáp ứng với viêm thường suy giảm. Tuy nhiên, kết quả này lại trái ngược với nghiên cứu của Mandal và Raghu năm 2019 là nguy cơ VTM thường ở người bệnh dưới 60 tuổi [16] và nghiên cứu của Singh và đồng

nghiệp (2008) [16]. Trong khi đó, không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa kích cỡ kim truyền với VTM, tuy nhiên một số nghiên cứu chỉ ra kích cỡ kim lớn hơn thì nguy cơ VTM càng cao [16]. Sử dụng kim lớn TM có kích cỡ nhỏ, sẽ giúp máu lưu thông tốt đến các mô liên kề và phòng ngừa tổn thương tĩnh mạch [13].

Theo đó, thời gian lưu catheter 48 – 72h có tác động mạnh nhất đến viêm tĩnh mạch (95%CI: 3,4 – 195;  $p < 0,001$ ), Người bệnh đặt catheter càng lâu đồng nghĩa với việc đóng mở nắp đậy cùng số lần sử dụng thuốc nhiều hơn dẫn đến nguy cơ viêm nhiễm càng cao. Nghiên cứu tại Bệnh viện Quân y năm 2016 cũng đã đưa ra kết luận rằng người bệnh có tần suất đóng mở ba chạc của catheter càng nhiều lần càng dễ gây viêm tĩnh mạch [1]. Trong nghiên cứu của Cao Thị Hồng Hà khi kết quả phân tích cho giá trị  $p < 0,01$  “Người bệnh đặt catheter càng lâu đồng nghĩa với việc đóng mở nắp đậy cùng số lần sử dụng thuốc nhiều hơn dẫn đến nguy cơ viêm nhiễm càng cao” [1]. Mối liên quan giữa viêm tĩnh mạch và thời gian lưu PVC được khẳng định trong nghiên cứu của Abdul-Hak và Barros khi kết quả phân tích cho giá trị  $p < 0,001$  [18]. Chính vì vậy để giảm tỷ lệ viêm tĩnh mạch, chúng ta nên rút bỏ PVC càng sớm càng tốt, hạn chế việc phải lưu catheter dài ngày, đặc biệt là sau 72 giờ. Người bệnh được tiêm truyền thuốc kháng sinh thì có nguy cơ VTM cao hơn. Tương tự với nghiên cứu của Mandal và Raghu năm 2019 [13] và nghiên cứu của Salma và đồng nghiệp năm 2019. Việc tiêm truyền thuốc kháng sinh làm tăng phản ứng giữa các chất với lớp nội mạc của thành mạch dẫn đến viêm tĩnh mạch [13]. Nghiên cứu của tác giả Thuận Phong và cộng sự cũng chỉ ra rằng viêm tĩnh mạch do kim lớn có liên quan ý nghĩa với suy tim (OR = 7,6, KTC 95%: 2,8,7-2,0,  $p < 0,01$ ), thuốc vận mạch (OR = 12, KTC 95%: 3,8,9-3,6,  $p < 0,01$ ) [3]. Hơn thế nữa, những người bệnh có bệnh kèm theo và được duy trì truyền liên tục có nguy cơ VTM cao hơn. Điều này cũng tương tự so với các nghiên cứu trước đây, do vậy khi chăm sóc, điều dưỡng cần chú ý đến những người bệnh này. Tuy nhiên, nghiên cứu này có một số hạn chế: Thứ nhất, việc dùng phương pháp lấy mẫu thuận tiện cho nên có thể làm ảnh hưởng đến tính khái quát của kết quả nghiên cứu; Thứ hai, Chọn người bệnh, chọn quan sát ghi nhận viêm tĩnh mạch không xác suất. Thứ ba, số lần đặt PVC trên người bệnh chỉ được tính từ khi đối tượng nghiên cứu được lựa chọn, không đánh giá được số lần đã được đặt trước đó từ các khoa khác chuyên đến.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này chỉ ra tỷ lệ VTM ở người bệnh có lưu PVC tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang là 26,16%, tỷ lệ này vẫn cao hơn khuyến cáo của CDC (dưới 5%). Một số yếu tố có thể làm tăng nguy cơ gây VTM trong quá trình lưu kim lớn như: Người cao tuổi; Người bệnh có bệnh lý kèm theo; Thời gian lưu catheter trên 72h và Sử dụng kháng sinh qua catheter Trong tương lai cần tiến hành các nghiên cứu can thiệp để xác định rõ hơn các yếu tố nguy cơ, cũng như cần có chính sách để làm giảm thời gian người bệnh nằm viện, sử dụng kháng sinh phù hợp sẽ làm giảm tỷ lệ VTM. Tỷ lệ VTM hiện tại vẫn còn cao hơn so với khuyến cáo của CDC, do vậy cần có các chương trình đào tạo nhằm nâng cao kiến thức, kỹ năng, thái độ của điều dưỡng về tiêm truyền tĩnh mạch. Cần chăm sóc phục hồi sớm sau phẫu thuật cho người bệnh như ăn sớm, vận động sớm, hạn chế can thiệp xâm lấn... và áp dụng các giải pháp phòng ngừa VTM ngoại vi như vệ sinh tay, chọn kích cỡ catheter phù hợp, chuẩn bị vị trí lưu kim tốt, sát khuẩn vị trí đặt tốt bằng dung dịch sát khuẩn phù hợp, dùng miếng dán trong vô trùng che vị trí đặt... Duy trì các biện pháp chăm sóc catheter hàng ngày: Kiểm tra đánh giá catheter hàng ngày và rút kim ngay khi không còn chỉ định. Sát trùng cổng bơm thuốc mỗi lần sử dụng, thay băng miếng dán khi bị ướt, bẩn hoặc bong, chỉ sử dụng dụng cụ vô khuẩn khi tiếp xúc với đường truyền

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1.Cao Thị Hồng Hà, *Nghiên cứu tỷ lệ viêm tĩnh mạch sau đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phổi Trung Ương năm 2018*. Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, 2018. Luận văn thạc sĩ.
- 2.Lâm Thị Nhung, *Viêm tĩnh mạch tại vị trí lưu kim luân tĩnh mạch ngoại biên và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đại học y Hà Nội*. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2021. Số 45 - Tr86.
- 3.Thái Đức Thuận Phong, *Khảo sát tỉ lệ viêm tại chỗ do đặt Catheter tĩnh mạch ngoại biên tại khoa hồi sức cấp cứu BVTM An Giang 4-10/2011*. 2011.
- 4.Đặng Duy Quang, *Đánh giá tình trạng viêm tại chỗ trên người bệnh có đặt catheter tĩnh mạch ngoại biên tại Bệnh viện Trung ương Huế*. . Tạp chí Y học lâm sàng - Bệnh viện Trung ương Huế. 2020, 2020. doi:10.38103/jcmhch.2020.63.10.
- 5.Vũ Bá Quỳnh, *Khảo sát tỷ lệ viêm tại chỗ và một số yếu tố liên quan sau đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2021*. Tạp chí y dược học lâm sàng 108, 2022. Tập 17 - Số đặc biệt 8/2022.
- 6.Nguyễn Ngọc Rạng, *Có nên thay kim luân tĩnh mạch ngoại biên mỗi 72 giờ*. Kỷ yếu Hội Nghị Khoa học Bệnh viện An giang, 2013. Số tháng 10/2013
- 7.Bộ Y tế, *Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn huyết trên NB đặt Catheter trong lòng mạch. Quyết định số 3671/QĐ-BYT ngày 27/9/2012* 2012.
- 8.Bùi Văn Thắng, *Viêm tĩnh mạch và các yếu tố liên quan ở người bệnh có lưu kim luân tĩnh mạch ngoại vi tại Bệnh viện quốc tế Vinmec Times City năm 2020*. 2020.
- 9.Bệnh viện Đa khoa huyện Ba Vì, *Đánh giá tình trạng lưu kim luân tĩnh mạch ngoại biên trên những bệnh nhân nội trú tại khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa huyện Ba Vì năm 2014*. 2015.
- 10.Higgins NS Carr PJ, Cooke ML, Mihala G, Rickard CM, *Vascular access specialist teams for device insertion and prevention of failure*. *Cochrane Database Syst Rev*. Mar 20 2018; 3: CD011429, 2018. doi:10.1002/14651858.CD011429.pub2.
- 11.Manzoli L Cicolini G, Simonetti V, *Phlebitis risk varies by peripheral venous catheter site and increases after 96 hours: a large multi-centre prospective study*. . J Adv Nurs. , Nov 2014. 70(11): 2539-49. doi:10.1111/jan.12403.
- 12.Rafael Consunji Dimick B.Justin R. K. P., *Increased Resource Use Associated With Catheter-Related Bloodstream Infection in the Surgical Intensive Care Unit*. . Arch Surg, 136, 5. , 2001
- 13.Gorski LA., *Infusion Therapy Standards of Practice*. *Home Healthcare Now*. 2017. 35(1): 10-18. doi:10.1097/nhh.0000000000000481, 2017.
- 14.Ringer M. Risk Maki DG, *Factors for infusion-related phlebitis with small peripheral venous catheters. A randomized controlled trial*. . Annals of internal medicine. , May 15 1991. 114(10): 845-54. doi:10.7326/0003-4819-114-10-.
- 15.Polit DF Ray-Barruel G, Murfield JE, Rickard CM, *Infusion phlebitis assessment measures: a systematic review*. *Journal of evaluation in clinical practice*. . Apr 2014; 20(2): 191-202. doi:10.1111/jep.12107, 2014.
- 16.Bhandary S Singh R, Pun KD. , *Peripheral intravenous catheter related phlebitis and its contributing factors among adult population at KU Teaching Hospital*. . Kathmandu University medical journal (KUMJ). , Oct-Dec 2008. 6(24):443-7. doi:10.3126/kumj.v6i4.1732.
- 17.Michael Libman Tagalakis Vicky S. R. K., Mark Blostein, *The Epidemiology of Peripheral Vein Infusion Thrombophlebitis: A Critical Review*. . Am J Med, 113:146 –151, 5., 2002.
- 18.Pittet D. Zingg W, *Peripheral venous catheters: an under-evaluated problem*. *International journal of antimicrobial agents*. 2009. ; 34 Suppl 4: S38-42. , 2009. doi:10.1016/s0924-8579(09)70565-5.

# KIẾN THỨC TRƯỚC MỔ VIÊM RUỘT THỪA CỦA NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG 2023

Bùi Lê Huy Hoàng, Huỳnh Ngọc Nhân  
Phan Huỳnh Minh Thư, Ôn Thị Tuyết Mai

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả kiến thức của người bệnh về các vấn đề chăm sóc trước mổ Viêm ruột thừa và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến vấn đề này.

**Phương pháp nghiên cứu:** Với thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trong thời gian từ tháng 01 đến tháng 06 năm 2023, chúng tôi tiến hành phỏng vấn 310 người bệnh tại thời điểm trước mổ viêm ruột thừa tại khoa Cấp cứu BV ĐKTTAG.

**Kết quả:** Hầu hết người bệnh cho rằng cần thiết phải nhịn ăn, nhịn uống trước mổ tỷ lệ lần lượt là 95.8% và 92.3%, nhưng chỉ có 51.6% người bệnh trả lời đúng thời điểm nhịn ăn uống trước cuộc mổ. Có 36.5% số người bệnh nghĩ cần phải tháo tư trang cá nhân trước cuộc mổ; 17.4% số người bệnh nghĩ cần phải tháo kính áp tròng, răng giả trước cuộc mổ; 3.9% số người bệnh nghĩ cần phải tẩy sơn móng tay, móng chân trước cuộc mổ; 44.5% số người bệnh nghĩ cần phải ngừng hút thuốc trước cuộc mổ; 8.7% số người bệnh nghĩ cần phải tập ho, tập thở trước cuộc mổ; 12.9% số người bệnh nghĩ cần phải tập vận động trước cuộc mổ; 23.5% số người bệnh nghĩ cần phải tắm trước cuộc mổ; 80% số người bệnh có kiến thức trước mổ ở mức độ khá, tốt. Trình độ học vấn và tiền sử mổ có mối liên quan với kiến thức trước mổ của người bệnh.

**Kết luận:** Kiến thức của người bệnh về việc cần thực hiện một số vấn đề chăm sóc trước mổ cao nhưng tỷ lệ hiểu đúng lý do và cách thực hiện chưa cao. Trình độ học vấn và tiền sử mổ có mối liên quan với kiến thức trước mổ của người bệnh.

## SUMMARY

**Objectives:** Describe the patient's knowledge of the issues of preoperative care of Appendicitis and explore some of the factors related to this problem.

**Research Methods:** With a cross-sectional descriptive study design during the period from January to June 2023, we conducted interviews with 310 patients at the time of appendicitis surgery at the Emergency Department of the General Hospital.

**Results:** Most of the patients thought it was necessary to fast, fasting before surgery, the rate was 95.8% and 92.3%, respectively, but only 51.6% of patients answered at the right time of fasting before surgery. There are 36.5% of patients think it is necessary to remove personal belongings before surgery; 17.4% of patients thought it was necessary to remove contact lenses and dentures before surgery; 3.9% of patients thought it was necessary to remove nail polish and toenails before surgery; 44.5% of patients thought it was necessary to stop smoking before surgery; 8.7% of patients thought it was necessary to practice coughing and breathing before surgery; 12.9% of patients thought it was necessary to exercise before surgery; 23.5% of patients thought it was necessary to shower before surgery. 80% of patients have good and good preoperative knowledge. Education level and surgical history are related to the patient's preoperative knowledge.

**Conclusion:** The knowledge of patients about the need to perform some care before and after surgery is high, but the rate of understanding the right reasons and how to do it is not high. Education level and surgical history are related to the patient's preoperative knowledge.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kiến thức trước mổ của người bệnh đóng vai trò quan trọng để một ca phẫu thuật diễn ra an toàn, hạn chế tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật. Nhằm nâng cao kiến thức và sự hợp tác của người bệnh trước và sau khi mổ viêm ruột thừa, công tác hướng dẫn, giáo dục người bệnh trước mổ được tiến hành tại khoa Cấp cứu và với hầu hết các loại phẫu thuật, đặc biệt là phẫu thuật cấp cứu Viêm ruột thừa. Một buổi giáo dục có hiệu quả khi đảm bảo người bệnh hiểu đúng, hiểu đủ các vấn đề trước mổ gồm nhiều vấn đề như các vấn đề chung (tư trang trước mổ, tháo răng giả, vệ sinh móng tay, móng chân, vệ sinh răng miệng, dừng hút thuốc lá, tập thở, tập ho và tập vận động trước mổ); vệ sinh thân thể trước mổ; chế độ nhịn ăn uống trước



mỏ; kiến thức về tập thở, tập ho và tập vận động trước mổ. Tuy nhiên một số nghiên cứu đã chỉ ra kiến thức về các vấn đề trước mổ của người bệnh còn nhiều hạn chế. Nghiên cứu cắt ngang của Njoroge trên 65 người bệnh có phẫu thuật cho thấy gần một nửa số người được hỏi (47,7%) không biết lý do vì sao phải nhịn ăn trước phẫu thuật, nghiên cứu này cũng chỉ ra có sự tương quan giữa trình độ học vấn và kiến thức về nhịn ăn trước phẫu thuật [7]. Nghiên cứu trên 150 người bệnh của Bùi Thị Huyền tại Bệnh viện Quân y 354 năm 2015 đã chỉ ra có 72% người bệnh không có vệ sinh toàn thân và tại chỗ [1]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Linh trên 60 người bệnh tại Bệnh viện Việt Đức cho thấy có 61,7% người bệnh đưa ra lý do đúng cho việc vệ sinh thân thể trước mổ [2].

Khoa Cấp cứu bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang mỗi tháng thực hiện trung bình hơn 200 ca phẫu thuật và có triển khai công tác giáo dục trước mổ cho người bệnh mổ cấp cứu. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá kiến thức của người bệnh sau khi được điều dưỡng hướng dẫn, giáo dục trước mổ, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Kiến thức trước mổ viêm ruột thừa của người bệnh tại khoa Cấp cứu bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang” với 2 mục tiêu:

1. Mô tả kiến thức của người bệnh về các vấn đề liên quan đến chăm sóc trước mổ viêm ruột thừa tại khoa Cấp cứu bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang.
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kiến thức của người bệnh về các vấn đề chăm sóc trước mổ.

## **II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Thiết kế nghiên cứu:**

Mô tả cắt ngang

### **2.2. Đối tượng nghiên cứu**

Nghiên cứu được tiến hành trên 310 người bệnh được chẩn đoán xác định Viêm ruột thừa. Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh  $\geq 18$  tuổi, mổ cấp cứu Viêm ruột thừa, hiểu tiếng Việt, không mắc các bệnh lý về tâm thần, đồng ý tham gia nghiên cứu.

### **2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Cấp cứu bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang và quá trình thu thập số liệu từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2023.

### **2.4. Cách chọn mẫu**

Chọn mẫu thuận tiện. Trong thời gian nghiên cứu, chọn toàn bộ người bệnh được mổ cấp cứu Viêm ruột thừa đáp ứng các tiêu chuẩn nghiên cứu trên.

### **2.5. Cách thức thu thập số liệu**

Sử dụng bộ câu hỏi để phỏng vấn trực tiếp người bệnh. Thời điểm phỏng vấn là sau khi người bệnh có chỉ định phẫu thuật cấp cứu Viêm ruột thừa. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $P < 0,05$ .

### **2.6. Bộ câu hỏi nghiên cứu**

Bộ câu hỏi gồm 2 phần: Phần hành chính (các thông tin liên quan đến tuổi, giới, trình độ học vấn, tiền sử mổ); phần đánh giá kiến thức của người bệnh về các vấn đề chăm sóc trước mổ (các vấn đề chung, tắm trước mổ, nhịn ăn uống trước mổ, tập thở tập ho, tập vận động trước mổ).

Phân loại kiến thức ra 03 mức là: Tốt (trả lời đúng trên 75%), Khá (đúng từ 50% đến 75%) và Trung bình (trả lời đúng dưới 50%).

## **III. KẾT QUẢ**

### **3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

- Tuổi:

+ Thấp nhất: 18.

+ Cao nhất: 98.

+ Trung bình: 50,22.

+ Độ lệch chuẩn: 16,896.

- Giới tính:

+ Nam: 150 (48,4%)

+ Nữ: 160 (51,6%)

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 310)**

Đặc điểm	Yếu tố	Số người bệnh(%)
Trình độ	Tiểu học	137 (44,2%)
	Trung học	101 (32,6%)
	Đại học	72 (23,2%)
Tiền sử mổ	Đã mổ	97 (31,3%)
	Chưa mổ	213 (68,7%)

Giá trị trung bình nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu là 50.22 ( $\pm$  16.89), trong đó người ít tuổi nhất là 18 và người cao tuổi nhất là 98. Tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 48,4%, và 51,6%. Trình độ học vấn tiểu học chiếm tỷ lệ cao nhất (44.2%), tiếp đó là tỷ lệ người bệnh học trên trung học chiếm 32.6%. Hơn một nửa số người bệnh chưa có tiền sử mổ trước đó (68.7%).

### 3.2. Kiến thức trước mổ của người bệnh

**Bảng 2. Kiến thức trước mổ của người bệnh (n = 310)**

Kiến thức	Số người bệnh trả lời(%)	
	Đúng	Sai
Tư trang	113 (36,5%)	197 (63,5%)
Kính áp tròng	54 (17,4%)	256 (82,6%)
Tẩy móng	12 (3,9%)	298 (96,1%)
Hút thuốc	138 (44,5%)	172 (55,5%)
Tập thở	27 (8,7%)	283 (91,3%)
Tập vận động	40 (12,9%)	270 (87,1%)
Tắm	73 (23,5%)	237 (76,5%)
Nhịn ăn	297 (95,8%)	13 (4,2%)
Nhịn uống	286 (92,3%)	24 (7,7%)
Thời điểm nhịn ăn	160 (51,6%)	150 (48,4%)

Nhận xét: 36.5% số người bệnh nghĩ cần phải tháo tư trang cá nhân trước cuộc mổ; 17.4% số người bệnh nghĩ cần phải tháo kính áp tròng, răng giả trước cuộc mổ; 3.9% số người bệnh nghĩ cần phải tẩy sơn móng tay, móng chân trước cuộc mổ; 44.5% số người bệnh nghĩ cần phải ngừng hút thuốc trước cuộc mổ; 8.7% số người bệnh nghĩ cần phải tập ho, tập thở trước cuộc mổ; 12.9% số người bệnh nghĩ cần phải tập vận động trước cuộc mổ; 23.5% số người bệnh nghĩ cần phải tắm trước cuộc mổ; 95.8% số người bệnh nghĩ cần phải nhịn ăn trước cuộc mổ; 92.3% số người bệnh nghĩ cần phải nhịn uống trước cuộc mổ; 51.6% số người bệnh biết được thời điểm nhịn ăn uống trước cuộc mổ.

Hầu hết người bệnh cho rằng cần thiết phải nhịn ăn, nhịn uống trước cuộc mổ tỷ lệ lần lượt là 95.8% và 92.3%, nhưng chỉ có 51.6% người bệnh trả lời đúng thời điểm nhịn ăn uống trước cuộc mổ. Có 36.5% số người bệnh nghĩ cần phải tháo tư trang cá nhân trước cuộc mổ; 17.4% số người bệnh nghĩ cần phải tháo kính áp tròng, răng giả trước cuộc mổ; 3.9% số người bệnh nghĩ cần phải tẩy sơn móng tay, móng chân trước cuộc mổ; 44.5% số người bệnh nghĩ cần phải ngừng hút thuốc trước cuộc mổ; 8.7% số người bệnh nghĩ cần phải tập ho, tập thở trước cuộc mổ; 12.9% số người bệnh nghĩ cần phải tập vận động trước cuộc mổ; 23.5% số người bệnh nghĩ cần phải tắm trước cuộc mổ.

**Bảng 3. Phân loại kiến thức chuẩn bị trước mổ của người bệnh (n = 310)**

Kiến thức người bệnh	Số người bệnh	Tỷ lệ phần trăm (%)
Trung bình	62	20
Khá	183	59
Tốt	65	21

**Nhận xét:** 80% số người bệnh có kiến thức chuẩn bị trước mổ ở mức độ khá, tốt. Với mức phân loại kiến thức ra 03 mức là: Tốt (trả lời đúng trên 75%), Khá (đúng từ 50% đến 75%) và Trung bình (trả lời đúng dưới 50%) thì số người bệnh có kiến thức trước mổ ở mức độ khá, tốt đạt 80%.

### 3.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức trước mổ của người bệnh

**Bảng 4. Yếu tố giới tính và kiến thức chuẩn bị trước mổ của người bệnh (n = 310)**

Giới	Trung bình (n = 62)	Khá (n = 183)	Tốt (n = 65)	P
Nam	25 (16,7%)	94 (62,7%)	31 (20,7%)	>0,05
Nữ	37 (23,1%)	89 (55,6%)	34 (21,3%)	

**Nhận xét:** yếu tố giới tính không liên quan tới kiến thức trước mổ của người bệnh (P>0.05).

**Bảng 5. Yếu tố học vấn và kiến thức chuẩn bị trước mổ của người bệnh (n = 310)**

Trình độ	Trung bình (n = 62)	Khá (n = 183)	Tốt (n = 65)	P
Tiểu học	7 (5,1%)	82 (59,9%)	48 (35%)	<0,05
Trung học	21 (20,8%)	64 (63,4%)	16 (15,8%)	
Đại học	34 (47,2%)	37 (51,4%)	1 (1,4%)	

**Nhận xét:** trình độ học vấn liên quan đến kiến thức trước mổ của người bệnh (p<0.05).

**Bảng 6. Yếu tố Tiền sử mổ và kiến thức chuẩn bị trước mổ của người bệnh (n = 310)**

Tiền sử mổ	Trung bình (n = 62)	Khá (n = 183)	Tốt (n = 65)	P
Đã mổ	27 (27,8%)	55 (56,7%)	15 (15,5%)	<0,05
Chưa mổ	35 (16,4%)	128 (60,1%)	50 (23,5%)	

**Nhận xét:** tiền sử mổ liên quan đến kiến thức trước mổ của người bệnh (p<0.05).

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Kiến thức trước mổ Viêm ruột thừa của người bệnh

Kiến thức trước mổ viêm ruột thừa đóng vai trò quan trọng liên quan đến sự tuân thủ và hợp tác trong chăm sóc và điều trị của người bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng về sự cần thiết phải nhịn ăn, nhịn uống trước mổ khá cao tỷ lệ lần lượt là 95.8% và 92.3%, nhưng chỉ có 51.6% người bệnh trả lời đúng thời điểm nhịn ăn uống trước cuộc mổ. Điều này có thể được giải thích vì tất cả người bệnh đều được tư vấn trước mổ về tầm quan trọng của việc nhịn ăn uống nhưng vì vấn đề an toàn và giờ mổ có thể thay đổi nên người bệnh được dặn dò nhịn ăn uống. Nghiên cứu cắt ngang của Njoroge trên 65 người bệnh có phẫu thuật cho thấy gần một nửa số người được hỏi (47,7%) không biết lý do vì sao phải nhịn ăn trước phẫu thuật [7]. Nghiên cứu đánh giá kiến thức của người bệnh về chế độ ăn uống trước mổ tại Kenya cũng chỉ ra rằng hầu như toàn bộ người bệnh hiểu sai về lý do vì sao phải nhịn ăn uống trước mổ [7]. Từ đó có thể dẫn đến có những người bệnh nhịn ăn uống trước mổ trên 15 tiếng dẫn tới họ cảm thấy đói, khát, lo lắng, khó chịu, và kéo dài thời gian hồi phục sau mổ. Việc chuẩn bị đầy đủ về mọi mặt cho người bệnh trước mổ, trong đó có hướng dẫn người bệnh tập thở, tập ho, tập vận động sớm ngay tại giường và trước mổ là vô cùng quan trọng. Trong nghiên cứu này tỷ lệ người bệnh trả lời cần phải tập thở, tập ho trước mổ là 8.7% và với tập vận động trước mổ là 12.9% nhưng tỷ lệ người bệnh biết và hiểu lý do cần tập, thời điểm bắt đầu tập chỉ bằng một nửa tỷ lệ trên. Mục đích của tập vận động trước mổ là người bệnh được làm quen, biết, hiểu và thực hiện tốt các bài tập sẽ thực hiện ngay khi có thể sau mổ, hướng dẫn người bệnh tập vận động trước mổ còn giúp người bệnh giảm lo lắng và sợ hãi, tăng cường sự hợp tác và tham gia cùng chăm sóc sức khỏe của người bệnh, giúp người bệnh hồi phục nhanh sau những phẫu thuật lớn [5]. Hướng dẫn cách tập ho hiệu quả, cách hít thở sâu, cách tập vận động sớm sau mổ cần phải được thông báo, hướng dẫn cho người bệnh từ trước khi mổ giúp họ có thể thực hiện sớm nhất có thể. Vấn đề chăm sóc tiếp theo là tắm trước mổ, 23.5% số người bệnh nghĩ cần phải tắm trước cuộc mổ. Tắm trước mổ hiện nay cũng là một vấn đề gây nhiều tranh cãi. Có những nghiên cứu chỉ ra rằng không có sự khác biệt giữa tắm và không tắm cũng như không có sự khác biệt giữa tắm bằng dung dịch khử khuẩn chlorhexidine và tắm bằng các loại xà phòng khác trong việc giảm tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ, tuy nhiên theo khuyến cáo gần nhất của WHO năm 2016, người bệnh nên được tắm tối thiểu một lần trước phẫu thuật, người bệnh có thể tắm bằng xà phòng thường, xà phòng sát khuẩn hoặc dung dịch Chlohexadine 2%

[9]. Nghiên cứu trên 150 người bệnh của Bùi Thị Huyền tại Bệnh viện Quân y 354 năm 2015 đã chỉ ra có 72% người bệnh không có vệ sinh toàn thân và tại chỗ [1]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Linh trên 60 người bệnh tại Bệnh viện Việt Đức cho thấy có 61,7% người bệnh đưa ra lý do đúng cho việc vệ sinh thân thể trước mổ[2]. Lý do giải thích cho vấn đề này có thể do họ chưa được thông báo giải thích kỹ những vấn đề này do nhân viên y tế quá bận, một ngày có thể tiếp nhận trên 200 bệnh nhân, thời gian tư vấn và giáo dục cho người bệnh rất ít. Lợi ích của việc giáo dục, hướng dẫn người bệnh ngay từ trước khi mổ đã được chứng minh giúp người bệnh nhanh hồi phục, giảm thời gian nằm viện, người bệnh hài lòng hơn, ít than phiền hơn sau mổ. Vì vậy cần có những biện pháp nhằm tăng tỷ lệ hiểu biết về vấn đề này.

#### **4.2. Yếu tố liên quan đến kiến thức trước mổ của người bệnh**

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng yếu tố giới tính và kiến thức trước mổ của người bệnh độc lập với nhau ( $P>0.05$ ).

Yếu tố khác liên quan đến kiến thức của người bệnh là trình độ học vấn, trình độ học vấn có mối liên hệ nghịch với kiến thức trước mổ của người bệnh ( $p<0.05$ ); nghiên cứu của Njoroge trên 60 đối tượng đã cho thấy điều ngược lại, có mối quan hệ giữa trình độ học vấn và kiến thức về lý do nhịn ăn trước mổ ( $p = 0,002$ ), người bệnh có học vấn thấp hơn có xu hướng trả lời sai nhiều hơn. Vì vậy để tăng cường sự tuân thủ của người bệnh theo những hướng dẫn trước mổ nhân viên y tế cần giáo dục chi tiết, phù hợp với trình độ học vấn, khả năng nhận thức của người bệnh để người bệnh có thể hiểu đầy đủ, chính xác những việc cần phải làm trước và sau mổ. Một yếu khác liên quan đến kiến thức trước mổ của người bệnh là tiền sử mổ ( $p<0.05$ ).

#### **V. KẾT LUẬN**

Tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng về sự cần thiết phải nhịn ăn, nhịn uống trước mổ khá cao tỷ lệ lần lượt là 95.8% và 92.3%, nhưng chỉ có 51.6% người bệnh trả lời đúng thời điểm nhịn ăn uống trước cuộc mổ. Tỷ lệ người bệnh trả lời có cần tắm, tập thở, tập ho, tập vận động trước mổ tương đối thấp. Tỷ lệ người bệnh có trình độ học vấn tiểu học lại có kiến thức trước mổ ở mức khá, tốt cao hơn (42%).

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bùi Thị Huyền (2015). Đánh giá thực trạng chuẩn bị và bàn giao người bệnh trước phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật- Gây mê hồi sức, Bệnh viện Quân y 354. Học viện Quân y - Bệnh viện Quân y 103.
2. Nguyễn Thị Thùy Linh (2013). Đánh giá kiến thức-thái độ-hành vi của người bệnh người lớn trước mổ thay van tim tại khoa Phẫu thuật Tim mạch - Lồng ngực, Bệnh viện Việt Đức. Khóa luận Tốt nghiệp Cử nhân.
3. Bertakis K. D., Azari R., Helms L. J., et al. (2000). Gender differences in the utilization of health care services. *Journal of Family Practice*. 49(2):147-152.
4. Engelke, Z., & Woten, M. (2017). Nursing preoperative teaching : Preparing patients for abdominal surgery. From [https://www.ebscohost.com/assets-sample-content/NRC\\_Plus\\_Preparing\\_Patients\\_for\\_Abdominal\\_Sugery\\_NPS.pdf](https://www.ebscohost.com/assets-sample-content/NRC_Plus_Preparing_Patients_for_Abdominal_Sugery_NPS.pdf) (accessed 28/06/2020).
5. Hoogeboom, T. J., Dronkers, J. J., Hulzebos, E. H. J., et al. (2014). Merits of exercise therapy before and after major surgery. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 27(2), 161-166.
6. Kruzik, N. (2009). Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. *AORN Journal*, 90(3), 381-387. doi: 10.1016/j.aorn.2009.06.022
7. Njoroge, G., Kivuti-Bitok, L., & Kimani, S. (2017). Preoperative fasting among adult patients for elective surgery in a Kenyan Referral Hospital. *International Scholarly Research Notices*, 2017, 1-8.
8. Shen, T., Teo, T. Y., Yap, J., et al. (2017). Gender differences in knowledge, attitudes and practices towards cardiovascular disease and its treatment among Asian patients. *ANNALS Academy of Medicine Singapore*, 46, 20-28.
9. WHO (2016). Surgical site infection prevention guidelines. From <https://www.who.int/gpsc/appendix1.pdf> (accessed 28/06/2020).

# KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH SỬ DỤNG THUỐC ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP CỦA BỆNH NHÂN BỊ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI KHOA TIM MẠCH LÃO HỌC BVĐKTTAN GIANG NĂM 2023

Nguyễn Trọng Nhân, Nguyễn Quốc Trung,  
Đỗ Thị Ngọc Thường, Nguyễn Thị Nhớ

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tăng huyết áp là “kẻ giết người số một” Đây là bệnh dễ chẩn đoán nếu chúng ta để ý đến, nhưng rất khó kiểm soát vì vậy bệnh càng ngày nặng hơn.

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh Tăng huyết áp điều trị tại khoa Nội Tim mạch lão học - Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang, năm 2023.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 120 người bệnh được chẩn đoán Tăng huyết áp điều trị nội trú tại khoa Nội Tim mạch lão học - Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang.

**Kết quả:** Kết quả nghiên cứu cho thấy khi bệnh nhân có kiến thức tốt về sử dụng thuốc điều trị THA sẽ giúp họ tốt hơn trong việc thực hành sử dụng thuốc, góp phần làm hạn chế những biến chứng của bệnh. Trong nhóm bệnh nhân có biến chứng của THA, đa số bệnh nhân có kiến thức tốt thì thực hành tốt (63,64%), những bệnh nhân có kiến thức không tốt thì thực hành không tốt (94,59%). Như vậy giữa kiến thức và thực hành sử dụng thuốc điều trị THA có mối liên quan mật thiết với nhau. Nếu kiến thức tăng lên thì thực hành cũng sẽ tăng lên. Đây cũng là cơ sở để chúng ta thực hiện công tác giáo dục về bệnh THA và sử dụng thuốc điều trị THA trong môi trường bệnh viện và trong cộng đồng.

**Kết luận:** cần tăng cường giáo dục sức khỏe trên các kênh thông tin về biến chứng của bệnh để tăng cường khả năng tuân thủ sử dụng thuốc

**Từ khóa:** Tăng huyết áp, kiến thức, thực hành, tự chăm sóc.

## STUDY OF KNOWLEDGE AND PRACTICE OF USING HYPERTENSION MEDICINES OF PATIENTS WITH HYPERTENSION AT THE DEPARTMENT OF GERIATRIA AND CARDIOLOGY AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2023

### ABSTRACTS

**Introduction:** Hypertension is the "number one killer". This is an easy disease to diagnose if we pay attention, but it is very difficult to control, so the disease gets worse day by day.

**Objective:** Describing the current status of knowledge and self-care practice of Hypertension patients treated at the Department of Geriatric Cardiology - An Giang Central General Hospital, 2023.

**Method:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 120 patients diagnosed with Hypertension treated as inpatients at the Department of Geriatric Cardiology - An Giang Central General Hospital.

**Results:** Research results show that when patients have good knowledge about using drugs to treat hypertension, it will help them better practice drug use, contributing to limiting complications of the disease. In the group of patients with complications of hypertension, the majority of patients with good knowledge practice well (63.64%), and patients with poor knowledge do not practice well (94.59). there is a close relationship between knowledge and practice of using drugs to treat hypertension. If knowledge increases, practice will also increase. This is also the basis for us to carry out educational work on hypertension and the use of drugs to treat hypertension in the hospital environment and in the community.

**Conclusio:** it is necessary to strengthen health education on information channels, helping to prevent complications of the disease are related to knowledge and behavior of using antihypertensive drugs to increace adrence of using drugs.

## **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Nước ta có 25,1 % dân số từ 25 tuổi trở lên mắc THA, gần 1/2 biết mình bị THA (48,4 %), trong số đó chỉ có 29,6 % được điều trị THA và chỉ 10,7 % bệnh nhân kiểm soát được huyết áp. THA thật sự là vấn đề sức khỏe của cộng đồng, cần có một chiến lược và cách tiếp cận hợp lý để nâng cao nhận thức về bệnh cùng những biến chứng nguy hiểm của THA, từ đó đẩy mạnh công tác khám sàng lọc, phát hiện, điều trị và nâng cao tỷ lệ kiểm soát được huyết áp tại cộng đồng. Việc tuân thủ chế độ điều trị phù hợp của bệnh nhân sẽ giúp kiểm soát huyết áp và giảm tối đa nguy cơ tim mạch. Nhiều trường hợp sử dụng thuốc huyết áp không đúng có thể đưa đến hạ huyết áp hay không chế được huyết áp, và cả hai trường hợp này đều không đạt được mục tiêu điều trị và chăm sóc. Những biến chứng của bệnh đều có liên quan đến kiến thức và hành vi sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp. Do đó việc giáo dục, cung cấp đầy đủ kiến thức về bệnh và cách sử dụng thuốc kết hợp thay đổi lối sống là rất cần thiết, góp phần vào việc kiểm soát bệnh cũng như hạn chế các biến chứng do dùng thuốc không đúng gây ra. **Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Tìm hiểu kiến thức và thực hành sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp của bệnh nhân bị tăng huyết áp tại khoa Tim mạch lão học Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang”, nhằm hai mục tiêu sau:** Tìm hiểu kiến thức và thực hành về việc sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp. Tìm hiểu mối liên quan giữa kiến thức và thực hành về sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp.

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP**

### **2.1. Đối tượng nghiên cứu:**

#### **2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn**

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán THA, bệnh nhân có hoặc không có điều trị kèm theo các bệnh khác: tiêu hóa, hô hấp..., bệnh nhân có tiền sử sử dụng thuốc điều trị THA từ 01 tháng trở lên, đang điều trị tại khoa Tim mạch lão học Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2023.

#### **2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

Bệnh nhân bị câm, điếc, bệnh nhân bị rối loạn tâm thần, hôn mê, mất ý thức, lú lẫn tuổi già... Bệnh nhân đang mắc các bệnh nặng hoặc cấp tính không có khả năng tiếp xúc trả lời phỏng vấn. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### **2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu Thời gian nghiên cứu:**

Từ tháng 03/2023 đến tháng 09/2023 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

### **2.5. Phương pháp chọn mẫu**

Chọn mẫu thuận tiện n=120

### **2.6. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu**

Thu thập số liệu từ hồ sơ Bệnh án và phỏng vấn trực tiếp người bệnh thông qua bộ câu hỏi đã được thiết kế sẵn.

### **2.7. Phương pháp xử lý số liệu**

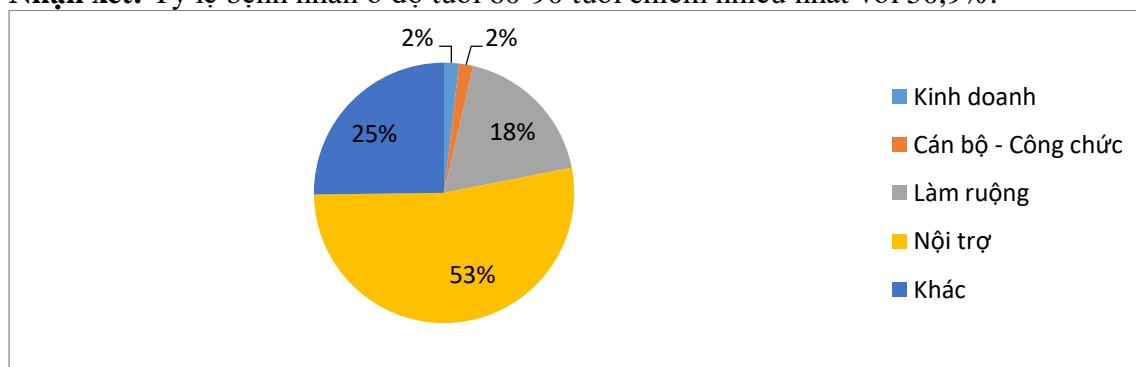
Xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê y học trên phần mềm SPSS 20 và bảng tần số và tỷ lệ phần trăm để mô tả các kết quả liên quan.

### III. KẾT QUẢ

**Bảng 3.1. Phân bố theo độ tuổi, giới**

Giới \ Tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
30-49	10	8,33	6	5	16	13,3
50-59	11	9,17	14	11,7	25	20,8
60-69	28	23,33	33	27,5	61	50,9
≥70	6	5	12	10	18	15
<b>Tổng</b>	<b>55</b>	<b>45,83</b>	<b>65</b>	<b>54,2</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân ở độ tuổi 60-90 tuổi chiếm nhiều nhất với 50,9%.



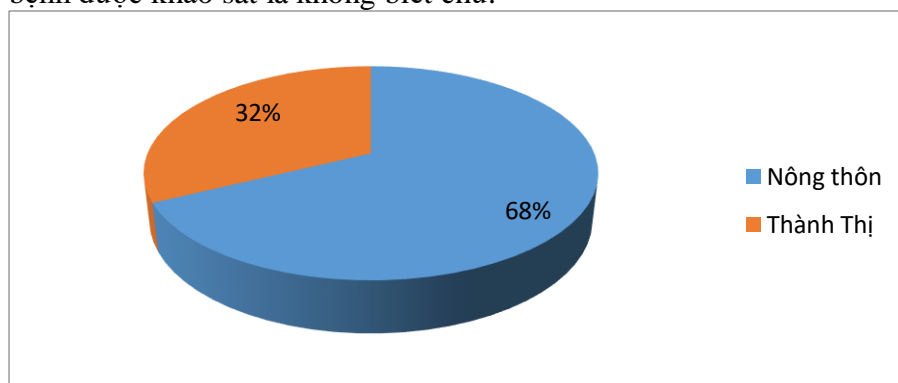
**Biểu đồ 3.1. Phân bố theo nghề nghiệp**

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân nằm trong nhóm nội trợ chiếm nhiều nhất 53%

**Bảng 3.2. Phân bố theo trình độ học vấn**

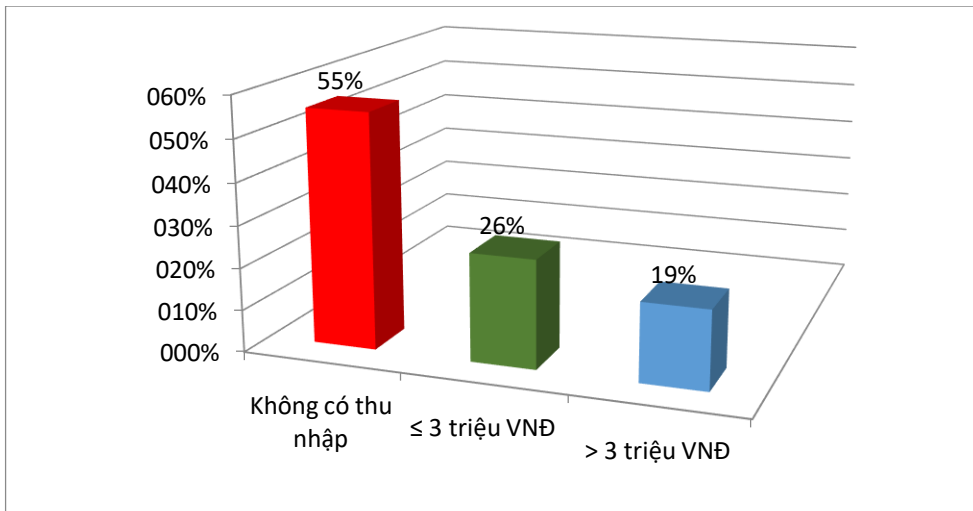
Trình độ học vấn	n	Tỷ lệ (%)
Không biết chữ	20	16,67
≤ THPT	85	70,83
> THPT	15	12,5
<b>Tổng</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Trình độ học vấn ≤THPT chiếm tỷ lệ cao nhất ( 70,83%), có 16,67% người bệnh được khảo sát là không biết chữ.



**Biểu đồ 3.2. Phân bố theo địa dư**

**Nhận xét:** Bệnh nhân mắc bệnh chủ yếu đến từ nông thôn ( 68%)

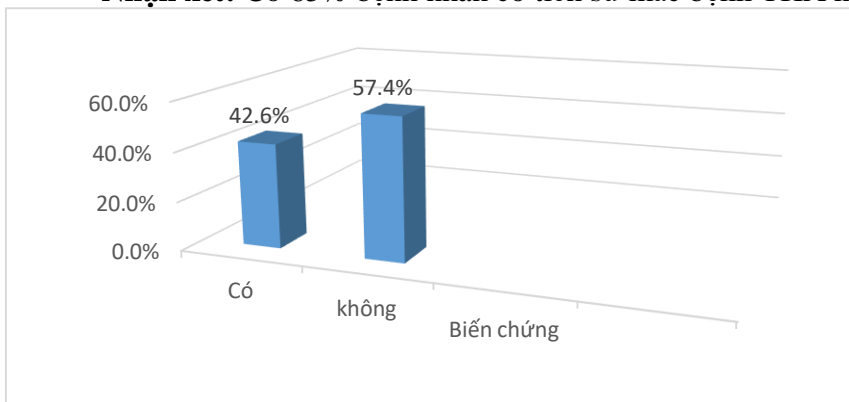


**Biểu đồ 3.3. Phân bố theo thu nhập hàng tháng**  
**Nhận xét:** Bệnh nhân không có thu nhập hàng tháng chiếm 55%

**Bảng 3.3. Thời gian mắc bệnh THA**

Thời gian mắc bệnh THA	n	Tỷ lệ (%)
Không rõ	28	23,3
≤ 2 năm	14	11,7
>2 năm	78	65
<b>Tổng</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Có 65% bệnh nhân có tiền sử mắc bệnh THA hơn 2 năm.



**Biểu đồ 3.4. Biến chứng của THA**  
**Nhận xét:** Có 42,6% bệnh nhân được khảo sát đã có biến chứng của THA

**Bảng 3.4. Kiến thức về điều trị THA**

Điều trị THA	CÓ BIẾN CHỨNG (n=48)		KHÔNG CÓ BIẾN CHỨNG (n=72)	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Chỉ cần uống thuốc	20	41,7	30	41,7
Không cần uống thuốc chỉ cần thay đổi lối sống	6	12,5	8	11,11
Kết hợp uống thuốc và thay đổi lối sống	10	20,8	20	27,78
Không biết	12	25	14	19,44

**Nhận xét:** Có 20,8% bệnh nhân ở nhóm có biến chứng và 27,78% bệnh nhân ở nhóm không có biến chứng biết phải kết hợp uống thuốc và thay đổi lối sống.



**Bảng 3.5. Kiến thức về thời gian uống thuốc điều trị THA**

Thời gian uống thuốc	n	Tỷ lệ (%)
Đúng	80	66,67
sai	40	33,33
<b>Tổng</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Có 66,67% bệnh nhân biết đúng về thời gian uống thuốc trong ngày.

**Bảng 3.6. Kiến thức về tầm quan trọng của việc sử dụng thuốc điều trị THA**

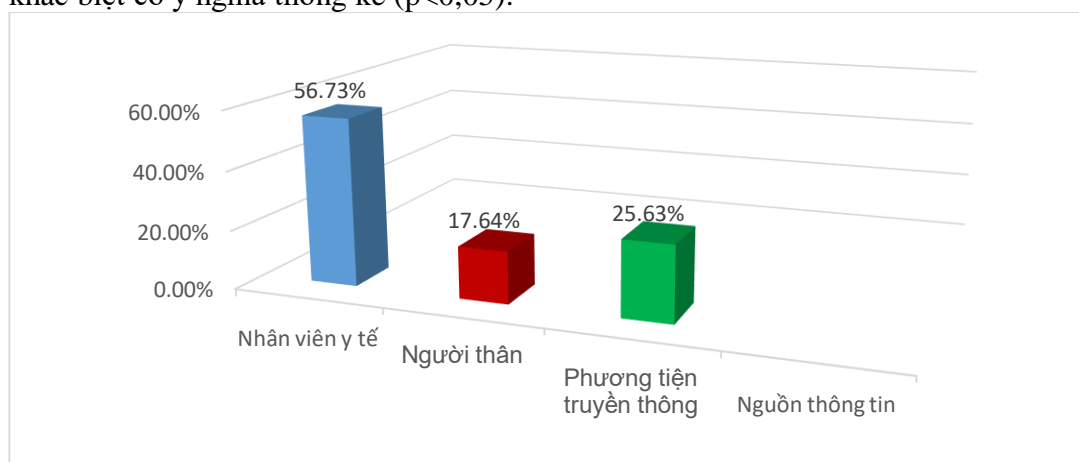
THA Uống thuốc		Có biến chứng (n=48)		Không có biến chứng (n=72)		P
		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Biết uống thuốc là điều quan trọng nhất	Có	35	72,92	54	75	<0,05
	Không	13	27,08	18	25	
Biết phải uống thuốc trong nhiều năm	Có	28	58,33	48	66,67	<0,05
	Không	20	41,67	24	33,33	

**Nhận xét:** Biết uống thuốc là điều quan trọng ở nhóm có biến chứng là 72,92%, ở nhóm không có biến chứng là 75%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p<0,05$ ). Biết phải uống thuốc trong nhiều năm ở nhóm có biến chứng là 58,33%, ở nhóm không có biến chứng là 66,67%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p<0,05$ ).

**Bảng 3.7. Kiến thức về kết hợp uống thuốc và thay đổi lối sống**

THA Thay đổi lối sống		Có biến chứng (n=48)		Không có biến chứng (n=72)		P
		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Biết phải theo dõi HA thường xuyên	Có	22	45,83	52	72,22	<0,05
	Không	26	54,17	20	27,78	
Biết thay đổi chế độ sinh hoạt rất quan trọng	Có	28	58,33	50	69,44	<0,05
	Không	20	41,67	22	30,56	

**Nhận xét:** Biết theo dõi HA thường xuyên ở nhóm có biến chứng là 45,83%, ở nhóm không có biến chứng là 72,22%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p<0,05$ ). Biết thay đổi chế độ sinh hoạt ở nhóm có biến chứng là 58,33%, ở nhóm không có biến chứng là 69,44%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p<0,05$ ).

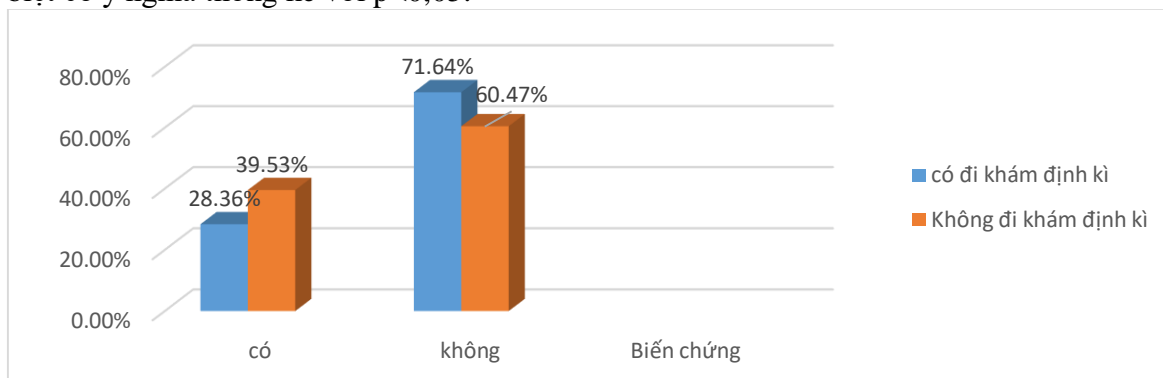
**Biểu đồ: 3.5. Nguồn cung cấp thông tin**

**Nhận xét:** Nguồn cung cấp thông tin nhiều nhất là nhân viên y tế với 56,73%.

**Bảng 3.8. Kiến thức chung về sử dụng thuốc điều trị THA**

THA Kiến thức	Có biến chứng (n=48)		Không có biến chứng (n=72)		P
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Tốt	15	31,25	30	41,67	<0,05
Chưa tốt	33	68,75	42	58,33	
Tổng	48	100	72	100	

**Nhận xét:** Có sự khác biệt về kiến thức chung về sử dụng thuốc điều trị THA ở nhóm bệnh nhân có biến chứng của THA và nhóm bệnh nhân không có biến chứng của THA. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .



**Biểu đồ 3.6. Thực hành kiểm tra HA định kì tại cơ sở y tế**

**Nhận xét:** Có 28,36% bệnh nhân ở nhóm có biến chứng và 39,53% bệnh nhân ở nhóm không có biến chứng đi khám định kì cơ sở y tế.

**Bảng 3.9. Thực hành uống thuốc điều trị THA**

THA Uống thuốc	Có biến chứng (n=48)		Không có biến chứng (n=72)		P
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Hằng ngày	13	27,08	32	44,44	<0,05
Khi có triệu chứng	35	72,92	40	55,56	

**Nhận xét:** Uống thuốc hằng ngày ở nhóm có biến chứng là 27,08% và ở nhóm không có biến chứng là 44,44%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.10 Thực hành tuân thủ điều trị THA**

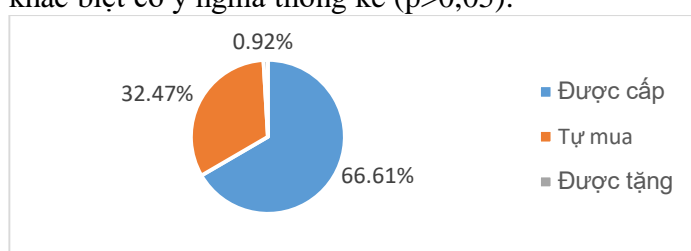
THA Tuân thủ điều trị		Có biến chứng (n=48)		Không có biến chứng (n=72)		P
		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Theo dõi huyết áp tại nhà	Có	9	18,75	25	34,72	<0,05
	Không	39	81,25	47	65,28	
Tùy ý giảm liều/ ngưng thuốc khi bị tác dụng phụ	Có	11	22,92	17	23,61	>0,05
	Không	37	77,08	55	76,39	
Cảm thấy phiền khi phải tuân thủ điều trị	Có	30	62,5	26	36,11	<0,05
	Không	18	37,5	46	63,89	

**Nhận xét:** Theo dõi HA tại nhà ở nhóm có biến chứng là 18,75%, ở nhóm không có biến chứng là 34,72%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Cảm thấy phiền khi phải tuân thủ điều trị ở nhóm có biến chứng là 62,5%, ở nhóm không có biến chứng là 36,11%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.11. Thực hành kết hợp sử dụng thuốc và thay đổi lối sống**

THA	Có biến chứng (n=48)		Không có biến chứng (n=72)		P
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
<b>Kết hợp uống thuốc và thay đổi lối sống</b>					
Có	18	37,5	28	38,89	>0,05
Không	30	62,5	44	61,11	

**Nhận xét:** có 62,5% bệnh nhân trong nhóm có biến chứng và 61,11% bệnh nhân trong nhóm không có biến chứng là không thực hành kết hợp sử dụng thuốc và thay đổi lối sống. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ).



**Biểu đồ 3.7. Nguồn thuốc điều trị THA**

**Nhận xét:** Có 66,61% bệnh nhân sử dụng thuốc điều trị THA là được cấp.

**Bảng 3.12. Nguyên nhân kém tuân thủ sử dụng thuốc điều trị THA**

Nguyên nhân kém tuân thủ sử dụng thuốc điều trị THA	n	Tỷ lệ (%)
HA bình thường thì không cần uống	32	26,67
Quên	29	24,17
Không thích uống thuốc dài ngày	21	17,5
Không có sẵn thuốc ở nhà	15	12,5
Sợ tác dụng phụ của thuốc	9	7,5
Sợ phụ thuộc vào thuốc	7	5,83
Uống quá nhiều loại thuốc	5	4,17
Thích sử dụng thuốc Đông y hơn	2	1,66

**Nhận xét:** Có 26,67% bệnh nhân không tuân thủ dùng thuốc điều trị THA do cho rằng HA bình thường thì không cần uống, 24,17% quên, 17,5% không thích uống thuốc dài ngày, 12,5% không có sẵn thuốc ở nhà.

**Bảng 3.13 Thực hành chung về sử dụng thuốc điều trị THA**

THA	Có biến chứng (n=48)		Không có biến chứng (n=72)		P
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
<b>Thực hành</b>					
Tốt	9	18,75	25	34,72	<0,05
Chưa tốt	39	81,25	47	65,28	
<b>Tổng</b>	48	100	72	100	

**Nhận xét:** Có sự khác biệt thực hành chung về sử dụng thuốc điều trị THA ở nhóm bệnh nhân có biến chứng về THA và nhóm bệnh nhân không có biến chứng của THA. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê  $P < 0,05$ .

**Bảng 3.14. Mối liên quan giữa kiến thức và thực hành sử dụng thuốc điều trị THA trong nhóm có biến chứng**

Kiến thức Thực hành	Tốt ( n=11)		Chưa tốt ( n=37)		P
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Tốt ( n= 9)	7	63,64	2	5,41	< 0,05
Chưa tốt ( n= 39)	4	36,36	35	94,59	

**Nhận xét:** Trong nhóm bệnh nhân có biến chứng, bệnh nhân có kiến thức tốt thì thực hành tốt chiếm 63,64%, kiến thức chưa tốt thì thực hành chưa tốt chiếm 94,59%. Có mối liên quan giữa kiến thức và thực hành sử dụng thuốc điều trị THA trong nhóm bệnh nhân có biến chứng với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.15. Mối liên quan giữa kiến thức và thực hành sử dụng thuốc điều trị THA trong nhóm không có biến chứng**

Kiến thức Thực hành	Tốt ( n=25)		Chưa tốt ( n=47)		P
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Tốt ( n= 21)	19	76	2	4,26	< 0,05
Chưa tốt ( n= 51)	6	24	45	95,74	

**Nhận xét:** Trong nhóm bệnh nhân không có biến chứng, bệnh nhân có kiến thức tốt thì thực hành tốt chiếm 76%, kiến thức chưa tốt thì thực hành chưa tốt chiếm 95,74%. Có mối liên quan giữa kiến thức và thực hành sử dụng thuốc điều trị THA trong nhóm bệnh nhân không có biến chứng với  $p < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Trong 120 bệnh nhân, những bệnh nhân  $\geq 60$  chiếm tỷ lệ nhiều nhất 50,9%. Cũng theo nhiều nghiên cứu thì đây là nhóm tuổi dễ bị THA và có nhiều nguy cơ tim mạch.

Theo phân bố nghề nghiệp ở biểu đồ 3.1 thì tỷ lệ bệnh nhân trong nhóm nội trợ cao nhất ( 53%), làm ruộng (18%), kinh doanh (2%).

Bệnh nhân được khảo sát trình độ học vấn  $\leq$  THPT chiếm 70,83%, và có 16,67% bệnh nhân không biết chữ. Sự hạn chế về trình độ học vấn có thể ảnh hưởng đến khả năng nhận thức của bệnh nhân về bệnh cũng như những kiến thức về sử dụng thuốc và tuân thủ điều trị.

Vì các đối tượng chủ yếu là người cao tuổi nên phần lớn là không có thu nhập ( 55,8%). Có đến 68% bệnh nhân đến từ khu vực nông thôn, nơi công tác chăm sóc y tế và truyền thông giáo dục sức khỏe vẫn chưa thật sự phát triển so với nơi khu vực thành thị. Điều này cũng góp phần làm gia tăng tỷ lệ bệnh nhân phát triển bệnh lý THA mạn và sự tuân thủ cũng như thực hành sử dụng thuốc không đạt hiệu quả cao.

Có 65% bệnh nhân có tiền sử mắc bệnh THA hơn 2 năm và có 42,56% bệnh nhân đã có biến chứng của THA như TBMNN, nhồi máu cơ tim, Suy tim,....

\* **Kiến thức về điều trị THA**

Bảng 3.4 cho thấy, trong nhóm bệnh nhân có biến chứng THA chỉ có 20,8% bệnh nhân biết cần kết hợp uống thuốc và thay đổi lối sống, đa số bệnh nhân cho rằng chỉ cần uống thuốc để điều trị THA (41,7%), có 12,5% bệnh nhân cho rằng không cần uống thuốc mà chỉ cần thay đổi lối sống và có đến 25% bệnh nhân không biết về điều trị THA. Có thể do sự thiếu hiểu biết về điều trị THA đã làm tăng tỷ lệ biến chứng ở nhóm bệnh nhân này.

Trong nhóm bệnh nhân không có biến chứng của THA, kiến thức về điều trị THA có cải thiện hơn so với nhóm có biến chứng của THA, tuy nhiên nhìn chung thì tỉ lệ này vẫn còn thấp. Có 27,78% bệnh nhân biết phải kết hợp uống thuốc và thay đổi lối sống trong khi có đến 41,7% bệnh nhân cho rằng chỉ cần uống thuốc, 11,11% bệnh nhân lại cho rằng không cần uống thuốc chỉ cần thay đổi lối sống và 19,44% bệnh nhân không biết về điều trị THA. Cũng theo nghiên cứu của Trần Thị Kim thì có 12,87% bệnh nhân không biết phải điều trị THA như thế nào [2]. Tuy chưa có biến chứng của THA nhưng đây là nhóm bệnh nhân cũng có nguy cơ cao xảy ra các biến chứng nên việc giáo dục về điều trị THA và tuân thủ điều trị là rất cần thiết.

#### **\* Kiến thức về thời gian uống thuốc**

Bình thường nhịp huyết áp 24 giờ thay đổi ban ngày cao hơn ban đêm, sau 6 giờ sáng thì huyết áp bắt đầu tăng cho đến giữa trưa sau đó giảm chút ít rồi lại tăng lên từ 15 giờ cho đến 18 giờ và sau đó giảm dần và thấp nhất là vào lúc 3-4 giờ sáng [1]. Do đó, ở người bệnh bị THA thì cần phải sử dụng thuốc điều trị THA đúng thời điểm nhằm kiểm soát huyết áp và điều hòa theo đúng nhịp sinh lý của cơ thể để hạn chế tối đa những biến chứng có thể xảy ra. Kết quả bảng 3.5 cho thấy đa số bệnh nhân biết được thời gian thích hợp để uống thuốc điều trị THA trong ngày (66,67%). Tuy nhiên vẫn còn 33,33% bệnh nhân có kiến thức sai về thời gian uống thuốc, cho rằng có thể uống thuốc vào bất cứ thời gian nào trong ngày. Việc sử dụng thuốc không đúng thời điểm sẽ làm hạn chế tác dụng điều trị, kiểm soát HA của thuốc đồng thời tăng khả năng xảy ra các tác dụng phụ của thuốc. Vì vậy cần phải cung cấp kiến thức chính xác về thời điểm uống thuốc cho bệnh nhân.

#### **\* Kiến thức về tầm quan trọng của việc sử dụng thuốc điều trị THA**

Bảng 3.6 cho thấy trong nhóm bệnh nhân có biến chứng của THA thì đa số bệnh nhân biết được uống thuốc là điều quan trọng để kiểm soát HA (72,92%). Tuy nhiên chỉ có 58,33% bệnh nhân biết người bị THA thường phải sử dụng thuốc trong nhiều năm.

Trong nhóm không có biến chứng của THA, đa số bệnh nhân cũng biết được uống thuốc là điều quan trọng nhất để kiểm soát HA (75%), tỷ lệ bệnh nhân biết người bị THA thường phải sử dụng thuốc trong nhiều năm (66,67%) cao hơn so với nhóm có biến chứng của THA ( $p < 0,05$ ). Nhìn chung thì tỷ lệ bệnh nhân nhận biết phải sử dụng thuốc thường xuyên trong nhiều năm ở cả 2 nhóm là khá cao (63,33%). kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Định là 43,75% bệnh nhân biết phải sử dụng thuốc điều trị THA trong thời gian dài [6].

#### **\* Kiến thức về kết hợp uống thuốc và thay đổi lối sống**

Trong nhóm có biến chứng có 45,83% bệnh nhân biết phải theo dõi HA thường xuyên và 58,33% bệnh nhân biết thay đổi chế độ sinh hoạt (ăn uống, luyện tập...) đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát HA. Kiến thức về kết hợp uống thuốc và thay đổi lối sống ở nhóm không có biến chứng cao hơn so với nhóm có biến chứng ( $p < 0,05$ ). Trong cả 2 nhóm thì có 61,67% bệnh nhân biết phải theo dõi HA thường xuyên và 54,90% bệnh nhân biết thay đổi chế độ sinh hoạt đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát HA. Rất nhiều bệnh nhân có nhận thức sai lầm trong việc theo dõi HA, nhiều người cho rằng chỉ cần đo HA khi có dấu hiệu THA, hoặc đã uống thuốc điều trị THA rồi thì không cần phải đo HA nữa. Bên cạnh đó, mặc dù có nhiều bệnh nhân THA có dùng thuốc nhưng vẫn không thay đổi lối sống nên hiệu quả kiểm soát HA có thể không cao, và có thể dẫn đến sự e ngại trong tuân thủ điều trị ở bệnh nhân do cho rằng thuốc điều trị không có hiệu quả. Do đó cần phải cung cấp đầy đủ kiến thức về theo dõi HA cũng như vai trò của sự kết hợp dùng thuốc và thay đổi lối sống trong kiểm soát HA cho bệnh nhân, góp phần vào việc nâng cao kiến thức, hiệu quả tuân thủ điều trị.

#### **\* Nguồn cung cấp kiến thức**

Biểu đồ 3.5 cho thấy bệnh nhân nhận được kiến thức về sử dụng thuốc điều trị THA từ nhiều nguồn, trong đó nhận được nhiều nhất từ nhân viên y tế chiếm 56,73%, từ phương tiện

truyền thông (tivi, sách báo, Internet...) chiếm 25,63%, và từ người thân chiếm 17,64%. Cũng theo nghiên cứu của Vũ Xuân Phú và Nguyễn Minh Phương thì nguồn thông về bệnh THA mà bệnh nhân nhận được có 61,60% là từ nhân viên y tế, 37,20% là từ phương tiện truyền thông [7]. Để kiến thức của người bệnh và mọi người về sử dụng thuốc điều trị THA được tăng lên, chúng ta cần tăng cường giáo dục, tư vấn về tuân thủ điều trị trong hệ thống y tế và ngoài cộng đồng xã hội tích cực hơn. Đặc biệt, cần phải nâng cao vai trò, sự đóng góp của điều dưỡng vào công tác chăm sóc bệnh nhân THA nói chung và hướng dẫn tuân thủ điều trị THA nói riêng.

#### **\* Kiến thức chung về sử dụng thuốc điều trị THA**

Nhiều nghiên cứu cho thấy bệnh nhân có kiến thức tốt về bệnh THA và điều trị THA thì sẽ có thái độ tuân thủ điều trị tốt hơn so với bệnh nhân không có kiến thức tốt [10], [12]. Thực vậy, khi bệnh nhân có kiến thức tốt về sử dụng thuốc điều trị THA sẽ giúp họ tốt hơn trong việc thực hành sử dụng thuốc, góp phần làm hạn chế những biến chứng của bệnh. Từ bảng 3.8 cho thấy, trong nhóm có biến chứng của THA, có 31,25% bệnh nhân có kiến thức tốt về sử dụng thuốc điều trị THA, 68,75% bệnh nhân có kiến thức chưa tốt. Trong nhóm bệnh nhân chưa có biến chứng của bệnh, kiến thức của bệnh nhân có cao hơn với 41,67% bệnh nhân có kiến thức tốt và 59,33% bệnh nhân có kiến thức chưa tốt. Tuy nhiên thì tỷ lệ bệnh nhân không có kiến thức tốt về sử dụng thuốc điều trị THA ở cả 2 nhóm bệnh vẫn còn thấp với  $p < 0,05$ . Như vậy tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng chưa cao, cần phải có biện pháp giúp bệnh nhân có kiến thức dùng thuốc để việc sử dụng thuốc vừa hiệu quả vừa an toàn.

#### **\* Thực hành kiểm tra HA định kì tại cơ sở y tế**

Kết quả điều trị thành công cũng phụ thuộc vào việc người bệnh đi khám đều đặn, theo lịch hẹn tái khám của bác sĩ hay khi uống hết thuốc hoặc sau một đợt điều trị thì người bệnh cần đi kiểm tra sức khỏe và huyết áp để đánh giá hiệu quả điều trị và các biến chứng của bệnh nếu có.. Biểu đồ 3.6 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có đi khám định kì tại cơ sở y tế trong nhóm có biến của THA (28,36%) là thấp hơn so với nhóm bệnh nhân không có biến chứng (39,53%). Trong cả 2 nhóm thì có 34,64% bệnh nhân đi khám định kì tại cơ sở y tế. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Lê Ánh Dũng và Nguyễn Anh Vũ về tình hình điều trị ngoại trú THA tại phường Phú Hậu, Thành phố Huế năm 2011 với 32,84% bệnh nhân đến tái khám ở cơ sở y tế, 64,18% bệnh nhân điều trị tự và 2,98% tự điều trị [4]. Nhìn chung tỷ lệ đi khám và kiểm tra sức khỏe định kì vẫn chưa cao, nguyên nhân có lẽ là do người dân Việt Nam thường ít quan tâm đến sức khỏe của mình, không có thói quen đi khám định kì, chỉ khi nào bệnh nặng không chịu được họ mới đi khám, đây là thói quen không tốt vì như thế sẽ không phát hiện sớm được bệnh, diễn tiến và những biến chứng có thể xảy ra. Hoặc cũng có thể người bệnh nghĩ bệnh của mình đã được phát hiện, nên chỉ cần về nhà uống thuốc như những bệnh nhân khác mà không nhất thiết phải đi khám lại nếu vẫn thấy người khỏe mạnh bình thường. Một vấn đề nữa có thể do chất lượng y tế còn thấp, chưa đạt được nhu cầu khám chữa bệnh cho nhân dân, các nơi khám bệnh chờ đợi lâu, thủ tục lằng nhằng mất thời gian... nên bệnh nhân ngại đi khám.

#### **\* Thực hành uống thuốc điều trị THA**

Từ bảng 3.9 cho thấy, trong nhóm bệnh nhân có biến chứng của THA thì chỉ có 27,08% bệnh nhân uống thuốc điều trị THA hằng ngày, và 72,92% bệnh nhân chỉ uống thuốc khi có triệu chứng. Ở nhóm không có biến chứng thì tỷ lệ tuân thủ uống thuốc cao hơn với 44,44% bệnh nhân uống thuốc hằng ngày và 55,56% bệnh nhân uống thuốc khi có triệu chứng ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Lê Ánh Dũng và Nguyễn Tất Vũ khi nghiên cứu trên 285 bệnh nhân thì chỉ có 23,50% điều trị thường xuyên, và tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Vũ Xuân Phú và Nguyễn Minh Phương với 43,60% bệnh nhân dùng thuốc thường xuyên, liên tục theo đơn của bác sĩ [4].

#### **\* Thực hành tuân thủ điều trị THA**

Qua bảng 3.10 cho thấy, ở nhóm có biến chứng chỉ có 18,75% bệnh nhân có theo dõi HA tại nhà. Tỷ lệ này thấp hơn so với nhóm không có biến chứng ( $p < 0,05$ ). Bên cạnh đó, vẫn còn một lượng lớn bệnh nhân cảm thấy phiền khi phải tuân thủ phác đồ điều trị ở nhóm có biến chứng (62,5%). Có thể là do kiến thức chưa tốt và tâm lí chủ quan nên người bệnh không thấy rõ lợi ích của tuân thủ điều trị và theo dõi HA. Từ đó cho thấy, người bệnh cần có thái độ đúng

trong việc tuân thủ điều trị, điều trị phải liên tục lâu dài chứ không phải điều trị cho huyết áp trở về bình thường là không cần điều trị nữa như một số người bệnh vẫn nghĩ. Vì vậy rất cần sự hướng dẫn đầy đủ, cụ thể từ cán bộ y tế.

**\*. Thực hành kết hợp sử dụng thuốc và thay đổi lối sống**

Việc thay đổi lối sống bao gồm thay đổi chế độ ăn (ăn nhạt, giảm mỡ, ăn nhiều rau quả...) và tập thể dục mỗi ngày để rèn luyện sức khỏe (đi bộ, chạy bộ...). Tuy nhiên trong thay đổi lối sống, cách thức ăn uống ảnh hưởng mạnh nhất [5], nhưng cũng là vấn đề khó khăn nhất trong áp dụng do đời sống xã hội và nhận thức của người dân, có thể do thói quen ăn uống, do sinh hoạt gia đình đã được hình thành từ trước nên rất khó thay đổi. Từ bảng 3.11 nhận thấy rằng việc kết hợp giữa uống thuốc và thay đổi lối sống ở nhóm có biến chứng và nhóm không có biến chứng của THA đều chưa cao, chiếm tỉ lệ lần lượt là 37,5% và 38,89%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Đa số bệnh nhân được nghiên cứu ở đây là nhóm người cao tuổi ( $\geq 60$  tuổi chiếm 50,9%), chế độ ăn uống của họ phụ thuộc vào cách chế biến của người thân trong gia đình, do đó việc điều chỉnh chế độ ăn của họ sẽ làm ảnh hưởng đến các thành viên khác trong gia đình nên rất khó để họ có thể thay đổi chế độ ăn thích hợp. Bên cạnh đó, vì cao tuổi và có thể đang có các bệnh lý khác kèm theo (rối loạn tiền đình, bệnh lý tim mạch...) nên vấn đề rèn luyện sức khỏe thường xuyên ở bệnh nhân cũng khó mà thực hiện được.

**\* Nguyên nhân kém tuân thủ sử dụng thuốc điều trị THA**

Ở một nghiên cứu khác của Amonov Malik và các cộng sự khi khảo sát trong nhóm 132 bệnh nhân THA không tuân thủ điều trị thì nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất là do cho rằng HA trở về bình thường thì không cần uống thuốc nữa (44,7%), sau đó là do không thích uống thuốc dài ngày (15,9%), sợ phụ thuộc vào thuốc (12,9%) [11]. Như vậy một trong những nguyên nhân hay gặp thậm chí chiếm tỷ lệ cao khiến bệnh nhân không tuân thủ sử dụng thuốc đó là sự hiểu biết sai lệch về cách dùng thuốc, cho rằng chỉ uống thuốc điều trị THA khi huyết áp tăng cao, còn khi huyết áp đã tạm thời trở về giá trị bình thường hoặc thấy không còn triệu chứng nào nữa thì không cần phải uống thuốc. Đây là một nhận thức sai lầm mà bệnh nhân cần phải thay đổi sớm, bởi chính điều này ảnh hưởng trực tiếp đến sự tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân.

**\*. Thực hành chung về sử dụng thuốc điều trị THA**

Từ bảng 3.13 cho thấy trong nhóm có biến chứng, tỷ lệ bệnh nhân thực hành sử dụng thuốc điều trị THA tốt chiếm 18,75% và có đến 81,25% bệnh nhân thực hành chưa tốt. Trong nhóm bệnh nhân không có biến chứng thì 34,72% bệnh nhân thực hành tốt và 65,28% bệnh nhân thực hành không tốt. Như vậy chủ yếu là bệnh nhân thực hành sử dụng thuốc điều trị THA chưa tốt (chiếm 28,33% ở cả 2 nhóm) với  $p < 0,05$ . Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Ninh Văn Đồng năm 2010 với 21,20% bệnh nhân thực hành tuân thủ điều trị tốt và 78,8% bệnh nhân chưa thực hành tốt [5]. Có lẽ do sự hạn chế kiến thức về bệnh và điều trị THA nên đã làm ảnh hưởng đến thực hành tuân thủ điều trị cũng như sử dụng thuốc ở bệnh nhân. Trong công tác điều trị và chăm sóc cho bệnh nhân, chúng ta cần phải hướng dẫn người bệnh nhiều hơn nữa, như vậy thì mới có thể hy vọng tỷ lệ thực hành tốt trong tuân thủ điều trị THA nói chung và sử dụng thuốc điều trị THA nói riêng ngày càng được nâng cao.

**\* Mọi liên quan giữa kiến thức và thực hành sử dụng thuốc điều trị THA trong nhóm có biến chứng**

Bảng 3.14 cho thấy, trong nhóm bệnh nhân có biến chứng của THA, đa số bệnh nhân có kiến thức tốt thì thực hành tốt (63,64%), những bệnh nhân có kiến thức không tốt thì thực hành không tốt (94,59%). Nghiên cứu đã chứng minh, kiến thức tăng thì thực hành sẽ tăng, sự tăng này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Nhiều nghiên cứu cho thấy bệnh nhân có kiến thức tốt về bệnh THA và điều trị THA thì sẽ có thái độ tuân thủ thực hành điều trị tốt hơn so với bệnh nhân không có kiến thức tốt [11], [12]. Thực vậy, khi bệnh nhân có kiến thức tốt về sử dụng thuốc điều trị THA sẽ giúp họ tốt hơn trong việc thực hành sử dụng thuốc, góp phần làm hạn chế những biến chứng của bệnh.

**\* Mọi liên quan giữa kiến thức và thực hành sử dụng thuốc điều trị THA trong nhóm không có biến chứng**

Bảng 3.15 cho thấy, trong nhóm bệnh nhân không có biến chứng của THA, đa số bệnh nhân có kiến thức tốt thì thực hành tốt (76%), những bệnh nhân có kiến thức không tốt thì thực hành không tốt (95,74%). Nghiên cứu đã chứng minh, kiến thức tăng thì thực hành sẽ tăng, sự tăng này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Như vậy giữa kiến thức và thực hành sử dụng thuốc điều trị THA có mối liên quan mật thiết với nhau. Nếu kiến thức tăng lên thì thực hành cũng sẽ tăng lên. Đây cũng là cơ sở để chúng ta thực hiện công tác giáo dục về bệnh THA và sử dụng thuốc điều trị THA trong môi trường bệnh viện và trong cộng đồng. Với vai trò người điều dưỡng, chúng ta cần tăng cường giáo dục sức khỏe, hướng dẫn thực hành và giám sát việc thực hành của người bệnh hơn nữa. Nhằm phát hiện các thiếu sót, sai lầm trong kiến thức và thực hành sử dụng thuốc điều trị THA kết hợp thay đổi lối sống để kịp thời bổ sung và sửa chữa. Bởi vì, khi chúng ta giáo dục sức khỏe tốt, hướng dẫn thực hành tốt thì sẽ giúp thực hành được tốt hơn.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy khi bệnh nhân có kiến thức tốt về sử dụng thuốc điều trị THA sẽ giúp họ tốt hơn trong việc thực hành sử dụng thuốc, góp phần làm hạn chế những biến chứng của bệnh. Khi chúng ta giáo dục sức khỏe tốt, hướng dẫn thực hành tốt thì sẽ giúp thực hành được tốt hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Khánh, Tôn Thất Trí Dũng (2012), “Tăng huyết áp và tai biến mạch máu não”, Tạp chí Tim mạch học Việt Nam
2. Trần Thị Kim (2011), “Đánh giá tình hình thực hiện y lệnh về thuốc điều trị tăng huyết áp của các bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế”, Luận văn Điều dưỡng, Trường Đại học Y Dược Huế - Đại học Huế, Huế
3. Bộ Y tế (2010), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp.
4. Lê Ánh Dũng và Nguyễn Anh Vũ (2011), “Nghiên cứu về tình hình điều trị ngoại trú THA tại phường Phú Hậu, Thành phố Huế”, Kí yếu các bài báo cáo tại Hội nghị Tim mạch miền Trung-Tây Nguyên lần VI (Phụ trương tạp chí Tim mạch học số 58), tr.183-187
5. Ninh Văn Đồng (2010), “Đánh giá sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân THA trên 60 tuổi tại phường Hàng Bông, quận Hoàng Kiếm”
6. Nguyễn Thị Định (2008), “Đánh giá kết quả giáo dục kiến thức về bệnh tăng huyết áp ở bệnh nhân cao tuổi tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế”, Luận văn Điều dưỡng, Trường Đại học Y Dược Huế - Đại học Huế, Huế.
7. Vũ Xuân Phú và Nguyễn Minh Phương - Trung tâm Y tế Dự phòng TP. Hà Nội (2011), “Thực trạng thực hành tuân thủ trong điều trị tăng huyết áp của bệnh nhân 25-60 tuổi ở 4 phường thành phố Hà Nội”, Y học thực hành (817), số 04/2012.
8. Wu Y, Yan LL, Xavier D, Irazola VE, et al (2016), “Hypertension Prevalence, Awareness, Treatment, and Control in Selected LMIC Communities: Results From the NHLBI/UHG Network of Centers of Excellence for Chronic Diseases”.
9. The Updated WHO/ISH Hypertension Guidelines (2014), Classification of blood pressure levels
10. Ghembaza MA, Senoussaoui Y, Tani MK, Meguenni K (2014), “ Impact of patient knowledge of hypertension complications on adherence to antihypertensive therapy”.
11. Amonov Malik and partners (2012), “Hypertension-related knowledge, practice and drug adherence among inpatients of Hospital in Samarkand, Uzbekistan”.
12. Almas A, Godil SS, Lalani S, Samani ZA, Khan AH (2012), “Good knowledge about hypertension is linked to better control of hypertension”; amulticentre cross sectional study in Karachi, Pakistan.



# KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH TỰ CHĂM SÓC CỦA NGƯỜI BỆNH SUY TIM MẠN TẠI KHOA TIM MẠCH LÃO HỌC BVĐKTT AN GIANG NĂM 2023

Phan Thị Mỹ Nhân, Lý Thanh Đồng,  
Nguyễn Thanh Phương, Nguyễn Văn Trí

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Suy tim là một trong những bệnh lý tim mạch thường gặp và nguy hiểm.

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn điều trị tại khoa Nội Tim mạch lão học - Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang, năm 2023.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 120 người bệnh được chẩn đoán suy tim mạn điều trị nội trú tại khoa Nội Tim mạch lão học - Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang.

**Kết quả:** Kiến thức tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn tham gia nghiên cứu thấp, kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ người bệnh có kiến thức và thực hành tự chăm sóc còn thấp. Về kiến thức tỷ lệ khá là 42%, trung bình là 58%. Bên cạnh đó, chỉ có 10% người bệnh được hướng dẫn về cách tự theo dõi biểu hiện bệnh và biện pháp xử lý phù hợp khi bệnh diễn biến. Đặc biệt không có người bệnh nào nhận được những hướng dẫn về hành vi phòng ngừa trong suy tim. Về thực hành chỉ có tỷ lệ này cho thấy sự tương ứng giữa thông tin người bệnh nhận được khi nằm viện về tự theo dõi và xử lý khi xuất hiện biểu hiện của bệnh chỉ có 10,8% (bảng 2); có ít người bệnh (25,6%) nhận ra nhanh chóng biểu hiện phù/khó thở là biểu hiện của bệnh suy tim và 30,3% người bệnh đạt tự tin trong tự chăm sóc.

**Kết luận:** điều dưỡng cần phải tăng cường GDSK cung cấp kiến thức cho người bệnh suy tim mạn trong thời gian nằm viện là rất cần thiết phải và phải có biện pháp nâng cao kiến thức và thực hành tự chăm sóc cho người bệnh suy tim mạn tại khoa.

**Từ khóa:** Suy tim mạn, kiến thức, thực hành, tự chăm sóc.

## SELF-CARE KNOWLEDGE AND PRACTICES OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AT AN GIANG GENERAL CENTER HOSPITAL 2023

### ABSTRACTS

**Background:** Heart failure is one of the most common and dangerous cardiovascular diseases today.

**Objective:** To description of knowledge and practice of self-care of chronic heart failure patients treated at Cardiology Department – An Giang General Hospital, 2023.

**Method:** A cross-sectional study design was conducted among 110 patients with chronic heart failure hospitalized at the Cardiovascular Department of An Giang General Hospital.

**Results:** Self-care knowledge of chronic heart failure patients participating in the study was low. Research results showed that the proportion of patients with self-care knowledge and practice was still low. Regarding knowledge, the good rate is 42%, the average is 58%. In addition, only 10% of patients are instructed on how to self-monitor disease symptoms and appropriate treatment measures when the disease progresses. In particular, no patient received instructions on preventive behavior in heart failure. Regarding practice, only this rate shows that the correspondence between the information patients receive while in the hospital about self-monitoring and handling when symptoms appear is only 10.8% (table 2); Few patients (25.6%) quickly recognized that edema/dyspnea was a sign of heart failure and 30.3% of patients gained confidence in self-care. Therefore, it is necessary to strengthen health education for people in the department when patients come for treatment and when discharged from the hospital, focusing on education on how to self-monitor the disease, providing knowledge and guidance on how to practice treatment measures. for each disease situation at home or in the community before going to a medical facility or receiving help from medical staff.

**Conclusion:** *it is very necessary for nurses to strengthen health education and provide knowledge to patients with chronic heart failure during hospitalization and must take measures to improve knowledge and self-care practice for patients.*

**Key words:** *chronic heart failure, practice, self-care*

## **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Suy tim là một hội chứng bệnh lý thường gặp trên lâm sàng [1], là một trong những nguyên nhân hàng đầu của tình trạng nhập viện điều trị, tỷ lệ mắc bệnh và tử vong cao ở nhiều nước. Theo thống kê, có khoảng 26 triệu người trên toàn thế giới mắc suy tim [2]. Tại Việt Nam, tuy chưa có một nghiên cứu chính thức về tỉ lệ mắc suy tim, nhưng theo tần suất mắc bệnh của thế giới thì ước tính có khoảng 320.000 đến 1,6 triệu người bị suy tim [3]. Việc người bệnh suy tim, tự chăm sóc kém sẽ càng làm trầm trọng thêm tình trạng bệnh, tăng tỷ lệ tái nhập viện và tăng nguy cơ tử vong ở người bệnh suy tim mạn [5],[6]. Tại Việt Nam, người cao tuổi suy tim mạn có hành vi tự chăm sóc ở mức độ thấp chiếm từ 50,9% - 83,6% [7]. Tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang, trong những năm gần đây số người bệnh nằm điều trị nội trú tại khoa Nội Tim mạch lão học vì suy tim khá cao (2021 khoảng 580 lượt người bệnh; năm 2022 khoảng 689 lượt) và thường tái nhập viện nhiều lần. Hiện nay, tại An Giang các nghiên cứu trên người bệnh suy tim thường tập trung vào lĩnh vực điều trị và chưa có nghiên cứu về lĩnh vực chăm sóc. Dưới góc độ điều dưỡng, với mong muốn tìm hiểu sâu về vấn đề tự chăm sóc của người bệnh suy tim, đặc biệt về kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh. Tạo cơ sở giúp cho lãnh đạo bệnh viện xây dựng những chương trình can thiệp hiệu quả, từ đó góp phần làm giảm tỷ lệ nhập viện, tử vong do suy tim gây ra, đồng thời góp phần mở rộng và cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc y tế. ***Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang, năm 2023”*** nhằm mục tiêu: mô tả thực trạng kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn điều trị tại khoa Nội Tim mạch lão học - Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang, năm 2023.

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP**

### **2.1. Đối tượng nghiên cứu**

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn Người bệnh được chẩn đoán suy tim mạn lần thứ 2 trở đi khi đó người bệnh đã có trải nghiệm về thực hành tự chăm sóc; người bệnh suy tim mạn nằm viện điều trị từ ngày thứ 3 trở đi khi các triệu chứng bệnh dần ổn định; người bệnh có đủ năng lực trả lời phỏng vấn, biết chữ; người bệnh tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ Người bệnh trong tình trạng nặng hoặc có thêm các bệnh lý nặng đang phải điều trị tích cực; người bệnh mắc bệnh mạn tính.

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu** Thời gian nghiên cứu: từ tháng 03/2023 đến tháng 09/2023 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

**2.5 Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện n=120

**2.6. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu:** Thu thập số liệu từ hồ sơ Bệnh án và phỏng vấn trực tiếp người bệnh thông qua bộ câu hỏi đã được thiết kế sẵn.

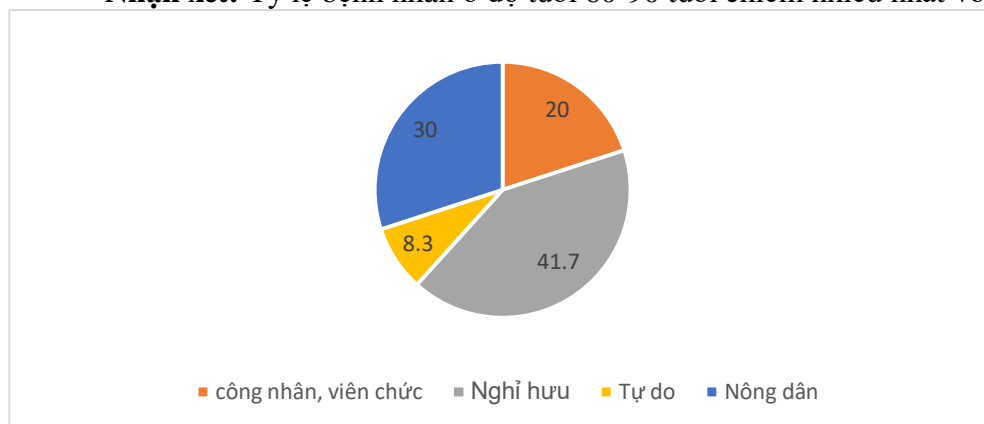
**2.7. Phương pháp xử lý số liệu:** Xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê y học trên phần mềm SPSS 20 và bảng tần số và tỷ lệ phần trăm để mô tả các kết quả liên quan.

### III. KẾT QUẢ

**Bảng 1. Phân bố theo độ tuổi, giới**

Giới \ Tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
30-49	3	5,45	4	6,2	7	5,8
50-59	10	8,3	12	18,5	22	18,4
60-69	36	65,5	37	56,9	73	60,8
≥70	6	5	12	18,5	18	15
<b>Tổng</b>	<b>55</b>	<b>45,83</b>	<b>65</b>	<b>54,2</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân ở độ tuổi 60-90 tuổi chiếm nhiều nhất với 60,8%.



**Biểu đồ 1. Phân bố theo nghề nghiệp**

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân nghỉ hưu chiếm tỷ lệ cao 41,7%.

**Bảng 2. Phân bố theo trình độ học vấn**

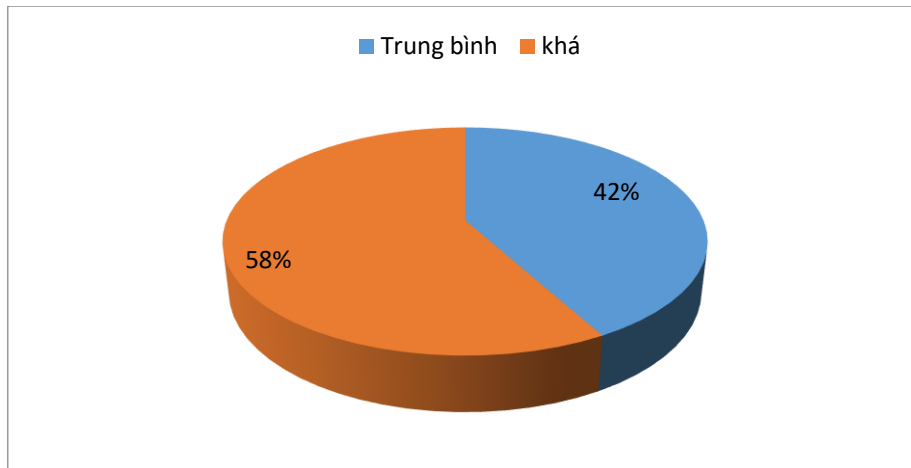
Trình độ học vấn	n	Tỷ lệ (%)
Không biết chữ	15	12,5
≤ THPT	80	66,67
> THPT	25	20,83
<b>Tổng</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Trình độ học ≤THPT chiếm tỷ lệ cao nhất ( 66,67%), có 12,5% người bệnh được khảo sát là không biết chữ.

**Bảng 3. Một số hướng dẫn và nguồn thông tin mà người bệnh đã nhận được**

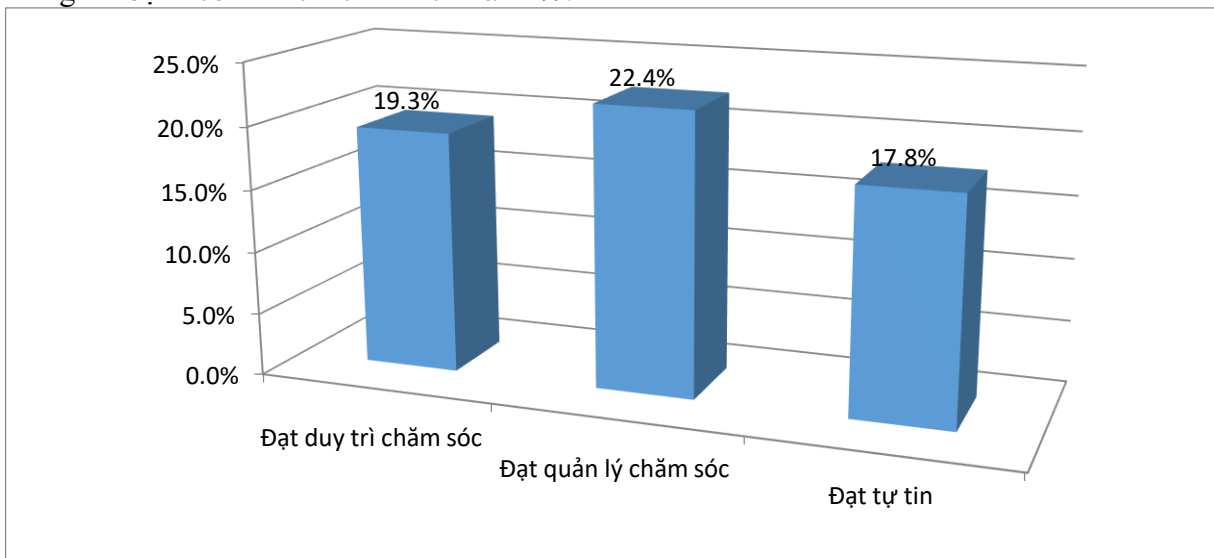
	Nội dung	SL	%
Hướng dẫn	Sử dụng thuốc	120	100
	Chế độ ăn	104	86,7
	Lối sống	43	35,8
	Tự theo dõi và xử lý khi xuất hiện biểu hiện của bệnh	12	10
	Hành vi phòng ngừa	0	0,0
Nguồn thông tin	Nhân viên y tế	120	100
	Gia đình, bạn bè	49	40,8
	Tivi, internet	45	37,5
	báo, tờ rơi	21	17,5

**Nhận xét:** Người bệnh được hướng dẫn về cách tự theo dõi biểu hiện bệnh và biện pháp xử lý phù hợp khi bệnh diễn biến 12 người và đặc biệt không có người bệnh nào nhận được những hướng dẫn về hành vi phòng ngừa trong suy tim. Nguồn tin từ nhân viên y tế chiếm tỷ lệ cao nhất 100%.



**Biểu đồ 2. Phân loại kiến thức tự chăm sóc**

**Nhận xét:** Người bệnh suy tim mạn có kiến thức về tự chăm sóc ở mức trung bình 58% và người bệnh có kiến thức ở mức khá 42%.



**Biểu đồ 3. Phân loại thực hành tự chăm sóc**

**Nhận xét:** Người bệnh đạt duy trì chăm sóc 19,3%; 22,4% người bệnh đạt quản lý chăm sóc và 17,8% người bệnh đạt lĩnh vực tự tin trong tự chăm sóc.

**Bảng 4. Kiến thức về bệnh suy tim của người bệnh (n = 120)**

	Nội dung	Lựa chọn	SL	%
Kiến thức về sử dụng thuốc	Tác dụng lợi tiểu Khi sử dụng thuốc lợi tiểu cần bổ sung thêm Kali. NB quên uống thuốc, cần uống ngay khi nhớ ra.	Đúng	75	62,5
		Sai	45	37,5
		Đúng	65	54,2
		Sai	55	45,8
		Đúng	33	27,5
Kiến thức về theo dõi cân nặng	Kiến thức về theo dõi cân nặng Tự theo dõi cân nặng hàng ngày Thời gian tốt nhất để cân là vào buổi sáng.	Đúng	62	51,7
		Sai	58	48,3
		Đúng	49	40,8
		Sai	71	59,2
		Đúng	39	32,5
Kiến thức về chế độ ăn hạn chế muối	Phân loại thức ăn có chứa nhiều muối. Phân loại thực phẩm có chứa ít muối nhất.	Đúng	42	35
		Sai	78	65
		Đúng	69	57,5
		Sai	51	42,5
Kiến thức về chế độ ăn hạn chế chất lỏng	phân loại chất lỏng Khi cần hạn chế chất lỏng, người bệnh có thể nhai kẹo cao su hoặc ngâm kẹo cứng	Đúng	43	35,8
		Sai	77	64,2
		Đúng	7	5,8
		Sai	113	94,2
Kiến thức về hành vi phòng ngừa	Phòng ngừa các bệnh	Đúng	19	15,8
		Sai	101	84,2

**Nhận xét:** Người bệnh có kiến thức đúng khi người bệnh suy tim quên uống thuốc cần uống thuốc ngay khi nhớ ra 27,5%. Người bệnh có kiến thức đúng về loại thức ăn có chứa nhiều muối chỉ đạt ở mức thấp 35%. Kiến thức đúng về phân loại chất lỏng chỉ đạt 35,8%. Nhận thức đúng khi cần hạn chế chất lỏng, người bệnh có thể nhai kẹo cao su hoặc ngâm kẹo cứng chiếm 5,8%. Tỷ lệ thấp đạt 15,8% người bệnh có kiến thức đúng về phòng ngừa các bệnh.

**Bảng 5. Kiến thức đúng về một số hoạt động tự điều trị của người bệnh (n = 120)**

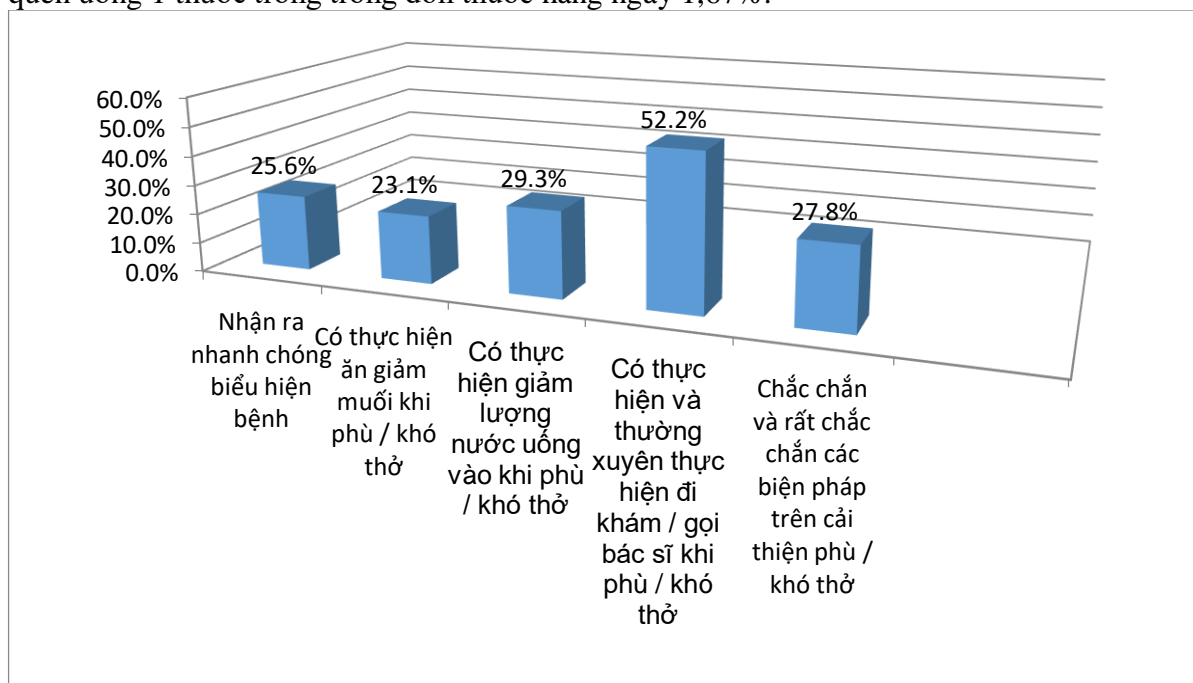
Nội dung	SL	%
Hạn chế ăn muối	110	91,7
Hạn chế uống nhiều nước	39	32,5
Không hút thuốc lá	105	87,5
Không uống rượu bia hàng ngày	90	75
Không hàng bỏ thuốc Suy tim khi thấy bệnh khỏe hơn	65	54,2
Biết khi nào nên gọi NVYT hoặc đi khám bệnh khi có triệu chứng suy tim	106	88,3

**Nhận xét:** Người bệnh có kiến thức đúng về hạn chế uống nhiều nước 32,5%, tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng về không bỏ thuốc suy tim khi thấy bệnh khỏe hơn cũng chỉ chiếm 54,2%, Người bệnh có kiến thức việc hạn chế ăn muối cao 91,7%.

**Bảng 6. Kết quả thực hành Duy trì tự chăm sóc**

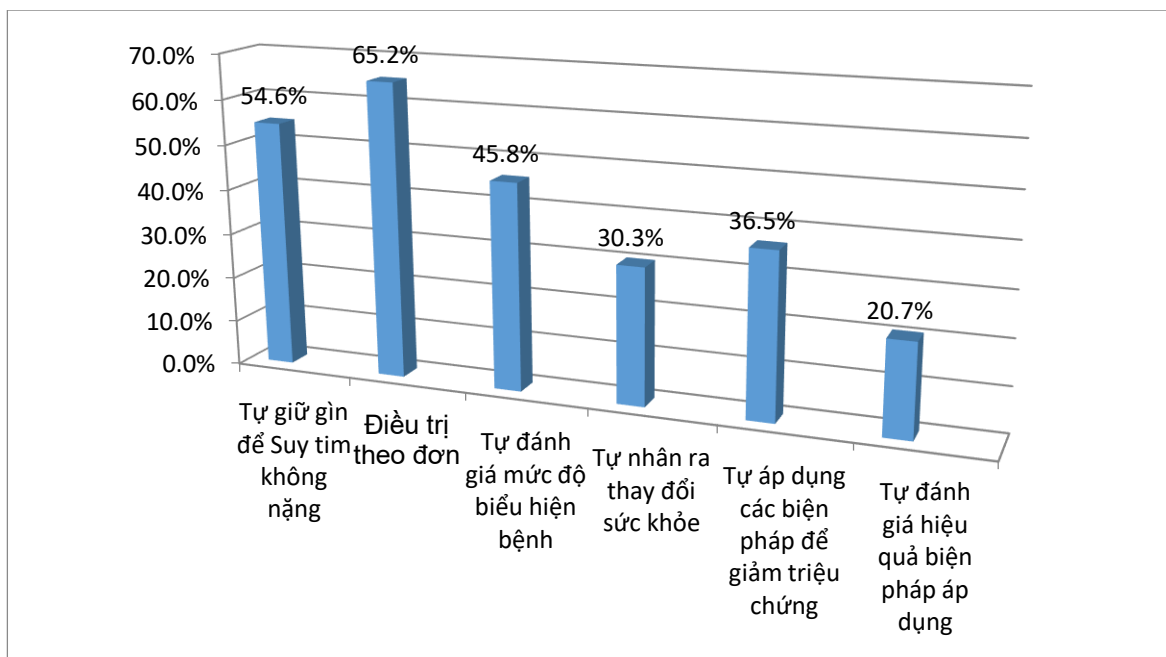
Duy trì chăm sóc	Lựa chọn	SL	%
Theo dõi cân nặng	Không hoặc hiếm khi	65	54,2
	Thỉnh thoảng	30	25
	Thường xuyên	22	18,3
	Hàng ngày	3	2,5
Theo dõi phù chân	Không hoặc hiếm khi	53	44,2
	Thỉnh thoảng	34	28,3
	Thường xuyên	19	15,8
	Hàng ngày	14	11,7
Dự phòng bệnh	Không hoặc hiếm khi	45	37,5
	Thỉnh thoảng	41	34,2
	Thường xuyên	25	20,8
	Luôn luôn	9	7,5
Chế độ ăn giảm muối	Không hoặc hiếm khi	26	21,7
	Thỉnh thoảng	44	36,7
	Thường xuyên	32	26,6
	Hàng ngày	18	15
Quên uống 1 thuốc trong đơn thuốc hàng ngày	Không hoặc hiếm khi	25	20,83
	Thỉnh thoảng	63	52,5
	Thường xuyên	30	25
	Hàng ngày	2	1,67

**Nhận xét:** Người bệnh không hoặc hiếm khi theo dõi cân nặng chiếm tỷ lệ 54,2%; người bệnh không hoặc hiếm khi theo dõi phù là 44,2%; hoạt động dự phòng, mức độ không hoặc hiếm khi là 37,5%; tần suất thực hiện ăn giảm muối mức độ hàng ngày là 15%; người bệnh quên uống 1 thuốc trong đơn thuốc hàng ngày 1,67%.



**Biểu đồ 4. Thực hành "Quản lý chăm sóc"**

**Nhận xét:** Thực hành trong việc nhận ra nhanh chóng các dấu hiệu của bệnh suy tim có 25,6% người bệnh. Có thực hiện ăn giảm muối và giảm lượng nước uống vào khi phù/ khó thở là 23,1% và 29,3%. Bệnh nhân thực hiện và thường xuyên thực hiện đi khám / gọi bác sĩ khi phù/ khó thở là 52,2%.



**Biểu đồ 5. Mức độ tự tin trong tự chăm sóc**

**Nhận xét:** Người bệnh “Tự tin” trong việc tự giữ gìn để suy tim không nặng lên là 54,6%; “Tự tin” trong việc đánh giá mức độ biểu hiện suy tim là 45,8%; “Tự tin” trong việc nhận ra các thay đổi về sức khỏe là 30,3%.

#### IV. BÀN LUẬN

##### - Về tuổi

Người bệnh có độ tuổi từ 60-90 chiếm tỷ lệ 60,8%, bệnh nhân có độ tuổi từ 30-49 chiếm tỷ lệ 5,8%, ở độ tuổi trên 70 chiếm tỷ lệ 15%. Kết quả nghiên cứu này tương tự với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Anh (2016) [8] với độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm nghiên cứu từ 60-90 chiếm 65% tuổi, người ít tuổi nhất là 23 tuổi và cao tuổi nhất là 89 tuổi.

##### - Về trình độ học vấn

Qua nghiên cứu ta thấy suy tim có mặt ở tất cả các trình độ học vấn, người bệnh có trình độ trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất (66,67%); trình độ đại học, cao đẳng chiếm tỷ lệ thấp nhất (20,83%), tuy nhiên vẫn còn bệnh nhân không biết chữ chiếm tỷ lệ 12,5% .. Điều này có điểm chung với nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Anh (2016) [8], Phạm Thị Hồng Nhung (2019) [9] với người bệnh có trình độ trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt 41,0% và 51,1%.

##### - Thông tin về việc người bệnh nhận được một số hướng dẫn về tự chăm sóc

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tất cả 120 người bệnh nằm viện điều trị suy tim đều cho biết họ đã nhận được một số hướng dẫn nhất định về điều trị và chăm sóc suy tim như cách uống thuốc hướng dẫn chế độ ăn và thay đổi lối sống. Tuy nhiên, rất ít (10%) người bệnh được hướng dẫn về cách tự theo dõi biểu hiện bệnh và biện pháp xử lý phù hợp khi bệnh diễn biến. Đặc biệt không có người bệnh nào nhận được những hướng dẫn về hành vi phòng ngừa trong suy tim. Qua nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy phần lớn người bệnh mong muốn được biết các thông tin về điều trị và chăm sóc sau điều trị như điều trị bằng thuốc, chế độ ăn uống, biến chứng... Đặc biệt hành vi phòng ngừa chưa được người bệnh đánh giá đúng tầm quan trọng trong điều trị bệnh.

##### \* Thực trạng kiến thức tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn

##### -Kiến thức chung

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 58% người bệnh suy tim mạn có kiến thức về tự chăm sóc ở mức khá và 42% người bệnh có kiến thức ở mức trung bình, không có người bệnh nào có kiến thức ở mức kém và tốt. Nghiên cứu của chúng tôi có điểm tương đồng với nghiên cứu Phạm Thị Hồng Nhung [9], Mặc dù nhiều người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi hay trong nghiên cứu Phạm Thị Hồng Nhung cũng đã nhận được một số hướng dẫn nhất định về tự chăm sóc

nhưng chưa được đầy đủ, điều này có thể do người bệnh quên và có thể do các hướng dẫn trước đây chưa thường quy chưa hệ thống hoặc phương pháp hướng dẫn còn chưa phù hợp.

- **Kiến thức về sử dụng thuốc:** Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh có kiến thức đúng về thuốc và sử dụng chưa cao. Cụ thể là chỉ có 62,5% người bệnh hiểu đúng về tác dụng của thuốc lợi tiểu, 54,2% người bệnh hiểu đúng về việc khi sử dụng thuốc lợi tiểu phải bổ sung thêm Kali. Nghiên cứu Phạm Thị Hồng Nhung [9] có 37,8% người bệnh hiểu đúng về tác dụng của thuốc lợi tiểu, 20% người bệnh hiểu đúng về việc khi sử dụng thuốc lợi tiểu phải bổ sung thêm Kali. Ở nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Anh [8] thì tỷ lệ này là 27,5% người bệnh hiểu đúng về việc khi sử dụng thuốc lợi tiểu phải bổ sung thêm Kali. Như vậy thực trạng kiến thức sử dụng thuốc trong nghiên cứu của chúng tôi khả quan hơn so với 2 nghiên cứu trên. Tuy nhiên, tỷ lệ hiểu biết về tác dụng của thuốc lợi tiểu của nghiên cứu Wal M.H và cộng sự [11] thì cao hơn nghiên cứu của chúng tôi rất nhiều (84%) [6].

- **Kiến thức về theo dõi cân nặng:** Người bệnh có nhận thức đúng về tăng cân nặng cơ thể chiếm tỷ lệ chưa cao chỉ đạt 51,7%, người bệnh có nhận thức đúng tự theo dõi cân nặng hàng ngày chiếm 40,8% và người bệnh có nhận thức đúng về thời gian tốt nhất để cân vào buổi sáng chỉ chiếm 32,5%. Cùng với vấn đề này ở nghiên cứu Phạm Thị Hồng Nhung [9] lần lượt là (33,3%; 15,6%; 41,1%). Nghiên cứu Trần Thị Ngọc Anh [8] với 19% người bệnh có kiến thức đúng về tự theo dõi cân nặng và 46% người bệnh có kiến thức đúng về thời gian tốt nhất để cân là vào buổi sáng. Kết quả 3 nghiên cứu này cho thấy kiến thức về theo dõi cân nặng còn thấp nhìn chung chưa vượt quá 50% cho thấy việc tư vấn GDSK về theo dõi cân nặng ở Việt Nam chưa được thật sự chú trọng. Người bệnh chưa được hiểu rõ về lý do phải theo dõi cân nặng hàng ngày, chưa được hướng dẫn cách theo dõi cân nặng đúng cách.

- **Kiến thức về chế độ ăn hạn chế muối:** Kết quả nghiên cứu cho thấy kiến thức về chế độ ăn giảm muối của người bệnh còn chưa tốt. Cụ thể là người bệnh có kiến thức đúng về loại thức ăn có chứa nhiều muối và loại thực phẩm có chứa ít muối nhất chiếm (35%; 57,5%). Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Anh [8] với 2 tỷ lệ trên (52,5%; 88,5%). Lý giải cho sự khác biệt giữa hai nghiên cứu này có thể là do cỡ mẫu khác nhau (120 - 200), địa điểm nghiên cứu khác nhau và trình độ học vấn của người bệnh khác nhau trong 2 nghiên cứu.

- **Kiến thức về hạn chế chất lỏng:** Kiến thức về hạn chế chất lỏng của người bệnh trong nghiên cứu này còn chưa tốt. Người bệnh chưa có kiến thức đúng về phân biệt chất lỏng chiếm tỷ lệ 64,2% và hầu hết người bệnh (94,2%) không biết kiến thức về “người bệnh suy tim đang phải cố gắng giới hạn lượng chất lỏng đưa vào, để giảm cơn khát nước người bệnh có thể nhai kẹo cao su hoặc ngậm kẹo cứng”. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Anh [8] với kết quả lần lượt hai vấn đề trên là (47,5%; 96%) và Phạm Thị Hồng Nhung [9] với tỷ lệ (34,4%; 66,7%). Như vậy qua kết quả 3 nghiên cứu chúng tôi thấy được thực trạng chung của người bệnh suy tim về kiến thức hạn chế chất lỏng là còn hạn chế.

- **Kiến thức về hành vi phòng ngừa :** qua nghiên cứu cho thấy nhận thức đúng của người bệnh về hành vi phòng bệnh còn thấp chiếm tỷ lệ 15,8%.

- **Kiến thức đúng về một số hoạt động tự điều trị:** Kết quả nghiên cứu cho thấy, hầu hết người bệnh có kiến thức về một số hoạt động tự điều trị đạt mức tốt. Cụ thể Người bệnh có kiến thức đúng về “Hạn chế ăn muối” 91,7%. Tuy nhiên, chỉ có 32,5% người bệnh có kiến thức đúng về “Hạn chế uống nhiều nước” và 54,2% người bệnh có kiến thức đúng về “không bỏ thuốc suy tim khi thấy bệnh khỏe hơn”. Kết quả chưa tốt này có thể do nhận thức về phân loại chất lỏng với 64,2% người bệnh không phân biệt được chất lỏng và 72,5% người bệnh không hiểu đúng về việc quên uống thuốc cần uống ngay khi nhớ ra (bảng 4). Ngoài ra, kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Anh [8] với 93,5% người bệnh có kiến thức đúng về “hạn chế muối trong chế độ ăn” và chỉ có 40,5% người bệnh có kiến thức đúng về “hạn chế uống nhiều nước”.

\* **Kết quả thực hành duy trì tự chăm sóc**

- **Hành vi tự theo dõi cân nặng:** Thực hành của người bệnh về tự theo dõi cân nặng chưa tốt với tỷ lệ (54,2%) không hoặc hiếm khi theo dõi cân nặng và chỉ có 03 người bệnh (2,5%) theo dõi cân nặng hàng ngày. Theo nghiên cứu của WalMH và cộng sự [11] có tới 35,0% người



bệnh theo dõi cân nặng hàng ngày. Lý giải cho sự khác biệt này có lẽ do người dân Việt Nam nói chung và người bệnh suy tim mạn ở Việt Nam nói riêng đều ít khi theo dõi cân nặng của mình.

- **Hành vi theo dõi phù chân:** Qua kết quả nghiên cứu người bệnh không hoặc hiếm khi theo dõi phù chân chưa tới 44,2%. Có 11,7% người bệnh thực hiện theo dõi phù hàng ngày, tỷ lệ này cho thấy sự tương ứng giữa thông tin người bệnh nhận được khi nằm viện về tự theo dõi và xử lý khi xuất hiện biểu hiện của bệnh chỉ có 10,8% (bảng 2).

- **Hành vi ăn giảm muối:** Tỷ lệ người bệnh hiếm khi và thỉnh thoảng ăn giảm muối là 21,7% - 36,7% cao hơn trong nghiên cứu của Kiều Thị Thu Hằng [12] nghiên cứu có kết quả 43% người bệnh không thực hiện đúng về chế độ ăn giảm muối. Sự khác biệt này được lý giải có thể do điều kiện, môi trường sống của người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu sống ở vùng nông thôn với trình độ dân trí không cao nên đảm bảo duy trì thường xuyên hành vi ăn nhạt tương đối là khó khăn.

- **Hành vi quên uống một thuốc trong đơn thuốc hàng ngày:** Kết quả nghiên cứu cho thấy có ít người bệnh không hoặc hiếm khi quên uống thuốc (20,83%), thậm chí có đến hơn một nửa số người bệnh (52,5%) thỉnh thoảng quên uống thuốc. Lý giải cho điều này, nghiên cứu định tính về “Những khó khăn trong tự chăm sóc người bệnh suy tim tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định” của tác giả Phạm Thị Thu Hương [13] đã chỉ ra rằng: việc uống thuốc cũng gây khó khăn cho người bệnh. Do tác dụng của thuốc lợi tiểu “đêm dậy đi tiểu chực lần”, cũng ảnh hưởng đến giấc ngủ của người bệnh rồi có người bệnh “về nhà không uống thuốc nữa” hoặc “sau khi ra viện, uống hết đơn thấy bình thường thì thôi”.

\* **Thực hành quản lý chăm sóc:**

- **Kết quả thực hành quản lý chăm sóc:** kết quả nghiên cứu cho thấy việc nhận ra nhanh chóng các dấu hiệu của bệnh suy tim có 25,6% người bệnh. Có thực hiện ăn giảm muối và giảm lượng nước uống vào khi phù/khó thở là 23,1% và 29,3%. Người bệnh đánh giá thực hiện các biện pháp quản lý tự chăm sóc chắc chắn và rất chắc chắn hiệu quả giúp cải thiện tình trạng phù, khó thở là 27,8%. Như vậy có ít người bệnh (25,6%) nhận ra nhanh chóng biểu hiện phù/khó thở là biểu hiện của bệnh suy tim. Lý giải cho điều này chúng tôi dựa theo nghiên cứu định tính của Phạm Thị Thu Hương: cũng có những người bệnh không thể nhận ra các triệu chứng dù đã bị bệnh nhiều năm, người bệnh nhầm lẫn với bệnh thận, đi khám mới biết là tim thậm chí có người bệnh cho rằng dấu hiệu nặng mặt là do ngủ nhiều [13]. Mặt khác có thể do người bệnh thỉnh thoảng hoặc không duy trì hành vi theo dõi phù (bảng 6) 45,9% nên khi có triệu chứng xuất hiện ít có kinh nghiệm phát hiện nhanh.

- **Về sự tự tin:** người bệnh tự tin trong tự giữ gìn để suy tim không nặng là 54,6%; người bệnh tự tin trong việc đánh giá mức độ biểu hiện suy tim là 45,8%; người bệnh tự tin trong việc nhận ra thay đổi sức khỏe là 30,3%. Như vậy sự tự tin của người bệnh ở nghiên cứu còn thấp. Lý giải điều này cho nghiên cứu của chúng tôi có thể do thông tin kiến thức, thực hành tự chăm sóc của người bệnh đã được tiếp cận nhưng chưa được đồng nhất (từ gia đình, nguồn báo chí và nguồn ti vi, internet với tỷ lệ lần lượt là 40,8%; 37,5% và 17,5% (Bảng 3); việc tự theo dõi và xử trí khi xuất hiện triệu chứng bệnh chỉ có 10% người bệnh được hướng dẫn. Vì vậy, người bệnh chưa đủ tự tin để thực hành tự chăm sóc bản thân một cách ưu việt nhất.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ người bệnh có kiến thức và thực hành tự chăm sóc còn thấp. Về kiến thức tỷ lệ khá là 42%, trung bình là 58%. Bên cạnh đó, chỉ có 10% người bệnh được hướng dẫn về cách tự theo dõi biểu hiện bệnh và biện pháp xử lý phù hợp khi bệnh diễn biến. Đặc biệt không có người bệnh nào nhận được những hướng dẫn về hành vi phòng ngừa trong suy tim. Về thực hành chỉ có tỷ lệ này cho thấy sự tương ứng giữa thông tin người bệnh nhận được khi nằm viện về tự theo dõi và xử lý khi xuất hiện biểu hiện của bệnh chỉ có 10,8% (bảng 2); có ít người bệnh (25,6%) nhận ra nhanh chóng biểu hiện phù/khó thở là biểu hiện của bệnh suy tim và 30,3% người bệnh đạt tự tin trong tự chăm sóc. Do đó, cần tăng cường công tác GDSK cho người tại khoa khi bệnh nhân đến điều trị và khi ra viện cần chú trọng hướng tới giáo dục về cách tự theo dõi bệnh, cung cấp kiến thức và hướng dẫn thực hành các

biện pháp xử trí đối với mỗi tình huống diễn biến bệnh tại nhà hoặc cộng đồng trước khi đến cơ sở y tế hoặc nhận được sự trợ giúp của nhân viên y tế.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế Việt Nam (2020), Quyết định số 1762/QĐ-BYT ngày 17 tháng 4 năm 2020 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim mạn tính, < <https://kcb.vn/vanban>> truy cập ngày 08/7/2020.
2. Ponikowski P, Anker S. D, AlHabib K. F et al (2014). Heart failure: preventing disease and death worldwide. ESC Heart Fail, 1(1), p. 1-25.
3. Phạm Nguyễn Vinh và các cộng sự (2008). Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa, Khuyến cáo 2008 của Hội tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán, điều trị suy tim, Nhà xuất bản y học, thành phố Hồ Chí Minh, tr.438-450.
4. Ross J. S, Chen J, Lin Z. Q et al (2009). Recent National Trends in Readmission Rates after Heart Failure Hospitalization. Circulation: Heart Failure, 3(1), pp. 97-103.
5. Lam C. S. P (2015). Heart failure in Southeast Asia: facts and numbers. ESC Heart Fail, 2(2), pp. 46-49.
6. Spies C. D, Sander M, Stangl K et al (2001). Effects of alcohol on the heart Current Opinion in Critical Care, 7, pp. 337-343.
7. Nguyễn Thị Hồng Hải (2017). Thực trạng hành vi tự chăm sóc ở người cao tuổi suy tim đang được điều trị tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam Cu Ba - Đồng Hới - Quảng Bình, Luận văn thạc sỹ Điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
8. Trần Thị Ngọc Anh (2016). Kiến thức và thực hành tự chăm sóc ở nhà của người bệnh suy tim mạn tính tại viện Tim Mạch Việt Nam, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. Phạm Thị Hồng Nhung (2019). Đánh giá thay đổi kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn tại khoa Nội Tim mạch Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2018. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 2, tr. 22-27.
10. Ông Thị Mai Thương (2016). Thực trạng tiếp cận dịch vụ y tế của hộ nghèo ở thành thị. Tạp chí Khoa học – Công nghệ Nghệ An, 9, tr.21 – 26.
11. Wal M. H. L. V. D, Jaarsma T, Moser D. K et al (2006). Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. Eur Heart J, 27(4), pp. 434-440.
12. Kiều Thị Thu Hằng (2011). Bước đầu ứng dụng thang điểm SCHFI đánh giá vấn đề tự chăm sóc của bệnh nhân suy tim được điều trị tại viện Tim mạch Việt Nam, Cử nhân y khoa, Trường Đại học y Hà Nội.
13. Phạm Thị Thu Hương và các cộng sự (2018). Những khó khăn trong tự chăm sóc ở người bệnh suy tim tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. Tạp chí khoa học Điều dưỡng, 01 (01), tr. 53-60.

# NGHIÊN CỨU TỶ LỆ ĐỒNG NHIỄM HCV VÀ KIẾN THỨC VỀ BỆNH VIÊM GAN C TRÊN BỆNH NHÂN HIV/AIDS TẠI PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ HIV BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023

Phạm Hữu Kiệt, Nguyễn Thị Trúc Loan,  
Phạm Thanh Hải, Võ Thị Kim Oanh

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Gần ba thập kỷ sau khi ca bệnh đầu tiên được mô tả vào năm 1981, HIV/AIDS nay đã trở thành đại dịch và lan rộng trên phạm vi toàn cầu. Đến cuối năm 2020 trên toàn thế giới có khoảng 37,7 triệu người nhiễm HIV còn sống [1]. Cho đến nay HIV vẫn là căn bệnh lây truyền nguy hiểm nhất đe dọa sức khỏe cộng đồng. Ở Việt Nam, theo báo cáo của Bộ Y Tế, tính đến cuối năm 2022, số lượng người mắc HIV hiện còn sống là 242.000 người [2]. Các nghiên cứu gần đây cho thấy tại Việt Nam, tỉ lệ đồng nhiễm viêm gan C trên người nhiễm HIV khoảng 34,4% (26%-44%) [4],[5].

### Mục tiêu nghiên cứu:

1. Xác định tỷ lệ đồng nhiễm HCV ở những bệnh nhân HIV dương tính đang điều trị tại phòng khám ngoại trú HIV Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang.
2. Đánh giá kiến thức về đường lây truyền, cách phòng tránh viêm gan C trên bệnh nhân HIV đang điều trị tại phòng khám ngoại trú HIV Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 64 người bệnh tại Phòng khám ngoại trú HIV khoa Truyền Nhiễm Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 03/2022 đến tháng 06/2023.

**Kết quả nghiên cứu:** Trong nghiên cứu chúng tôi có 64 bệnh nhân, tuổi trung bình  $43.30 \pm 7.44$ , tuổi nhỏ nhất 27, tuổi lớn nhất 65. Nam là 67,2% cao gấp hơn 2 lần so với nữ 32,8%. Nghề nghiệp chủ yếu của bệnh nhân là lao động tự do (81,12%), hơn 1/3 bệnh nhân có Vợ/chồng bị nhiễm HIV chiếm 37.5%. Trong 64 bệnh nhân nhiễm viêm gan virus C từ bệnh nhân HIV có 73,4% bệnh nhân cho rằng mình nhiễm do quan hệ tình dục không an toàn. Có 89,1% ý kiến cho rằng bệnh viêm gan virus C có khả năng chữa khỏi bệnh còn bệnh HIV thì không chữa khỏi.

**Kết luận:** Tỷ lệ nhiễm HCV trong nhóm bệnh nhân HIV ngày càng tăng, do đó điều quan trọng nhất là nhóm đối tượng nhiễm HIV phải được tầm soát HCV càng sớm càng tốt. Tư vấn phòng lây nhiễm, các biến chứng và khả năng tái nhiễm mới, áp dụng các biện pháp dự phòng để tránh lây nhiễm HCV ra cộng đồng và đặc biệt tái nhiễm HCV sau khi đã điều trị khỏi.

**Từ khóa:** HIV, Viêm gan virus C, đồng nhiễm

## SUMMARY

### STUDY ON THE PREVALENCE OF HCV CO-INFECTION AND KNOWLEDGE ABOUT HEPATITIS C DISEASE IN HIV/AIDS PATIENTS AT THE HIV OUTPATIENT CLINIC OF AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2023

**Background:** Nearly three decades after the first case was described in 1981, HIV/AIDS has now become a pandemic and spread globally. By the end of 2020, there were about 37.7 million people living with HIV worldwide [1]. To date, HIV is still the most dangerous infectious disease threatening public health. In Vietnam, according to a report from the Ministry of Health, by the end of 2022, the number of people living with HIV is 242,000 [2]. Recent studies show that in Vietnam, the rate of hepatitis C co-infection in HIV-infected people is about 34.4% (26%-44%) [4], [5]

### Objectives:

1. Determine the rate of HCV co-infection in HIV-positive patients being treated at the HIV outpatient clinic of An Giang Central General Hospital.
2. Assess knowledge about transmission routes and ways to prevent hepatitis C in HIV patients being treated at the HIV outpatient clinic of An Giang Central General Hospital.

**Research Methods:** Descriptive cross-sectional study on 64 patients at the HIV Outpatient Clinic, Department of Infectious Diseases, An Giang Central General Hospital from March 2022 to June 2023.

**Results:** In our study there were 64 patients, average age  $43.30 \pm 7.44$ , youngest age 27, oldest age 65. Men were 67.2%, more than 2 times higher than women 32.8%. The main occupation of patients is self-employed (81.12%), more than 1/3 of patients have a spouse infected with HIV, accounting for 37.5%. Among 64 patients infected with hepatitis C virus from HIV patients, 73.4% of patients believed they were infected due to unsafe sex. There are 89.1% of opinions that hepatitis C virus can be cured while HIV cannot be cured

**Conclusion:** The rate of HCV infection among HIV patients is increasing, so it is most important that HIV-infected subjects be screened for HCV as soon as possible. Counseling on infection prevention, complications and the possibility of new reinfection, applying preventive measures to avoid HCV infection in the community and especially HCV reinfection after treatment.

**Keywords:** HIV, Hepatitis C virus, coinfection

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan virus là bệnh truyền nhiễm phổ biến gây ra hậu quả nghiêm trọng về sức khỏe và dẫn đến tử vong do các biến chứng nguy hiểm như suy gan cấp, xơ gan và ung thư gan. Có 5 loại viêm gan virus, trong đó viêm gan virus B và C lây truyền tương tự như HIV bao gồm qua đường máu, quan hệ tình dục, từ mẹ sang con và có ảnh hưởng đến sức khỏe. Ngoài ra người đồng nhiễm viêm gan virus C/HIV thì HIV làm tăng tỉ lệ nhiễm viêm gan C cấp tính thành mạn tính đặc biệt tăng tiến triển thành xơ gan và ung thư gan, ngay cả khi đã điều trị HIV bằng ARV, trên người nhiễm HIV bị viêm gan virus C thì việc điều trị HIV bằng ARV có thể làm tăng tác dụng phụ gây độc tính lên gan của thuốc ARV [6]. Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang đã triển khai phòng khám quản lý điều trị ngoại trú HIV nhưng chưa có nghiên cứu về tỷ lệ đồng nhiễm của viêm gan virus C trên đối tượng HIV vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: (1) Xác định tỷ lệ đồng nhiễm HCV ở những bệnh nhân HIV dương tính đang điều trị tại phòng khám ngoại trú. (2) Đánh giá kiến thức về đường lây truyền, cách phòng tránh viêm gan virus C trên bệnh nhân HIV đang điều trị tại phòng khám ngoại trú Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu:

#### 1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân đã được xét nghiệm khẳng định HIV dương.
- Bệnh nhân đã đáp ứng đầy đủ các điều kiện đăng ký điều trị ARV tại phòng khám như: giấy xác nhận khẳng định HIV(+) bản gốc, photocopy giấy chứng minh nhân dân, ký xác nhận vào phiếu tham gia điều trị, có người hỗ trợ điều trị.

#### 1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Những bệnh nhân từ chối không tham gia vào nghiên cứu.
- Những bệnh nhân điều kiện sức khỏe không cho phép, gặp khó khăn trong việc giao tiếp.

### 2. Thiết kế nghiên cứu:

 Nghiên cứu mô tả cắt ngang

**3. Cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu:** Sau khi đã xét các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ chúng tôi chọn được 64 bệnh nhân đưa vào nghiên cứu.

**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.

- Một số đặc điểm về mẫu nghiên cứu như: tuổi, nhóm tuổi, giới, nơi sinh sống, tình hình sử dụng ma túy.

- Đánh giá kiến thức của bệnh nhân về đường lây truyền, cách phòng chống bệnh viêm gan virus C.

**6. 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

Từ tháng 03 năm 2022 đến tháng 06 năm 2023 với 857 ca nhiễm HIV đang điều trị tại phòng khám HIV của khoa Truyền Nhiễm và được tư vấn xét nghiệm viêm gan siêu vi C, trong đó 64 bệnh nhân có Anti HCV(+) bằng phương pháp xét nghiệm miễn dịch tự động. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 64 bệnh nhân có HCV(+).

#### 3.1. Mô tả một số đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
<b>Tuổi Trung bình</b>	43.30 ± 7.44	
<b>Giới tính</b>		
<b>Nam</b>	43	67.2
<b>Nữ</b>	21	32.8
<b>Nghề Nghiệp</b>		
Viên chức	12	18.8
Lao động tự do	52	81.2
<b>Địa chỉ</b>		
Thành thị	25	39.1
Nông thôn	39	60.9
<b>Tiền sử gia đình</b>		
Vợ/chồng	24	37.5
Con	1	1.6
Không	38	59.4

**Nhận xét:** Trong số 64 bệnh nhân tham gia nghiên cứu thì số lượng nam giới là 43 bệnh nhân (67,2%), gấp hơn 2 lần nữ giới 21 bệnh nhân (32,8%).

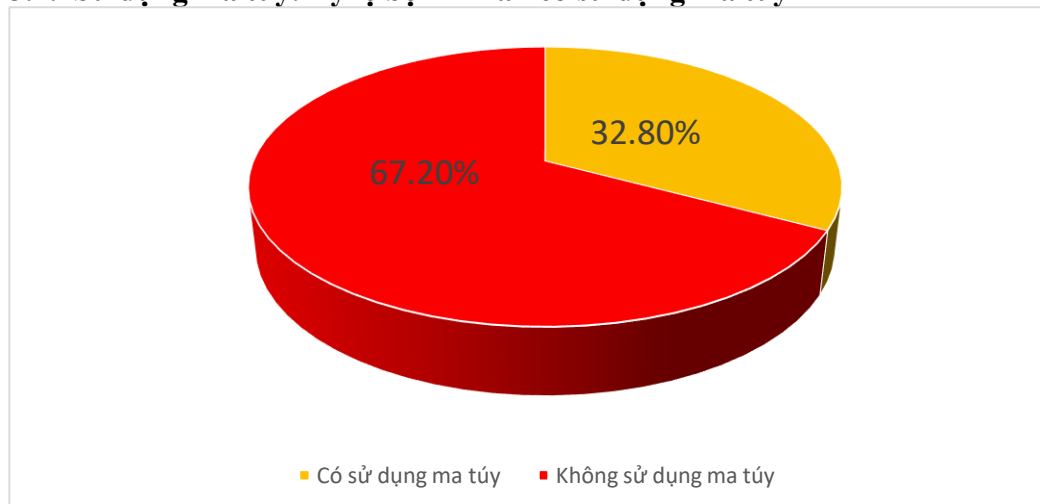
Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu này là 43.30 ± 7.44. Bệnh nhân nhiều tuổi nhất là 65 tuổi và bệnh nhân ít tuổi nhất là 27 tuổi.

Nghề nghiệp chủ yếu của bệnh nhân là lao động tự do (81,12%) , viên chức chỉ chiếm tỷ lệ rất nhỏ (18,8%)

Bệnh nhân chủ yếu đang sống ở các huyện lân cận chiếm 60,9%. Còn lại sống tại thành phố Long Xuyên 39,1%

Hơn 1/3 bệnh nhân có Vợ/chồng bị nhiễm HIV chiếm 37.5%

#### 3.2. Sử dụng ma túy: Tỷ lệ bệnh nhân có sử dụng ma túy



**Biểu đồ 01: Tỷ lệ sử dụng ma túy**  
**Bảng 02: Tỷ lệ nghiện ma túy theo giới**

	Giới tính				Tổng	
	Nam		Nữ		n	%
	n	%	n	%		
Có nghiện ma túy	13	30.2	8	38.1	21	32.8
Không nghiện ma túy	30	69.8	13	61.9	43	67.2
Tổng	43	100	21	100	64	100

**Nhận xét:** Số bệnh nhân nghiện ma túy là 21 bệnh nhân chiếm 32,8%. Kết quả cũng chỉ ra rằng tỷ lệ nghiện ma túy ở nam giới là 30,2%, trong khi đó ở nữ giới chỉ là 38,1%.

**Bảng 03: Đường sử dụng ma túy**

Đường sử dụng ma túy	Tần số(n)	Tỷ lệ(%)
Hít	6	28.6
Tiêm chích	15	71.4
Tổng	21	100

**Nhận xét:** Số bệnh nhân sử dụng ma túy theo đường tiêm chích là chủ yếu 71,4%, còn lại là đường hít 28,6%.

### 3.3. Phỏng vấn Kiến thức của bệnh nhân HIV về bệnh viêm gan C

**Bảng 04: Đường lây truyền viêm gan vi rút C**

Đường lây truyền	Số lượng	Tỷ lệ(%)
Quan hệ tình dục không an toàn	47	73.4
Do dùng chung bơm kim tiêm	4	6.3
Qua ăn uống	10	15.6
Tổng	64	100

**Nhận xét:** Trong 64 bệnh nhân được hỏi rằng mình bị nhiễm viêm gan virus C từ đâu có 73,4% bệnh nhân cho rằng mình nhiễm do quan hệ tình dục không an toàn, 6,3% cho rằng dùng chung bơm kim tiêm, có 15,6% trường hợp cho rằng lây do ăn uống.

### 3. 4. Nhận xét về chi phí điều trị bệnh viêm gan C

**Bảng 05: Chi phí điều trị viêm gan C**

Nhận xét về chi phí điều trị viêm gan virus C	Số lượng	Tỷ lệ(%)
Đắt nhưng có thể chịu được	14	21.9
Rất đắt, không có tiền chữa	32	50
Không biết	18	28.1
Tổng	64	100

**Nhận xét:** Kết quả nghiên cứu cho thấy 21,9% bệnh nhân cho rằng chi phí điều trị đắt nhưng có thể chịu được, 50% bệnh nhân cho rằng chi phí rất đắt họ không có khả năng chi trả, 28,1% bệnh nhân không biết hoặc không trả lời.

### 3.5. Đánh giá so sánh mức độ nguy hiểm của bệnh HIV và viêm gan virus C

**Bảng 06: So sánh mức độ nguy hiểm của bệnh HIV và viêm gan virus C**

Mức độ nguy hiểm của bệnh	Số lượng	Tỷ lệ(%)
Bệnh HIV	63	98.4
Bệnh viêm gan virus C	0	0
Ngang nhau	1	1.6
Tổng số	64	100

**Nhận xét:** Khi được hỏi về mức độ nguy hiểm của bệnh, kết quả thu được như sau: 98,4% bệnh nhân cho rằng bệnh HIV là nguy hiểm nhất, 1,6% bệnh nhân cho rằng cả 2 bệnh có mức nguy hiểm ngang nhau, không có ý kiến nào cho rằng bệnh viêm gan virus C là nguy hiểm.

### 3.6. Đánh giá kiến thức về khả năng chữa khỏi của bệnh nhân HIV, Viêm gan C

**Bảng 07: Kiến thức về khả năng chữa khỏi của bệnh nhân HIV, Viêm gan C**

Khả năng chữa khỏi bệnh	Số lượng	Tỷ lệ(%)
Bệnh viêm gan virus C	57	89.1
Bệnh HIV	0	0
Không biết	7	10.9
Tổng	64	100

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu này khi được hỏi về khả năng chữa khỏi của bệnh HIV viêm gan virus C thì có 57 ý kiến cho rằng bệnh viêm gan virus C có khả năng chữa khỏi chiếm 89,1% còn 7 bệnh cho rằng không biết chiếm 10,9%, không bệnh nhân nào nói bệnh HIV là chữa khỏi.

## IV. BÀN LUẬN

### 4. 1. Đặc điểm của nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu

Tuổi trung bình bệnh nhân trong nghiên cứu là  $43.30 \pm 7.44$ , bệnh nhân nhiều tuổi nhất là 65 tuổi, bệnh nhân ít tuổi nhất là 27 tuổi, nghiên cứu Đỗ Duy Cường bệnh viện Bạch Mai tuổi trung bình  $35,6 \pm 9,5$  [6].

Trong nghiên cứu tỷ lệ nam giới là 67,2% cao gấp hơn 2 lần so với nữ giới 32,8%. Có sự chênh lệch giữa hai giới như vậy là do nam giới là đối tượng tiếp xúc với nguy cơ lây nhiễm HIV cao hơn nữ giới. Tương tự như nghiên cứu Trần Xuân Khánh và cộng sự [5].

Kết quả nghiên cứu cho thấy HIV gặp ở các nhóm ngành nghề lao động tự do 81,2%, viên chức chỉ chiếm 18,8%. Điều này có thể lý giải bởi đối tượng lao động tự do công việc không ổn định, nay đây mai đó cộng với trình độ không cao nên dễ mắc các tệ nạn xã hội tiêm chích, mại dâm...nên dễ dàng nhiễm HIV.

Trong nghiên cứu này cho thấy ngoài bệnh nhân của Long Xuyên chiếm 39,1%, còn hơn 60,9 % bệnh nhân đến rải rác các huyện lân cận.

### 4. 2. Tỷ lệ người bệnh có sử dụng ma túy

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nghiện ma túy là khá cao chiếm đến 32,8%. Cả nam và nữ là như nhau, hầu hết các đối tượng sử dụng ma túy theo đường tiêm chích và đây cũng có thể là đường lây nhiễm HIV, HCV của các đối tượng này và có khả năng cũng là con đường lây truyền bệnh cho các đối tượng khác.

### 4. 3. Tình hình đồng nhiễm HCV trên bệnh nhân HIV

Trong nghiên cứu khi được hỏi về đường lây truyền của viêm gan virus C trên 64 bệnh nhân trả lời là mắc viêm gan virus C do quan hệ tình dục không an toàn là cao nhất (73,4%), dùng chung bơm tiêm khi tiêm chích ma túy chỉ chiếm (6,3%) và đây vẫn là 2 con đường lây truyền chính của virus viêm gan C [4],[9]. Đặc biệt có 10 trường hợp đã cho rằng mình nhiễm viêm gan virus C là do lây qua ăn uống đây là quan niệm hoàn toàn sai lầm.

Khi được hỏi về mức độ nguy hiểm của bệnh đa số cho rằng bệnh HIV là nguy hiểm nhất chiếm 98,4% cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Đỗ Duy Cường (55,7%) [6] , chỉ có 01 bệnh nhân cho rằng cả 2 bệnh có mức nguy hiểm ngang nhau, không có ý kiến nào cho bệnh viêm gan virus C là nguy hiểm, nhưng thực tế bệnh viêm gan virus C là rất nguy hiểm nếu không phát hiện sớm và điều trị kịp thời.

Trong nghiên cứu này có tới 57 ý kiến cho rằng bệnh viêm gan virus C có khả năng chữa khỏi chiếm 89,1% đó cũng là điều tất yếu nếu được phát hiện sớm, hiện nay chúng ta đã có thuốc kháng virus điều trị viêm gan siêu vi C, BHYT vẫn thanh toán đúng chế độ. Có 07 bệnh cho rằng không biết bệnh HIV, viêm gan virus C có khả năng chữa được không chiếm 10,9%.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu khảo sát 64 bệnh nhân HIV điều trị tại phòng khám ngoại trú Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang, chúng tôi nhận thấy: Những người nhiễm HIV chủ yếu là nhóm lao động tự do. Tỷ lệ đồng nhiễm HCV trên bệnh nhân HIV giữa nam và nữ thì nam chiếm 2/3 nữ. Tỷ lệ có sử dụng ma túy giữa nam và nữ là như nhau, thậm chí nữ còn sử dụng ma túy nhiều hơn nam. Nghiên cứu này còn khuyến cáo tư vấn cho các bệnh nhân HIV/HCV đi tái khám

đúng lịch điều trị đủ nhất là khả năng tái nhiễm mới, áp dụng các biện pháp dự phòng để tránh lây nhiễm HCV ra cộng đồng và đặc biệt tái nhiễm HCV sau khi đã điều trị khỏi.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Báo cáo cập nhật tình hình dịch AIDS năm 2020/ UNAIDS – WHO, [www.unaids.org](http://www.unaids.org) ngày 05 tháng 05 năm 2021.
2. Bộ Y tế (2022), “Tình hình nhiễm HIV/AIDS ở Việt Nam tính đến 16/12/2022”.
3. Bộ Y tế (2009), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS”, Ban hành kèm theo quyết định số 3003/QĐ-BYT ngày 19/8/2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
4. Hoàng Thị Ngọc Bích, Hoàng Anh Tuấn và cộng sự (2014) “Thực trạng đồng nhiễm HBV, HCV ở người nhiễm HIV/AIDS tại Bệnh viện A Thái Nguyên”.
5. Trần Xuân Khánh, Phạm Văn Bảo và cộng sự (2014) “Thực trạng đồng nhiễm HBV, HCV ở bệnh nhân HIV tại các phòng khám ngoại trú tỉnh Hưng Yên”.
6. Đỗ Duy Cường, Nông Minh Vương, Trần Xuân Bách và cộng sự (2012) “Tìm hiểu tỷ lệ đồng nhiễm HBV, HCV và kiến thức về bệnh viêm gan virus B, C trên bệnh nhân HIV/AIDS điều trị tại phòng khám ngoại trú HIV Bệnh viện Bạch Mai”.
7. Anggorowatin, Yanoy, Heriyanto DS et al ( 2012) “Clinical and virological features of hepatitis B or C virus co-infection with HIV in Indonesian patients”. 108 (2) 105-134
8. Chisom ucheehukwu, Ulloaku Nto-Ezi mah et al (2020) “Prevalence of hepatitis B and C virus co-infection in HIV-positive patients receiving treatment in a healthcare facility in southeastern Nigeria”. 15 (7) 771-782
9. Hossein Norouzian, mohammadreza Gholami et al (2014) “Prevalence of HCV infection and HBV and HIV co-infection and associated risk factors among addicts in drug treatment centers, Lorestan province, Iran”. 10 (2) 168-179



# **SÁNG KIẾN**

# SÁNG KIẾN TRONG QUI TRÌNH KỸ THUẬT ĐO LƯU HUYẾT NÃO (REG)

Nguyễn Thanh Hòa, Nguyễn Thị Nhiệm

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lưu huyết não (Rheoenphalography – REG) là dòng máu chảy tới, chảy qua, tưới qua não. Đo hoặc ghi lưu huyết não, là ghi những thay đổi điện trở của não khi có dòng điện chạy qua. Cụ thể huyết não đồ là quá trình ghi lại đường biểu diễn biến đổi điện trở của mạch máu não khi có dòng điện xoay chiều tần số cao (30KHz) và cường độ yếu (1mA) chạy qua.

Đây là một phương pháp nhẹ nhàng nhất đối với bệnh nhân, nó không gây đau đớn, độc hại gì. Đo và đánh giá tình trạng dòng máu lưu huyết não sẽ giúp đánh giá tình trạng cụ thể của thành động mạch, trương lực mạch ở não, máu tưới qua não. Đo lưu huyết não giúp bác sĩ có thể đánh giá được huyết động của não cũng như những thay đổi trạng thái của chức năng mạch máu não.

Hiện nay, có nhiều phương pháp đánh giá tình trạng mạch máu não, được kể đến như siêu doppler đánh giá tình trạng động mạch cảnh đoạn ngoài sọ, điện não đồ và lưu huyết não đồ đánh giá tình trạng tuần hoàn trong sọ.

Việc phát hiện sớm những biến chứng cơ đích, đặc biệt là biến chứng mạch máu não là cần thiết góp phần tiên lượng bệnh và lựa chọn chiến lược điều trị, dự phòng ở bệnh nhân.

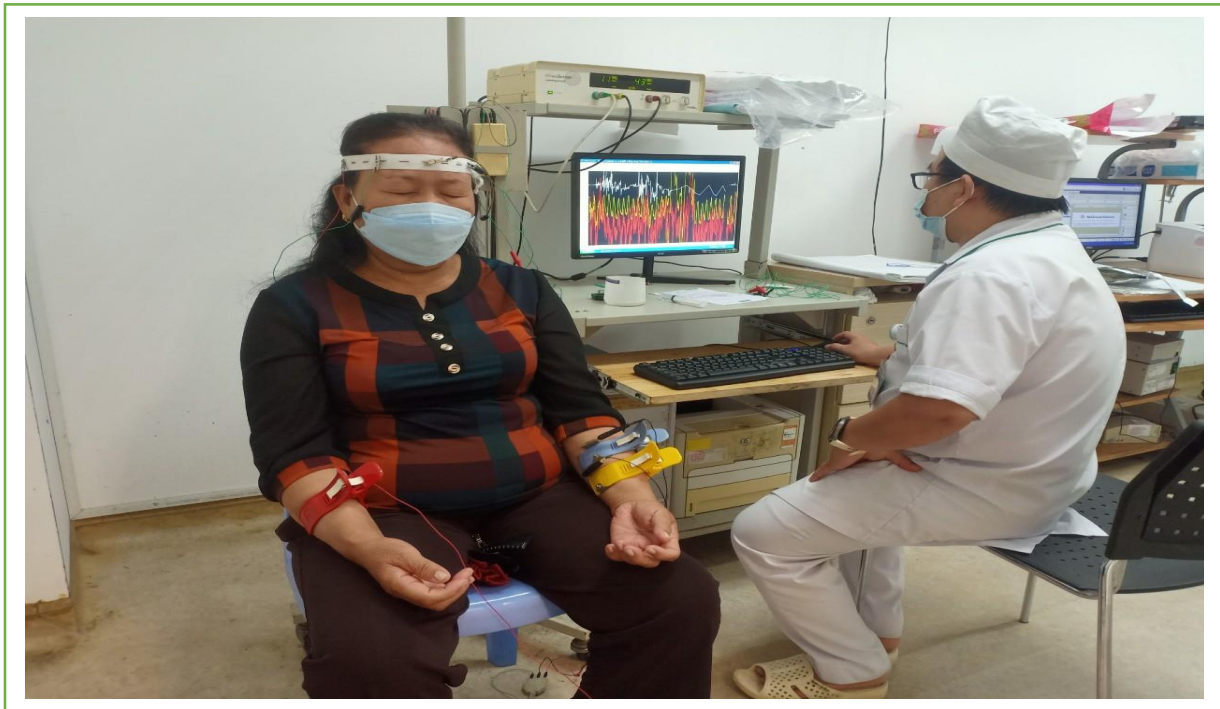
## II. ĐIỂM MỚI CỦA SÁNG KIẾN

Thay thế 03 miếng điện cực dán thành 03 cây kẹp điện cực trong kỹ thuật “Đo lưu huyết não”.

**Hình 1: Đo lưu huyết não trước sáng kiến**



**Hình 2: Đo lưu huyết não sau sáng kiến**



### **2.1. CHỈ ĐỊNH ĐO LƯU HUYẾT NÃO**

- Tất cả các bệnh nhân có bệnh thần kinh, đau đầu chóng mặt.
- Các bệnh nhân có rối loạn chức năng thần kinh.
- Các bệnh nhân tăng huyết áp, vữa xơ động mạch, thiếu máu não.
- Các bệnh nhân có cơn ngất thoáng qua.

### **2.2. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những bệnh nhân có vết thương vùng đầu.
- Bệnh nhân co giật, không hợp tác.

### **2.3. THỰC HIỆN CÁC BƯỚC KỸ THUẬT**

#### **2.3.1. Chuẩn bị**

- Bệnh nhân: Được giải thích trước khi ghi lưu huyết não, có chỉ định của bác sỹ lâm sàng, ghi lưu huyết não ở tư thế ngồi thoải mái, hợp tác với thầy thuốc khi thực hiện ghi.
- Địa điểm: Khoa Thăm dò chức năng Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.
- Dụng cụ, phương tiện.
- + Máy ghi lưu huyết não Rheoscreen.
- + Các điện cực, băng điện cực, gel tiếp xúc.
- + Máy vi tính in kết quả.
- + Lưu điện, dây cắm ổ điện.

#### **2.3.2. Các bước thực hiện**

- *Bước 1:*
  - + Giải thích kỹ thuật cho bệnh nhân đến khám.
  - + Yêu cầu bệnh nhân tự tháo bỏ các vật dụng trên đầu như mũ, khăn, cặp...
- *Bước 2:* Bật nguồn điện, ổn áp. Khởi động máy tính, chạy chương trình Rheoscreen trên màn hình Desktop.
- *Bước 3:*
  - + Quấn băng thun trên đầu bệnh nhân.
  - + Bôi Gel vào mặt các điện cực. Đặt điện cực vào băng thun theo đúng vị trí trên sơ đồ (hoặc đặt điện cực trước, bôi Gel sau).
- *Bước 4:*

Nối dây dẫn với các điện cực (Dây đen với các điện cực dòng, dây vàng với các điện cực ghi bên trái. Dây đỏ với các điện cực ghi bên phải). Đạo trình Trán- Chũm trước, đạo trình Chũm-Chẩm sau.

- *Bước 5:*

+ Nhấn F3 (New Patient) để nhập tên, tuổi, đơn vị bệnh nhân rồi ấn Enter.

+ Nhấn F4 (Measurement) để bắt đầu ghi các sóng lưu huyết.

- *Bước 6:*

Sau khoảng 10s, khi các các sóng lưu huyết ổn định thì nhấn nút F10 (Start/Stop) để dừng ghi.

- *Bước 7:*

+ Kiểm tra sự tự đánh dấu của máy trên các sóng. Chọn/Bỏ chọn các sóng lưu huyết chỉ giữ lại các sóng đạt yêu cầu (Tối thiểu 3 sóng).

+ Nhấn F5 để vào đánh dấu tên các đạo trình (Head partial 1 với đạo trình Trán- Chũm, Head partial 2 với đạo trình Chũm- Chẩm).

+ Nhấn nút F2 (Save) để lưu lại kết quả.

- *Bước 8:*

+ Đổi lại dây dẫn để ghi đạo trình tiếp theo.

+ Ấn F10 (hoặc Space) để chạy tiếp chương trình ghi, tiếp tục đánh dấu đạo trình 2, lưu lại kết quả như với đạo trình số 1.

- *Bước 9:* Vào ESC để kết thúc phần ghi, thoát ra ngoài. Ấn F2 (Print) để in kết quả.

- *Bước 10:* Tháo dây dẫn, điện cực, băng thun. Kiểm tra lại tình trạng bệnh nhân. Gửi kết quả cho Bác sỹ kết luận.

#### **2.4. TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ CÁCH XỬ TRÍ**

– Trong quá trình ghi, theo dõi tình trạng bệnh nhân, chú ý bệnh nhân có cơn thiếu máu não, ngất.

– Xử trí: Bất động bệnh nhân, chuyên chuyên khoa để cấp cứu và điều trị

#### **2.5. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU THỰC HIỆN KỸ THUẬT**

– Không cần theo dõi và chăm sóc sau thực hiện kỹ thuật

### **III. KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC**

#### **1. Ưu điểm**

- Được đánh giá là phương pháp thăm dò tuần hoàn não không xâm nhập, hoàn toàn vô hại, an toàn cho người bệnh.

- Có thể thực hiện nhiều lần trong thời gian dài để theo dõi tiến trình điều trị hoặc phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

- Có thể ghi nhiều lần để theo dõi tiến triển của bệnh hoặc tác dụng của thuốc.

- Có thể tiến hành trong cả lúc bệnh nhân trong trạng thái bệnh lý nặng như: khi bệnh nhân hôn mê, sốt cao, tăng áp lực trong sọ và ngay cả trong khi phẫu thuật.

- Có thể thực hiện nhiều biện pháp sinh lý như thay đổi tư thế (đứng- nằm hay nằm- đứng), ngửa cổ, quay đầu, đè ép động mạch cảnh, ngửa cổ. Sử dụng đồ thị đường ghi lưu huyết não để theo dõi tác dụng của các loại thuốc.

#### **2. Khuyết điểm**

- Các thông số lưu huyết không phải lúc nào cũng phải ánh đầy đủ về lưu lượng tuần hoàn não, bởi còn tùy thuộc vào một số yếu tố như huyết áp, nhịp tim, độ nhót của máu, áp lực nội sọ, việc dùng các thuốc vận mạch,...

- Kết quả đo có thể bị ảnh hưởng do người bệnh, ảnh hưởng của môi trường xung quanh (nhiệt độ môi trường, tiếng ồn, lưu lượng người vào ra,...)

- Sai số kỹ thuật: nếu vị trí điện cực đặt không giống nhau, bôi gel dẫn điện không đủ, băng cố định không đủ chặt hay người bệnh nằm nhiều ít vận động,... dẫn đến kết quả giữa hai lần đo có thể xuất hiện những sai khác lớn.

### **IV. KẾT LUẬN**

Sáng kiến cải tiến “Thay thế 03 miếng điện cực dán thành 03 cây kẹp điện thế” trong qui trình đo lưu huyết não tại Khoa Thăm dò chức năng, Lưu huyết não là một kỹ thuật đơn giản

để làm nó đem lại kết quả khả quan giúp giảm hao phí rất nhiều cho Bệnh viện và Khoa. Bản thân luôn tìm tòi, học hỏi trong kỹ thuật thăm dò chức năng, góp phần cho việc chăm lo sức khoẻ và điều trị người bệnh tốt hơn.

#### **V. KIẾN NGHỊ**

Tổ chức đào tạo, tập huấn để triển khai và thống nhất cách thay thế 03 miếng điện cực dán thành 03 cây kẹp điện thế. Xây dựng bảng “Qui trình kỹ thuật đo lưu huyết não”. Điều chỉnh, bổ sung, thống nhất các góp ý từ các điều dưỡng thực hiện để có thể cải tiến hơn nữa trong qui trình đo lưu huyết não, nhằm giảm hao phí của Bệnh viện và Khoa.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế : “ Hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa chuyên ngành Thần kinh “, Quyết định số 3154/QĐ – BHYT Ngày 21 tháng 08 năm 2014
2. Học viện Quân y. Giáo trình Chẩn đoán chức năng. Nhà xuất bản Quân đội Nhân dân.
3. Vũ Đăng Nguyên. Một số thông số của đường ghi lưu huyết não (Rheoencephalogram-REG) ở người khỏe mạnh. Tạp chí Sinh lý học, 2001, tập 5.
4. Carlos Perez-Borja, John S. Meyer. A critical evaluation of rheoencephalography in control subjects and in proven cases of cerebrovascular disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1964.27(1): 66–72.

# ỨNG DỤNG CẢI TIẾN VẬT TƯ TRONG KỸ THUẬT BƠM THUỐC CẢN QUANG

Nguyễn Lê Trường Tường

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 2021 khoa CDHA tiếp nhận 21,999cas chụp, có sử dụng thuốc cản quang 4,908cas. Năm 2022 tiếp nhận 31,859cas chụp tăng 144,8% trong đó chụp CTScan có sử dụng thuốc cản quang là 8,009cas.

Thuốc cản quang là những dung dịch có chứa Iod, được truyền vào cơ thể qua đường tĩnh mạch khi chụp CT, được sử dụng để tăng cường mức độ tương phản của cấu trúc, khối u hoặc dịch cơ thể khi thăm khám chẩn đoán hình ảnh. Bên cạnh các lợi ích đem lại trong chẩn đoán, việc sử dụng thuốc tương phản có thể kèm theo một số tác dụng phụ không mong muốn.

Cùng với sự phát triển của công nghệ chẩn đoán hình ảnh, thuốc cản quang ngày càng được sử dụng rộng rãi. Trong đó thuốc cản quang được sử dụng phổ biến tại bệnh viện là Xenetix, Omnipaque.

Thuốc cản quang là những chất được sử dụng để làm tăng mức độ tương phản của cấu trúc hoặc dịch cơ thể khi chụp hình trong kỹ thuật chụp có bơm thuốc cản quang. Thuốc cản quang thường được dùng để xác định rõ các mạch máu, khối u và các cơ quan trong hệ tiêu hóa, giữa mô lành và mô mang bệnh.

Việc thực hiện quy trình kỹ thuật chẩn đoán có tiêm thuốc cản quang phải đảm bảo an toàn cho người bệnh trong suốt quá trình chụp và sau khi chụp xong.

Đặc biệt trong kỹ thuật chụp có bơm thuốc cản quang khâu quan trọng là chuẩn bị bệnh nhân, phải đầy đủ các yêu cầu sau.

Vật tư y tế:

- + Bơm tiêm cản quang 01 hoặc 02 nòng.
- + Kim tiêm 18-20G đặt những vị trí mạch lớn, như cổ hoặc khuỷu tay.
- + Thuốc cản quang tan trong nước.
- + Nước cất hoặc nước muối sinh lý.
- + Găng tay, mũ, khẩu trang phẫu thuật.
- + Bộ khay đựng dụng cụ đặt đường truyền tĩnh mạch.
- + Băng gòn, băng keo dính.
- + Hộp thuốc và dụng cụ cấp cứu tai biến thuốc cản quang.

Về người bệnh:

- + Người bệnh được giải thích kỹ về thủ thuật để phối hợp với thầy thuốc.
- + Tháo bỏ khuyên tai, vòng cổ, cặp tóc nếu có.
- + Cần nhịn ăn chất đặc, nên uống nhiều nước.
- + Người bệnh quá kích thích, không nằm yên: Cần cho thuốc an thần.
- + Phiếu kết quả xét nghiệm EGFR (độ lọc cầu thận).

Hiện nay lượng bệnh đến bệnh viện khám và điều trị ngày càng đông, thực hiện nhiều kỹ thuật cận lâm sàng để chẩn đoán điều trị và tầm soát bệnh tại khoa CDHA tăng cao. Đặc biệt chụp CTScan có sử dụng thuốc cản quang, trung bình mỗi bệnh nhân chụp CT có bơm thuốc cản quang mất khoảng 15 phút để chuẩn bị dụng cụ và mỗi ngày tiêu hao 400.000đ. để giảm thời gian chờ thực hiện các kỹ thuật và hao phí cho khoa phòng. Nhóm sáng kiến đưa ra giải pháp sử dụng vật tư y tế sẵn có tại bệnh viện “Cải tiến vật tư trong kỹ thuật bơm thuốc cản quang”, Tạo thuận lợi trong thao tác thực hiện kỹ thuật đáp ứng sự hài lòng người bệnh.

## II. ĐIỂM MỚI CỦA SÁNG KIẾN

Thay đổi được quy trình từ rút thuốc hở sang quy trình rút thuốc khép kín, giúp tiện lợi khi thao tác, đảm bảo vô trùng, trách nhiệm trùng, hạn chế lây truyền vi sinh vật từ môi trường trong quá trình rút thuốc, giảm được thời gian chờ của bệnh nhân tạo sự hài lòng cho người bệnh, giảm được hao phí khoa phòng.

1. Quy trình và các vật tư trước khi cải tiến gồm có:

a. Vật tư trước khi cải tiến

- + Hai ống xi lanh bơm tiêm thuốc cản quang, mỗi ống bơm tiêm 200ml.

- + Hai ống rút thuốc 1 đầu cong, một đầu thẳng.
- + 01 lọ thuốc cân quang 100ml.
- + 01 chai nước muối sinh lý Natri Clorid 0.9% 100ml
- + 02 bộ dây nối dài tiêm tĩnh mạch kích cỡ 2.9x3.9x75cm.
- + 02 khóa 3 ngã 25cm.



b. Các bước thực hiện:

- Kiểm tra ống bơm tiêm, lọ thuốc cân quang, nước muối sinh lý Natri Clorid 0.9%, dây nối dài tiêm tĩnh mạch, khóa 3 ngã, ống rút thuốc.

+ Bước 1: Lấy 2 ống xi lanh bơm cân quang 200ml lắp vào đúng vị của máy bơm cân quang, một xi lanh chứa nước thuốc cân quang, một xi lanh chứa nước muối sinh lý.



+ 03 khóa 3 ngã 25cm.

+ 02 dây truyền dịch.

b. Các bước thực hiện:

Kiểm tra ống bơm tiêm, lọ thuốc cân quang, nước muối sinh lý Natri Clorid 0.9%, dây nối dài tiêm tĩnh mạch, khóa 3 ngã, dây truyền dịch.



+ Bước 2: Sau khi lắp hai xi lanh vào máy bơm xong, mở nắp lọ thuốc, sử dụng ống rút thuốc, đầu cong gắn vào xi lanh cân quang, đầu thẳng đặt vào lọ thuốc. Tương tự rút nước muối sinh lý.

+ Bước 3: Sau khi rút thuốc và nước muối sinh lý xong, gắn một dây nối dài tiêm tĩnh mạch vào ống xi lanh chứa thuốc, một dây vào ống xi lanh chứa nước, hai đầu dây nối còn lại nối vào khóa 3 ngã, bắt đầu đui khí để tiến hành chuẩn bị chụp cho bệnh nhân.

2. Quy trình và các vật tư sau khi cải tiến gồm có:

a. Vật tư sau khi cải tiến.

Vật tư sau khi cải tiến không còn sử dụng ống rút thuốc, được thay thế bằng dây truyền dịch.

+ Hai ống xi lanh bơm tiêm thuốc cân quang, mỗi ống bơm tiêm 200ml.

+ 01 lọ thuốc cân quang 100ml.

+ 01 chai nước muối sinh lý Natri Clorid 0.9% 100ml

+ 02 bộ dây nối dài tiêm tĩnh mạch kích cỡ 2.9x3.9x75cm.





+ Bước 1: Lấy 2 ống xi lanh bơm cân quang 200ml lắp vào đúng vị của máy bơm cân quang, một xi lanh chứa nước thuốc cân quang, một xi lanh chứa nước muối sinh lý.



+ Bước 2: Sau khi lắp hai xi lanh cân quang vào máy bơm, sử dụng hai khóa 3 ngã, một cái gắn vào đầu ống xi lanh cân quang, cái còn lại gắn vào xi lanh chứa nước muối sinh lý.



+ Bước 3: Mở nắp lọ thuốc cản quang và chai nước muối sinh lý, Dùng đầu nhọn dây truyền dịch cắm vào lọ thuốc đầu còn lại nối với khóa 3 ngã, tương tự cách làm như trên với nước muối sinh lý. Tiếp theo treo lọ thuốc cản quang và chai nước muối sinh lý lên giá treo của máy bơm cản quang.

+ Bước 4: Tiến hành rút thuốc và nước muối sinh lý vào ống xi lanh, sau khi rút đầy hai ống xi lanh, bắt đầu đuổi khí để tiến hành chuẩn bị chụp cho bệnh nhân.



### III. KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC

- Thay đổi được quy trình từ rút thuốc hở sang quy trình rút thuốc khép kính đảm bảo an toàn.
- Tiện lợi khi thao tác, đảm bảo vô trùng trong khâu rút thuốc.
- Trách nhiệm trùng, hạn chế lây truyền vi sinh vật từ môi trường trong quá trình rút thuốc.
- Giảm được thời gian chờ của bệnh nhân tạo sự hài lòng cho người bệnh.
- Giảm được hao phí khoa phòng.

### IV. KẾT LUẬN

Với việc rút thuốc được khép kính, tạo tiện lợi khi tác, trách được nhiễm trùng, hạn chế lây vi sinh vật khi rút thuốc, giảm thời gian chờ, tạo sự hài lòng cho người bệnh khi đến chụp. Qua đó cũng làm giảm hao phí khoa phòng xuống.

### V. KIẾN NGHỊ

Các khoa lâm sàng đặt kim đúng kích cỡ 20G theo yêu cầu kỹ thuật của khoa, đặt đường truyền tĩnh mạch lớn ở khuỷu tay hoặc cổ tay, ưu tiên tay (P)

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2012), “Tài liệu hướng dẫn tiêm an toàn 3671/QĐ-BYT”.
2. Bộ Y Tế (2014), “Quyết định số: 25/QĐ-BYT ngày 03/01/2014 về việc ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật Chẩn đoán hình ảnh và Điện quang can thiệp”
3. Bộ Y Tế Cục Quản Lý Khám Chữa Bệnh (2014), “Tài liệu đào tạo liên tục về an toàn người bệnh”
4. Bộ Y Tế (2021), “Thông tư 31/2021/TT – BYT ngày 28/12/2021 Quy định hoạt động của điều dưỡng trong bệnh viện”

# SÁNG KIẾN CẢI TIẾN CHẾ LẠI BỘ DÂY ĐIỆN CỤC ĐO ĐIỆN TIM MONITOR THEO DÕI BỆNH NHÂN

Tô Hiếu Nghĩa

## TÓM TẮT

*Giúp tiết kiệm một khoản chi phí mua sắm cho Bệnh Viện, đồng thời sáng kiến này cũng giúp bộ dây điện tim cải tiến này được bền hơn, chính xác hơn giúp việc theo dõi và điều trị cho bệnh nhân được thuận lợi và an toàn hơn.*

*Giúp giảm bớt chi phí mua sắm của bệnh viện.*

*Giúp Bác Sĩ và Điều Dưỡng an tâm hơn trong công tác theo dõi và điều trị bệnh nhân cấp cứu.*

## ABSTRACT

*Helps save some shopping costs for the Hospital, and this initiative also helps this improved ECG wire set to be more durable and more accurate, making patient monitoring and treatment convenient and safe. than.*

*Helps reduce hospital procurement costs.*

*Helps Doctors and Nurses feel more secure in monitoring and treating emergency patients.*

## I.ĐẶT VẤN ĐỀ

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, không cung cấp kịp thời để phục vụ công tác sửa chữa thay thế cho các khoa sử dụng

Các Monitor (EMTEL) theo dõi bệnh nhân thường bị hư, lỗi bộ dây điện cục đo điện tim gây khó khăn cho việc theo dõi và điều trị bệnh nhân cần cấp cứu.

## II.PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Sáng kiến cải tiến chế lại bộ dây điện cục đo điện tim monitor theo dõi bệnh nhân.

Tận dụng lại giắc cắm của bộ dây điện cục đo điện tim đã 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, vẽ lại sơ đồ kết nối giữa các chân của giắc.

Kiểm tra, đo đạc 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,đổ keo làm kín .

## III.KẾT QUẢ

Độ bền:

Bộ dây điện cục 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 cục 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 cục của hãng giá khoảng trên 10 triệu

Bộ dây điện cục cải tiến:Tổng chi phí khoảng: 20 nghìn.

Mỗi bộ dây điện cục tự chế tiết kiệm chi phí cho bệnh viện rất nhiều

## IV.BÀN LUẬN & KẾT LUẬN

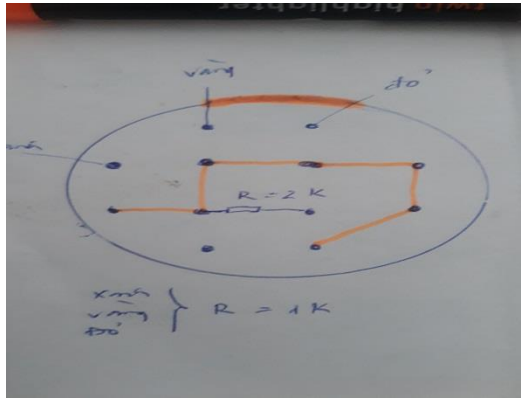
Số lượng máy monitor tại các khoa lâm sàng trong Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang hiện nay khá nhiều, Sáng kiến này giúp tiết kiệm được một khoảng chi phí mua sắm hàng năm, mỗi bộ dây cải tiến này tiết kiệm được khoảng 10 triệu.

Đồng thời sáng kiến này cũng giúp việc theo dõi và điều trị cho bệnh nhân nặng, cấp cứu đảm bảo an toàn và kịp thời.

**MỘT SỐ HÌNH ẢNH MINH HỌA SÁNG KIẾN CẢI TIẾN CHẾ LẠI BỘ DÂY ĐIỆN CỰC ĐO ĐIỆN TIM MONITOR THEO DỐI BỆNH NHÂN**



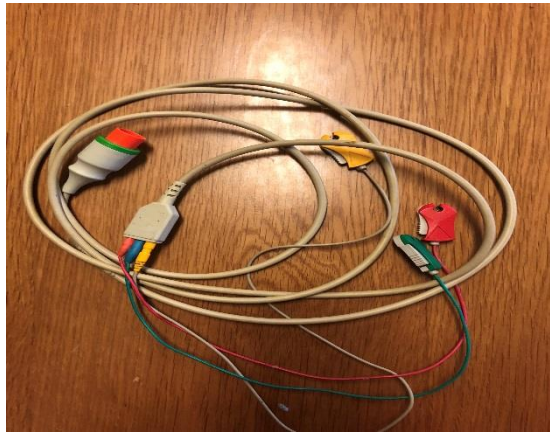
**Hình ảnh bộ dây điện cực lúc chưa thay**



**Sơ đồ cấu tạo các chân điện cực**



**Hình ảnh dây dùng để thay thế**



**Kết quả bộ dây điện cực sau khi đã làm lại**

# TÁI SỬ DỤNG MÚT XÓP DÈO ĐỂ HOÀN THIỆN HỆ THỐNG VẬN CHUYỂN MẪU

Nguyễn Thị Thơ

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Giúp kết quả xét nghiệm nhanh chóng chính xác hơn giúp bác sĩ điều trị bệnh nhanh chóng hiệu quả hơn, tránh tình trạng phải rút máu bệnh nhân xét nghiệm lại nhiều lần ảnh hưởng đến việc điều trị và nghỉ ngơi của người bệnh, giúp điều dưỡng có nhiều thời gian chăm sóc bệnh nhân, giảm chi phí hao phí cho bệnh viện, giúp nâng cao sự hài lòng của người bệnh đối với khoa cũng như bệnh viện, thực hiện tốt hạn chế và tái sử dụng rác thải nhựa.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** sáng kiến cải tiến trong tất cả các khoa lâm sàng trong bệnh viện hoặc các bệnh viện có sử dụng hệ thống vận chuyển mẫu.

Kết quả đạt được:

- Kết quả xét nghiệm nhanh chóng, chính xác hơn
- Sự hài lòng của người bệnh đối với bệnh viện được nâng cao
- Giảm chi phí hao phí cho bệnh viện
- Hạn chế và tái sử dụng rác thải nhựa hiệu quả
- Điều dưỡng không phải rút máu lại nhiều lần
- Điều dưỡng có nhiều thời gian chăm sóc bệnh nhân hơn

## I. ĐẠT VẤN ĐỀ

Với tình trạng lượng bệnh nhân nhập viện điều trị nội trú ngày càng đông, kèm theo yêu cầu, sự hài lòng của người bệnh đối với chất lượng chăm sóc và điều trị ngày càng cao. Đòi hỏi bệnh viện ngày càng nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc. Do đó trả kết quả xét nghiệm nhanh chóng, chính xác là cũng là một trong số các tiêu chí hướng đến sự hài lòng của người bệnh.

Từ khi hệ thống vận chuyển mẫu được đưa vào sử dụng đã giúp cho điều dưỡng ở tất cả các khoa làm việc nhẹ nhàng hơn và có nhiều thời gian để chăm sóc bệnh nhân hơn. Giúp cho thời gian nhận kết quả nhanh hơn. Tuy nhiên sau quá trình sử dụng thì hiện nay hệ thống vận chuyển mẫu xảy ra tình trạng mất vật liệu chèn, cố định các mẫu xét nghiệm. Hậu quả khi gửi mẫu không có vật liệu chèn là tình trạng máu chảy ra ngoài các mẫu xét nghiệm do áp lực hút khi vận chuyển mẫu, làm kết quả sai lệch ... từ đó điều dưỡng phải rút máu lại hàng loạt bệnh nhân gây ảnh hưởng đến việc điều trị và nghỉ ngơi của người bệnh, làm cho điều dưỡng mất nhiều thời gian, giảm chất lượng chăm sóc bệnh nhân, tăng chi phí hao phí cho bệnh viện, giảm sự hài lòng của người bệnh đối với khoa cũng như bệnh viện.

Và sau nhiều ngày xảy ra tình trạng trên, các em điều dưỡng đã có sáng kiến là tìm các giấy, báo, bọc, vỏ thuốc... để chèn các mẫu xét nghiệm khi chuyển đi. Và kết quả sau khi sử dụng sáng kiến là cũng làm giảm tình trạng phải lấy mẫu lại cũng như máu chảy ra ngoài các mẫu xét nghiệm. Tuy nhiên cũng gây ra hậu quả là làm tăng lượng rác thải cho khoa xét nghiệm, nhìn thiếu về mỹ quan, vẫn còn tình trạng phải lấy mẫu lại... Đồng thời qua thời gian quan sát nhận thấy từ phòng vật tư có các cục mút xốp dẻo rất nhiều nhưng bỏ đi vô cùng lãng phí và tăng chi phí tiêu hủy rác thải.

Từ đó bản thân luôn suy nghĩ tìm tòi, nghiên cứu để tìm giải pháp khắc phục tình trạng trên. Và hiện giờ đã tìm ra được giải pháp đó là “ Tái sử dụng mút xốp dẻo để hoàn thiện hệ thống vận chuyển mẫu ”

## II. ĐIỂM MỚI CỦA SÁNG KIẾN

Điểm mới của sáng kiến “ Tái sử dụng mút xốp dẻo để hoàn thiện hệ thống vận chuyển mẫu ” là dễ dàng thực hiện được ở tất cả các khoa phòng trong bệnh viện hoặc các bệnh viện đang sử dụng hệ thống vận chuyển mẫu. Không mất chi phí để thực hiện nhưng giúp bệnh viện thực hiện tốt giảm thiểu rác thải nhựa. Mút xốp dẻo có ưu thế nhiều hơn vật liệu chèn từ hệ thống cũ như có thể tái sử dụng nhiều lần, dễ dàng vệ sinh, chèn cố định tốt hơn. Tăng sự hài lòng của người bệnh đối với chất lượng chăm sóc và điều trị của bệnh viện ngày càng tăng cao.

## III. KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC

- Kết quả xét nghiệm nhanh chóng và chính xác hơn
- Không phải rút máu bệnh nhân lại nhiều lần để kiểm tra

- Điều dưỡng có nhiều thời gian để chăm sóc bệnh nhân
- Giảm thiểu rác thải, giảm chi phí hao phí cho bệnh viện

#### **IV.KẾT LUẬN.**

Với việc sử dụng sáng kiến “ Tái sử dụng nút xốp dẻo để hoàn thiện hệ thống vận chuyển mẫu ” sẽ giúp chúng ta tiết kiệm được chi phí hao phí cho bệnh viện, giúp điều dưỡng có nhiều thời gian chăm sóc bệnh nhân hơn, giảm thiểu rác thải nhựa tốt hơn và điều quan trọng là tăng sự hài lòng của người bệnh đối với chất lượng khám, điều trị và chăm sóc của bệnh viện.

#### **V.KIẾN NGHỊ**

Ứng dụng sáng kiến “ Tái sử dụng nút xốp dẻo để hoàn thiện hệ thống vận chuyển mẫu ” nên được thực hiện với tăng cường nâng cao tay nghề điều dưỡng để thực hiện việc lấy mẫu chính xác, hiệu quả cao nhất. Từ đó kết quả xét nghiệm chính xác và nhanh nhất giúp cho việc điều trị và chăm sóc hiệu quả nhất, giảm thiểu hao phí cho bệnh viện

# “ĐÈN BÁO GIAO THÔNG” TÍN HIỆU CẢNH BÁO KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG TẠI KHOA NỘI THẬN – TIẾT NIỆU BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Huỳnh Thị Mai Phan

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viện là nơi cung cấp các dịch vụ y tế khám chữa bệnh nên cần phải có một quy trình làm việc hiệu quả nhanh chóng giúp bệnh nhân nhanh chóng khám và chữa trị kịp thời để bảo vệ sức khỏe. Tổng thời gian từ lúc bệnh nhân bước vào bệnh viện đến khi hoàn tất quá trình khám bệnh, việc đưa ra các quyết định điều trị và các cận lâm sàng phù hợp... đã trở thành thước đo chính cho sự cải tiến trong dịch vụ y tế. Từ đó việc áp dụng 5S đã được áp dụng và thành công tại nhiều bệnh viện trên thế giới giúp ích rất lớn trong việc thay đổi bộ mặt và hoạt động khám chữa bệnh. Một nghiên cứu được thực hiện tại một số bệnh viện trên thế giới đã chỉ ra rằng, việc áp dụng 5S làm tăng diện tích lưu trữ thêm 10%, đồng thời giảm thời gian tìm kiếm tài liệu xuống 20%.

Khi triển khai kế hoạch thực hiện 5S trong bệnh viện, nhân viên y tế góp phần nâng cao chất lượng phục vụ, chi phí khám, điều trị của bệnh nhân hợp lý hơn, thời gian điều trị có thể ngắn hơn, mang lại sự hài lòng cho bệnh nhân. Đồng thời tiết kiệm được sức lực cho nhân viên y tế. Giúp họ sau giờ làm việc vẫn còn sức khỏe tốt, tinh thần sáng khoái để tham gia các hoạt động giải trí, chăm sóc gia đình

Cận lâm sàng là một phần bắt buộc trong quy trình chẩn đoán và điều trị bệnh. Với sự hỗ trợ của kỹ thuật, công nghệ, trang thiết bị hiện đại đã cho ra những chẩn đoán cận lâm sàng với độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Các bác sĩ trên lâm sàng có thể dựa vào đó mà đưa ra chẩn đoán chính xác, lập kế hoạch điều trị kịp thời và hiệu quả, giúp giảm chi phí điều trị và thời gian nằm bệnh, tỷ lệ hồi phục sức khỏe cao. Điều đó cũng làm cho bệnh nhân, người nhà bệnh nhân có niềm tin vào đội ngũ y bác sĩ, từ đó có sự hợp tác tốt, giúp nâng cao hiệu quả điều trị cũng như uy tín trong ngành y tế

Do đó cận lâm sàng đóng vai trò rất cao trong chẩn đoán và điều trị nên hằng ngày ở việc chỉ định và trả các kết quả cận lâm sàng về các khoa là rất lớn. Câu hỏi được đặt ra Vậy làm cách nào để các kết quả cận lâm sàng được sắp xếp ngăn nắp và nhân viên y tế có thể phân biệt được kết quả cận lâm sàng nào chưa duyệt, kết quả cận lâm sàng nào đã được duyệt có thể dán vào hồ sơ, kết quả cận lâm sàng cần cho y lệnh thêm. Đó là lý do cho ra sáng kiến: “Đèn báo giao thông” tín hiệu cảnh báo kết quả cận lâm sàng tại khoa Nội Thận – Tiết Niệu Bệnh Viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang.

## II. ĐIỂM MỚI CỦA SÁNG KIẾN

### 1 Nguyên nhân

Việc bố trí các kết quả, hồ sơ giấy tờ chưa logic, các kết quả đã xem và kết quả cần xử trí thực hiện y lệnh thêm hoà vào nhau. Khi tìm kiếm, chọn lọc vất vả dẫn đến thời gian tiếp nhận và xử trí, thực hiện y lệnh của bác sĩ đến người bệnh chậm trễ. Đồng thời môi trường làm việc bừa bộn, không vệ sinh tạo thành thói quen, không ai quan tâm, dễ dẫn đến sai sót chuyên môn

Các kết quả cận lâm sàng không sắp xếp ngăn nắp, không được phân loại còn tạo ra sự mất đoàn kết, không phối hợp tốt tổng công việc giữa bác sĩ và điều dưỡng





### Hình ảnh Cận lâm sàng trước khi thực hiện sáng kiến

#### 2. Giải pháp

Từ những lý do đó với vai trò là quản lý tôi đã kiến nghị cùng ban chủ nhiệm khoa đưa ra giải pháp sử dụng hình ảnh “Đèn giao thông” với 3 màu Đỏ - Vàng – Xanh để đại diện cho các giai đoạn xử lý kết quả cận lâm sàng tại khoa. Giải pháp được thực hiện dựa trên vật liệu có sẵn không tốn nhiều chi phí nhưng hiệu quả mang lại khá cao khi thực hiện.

Từ nắp carton dùng đựng giấy A4, đã sử dụng 3 nắp và dán decal 3 màu Đỏ - Vàng - Xanh thể hiện 3 giai đoạn xử lý kết quả cận lâm sàng như sau:



- Điều dưỡng nhận kết quả cận lâm sàng về để vào hộp màu đỏ, chờ bác sĩ xem xử lý

- Bác sĩ khi thấy hộp màu đỏ có kết quả cận lâm sàng sẽ duyệt và phân loại, Cận lâm sàng cần xem xét hồ sơ xử trí sẽ phân loại vào hộp màu vàng, cận lâm sàng không cần xử trí có thể dán vào hồ sơ bệnh án sẽ được phân loại vào hộp màu xanh



- Sau khi bác sĩ phân loại, điều dưỡng thấy kết quả được phân loại vào hộp màu vàng sẽ soạn hồ sơ đưa bác sĩ xử trí



- Kết quả cận lâm sàng được phân loại vào hộp màu xanh, Điều dưỡng sẽ nhận biết và dán vào hồ sơ không xử trí y lệnh thêm.

### III. KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC

Sau khi triển khai mô hình phân loại cận lâm sàng, công việc duyệt cận lâm sàng tại khoa được giải quyết nhanh gọn, hồ sơ các kết quả được sắp xếp ngăn nắp, gọn gàng, thứ tự. Bác sĩ và điều dưỡng phối hợp nhịp nhàng

Số lượng các kết quả cận lâm sàng không được xem và xử trí hầu như tỷ lệ 0%

Việc thực hiện cải tiến đồng thời còn giúp mỗi cá nhân biết được trách nhiệm của mình, nâng cao tinh thần tự giác trong công việc, không gian khoa phòng cũng trở nên ngăn nắp và gọn gàng hơn.

### IV. KẾT LUẬN

Khơi dậy ý thức trách nhiệm, tự nguyện, tính tự giác của người thực hiện các công việc đó. Mọi cá nhân trở nên có kỷ luật hơn.

Đễ dàng, thuận lợi, tiết kiệm thời gian trong quá trình làm việc. Hạn chế các sai sót, sự cố chuyên môn trong công tác quản lý chất lượng tại khoa.

Mô hình phân loại cận lâm sàng bằng cách sử dụng hiệu ứng hình ảnh “Đèn báo giao thông” đã mang lại hiệu quả cao trong công việc với khoản chi phí cho mô hình thì rất thấp, mô hình có thể áp dụng rộng rãi ở tất cả các khoa lâm sàng.

#### **V. KIẾN NGHỊ**

Sáng kiến “Đèn báo giao thông” cảnh báo kết quả cận lâm sàng phù hợp với tất cả các khoa lâm sàng trong bệnh viện

Chi phí sử dụng thực hiện mô hình thấp hầu hết được tái chế từ những vật liệu có sẵn, tính ứng dụng cao, có thể sử dụng mô hình phân loại này tại các khoa lâm sàng để giảm thiểu công tác quản lý chất lượng và đảm bảo chuyên môn trong quá trình phục vụ người bệnh

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Quy chế bệnh viện – Bộ Y tế ban hành năm 1997;
2. Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18/11/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam;
3. Công văn số: 5406/BTTTT-CĐSQG ngày 03/11/2022 của Bộ Thông tin và Truyền thông về việc Hướng dẫn các bộ, ngành, địa phương xây dựng Kế hoạch Chuyển đổi số năm 2023;
4. Quyết định số 5993/QĐ-BYT ngày 26/12/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về ban hành kế hoạch Cải cách hành chính năm 2020 của Bộ Y tế.

# **CẢI TIẾN PHIẾU THEO DÕI LỌC MÁU ĐỊNH KỲ TRONG CHẠY THẬN NHÂN TẠO TẠI KHOA THẬN NHÂN TẠO BV ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG**

Nguyễn Chí Hiếu

## **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Chức năng quan trọng của người điều dưỡng, ngoài công tác chăm sóc người bệnh là công tác ghi chép điều dưỡng. Ghi chép hồ sơ bệnh án chăm sóc người bệnh của điều dưỡng trong bệnh viện được quy định tại Điều 15 Thông tư 07/2011/TT-BYT ngày 26/01/2011 “Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện”. Việc ghi chép hồ sơ bệnh án vừa thể hiện phần nào thực trạng các công việc người điều dưỡng thực hiện trên người bệnh vừa mang tính pháp lý. Chính vì lý do đó mà thời gian qua, việc ghi chép điều dưỡng thể hiện trên rất nhiều biểu mẫu, sổ sách, một số lưu trong hồ sơ bệnh án, một số lưu trong hệ thống sổ sách của các khoa lâm sàng. Có rất nhiều biểu mẫu đã được quy định tại Quyết định số 4069/2001/QĐ-BYT ngày 28/09/2001 của Bộ Y tế “Ban hành mẫu hồ sơ bệnh án” mà người điều dưỡng phải ghi chép đầy đủ. Thực tế cho thấy, để hoàn thành các biểu mẫu và sổ sách này, người điều dưỡng phải bỏ ra rất nhiều thời gian và hệ lụy xảy ra là thời gian thực người điều dưỡng dành cho người bệnh ngày càng ít đi.

Chạy thận nhân tạo là phương pháp hỗ trợ thực hiện quá trình lọc máu cho người bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối. Bác sĩ sẽ sử dụng máy để lọc máu bên ngoài cơ thể của người bệnh. Máu được hút ra từ mạch máu, di chuyển qua hệ thống lọc thận nhân tạo rồi trở lại cơ thể người bệnh.

Rất nhiều biến chứng có thể xảy ra trong quá trình lọc máu cùng với biến chứng của bệnh thận giai đoạn cuối làm tăng nguy cơ tử vong cho người bệnh: tụt huyết áp, chuột rút, ngứa, bất thường điện giải (hạ/tăng kali trong máu), nhiễm trùng, quá tải dịch, hội chứng mất quân bình, mệt mỏi...

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn giúp đánh giá tổng trạng bệnh nhân, theo dõi được tình trạng và diễn biến bệnh là việc rất quan trọng của điều dưỡng thận nhân tạo, khi nhân thấy bất kỳ dấu hiệu bất thường, sẽ có biện pháp can thiệp kịp thời, ngăn ngừa những rủi ro nguy hiểm cho sức khỏe bệnh nhân.

Tuy nhiên phiếu ghi chú điều dưỡng của bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang chỉ ghi đơn giản là diễn biến và can thiệp điều dưỡng, thực hiện y lệnh, chưa thể hiện hết các thông số ghi chú của điều dưỡng thận nhân tạo trong quá trình lọc máu.

Vì thế, tôi đã tiến thực hiện sáng kiến: “Cải tiến phiếu theo dõi lọc máu định kỳ trong chạy thận nhân tạo tại khoa thận nhân tạo Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang”

## **II. ĐIỂM MỚI CỦA SÁNG KIẾN**

### **2.1. Công tác ghi chép điều dưỡng trước khi cải tiến**

- Trong Phiếu ghi chú điều dưỡng tuy có bảng mô tả diễn biến bệnh và can thiệp điều dưỡng, thực hiện theo y lệnh, nhưng cách ghi vậy rất dài và mất thời gian, trong khi công việc điều dưỡng thận nhân tạo là can thiệp tác trên máy thận nhân tạo: test máy thận nhân tạo, chích FAV, lắp dây, màng lọc, rửa dây màng trên máy, dẫn máu ra thực hiện quy trình lọc máu, quy trình trả máu về, rửa màng, chích đui lọc máu cấp cứu...

Phiếu ghi chú điều dưỡng cũ



CHI TIẾT THEO DÕI LỌC MÁU - NGÀY: 11/11/2021  
 Trung tâm lọc máu: K. Mã số: 12. Địa điểm: H.Đ.Đ.Đ.

Chức vụ: Bác sĩ  
 Họ tên: Nguyễn Văn A  
 Chức vụ: Điều dưỡng  
 Họ tên: Nguyễn Văn B

Chỉ số	Đơn vị	Giá trị	Đơn vị	Giá trị
Huyết áp	mmHg	120/80	Huyết áp	mmHg
Tần số tim	l/phút	70	Tần số tim	l/phút
Nhiệt độ	°C	36,5	Nhiệt độ	°C
SpO2	%	98	SpO2	%

CHI TIẾT THEO DÕI LỌC MÁU - NGÀY: 11/11/2021  
 Trung tâm lọc máu: K. Mã số: 12. Địa điểm: H.Đ.Đ.Đ.

Chức vụ: Bác sĩ  
 Họ tên: Nguyễn Văn A  
 Chức vụ: Điều dưỡng  
 Họ tên: Nguyễn Văn B

Chỉ số	Đơn vị	Giá trị	Đơn vị	Giá trị
Huyết áp	mmHg	120/80	Huyết áp	mmHg
Tần số tim	l/phút	70	Tần số tim	l/phút
Nhiệt độ	°C	36,5	Nhiệt độ	°C
SpO2	%	98	SpO2	%

### III. KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC

- Thông tin hành chánh chỉ ghi 01 lần trong tuần.
- Dễ theo dõi, ngắn gọn, mang tính thống nhất, cung cấp được đầy đủ tất cả các chỉ số theo dõi cần thiết của người bệnh lọc máu và giúp cho điều dưỡng thận nhân tạo có thời gian phát hiện các biến chứng tụt huyết áp, tăng huyết áp, vọp bẻ, chuột rút... trong lúc lọc máu để can thiệp xử lý kịp thời.
- Giảm rất nhiều thời gian ghi chép.
- Giảm chi phí in ấn giấy tờ.

### IV. KẾT LUẬN

Cải tiến thủ tục hành chánh là một quá trình nghiên cứu, đầu tư tâm huyết của các nhà quản lý nhất là các bộ phận liên quan trực tiếp đến công tác điều dưỡng; Điều đó đòi hỏi phải có sự thống nhất, tìm tòi sao cho công tác điều dưỡng đạt được những thành quả tối ưu vì nhiệm vụ chăm sóc người bệnh theo đúng nghĩa của nó.

Phiếu theo dõi lọc máu rất chi tiết và khoa học, dễ dàng áp dụng cho các đơn vị lọc máu, bố trí các thông số quan trọng cần theo dõi trong lúc lọc máu trên phiếu theo dõi lọc máu giúp phát hiện các dấu hiệu bất thường và có biện pháp can thiệp kịp thời, ngăn ngừa những rủi ro nguy hiểm cho sức khỏe bệnh nhân. Qua đó giúp cho các đơn vị lọc máu theo dõi sát bệnh nhân và giúp đảm bảo an toàn trong lọc máu.

### V. KIẾN NGHỊ

Tổ chức đào tạo, tập huấn để triển khai và thống nhất cách ghi chép cũng như trao đổi chuyên môn.

Xây dựng bảng kiểm lọc máu chu kỳ đánh giá chất lượng quá trình lọc máu.

Điều chỉnh, bổ sung, thống nhất các góp ý từ các điều dưỡng thực hiện để có thể cải tiến hơn nữa biểu mẫu ghi chép, nhằm giảm thiểu công tác hành chánh tăng cường công tác chăm sóc, phục vụ người bệnh.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy chế bệnh viện – Bộ Y tế ban hành năm 1997
2. Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18 tháng 11 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam;
3. Tài liệu đào tạo liên tục về quản lý chất lượng bệnh viện và an toàn người bệnh của cục QLKCB-BYT;
4. Thông tư 31/2021/TT- BYT ngày 28/12/2021 Quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện

# **SÁNG KIẾN SỬ DỤNG HÌNH ẢNH POSTER ĐỂ TƯ VẤN, HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ NGƯỜI NHÀ NỘI QUY ĐỊNH CỦA BỆNH VIỆN, CỦA KHOA VÀ TRANG THIẾT BỊ TRONG PHÒNG BỆNH KHI ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA TIM MẠCH LÃO HỌC**

*Phan Thị Mỹ Nhân*

## **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

*Theo tình hình thực tế của khoa, nhân viên đa số là điều dưỡng trẻ, lượng bệnh ở khoa lúc nào cũng quá tải, bên cạnh điều dưỡng thực hiện tốt các quy trình kỹ thuật chuyên môn cho người bệnh, cố gắng không để xảy ra sai sót chuyên môn, thì việc hướng dẫn người bệnh và người nhà về nội quy bệnh viện, nội quy khoa, hướng dẫn sử dụng trang thiết bị ở phòng cũng là một vấn đề quan trọng trong công tác chăm sóc nhằm hướng tới sự hài lòng của người bệnh và người nhà.*

*Việc thực hiện tư vấn, hướng dẫn quy của định khoa, của bệnh viện và trang thiết bị trong phòng bệnh chưa được điều dưỡng thực hiện tốt còn mang hình thức đối phó. Người bệnh và người nhà chưa biết cách sử dụng một số trang thiết bị trong phòng bệnh, mà ngại không hỏi điều dưỡng.*

*Điều dưỡng không tư vấn, hướng dẫn tốt cho người bệnh và người nhà dẫn đến phòng bệnh không gọn gàng, người bệnh không tuân thủ mặc quần áo bệnh viện, trang thiết bị hư nhiều khi người bệnh không biết cách sử dụng, không thực hiện tốt nội quy của bệnh viện...*

*Dẫn đến việc giám sát nhắc nhở mất nhiều thời gian, dẫn đến hao phí của khoa tăng cho việc sửa chữa. ....Dẫn đến người bệnh và người nhà phiền khi xảy ra sự cố không mong muốn như:*

*Mất quần áo bệnh nhân, mất thẻ nuôi bệnh, khi sự cố trong nhà vệ sinh không biết kêu gọi ai, ...*

*Trong quá trình giám sát điều dưỡng tại khoa phát hiện điều dưỡng có thực hiện tư vấn và hướng dẫn cho người bệnh và người nhà về nội quy bệnh viện, nội quy khoa, hướng dẫn sử dụng trang thiết bị ở phòng nhưng chưa đầy đủ, chưa tốt ....dẫn đến một số ít người nhà và người bệnh trong thời gian nằm viện chưa biết cách sử dụng một số trang thiết bị như: Nút chuyển sen tắm, không biết phơi quần áo ở đâu, ra viện khi nào được thanh toán, mượn xe vận chuyển người bệnh ra viện ở đâu..... Đó là lý do em chọn sáng kiến “Sử dụng hình ảnh Poster để tư vấn, hướng dẫn người bệnh và người nhà nội quy định của bệnh viện, của khoa và trang thiết bị trong phòng bệnh khi điều trị tại khoa tim mạch lão học” để giúp điều dưỡng có thể thực hiện tốt hơn trong tư vấn và hướng dẫn người bệnh và người nhà khi nằm điều trị tại khoa.*

## **II. MỤC TIÊU CỦA SÁNG KIẾN**

- Tất cả người bệnh và người nhà được điều dưỡng tư vấn, hướng dẫn quy định khoa, bệnh viện và trang thiết bị trong phòng bệnh.

- Hướng đến sự hài lòng của người bệnh và người nhà khi đến bệnh viện khám và nằm điều trị tại khoa Tim mạch lão học.

- Điều dưỡng tự tin hơn khi giao tiếp với người bệnh và người nhà.

## **III. GIẢI PHÁP CỦA SÁNG KIẾN:**

- Thiết kế Poster hướng dẫn có hình ảnh thực tế kèm nội dung, những việc bệnh nhân và người nhà được làm và không được làm...từ khi nhập viện lên khoa đến khi xuất viện.

- Poster để người bệnh bệnh và người nhà xem, điều dưỡng sẽ chủ động trong việc tư vấn, hướng dẫn quy định của bệnh viện của khoa và trang thiết bị trong phòng bệnh...không lúng túng khi tư vấn cho người bệnh và người nhà.

- Khi đi bệnh phòng điều dưỡng nhắc nhở sẽ dễ thiết phục người bệnh và người nhà hơn khi họ nắm được nội quy của bệnh viện, của khoa .



# BỆNH NHÂN NHẬP VIỆN

## Khoa TMLH

### Điều dưỡng nhập bệnh:



- Kiểm tra hồ sơ, lấy DHST tình BS khám bệnh, thực hiện y lệnh.
- HD phân quán áo, qua thời gian, đưa người nhà kỹ thuật vào số giờ nhận.
- Khi quán áo, qua đó phải giúp trực tiếp liên với điều dưỡng tại quán.

### ĐIỀU DƯỠNG HD BN VỆ PHÒNG



- Bệnh nhân mặc quần áo bệnh viện trong suốt thời gian nằm viện.
  - HD BN, người nhà mỗi ngày bệnh viện, rửa tay.
  - HD quay trở lại đối người nhà trong thời gian nằm viện.
- Lưu ý:** Người bệnh làm quần áo, qua thời gian bệnh, phải đóng tiền đến cho bệnh viện theo quy định.

### ĐIỀU DƯỠNG HD BN TRONG THỜI GIẠN NÀM VIỆN:



- Khi vào phòng bệnh: Người bệnh và người nhà để dép lên kệ giày vệ sinh chung.
- Không để những vật dụng khác lên kệ dép.

### ĐIỀU DƯỠNG HD BN TRONG THỜI GIẠN NÀM VIỆN:



- Tà đầu giường gọn gàng.
- Không treo khăn trên cây treo nước bồn quán áo, khăn không để đầu giường.
- Không để chừa đầu giường, dưới sàn.
- Để chừa dưới đệm.

### ĐIỀU DƯỠNG HD BN TRONG THỜI GIẠN NÀM VIỆN:



- Trong phòng bệnh có 4 đường báo gọi được gắn ở đầu giường bệnh nhân và 01 chuông báo gọi trong nhà vệ sinh.
- Khi cần BN và người nhà bấm chuông báo gọi.
- Khi BN ốm nặng cần sự hỗ trợ của Bác sĩ điều dưỡng.
- Khi vào nhà vệ sinh tự vệ sinh hoặc tự vệ sinh.

### ĐIỀU DƯỠNG HD BN TRONG THỜI GIẠN NÀM VIỆN:



- Thời gian mở máy lạnh: 11 giờ đến 17 giờ.
  - Người nhà vui lòng đóng tất cả các cửa khi ra vào.
  - Nếu người nhà không được bệnh nhân hướng dẫn thì điều dưỡng sẽ không mở máy lạnh.
- Xin cảm ơn!

**LƯU Ý: KHI TRANG THIẾT BỊ TRONG PHÒNG BỆNH BỊ HƯ, SỰ CỐ BẢO VỆ ĐD ĐỂ XỬ TRÍ KỊP THỜI**



## HƯỚNG DẪN TRANG THIẾT BỊ TẠI PHÒNG BỆNH



### HĐ SỬ DỤNG VỚI NÓNG LẠNH



- Luôn đổ nước nóng, mùa xuân nước lạnh (khi muốn sử dụng loại nước nào thì cần gạt cần về phía đó)  
- Luôn sử dụng sen tắm người bệnh và người nhà phải mặc quần áo ấm, khăn (cần gạt van đẩy lên hướng), không sử dụng đồng mùa xuân.

Chú ý: Nước nóng, tránh bị phỏng

### HĐ SỬ DỤNG BỒN CẦU



Xin vui lòng:  
- Không bỏ giấy rác/vỏ đựng khác trên bồn cầu  
- Không đặt chân lên bồn cầu  
- Xả nước sau khi sử dụng

### HĐ PHỐI QUẦN ÁO



- Không được phơi quần áo, khăn trong nhà vệ sinh.  
- Người nhà phơi quần áo ở khu phơi quần áo của bệnh viện.  
- Người nhà có thể phơi quần áo ở lầu 1.

### HƯỚNG DẪN BỎ RÁC ĐÚNG QUY ĐỊNH



- Không bỏ thức ăn thừa vào bồn rửa, ly nhựa, cốc nylon bỏ vào thùng rác mùa xuân.  
- Bỏ thức ăn thừa nơi để thùng rác cuối dãy hành lang.  
- Bỏng, miếng đồ hộp để vào thùng rác mùa xuân, trên xe tải của nhà điều dưỡng.

### HĐ HÚT THUỐC LÁ ĐÚNG NƠI QUY ĐỊNH



- Bệnh nhân và người nhà không được hút lá trong phòng bệnh và trong khung viên bệnh viện.  
- Người nhà mới hút được hút thuốc lá ở căn tin lầu 3 của bệnh viện.  
Không, người nhà vui lòng hợp tác Xin cảm ơn!

### HĐ BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI NHÀ CÁC BIỆN PHÁP PHÒNG COVID-19 TRONG TÌNH HÌNH MỚI



Thường đắp 2K: khẩu trang và khử khuẩn + Vệ sinh + Thuốc + Điều trị + Công nghệ + Ý thức người dân.

## HƯỚNG DẪN BỆNH NHÂN LÀM THỦ TỤC XUẤT VIỆN

### HƯỚNG DẪN BN LÀM THỦ TỤC XUẤT VIỆN



-BN ra viện sẽ được thanh toán tiền viện phí vào lúc 16 giờ.  
-Trước khi thanh toán tiền viện phí người bệnh phải gửi lại điều dưỡng: Quần áo, ga, thẻ mặt bệnh.

### HƯỚNG DẪN NGƯỜI NHÀ MUỐN XE VẬN CHUYỂN BN KHÍ RA VIỆN



- Đem giấy CCCD xuống tầng tiếp giáp Báo vệ mượn xe máy hoặc ôtô.  
- Xe nhà nước lại quầy tiếp giáp đường xin giấy cho xe vào cổng mức BN.

### THANH TOÁN VIỆN PHÍ KHÍ RA VIỆN



- Lầu 9 khu NHTHHH  
- Tầng tiếp giáp 3A,5A,7A

### THANH TOÁN VIỆN PHÍ KHÔNG ĐÚNG TIỀN MẶT



## IV.KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC:

- Điều dưỡng có nhiều thời gian thực hiện y lệnh và chăm sóc người bệnh mà vẫn đảm bảo được vấn đề tư vấn và hướng dẫn sử dụng trang thiết bị trong phòng bệnh theo quy định của bệnh viện.
- Người bệnh và người nhà hiểu sẽ không phiền khi nằm điều trị tại khoa khi điều dưỡng nhắc nhở.
- Người nhà sẽ chủ động hơn trong thời gian nuôi bệnh đến khi ra viện vì hiểu được quy định của bệnh viện và của khoa.

## V.KHUYẾN NGHỊ

Sáng kiến “Sử dụng hình ảnh Poster để tư vấn, hướng dẫn người bệnh và người nhà nội quy định của bệnh viện, của khoa và trang thiết bị trong phòng bệnh” nên được áp dụng trong các buổi sinh hoạt hội đồng người bệnh ở cấp khoa và dán ngoài buồng bệnh để người bệnh và người nhà có thể xem nắm được các thông tin như quy định của bệnh viện của khoa. Điều

dưỡng có nhiều thời gian thực hiện y lệnh và chăm sóc người bệnh mà vẫn đảm bảo được vấn đề tư vấn và hướng dẫn sử dụng trang thiết bị trong phòng bệnh theo quy định của bệnh viện.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- 1.TT 07/2014/TT-BYT 25/01/2014 QĐ về quy tắc ứng xử của công chức, viên chức, người lao động làm việc tại CSYT.
- 2.QĐ 2151/QĐ-BYT 04/6/2015 thực hiện “Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của CBYT hướng tới sự hài lòng NB”.
- 3.TT 31/2021 TT-BYT quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện.

# HƯỚNG DẪN PHÒNG NGỪA VÀ BÀI TẬP CHO BỆNH NHÂN ĐAU LƯNG TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG

Nguyễn Thị Ngọc Hà

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhân đau lưng chiếm khoảng 1/3 lượng bệnh điều trị hàng ngày tại Khoc Y Học Cổ Truyền - Phục Hồi Chức Năng và một số khoa lâm sàng. Có nhiều phương thức để hỗ trợ điều trị giảm đau cho bệnh nhân đau lưng. Một trong những phương thức đó không thể thiếu là cách hướng dẫn phòng ngừa và bài tập vùng lưng. Người bệnh được hướng dẫn các bài tập lưng ngay ngày đầu vào điều trị. Các bài tập được kiểm tra lại các buổi điều trị tiếp theo, số lượng bài tập nhiều, người tập chưa hiểu rõ mục đích tập luyện, hiểu lệch hoặc hiểu không chính xác, làm chậm kết quả điều trị của bệnh, tăng chi phí điều trị. Bên cạnh đó do số lượng bệnh cần tập nhiều, kỹ thuật viên không thể dành nhiều thời gian cho việc hướng dẫn và giải thích rõ ràng từng mục đích của từng các bài tập. Để giúp người bệnh nhớ các bài tập đã được hướng dẫn và tránh bỏ sót, nhầm lẫn hoặc không chính xác, và giúp người bệnh hiểu rõ mục đích các bài tập hơn. Vì thế tôi đã thực hiện sáng kiến “ Hướng dẫn phòng ngừa và bài tập cho bệnh nhân đau lưng tại bệnh Viện ĐKTT An Giang”

## II. ĐIỂM MỚI CỦA SÁNG KIẾN

### 2.1. Nguyên Nhân:

Bệnh nhân đau lưng được điều trị tại khoc Y Học Cổ Truyền - Phục Hồi Chức Năng và một số khoa lâm sàng, được điều trị nội khoa. Bệnh nhân đau lưng không gây nguy hiểm đến tính mạng nhưng làm giảm chất lượng cuộc sống nghiêm trọng. Người bị đau lưng thường gặp khó khăn trong hầu hết các chuyển động cơ thể, khiến bệnh nhân trong tình trạng đau, mệt mỏi.

Bệnh nhân đau lưng không được hướng dẫn các bài tập đau lưng, hoặc được hướng dẫn các bài tập nhưng người bệnh không nhớ rõ, và không hiểu mục đích của việc tập luyện, làm chậm kết quả điều trị của bệnh, tăng chi phí điều trị.

### 2.2. Giải Pháp:

Thiết kế Poster hướng dẫn cho bệnh nhân có hình ảnh thực tế kèm nội dung, hình ảnh tập luyện và hướng dẫn được xếp từ dễ đến khó, tùy theo mức độ đau và từng lứa tuổi, có chú thích rõ ràng và dễ hiểu.

Tờ Poster hướng dẫn cho bệnh nhân được Kỹ thuật viên Phục Hồi Chức Năng hướng dẫn trực tiếp cho người bệnh và người nhà và sẽ được giải thích kỹ hơn khi người bệnh và người nhà không hiểu.

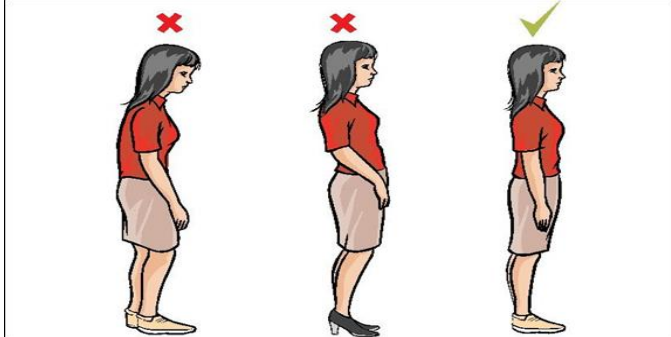
Thực hiện sáng kiến cải tiến giúp người bệnh hiểu rõ cách phòng ngừa và mục đích tập luyện, nhớ các bài tập đã hướng dẫn, người bệnh có thể tự tập các bài tập tại nhà tăng hiệu quả điều trị, tăng cường khả năng công tác chăm sóc và phục vụ người bệnh.

Giúp người bệnh giảm đau, tăng sự dẻo dai cho hệ xương khớp, cải thiện tình trạng bệnh. Ngăn ngừa nguy cơ đau tái phát, giúp người bệnh an tâm khi tập luyện, tránh những tư thế sai, giảm đau lưng trong sinh hoạt hàng ngày, sớm phục hồi sức khỏe, giảm chi phí điều trị.

# HƯỚNG DẪN PHÒNG NGỪA VÀ BÀI TẬP CHO BỆNH NHÂN ĐAU LƯNG TẠI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG

## 1. PHÒNG NGỪA ĐAU LƯNG

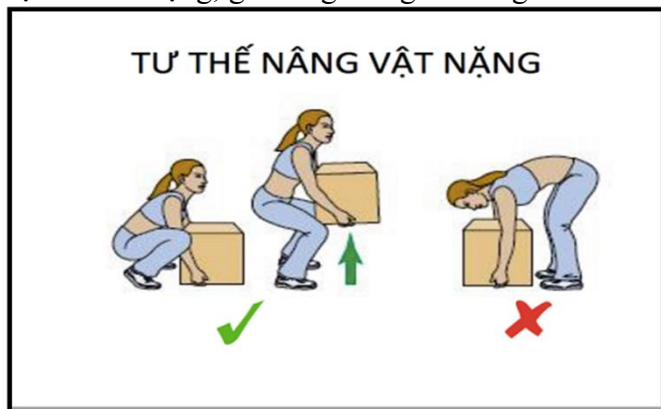
**ĐỨNG:** Đứng thẳng, trọng lượng cơ thể chia đều trên hai chân. Không nên đi giày hoặc dép cao gót.



**NGỒI:** Nên ngồi với lưng thẳng, tựa vào thành ghế, hông- gối- cổ chân vuông góc, bàn chân đặt sát nền nhà. Có thể kê một gối mỏng sau lưng.



**BÊ VẬT NẶNG:** Hạ thấp trọng tâm (ngồi xổm), đưa đồ vật sát vào bụng, giữ lưng thẳng và đứng lên.



**MANG ĐỒ VẬT:** Đưa đồ vật sát vào bụng, giữ lưng thẳng, bước đi thoải mái.



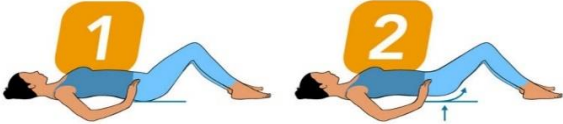
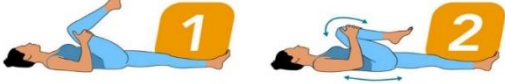


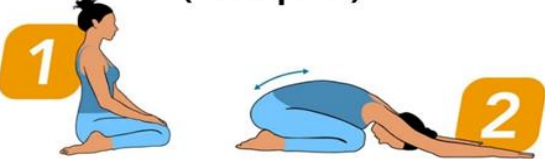

**LẤY VẬT TRÊN CAO:** Nên dùng ghế, bục hoặc thang để đứng lên, không cố kiễng chân để với lấy vật.



**KÉO HOẶC ĐẨY ĐỒ VẬT:** Đứng dang nhẹ hai chân, hai gối hơi gập. Tạo lực kéo hoặc đẩy đồ vật trên hai chân. Không dùng lưng để đẩy hoặc kéo vật



## 2. BÀI TẬP CỘT SỐNG THẮT LƯNG

<p>1. Nghiêng khung chậu: Người tập nằm ngửa, co 2 chân, lòng bàn chân chạm đất. Ấn lưng xuống và nhẹ nhàng nhấc mông khỏi mặt đất.</p> <p style="text-align: center;"><b>Nghiêng khung chậu</b></p> 	<p>2. Kéo giãn cơ lưng và vùng mông: Người tập nằm ngửa, giơ chân và gập gối về phía ngực, nhẹ nhàng di chuyển gối ép và nới lỏng khỏi ngực</p> <p style="text-align: center;"><b>Thư giãn gối-ngực (knee to chest)</b></p> 
<p>3. Xoay vùng thắt lưng: Nằm ngửa, gập hai chân sao cho hai lòng bàn chân chạm đất. Xoay thân dưới lần lượt sang hai phía. Dùng tay lần lượt giữ và ép sát đùi và chân xuống sàn.</p> <p style="text-align: center;"><b>Nằm ngửa và xoay</b></p> 	<p>4. Xoay vùng thắt lưng: Ngồi thẳng lưng và xoay cột sống hông và chân vuông góc với sàn. Giữ cố định thân dưới.</p> <p style="text-align: center;"><b>Ngồi xoay cột sống</b></p> 
<p>5. Kéo giãn cơ lưng dưới: Người tập ngồi mông lên chân, cúi đầu, vươn thẳng về trước, ép sát người xuống mặt đất. Nới lỏng lưng dưới giúp thư</p> <p style="text-align: center;"><b>Nới lỏng lưng dưới (child pose)</b></p> 	<p>6. Kéo giãn cột sống: Người tập quỳ 4 điểm, chống 2 tay, 2 gối vuông góc sàn, rướn kéo giãn cột sống lưng, đồng thời rướn cằm hướng lên và gập cằm về ngực</p> <p style="text-align: center;"><b>Kéo giãn cột sống (cat-camel stretch)</b></p> 

### Chú ý :

Một vị thế kéo giãn nên giữ lại từ 10 – 15 giây. Lập lại cử động từ 5 -10 lần . Ngày tập 2 – 3 lần/ ngày.

Trong lúc tập, nếu động tác nào gây đau hoặc tê lan xuống tay hoặc chân thì ngưng tập ngay và thử tập lại vào lúc khác với tâm độ cử động ít hơn.

### III.KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC:

Người bệnh nhớ các bài tập đã hướng dẫn.

Người bệnh hiểu rõ cách phòng ngừa tránh đau tái phát, và mục đích tập luyện.

Người bệnh có thể tự tập các bài tập tại nhà.

Kỹ thuật viên giảm thời gian trực tiếp kiểm tra lại các bài tập đã được hướng dẫn.

Kỹ thuật viên có thêm thời gian để tập bệnh và hỗ trợ những nhóm bệnh khác.

Giảm chi phí điều trị cho người bệnh.

#### **IV. KẾT LUẬN:**

Sáng kiến cải tiến “ Hướng dẫn phòng ngừa và bài tập cho bệnh nhân đau lưng tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang” liên quan trực tiếp đến công tác chăm sóc và điều trị cho người bệnh, giúp người bệnh an tâm khi tập luyện, tránh những tư thế sai, giảm đau lưng trong sinh hoạt hàng ngày, sớm phục hồi sức khỏe. Bản thân luôn tìm tòi sao cho công tác chăm sóc và điều trị Phục hồi chức năng sớm cho người bệnh đạt được những thành quả tốt nhất.

#### **V. KHUYẾN NGHỊ:**

Hướng dẫn phòng ngừa và tập huấn cho nhân viên khoa nắm rõ các bài tập để triển khai và thống nhất cách tập luyện cho người bệnh, cách ghi chép và đánh dấu các bài tập thích hợp cho người bệnh.

Đánh giá mức độ giảm đau cho người bệnh qua thang điểm đau

Điều chỉnh, bổ sung, thống nhất các góp ý từ các kỹ thuật viên Phục hồi chức năng và người bệnh. Thực hiện sáng kiến cải tiến giúp người bệnh hiểu rõ cách phòng ngừa và mục đích tập luyện, nhớ các bài tập đã hướng dẫn, tăng hiệu quả điều trị, tăng cường khả năng công tác chăm sóc và phục vụ người bệnh.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- 1. Quyết định 3109/QĐ-BYT: Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuyên ngành Phục hồi chức năng - Bộ Y Tế)*
- 2. Quyết định số 5737/QĐ-BYT, ngày 22 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phục hồi chức năng.*
- 3. Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18 tháng 11 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam;*
- 4. Tài liệu đào tạo liên tục về quản lý chất lượng bệnh viện và an toàn người bệnh của cục QLKCB-BYT*

# SÁNG KIẾN KHẮC PHỤC RÒ RỈ KHÍ HỆ THỐNG KHÍ TRUNG TÂM

Phạm Văn Hào

## TÓM TẮT

### Mục tiêu:

- Hệ thống khí trung tâm sau 1 thời gian sử dụng thường bị rò rỉ gây hao phí.
- Mỗi khi hệ thống khí trung tâm bị rò rỉ, nếu chờ đợi bên đối tác đến khắc phục sẽ tốn thời gian và hao phí một lượng lớn khí bị rò rỉ.
- Giải quyết nhanh các vấn đề rò rỉ khí trung tâm tại các khoa.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: :

Hệ thống khí trung tâm của bệnh viện.

Các ngõ ra khí trung tâm: Oxy, CO<sub>2</sub>, Air, Hút gắn trên tường tại các khoa lâm sàng.

### Kết quả đạt được:

- Giúp giảm bớt chi phí mua sắm của bệnh viện.
- Đảm bảo hệ thống khí trung tâm hoạt động ổn định, tiết kiệm khí thất thoát.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

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, không cung cấp kịp thời để phục vụ công tác sửa chữa thay thế cho các khoa sử dụng. Hệ thống khí trung tâm của bệnh viện hiện nay rất cần thiết trong công tác điều trị bệnh, nhất là trong thời điểm dịch bệnh, Oxy rất khó mua và thiếu rất nhiều nên cần phải tiết kiệm không để bị hao phí. Khắc phục rò rỉ khí, bảo đảm hệ thống khí hoạt động trơn chu, tiết kiệm chi phí sửa chữa thay thế cho bệnh viện là mục đích chính của sáng kiến này.

## II. ĐIỂM MỚI CỦA SÁNG KIẾN

- Tận dụng lại bộ lõi của các ngõ ra khí trung tâm: Oxy, CO<sub>2</sub>, Air, Hút gắn trên tường tại các khoa lâm sàng.

- Tìm hiểu cấu tạo bên trong của các ngõ ra khí trung tâm: Oxy, CO<sub>2</sub>, Air, Hút

- Sáng kiến chế tạo ra dụng cụ để tháo lắp các ngõ ra khí trung tâm trên tường.

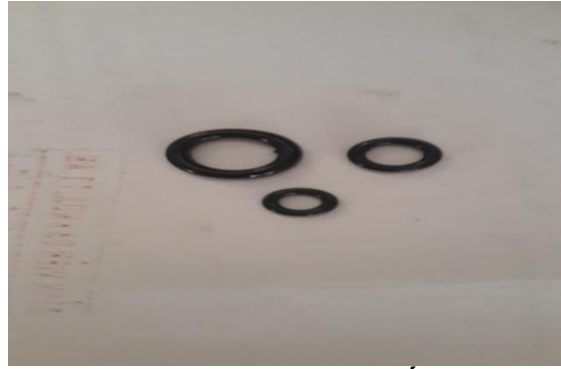
- Sử dụng các vòng ron có bán trên thị trường với giá rẻ để thay thế chứ không cần phải thay nguyên cụm như bên công ty đối tác.



Hình ảnh các ngõ ra khí trung tâm tại các khoa lâm sàng



Hình ảnh bộ dụng cụ tự chế để mở các ngõ ra khí trung tâm trên tường tại các khoa



**Hình ảnh cấu tạo lõi bên trong và các vòng ron thay thế**

### **III.KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC**

Cung cấp sửa chữa thay thế kịp thời các ngõ ra khí trung tâm để phục vụ công tác điều trị bệnh.

Khắc phục rò rỉ khí, bảo đảm hệ thống khí hoạt động trơn chu, an toàn, tiết kiệm chi phí sửa chữa thay thế cho bệnh viện.

### **IV. KẾT LUẬN.**

Số lượng các ngõ ra khí trung tâm gắn tường tại các khoa lâm sàng trong Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang hiện nay khá nhiều, Hiện tại đã sửa chữa thay thế các ngõ khí ra cho hầu hết các khoa trong bệnh viện mà chưa cần liên hệ đến công ty bên ngoài, giá chi phí mua sắm vật tư thay thế trong mấy năm chưa bằng thay mới một ngõ ra khí trung tâm của bên công ty.



# SỬ DỤNG HỆ THỐNG ÂM THANH PHỐI HỢP TRỊ LIỆU ÂM NHẠC CHO BỆNH NHÂN TÂM THẦN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Nguyễn Hương Báu

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Âm nhạc trị liệu là việc sử dụng âm nhạc (nhịp điệu, giai điệu, hòa âm, tiết tấu...) trong mối quan hệ trị liệu để duy trì, phục hồi hoặc cải thiện cảm xúc, nhận thức, cơ thể và sức khỏe tinh thần. Âm nhạc trị liệu có 2 hình thức: liệu pháp âm nhạc tích cực chủ động (hát, di chuyển theo điệu nhạc, viết bài hát và chơi các nhạc cụ), liệu pháp âm nhạc thụ động (nghe, cảm nhận và tưởng tượng). Áp dụng liệu pháp trị liệu bằng âm nhạc trong công tác điều trị bệnh nhân tâm thần đã được thực hiện ở nhiều nơi, nhiều cơ sở điều trị giúp người bệnh thư giãn, thoải mái trong khi nằm viện, bên cạnh đó còn giúp người bệnh phục hồi các chức năng tâm thần.

Trong điều trị các nhóm bệnh lý tâm thần khác nhau bên cạnh các phương pháp hóa dược, thì tâm lý trị liệu là một phương pháp điều trị hỗ trợ cần thiết và trong một số thể bệnh còn là phương pháp điều trị chính. Tại Việt Nam từ những năm 70 của thế kỷ trước, âm nhạc cũng được coi là liệu pháp điều trị bệnh tâm thần. PGS.TS.BS Nguyễn Văn Thọ - nguyên Giám đốc Bệnh viện Tâm thần TW II (Đông Nai) đã triển khai thành công liệu pháp này.

Tại khoa tâm thần bệnh viện đa khoa trung tâm An giang với điều kiện cơ sở vật chất cho phép tiến hành, chúng tôi để bước đầu áp dụng trị liệu âm nhạc cho những bệnh nhân đang điều trị tại Khoa. Chúng tôi tiến hành thực hiện sáng kiến: “Sử dụng hệ thống âm thanh phối hợp trị liệu âm nhạc cho bệnh nhân tâm thần tại bệnh viện đa khoa trung tâm An giang”.

## II. ĐIỂM MỚI CỦA SÁNG KIẾN

### 1. Cơ sở lý luận

Liệu pháp âm nhạc sử dụng âm nhạc để đạt được các mục tiêu trị liệu. Đây là một biện pháp can thiệp có mục tiêu, có thể bao gồm việc tạo âm nhạc, hát, viết, nghe, thảo luận và nhảy múa theo âm nhạc. Những nhà trị liệu âm nhạc sử dụng âm nhạc để giúp mọi người đạt được các mục tiêu cụ thể, chẳng hạn như giảm căng thẳng, cải thiện kỹ năng giao tiếp hoặc nâng cao lòng tự trọng. Có bốn loại can thiệp chính trong trị liệu âm nhạc bao gồm: tiếp thu (receptive) - nghe, tiêu khiển (recreative) – hát hoặc chơi nhạc cụ, sáng tạo (improvisation) – tự tạo âm thanh đơn giản và sáng tác (composition).

Trị liệu âm nhạc phương pháp tiếp nhận là phương pháp mà người tham gia lắng nghe và phản ứng với âm nhạc, có thể thông qua lời nói hoặc im lặng. Người trị liệu âm nhạc lựa chọn và điều chỉnh các đặc tính của âm nhạc để thúc đẩy sự thư giãn, giảm căng thẳng, giảm đau và ổn định nhịp tim. Loại hình liệu pháp âm nhạc này thích hợp cho những người không thể hoặc không muốn tham gia tích cực trong các buổi trị liệu.

### 2. Thực trạng điều trị các bệnh nhân tại khoa

Tại Khoa tâm thần, do điều kiện tình hình nhân sự khó khăn về cơ sở vật chất và con người. Nên từ trước đến nay, trong điều trị bệnh nhân tâm thần chỉ có một phương pháp điều trị là hóa dược (dùng thuốc uống), vẫn chưa triển khai được các liệu pháp điều trị tâm lý cho bệnh nhân. Khu vực tòa nhà Khoa tâm thần hiện tại được trang bị một hệ thống âm thanh riêng biệt, không cùng hệ thống âm thanh chung của bệnh viện. Đây là điều kiện thuận lợi để triển khai trị liệu âm nhạc cho bệnh nhân tâm thần mà không gây ảnh hưởng đến các khoa phòng khác trong bệnh viện.



### **Hệ thống âm thanh kết nối với PC – dùng để phát nhạc**

#### **3. Phương pháp thực hiện**

Đối tượng:

Bệnh nhân đang điều trị nội trú tại Khoa tâm thần. Chủ yếu các bệnh nhân ổn định, đi lại tốt, tuân thủ tốt y lệnh nhân viên y tế.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân trong giai đoạn cấp tính, kích động, không hợp tác.

Phương thức tiến hành:

Bước 1: Tập trung bệnh nhân tại khu vực nghe nhạc (sảnh khám bệnh khoa tâm thần).

Bước 2: Phát nhạc trong thời gian nhất định (30 – 45 phút). Nội dung phát nhạc: nhạc không lời quê hương, nhạc giao hưởng cổ điển,.. loại nhạc có tính chất êm dịu, thư giãn thoải mái.

Bước 3: Quan sát, hỏi thăm đánh giá bệnh nhân về: cảm xúc, hành vi và nhận thức về việc nghe nhạc.



### **Hệ thống loa phát nhạc khu vực sảnh khám bệnh**

#### **III. KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC**

Qua thời gian tiến hành sáng kiến, chúng tôi đã ghi nhận được một số kết quả khả quan:  
 Thời gian thực hiện trị liệu âm nhạc: buổi chiều mỗi ngày sau giờ khám bệnh, tiến hành phát nhạc cho bệnh nhân trở thành một hoạt động thường ngày.

Số lượng bệnh nhân tham gia: 5 – 10 bệnh một buổi/ ngày.

Đặc điểm bệnh lý tham gia âm nhạc trị liệu bao gồm: phản ứng với stress cấp, rối loạn lo âu, giai đoạn trầm cảm, rối loạn khí sắc và tâm thần phân liệt.

Đánh giá bệnh nhân:

Cảm xúc: bệnh nhân có cảm giác chú ý đến loại nhạc đang nghe, một số cảm thấy thư giãn tinh thần, thoải mái.

Hành vi: một số ngồi yên nghe nhạc, tuân thủ theo hướng dẫn của nhân viên y tế, giảm bớt các hành vi gây rối, gây ồn.

Tư duy nhận thức: đa số chưa biết mục đích của bác sĩ khi cho nghe nhạc, nhưng mong muốn được nghe nhạc mỗi ngày vì thấy vui vẻ, thoải mái khi nghe.

#### **IV. KẾT LUẬN**

Sáng kiến "Sử dụng hệ thống âm thanh phối hợp trị liệu âm nhạc cho bệnh nhân tâm thần tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang" mang lại những điểm mới và tiềm năng cho việc điều trị bệnh nhân tâm thần tại bệnh viện. Dựa trên lý thuyết trị liệu âm nhạc, việc áp dụng liệu pháp âm nhạc đã giúp cải thiện tình trạng tinh thần và cảm xúc của bệnh nhân, đồng thời giúp họ thư giãn và thoải mái trong quá trình điều trị. Điều này là một bước tiến bộ trong việc điều trị bệnh nhân tâm thần, đặc biệt trong hoàn cảnh hạn chế về nhân lực và cơ sở vật chất tại Khoa tâm thần bệnh viện.

Kết quả thực hiện sáng kiến cho thấy việc thực hiện trị liệu âm nhạc đã có những tác động tích cực đối với bệnh nhân, góp phần cải thiện tâm trạng tinh thần, giảm căng thẳng, và giúp họ ổn định hơn. Số lượng bệnh nhân tham gia và phản ứng tích cực của họ đều là những dấu hiệu tích cực về hiệu quả của phương pháp này.

Tuy nhiên, việc áp dụng trị liệu âm nhạc vẫn cần được nghiên cứu và đánh giá tiếp để xác định rõ hơn về các lợi ích và phạm vi ứng dụng.

## **V. KHUYẾN NGHỊ**

Nghiên cứu và đánh giá tiếp: Để đảm bảo tính hiệu quả và bền vững của phương pháp trị liệu âm nhạc, nên tiến hành các nghiên cứu khoa học và đánh giá tiếp theo. Các dự án nghiên cứu như này sẽ giúp xác định rõ hơn về những cách trị liệu âm nhạc có thể ứng dụng hiệu quả trong điều trị các bệnh lý tâm thần cụ thể.

Đào tạo và phát triển nguồn nhân lực: Để thực hiện trị liệu âm nhạc, cần có người chuyên nghiệp và đào tạo. Việc đầu tư vào việc đào tạo thêm nhân lực trong lĩnh vực này, bao gồm cả những người chơi nhạc và nhà trị liệu âm nhạc, có thể giúp đảm bảo rằng phương pháp này được thực hiện một cách chính xác và chuyên nghiệp.

Xây dựng dự án mở rộng: Nếu sáng kiến này chứng minh hiệu quả và có lợi cho bệnh nhân tâm thần, nên xem xét mở rộng nó để áp dụng tại nhiều bệnh viện và cơ sở điều trị tâm thần khác. Điều này có thể cải thiện chất lượng cuộc sống của nhiều bệnh nhân và đáp ứng nhu cầu ngày càng tăng trong lĩnh vực trị liệu tâm lý.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nguyễn Văn Thọ (2023), Liệu pháp âm nhạc – Lý thuyết và thực hành. Trường Đại học Văn Lang. Nhà xuất bản Đại học quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Trần Trí (2018), Liệu pháp âm nhạc trong phục hồi chức năng tâm thần, Bệnh viện tâm thần Bến Tre.
3. Viện Tâm Lý Việt Pháp (2023), Tìm hiểu về trị liệu âm nhạc (music therapy).
4. App BetterSleep (2022). Music Therapy for Mental Health. Mental Health. Ipnos Software Inc. Canada.
5. De Sousa, A. (2005). The role of music therapy in psychiatry. *Alternative Therapies in Health & Medicine*, 11(6).
6. Gardstrom, S., Sorel, S., & Wheeler, B. (2015). Music therapy methods. *Music therapy handbook*, 116-127.

# ÁP DỤNG PHƯƠNG PHÁP 5S TRONG CÔNG TÁC QUẢN LÝ THUỐC TỬ TRỰC

Huỳnh Ngọc Nhân

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xây dựng được môi trường làm việc sạch sẽ, ngăn nắp, tiết kiệm thời gian kiểm đếm. Tủ thuốc được sắp xếp gọn gàng, giảm lượng thuốc mất và tạo sự thoải mái cho nhân viên mỗi khi bàn giao và kiểm thuốc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Sáng kiến cải tiến trong công tác quản lý thuốc tử trực.

**Kết quả đạt được:** Nhanh chóng và thuận tiện trong quá trình lấy thuốc, vật tư tiêu hao một cách chính xác không mất nhiều thời gian, hạn chế sai sót, nhầm lẫn, kiểm soát được sự cố đảm bảo an toàn cho người bệnh, quản lý được thuốc và vật tư quá hạn, tồn kho làm tăng hiệu quả kinh tế, tăng hiệu suất công việc tạo môi trường làm việc sạch sẽ, ngăn nắp và thoải mái cho cán bộ nhân viên.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

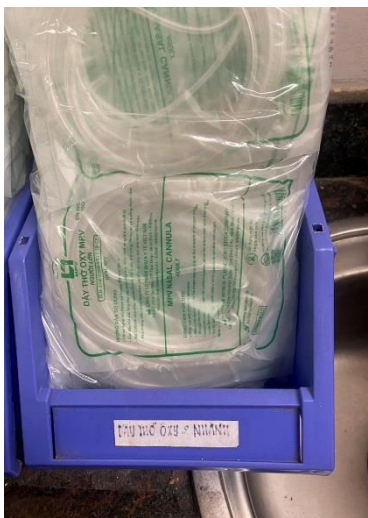
5S là phương pháp quản lý nhằm mục đích cải tiến môi trường làm việc, là một phương pháp cải tiến đơn giản nhưng lại hiệu quả trong thực tế.

Với mục tiêu tạo môi trường làm việc an toàn, hiệu quả và khoa học Việc cải tiến quản lý theo phương pháp 5S tủ thuốc tại khoa là điều hết sức cần thiết nhằm đảm bảo trong quá trình lấy thuốc, vật tư tiêu hao một cách chính xác không mất nhiều thời gian, hạn chế sai sót, nhầm lẫn, kiểm soát được sự cố đảm bảo an toàn cho người bệnh, quản lý được thuốc và vật tư quá hạn, tồn kho làm tăng hiệu suất công việc tạo môi trường làm việc sạch sẽ, ngăn nắp và thoải mái cho cán bộ nhân viên [1],[2].

## II. TÍNH MỚI CỦA SÁNG KIẾN:

Việc áp dụng phương pháp 5S trong công tác quản lý thuốc tử trực đơn giản là các hoạt động thông qua việc làm giảm các sự lãng phí và các hoạt động không cần thiết, giúp ích trong việc cải tiến chất lượng, nâng cao hiệu quả công việc và mức độ an toàn.





### **III. KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC:**

Tạo được môi trường làm việc hiệu quả, kích thích sự sáng tạo và cải tiến cho tổ chức tại nơi làm việc.

Giúp nhân viên y tế làm việc có tác phong chuyên nghiệp hơn và có ý thức giữ môi trường làm việc luôn sạch sẽ, ngăn nắp.

Giúp nhân viên y tế xác định rõ hơn việc mình đang muốn thực hiện, khi nào và ở đâu.

Hạn chế sai sót, nhầm lẫn trong quá trình trong quá trình lấy thuốc và vật tư tiêu hao.

Giảm thời gian chờ đợi của bệnh nhân.

### **IV. KẾT LUẬN:**

Phương pháp 5S là phương pháp đơn giản nhưng hiệu quả để cải thiện môi trường làm việc và quản lý. 5S là tiền đề cho việc tinh gọn trong y tế giúp cho công việc hoạt động trôi chảy, tinh gọn và nâng cao chất lượng trong chăm sóc sức khỏe.

### **V. KIẾN NGHỊ:**

Việc áp dụng 5S trong công tác quản lý thuốc tủ trực đạt được những hiệu quả cao và tính thiết yếu cao. Chính vì vậy việc áp dụng rộng rãi và ứng dụng trong các khoa lâm sàng là thật sự cần thiết.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- 1.Võ Thị Đan My, Ứng dụng phương pháp 5S trong công tác hành chính văn phòng
- 2.Phương pháp 5S trong y tế - Thomas L. Jackson, Rona Consulting Group & Productivity Press
- 3.Productivity Press
- 4.Thomas L. Jackson (2009), 5S for Healthcare, CRC Press.
- 5.TMQ Unit (2015), Manual for Implement of 5S in Hospital Setting, Hospital Services Management, DGHS, Dhaka, Bangladesh – JICA program.
- 6.Ontario Hospital Association (2013), 5S for Health care.
- 7.Fanny Y. F. Young (2014), The Use of 5S in Healthcare Services: a Literature Review, International Journal of Business and Social Science, Vol. 5, No. 10(1).

# TRA CỨU KẾT QUẢ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH BẰNG QR CODE THÔNG QUA HỆ THỐNG PACS TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Trần Hoàng Thông

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

*Picture Archiving and Communication Systems (PACS) là hệ thống lưu trữ và truyền hình ảnh phục vụ trong lĩnh vực chẩn đoán hình ảnh y khoa. PACS được phát triển nhằm mục đích cung cấp khả năng truy xuất, hiển thị ảnh y khoa nhanh chóng và lưu trữ trên một hệ thống số tích hợp duy nhất, do đó mang lại nhiều lợi ích cả kinh tế lẫn kỹ thuật giúp tăng hiệu quả điều trị lên rất cao, đồng thời giảm thiểu được chi phí vận hành. Do đó, việc sử dụng hệ thống PACS trong lĩnh vực chẩn đoán hình ảnh ngày càng trở nên phổ biến ở các cơ sở khám chữa bệnh.*

*Hiện tại theo đề án ứng dụng PACS thay phim theo Quyết định 4868/QĐ-BYT [2] thì các bệnh viện trong danh sách thí điểm ứng dụng hệ thống PACS có thể trả kết quả cho bệnh nhân mà không cần in phim. Tuy nhiên, hệ thống PACS tại các bệnh viện trên vận hành hoàn toàn độc lập với nhau, không có sự liên kết và chia sẻ dữ liệu qua lại. Vì thế khi ứng dụng vào thực tế thì người bệnh vẫn phải mang phim hoặc đĩa CD/DVD chứa ảnh y khoa từ cơ sở y tế này sang cơ sở y tế khác, gây bất tiện và tốn kém chi phí đối với người bệnh.*

*Hiện nay, công nghệ chẩn đoán bệnh lý thông qua hình ảnh nhờ các thiết bị chuyên dụng đạt hiệu quả rất cao trong điều trị. Do đó, với phương pháp sử dụng “phim truyền thống” đang được áp dụng tại các bệnh viện đã làm lãng phí một khoản ngoại tệ rất lớn do nhập các nguyên liệu trên.*

*Ngoài yếu tố về chi phí tổn hao do việc sử dụng phương pháp hiện nay đang được áp dụng tại khối bệnh viện thì yếu tố này cũng ảnh hưởng tới việc làm cho bệnh viện luôn đông người do phải chờ các kết quả in ra từ các thiết bị này và thời gian luân chuyển kết quả này trong bệnh viện. Nếu tính đến thiệt hại kinh tế về thời gian cho bệnh nhân và thân nhân cho việc này là một khoản chi vô cùng lớn. Thậm chí còn làm cho việc ảnh hưởng đến mức độ bệnh của bệnh nhân thêm trầm trọng do quá trình đợi quyết định quá lâu từ Y bác sĩ (do đợi kết quả hình ảnh).*

*Với quy trình đang áp dụng sẽ giao phim hay hình ảnh cho bệnh nhân quản lý thì việc hư hỏng hay giảm chất lượng hình ảnh cho lần tái khám kế tiếp là không thể tránh khỏi hoặc khi chuyển tiếp lên tuyến trên để điều trị thì bệnh nhân phải chụp lại các hình ảnh trên gây lãng phí cho bệnh nhân rất nhiều. Còn nếu bệnh viện lập trung tâm lưu trữ các hình ảnh trên thì chi phí cũng rất lớn cho việc này.*

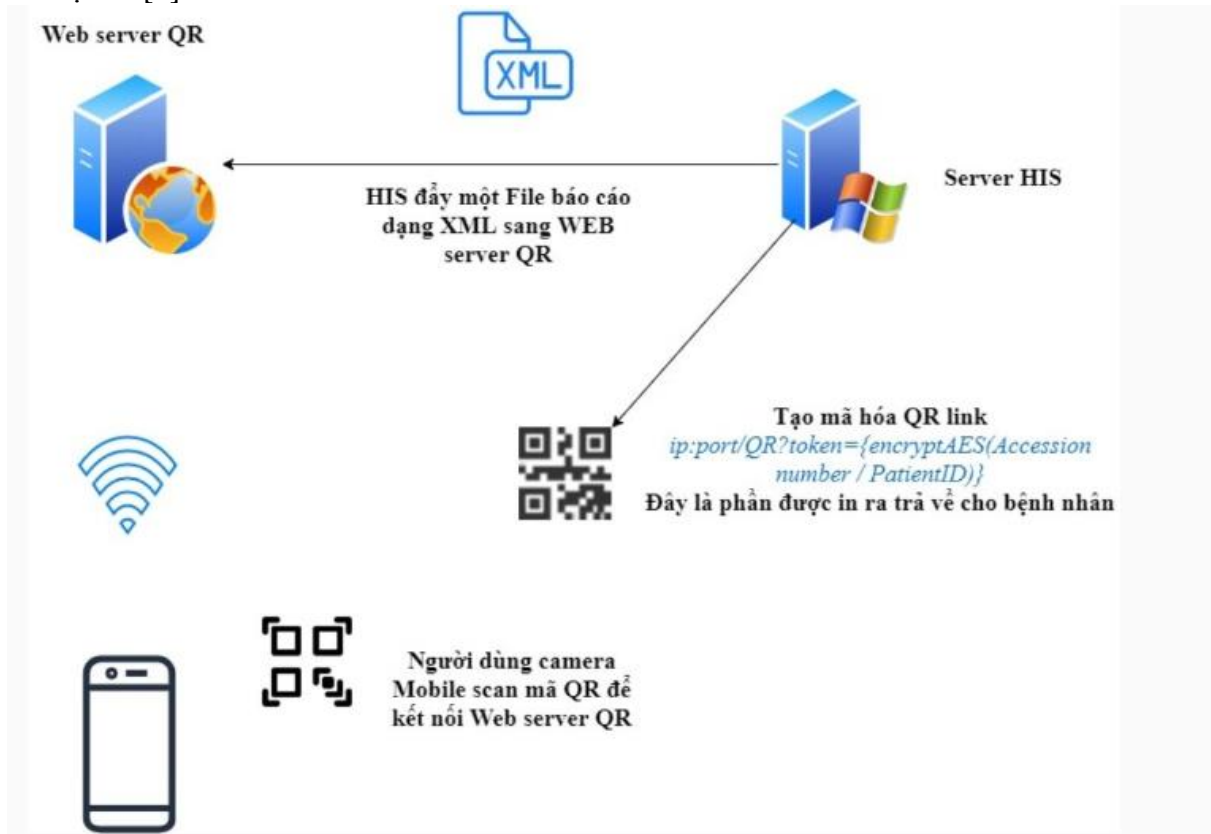
*QR Code, viết tắt của Quick response code, là dạng mã vạch hai chiều (2D) chứa đựng một nội dung nào đó và có thể được đọc bởi máy đọc mã vạch hoặc Smartphone. Việc số hóa các hình ảnh X Quang, CT, MRI, Siêu âm là một phần rất quan trọng trong bệnh án điện tử. Mặt khác, việc sử dụng hình ảnh dựa vào quét QR Code trên nhiều thiết bị khác nhau cũng sẽ tăng hiệu quả kinh tế tại các bệnh viện do không phải in ra các phim truyền thống X Quang, CT và MRI. Nhận thấy được những ưu điểm từ hai ứng dụng, đồng thời kết hợp với phần mềm quản lý bệnh viện FPT Hospital 2.0. Tôi đã thực hiện sáng kiến “Tra cứu kết quả chẩn đoán hình ảnh bằng QR Code thông qua hệ thống PACS tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang” nhằm tiết kiệm thời gian, chi phí đồng thời phát triển chuyển đổi công nghệ số tại bệnh viện*

## II. ĐIỂM MỚI CỦA SÁNG KIẾN

*Từ năm 2017 Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang là bệnh viện đa khoa hạng II; là đơn vị tự chủ tài chính bảo đảm chi thường xuyên [1]. Do đó nguồn tài chính bệnh viện phụ thuộc hoàn toàn vào các hoạt động khám chữa bệnh và dịch vụ của bệnh viện. Phim X quang là hàng vật tư y tế tiêu hao do đó việc in phim theo kiểu truyền thống vừa mất nhiều thời gian đồng thời tốn nhiều chi phí, nhân lực. Việc thay thế in phim truyền thống bằng quét QR Code cũng là các tiêu chuẩn được quy định tại Thông tư số 54/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ Y tế ban hành bộ tiêu chí ứng dụng CNTT tại các cơ sở khám bệnh, chữa*



bệnh[4] và Thông tư số 46/2018/TT-BYT ngày 28/12/2018 của Bộ Y tế quy định hồ sơ bệnh án điện tử [3]



Hình 1: Hệ thống tạo mã QR trả kết quả chẩn đoán hình ảnh cho bệnh nhân.

SỐ Y TẾ AN GIANG BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG Địa chỉ: 60 Ung Văn Khảm, P. Mỹ Phước, TP. Long Xuyên Điện thoại: 02963823862		Số phiếu: 23.0206.0002917
<b>KẾT QUẢ MRI</b>		
Họ và tên: NGUYỄN MINH ĐỀ	Năm sinh: 1946	Giới tính: Nam
Địa chỉ: Phường Mỹ Long, Thành phố Long Xuyên, Tỉnh An Giang	Ngày chỉ định: 9 giờ 49 ngày 30/10/2023	
Bác sĩ chỉ định: Lâm Ngọc Cẩm	Ngày chụp:	
Nơi chỉ định: P. KHÁM NƠI THÀNH KINH (34 - LẦU 1)	Ngày kết quả: 13 giờ 46 Ngày 30/10/2023	
Chẩn đoán: chèn ép rễ và đám rối thần kinh trong bệnh đĩa đệm cột sống (m50-m51*)(g55.1*)	Đối tượng: Thu Phí	
Tên máy:		
Chỉ định: Chụp cộng hưởng từ cột sống cổ (0.2-1.5T)		
<b>MÔ TẢ HÌNH ẢNH</b>		
- Tín hiệu đoan tùy có - được cao thấy được trên phim trong giờ hạn lĩnh thường. - Trượt nhẹ thân sống C7 ra trước độ 1. - Thoát hơi các thân sống cổ, thoái hóa Modic2 các thân sống. Thoái hoá mất nước đĩa đệm các tầng cột sống cổ. - Thoát vị đĩa đệm tầng C3/C4 ra sau #2 mm, dạng trung tâm, ép mặt trước bao màng cứng, không chèn ép tủy và rễ thần kinh. - Thoát vị đĩa đệm tầng C4/C5 ra sau #2 mm, dạng trung tâm, ép mặt trước bao màng cứng, không chèn ép tủy và rễ thần kinh. - Lồi đĩa đệm tầng C5/C6, dạng cầu xồng hai bên, ép mặt trước bao màng cứng gây hẹp ống sống cùng mức, chèn ép lỗ liên hợp hai bên, chèn ép rễ thần kinh C5 hai bên. - Lồi đĩa đệm tầng C6/C7, rãnh vòng xo đĩa đệm, ép mặt trước bao màng cứng gây hẹp ống sống cùng mức, chèn ép lỗ liên hợp hai bên, chèn ép rễ thần kinh C6 hai bên. - Lồi đĩa đệm tầng C7/D1 ra sau, chèn ép mặt trước bao màng cứng gây hẹp ống sống cùng mức, chèn ép lỗ liên hợp hai bên, chèn ép rễ thần kinh C7 hai bên. - Không thấy lát thương cường, cứng đốt sống và phần mềm cạnh sống.		
<b>KẾT LUẬN</b>		
- Trượt nhẹ thân sống C7 ra trước độ 1. - Thoái hoá cột sống cổ. - Thoát vị đĩa đệm tầng C3/C4 ra sau #2 mm, dạng trung tâm, ép mặt trước bao màng cứng, không chèn ép tủy và rễ thần kinh. - Thoát vị đĩa đệm tầng C4/C5 ra sau #2 mm, dạng trung tâm, ép mặt trước bao màng cứng, không chèn ép tủy và rễ thần kinh. - Lồi đĩa đệm tầng C5/C6, dạng cầu xồng hai bên, ép mặt trước bao màng cứng gây hẹp ống sống cùng mức, chèn ép lỗ liên hợp hai bên, chèn ép rễ thần kinh C5 hai bên. - Lồi đĩa đệm tầng C6/C7, rãnh vòng xo đĩa đệm, ép mặt trước bao màng cứng gây hẹp ống sống cùng mức, chèn ép lỗ liên hợp hai bên, chèn ép rễ thần kinh C6 hai bên. - Lồi đĩa đệm tầng C7/D1 ra sau, chèn ép mặt trước bao màng cứng gây hẹp ống sống cùng mức, chèn ép lỗ liên hợp hai bên, chèn ép rễ thần kinh C7 hai bên.		
Xin mời quét mã QR-Code bằng điện thoại để xem thông tin kết quả	Ngày 30 tháng 10 năm 2023 BÁC SĨ CHUYÊN KHOA	
		BS. CKI. Lê Thị Mai



Hình 2: Ứng dụng QR Code trong kết quả chẩn đoán hình ảnh

### III. KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC

#### 3.1 Hiệu quả kinh tế

- Giảm chi phí nhập nguyên vật liệu phục vụ in và rửa phim cho bệnh viện

- Giảm chi phí khám chữa bệnh, 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 chờ đợi hình ảnh hỗ trợ chẩn đoán.
- Giảm chi phí lưu trữ so với việc lưu phim và hồ sơ bệnh án giấy truyền thống.
- Giảm chi phí trong quá trình chẩn đoán hình ảnh và quản lý, tra cứu thông tin.
- Nâng cao hiệu quả và phát triển dịch vụ ứng dụng công nghệ cao vào dịch vụ khám chữa bệnh.
- Giảm thiểu tối đa tình trạng gian lận tài chính trong việc chụp ảnh hỗ trợ chẩn đoán bệnh.
- Giảm tác hại môi trường gây ra do các vật tư in phim truyền thống và hồ sơ bệnh án giấy.

### **3.2 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.
- Tiết kiệm nhân lực hỗ trợ trong quá trình chẩn đoán hình ảnh và quản lý, tra cứu thông tin hồ sơ bệnh án.
- Nâng cao chất lượng chẩn đoán, hội chẩn và điều trị tại bệnh viện, do ứng dụng công nghệ cao.
- Giảm thiểu các sai sót trong quản lý tài chính liên quan đến phim và vật tư in phim tại bệnh viện.
- Giảm thiểu các vấn đề tiêu cực liên quan đến thanh toán bảo hiểm (cắt, ghép phim,...)
- Từng bước xây dựng lòng tin và tiện ích cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Người dân ở vùng sâu vùng xa, đặc biệt là các đối tượng chính sách có điều kiện tiếp cận các dịch vụ y tế có chất lượng cao ngay tại cơ sở
- Việc ứng dụng sản phẩm tra cứu hình ảnh qua QRCode sẽ đẩy mạnh phát triển Y tế điện tử là thành phần quan trọng của việc hình thành Bệnh án điện tử

## **IV. KẾT LUẬN**

Một hệ thống tra cứu thông hình ảnh chuẩn dữ liệu chung giúp tiết kiệm được rất nhiều thời gian trong quá trình chuyên viện và chuyên tuyến của bệnh nhân. Nhờ khả năng trao đổi thông tin giữa các cơ sở khám chữa bệnh, thời gian làm lại các xét nghiệm/chẩn đoán hình ảnh là không cần thiết. Thời gian dành cho các thông tin hành chính và lâm sàng cũng giảm đi nhờ khả năng theo dõi thông tin và bệnh sử trong thời gian dài. Việc giảm tải cho các bác sĩ và y tá đồng thời nâng cao hiệu quả làm việc của họ, từng bước xây dựng lòng tin và tiện ích cho nhân viên y tế và người bệnh. Bên cạnh đó, việc triển khai tra cứu hình ảnh qua QRCode cũng góp phần giảm tác hại môi trường gây ra do các vật tư in phim truyền thống. Từ đó, góp phần củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế Bệnh viện, hoàn thành mục tiêu chung về bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe người dân theo phương châm “*Hài lòng của người bệnh là sự tồn tại và phát triển của Bệnh viện*”

## **V. KHUYẾN NGHỊ**

Trong tương lai, Tổ công nghệ thông tin và tôi sẽ hướng đến xây dựng các giải thuật phần mềm về trí thông minh nhân tạo dựa trên nền tảng dữ liệu lớn đã thu thập được từ cloud, phát triển các hướng nghiên cứu về dữ liệu lớn cho bệnh viện và xây dựng hệ thống phần mềm bệnh án điện tử hoàn chỉnh từ các kết quả đã nghiên cứu được.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. BS. CKII. Phan Văn Bé; BS. CKII Khương Trọng Sừu, *Giới thiệu Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang*. <https://bvag.com.vn/>, 2022.
2. Bộ Y tế, *Quyết định số 4868/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc phê duyệt triển khai Đề án thí điểm hệ thống lưu trữ và truyền tải hình ảnh (PACS) tại bệnh viện*. 16/11/2015
3. Bộ Y Tế, *Thông tư số 46/2018/TT-BYT về Quy định hồ sơ bệnh án điện tử* 28/12/2018
4. 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

# **CẢI TIẾN QUẢN LỖ TRONG NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI PHÒNG NỘI SOI TIÊU HÓA BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2023**

*Bùi Thị Thanh Trúc*

## **TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Việc ứng dụng cải tiến quản lý trong nội soi đại trực tràng tại phòng Nội soi Tiêu hóa Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang giúp người bệnh được tôn trọng, được kín đáo, lịch sự, an tâm trong khám bệnh và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Sáng kiến cải tiến quản lý trên người bệnh đến nội soi đại trực tràng tại phòng nội soi tiêu hóa.

### **Kết quả đạt được:**

Nhanh chóng và tiện lợi trong chuẩn bị người bệnh trước nội soi đại trực tràng  
Không tốn chi phí nhiều nhưng giúp người bệnh an tâm thực hiện nội soi đại trực tràng, giảm e ngại cho người bệnh  
Cảm thấy thoải mái hơn, người bệnh được tôn trọng hơn, tin tưởng tay nghề của nhân viên y tế, tạo uy tín cho bệnh viện.

## **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe Nhân dân, tạo điều kiện để người bệnh tiếp cận, sử dụng dịch vụ y tế chất lượng. khi thăm khám, chăm sóc cho người bệnh cần bảo đảm kín đáo và lịch sự.

Quyền của người bệnh được tôn trọng bí mật riêng tư, quyền được tôn trọng danh dự, bảo vệ sức khỏe trong khám bệnh, chữa bệnh. Được chăm sóc chu đáo, được tôn trọng, được đối xử lịch sự, đúng mực, không phân biệt tuổi tác, giới tính, chủng tộc, quốc tịch, tôn giáo, địa vị xã hội, tình trạng thể chất và tinh thần. Quyền được bảo mật thông tin cá nhân và thông tin y khoa. Tôn trọng quyền được khám bệnh chữa bệnh của nhân dân. Tôn trọng những bí mật riêng tư của người bệnh; khi thăm khám, chăm sóc cần bảo đảm kín đáo và lịch sự. Từ đó đã cải tiến quản lý trong nội soi đại trực tràng tại phòng nội soi tiêu hóa.

## **II. ĐIỂM MỚI CỦA SÁNG KIẾN**

Ứng dụng cải tiến quản lý trong nội soi đại trực tràng tại phòng Nội soi Tiêu hóa Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang. Tôn trọng quyền được khám bệnh chữa bệnh của nhân dân. Tôn trọng những bí mật riêng tư của người bệnh; khi thăm khám, chăm sóc cần bảo đảm kín đáo và lịch sự.

Điểm mới: Quản lý kín đáo, giảm bớt sự e ngại đối với phụ nữ và nam giới. Cảm thấy thoải mái hơn, người bệnh được tôn trọng hơn, tin tưởng tay nghề của nhân viên y tế, tạo uy tín cho bệnh viện.

Nội soi đại trực tràng nhanh chóng, người bệnh được đảm bảo kín đáo trước, trong và sau khi nội soi đại trực tràng tại phòng Nội soi tiêu hóa Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang năm 2023



**Quần lót mặc nội soi trước cải tiến**



**Tiến hành may thêm phần vải để che lại chỗ trống của quần lót. Quần lót sau khi được cải tiến sẽ có thêm phần vải che kín vùng mông người bệnh khi mặc chuẩn bị nội soi.**

### **III. KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC**

Nhanh chóng và tiện lợi trong chuẩn bị người bệnh trước nội soi đại trực tràng  
Không tốn chi phí nhiều nhưng giúp người bệnh an tâm thực hiện nội soi đại trực tràng, giảm e ngại cho người bệnh

Cảm thấy thoải mái hơn, người bệnh được tôn trọng hơn, tin tưởng tại nghề của nhân viên y tế, tạo uy tín cho bệnh viện.

#### **IV. KẾT LUẬN**

Việc ứng dụng cải tiến quần lỗ trong nội soi đại trực tràng tại phòng Nội soi Tiêu hóa Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang giúp người bệnh được tôn trọng, được kín đáo, lịch sự, an tâm trong khám bệnh và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

#### **V. KHUYẾN NGHỊ**

Ứng dụng cải tiến quần lỗ trong nội soi đại trực tràng tại phòng Nội soi Tiêu hóa Bệnh viện đa khoa Trung tâm An Giang phải hướng dẫn người bệnh mặc phần vải che phía sau mông người bệnh./.

# ỨNG DỤNG CÔNG CỤ GOOGLE SHEETS ĐỂ THEO DÕI TIẾN ĐỘ CÔNG VIỆC TẠI PHÒNG ĐIỀU DƯỠNG BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Võ Thị Kim Thoa

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Google Sheets là một chương trình bảng tính trực tuyến miễn phí, giống như hầu hết các ứng dụng khác của Google. Chắc hẳn đối với mỗi nhân viên văn phòng đều đã quen thuộc với giao diện Google Sheets. Về cơ bản, nó là một bảng tính lớn, giống như Excel. Sử dụng Google Sheets để quản lý công việc là giải pháp phù hợp cho các đối tượng muốn tạo tập dữ liệu nguồn mở, tiến hành phân tích dữ liệu cơ bản và các vấn đề phức tạp khác liên quan đến toán học.

Sơ đồ Gantt (sơ đồ ngang Gantt, biểu đồ Gantt, Gantt Chart) là loại sơ đồ dùng để quản lý các đầu mục công việc, sự kiện theo thời gian. Sơ đồ Gantt giúp người dùng dễ dàng nắm bắt được các thông tin về công việc, kế hoạch bởi cách trình bày trực quan, đơn giản, dễ hiểu. Phòng Điều dưỡng là nơi quản lý chung tất cả công việc điều dưỡng của các khối. Do đó, việc theo dõi tiến độ, hiệu suất công việc của các điều dưỡng trưởng luôn là vấn đề bất cập, chưa được theo dõi sát sao. Nhận thấy được sự cần thiết của việc theo dõi tiến độ công việc. Tôi đã kết hợp và cho ra sáng kiến: “ Ứng dụng công cụ Google sheets để theo dõi tiến độ công việc tại Phòng Điều dưỡng Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang”

## II. ĐIỂM MỚI CỦA SÁNG KIẾN

Trước đây, khi theo dõi giám sát công việc, thường phải làm sơ đồ Gantt trên phần mềm Microsoft Excel điều này mang lại bất tiện khi giao công việc hoặc theo dõi tiến độ công việc không thể chia sẻ được cho nhiều người thông qua mạng trực tiếp. Dựa vào sự linh hoạt của Google Sheets tôi đã thực hiện vẽ biểu đồ Gantt thông qua ứng dụng với các bước như sau:

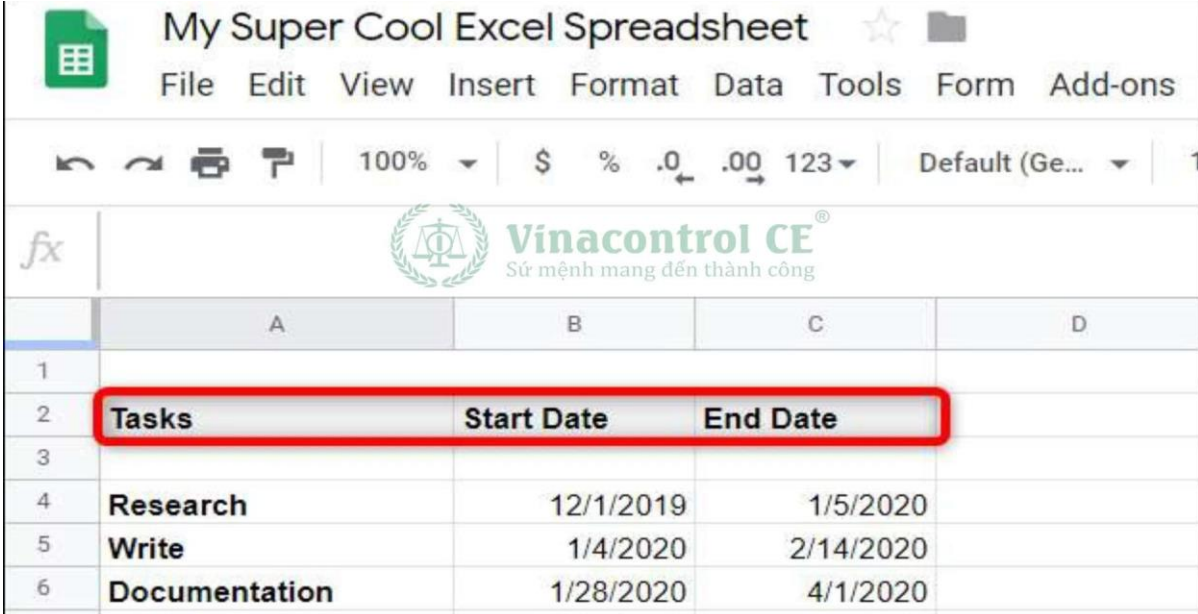
Bước 1: Nhập dữ liệu của kế hoạch

Đầu tiên, bạn tạo một trang Google Sheets mới. Sau đó, bạn tạo sẽ nhập dữ liệu của kế hoạch, bao gồm:

Tasks (đầu việc);

Start Date (Ngày bắt đầu);

End Date (Ngày kết thúc).



	A	B	C	D
1				
2	<b>Tasks</b>	<b>Start Date</b>	<b>End Date</b>	
3				
4	<b>Research</b>	12/1/2019	1/5/2020	
5	<b>Write</b>	1/4/2020	2/14/2020	
6	<b>Documentation</b>	1/28/2020	4/1/2020	

Nhập dữ liệu vào Trang tính

Bước 2: Lập bảng tính toán cho dự án

Kế tiếp, để Google Sheets có thể dễ dàng xử lý số liệu, bạn cần phải tạo thêm một bảng tính toán cho dự án ngay dưới bảng mà bạn đã tạo ở bước 1. Theo đó, trong bảng số 2 này, bạn nhập các dữ liệu sau:

Tasks (đầu việc): Copy dữ liệu ở ô cùng tên trong bảng 1 và dán qua;  
 Start on Day (Bắt đầu từ ngày): Đây là số ngày bắt đầu của từng nhiệm vụ so với ngày bắt đầu thực hiện nhiệm vụ đầu tiên. Dữ liệu ở đây được tính bằng cách lấy giá trị của ngày bắt đầu từng task trừ đi cho ngày bắt đầu task đầu tiên.

Công thức ví dụ:

$$B15 = \text{int}(B4) - \text{int}(\$B\$4).$$

Sau khi tính xong thì copy phép tính cho từng task tiếp theo ở bảng 2.

	A	B	
13	<b>Tasks</b>	<b>Start on Day</b>	<b>Dura</b>
14			
15	<b>Research</b>	<b>? =int(B4)-int(\$B\$4)</b>	
16	<b>Write</b>		
17	<b>Documentation</b>		
18	<b>Edit</b>		

Cách tính ngày bắt đầu nhiệm vụ

Duration (Thời lượng): Đây là thời lượng dành cho mỗi công việc. Giá trị được xác định ở đây là: (Thời gian kết thúc cho task hiện tại – Thời gian bắt đầu task đầu tiên) – (Thời gian bắt đầu task hiện tại – thời gian bắt đầu task đầu tiên) .

Công thức ví dụ:

$$C15 = (\text{INT}(C4) - \text{INT}(\$B\$4)) - (\text{INT}(B4) - \text{INT}(\$B\$4))$$

Thực hiện tiếp tục cho các hàng tiếp theo.

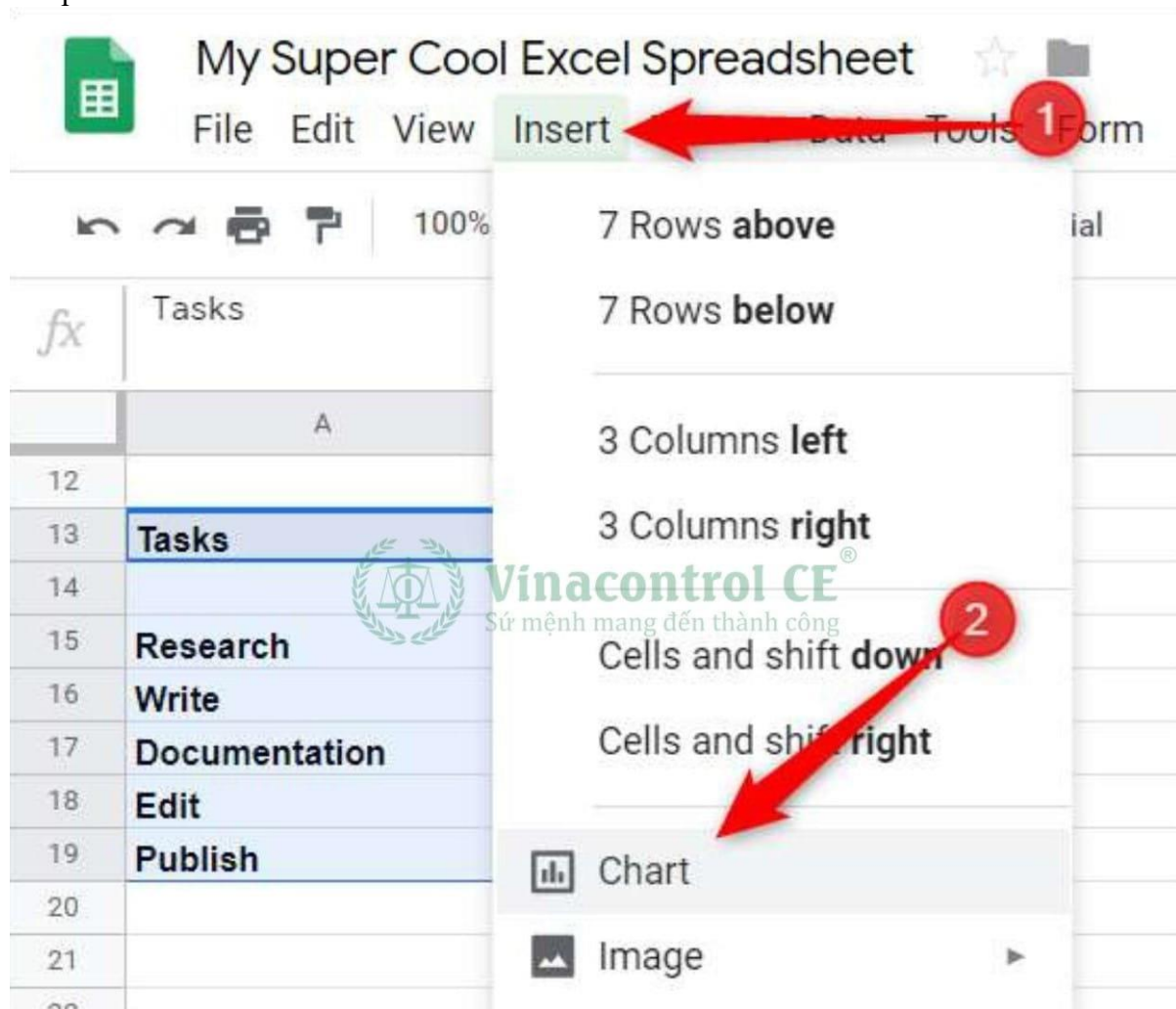
	A	B	C	D	E
13	<b>Tasks</b>	<b>Start on Day</b>	<b>Duration</b>		
14					
15	<b>Research</b>		<b>? =(INT(C4)-INT(\$B\$4))-(INT(B4)-INT(\$B\$4))</b>		
16	<b>Write</b>		34		
17	<b>Documentation</b>		58		

Cách tính số ngày hoàn thành nhiệm vụ

Sau khi đã hoàn tất việc tính toán dữ liệu cho hai cột trên, ta có được một bảng hoàn chỉnh như sau:

Bước 3: Biểu diễn biểu đồ

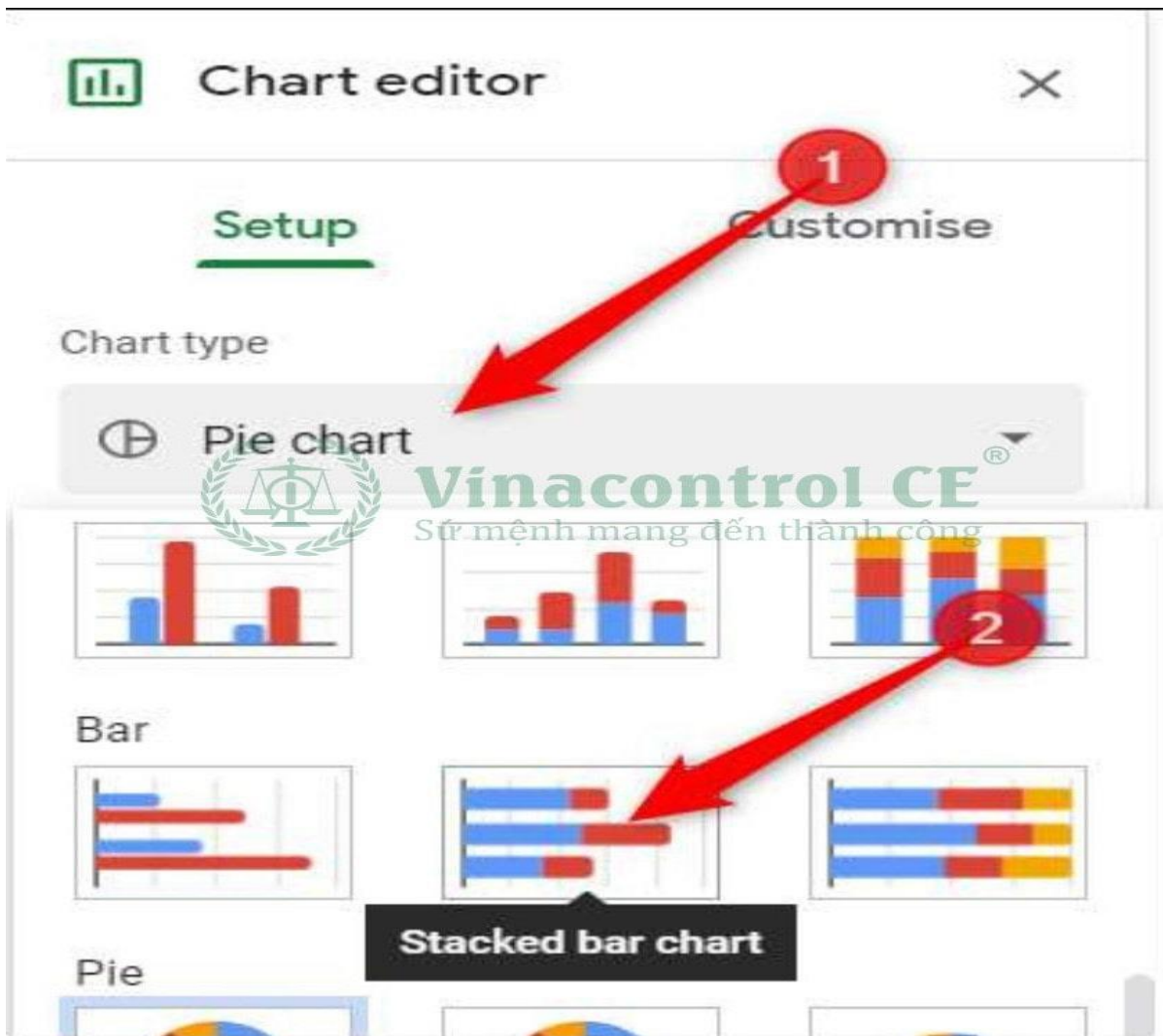
Nhấp vào Insert -> Chart



Nhấp vào Insert -> Chart

Khi này sẽ xuất hiện cửa sổ Chart editor, bạn hãy nhấp vào hộp thả xuống bên dưới Pie chart để chọn loại biểu đồ và chọn biểu đồ thanh xếp chồng Stacked bar chart.





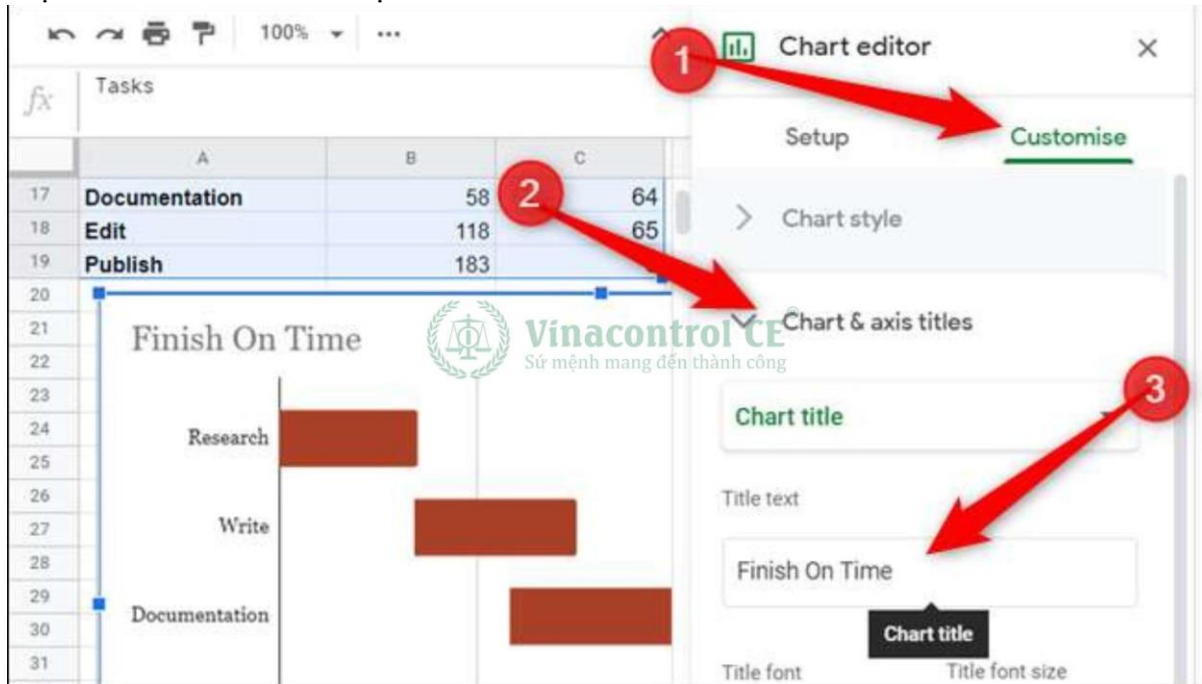
Chọn Pie chart -> Stacked bar chart

Khi này biểu đồ đã xuất hiện, bạn nhấp vào bất kỳ thanh màu đỏ nhạt nào và chọn màu, sai đó chọn None.



Thay đổi màu nhạt trong biểu đồ

Tiếp theo, bạn chuyển sang tab Customise trong trình chỉnh sửa biểu đồ Chart editor, nhấp chọn Chart & axis titles và đặt tên cho biểu đồ.



Cách đặt tên cho biểu đồ

Cuối cùng chúng ta sẽ ra được một biểu đồ Gantt như sau:

BẢNG BÁO CÁO TIẾN ĐỘ THỰC HIỆN KẾ HOẠCH NĂM 2023 (Phòng điều dưỡng BC)													GHI CHÚ	THƯ KÝ	NGƯỜI PHỐI HỢP		
STT	NỘI DUNG	THỜI GIAN												GHI CHÚ	THƯ KÝ	NGƯỜI PHỐI HỢP	
		T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12				
<b>PHẦN I: CÁC HOẠT ĐỘNG KIỂM TRA - GIÁM SÁT - BÁO CÁO ĐỊNH KỲ</b>																	
1	Xây dựng bộ công cụ kiểm tra - giám sát														Quý 1		
2	Kiểm tra tuân thủ các quy trình kỹ thuật														Hàng tháng		
3	Kiểm tra thực hiện 5S khoa phòng														Hàng tháng		
4	Giám sát công tác đi buồng của ĐDTK														Hàng tháng		
5	Kiểm tra việc ghi chép HSBA														Hàng tháng		
6	Sinh hoạt chuyên môn + Bình CS														Hàng tháng		
7	Họp HDNB cấp BV														Hàng tháng		
8	Báo cáo triển khai 10 chỉ số CS														Quý		
9	Báo cáo đường dây nóng														6 tháng		
10	Báo cáo khảo sát HLNB														Quý		
11	Báo cáo hoạt động phòng ĐD														Quý		
12	Báo cáo đào tạo liên tục														6 tháng		
<b>PHẦN II: ĐÀO TẠO - TẬP HUẤN TOÀN VIỆN</b>																	
STT	NỘI DUNG	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12	GHI CHÚ	THƯ KÝ	NGƯỜI PHỐI HỢP	
1	Tập huấn thông tư 31/2021/TT-BYT quy định hoạt động ĐD													Tháng 3			
2	Tập huấn về giám sát cho ĐDTK													tháng 8			
3	Tập huấn về TT- GDSK													tháng 9			
4	Tập huấn ĐD viện mới													tháng 10			
	Tập huấn cho ĐDTK cách GS qua google																

### III. KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC

Quản lý nhiều thông tin trực quan, nhanh chóng: Biểu đồ Gantt cung cấp một hình ảnh rõ ràng về tiến độ dự án, dễ dàng nhìn thấy các công việc đã hoàn thành, đang tiến hành và các công việc còn lại. Điều này giúp theo dõi tiến trình và đảm bảo rằng công việc diễn ra đúng theo kế hoạch.

Tăng tính chủ động của nhân viên phòng và điều dưỡng trưởng: Các thông tin về điều dưỡng thực hiện và tiến độ thực hiện của công việc được hiển thị công khai trên biểu đồ Gantt. Điều này giúp mỗi thành viên hiểu rõ vai trò quan trọng của mình và làm việc một cách chủ động hơn.

Phân phối tài nguyên, nguồn lực hiệu quả: Biểu đồ Gantt cho phép phân công công việc cho các điều dưỡng và điều phối chúng một cách hiệu quả. Bạn có thể xác định rõ ràng ai làm gì và khi nào công việc cần hoàn thành. Điều này giúp tăng tính tổ chức và hiệu suất làm việc của nhóm.

Xác định mối quan hệ giữa các công việc: Thông qua Gantt chart, có thể xác định mối quan hệ giữa các công việc. Chúng ta có thể biết được công việc nào cần hoàn thành trước để công việc tiếp theo có thể bắt đầu. Điều này giúp lập kế hoạch và điều chỉnh công việc một cách hợp lý.

Thay đổi và điều chỉnh linh hoạt: Khi có yêu cầu hay thay đổi bất ngờ, Gantt chart cho phép bạn linh hoạt điều chỉnh. Chúng ta có thể cập nhật thời gian, phân công lại công việc và thay đổi các yếu tố khác trên biểu đồ một cách nhanh chóng.

Giao tiếp và báo cáo dễ dàng: Biểu đồ Gantt khi kết hợp cùng ứng dụng Google Sheets là một công cụ hữu ích để giao tiếp và báo cáo tiến trình công việc.. Chúng ta có thể chia sẻ biểu đồ với các điều dưỡng thực hiện công việc, người quản lý và các bên liên quan khác để họ có cái nhìn tổng quan về tiến độ công việc.

#### **IV. KẾT LUẬN**

Hiện tại, bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang đang hướng đến theo xu hướng chung của cả nước là sử dụng bệnh án điện tử, ứng dụng công nghệ thông tin trong tất cả các vấn đề quản lý và lâm sàng. Vì vậy, việc ứng dụng công nghệ để theo dõi quản lý tiếp độ công việc cũng là một trong các tiêu chí góp phần thay đổi tư duy, nhận thức của điều dưỡng trong công tác chăm sóc và phục vụ người bệnh

#### **V. KHUYẾN NGHỊ**

Phòng Điều dưỡng tiếp tục đẩy mạnh cải cách thủ tục hành chính, quản lý trên phần mềm, giảm thiểu ghi chép, nâng cao chất lượng trong việc khám chữa bệnh, tạo mọi điều kiện để người bệnh và người nhà người bệnh được phục vụ chăm sóc tốt hơn, góp phần nâng cao chất lượng công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân trong thời gian tới.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Quy chế bệnh viện – Bộ Y tế ban hành năm 1997
2. Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18 tháng 11 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam;
3. Tài liệu đào tạo liên tục về quản lý chất lượng bệnh viện và an toàn người bệnh của cục QLKCB-BYT;
4. Thông tư 31/2021/TT-BYT ngày 28/12/2021 về Quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện
5. Bộ Y Tế, *Thông tư số 46/2018/TT-BYT về Quy định hồ sơ bệnh án điện tử 28/12/2018*
6. 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*

# CẢI TIẾN THÙNG NGÂM DỤNG CỤ THAY BĂNG TRÊN XE ĐA NĂNG TẠI KHOA CHẨN THƯƠNG CHÍNH HÌNH BVĐKTT AN GIANG

Huỳnh Phi Vân

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Một trong những công tác chuyên môn hằng ngày của Điều dưỡng khoa Chấn Thương Chính Hình như thay băng, tiêm thuốc, CLS ghi chép hồ sơ bệnh án... thì công việc ngâm rửa xử lý dụng cụ thay băng theo đúng quy trình rất quan trọng trong công tác chăm sóc người bệnh vì hạn chế được sự lây lan vi khuẩn, nhiễm khuẩn trong môi trường bệnh viện. Tuy nhiên, vấn đề xử lý các dụng cụ này phải được thực hiện và đáp ứng các yêu cầu nghiêm ngặt trong y tế. Quá trình này phải được đảm bảo thực hiện đúng từ khâu ngâm làm sạch đến quá trình khử khuẩn, nếu không làm sạch hiệu quả có thể gây đến những hậu quả vô cùng nghiêm trọng cho bệnh nhân, nhân viên y tế và cho cả cộng đồng. Chính vì thế, quy trình làm sạch dụng cụ y tế phải được thực hiện đúng quy trình và đáp ứng các tiêu chuẩn trong y tế.

Thực tế tại khoa CTCH chưa có xe chuyên dụng cho công tác thay băng nên việc chuẩn bị các dụng cụ như bộ thay băng, povidine, nước muối, băng keo, gòn gạc đều được sắp xếp trên xe đa năng.



Hình ảnh xe đa năng

Trước đây dụng cụ dơ sau khi thay băng để ở vị trí này và chưa được xử lý ban đầu.

- Hai vị trí để dụng cụ dơ như trên là sai hoàn toàn trong công tác KSNK và xử lý ban đầu dụng cụ dơ.



**Hình 1 : Dụng cụ dơ để trong thùng trước đây**



## Hình 2 : Dụng cụ đơ để trong hộp trước đây

Vậy dụng cụ thay bằng sau khi sử dụng cho người bệnh cần xử lý ban đầu ngâm dung dịch và để ở vị trí nào trên xe ???

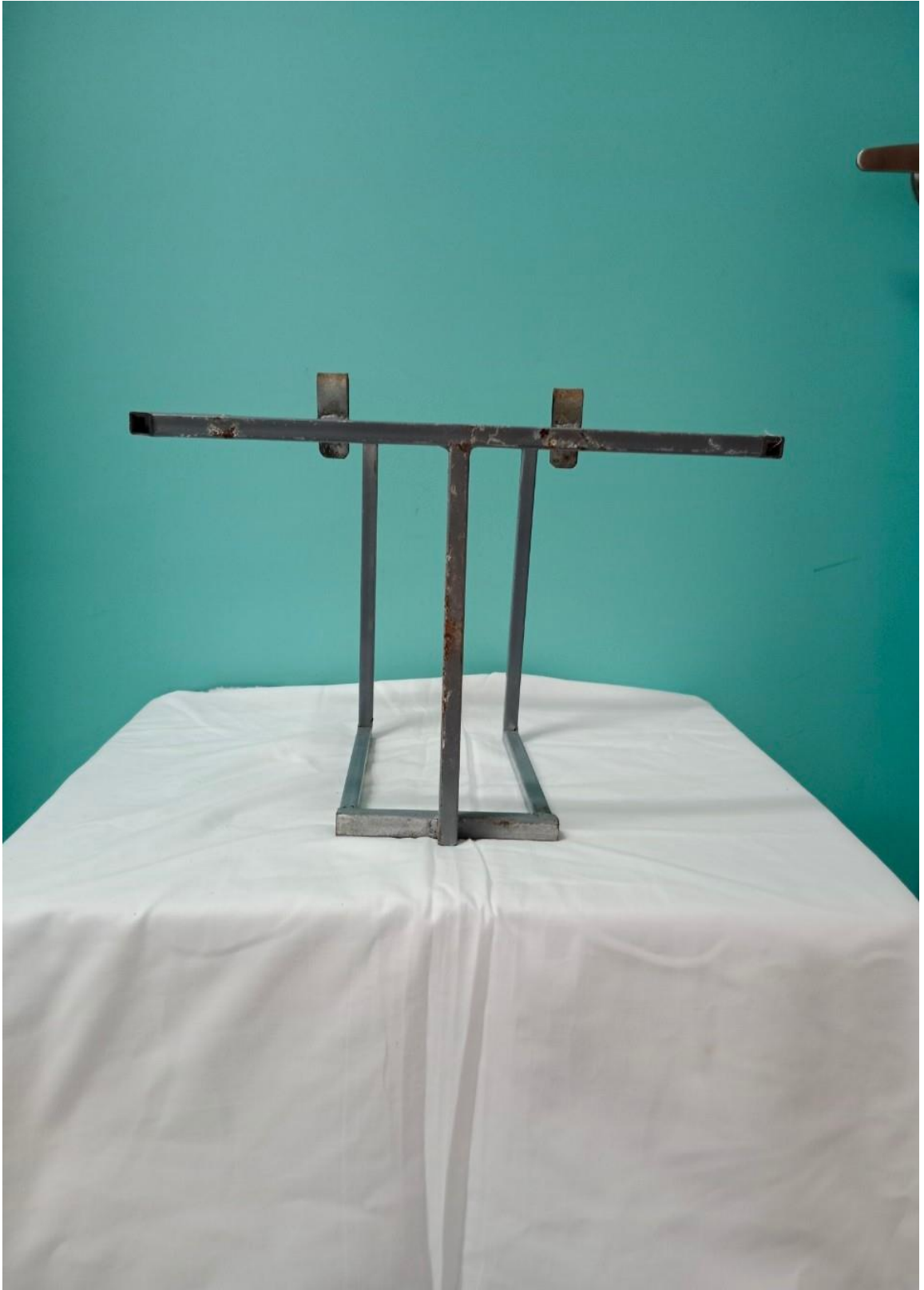
Vì thế, để thực hiện đúng quy trình xử lý dụng cụ BHYT ban hành nên tôi đã thực hiện sáng kiến:  
“Cải tiến thùng ngâm xử lý dụng cụ thay bằng trên xe đa năng tại khoa Chấn Thương Chỉnh Hình - Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang”

### II.ĐẶC ĐIỂM CỦA SÁNG KIẾN

Qui cách và chất liệu của bộ thùng ngâm dụng cụ :

- Qui cách: Dài 32, rộng 21, cao 34, trọng lượng tối đa 15 kg ( thể tích tính bằng 20 lít)
- Thiết kế nắp mở tiện lợi cho việc ngâm rửa dụng cụ , ngăn mùi thoát ra ngoài, dễ dàng lau rửa.
- Chất liệu nhựa PP
- Khung (giá đỡ cho thùng ) vật liệu sắt và được phủ sơn bạc.





**Hình 3 : Khung ngoài**





**Hình 4 : Khung ngoài**



**Hình 5: bộ thùng và khung**

Độ tiện lợi

- Dụng cụ dơ để ngay vào thùng có dung dịch sát khuẩn .

- Giá thành

\_ Giá thành hợp lý:

+ Khung giá treo: 90.000 VNĐ

+ Thùng nhựa : 90.000 VNĐ

- Vị trí lắp đặt : giá treo có 2 thanh móc dài 4cm được móc vào vị trí thùng rác tái chế.

Độ an toàn :

- Dụng cụ được sát khuẩn ngay, hạn chế phát tán ra môi trường,

- Nước ngâm dụng cụ không bị sánh ra môi trường bên ngoài khi kéo đẩy xe.

- Thùng chứa được 10-15 bộ thay băng, đảm bảo dung dịch phủ toàn bộ bề mặt dụng cụ.



**Hình 6: Thùng ngâm dụng cụ gắn trên xe**

**Thuận lợi và khó khăn :**

**a. Thuận lợi :**

- Xe đa năng đã có thiết kế thanh ngang dễ dàng treo giá đỡ và thùng .
- Các điều dưỡng dễ kiểm soát số lượng dụng cụ thay băng mình đã sử dụng.
- Sau khi dụng cụ được ngâm về phòng xử lý dụng cụ ngay theo quy trình ( đưa quy trình vào ) không phải đợi thêm thời gian ngâm dụng cụ như trước đây khoảng 20- 30 phút )

**b. Khó khăn:**

- Sau khi tiêm thuốc xong , Điều dưỡng phải quay về quầy để tháo thùng rác tái chế xuống và lắp thùng ngâm dụng cụ vào.
- Đặc thù của khoa bệnh đông , số sượng bệnh cần thay băng nhiều => dụng cụ thay băng cần nhiều => cần phải thay thùng khi số lượng dụng cụ đầy ...

**III. KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC**

- Tất cả các dụng cụ dư sau khi sử dụng được ngâm dung dịch đúng theo quy trình quy định.
- Hạn chế thời gian cho Điều dưỡng vào phòng xử lý dụng cụ .
- Giảm thời gian xử lý dụng cụ sau thay băng 20 phút đến 30 phút .
- Gia thành hợp lý, dễ sử dụng rộng rãi



**Hình 7: Dụng cụ dơ được ngâm trong thùng**

#### **IV. KẾT LUẬN**

Cải tiến thùng ngâm dụng cụ trên xe đa năng mục đích làm theo đúng quy trình xử lý dụng cụ dơ sau khi thay băng để tránh nhiễm khuẩn cho người bệnh, hạn chế tối đa sự lây lan, phát tán vi khuẩn ra môi trường bên ngoài ảnh hưởng đến sức khỏe con người. Tuy có sự bất tiện trong quá trình làm công tác chuyên môn điều dưỡng trong khâu thay băng cần phải chuẩn bị lại như tháo thùng rác tái chế và lắp lại thùng ngâm dụng cụ và có thể đổi thùng nhiều lần .. nhưng vì sức khỏe người bệnh và vì cộng đồng hãy bỏ qua sự bất tiện ấy, tất cả điều dưỡng trong khoa cùng đồng lòng cùng thực hiện để khoa CTCH không có hoặc có rất ít bệnh nhân bị nhiễm khuẩn vết mổ hoặc từ môi trường xung quanh.

#### **V. KIẾN NGHỊ**

Đóng góp của Giám đốc, Khoa KSNK, Phòng VTTBYT trong công tác cải tiến chuyên môn cho điều dưỡng.

Điều chỉnh, bổ sung, thống nhất các góp ý từ các điều dưỡng thực hiện để có thể cải tiến hơn nữa trong cải cách các công cụ hỗ trợ điều dưỡng chăm sóc, phục vụ người bệnh

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Quy chế bệnh viện – Bộ Y tế ban hành năm 1997
2. Thông tư 16/2018/TT-BYT ngày 20 tháng 7 năm 2018
3. Thông tư 20/2021/TT-BYT ngày 26/11/2021

# ỨNG DỤNG GOOGLE DRIVE TRONG CÔNG TÁC BÁO CÁO NHÂN SỰ ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Phan Đăng Khoa

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự xuất hiện và phát triển mạnh mẽ của công nghệ thông tin (CNTT) và truyền thông đã, đang và sẽ là nhân tố thúc đẩy sự phát triển của thế giới. Có thể nói, CNTT và truyền thông đã tác động tích cực tới hầu hết các ngành nghề trong xã hội, trong đó có lĩnh vực y tế nơi tính hiệu quả của việc ứng dụng CNTT cả trong điều trị và trong quản lý đều đã được chứng minh. Từ phía Bộ Y tế, những năm gần đây đã có các đề án, dự án nhằm nâng cao năng lực nhân viên y tế và cán bộ quản lý hồ sơ bệnh án cũng như tăng tính hiệu quả của việc ứng dụng CNTT trong bệnh viện. Do đó, trước hết mỗi cán bộ quản lý cần nhận thức được vai trò của CNTT trong công tác quản lý hồ sơ, qui trình và chủ động tích cực ứng dụng CNTT để nâng cao hiệu suất quản lý. Trong các năm qua việc ứng dụng CNTT 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.

Theo Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18 tháng 11 năm 2016 về Ban hành Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện 2.0. Dựa trên phần C6.1: “Hệ thống quản lý điều dưỡng được thiết lập đầy đủ và hoạt động hiệu quả”. Tiểu mục 16 có nội dung: “Phòng (hoặc tổ) điều dưỡng theo dõi tình hình và cập nhật thông tin hằng ngày về nhân lực điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên và người bệnh dựa trên phần mềm để điều phối nhân lực trong phạm vi phòng quản lý cho phù hợp giữa các khoa và phục vụ công tác quản lý” Do đó, việc thực hiện ứng dụng công nghệ thông tin trong công tác quản lý báo cáo là rất quan trọng.

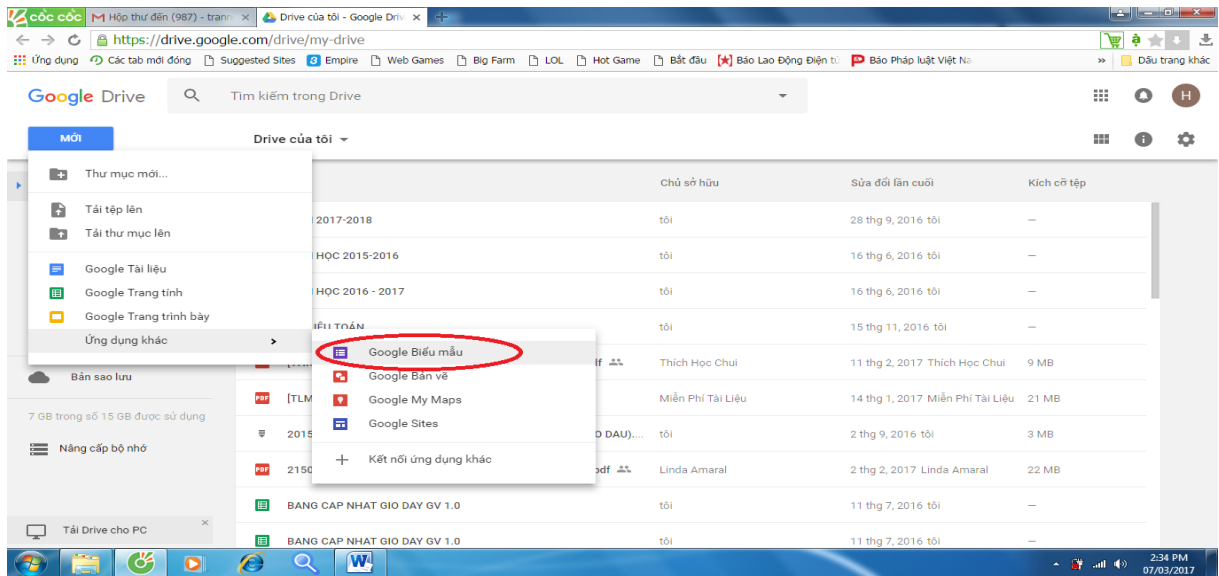
Đối với cán bộ quản lý thì việc báo cáo, thu thập thông tin, số liệu, ... là một việc làm thường xuyên, tốn nhiều công sức và thời gian, lại diễn ra từ năm này sang năm khác. Vấn đề đặt ra là làm sao có thể tập hợp được tất cả các báo cáo của các tổ chuyên môn, các bộ phận, các thông tin (ý kiến), các số liệu, ... để cho ra một báo cáo chung một cách tự động, ít tốn thời gian, công sức của cán bộ quản lý. Nhận thấy được điều đó, bằng kinh nghiệm sử dụng Google drive và qua quá trình tìm hiểu các tài liệu, tôi lựa chọn giải pháp là: “Ứng dụng Google drive trong công tác báo cáo nhân sự điều dưỡng tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang”

## II. ĐIỂM MỚI CỦA SÁNG KIẾN

Từ năm 2017 – 2021 các điều dưỡng trưởng đều báo cáo nhân sự điều dưỡng dựa trên phần mềm báo cáo nhân sự chung của bệnh viện do Tổ đồng nghệ thông tin sáng tạo. Tuy nhiên khi thông tư Số: 31/2021/TT-BYT về Quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện được ban hành thì phần mềm Báo cáo nhân sự không còn đáp ứng được các tiêu chí như: Số lượng chăm sóc cấp I, số lượng điều dưỡng chuyên trách. .... Đồng thời phần mềm cũ cũng không thể truy xuất dữ liệu ra Excel, do đó, gây nên không ít khó khăn, bất cập khi tổng hợp, thống kê báo cáo tháng, quý, năm của phòng Điều dưỡng

Bắt đầu từ đầu năm 2022 đến nay, tôi đã mạnh dạn ứng dụng bộ công cụ của Google drive bao gồm: Google sheets, Google forms để tạo ra biểu mẫu “Báo cáo nhân sự” mà cán bộ quản lý muốn đạt được, sau đó chia sẻ đến các điều dưỡng trưởng để tập hợp thông tin, số liệu, ... vào form mẫu và tôi thấy được hiệu quả rất cao từ sự hỗ trợ của công cụ này. Đặc biệt là các biểu mẫu đã tạo ra thì có thể sử dụng tiếp tục cho các năm tiếp theo và mãi mãi. Nhờ công cụ Google forms của Google drive, chỉ cần cung cấp một đường link hoặc mã QR code cho các điều dưỡng trưởng mà họ đã có thể báo cáo số lượng nhân sự điều dưỡng của khoa/phòng mình ở bất cứ đâu, mọi việc báo cáo 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: Vào Google drive, chọn Google biểu mẫu (Google forms)



## Bước 2: Tạo form báo cáo nhân sự điều dưỡng:

The screenshot displays a Google Form titled 'BÁO CÁO NHÂN SỰ ĐIỀU DƯỠNG' (Nursing Staff Report Form) for 'BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG' (An Giang General Hospital). The form includes a header with the hospital logo and name, followed by the title and a brief instruction: 'Các anh/chị vui lòng điền thông tin đầy đủ vào các mục dưới đây:' (Please fill in the information fully in the sections below:). The form contains a 'Ngày báo cáo' (Report Date) field with a date picker and a 'Khoa/Phòng' (Department/Room) field with a dropdown menu. The dropdown menu is currently set to '1. Khoa Tiêu hoá - Huyết học' (1. Gastroenterology - Hematology). The form is displayed in a Google Docs environment.

**Bước 3:** Sau khi các điều dưỡng trưởng đã hoàn thành hết các câu trả lời, chúng ta sẽ xuất dữ liệu ra Google sheet, từ đó các dữ liệu sẽ được tổng hợp và thống kê theo từng ngày, tháng

docs.google.com

BÁO CÁO NHÂN SỰ ĐIỀU DƯỠNG THÁNG 08

Tệp Chính sửa Xem Chèn Định dạng Dữ liệu Công cụ Tiện ích mở rộng Trợ giúp

75% đ % .0\_ .00 123v Times 12 B I U A

BỆNH VIỆN ĐA KHOA  
TRUNG TÂM AN GIANG  
PHÒNG ĐIỀU DƯỠNG

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

**BÁO CÁO TÌNH HÌNH NHÂN SỰ ĐIỀU DƯỠNG TẠI KHOA**  
Ngày 17/08/2022

STT	Ngày báo cáo	Khoa/Phòng	TS ĐD của khoa	TS ĐD thực làm hiện tại	ĐD hành chính	ĐD chăm sóc bệnh phòng	ĐD trực	ĐD ra trực	ĐD đi học	ĐD hậu sản	ĐD chi viện	ĐD nghỉ phép/ốm	ĐD lấy "CCHN"	TS NB hiện diện	Số giường kế hoạch	Tổng số CSCI	Tổng số CSCII	Tổng số CSCIII	Người báo
1	17/08/2022	Khoa Nội tiết	17	16	3	9	2	2	0	0	0	1	1	79	52	7	62	10	Nguyễn Thị Phư
2	17/08/2022	Khoa ICU	42	34	2	0	32	8	6	2	0	0	0	59	50	59	0	0	Trần Thị I
3	17/08/2022	Khoa Phẫu thuật - Gây mê hồi sức	30	18	3	8	6	6	0	0	0	0	0	4	22	4	0	0	Mạc Văn Q
4	17/08/2022	Khoa Nội thần kinh	17	17	4	13	3	3	0	0	0	0	1	94	70	14	80	0	Lê Minh
5	17/08/2022	Khoa Tâm thần	12	10	7	1	2	2	0	0	0	0	0	19	32	5	14	0	Nguyễn Đứ
6	17/08/2022	Khoa Nội A	11	9	5	2	2	2	0	0	0	0	0	6	20	0	1	5	Nguyễn Thị Tuy
7	17/08/2022	Khoa Tiêu hoá - Huyết học	21	18	3	15	3	3	0	0	0	0	0	111	70	48	0	63	Ngô thị huyn
8	17/08/2022	Khoa Ung bướu	13	11	2	10	2	2	0	0	0	0	1	57	45	3	6	32	Nguyễn Kin
9	17/08/2022	Khoa Ngoại thần kinh - Lồng ngực	13	13	3	6	2	2	0	0	0	0	0	44	40	3	0	41	Trần Phươn
10	17/08/2022	Khoa Nội tổng hợp	19	16	3	16	3	3	0	0	0	0	4	110	80	28	32	52	Tăng Minh
11	17/08/2022	Khoa Nhiễm	19	18	4	14	12	4	0	1	4	0	3	116	50	8	108	0	Phạm Hữu
12	17/08/2022	Khoa Ngoại niệu	14	14	3	6	2	2	0	0	0	0	1	58	60	1	0	57	Bùi Duy
13	17/08/2022	Khoa Lao	20	14	4	5	3	3	2	0	1	1	3	59	65	15	44	0	Bùi Tông Nj
14	17/08/2022	Khoa Cấp Cứu	42	42	2	40	38	10	0	1	0	0	3	3	20	3	0	0	HUYnh Ngọc
15	17/08/2022	Liên chuyên khoa	16	12	2	4	3	3	0	1	0	0	4	53	40	0	0	53	Lâm Thị N
16	17/08/2022	Khoa Tim mạch - Lão học	22	21	6	8	4	4	0	0	0	1	3	117	90	15	77	25	Phan Thị Mỹ
17	17/08/2022	Khoa Ngoại tổng hợp	20	15	4	7	3	3	0	0	0	2	2	89	73	10	12	67	Phạm Hoang
18	17/08/2022	Khoa Chấn thương chỉnh hình	19	13	3	6	3	3	0	1	0	0	3	88	80	6	0	82	Huỳnh Phi
19	17/08/2022	Khoa Nội thần	15	13	3	8	2	2	0	0	0	0	0	57	50	7	5	45	Nguyễn Th
<b>TỔNG CỘNG</b>			<b>382</b>	<b>324</b>	<b>66</b>	<b>178</b>	<b>127</b>	<b>67</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>29</b>	<b>1223</b>	<b>1009</b>	<b>236</b>	<b>441</b>	<b>532</b>	

### III. KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC

- Nhanh chóng và thuận tiện trong việc thống kê, tổng hợp và chia sẻ thông tin với Ban giám đốc, Trưởng, Phó khoa/phòng, điều dưỡng trưởng các khoa ... khi cần.
- Dữ liệu được lưu dưới dạng bảng tính Excel thuận tiện khai thác để phục vụ việc thống kê, tổng hợp tỷ lệ điều dưỡng kịp thời nắm bắt được nhu cầu, tình hình nhân sự điều dưỡng ở từng khoa
- Công cụ Google Form có thể giúp nhân viên y tế hoàn tất các mẫu phiếu hỏi trực tuyến chỉ với vài thao tác đơn giản dễ dàng, nhân viên y tế **trong bệnh viện được chủ động về thời gian, địa điểm, công cụ khi chỉ cần sử dụng điện thoại thông minh và mạng internet đã có thể báo cáo nhanh chóng**
- Có thể thiết lập hoặc sửa đổi nhanh chóng các mẫu phiếu hỏi có sẵn phù hợp với nội dung từng câu hỏi cần thu thập thông tin trong việc báo cáo nhân sự theo tháng/trong tháng. Góp phần tạo ra sự sáng tạo, tài liệu chuyên nghiệp, gây được ấn tượng với nhiều người.
- Các số liệu đánh giá chính xác và được công bố công khai mỗi khi họp giao ban cấp 2. Từ đó, theo dõi tiến độ báo cáo, làm việc của điều dưỡng tại các khoa/phòng

### IV. KẾT LUẬN

Trong các bệnh viện hiện nay, công nghệ thông tin là một công cụ không thể thiếu với nhân viên y tế nói chung và cán bộ quản lý nói riêng. 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. Quả kết quả nghiên cứu của sáng kiến cho thấy việc ứng dụng công nghệ thông tin trong báo cáo, thu thập thông tin tại bệnh viện bằng công cụ Google drive là cần thiết, giảm thời gian và sức lực rất nhiều cho cán bộ quản lý trong công việc. Sáng kiến thể hiện được hiệu quả của việc báo cáo, thu thập thông tin, số liệu bằng công cụ Google drive.

## **V. KIẾN NGHỊ**

Phòng Chỉ đạo tuyến - Quản lý chất lượng bệnh viện: hỗ trợ mở các lớp tập huấn về các phương pháp nghiên cứu khoa học, ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý. Để nhân viên y tế có thể hình thành những ý tưởng, xây dựng những sáng kiến, nâng cao được trình độ chuyên môn, trình độ công nghệ thông tin.

Phòng Điều dưỡng: Động viên các điều dưỡng trưởng sử dụng công nghệ thông tin trong giám sát chuyên môn điều dưỡng. Ứng dụng công cụ khảo sát Google form vào các công tác quản lý, báo cáo nhân sự tại các khoa/phòng

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Quy chế bệnh viện – Bộ Y tế ban hành năm 1997
2. Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18 tháng 11 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam;
3. Tài liệu đào tạo liên tục về quản lý chất lượng bệnh viện và an toàn người bệnh của cục QLKCB-BYT;
4. Thông tư 31/2021/TT-BYT ngày 28/12/2021 về Quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện
5. Bộ Y Tế, *Thông tư số 46/2018/TT-BYT về Quy định hồ sơ bệnh án điện tử 28/12/2018*
6. 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*



# ỨNG DỤNG GOOGLE TRANG TÍNH QUẢN LÝ BUỒNG BỆNH VÀ PHÂN CÔNG ĐIỀU DƯỠNG CHĂM SÓC HÀNG NGÀY

Phạm Hoàng Nam

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chúng ta đang sống trong một thời đại mới, thời đại phát triển rực rỡ của công nghệ thông tin (CNTT). CNTT đã ở một bước phát triển cao đó là số hóa tất cả các dữ liệu thông tin, luân chuyển mạnh mẽ và kết nối tất cả chúng ta lại với nhau. Mọi loại thông tin, số liệu âm thanh, hình ảnh có thể được đưa về dạng kỹ thuật số để bất kỳ máy tính nào cũng có thể lưu trữ, xử lý và chuyển tiếp cho nhiều người. Những công cụ và sự kết nối của thời đại kỹ thuật số cho phép chúng ta dễ dàng thu thập, chia sẻ thông tin và hành động trên cơ sở những thông tin này theo phương thức hoàn toàn mới, kéo theo hàng loạt sự thay đổi về các quan niệm, các tập tục, các thói quen truyền thống, và thậm chí cả cách nhìn các giá trị trong cuộc sống. CNTT đến với từng người dân, từng người quản lý, nhà khoa học, người nông dân, bà nội trợ, học sinh.... Không có lĩnh vực nào, không có nơi nào không có mặt của CNTT. CNTT là một trong các động lực quan trọng nhất của sự phát triển...

Khoa Ngoại tổng hợp - Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, CNTT đã được ứng dụng vào hầu hết các công việc quản lý. Theo Thông tư 31/2021/TT – BYT, Quản lý người bệnh về số lượng, tình trạng, diễn biến, các chỉ định điều trị, chăm sóc để kịp thời phân công và điều phối nhân lực thực hiện chăm sóc điều dưỡng là một trong 15 nhiệm vụ của điều dưỡng trưởng khoa. Do đó khoảng tháng 03 năm 2022, Phòng điều dưỡng Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang đã ban hành mẫu “bảng theo dõi và phân công chăm sóc hàng ngày” cho ĐĐTK.

Tuy nhiên, trong công tác quản lý buồng bệnh và phân công chăm sóc của người điều dưỡng vẫn làm theo cách ghi chép thủ công nên dễ dẫn đến sai sót, thiếu sót, mất nhiều thời gian. Google Trang tính là một công cụ của Google Docs nằm trong bộ Google App của google được chính thức công bố vào ngày 07/07/2009, đây là bộ ứng dụng văn phòng dựa trên nền tảng Web 2.0 và một số công nghệ mới nhất hiện nay như điện toán đám mây, HTML 5. Với những công nghệ như trên thì người dùng không cần phải mang theo tài liệu bên mình và chỉ cần tải những tài liệu đó lên trên máy chủ của google. Với Google Trang tính thì người dùng có thể sẽ không cần cài đặt những bộ ứng dụng văn phòng trên máy tính của mình nữa, và họ chỉ cần có một đường truyền internet và một tài khoản gmail là đã có thể sử dụng. Từ thực tế những việc đã làm được tôi mạnh dạn đưa ra sáng kiến “Ứng dụng Google Trang Tính để quản lý buồng bệnh và phân công điều dưỡng chăm sóc hàng ngày”

## II. ĐIỂM MỚI CỦA SÁNG KIẾN

### 1.1. Công tác quản lý buồng bệnh và phân công điều dưỡng trước khi cải tiến:

Phòng	401	402	403	404	405	406	407	408	414	415	416	417	418	419	420
Giờ 01															
Giờ 02															
Giờ 03															
Giờ 04															
Giờ 05															
Giờ 06															
Giờ 07															
Giờ tạm															
ĐDCKS															
Điều dưỡng mới vào điều dưỡng															
Hội chẩn															
Bệnh ra viện															

- Trong bảng giấy “Bảng theo dõi bệnh và phân công chăm sóc hàng ngày” tồn tại nhiều hạn chế:

- + Điều dưỡng phải sao chép lại mỗi ngày thông tin người bệnh.
- + Vì là bảng giấy A4 nên các ô quá nhỏ, không nhập được đầy đủ thông tin NB
- + Mỗi ngày 01 bảng nên khó tiếp cận và chia sẻ thông tin giữa các nhân viên.
- + Quá trình theo dõi, giám sát khó khăn, thiếu tính liên tục.
- + Tốn nhiều thời gian thực hiện

+ Tăng chi phí văn phòng phẩm.

## 1.2. Ứng dụng Google Trang Tính

Đây là bộ ứng dụng văn phòng dựa trên nền tảng Web 2.0 và một số công nghệ mới nhất hiện nay như điện toán đám mây, HTML 5. Vì vậy với Google Sheets thì người dùng chỉ cần có một đường truyền internet và một tài khoản gmail là đã có thể sử dụng.

- Giao diện Google Trang Tính hiện ra với các chức năng tương tự như bộ công cụ Microsoft Excel trong bộ phần mềm soạn thảo văn phòng Microsoft Office

- Google Trang Tính có thể lưu trữ đầy đủ thông tin bệnh nhân tại mỗi buồng bệnh, chỉ cần nhập thông tin các bệnh mới vào khoa.

BẢNG THEO DÕI NB VÀ PHÂN CÔNG ĐIỀU DƯỠNG CHĂM SÓC							
Ngày 08 tháng 05 năm 2023				Tổng bệnh			
HC N1: B. Văn - Nhung - Thanh							
HC N2: H.Oanh - Sang - Như							
B415	B416	B414	B417	B418	B419	B420	C417
Bs Tín	Bs Phúc - Bs Nhân	Bs Tín	Bs Khởi - Bs H.Tĩnh	Tĩnh - Bs P.Cu	Bs Duy	Bs Trung	Bs Tuấn
Dịch vụ	Bệnh nặng nhám	Dịch vụ	Bệnh nặng sạch	HP nam	HP nam	HP nam	TP nam
Tô Ngọc Thu 60t HP VRT	Trần Phước Hiền 40t Vết Thương Thấu Bung	Trương Văn Cường 51T HP STM	Trần Minh Thủy 53t VTM	Lê Văn Thấu 54t p xe gan/viêm phổi	Ông Thanh Tiến 6t HP VRT	Đỗ Ngọc Tuấn 37t sốt tửu mắt	Huyền Văn Sáu 8t tử viêm tửu mắt do
Nguyễn Văn Rớt 45 T HP VPM thủng da dày	Ngô Thị Trâm 55t NT đường mắt	Trần Thị Anh 96T TD Viêm manh tràng	Lê Thị Dậm 74T Xoan Hôi trắng	Ngô Văn Nhứt ruột không hoàn	Lê Hữu Việt 66t VPM thủng da dày	Nguyễn Trọng Phương viêm tửu mắt không do sỏi	Nguyễn Văn Tiệp bep môn vị
	Nguyễn Thị Nhung Fren sỏi OMC		Nguyễn Thị Đây 66t HP thủng da dày	Nguyễn Minh Trí HP ăn xe RT	Lê Văn Võ 58T VTM do sỏi	Lê Văn Lợi 73T TD Tắc ruột chưa hoàn toàn	

- ĐDTK phân công công việc trực tiếp trên hệ thống mỗi buổi sáng
- ĐD bệnh phòng cập nhật quản lý bệnh phòng: ra viện, hội chẩn....
- Cuối ngày tua trực cập nhật lại DS bệnh mới vào bệnh phòng tương ứng và tạo sheet mới cho ngày sau

## III. KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC

- Theo dõi quản lý dễ dàng, mọi lúc, mọi nơi kể cả cuối tuần
- Thông tin NB được cập nhật liên tục
- Thống kê báo cáo tiện lợi, nhanh chóng
- Biểu mẫu có thể điều chỉnh theo nhu cầu người dùng
- Giảm rất nhiều thời gian ghi chép.
- Giảm chi phí in ấn giấy tờ.

## IV.KẾT LUẬN

Ứng dụng Google Trang Tính phù hợp với tất cả các hệ điều hành trên máy tính và trên các smart phone (điện thoại thông minh) nên việc sử dụng rất dễ dàng và nhanh chóng. Sáng kiến “Ứng dụng Google Trang Tính quản lý buồng bệnh và phân công điều dưỡng chăm sóc hàng ngày” là kinh nghiệm mà bản thân tôi đã tích lũy trong quá trình làm việc. Nội dung sáng kiến phù hợp với mục tiêu ứng dụng công nghệ thông tin trong công tác quản lý. Sáng kiến đã đem lại cách làm mới cho bản thân và khoa. Vì vậy qua 01 năm vận dụng giải pháp trên vào công việc, tôi thấy hiệu quả công việc được nâng cao rõ rệt.

## V. KIẾN NGHỊ

Điều chỉnh, bổ sung, thống nhất các biểu mẫu công tác khác thực hiện đồng bộ qua các ứng dụng của CNTT, nhằm giảm thiểu công tác hành chính cho người điều dưỡng, tăng cường công tác chăm sóc, phục vụ người bệnh

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Thông tư 31/2021/TT-BYT “Quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện”
2. Biểu mẫu “ Bảng theo dõi và phân công chăm sóc của Phòng Điều dưỡng Bệnh viện ĐKTT An Giang.
3. Ứng dụng Google Trang Tính

# **ỨNG DỤNG MẠNG ZALO GROUP GIẢI PHÁP CẢI TIẾN TRONG SINH HOẠT CHUYÊN MÔN VÀ BÌNH HỒ SƠ CHĂM SÓC CẤP KHOA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG**

*Phạm Thị Hoàng*

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Với sự phổ biến của Internet như hiện nay, mạng Zalo đã trở thành một công cụ gần như không thể thiếu hàng ngày của rất nhiều người tham gia Internet. Nó giúp cho người tham gia có thể nhắn tin miễn phí với tin nhắn văn bản, hình ảnh, nhãn dán, biểu tượng cảm xúc, hình vẽ, gửi và xem được tài liệu trên File Word, Excel, Powerpoint, ... kết nối với bạn bè, mở rộng mối quan hệ, và cũng giúp họ có thời gian thư giãn sau khi học tập và làm việc, được gọi miễn phí với cuộc thoại và cuộc gọi video, kết nối người khác qua tính năng kết bạn thông qua số điện thoại. Zalo là một trong những trang mạng xã hội phổ biến nhất hiện nay, hầu như ai cũng có thể ứng dụng. Trong đó với ứng dụng Zalo Group để nhận thông báo, gửi thông tin đến tập thể nhanh chóng tiện lợi và đỡ mất thời gian, ứng dụng Zalo Group để làm việc nhóm "TeamWork" rất hiệu quả.

Trong công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân, điều dưỡng đóng vai trò hết sức quan trọng. Y học ngày nay đã khẳng định điều dưỡng là một trong những trụ cột của hệ thống Y tế. Họ chính là những người phối hợp với bác sĩ trong quá trình điều trị cho người bệnh. Nếu bác sĩ là người trực tiếp lên phác đồ điều trị thì điều dưỡng viên đóng vai trò chính trong việc thúc đẩy giao tiếp, hỗ trợ người bệnh bằng hành động cụ thể, quan tâm chăm sóc người bệnh cả về thể chất và tinh thần: động viên, thăm hỏi người bệnh, hướng dẫn, tư vấn giáo dục sức khỏe, chăm sóc dinh dưỡng, chăm sóc phục hồi chức năng, dùng thuốc và theo dõi dùng thuốc cho người bệnh, thực hiện các kỹ thuật điều dưỡng, theo dõi và đánh giá người bệnh hàng ngày, đảm bảo an toàn cho người bệnh...

Người Điều dưỡng phải được đào tạo liên tục, được bồi dưỡng kiến thức, kỹ năng, nghiệp vụ, cập nhật kiến thức y khoa, phát triển nghề nghiệp liên tục. Nhận thấy được tầm quan trọng không thể thiếu trong sinh hoạt chuyên môn và bình hồ sơ chăm sóc tại khoa nhằm thường xuyên cập nhật kiến thức mới và củng cố công tác chuyên môn cho đội ngũ điều dưỡng của Khoa, tận dụng được mạng Zalo Group cũng có thể giúp cho điều dưỡng nhận được thông báo kịp thời, cũng như những hình ảnh trong sai sót chuyên môn để chấn chỉnh ngay và nhanh hay những hình ảnh tích cực cần học tập, ... cũng có thể ứng dụng trong làm việc nhóm "TeamWork" hiệu quả, nên tôi đã tiến hành thực hiện sáng kiến "Ứng dụng mạng Zalo group giải pháp cải tiến trong sinh hoạt chuyên môn và bình hồ sơ chăm sóc cấp khoa tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang"

## **II. ĐIỂM MỚI CỦA SÁNG KIẾN**

Để tổ chức một buổi sinh hoạt chuyên môn và bình hồ sơ chăm sóc tại khoa thì người phụ trách (điều dưỡng trưởng) có nhiệm vụ biên soạn tài liệu cập nhật kiến thức chuyên môn, đồng thời chọn một hồ sơ có những ghi chép còn thiếu và sai sót để kịp chấn chỉnh tại khoa. Tiếp theo chúng ta cần có màn hình Tivi và máy chiếu, tập thể cùng theo dõi trên màn hình khi báo cáo viên trình bày.

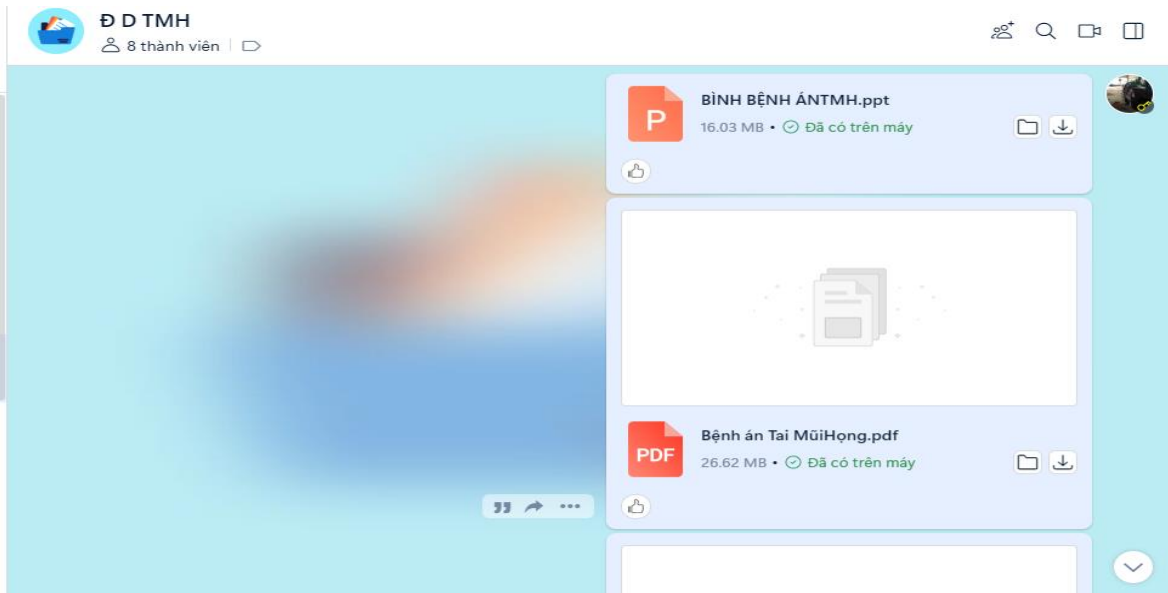


### **Hình ảnh khi có đầy đủ phương tiện Ti Vi kết nối**

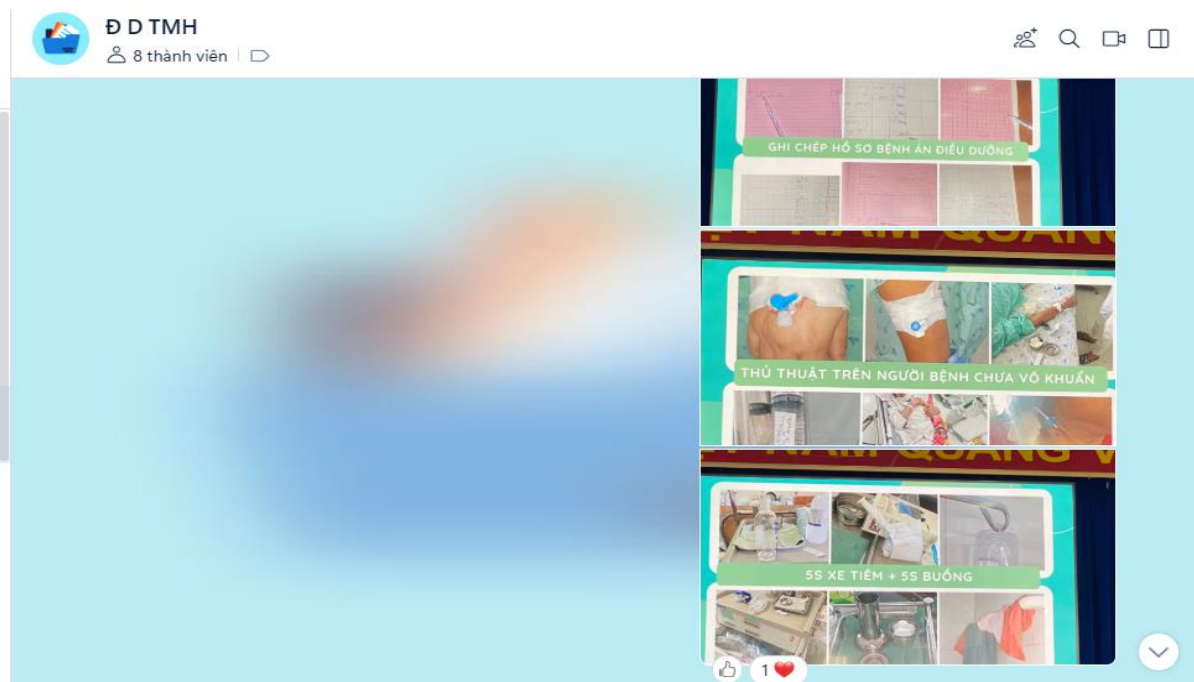
Tuy nhiên hiện tại một số Khoa do nhiều lý do chưa được trang bị đầy đủ phương tiện như thế này, nên tôi đã có ý tưởng ứng dụng Zalo tạo nên Group. Sau khi biên soạn tài liệu sẽ đưa lên Group để tập thể cùng tham gia theo dõi khi báo cáo viên trình bày.



**Hình ảnh sinh hoạt chuyên môn và bình hồ sơ chăm sóc tại Khoa:**



**Hình ảnh khi đưa lên Group Zalo trong SHCM và bình HSCS.**



*Hình ảnh sinh hoạt chuyên môn nhắc nhở những tồn tại sai sót trong thực hiện quy trình chuyên của các khoa khác để rút kinh nghiệm*

Ứng dụng Zalo Group giúp trao đổi công việc chuyên môn, nhận thông báo nhanh chóng, thắt chặt mối quan hệ giữa nhân viên với nhau để hoàn thành tốt nhiệm vụ chăm sóc người bệnh, và ngày càng phát triển hơn nữa trong thời đại công nghệ, ứng dụng Internet phổ biến nhất hiện nay. Đây là điểm thuận lợi khá lớn của Khoa.

### **III. KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC**

- “Ứng dụng mạng Zalo group cải tiến trong sinh hoạt chuyên môn và bình hồ sơ chăm sóc cấp khoa tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang”. Khoa Tai Mũi Họng đã tiến hành sinh hoạt thành công nhiều buổi sinh hoạt chuyên môn và bình hồ sơ chăm sóc mỗi tháng 1 lần tại Khoa từ tháng 09 năm 2022 đến nay.

- Áp dụng cho những Khoa chưa (không) có máy chiếu và màn hình trình chiếu rất thuận lợi và đạt hiệu quả cao.

- Tiết kiệm chi phí cho bệnh viện, Zalo có ứng dụng khá hiệu quả và nhanh trong việc sinh hoạt chuyên môn và bình hồ sơ chăm sóc tại khoa.

- Các thông tin, kiến thức chuyên môn liên tục được cập nhật đổi mới, giúp cho mọi người chia sẻ và tiếp cận nhanh các kiến thức y học.

#### **IV. KẾT LUẬN**

Mạng Zalo đã trở thành một công cụ gần như không thể thiếu hàng ngày của rất nhiều người có tham gia Internet. Nó giúp cho người tham gia có thể nhắn tin miễn phí với tin nhắn văn bản, hình ảnh, nhãn dán, biểu tượng cảm xúc, hình vẽ, gửi và xem được tài liệu trên File Word, Excel, Powerpoint,... Ứng dụng mạng Zalo group cải tiến trong sinh hoạt chuyên môn và hồ sơ chăm sóc cấp khoa hiệu quả. Tuy nhiên việc gì cũng có hai mặt của nó, với Zalo cũng vậy, khi thực hiện các hoạt động trên Zalo đòi hỏi tất cả các thành viên phải có điện thoại thông minh và phải được kết nối Internet.

#### **V. KHUYẾN NGHỊ**

Nhìn chung, xu hướng phát triển Internet mạng xã hội Zalo,...đang mở ra nhiều cơ hội để tiếp cận đến mọi người dễ dàng, truyền tải thông tin nhanh chóng, có nhiều ứng dụng trên Zalo mà chúng ta truy cập thường xuyên hàng ngày. Tuy nhiên, song song với việc ứng dụng hiệu quả Zalo Group trong sinh hoạt chuyên môn và bình hồ sơ chăm sóc cấp khoa thì trong mỗi chúng ta cũng cần tự học tập, tự trao đổi kiến thức nâng cao trình độ chuyên môn, thường xuyên cập nhật kiến thức mới để đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân ngày càng cao, cũng như trong thời buổi phát triển Internet mạnh như hiện nay.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Quy chế bệnh viện – Bộ Y tế ban hành năm 1997;
2. Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18 tháng 11 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam;
3. Theo Thông tư 31/2021/TT- BYT QĐ hoạt động điều dưỡng trong Bệnh viện.
4. Thông tư 22/2013/TT- BYT Hướng dẫn việc đào tạo liên tục cho cán bộ y tế.
5. Thực trạng năng lực quản lý của điều dưỡng trưởng khoa tại một số bệnh viện tuyến quận huyện Hải Phòng năm 2015.

# ỨNG DỤNG VIDEO CLIP VÀO BUỔI HỌP HỘI ĐỒNG NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH TÍCH CỰC NGOẠI KHOA BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Trần Thị Bé Thi

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khoa Hồi sức tích cực ngoại khoa (SICU) được thành lập từ tháng 9 năm 2023 Với trách nhiệm tiếp nhận, điều trị các cas bệnh nặng và nguy kịch, tập thể khoa Hồi sức tích cực ngoại khoa luôn đặt mục tiêu hiệu quả của việc điều trị và chăm sóc lên hàng đầu. Trong quá trình hoạt động, để khoa SICU được nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc hơn thì việc lấy ý kiến đóng góp của người bệnh và thân nhân người bệnh cũng là vấn đề được quan tâm, góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, đáp ứng tốt hơn nữa nhu cầu khám chữa bệnh của người dân.

Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT ngày 19/9/1997 của Bộ Y Tế về việc ban hành quy chế Bệnh viện quy định: *Họp hội đồng người bệnh (HĐNB)* là một trong những hoạt động hiệu quả để phát huy quyền làm chủ của người bệnh trong việc đóng góp các ý kiến về công tác tiếp đón, khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh, đồng thời hướng dẫn, giải thích, vận động người bệnh/người nhà có trách nhiệm thực hiện quyền lợi và nghĩa vụ của mình.

Ý thức được tầm quan trọng đó, *họp HĐNB* đã trở thành hoạt động được triển khai thứ 4 hàng tuần tại khoa. Mỗi buổi họp, toàn bộ người nhà/người bệnh của khoa đều được mời tham dự đầy đủ. Điều dưỡng trưởng khoa, sẽ triển khai Quy chế Bệnh viện, nội quy khoa phòng, quyền lợi và nghĩa vụ của bệnh nhân/người nhà ...

Trong quá trình tham gia để buổi họp diễn ra hấp dẫn, sinh động, tạo sự chú ý của người nghe giúp người nhà/người bệnh dễ nắm bắt thông tin, dễ hiểu, dễ thực hiện, nên tôi đã “*ứng dụng video clip vào buổi họp hội đồng người bệnh tại khoa hồi sức tích cực ngoại khoa Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang*”

## II. ĐIỂM MỚI CỦA SÁNG KIẾN

Từ Tháng 9/2022, mỗi thứ tư hàng tuần Khoa hồi sức tích cực ngoại có buổi họp hội đồng Người Bệnh cấp khoa – đây là cuộc họp diễn ra thường niên theo quy chế bệnh viện. Điều dưỡng trưởng khoa mở đầu cuộc họp đã thông tin cần thiết tới người bệnh và người nhà, từ nội quy bệnh viện khoa, phòng, giờ thăm bệnh, tới các thủ tục khi vào khoa, vấn đề điều trị chăm sóc, vệ sinh buồng bệnh, phòng chống nhiễm khuẩn, dinh dưỡng người bệnh, thủ tục ra viện, các dịch vụ mới triển khai của khoa... Sau đó, người nhà/người bệnh nêu những ý kiến đóng góp trong quá trình nhập viện và nằm điều trị tại khoa phòng. Điều dưỡng trưởng khoa tiếp nhận các thông tin, giải đáp những thắc mắc trong phạm vi quyền hạn của mình.

Thay cho buổi nói chuyện, khoa sử dụng video clip ghi lại hoạt động điều trị và chăm sóc toàn



diện của khoa, nội quy khoa phòng, giờ thăm bệnh, những vấn đề cần quan tâm khi vào khoa, như: đeo khẩu trang, sát khuẩn tay, không quay phim, chụp ảnh...





2, Giờ thăm bệnh:  
Sáng 5 giờ - 6 giờ  
Trưa 11 giờ - 12 giờ  
Chiều 17 giờ - 18 giờ



3, Người nhà vào thăm bệnh phải đeo và bỏ khẩu trang của BV không tự ý quay phim, chụp hình, gõ đóm, không ngồi lên giường bệnh không đưa trẻ vào thăm bệnh



5 Khi có người thân điều trị tại Khoa BỆNH SỨC MẠCH CỤNG NGOẠI KHOA người nhà phải chấp hành các quy định của bệnh viện cũng như nội quy của Khoa BỆNH SỨC MẠCH CỤNG NGOẠI KHOA và không thực mắc khiêu khích nếu có sự cố xảy ra do diễn biến nặng của bệnh.



Là khoa chuyên điều trị các bệnh nhân nặng, thở máy, ống dẫn lưu nhiều, vết thương dễ nhiễm trùng... nên việc vận động người bệnh/người nhà có trách nhiệm thực hiện nội quy, quy định, quyền lợi và nghĩa vụ của mình đặc biệt là vệ sinh tay, phòng chống nhiễm khuẩn chéo.

Mỗi hình ảnh trình chiếu ghi lại toàn bộ hoạt động của khoa, nội qui khoa, những vấn đề nên làm và không nên làm khi vào thăm bệnh, giúp người bệnh/người nhà tiếp nhận thông tin của khoa nhanh chóng, rõ ràng, sinh động, tiết kiệm thời gian, an tâm điều trị.

Ngoài ra, video clip còn góp phần tạo nên thương hiệu bệnh viện, lan tỏa các thông tin hữu ích đến với người dân, đáp ứng đầy đủ những nhu cầu cơ bản để phục hồi và nâng cao sức khỏe cho người bệnh.

### **III. KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC**

- Tiết kiệm thời gian cho buổi họp
- Người bệnh/người nhà hài lòng đóng góp được nhiều ý kiến.
- Qua các buổi họp hội đồng người bệnh bằng hình ảnh, video clip... thân nhân người bệnh dễ hiểu hơn, làm buổi họp thêm sinh động, cuốn hút hơn.
- Tiếp thu những ý kiến đóng góp của người bệnh/người nhà, có kế hoạch thay đổi phù hợp với quy chế, quy định của bệnh viện nhằm khắc phục những khó khăn, tồn tại, góp phần nâng cao hơn nữa chất lượng bệnh viện, hướng tới sự hài lòng của người bệnh.

### **IV. KẾT LUẬN**

Ứng dụng video clip vào buổi họp HĐNB với những hình ảnh, clip khá sinh động hiệu quả khi giới thiệu về khoa, đặc biệt là điều trị hồi sức các bệnh nặng chuyên sâu, và cũng là khoa mới thành lập, người nhà vào thăm bệnh luôn tuân thủ nội quy khoa. Bên cạnh đó, việc tiếp nhận ý kiến, nắm bắt kịp thời tâm tư, nguyện vọng của người nhà/ người bệnh, giải đáp kịp thời những ý kiến đóng góp, những thắc mắc mang tính xây dựng của người bệnh, từ đó khắc phục những thiếu sót, nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh, hướng tới mục tiêu “*Lấy người bệnh làm trung tâm, vì sự hài lòng của người bệnh*”.

### **V. KIẾN NGHỊ**

Sáng kiến “*Ứng dụng video clip vào buổi họp hội đồng người bệnh tại khoa*” nên được áp dụng trong các buổi họp hội đồng người bệnh tại khoa, mọi thắc mắc của bệnh nhân/người nhà được giải đáp kịp thời mang lại sự hài lòng cho người bệnh. Đồng thời trong mỗi buổi họp hội đồng người bệnh, nhân viên y tế sẽ lồng ghép các chủ đề giáo dục sức khỏe, giúp cho bệnh nhân và người nhà có được những kiến thức cơ bản về bệnh, cách chăm sóc, chế độ dinh dưỡng.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế Cục Quản Lý Khám Chữa Bệnh (2014), “Tài liệu đào tạo liên tục về an toàn người bệnh”
2. Bộ Y Tế (1997), “Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT về việc Ban hành quy chế bệnh viện”
3. Bộ Y Tế (2021), “Thông tư 31/2021/TT – BYT ngày 28/12/2021 Quy định hoạt động của điều dưỡng trong bệnh viện