

Y HỌC
CỘNG ĐỒNG

VOL. 64, SPECIAL ISSUE, 2023

ISSN 2354-0613

Y HỌC CỘNG ĐỒNG

VIETNAM JOURNAL OF COMMUNITY MEDICINE



BỆNH VIỆN K
Trào hy vọng - Nhận niềm tin



HỘI THẢO ĐIỀU DƯỠNG UNG THƯ TOÀN QUỐC LẦN THỨ I, NĂM 2023



VOL. 64, SPECIAL ISSUE, 2023



VIỆN SỨC KHỎE CỘNG ĐỒNG

Editor-in-Chief

Le Bach Quang - Vietnam Institute of Community Health

Deputy Editor-in-Chief

Tran Quoc Thang - Vietnam Institute of Community Health

Advisory Editorial Board

Pham Thanh Ky - Hanoi University of Pharmacy, Vietnam	Do Tat Cuong - Vin University, Vietnam
Dao Van Dung - Vietnam Institute of Community Health	Dang Tuan Dat - Buon Ma Thuot University, Vietnam
Pham Ngoc Dinh - National Institute of Hygiene and Epidemiology, Vietnam	Pham Van Thuc - Hai Phong University of Medicine and Pharmacy, Vietnam
Hoang Nang Trong - Thai Binh University of Medicine and Pharmacy, Vietnam	Luong Xuan Hien - Thai Binh University of Medicine and Pharmacy, Vietnam
Le Gia Vinh - Vietnam Medical Association	Nguyen Duc Trong - Thang Long University

Editors

Pham Ngoc Chau - Vietnam Institute of Community Health	Nguyen Xuan Bai - Thai Binh University of Medicine and Pharmacy, Vietnam
Nguyen Ngoc Chau - 108 Military Central Hospital, Vietnam, Vietnam Military Medical University	Nguyen Sinh Hien - Hanoi Heart Hospital, Vietnam
Vu Binh Duong - Vietnam Military Medical University	Vu Van Du - National Hospital of Obstetrics and Gynecology, Vietnam
Pham Van Dung - Thong Nhat General Hospital, Dong Nai, Vietnam	Thai Doan Ky - 108 Military Central Hospital, Vietnam
Tran Van Huong - Thang Long University, Vietnam	Dinh Ngoc Sy - Vietnam Medical Association
Dang Duc Nhu - Ministry of Health, Vietnam	Le Dinh Thanh - Thong Nhat Hospital, Vietnam
Phan Van Tuong - Hanoi University of Public Health, Vietnam	Nguyen Linh Toan - Vietnam Military Medical University
Ngo Van Toan - Hanoi Medical University, Vietnam	Nguyen Ngo Quang - Ministry of Health, Vietnam
Nguyen Anh Tuan - Vietnam Military Medical University	Do Van Minh - Hanoi Medical University, Vietnam
Pham Trung Kien - University of Medicine and Pharmacy - Vietnam National University, Hanoi	Nguyen Thanh Chung - National Institute of Hygiene and Epidemiology, Vietnam
Pham Van Thao - Vietnam Institute of Community Health	Cao Ba Loi - National Institute of Malariology, Parasitology and Entomology, Vietnam
Nguyen Van Ba - Vietnam Military Medical University	

Secretary

Nguyen Van Chuyen - Vietnam Military Medical University	Dao Thi Mai Huong - National Children's Hospital, Vietnam
Nguyen Thai Duc - Ministry of Health, Vietnam	Ngo Thi Tam - Thang Long University, Vietnam
Pham The Thach - Bach Mai Hospital, Vietnam	Phan Hai - Vietnam National University, Hanoi, Vietnam

Email: tapchihcd@gmail.com Telephone: (+84) 24 3762 1898

Publication Information

The Vietnam Journal of Community Medicine (VJCM) is a fully open access journal publishing double-blinded peer-reviewed publication, which offers the Original Articles, Review Article, Case Report, and Short Communication dealing with: preventive medicine, health manpower, disease prevention, health care services, health promotion, and health insurance programs.

VJCM publishes bimonthly by the Institute of Community Health. As a fully open access publication, the journal will provide maximum exposure for published articles, making the research available to all to read and share. A corresponding print version is also available.

Any suitable manuscript followed the journal's scope and author guideline will be undergone double-blinded peer-reviewed by at least one independent expert in the field. The Handling Associate Editors make an editorial decision, which is subject to endorsement by the Editor-in-Chief.

Further Information is available through the journal website: <https://tapchihcd.vn>

Publication Permit No. 229/GP-BTTTT issued on June 19, 2013. Printed at Tan Hue Hoa Printing House, Phuc Dien ward, Bac Tu Liem district, Hanoi, Vietnam. Legal Deposit: May 2023

GENERAL**Types of article**

Contributions falling into the following categories will be considered for publication: Overview Paper, Research Paper and Case Report.

Submission checklist

One author has been designated as the corresponding author with contact details: E-mail address, mobile phone number, full postal address. All necessary files concerning to the manuscript have been uploaded: Include keywords, all figures (include relevant captions), all tables (including titles, description, footnotes, ensure all figure and table citations in the text match the files provided. Further considerations: Manuscript has been "spell checked" and "grammar checked"; all references mentioned in the Reference List are cited in the text. Referee suggestions and contact details provided, based on journal requirements

Submission

Our online submission system guides you stepwise through the process of entering your article details and uploading your files. Editable files (e.g., Word, LaTeX) are required to typeset your article for final publication. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revision, is sent by e-mail. Please submit your article via <https://tapchihcd.vn/index.php/yhcd/login>

PREPARATION**Double-blind review**

To facilitate the double-blind review, please include the following separately. Blinded manuscript: This is the manuscript without author details. It should not include any identifying information, such as the authors' names, affiliations, acknowledgements and any Declaration of Interest statement, and a complete address for the corresponding author including an e-mail address. Full manuscript: This is the manuscript with author details.

Essential title page information

• **Title.** Concise and informative. Titles are often used in information-retrieval systems. Avoid abbreviations and formulae where possible.

• **Author names and affiliations.** Please clearly indicate the given name(s) and family name(s) of each author. Present the authors' affiliation addresses (where the actual work was done) below the names. Indicate all affiliations with a lower-case superscript letter immediately after the author's name and in front of the appropriate address. Provide the full postal address of each affiliation, including the country name and, if available, the e-mail address of each author.

• **Corresponding author.** Clearly indicate who will handle correspondence at all stages of refereeing and publication, also post-publication. This responsibility includes answering any future queries about Methodology and Materials.

Abstract

A concise and factual abstract is required. A brief structured abstract of the paper with the headings **Background/Purpose, Methods, Results and Conclusions** should precede the body of the paper, to run no more than 300 words is required for articles written in Vietnamese.

Keywords

Immediately after the abstract, provide a maximum of 6 keywords, and avoiding general and plural terms and multiple concepts (avoid, for example, "and", "of").

References style

Text: Indicate references by number(s) in square brackets in line with the text. The actual authors can be referred to, but the reference number(s) must always be given. Example: "... as demonstrated [3,6]. Barnaby and Jones [8] obtained a different result ...".

List: Number the references (numbers in square brackets) in the list in the order in which they appear in the text.

Examples:

Journal article, one author:

[1] Huong LTM, Overview of primary immunology, Journal of Community Medicine, 2018; 2(6): 3-10.

Journal article, two or three authors:

[2] Hoa NTM, Le NNQ, Huong LTM, Food allergy in asthmatic children, Journal of Community Medicine, 2018; 2(6): 37-43.

Journal article, more than three authors:

[3] Huong LTT, Ha TT, Huong LTM et al., Desensitization for allergy reaction to Eptosid at the NHP., Journal of Community Medicine, 2018; 2(6): 32-36.

Journal article, in press

[4] Viet PT, Disease Model in Preterm Newborns at the Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital in 2019. (in press)

Complete book

[5] Khanh NC, Tra LN, Nhan NT et al., Textbook of Medicine. Medical Publishing House, 2016.

Chapter of book

[6] Van TTH, Infectious diseases prevention: Textbook of Medicine, Medical Publishing House, 2016; p. 13-42.

Paper presented at a meeting

[7] Dung VC, Genotype and phenotype of 101 Vietnamese Patients with Congenital Hyperinsulinism. Presented at the 9th Conference of Asia Pacific Pediatric Endocrinology Society in Tokyo, Japan, 2016.

HỘI THẢO ĐIỀU DƯỠNG UNG THƯ TOÀN QUỐC LẦN THỨ I, NĂM 2023

HỘI ĐỒNG KHOA HỌC

CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG

GS.TS. LÊ VĂN QUẢNG

PHÓ CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG

PGS.TS. NGUYỄN TIẾN QUANG

THS. PHẠM ĐỨC MỤC

TS.BS. ĐỖ ANH TÚ

PGS.TS. PHẠM VĂN BÌNH

ỦY VIÊN

1. TS.BS. LÊ THANH ĐỨC - BỆNH VIỆN K
2. TS.BS. TRẦN QUANG HUY -
PHÓ CHỦ TỊCH HỘI ĐIỀU DƯỠNG VIỆT NAM
3. PGS.TS. PHẠM TIẾN NAM -
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG
4. TS. PHẠM VĂN TÂN -
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ HÀ NỘI
5. TS.BS. VÕ VĂN XUÂN - BỆNH VIỆN K
6. TS.BS. NGUYỄN ĐỨC LIÊN - BỆNH VIỆN K
7. BSCKII. TÔ ANH DŨNG - BỆNH VIỆN K
8. TS.BS. HOÀNG TRỌNG TÙNG - BỆNH VIỆN K
9. BSCKII. HÀ HẢI NAM - BỆNH VIỆN K
10. TS.BS. HOÀNG MẠNH THẮNG - BỆNH VIỆN K
11. TS.BS. NGUYỄN THỊ THÁI HÒA, BỆNH VIỆN K
12. BSCKII. PHẠM THỊ BÍCH LIÊN - BỆNH VIỆN K
13. TS.BS. TRẦN THANH TÂM -
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ HÀ NỘI
14. TS.BS. VŨ QUANG TOẢN - BỆNH VIỆN K
15. TS.BS. HÀN THỊ THANH BÌNH - BỆNH VIỆN K
16. THS.BS. ĐẶNG TIẾN GIANG - BỆNH VIỆN K
17. TS.BS. NGUYỄN THỊ HƯỜNG - BỆNH VIỆN K
18. TS.BS. ĐOÀN LỰC - BỆNH VIỆN K
19. BSCKII. NGUYỄN THỊ HƯƠNG - BỆNH VIỆN K
20. BSCKII. PHÍ THÙY DƯƠNG - BỆNH VIỆN K
21. PGS.TS. VŨ HỒNG THẮNG - BỆNH VIỆN K
22. TS.BS. PHẠM TUẤN ANH - BỆNH VIỆN K
23. THS.BS. NGÔ LÊ LÂM - BỆNH VIỆN K
24. TS. TRƯƠNG QUANG TRUNG - ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
25. TS.BS. NGUYỄN VĂN ĐĂNG - BỆNH VIỆN K
26. BSCKII ĐỖ ANH TUẤN - BỆNH VIỆN K
27. TS.BS. DƯƠNG ĐỨC BÌNH - BỆNH VIỆN K
28. THS.BS. NGUYỄN CÔNG HUY - BỆNH VIỆN K
29. THS.BS. NGUYỄN THỊ HOÀI NGA - BỆNH VIỆN K
30. TS.BS. PHẠM QUỐC ĐẠT - BỆNH VIỆN K
31. TS.ĐD. NGUYỄN THỊ LAN ANH - BỆNH VIỆN BẠCH MAI
32. THS.CNĐD. PHẠM MINH TUẤN - BỆNH VIỆN K
33. THS.CNĐD. TRẦN THỊ THẨM - BỆNH VIỆN K
34. THS. NGUYỄN LA MAI HOAN - BV UNG BƯỚU TP HCM
35. THS. NGUYỄN THỊ PHƯƠNG - BV UNG BƯỚU HÀ NỘI
36. THS. TRẦN VĂN OÁNH - BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC
37. THS.ĐD. KHÚC HỒNG ANH - TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ HÀ NỘI
38. ĐDCKI. PHAN CẢNH CHƯƠNG - BỆNH VIỆN ĐA KHOA TƯ HUỆ
39. THS.ĐD. BÙI VĂN THẮNG -
BỆNH VIỆN VINMEC TIMES CITY HÀ NỘI
40. THS.ĐD. NGUYỄN THỊ PHONG LAN - BỆNH VIỆN K
41. THS.ĐD. TRƯƠNG THỊ THÚY LƯƠNG - BỆNH VIỆN K
42. THS.ĐD. NGUYỄN THỊ THANH MAI - BỆNH VIỆN K
43. THS.ĐD. NGUYỄN THỊ PHAN - BỆNH VIỆN K
44. THS.ĐD. BÙI THỊ BÍCH LIÊN - BỆNH VIỆN K
45. THS.ĐD. PHẠM THỊ GIANG - BỆNH VIỆN K
46. THS.ĐD. PHẠM THỊ HƯỜNG - BỆNH VIỆN K
47. THS.ĐD. PHẠM VĂN THÀNH - BỆNH VIỆN K
48. THS.ĐD. NGUYỄN THỊ THÙY - BỆNH VIỆN K
49. THS.ĐD. NGUYỄN THỊ THÚY HỒNG - BỆNH VIỆN K

ỦY VIÊN

50. THS.CNDD. NGUYỄN TẮT THẮNG - BỆNH VIỆN K
51. THS.ĐD. MAI VĂN HẠNH - BỆNH VIỆN K
52. THS.ĐD. VŨ THỊ PHƯƠNG - BỆNH VIỆN K
53. THS.ĐD. TẠ THỊ HỒNG - BỆNH VIỆN K
54. THS.ĐD. VƯƠNG HỒNG HẠNH - BỆNH VIỆN K
55. THS.ĐD. HOÀNG THỊ THANH HUYỀN - BỆNH VIỆN K
56. THS.CNDD. PHẠM TIẾN HẢI - BỆNH VIỆN K
57. THS.ĐD. TRẦN ĐẮC THÀNH - BỆNH VIỆN K
58. THS.XNYH. PHẠM THỊ HỒNG LIỄU - BỆNH VIỆN K
59. ĐDCKI. BÙI THỊ THANH HẢI - BỆNH VIỆN K
60. CNDD. VŨ THỊ THU NGA - BỆNH VIỆN K
61. CNDD. NGUYỄN THỊ HỒNG VÂN - BỆNH VIỆN K
62. CNDD. NGUYỄN THỊ THANH TRÀ - BỆNH VIỆN K
63. ĐDCKI. TRẦN THỊ THANH THỦY - BỆNH VIỆN K
64. CNDD. NGUYỄN THỊ PHƯƠNG DUNG - BỆNH VIỆN K
65. ĐDCKI. NGUYỄN THỊ NGỌC THÚY - BỆNH VIỆN K
66. CNDD. NGUYỄN THỊ THÚY HẰNG - BỆNH VIỆN K
67. CNDD. NGUYỄN THỊ VÂN ANH - BỆNH VIỆN K
68. ĐDCKI. PHẠM THỊ HẬU - BỆNH VIỆN K

BAN THƯ KÝ

1. THS. NGUYỄN THỊ THỦY VÂN - BỆNH VIỆN K
2. THS. NGUYỄN THU HƯƠNG - BỆNH VIỆN K
3. CNDD. TRẦN THỊ THU HƯƠNG - BỆNH VIỆN K
4. CNDD. NGUYỄN HƯƠNG GIANG - BỆNH VIỆN K
5. THS. NGUYỄN BÍCH HUYỀN - BỆNH VIỆN K
6. CNDD. QUÁCH THỊ VIỆT HƯƠNG - BỆNH VIỆN K
7. THS. ĐẶNG NHƯ QUỲNH - BỆNH VIỆN K
8. ĐDCKI TRẦN THỊ THU HUYỀN - BỆNH VIỆN K
9. CNDD. TRẦN THỊ HUYỀN THU - BỆNH VIỆN K
10. CNDD. BÙI THỊ THẨM - BỆNH VIỆN K
11. CN. NGUYỄN THỊ TRÀ MY - BỆNH VIỆN K
12. THS. ĐỖ MINH HIỀN - BỆNH VIỆN K

CONTENTS

Research Paper

- 1. Thay đổi tình trạng dinh dưỡng trong quá trình điều trị hóa chất trên bệnh nhân ung thư phổi tại Bệnh viện K năm 2022** 1

Change of nutritional status during chemotherapy in lung cancer patients at National Cancer Hospital in 2022

Nguyễn Thị Thanh, Hoàng Việt Bách, Nguyễn Thị Thanh Hòa, Đặng Bảo Ngọc, Lê Trần Mai Anh, Lê Thị Hương
- 2. Đánh giá chăm sóc điều dưỡng về tác dụng không mong muốn viêm niêm mạc miệng trên bệnh nhân ung thư đầu cổ điều trị hóa xạ trị đồng thời tại Bệnh viện K** 8

Assessment of nursing care for oral mucositis in head and neck cancer patients receiving chemoradiotherapy at Vietnam National Cancer Hospital

Vũ Thị Huệ, Đỗ Anh Tú, Đào Minh Thế, Đỗ Hùng Kiên
- 3. Hiệu quả giáo dục sức khỏe bằng video cho thân nhân người bệnh có dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da** 16

Efficacy of health education by video for relatives of patients with percutaneous transhepatic biliary drainage

Hoàng Thị Thùy Dung, Trần Thụy Khánh Linh, Lại Hiếu Nhân
- 4. Nhận xét kết quả chăm sóc da bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tái phát di căn có đột biến EGFR được điều trị bằng thuốc ức chế Tyrosine Kinase tại khoa nội 1 Bệnh viện K** 23

Evaluating the skin care results in recurrent/ metastatic non-small cell lung cancer patients harboring EGFR mutation treated with TKIs at the department of medical oncology 1, K Hospital

Bùi Thị Thanh Loan, Đỗ Anh Tú, Trần Thị Hậu, Đỗ Hùng Kiên
- 5. Đánh giá tình trạng thoát mạch trên bệnh nhân ung thư điều trị hóa chất tại khoa nội 5 Bệnh viện K năm 2020** 30

Evaluation of chemotherapy-induced extravasation at the department of medical oncology 5, K Hospital in 2020

Nguyễn Thị Ngọc Thúy, Lê Thanh Đức, Hàn Thị Thanh Bình
- 6. Nghiên cứu thực trạng lo âu, trầm cảm và nhu cầu hỗ trợ tâm lý xã hội của người bệnh ung thư vú điều trị tại Bệnh viện K năm 2022** 36

Research on the status of anxiety, depression and psychosocial support needs of breast cancer patients treated at K Hospital in 2022

Nguyễn Thị Thúy Hằng, Phùng Thị Huyền, Đỗ Anh Tú
- 7. Khảo sát một số tác dụng không mong muốn của người bệnh U lympho không Hodgkin điều trị Methotrexate liều cao tại khoa Nội hệ tạo huyết năm 2020** 44

Surveying some side effects of high dose Methotrexate regimens in non Hodgkin lymphoma patients at the hematologic Oncology Department in 2020

Hoàng Thị Thanh Huyền, Nguyễn Tiến Quang, Nguyễn Thanh Tùng, Đỗ Huyền Nga
- 8. Kết quả đặt dẫn lưu đường mật ra da trên bệnh nhân ung thư tiêu hóa có biểu hiện tắc mật** 51

Result of percutaneous transhepatic biliary drainage in patients with biliary obstruction due to digestive cancer

Nguyễn Thanh Trà, Trần Thắng, Nguyễn Văn Huy, Nguyễn Thị Phương Dung, Bùi Lan Phương, Lê Thị Huyền

9. **Khảo sát chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư đại trực tràng có hậu môn nhân tạo tại khoa nội 1 - Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng** 57
Survey quality of life in colorectal cancer patients with artificial anus at department of internal Medicine 1 - Da Nang Oncology Hospital
Nguyễn Thị Huệ, Đoàn Anh Tuấn, Trương Đông Giang
10. **Nhận thức và thực hành luyện tập thể dục trên bệnh nhân ung thư vú sau phẫu thuật tại Bệnh viện K** 64
Perceptions and practice of exercises among breast cancer patients after surgery in K Hospital
Bùi Thị Bích Liên, Lê Văn Quảng
11. **Thực trạng chăm sóc hậu môn nhân tạo trên người bệnh sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng** 71
Status of colostomy care in patients after colorectal surgery
Nguyễn Thị Phong Lan, Phan Thị Dung, Đỗ Anh Tú
12. **Hiện trạng công tác sàng lọc và đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng** 78
The current status of screening and nutritional assessment for in patients at Da Nang Oncology Hospital
Phan Văn Công, Trần Thị Thanh, Nguyễn Thị Khánh Hoài, Nguyễn Thị Lan Hương
13. **Thực trạng kiến thức và thực hành chăm sóc người bệnh mổ thông dạ dày của điều dưỡng tại Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình** 85
Current status of knowledge and practice of taking care of gastric bypass surgery patients by nurses at the Oncology Center of Thai Binh General Hospital
Vũ Văn Đâu, Đặng Thị Minh Huệ, Nguyễn Thị Vân Anh, Nguyễn Thị Như Huyền
14. **Đánh giá hiệu quả vận động sớm của người bệnh sau phẫu thuật đại trực tràng tại khoa điều trị theo yêu cầu - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức** 93
Efficiency of early motorcycle after surgery on patients of collontectomy at the department of treatment on required in Viet Duc Hospital
Nguyễn Bá Anh, Nguyễn Thị Kim Liên, Lê Tư Hoàng
15. **Thực trạng chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần tại khoa ngoại Tai Mũi Họng - Bệnh Viện K** 100
The situation of patient care after total laryngectomy at ENT department - K Hospital
Phùng Thị Xuân Giang, Kim Thị Tiến, Nguyễn Thị Mai, Phạm Thị Thu Hương
16. **Đánh giá tác dụng không mong muốn của phương pháp giảm đau ngoài màng cứng liên tục cho người bệnh sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng sử dụng Ropivacaine phối hợp Fentanyl** 108
Evaluation of adverse effects of continuous epidural analgesia for patients after colorectal cancer surgery using Ropivacaine in combination with Fentanyl
Nguyễn Thị Thủy, Nguyễn Như Quỳnh, Nguyễn Văn Đắc, Đỗ Anh Tú
17. **Hiệu quả can thiệp dinh dưỡng trên bệnh nhân ung thư thực quản tại Bệnh viện K** 115
The effect of nutrition intervention of esophageal cancer patients at Vietnam National Cancer Hospital
Nguyễn Thị Hồng Tiến, Hoàng Việt Bách, Nguyễn Duy Thanh, Đặng Bảo Ngọc, Đặng Thị Thu Hằng, Nguyễn Thị Thanh Hòa, Lê Trần Mai Anh, Lê Thị Hương
18. **Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư sau phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội** 122
Evaluating the quality of life of colorectal cancer patients after artificial anus surgery at the Hanoi Oncology Hospital
Nguyễn Thanh Hương, Võ Quốc Hoàn, Lê Văn Thành, Lê Kim Khánh
19. **Nhận xét hiệu quả thông khí một phổi có sử dụng ống soi mềm có Camera trong phẫu thuật lồng ngực tại Bệnh viện K năm 2020** 129
Effective comments of one-punge ventilation with use of flexible temperature with camera in thoracic surgery at K Hospital in 2020
Trần Đắc Thành, Đỗ Anh Tú

20. **Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật cắt khối tá tụy tại Khoa ngoại Gan Mật Tụy - Bệnh viện K** 135
Postoperative care following pancreaticoduodenectomy at the Department of Hepatobiliary Surgery - Vietnam National Cancer Hospital
Nguyễn Thị Chinh, Ngô Ánh Ngọc, Đậu Thị Huyền, Đỗ Anh Tú
21. **Thời gian hồi tỉnh và một số yếu tố liên quan đến thời gian hồi tỉnh người bệnh sau phẫu thuật ung thư vú tại Bệnh viện K cơ sở Quán Sứ** 141
Resuscitation time and some factors relating to the recovery time of patients after breast cancer surgery at K Quan Su Hospital
Không Phương Hào, Nguyễn Thế Trí, Đỗ Anh Tú
22. **Thực trạng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư cổ tử cung được xạ trị tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều** 148
The status of quality of life for cervical cancer patients receiving radiation therapy at Tan Trieu K Hospital
Phạm Thanh Hùng, Bùi Thị Thanh Hải, Nguyễn Bá Tâm, Phan Thu Nga, Nguyễn Hà My
23. **Chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư vòm mũi họng sau xạ trị tại Bệnh viện K** 156
Quality of life of nasopharyngeal cancer patient after radiation at Vietnam National Cancer Hospital
Nguyễn Thị Hải Yến, Đỗ Anh Tú
24. **Áp dụng chụp cắt lớp vi tính liều thấp trong chụp cắt lớp vi tính lồng ngực đánh giá di căn phổi** 164
The application of low dose scan computed tomography in CT chest for assessment of lung metastasis
Cao Văn Chính, Đinh Hoàng Việt, Bùi Văn Giang, Nguyễn Trung Kiên, Nguyễn Mạnh Hùng
25. **Khảo sát mức độ và thời gian hồi phục viêm niêm mạc miệng ở người bệnh hóa xạ trị đồng thời ung thư đầu cổ tại Bệnh viện Quân y 175** 170
Research on oral mucositis level and recovery time in concurrent chemoradiotherapy for patients with head and neck cancer at 175 Military Hospital
Nguyễn Thị Hiền, Phạm Thành Luân, Nguyễn Thành Công, Ngô Thị Hồng Xuân, Nguyễn Thị Hoa, Phạm Viêt Hoat, Nguyễn Đình Đám, Nguyễn Đăng Huy, Vũ Văn Bắc, Ngô Tuấn Phong
26. **Chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư phổi sau xạ trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2020** 177
Quality of life after radiotherapy in lung cancer patients in Department of Oncology, National Lung Hospital, in 2020
Hà Thị Mến
27. **Đánh giá tổn thương da và đau của người bệnh ung thư có xạ trị tại Bệnh viện 19 - 8 và một số yếu tố liên quan** 184
Assessment of pain and skin reaction characteristics among cancer patients with radiation therapy at 19-8 Hospital and several associated factors
Triệu Thị Minh, Trương Quang Trung
28. **Đánh giá công tác sắp xếp người bệnh ung thư tuyến giáp điều trị I-131 của điều dưỡng tại khoa Y học hạt nhân Bệnh viện K** 192
Evaluate the thyroid cancer patient arrangement of the nurse at the Department of Nuclear Medicine, K Hospital
Đỗ Thị Bích Đào, Nguyễn Quang Toàn
29. **Một số yếu tố liên quan đến nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh ung thư điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định năm 2020** 199
Factors related to palliative care needs of cancer patients treated at Nam Định general Hospital in 2020
Phạm Thu Dịu, Phạm Thị Hiếu, Lê Thị Ngọc Thủy, Đinh Quốc Bảo, Dương Đình Dũng
30. **Đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân chăm sóc giảm nhẹ tại Bệnh viện Ung Bướu thành phố Cần Thơ năm 2022** 206
Assessment of palliative care patients' quality of life at Can Tho Oncology Hospital in 2022
Võ Thủy Triều, Thạch Thị Si Phone Đi, Nguyễn Thị Thanh Thủy, Nguyễn Thị Công Viên, Phạm Thị Thanh Hoa, Mai Văn Nhã

31. **Đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân và thân nhân tham gia chương trình chăm sóc giảm nhẹ tại nhà - năm 2020** 214
Assessment of the satisfaction of patients and family participants in palliative care at home program - 2020
Hoàng Thị Mộng Huyền, Phạm Thanh Huyền, Lê Thị Thanh Lang, Phan Thị Minh Châu, Cấn Vũ Lan Anh
32. **Đánh giá kết quả thực hành chăm sóc giảm nhẹ người bệnh ung thư thực quản, ung thư dạ dày tại khoa Ung bướu Bệnh viện Quân y 105** 222
Evaluation of the results of caring for patients with esophageal and stomach cancer at the Oncology Department Military Hospital 105
Nguyễn Kim Trung, Hoàng Văn Quang, Nguyễn Thị Minh Nguyệt, Phạm Trường Thọ, Nguyễn Quốc Khánh
33. **Đánh giá gánh nặng chăm sóc của người nhà bệnh nhân ung thư và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Trị năm 2022** 228
Assessment care burden among caregiver of cancer patients and factors related at Quang Tri general Hospital in 2022
Trương Thị Hoài, Trần Thị Vân, Trần Thị Ngọc Diễm
34. **Đánh giá tính phù hợp, khả năng ứng dụng lâm sàng của chương trình can thiệp giáo dục quản lý đau cho người bệnh ung thư** 236
Assessment of appropriateness and clinical application of an educational intervention program on pain management for patients with cancer patients
Vũ Đình Sơn, Phạm Cẩm Phương, Nguyễn Thị Minh Chính, Thân Văn Lý, Nguyễn Thị Bích Loan, Lê Quốc Hoàn, Nguyễn Gia Lương
35. **Một số yếu tố liên quan tới loét tì đè trên người bệnh ung thư thở máy tại Bệnh viện K năm 2021** 244
Some factors related to pressure ulcer in cancer patient on ventilation at K Hospital in 2021
Nguyễn Thị Thùy
36. **Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư hạ họng thanh quản tại Bệnh viện K năm 2021-2022** 252
Nutritional status of laryngeal cancer patients at Vietnam National Cancer Hospital in 2021-2022
Nguyễn Thị Liên, Hoàng Việt Bách, Nguyễn Thị Dung, Nguyễn Đức Diệu, Nguyễn Thị Thanh Hoà, Nguyễn Thị Hồng Tiến, Hoàng Thị Phương, Lê Thị Hương
37. **Chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan của người bệnh ung thư vú sau điều trị tại Bệnh viện K** 259
Quality of life and some related factors of people with breast cancer after treatment at Vietnam National Cancer Hospital (K Hospital)
Vũ Thu Thảo, Đặng Thị Vân Anh
38. **Bước đầu đánh giá gánh nặng của người chăm sóc chính người bệnh hóa trị tại Bệnh viện K năm 2023** 266
Principle assessment burden caregivers of cancer patients receiving chemotherapy at K Hospital in 2023
Phạm Thị Hương, Đỗ Tuyết Mai, Đỗ Cẩm Thanh, Đàm Thị Hoàn, Nguyễn Thị Thúy Hằng, Vũ Thị Huệ, Nguyễn Thị Vân Anh
39. **Thực trạng stress nghề nghiệp và một số yếu tố liên quan ở điều dưỡng tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng năm 2021** 274
Status the occupational stress and some associated factors of nurses at Da Nang Oncology Hospital in 2021
Nguyễn Thị Thanh Trà, Trương Đông Giang, Trần Thị Nghĩa
40. **Thực trạng công tác chăm sóc điều dưỡng qua khảo sát ý kiến người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện K năm 2023** 282
Review the satisfaction with nursing care through survey at K hospital in 2023
Tạ Thị Anh Thơ, Đỗ Anh Tú

CHANGE OF NUTRITIONAL STATUS DURING CHEMOTHERAPY IN LUNG CANCER PATIENTS AT NATIONAL CANCER HOSPITAL IN 2022

Nguyen Thi Thanh^{1,*}, Hoang Viet Bach¹, Nguyen Thi Thanh Hoa¹,
Dang Bao Ngoc¹, Le Tran Mai Anh¹, Le Thi Huong²

¹Vietnam National Cancer Hospital - 30 Cau Buou street, Tan Trieu commune, Thanh Tri district, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - No.1, Ton That Tung street, Khuong Thuong commune, Dong Da district, Hanoi, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 20/03/2023; Accepted 17/04/2023

ABSTRACT

Objective: Describe changes in nutritional status and side effects affecting nutrition of lung cancer patients during chemotherapy.

Subjects and methods: A prospective descriptive study on lung cancer patients receiving adjuvant chemotherapy after surgery.

Results: 14.3% and 8.6% of malnourished and overweight patients according to BMI before chemotherapy, decreased to 11.4% and 0% respectively after chemotherapy. According to PG-SGA, the risk of malnutrition before and after treatment is 33.3% and 28.6%, respectively. The most common side effects are loss of appetite, fear of the smell of food, and fatigue.

Conclusion: The patient's nutritional status improved after chemotherapy. During chemotherapy, patients may experience many side effects that affect nutrition.

Key words: Nutritional status, lung cancer, side effects.

*Corresponding author

Email address: bsthanhnguyen0915bn@gmail.com

Phone number: (+84) 985 368 491



THAY ĐỔI TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG TRONG QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ HÓA CHẤT TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI TẠI BỆNH VIỆN K NĂM 2022

Nguyễn Thị Thanh^{1,*}, Hoàng Việt Bách¹, Nguyễn Thị Thanh Hòa¹,
Đặng Bảo Ngọc¹, Lê Trần Mai Anh¹, Lê Thị Hương²

¹Bệnh viện K - 30 đường Cầu Bươu, xã Tân Triều, huyện Thanh Trì, Thành phố Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 phố Tôn Thất Tùng, phường Khương Thượng, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 20 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 17 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả sự thay đổi tình trạng dinh dưỡng và các tác dụng phụ ảnh hưởng đến dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư phổi trong quá trình hóa trị.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên bệnh nhân ung thư phổi điều trị hóa chất hỗ trợ sau phẫu thuật.

Kết quả: 14,3% và 8,6% bệnh nhân SDD và thừa cân béo phì theo BMI trước điều trị, giảm xuống lần lượt là 11,4% và 0% sau điều trị. Theo PG-SGA, tỉ lệ nguy cơ SDD trước và sau điều trị lần lượt là 33,3% và 28,6%. Các tác dụng phụ hay gặp nhất là chán ăn, sợ mùi thức ăn, mệt mỏi.

Kết luận: Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân cải thiện sau quá trình hóa trị. Trong thời gian điều trị hóa chất, bệnh nhân có thể gặp nhiều tác dụng phụ ảnh hưởng đến dinh dưỡng.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, ung thư phổi, tác dụng phụ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020, ung thư phổi (UTP) là loại ung thư phổ biến thứ 2 trên thế giới [4]. Cho đến nay, tỉ lệ bệnh nhân UTP phát hiện ở giai đoạn muộn còn cao và tỉ lệ sống thêm của bệnh nhân UTP còn thấp. Do đó, việc chăm sóc, cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân UTP được chú trọng, đặc biệt là vấn đề dinh dưỡng.

Bệnh nhân UTP là nhóm có nguy cơ cao bị suy dinh dưỡng (SDD). Nguyên nhân SDD ở bệnh nhân UTP có

thể là do khối u hoặc các triệu chứng và tác dụng phụ trong quá trình điều trị dẫn đến làm tăng dị hóa, giảm lượng thực phẩm đưa vào. Bệnh nhân UTP gặp nhiều triệu chứng tác động đến dinh dưỡng hơn các bệnh nhân ung thư khác và số lượng triệu chứng thay đổi nhiều qua quá trình bệnh lý [5]. So sánh với các bệnh nhân ung thư khác, bệnh nhân UTP có tỷ lệ SDD cao hơn với 69% so với 57% và 45% ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng và ung thư đầu cổ. Tình trạng SDD của bệnh nhân UTP tiếp tục có xu hướng tăng lên sau quá trình điều trị. Cherminti Ben Adallab và CS theo dõi sự

*Tác giả liên hệ

Email: bsthanhnguyen0915bn@gmail.com

Điện thoại: (+84) 985 368 491

thay đổi tình trạng dinh dưỡng (TTDD) của bệnh nhân UTP sau 3 chu kì hóa trị cho kết quả tình trạng SDD tăng từ 47% lên 77% theo công cụ NRI [6].

Tình trạng SDD có nhiều tác động xấu cho bệnh nhân. Bệnh nhân SDD sẽ có nguy cơ cao bị giảm chức năng miễn dịch, giảm đáp ứng và dung nạp với các phương pháp điều trị, giảm chất lượng sống, tăng chi phí điều trị... Thời gian sống thêm toàn bộ của bệnh nhân UTP bị SDD ngắn hơn so với bệnh nhân không bị SDD. Trên bệnh nhân phẫu thuật UTP bị SDD, thời gian nằm viện cũng kéo dài hơn, thời gian sống không bệnh tật của nhóm thấp cân cũng ngắn hơn nhóm thừa cân hoặc béo phì.

Tại Việt Nam và tại Bệnh viện K, số liệu về SDD trên bệnh nhân UTP còn hạn chế. Sự thay đổi TTDD qua quá trình hóa trị của bệnh nhân chưa được khảo sát. Để tìm hiểu tác động của hóa chất đối với TTDD của bệnh nhân UTP, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Mô tả sự thay đổi TTDD của bệnh nhân UTP trước và sau khi điều trị hóa chất và tác dụng phụ liên quan đến dinh dưỡng trong quá trình điều trị hóa chất.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Bệnh nhân UTP điều trị hóa chất hỗ trợ sau phẫu thuật

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán UTP đã được phẫu thuật và bắt đầu điều trị hóa chất
- Bệnh nhân có thể nghe gọi điện thoại được
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân mắc kèm một loại ung thư khác hoặc đã từng trải qua hóa trị hoặc xạ trị trước đó.

- Bệnh nhân mắc các khuyết tật ảnh hưởng đến cân đo chỉ số nhân trắc như mù, mất chi thể...

- Không điều trị đủ phác đồ 4 chu kì

- Bệnh nhân mắc các bệnh lý chuyển hóa như đái tháo đường, rối loạn mỡ máu, gout.

Địa điểm: Khoa Nội 1, Nội 2- Bệnh viện K Cơ sở 3

Thời gian: Từ tháng 3 năm 2022 đến tháng 11 năm 2022

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu. Bệnh nhân được đánh giá TTDD lần đầu vào điều trị hóa chất (T1), sau đó trước khi bệnh nhân lên điều trị lần tiếp theo, gọi điện thoại cho bệnh nhân để hỏi về các tác dụng phụ ảnh hưởng đến dinh dưỡng gặp phải trong lần truyền vừa qua. Khi bệnh nhân vào điều trị lần thứ 4 (T2), đánh giá lại TTDD của bệnh nhân.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Kết quả thu được 35 bệnh nhân.

Công cụ thu thập số liệu: Bộ câu hỏi nghiên cứu được thiết kế riêng

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1. Các phân tích được thực hiện bằng phần mềm STATA 12.0. Các thống kê mô tả và suy luận đều được thực hiện với mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$. Sử dụng các test thống kê để đánh giá sự khác biệt giữa các tỷ lệ như χ^2 /Fisher's exact test.

3. KẾT QUẢ



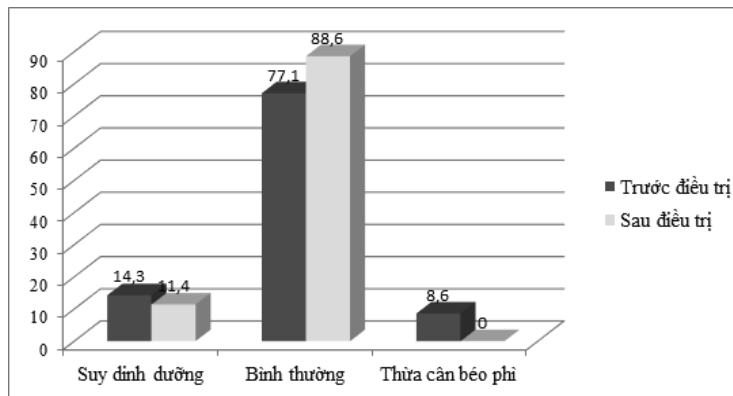
Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (N=35)

Đặc điểm		n	%
Giới tính	Nam	24	68,6
	Nữ	11	31,4
Nhóm tuổi	Dưới 50 tuổi	7	20,0
	50-59	10	28,57
	Từ 60 tuổi	18	51,4
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn I	12	34,3
	Giai đoạn II	12	34,3
	Giai đoạn III	10	28,6
	Giai đoạn IV	1	2,8

Nhận xét: Nghiên cứu có 35 bệnh nhân tham gia. Tỷ lệ nam giới và nữ giới lần lượt là 68,6% và 31,4%. Tuổi trung bình là $58,3 \pm 8,7$, với nhóm từ 50 tuổi trở lên

chiếm 80% và nhóm từ 60 tuổi chiếm 51,4%. Phần lớn nhóm bệnh nhân ở giai đoạn sớm là giai đoạn I và II, đều chiếm 34,3%. Giai đoạn IV chiếm 2,8%.

Biểu đồ 1. Tình trạng dinh dưỡng theo BMI trước và sau điều trị



Nhận xét: Theo BMI trước điều trị, tình trạng SDD chiếm 14,3%, thừa cân béo phì là 8,6%. Sau điều trị

tình trạng SDD và thừa cân béo phì giảm còn 11,4% và 0%.

Bảng 2. Thay đổi tình trạng dinh dưỡng theo PG-SGA trước và sau điều trị

Phân loại PG-SGA	T1		T2	
	n	%	n	%
PG-SGA A	23	65,7	27	77,1
PG-SGA B	7	20,0	8	22,9
PG-SGA C	5	14,3	0	0
Tổng	35	100	35	100

Nhận xét: Theo PG-SGA, tỉ lệ nguy cơ SDD trước điều trị là 34,3% với 14,3% là nguy cơ nặng. Sau điều trị, tỉ lệ này giảm xuống 22,9% và không có bệnh nhân nguy cơ nặng.

Bảng 3. Thay đổi cân nặng, BMI, điểm PG-SGA trước và sau điều trị

Đặc điểm		Cân nặng	BMI	Điểm PG-SGA
T1	$\bar{X} \pm SD$	54,5±7,91	20,89±2,40	5±4,79
	Min-Max	41-78	16-26,1	1-15
T2	$\bar{X} \pm SD$	54,6±8,16	20,94±2,48	3,7±3,24
	Min-Max	40-75	16-27,2	1-11
p*		>0,05	>0,05	>0,05

* Kiểm định Sign test

Nhận xét: Trước điều trị, cân nặng và BMI trung bình lần lượt là 54,5 kg và 20,89 kg/m². Sau điều trị, các giá

trị này tăng lên 54,6 kg và 20,94 kg/m². Điểm PG-SGA sau điều trị thấp hơn so với trước điều trị, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Tỷ lệ gặp một số tác dụng phụ liên quan đến dinh dưỡng qua các lần (N=35)

Tác dụng phụ	Lần 1		Lần 2		Lần 3	
	n	%	n	%	n	%
Chán ăn	22	62,9	26	74,3	27	77,1
Sợ mùi thức ăn	19	54,3	19	54,3	20	57,1
Mệt mỏi	18	51,4	17	48,6	19	54,3
Táo bón	13	37,1	11	31,4	12	34,3
Buồn nôn	10	28,6	16	45,7	13	37,1
Khô miệng	4	11,4	4	11,4	6	17,1

Nhận xét: Tác dụng phụ hay gặp nhất là chán ăn với 62,9% gặp trong lần truyền đầu, có xu hướng tăng dần qua các lần điều trị. Sợ mùi thức ăn gặp ở 54,3% bệnh

nhân lần truyền 1, lần 3 có xu hướng tăng thêm. Mệt mỏi gặp ở trên 50% bệnh nhân, tuy nhiên sự thay đổi qua lần 2, lần 3 không có xu hướng rõ ràng.



4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu có 35 bệnh nhân tham gia. Tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới, lần lượt là 68,6% và 31,4%. Tuổi trung bình là $58,3 \pm 8,7$, với nhóm từ 50 tuổi trở lên chiếm 80%. Kết quả phù hợp với đặc điểm độ tuổi thường gặp UTP là từ 50 tuổi trở lên, tỷ lệ mới mắc UTP tăng dần theo tuổi và thường gặp ở nam giới [4]. Theo nghiên cứu của Phan Lê Thắng năm 2017, tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là $55,8 \pm 8,3$, trong đó tỷ lệ bệnh nhân nhóm tuổi từ 50 chiếm 72,8% [1].

Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu ở giai đoạn sớm là giai đoạn I và II, đều chiếm 34,3%, giai đoạn IV chỉ chiếm 2,8%. Tỷ lệ giai đoạn sớm cao hơn so với dịch tễ bình thường của UTP. Khoảng 3/4 bệnh nhân UTP được chẩn đoán ở giai đoạn III-IV, với giai đoạn IV có thể chiếm hơn 50% ở những nước phát triển. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Lê năm 2012 trên nhóm bệnh nhân được hóa trị bổ trợ sau phẫu thuật thì giai đoạn 1 chiếm 8%, giai đoạn 2 chiếm 46%, giai đoạn 3,4 chiếm 39% [2]. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên nhóm bệnh nhân UTP điều trị hóa chất bổ trợ sau phẫu thuật, chỉ định phác đồ này thường là ở bệnh nhân giai đoạn sớm.

Phân loại TTDD theo BMI trước điều trị, phần lớn bệnh nhân chủ yếu có TTDD bình thường. Tỷ lệ SDD chiếm 14,3%, thừa cân béo phì là 8,6%. Sau 3 đợt điều trị, tỷ lệ SDD và thừa cân béo phì giảm đi, xuống còn 11,4% và 0%. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Lang J. và CS, tỷ lệ SDD và thừa cân béo phì của bệnh nhân UTP chiếm phần nhỏ, lần lượt là 14,0% và 21,7%. Tỷ lệ thừa cân béo phì ở nhóm bệnh nhân này cao hơn có thể do sự khác biệt về đặc điểm nhân trắc học của người Việt Nam (vùng khí hậu nóng) và người Bắc Trung Quốc (khí hậu lạnh hơn) [7]. BMI có mối liên quan nghịch với nguy cơ UTP. Thừa cân béo phì giảm nguy cơ đối với UTP, tuy nhiên nếu béo phì quá mức ($BMI > 40 \text{ kg/m}^2$) lại làm tăng nguy cơ UTP.

Theo phân loại PG-SGA, tỷ lệ nguy cơ SDD trước điều trị là 34,3% với 14,3% là nguy cơ nặng, điểm trung bình là $5 \pm 4,79$. Sau điều trị, tỷ lệ này giảm xuống 22,9% và không có bệnh nhân nguy cơ nặng. Li R. và CS nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân UTP không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn tiến triển cho thấy 83,3% bệnh nhân có nguy cơ SDD (PG-SGA B và PG-SGA C) [8]. Theo nghiên cứu của Tie Lin và CS trên bệnh nhân UTP (gồm 39,1% UTP tế bào nhỏ và 60,9% UTPKTBN) cho

thấy, tỷ lệ nguy cơ SDD là 77% và điểm PG-SGA trung bình là 7,95 ở thời điểm trước điều trị hóa chất. Sau 4 chu kỳ điều trị hóa chất, tỷ lệ SDD tăng lên 86,7% và điểm PG-SGA trung bình tăng lên 11,21 [9]. Tỷ lệ SDD của bệnh nhân UTP trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thấp hơn do 2 yếu tố. Một là, phần lớn bệnh nhân của chúng tôi ở giai đoạn sớm (68,6% ở giai đoạn I,II), khi mà các triệu chứng ăn uống và thực phẩm ăn vào (là những yếu tố để đánh giá PG-SGA) bị ảnh hưởng ít hơn so với giai đoạn tiến triển. Hai là thời điểm đánh giá của chúng tôi là khi bệnh nhân vào điều trị đợt 1, cách thời gian phẫu thuật khoảng 4-6 tuần. Thời điểm này sau khi bệnh nhân đã được loại bỏ khối u thì thường cải thiện các triệu chứng ăn uống và thường có tâm lý “bồi bổ” tốt hơn nên đánh giá PG-SGA ở thời điểm này bệnh nhân chủ yếu không có nguy cơ dinh dưỡng. Sau điều trị hóa chất tỷ lệ nguy cơ dinh dưỡng theo PG-SGA cũng giảm đi, một phần là nhờ đáp ứng hóa chất, một phần là do bệnh nhân được bác sĩ dự phòng và điều trị tốt các triệu chứng ảnh hưởng nặng đến ăn uống như nôn, buồn nôn. Ngoài ra do bệnh nhân rất cố gắng ăn uống trong quá trình điều trị hóa chất, nhiều bệnh nhân dù gặp các tác dụng phụ ảnh hưởng đến ăn uống vẫn cố ăn được bằng lượng thực phẩm như thường ngày, hoặc ngay sau những ngày bị giảm lượng thực phẩm, bệnh nhân đã ăn bổ sung lại vào những ngày sau đó, khi những triệu chứng gây kém ăn đã giảm hoặc mất đi.

Cân nặng trung bình và BMI trung bình sau điều trị lớn hơn trước điều trị. Trước điều trị cân nặng, và BMI trung bình lần lượt là 54,5kg và 20,89 kg/m². Sau điều trị, các giá trị này tăng lên 54,6 kg và 20,94 kg/m². Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Theo nghiên cứu của Lin T. và CS, cân nặng của bệnh nhân sau 4 đợt điều trị hóa chất giảm từ 65,41 kg xuống 63,01 kg [8]. Baldwin và CS quan sát thấy bệnh nhân UTP bị giảm 0,36±3,3kg sau 6 tuần điều trị hóa chất hoặc xạ trị [10]. Mặc dù không có ý nghĩa thống kê nhưng cân nặng sau khi điều trị hóa chất 3 đợt của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi không có xu hướng giảm cân nhiều như các nghiên cứu kể trên. Điều này là do sự khác biệt về giai đoạn bệnh, và sự quản lý các tác dụng phụ của nhân viên y tế và sự cố gắng ăn uống của bệnh nhân. Ngoài ra, phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu đều đã từng được nhân viên của Trung tâm dinh dưỡng lâm sàng tư vấn dinh dưỡng trong quá trình điều trị. Điều này góp phần giúp bệnh nhân ý thức về dinh dưỡng và biết cách chăm sóc dinh dưỡng cho bản thân trong quá trình điều trị tốt hơn.

Trong các đợt điều trị hóa chất, tác dụng phụ ảnh hưởng đến dinh dưỡng hay gặp nhất là chán ăn với 62,9% gặp trong lần truyền đầu, có xu hướng tăng dần qua các lần điều trị. Sợ mùi thức ăn là triệu chứng hay gặp thứ 2, với 54,3% bệnh nhân gặp phải ở lần truyền 1, lần 3 có xu hướng tăng thêm. Mệt mỏi cũng là triệu chứng gặp ở trên 50% bệnh nhân, tuy nhiên sự thay đổi qua lần 2, lần 3 không có xu hướng rõ ràng. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thùy Linh, sau 2 tháng điều trị hóa chất ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng và dạ dày, các triệu chứng ảnh hưởng đến đường tiêu hóa của bệnh nhân trong nghiên cứu này hay gặp là chán ăn (40%), mệt mỏi (34%), buồn nôn (26%), thay đổi vị giác (20%), nôn (16%), khô miệng (16%), đau (16%), nhiệt miệng (12%), sợ mùi vị thức ăn (12%), tiêu chảy (12%), khó nuốt (8%), táo bón (8%) [3]. Mặc dù trong nghiên cứu có ghi nhận phần lớn bệnh nhân bị giảm lượng ăn uống trong những ngày gặp các tác dụng phụ nêu trên, tuy nhiên sau đó bệnh nhân có thể ăn uống trở lại nên tình trạng sụt cân của bệnh nhân không xảy ra nhiều.

5. KẾT LUẬN

- Theo BMI, trước điều trị, tình trạng SDD là 14,3%, thừa cân béo phì là 8,6%. Sau điều trị hai tỉ lệ này giảm xuống còn 11,4% và 0%.

- Tỉ lệ nguy cơ SDD theo PG-SGA trước điều trị là 33,3%, trong đó 14,3% là nguy cơ nặng. Sau điều trị nguy cơ SDD là 22,9%, trong đó không có bệnh nhân có nguy cơ dinh dưỡng nặng.

- 62,9% bệnh nhân bị chán ăn, 54,3% bị sợ mùi thức ăn, 51,4% bị mệt mỏi trong lần truyền đầu. Các tác dụng phụ có xu hướng tăng dần qua các lần điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Phan Lê Thắng, Nghiên cứu điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn II, IIIA bằng phối hợp phẫu thuật triệt căn và hóa-xạ trị hỗ trợ, Luận án tiến sĩ, 2017, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
- [2] Nguyễn Thị Lê, Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng phẫu thuật và hóa

chất tại Bệnh viện Phổi Trung ương, Luận văn thạc sĩ, 2012, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

- [3] Linh NT, Hiệu quả can thiệp dinh dưỡng cho bệnh nhân ung thư điều trị hóa chất tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Luận án tiến sĩ, 2020, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
- [4] Sung H, Ferlay J, Siegel RL et al., Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*, 2021, 71(3), 209–249.
- [5] Cooley ME, Symptoms in adults with lung cancer. A systematic research review. *J Pain Symptom Manage*, 2000, 19(2), 137–153.
- [6] Chermiti Ben Abdallah F, Ben Saïd H, Chamkhi N et al., [Assessment of nutritional status in patients with primary lung cancer]. *Tunis Med*, 2013, 91(10), 600–604.
- [7] Lang J, Shao Y, Liao J et al., Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) predicts length of hospital stay in lung adenocarcinoma patients. *Br J Nutr*, 2023, 127(10), 1543–1548.
- [8] Li R, Wu J, Ma M et al., Comparison of PG-SGA, SGA and body-composition measurement in detecting malnutrition among newly diagnosed lung cancer patients in stage IIIB/IV and benign conditions. *Med Oncol*, 2011, 28(3), 689–696.
- [9] Lin T, Yang J, Hong X et al., Nutritional status in patients with advanced lung cancer undergoing chemotherapy: a prospective observational study. *Nutr Cancer*, 2020, 72(7), 1225–1230.
- [10] Baldwin C, Spiro A, McGough C et al., Simple nutritional intervention in patients with advanced cancers of the gastrointestinal tract, non-small cell lung cancers or mesothelioma and weight loss receiving chemotherapy: a randomised controlled trial: Oral nutritional interventions in cancer and weight loss. *J Hum Nutr Diet*, 2011, 24(5), 431–440.



ASSESSMENT OF NURSING CARE FOR ORAL MUCOSITIS IN HEAD AND NECK CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMORADIO THERAPY AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Vu Thi Hue*, Do Anh Tu, Dao Minh The, Do Hung Kien

Vietnam National Cancer Hospital - 30 Cau Buou street, Tan Trieu commune, Thanh Tri district, Hanoi, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 17/03/2023; Accepted 20/04/2023

ABSTRACT

Objectives: Evaluating the effect of nursing care for oral mucositis induced by chemoradiotherapy for the treatment of head and neck cancer at Vietnam National Cancer Hospital.

Patients and method: A prospective, cross-sectional descriptive study on 95 head and neck cancer patients receiving concurrent chemoradiotherapy at Vietnam National Cancer Hospital from March 2022 to December 2022.

Results: The majority of patients were under 65 years old (68.4%), the majority were male (74.7%) and had a history of tobacco and/or alcohol use (71.5%). More than half (50.5%) of patients were diagnosed with nasopharyngeal cancer. 100% of patients had oral mucositis, mainly grade 1 (23.1%) and grade 2 (64.7%). No serious toxicity was recorded at grade 4. There were 23.1% fungal infections and 16.8% bacterial infections. The majority of patients obeyed nursing care guidelines (92.6%), few patients had treatment interruption (interruption rate was 29.5%). After the intervention, 82.1% of patients improved their symptoms.

Conclusion: Oral mucositis induced by chemoradiotherapy was common adverse events in head and neck cancer. Internal medicine care plays an important role in improving patient's symptoms and their quality of life, minimizing the treatment interruption.

Keywords: Oral mucositis, head and neck cancer, chemoradiation, nursing care.

*Corresponding author

Email address: vungochue2018@gmail.com

Phone number: (+84) 984 175 862

ĐÁNH GIÁ CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG VỀ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN VIÊM NIÊM MẠC MIỆNG TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẦU CỔ ĐIỀU TRỊ HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI TẠI BỆNH VIỆN K

Vũ Thị Huệ*, Đỗ Anh Tú, Đào Minh Thế, Đỗ Hùng Kiên

Bệnh viện K - 30 đường Cầu Bươu, xã Tân Triều, huyện Thanh Trì, Thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 17 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 20 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả chăm sóc điều dưỡng tác dụng không mong muốn viêm niêm mạc miệng trên bệnh nhân ung thư đầu cổ điều trị hóa xạ trị đồng thời tại Bệnh viện K.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 95 bệnh nhân ung thư đầu cổ được điều trị hóa xạ trị đồng thời tại bệnh viện K từ tháng 3 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022.

Kết quả: Đa phần bệnh nhân dưới 65 tuổi (68,4%), chiếm đa số là nam giới (74,7%), có tiền sử sử dụng thuốc lá và / hoặc rượu bia (71,5%). Hơn một nửa (50,5%) bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vòm. 100% bệnh nhân có viêm niêm mạc miệng, chủ yếu là độ 1 (23,1%) và độ 2 (64,7%). Không ghi nhận độc tính nặng độ 4. Có 23,1% bệnh nhân bội nhiễm nấm và 16,8% nhiễm khuẩn phối hợp. Phần lớn bệnh nhân tuân thủ hướng dẫn chăm sóc điều dưỡng (92,6%), ít bị gián đoạn điều trị (tỷ lệ gián đoạn là 29,5%). Sau can thiệp, 82,1% bệnh nhân cải thiện triệu chứng.

Kết luận: Tác dụng không mong muốn viêm niêm mạc miệng thường gặp trên bệnh nhân ung thư đầu cổ được điều trị hoá xạ trị đồng thời. Chăm sóc nội khoa có vai trò cải thiện triệu chứng và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, hạn chế gián đoạn điều trị.

Từ khóa: Viêm niêm mạc miệng, ung thư đầu cổ, hóa xạ trị, chăm sóc điều dưỡng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đầu cổ xuất phát từ những vị trí khác nhau ở đường hô hấp và tiêu hoá trên. Những ung thư này có nhiều điểm chung về sinh bệnh học, dịch tễ, lâm sàng và điều trị. Bệnh chiếm 10% trong tổng số các loại ung

thư. Tại Mỹ, mỗi năm có khoảng 41.000 trường hợp bệnh mới mắc và 12.000 ca chết vì bệnh. ¹ Tại Việt Nam ung thư vòm mũi họng là bệnh hay gặp nhất trong các ung thư đầu cổ và là một trong mười loại bệnh hay gặp ở nam, còn ung thư khoang miệng là một trong mười loại ung thư hay gặp ở nữ. ² Điều trị ung thư đầu cổ tuy

*Tác giả liên hệ

Email: vungochue2018@gmail.com

Điện thoại: (+84) 984 175 862



thuộc vào vị trí giải phẫu và giai đoạn bệnh, đa phần các bệnh nhân vào viện ở giai đoạn tiến triển tại chỗ, tại vùng hoặc tái phát di căn, do đó có chỉ định điều trị hoá chất đơn thuần hoặc phối hợp với xạ trị. Viêm niêm mạc miệng là tình trạng viêm lớp niêm mạc ở khoang miệng (lợi hàm, lưỡi, khẩu cái, sàn miệng) hoặc vùng hầu họng. Đây là tác dụng không mong muốn rất được quan tâm đối với các bệnh nhân được điều trị hóa xạ trị ung thư đầu cổ vì có thể gây nhiễm trùng hoặc suy dinh dưỡng, dẫn đến đe dọa tính mạng và ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Tổn thương niêm mạc miệng khá đa dạng, có nhiều mức độ khác nhau và có thể phối hợp bội nhiễm, ảnh hưởng đến toàn thân và phương pháp điều trị ung thư...³ Kiểm soát độc tính viêm niêm mạc miệng phụ thuộc vào mức độ và biến chứng, chủ yếu bao gồm các phương pháp kiểm soát đau, dinh dưỡng hỗ trợ, chống nhiễm trùng tại chỗ, tránh khô niêm mạc, ...⁴

Để góp phần nâng cao chất lượng điều trị và kéo dài sự sống cũng như cải thiện chất lượng cuộc sống của những bệnh nhân điều trị hóa xạ trị ung thư đầu cổ có viêm niêm mạc miệng thì vai trò của điều dưỡng là vô cùng quan trọng trong việc phối hợp cùng các bác sĩ trong kiểm soát tác dụng không mong muốn này. Hiện nay tại Bệnh viện K chưa có nhiều nghiên cứu về chăm sóc điều dưỡng tác dụng không mong muốn viêm niêm mạc miệng của các bệnh nhân này, do đó chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả chăm sóc điều dưỡng tác dụng không mong muốn viêm niêm mạc miệng trên bệnh nhân ung thư đầu cổ điều trị hóa xạ trị đồng thời tại Bệnh viện K.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 95 bệnh nhân chẩn đoán xác định ung thư vùng đầu cổ được điều trị hóa xạ đồng thời tại Khoa Nội 1 - Bệnh viện K từ 03/2022 đến 12/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm mô bệnh học là ung thư vùng đầu cổ.
- Giai đoạn chưa di căn xa theo AJCC 2017.
- Không kể giới, tuổi > 18.
- Chỉ số toàn trạng (PS) theo thang điểm ECOG = 0; 1.
- Được điều trị hóa xạ trị đồng thời.

- Bệnh nhân đang trong quá trình điều trị.
- Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Mắc bệnh ung thư thứ hai.
- Bệnh nhân đã ổn định ra viện.
- Đã được điều trị trước đó.
- Không có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiền cứu.
- Mẫu nghiên cứu: Lấy mẫu thuận tiện, lấy được 95 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

2.3. Các bước tiến hành

Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân theo các tiêu chuẩn nghiên cứu.

Bước 2: Điều trị hóa xạ trị đồng thời theo chỉ định của bác sĩ.

Trước khi điều trị bệnh nhân được khám và điều trị toàn diện các bệnh lý răng miệng như sâu răng, viêm lợi... giáo dục về phòng ngừa tác dụng phụ không mong muốn viêm miệng có thể xảy ra trong suốt quá trình điều trị. Tuân thủ theo đúng hướng dẫn về cách vệ sinh răng miệng, chế độ ăn uống, nghỉ ngơi...

Bước 3: Đánh giá tác dụng không mong muốn viêm niêm mạc miệng theo tiêu chuẩn NCI 5.0.⁵

- Độ 0: Bình thường.
- Độ 1: Đau rát nhẹ niêm mạc, có thể có ban đỏ, không có tổn thương loét.
- Độ 2: Xuất hiện ban đỏ, loét và đau, khó ăn đồ ăn rắn, đặc nhưng vẫn có thể nuốt được.
- Độ 3: Loét rộng, bong tróc niêm mạc miệng rộng, không thể nuốt được đồ ăn rắn.
- Độ 4: Viêm loét rộng, không ăn uống được, đau nhiều, cần nuôi dưỡng thay thế.

Bước 4: Chăm sóc điều dưỡng cho bệnh nhân viêm niêm mạc miệng:

***Thực hiện thuốc theo y lệnh của bác sĩ:**

- Thực hiện y lệnh của bác sĩ: chú ý dùng thuốc đúng, đủ, an toàn. Trường hợp bệnh nhân dùng thuốc giảm đau phải theo dõi sát.

- Vệ sinh tại niêm mạc miệng.
- Súc miệng sau khi ăn bằng nước muối sinh lý pha betadin hoặc nước chè xanh.
- Đánh răng ít nhất ngày 3 lần bằng bàn chải nhỏ, lông mềm.
- Sử dụng kem đánh răng không có chứa chất ăn mòn (nên dùng florua với các chất tạo hương vị trung tính) có thể gây kích thích lợi.

*** Tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh:**

- Tính ăn theo nhu cầu dinh dưỡng: 30 – 35Kcal/kg/ngày.
- Chia nhỏ bữa ăn, ăn lỏng mềm dễ tiêu.
- Nên ăn nhiều rau xanh và hoa quả tươi.
- Lượng nước uống hàng ngày từ 1,5 – 2 lít.
- Tránh ăn mặn, những thức ăn có vị cay, chua, nóng,...
- Tránh các chất kích thích như rượu, bia, thuốc lá,...

*** Hướng dẫn BN khô miệng, khít hàm:**

- Hướng dẫn BN uống nước đủ thường xuyên.
- Xoa, ray góc hàm ngày 2 lần mỗi lần 15 phút vào buổi

sáng và buổi tối.

- Nhai kẹo cao su ngày 2 lần.

*** Chăm sóc tinh thần cho BN:**

- Động viên an ủi cho BN, truyền thông, giáo dục sức khỏe cho BN về nguyên nhân, dấu hiệu, các phương pháp điều trị.
- Hướng dẫn BN sử dụng thuốc tại nhà, theo dõi và kiểm tra các tác dụng không mong muốn, chế độ ăn uống, vệ sinh, tập luyện, nghỉ ngơi, lao động hợp lý sau điều trị.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập, nhập vào máy tính bằng phần mềm SPSS 20.0 và được xử lý theo phương pháp thống kê y học.

2.5. Vấn đề đạo đức: Tất cả BN trong nghiên cứu đều hoàn toàn tự nguyện tham gia. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, không nhằm mục đích nào khác. Các thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n=95)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 65	65	68,4
	≥ 65	30	31,6
Giới	Nam	71	74,7
	Nữ	24	25,3
Tình trạng hút thuốc và / hoặc uống rượu	Có	68	71,5
	Không	27	28,5
Bệnh lý niêm mạc miệng – răng lợi mạn tính	Có	39	40,1
	Không	56	59,9
Chỉ số toàn trạng	PS=0	54	56,8
	PS=1	41	43,2
Vị trí u nguyên phát	Vòm	48	50,5
	Khoang miệng	12	12,6
	Họng miệng	10	10,5
	Hạ họng – thanh quản	14	14,7
	Ung thư đồng thời	11	11,7



Nhận xét: Đa phần các bệnh nhân dưới 65 tuổi (chiếm 68,4%), tỷ lệ nam giới chiếm đa số (74,7%). Đa phần các bệnh nhân có sử dụng thuốc lá và/hoặc rượu bia (71,5%). Tỷ lệ bệnh lý răng miệng từ trước chiếm tỷ lệ cao 40,1%. Hơn một nửa bệnh nhân có toàn trạng tốt PS=0 (56,8%). Ung thư vòm mũi họng nguyên phát chiếm tỷ lệ cao nhất (50,5%), tiếp theo ung thư hạ họng thanh quản (chiếm 14,7%), tỷ lệ ung thư đồng thì gặp 11,7% các trường hợp, đa phần phối hợp với ung thư thực quản.

Bảng 2. Mức độ tổn thương viêm niêm mạc miệng

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n=95)	Tỷ lệ (%)
Mức độ viêm niêm mạc miệng		
Độ 1	22	23,1
Độ 2	64	67,4
Độ 3	9	9,5
Độ 4	0	0
Bội nhiễm		
Nhiễm khuẩn	16	16,8
Nhiễm nấm	22	23,1

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều có viêm niêm mạc miệng, đa phần các bệnh nhân viêm miệng độ 1 và 2, chiếm tỷ lệ lần lượt là 23,1% và 64,7%, không ghi nhận độ 4. Trong các bệnh nhân nghiên cứu, có 23,1% bội nhiễm nấm phối hợp và 16,8% nhiễm khuẩn tại chỗ phối hợp, không ghi nhận trường hợp nhiễm trùng toàn thân khác hay nhiễm khuẩn huyết.

Bảng 3. Thời điểm xuất hiện viêm niêm mạc miệng

Thời điểm xuất hiện theo số ngày tia xạ	Số bệnh nhân (n=95)	Tỷ lệ (%)
Từ 1 - 5 ngày	11	11,6
Từ 6 - 10 ngày	80	84,2
Từ 12 - 20 ngày	4	4,2
Trên 20 ngày	0	0

Nhận xét: Thời điểm xuất hiện viêm chủ yếu (84,2%) ở ngày thứ 6 - 10 của tia xạ (tuần xạ thứ 2), có 11 ca xuất hiện sớm ở tuần xạ đầu tiên.

Bảng 4. Đặc điểm điều trị bệnh nhân viêm niêm mạc miệng

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n=95)	Tỷ lệ (%)
Điều trị nội trú hay ngoại trú		
Nội trú	17	17,9
Ngoại trú	78	82,1
Hướng xử trí can thiệp		
Tiếp tục điều trị	67	70,5
Gián đoạn điều trị	28	29,5
Ngừng vĩnh viễn	0	0

Nhận xét: Đa phần các bệnh nhân có thể tiếp tục điều trị hóa xạ trị (70,5%), chủ yếu là chăm sóc ngoại trú theo hướng dẫn (82,1%).

Bảng 5. Thực trạng thực hiện đúng theo hướng dẫn chăm sóc điều dưỡng viêm niêm mạc miệng

Thực trạng	Số bệnh nhân (n=95)	Tỷ lệ (%)
Thực hiện đúng theo hướng dẫn chăm sóc	88	92,6
Chưa thực hiện đúng theo hướng dẫn chăm sóc	7	7,4

Nhận xét: Đa phần các bệnh nhân đều tuân thủ đúng hướng dẫn chăm sóc (chiếm 92,6%), chỉ có 7 bệnh nhân chưa thực hiện đúng theo hướng dẫn.

Bảng 6. Kết quả sau chăm sóc điều dưỡng

Tình trạng viêm niêm mạc sau chăm sóc điều dưỡng	Số bệnh nhân (n=95)	Tỷ lệ (%)
Cải thiện	78	82,1
Nặng hơn	0	0
Giữ nguyên	17	17,9

Nhận xét: Sau chăm sóc điều dưỡng, đa phần các bệnh nhân cải thiện triệu chứng (chiếm 82,1%), không có bệnh nhân tiến triển xấu hơn.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần các bệnh nhân có độ tuổi dưới 65 tuổi (chiếm 68,4%), tỷ lệ nam giới chiếm đa số (74,4%). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước đã từng được công bố khi ung thư vòm họng chủ yếu gặp ở nam giới với các yếu tố như hút thuốc lá và uống rượu làm tăng nguy cơ

mắc bệnh, như trong nghiên cứu này là phần lớn có sử dụng thuốc lá và/hoặc rượu bia (71,5%). Ung thư vòm mũi họng nguyên phát chiếm tỷ lệ cao nhất (50,5%), tiếp theo ung thư hạ họng – thanh quản (chiếm 14,7%), tỷ lệ ung thư đồng thì gặp 11,7% các trường hợp, đa phần phối hợp với ung thư thực quản. Kết quả này phù hợp với dịch tễ học tại Việt Nam khi ung thư vòm mũi họng là bệnh hay gặp nhất trong các ung thư đầu cổ và là một trong mười loại bệnh ung thư hay gặp ở nam. Vì các bệnh nhân trong nghiên cứu được điều trị hóa xạ trị đồng thời, giai đoạn bệnh và thể trạng còn cho phép, hơn một nửa bệnh nhân có chỉ số toàn trạng tốt PS=0



(56,8), còn lại là PS=1.

Nghiên cứu ghi nhận tất cả 100% bệnh nhân điều trị hoá xạ đồng thời ung thư đầu cổ đều có triệu chứng viêm niêm mạc miệng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết bệnh nhân xuất hiện viêm niêm mạc miệng vào 2 tuần lễ đầu tiên của xạ trị với 11,6% ở tuần xạ đầu tiên và 84,2% ở tuần thứ hai, biểu hiện bằng cảm giác nóng rát, niêm mạc miệng bóng, ứng đỏ, qua tuần lễ thứ hai thường bệnh nhân có cảm giác đau khi nhai hoặc nuốt, lúc này niêm mạc miệng phù nề rõ, tăng tiết nước bọt. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Phạm Thành Luân (2016) trên 75 bệnh nhân ung thư vùng đầu cổ, các bệnh nhân chủ yếu xuất hiện viêm vào ngày thứ 5 – 10 với 86,7%.⁶ Các bệnh nhân của chúng tôi được đánh giá theo thang điểm NCI 5.0 cho chẩn đoán các mức độ viêm miệng ở độ 1 và 2, chiếm tỷ lệ lần lượt 23,1% và 67,4%, độ 3 là 9,5%, không ghi nhận mức độ 4. Kết quả này phù hợp với y văn trên thế giới cũng như các nghiên cứu cũng được tiến hành tại bệnh viện trước đây như của tác giả Phạm Lâm Sơn năm 2022, trên các bệnh nhân ung thư vòm mũi họng được hóa xạ trị cho thấy 100% bệnh nhân có tác dụng không mong muốn viêm miệng.⁷ Tác giả Nguyễn Văn Đăng (2020) nghiên cứu trên 45 bệnh nhân ung thư khoang miệng cũng chỉ ra viêm niêm mạc miệng gặp ở tất cả các bệnh nhân. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân gặp viêm miệng độ 1 của chúng tôi thấp hơn tác giả Nguyễn Văn Đăng (độ 1 chiếm 82,2%),⁸ còn tỷ lệ viêm mức độ nặng trong nghiên cứu của Phạm Lâm Sơn cao hơn của chúng tôi với kết quả 60% gặp mức độ 3.⁷ Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên tất cả nhóm bệnh nhân mắc ung thư đầu cổ còn các tác giả trên thực hiện trên nhóm bệnh nhân ung thư vòm hoặc khoang miệng nói riêng nên có thể dẫn đến sự khác biệt. Một nghiên cứu khác thực hiện ngoài bệnh viện K của tác giả Đặng Huy Quốc Thịnh và cộng sự vào năm 2016 về xử trí viêm loét niêm mạc miệng do hoá xạ trị ung thư đầu cổ trên 21 bệnh nhân cho thấy mức độ viêm miệng chủ yếu độ 1 và độ 2 (lần lượt 14% và 67%), độ 3 chỉ gặp 9%, và không ghi nhận trường hợp nào viêm miệng độ 4, kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.² Trong nghiên cứu này, có 23,1% bệnh nhân bội nhiễm nấm phổi hợp và 16,8% nhiễm khuẩn tại chỗ, không ghi nhận trường hợp nhiễm trùng toàn thân hoặc nhiễm khuẩn huyết. Khi xuất hiện viêm niêm mạc miệng, các bệnh nhân có đau ở các mức độ khác nhau, ảnh hưởng đến hoạt động ăn uống và sinh hoạt, khó khăn khi nói, do đó ảnh hưởng đến nhu cầu cơ bản của con người,

tăng nguy cơ nhiễm trùng và nhiễm nấm, ảnh hưởng đến dinh dưỡng và quá trình điều trị ung thư của người bệnh. Do đó vai trò của chăm sóc điều dưỡng được khẳng định trong chăm sóc viêm niêm mạc miệng do hoá xạ trị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần các bệnh nhân có triệu chứng viêm niêm mạc miệng do hóa xạ trị đều được chẩn đoán, điều trị và hướng dẫn chăm sóc đầy đủ, chu đáo nên số bệnh nhân tuân thủ đúng hướng dẫn điều trị, đạt tỷ lệ cao (chiếm 92,6%), chỉ có 7 bệnh nhân chưa thực hiện đúng do không có người nhà chăm sóc, người dân tộc, hiểu biết còn hạn chế. Các bệnh nhân viêm mức độ nhẹ và vừa chiếm tỷ lệ cao nên ít gián đoạn điều trị (tỷ lệ gián đoạn điều trị là 29,5%). Những bệnh nhân đánh giá viêm nặng hoặc phối hợp nhiễm trùng được chỉ định nội trú điều trị và tạm ngừng hoá xạ trị trong thời gian chờ cải thiện viêm miệng. Sau điều trị và chăm sóc viêm miệng, đa phần các bệnh nhân cải thiện triệu chứng (chiếm 82,1%), không có bệnh nhân tiến triển xấu hơn. Quá trình chăm sóc điều dưỡng, giáo dục sức khỏe về quản lý đau và sử dụng thuốc giảm đau, súc họng miệng, chế độ dinh dưỡng... các bệnh nhân cải thiện chất lượng cuộc sống hơn so trước can thiệp.

Một số nghiên cứu trong nước và trên thế giới cũng tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Theo nghiên cứu của Araujo năm 2015 về đánh giá hiệu quả của chăm sóc điều dưỡng trên tổn thương viêm miệng do hoá xạ trị ung thư đầu cổ, các độc tính mức độ 3-4 chủ yếu trên các bệnh nhân điều trị phối hợp hoá chất và xạ trị, cao hơn so với nhóm chỉ điều trị hoá chất đơn thuần hoặc xạ trị đơn thuần. Ngoài ra, các bệnh nhân có độc tính mức độ nhẹ - vừa thì đa phần không cần can thiệp chăm sóc điều dưỡng (chiếm 75,2%), tuy nhiên với viêm miệng mức độ nặng thì tỷ lệ cần chăm sóc điều dưỡng cao hơn.⁹ Trong nghiên cứu đánh giá chăm sóc điều dưỡng bệnh nhân xạ trị ung thư đầu cổ tại Bệnh viện Vimmec của tác giả Bồ Thị Minh Châm năm 2019 cho thấy đa phần các bệnh nhân xuất hiện viêm niêm mạc miệng trong quá trình điều trị xạ trị, chủ yếu mức độ nhẹ và vừa, tỷ lệ mức độ nặng chỉ chiếm 5,9%; ngoài ra, tác giả cũng ghi nhận hiệu quả của chăm sóc điều dưỡng góp phần giảm mức độ viêm miệng từ nặng - vừa chuyển mức độ vừa - nhẹ, giảm mức độ đau cũng như dinh dưỡng cải thiện (mức độ đau vừa trước can thiệp 61,1% và sau can thiệp 5,5%), cải thiện chất lượng cuộc sống so trước can thiệp điều dưỡng.¹⁰

5. KẾT LUẬN

Viêm niêm mạc miệng là tác dụng không mong muốn phổ biến ở 100% bệnh nhân ung thư đầu cổ được điều trị bằng hóa xạ trị đồng thời, chủ yếu là độ thấp (độ 1-2). Vai trò của chăm sóc điều dưỡng rất quan trọng trong chăm sóc niêm mạc miệng cho bệnh nhân, vì thế điều dưỡng cần nêu cao vai trò hơn nữa trong giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân biết về nguy cơ trong và sau điều trị để phòng tránh và chăm sóc tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Sung H, Ferlay J, Siegel RL et al., Global Cancer Statistics 2020 GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA A Cancer Journal for Clinicians. 2021. 71, 209-249 - References - Scientific Research Publishing. Accessed November 17, 2022.
- [2] Đặng Huy Quốc Thịnh, Lâm Đức Hoàng và cs. Xử trí viêm loét niêm mạc miệng do hoá xạ trị ung thư đầu cổ. Tạp chí Ung thư học Việt Nam. 2016. 2, p403-408.
- [3] Shih A, Miaskowski C et al., Mechanisms for Radiation-induced Oral Mucositis and the Consequences. Cancer Nurs. 2003. 26(3):222.
- [4] Elad S, Cheng KKF et al., MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. Cancer. 2020. 126(19):4423-4431.
- [5] Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 5. 2017. US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute.
- [6] Phạm Thành Luân, Trần Song Hiếu và cs, Viêm niêm mạc miệng trong hóa xạ trị đồng thời ung thư vùng đầu cổ tại Bệnh viện Quân y 175. Tạp chí Y dược thực hành 175. 2016, 6, 91-97.
- [7] Phạm Lâm Sơn, Vũ Hồng Thăng và cs, Một Số Biến Chứng Trong Hóa - Xạ Trị Điều Biến Liệu Bệnh Ung Thư Vòm Mũi Họng Giai Đoạn IIB-III. Tạp Chí Nghiên Cứu Y Học. 2022, 150(2), 166-173.
- [8] Nguyễn Văn Đăng, Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời điều trị ung thư Khoang Miệng Tại Bệnh Viện K. Luận Văn Thạc Sĩ y Học. 2020. Trường Đại Học Y Hà Nội.
- [9] Araújo SNM, Luz MHBA et al., Moura RO. Cancer patients with oral mucositis: challenges for nursing care. Rev Lat Am Enfermagem. 2015. 23(2):267-274.
- [10] Bò Thị Minh Châu, Phạm Thị Quỳnh và cs, Đánh Giá Chăm Sóc Điều Dưỡng Người Bệnh Xạ Trị Ung Thư Đầu-Cổ Tại Khoa Xạ Trị Bệnh Viện Vimtec Times City, Tạp chí Ung thư học Việt Nam. 2019, 5, P316-320.



EFFICACY OF HEALTH EDUCATION BY VIDEO FOR RELATIVES OF PATIENTS WITH PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC BILIARY DRAINAGE

Hoang Thi Thuy Dung^{1*}, Tran Thuy Khanh Linh², Lai Hieu Nhan¹

¹University Medical Center HCMC - 215 Hong Bang street, ward 11, district 5, Ho Chi Minh City, Vietnam

²University of medicine and pharmacy at HCMC - 201 Nguyen Chi Thanh Street, ward 12, district 5, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 23/03/2023; Accepted 20/04/2023

ABSTRACT

Introduction: Currently, patients with percutaneous transhepatic biliary drainage often face many difficulties when monitoring and caring for drainage at home. Video health education will strengthen patient and family knowledge, manage drainage at home, and improve quality of life.

Objective: Compare the rate of correct knowledge of the patient's relatives when taking care of the drainage before and after 2 days of participating in the video health education program.

Methods: Semi-empirical study. 30 relatives of patients with percutaneous transhepatic biliary drainage received video health education. Assess knowledge of relatives before and after intervention 2 days.

Results: The patient's relatives have markedly improved knowledge after 2 days of intervention. Before the study, the general knowledge of PTSD reached 63.3%, knowledge of self-care of PTSD reached 30%, knowledge of complications and complications requiring medical center of the study subjects reached 40%. After intervention, 100% of relatives have good knowledge (7.5/10 points) ($P < 0.05$).

Conclusion: Video health education for relatives of patients with percutaneous transhepatic biliary drainage is effective in enhancing knowledge of monitoring and care of drainage at home.

Keywords: Percutaneous transhepatic biliary drainage, biliary obstruction, self-care.

*Corresponding author

Email address: dung.htt@umc.edu.vn

Phone number: (+84) 377 642 538

HIỆU QUẢ GIÁO DỤC SỨC KHỎE BẰNG VIDEO CHO THÂN NHÂN NGƯỜI BỆNH CÓ DẪN LƯU ĐƯỜNG MẬT XUYÊN GAN QUA DA

Hoàng Thị Thùy Dung^{1*}, Trần Thụy Khánh Linh², Lại Hiếu Nhân¹

¹Bệnh viện Đại học Y dược TP HCM - 215 Hồng Bàng, phường 11, quận 5, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam
²Trường Đại học Y dược TP HCM - 201 Nguyễn Chí Thanh, phường 12, quận 5, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 23 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 20 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay người bệnh có dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da thường gặp nhiều khó khăn khi theo dõi và chăm sóc dẫn lưu tại nhà. Giáo dục sức khỏe bằng video nhằm củng cố kiến thức cho người bệnh và người nhà, quản lý dẫn lưu tại nhà và nâng cao chất lượng cuộc sống.

Mục tiêu: So sánh tỷ lệ kiến thức đúng của thân nhân người bệnh khi chăm sóc dẫn lưu ở thời điểm trước và sau 2 ngày can thiệp giáo dục sức khỏe bằng video.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu bán thực nghiệm. 30 thân nhân người bệnh có dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da được giáo dục sức khỏe bằng video. Đánh giá kiến thức của thân nhân trước và sau can thiệp 2 ngày.

Kết quả: Thân nhân người bệnh có sự cải thiện kiến thức rõ rệt sau can thiệp 2 ngày. Trước nghiên cứu, kiến thức chung về PTBD đạt 63,3%, kiến thức về tự chăm sóc PTBD đạt 30%, kiến thức về nhận biết biến chứng cần đến trung tâm y tế của đối tượng nghiên cứu đạt 40%. Sau can thiệp 100% thân nhân có kiến thức tốt (đạt từ 7,5/10 điểm trở lên) ($P < 0,05$).

Kết luận: Giáo dục sức khỏe bằng video cho thân nhân người bệnh có dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da có hiệu quả tăng cường kiến thức theo dõi và chăm sóc dẫn lưu tại nhà

Từ khóa: Dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da, tắc mật, tự chăm sóc.

*Tác giả liên hệ

Email: dung.htt@umc.edu.vn

Điện thoại: (+84) 377 642 538



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay người bệnh có dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da thường gặp nhiều khó khăn khi theo dõi và chăm sóc dẫn lưu tại nhà. Nhân viên y tế cần có tài liệu giáo dục sức khỏe nhất quán, đồng thời tăng cường công tác tư vấn, hướng dẫn chăm sóc và theo dõi dẫn lưu cho người bệnh và người nhà trước khi xuất viện. Giáo dục sức khỏe bằng video nhằm củng cố kiến thức cho người bệnh và người nhà, giúp quản lý dẫn lưu tại nhà và nâng cao chất lượng cuộc sống.

Mục tiêu

So sánh tỷ lệ kiến thức đúng của thân nhân người bệnh khi chăm sóc dẫn lưu ở thời điểm trước và sau 2 ngày tham gia chương trình giáo dục sức khỏe bằng video.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu bán thực nghiệm (đánh giá trước và sau can thiệp, không nhóm chứng)

Đối tượng nghiên cứu

Thân nhân của người bệnh đã được dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da tại khoa Ngoại Gan Mật Tụy bệnh viện Đại học Y Dược trong thời gian nghiên cứu. Lấy mẫu thuận tiện.

Tiêu chuẩn chọn vào mẫu nghiên cứu

Tất cả những thân nhân của người bệnh (NB) đã PTBD sau 1 ngày.

Từ 18 tuổi trở lên.

Người chăm sóc chính của người bệnh đã được PTBD trong quá trình nằm viện và sau khi xuất viện.

Có khả năng nhìn, hiểu, giao tiếp cơ bản bằng tiếng Việt, không bị các bệnh lý rối loạn tâm thần, động kinh, trầm cảm.

Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Thân nhân của người bệnh không hoàn thành trên 80% cuộc phỏng vấn trước và sau can thiệp GDSK.

Cách tiến hành

Lựa chọn thân nhân người bệnh đã PTBD thỏa tiêu chí chọn mẫu. Tiếp cận và giải thích quy trình thực hiện nghiên cứu như ý nghĩa, mục đích và quyền lợi khi tham gia nghiên cứu cho người bệnh và thân nhân.

Khảo sát kiến thức về PTBD của thân nhân người bệnh tại phòng tư vấn của khoa Ngoại Gan – Mật – Tụy. Thân nhân người bệnh trả lời bộ câu hỏi đã soạn sẵn bao gồm thông tin chung và kiến thức liên quan đến PTBD. Bộ câu hỏi bao gồm 4 phần: thông tin chung về đối tượng nghiên cứu, đánh giá kiến thức chung về PTBD, kiến thức chăm sóc dẫn lưu, kiến thức về biến chứng cần đến trung tâm y tế.

Thực hiện giáo dục sức khỏe cho người bệnh và thân nhân bằng video ngay sau khi khảo sát kiến thức lần 1. Cung cấp tài liệu phát tay, tờ rơi có gắn mã QR của video giáo dục sức khỏe cho thân nhân để theo dõi. Video giáo dục sức khỏe được chúng tôi xây dựng gồm 3 phần: kiến thức chung về PTBD (định nghĩa, mục đích, các lưu ý khi chăm sóc, những biến chứng cần theo dõi tại nhà và đến cơ sở y tế khám), hướng dẫn thay băng dẫn lưu, hướng dẫn bơm thông và thay túi dẫn lưu.

Sau 2 ngày, dựa vào danh sách đã lấy mẫu lần 1, chúng tôi mời đối tượng nghiên cứu và người bệnh đến phòng tư vấn của khoa Ngoại Gan – Mật – Tụy để khảo sát lại kiến thức về PTBD lần 2.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 12/2021 đến tháng 6/2022, tại khoa Ngoại Gan – Mật – Tụy Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, chúng tôi có 30 thân nhân (21 nữ, 9 nam) của người bệnh có dẫn lưu PTBD đang điều trị nội trú thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu. Với độ tuổi trung bình của thân nhân $44 \pm 11,8$, độ tuổi từ 30 – 60 tuổi chiếm tỷ lệ 79,9%. Các đối tượng nghiên cứu chủ yếu là dân tộc Kinh chiếm 90%, ở nông thôn 73,3%. Nghề nghiệp chủ yếu là buôn bán chiếm 26,7%, nông dân và các nghề nghiệp khác chiếm 26,7%. Đa số thân nhân người bệnh có mức sống trung bình chiếm 86,7%. Thân nhân có trình độ học vấn trên cấp 3 chiếm 46,7%. Trong đó 86,7% thân nhân không có kinh nghiệm chăm sóc vết thương.

Bảng 1: Tỷ lệ kiến thức chung đúng về PTBD (30 thân nhân)

	Trước can thiệp n (%)	Sau can thiệp n (%)	P
Đây là dẫn lưu đường mật xuyên gan ra da giúp giải áp đường mật	25 (83,3)	30 (100)	0,63
Lượng dịch mật trung bình mỗi ngày từ 300-500ml	19 (63,3)	30 (100)	0,001
Dịch mật bình thường có màu vàng hoặc xanh lá	12 (40)	29 (96,7)	0,000
Có cần treo túi dịch thấp hơn vị trí chân dẫn lưu ít nhất 40cm	16 (53,3)	30 (100)	0,000
Nên treo túi chứa về cùng phía với vị trí đặt dẫn lưu	17 (56,7)	30 (100)	0,000
Khi đi lại, nằm, ngồi cần cẩn thận tránh để tụt dẫn lưu	26 (86,7)	30 (100)	0,125
Uống 2000-2500ml nước, hoặc uống thêm nước khi lượng dịch thoát ra nhiều hơn. Uống nước có chất điện giải như: nước dừa, cam,...	15 (50)	30 (100)	0,000
Hạn chế thức ăn có nhiều chất béo như mỡ động vật	20 (66,7)	30 (100)	0,002

Bảng 2: Tỷ lệ kiến thức tự chăm sóc đúng về PTBD (30 thân nhân)

Kiến thức về tự chăm sóc	Trước can thiệp n (%)	Sau can thiệp n (%)	P
Cần rửa tay sạch bằng xà phòng khi thực hiện chăm sóc dẫn lưu	29 (96,7)	30 (100)	1,000
Thay băng dẫn lưu khi bị ướt, dơ	21 (70)	30 (100)	0,004
Không ngâm dẫn lưu trong nước khi tắm	20 (66,7)	30 (100)	0,002
Khi thay băng dẫn lưu cần sát khuẩn vùng da xung quanh và chân dẫn lưu rộng ra 5-7cm	23 (76,7)	30 (100)	0,016
Cần lưu ý chỉ khâu cố định dẫn lưu, giữ ống đúng vị trí khi thay băng, tránh làm tụt ống	25 (83,3)	30 (100)	0,063
Cần giữ vô khuẩn khi bơm thông dẫn lưu	16 (53,3)	30 (100)	0,000
Bơm thông dẫn lưu khi có dấu hiệu tắc	6 (20)	30 (100)	0,000
Dung dịch bơm rửa là NaCl 0,9% vô khuẩn (nước muối sinh lý)	12 (40)	30 (100)	0,000
Không rút dịch ngược ra sau khi bơm NaCl 0,9%	4 (13,3)	30 (100)	-
Thay túi chứa ít nhất 1 tuần 1 lần hoặc khi bị rách chảy dịch ra ngoài	14 (46,7)	30 (100)	0,000



Bảng 3. Tỷ lệ kiến thức đúng về nhận biết các biến chứng cần đến trung tâm y tế (30 thân nhân)

Nội dung	Trước can thiệp n(%)	Sau can thiệp n(%)	P
Khi sốt trên 38°C	22 (73,3)	30 (100)	0,008
Khi PTBD bị tắc hoặc rò rỉ dịch nhiều quanh chân dẫn lưu	15 (50)	30 (100)	0,000
Khi PTBD chảy máu hoặc ra màu dịch bất thường	17 (56,7)	30 (100)	0,000
Khi da bị đau, sưng, đỏ tại vị trí chân dẫn lưu	19 (63,3)	30 (100)	0,001
Đau tức tăng lên ở hạ sườn phải	16 (53,3)	30 (100)	0,000
Khi vàng da, vàng mắt tăng hơn	19 (63,3)	30 (100)	0,001
Khi đứt chỉ khâu, tụt dẫn lưu	11 (36,7)	30 (100)	0,000

Bảng 4. Điểm trung bình các kiến thức về ống PTBD và sau can thiệp

Kiến thức	Trước can thiệp TB ± ĐLC*	Sau can thiệp TB ± ĐLC	t	P
Kiến thức chung	5 ± 2,2	7,9 ± 0,2	-7,7	< 0,001
Kiến thức về tự chăm sóc	5,7 ± 2,8	10 ± 0	-8,6	< 0,001
Kiến thức về nhận biết biến chứng	3,9 ± 2,8	7 ± 0	-5,9	< 0,001
Tổng điểm	14,6 ± 6,3	24,9 ± 0,2	-9,1	< 0,001

Ghi chú: * trung bình ± độ lệch chuẩn.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tổng điểm trung bình kiến thức trước và sau can thiệp (14,6 ± 6,3 so với 24,9 ± 0,2) với P<0,001 (<0,05).

4. BÀN LUẬN

Sau can thiệp GDSK bằng video, có sự thay đổi kiến thức chung về PTBD từ 63,3% (chưa can thiệp) lên 100% sau can thiệp. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với P<0,001. Đa số thân nhân người bệnh được tư vấn về bệnh lý và việc thủ thuật đặt PTBD nên đã có kiến thức chung về PTBD. Theo tác giả Yang Xiuchun và cộng sự (2017) về áp dụng mô hình điều dưỡng liên tục trong chăm sóc NB được dẫn lưu đường mật qua da, tỷ lệ nhận thức của NB về kiến thức liên quan đến ống PTBD cải thiện sau 3 tháng được theo dõi liên tục sau xuất viện.

Sau can thiệp giáo dục sức khỏe bằng video, có sự thay đổi kiến thức tự chăm sóc PTBD từ 30% (chưa can

thiếp) lên 100% sau can thiệp. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với P<0,001. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Kim Xuyên(2020) về hiệu quả GDSK tự chăm sóc cho người bệnh có PTBD, có sự thay đổi trong kiến thức tự chăm sóc PTBD của đối tượng nghiên cứu từ 75% lên 100% sau can thiệp GDSK. Theo tác giả Hong Jiang và cộng sự (2020) nghiên cứu về ảnh hưởng của mô hình điều dưỡng dự phòng nhằm mục đích khám phá sự cải thiện trong ý thức tự chăm sóc, khả năng nhận thức và trạng thái tâm lý của NB, và cuối cùng đạt được hiệu quả giảm biến chứng sau PTBD, kết quả cho thấy tỷ lệ tự chăm sóc của nhóm thực nghiệm (49 NB được chăm sóc điều dưỡng dự phòng biến chứng) tốt hơn đáng kể so với nhóm chứng (49 NB được chăm sóc điều dưỡng theo truyền thống) sau 2 tháng xuất viện. Nghiên cứu của Xiuchun Yang và cộng sự (2021) so sánh kiến thức về vết thương của 2 nhóm NB có ống PTBD, khả năng tự chăm sóc ống PTBD, nhiễm trùng vết thương, tình trạng tắc ống ngoài ý muốn và nhập viện. Kết quả cho thấy kiến thức điều dưỡng của NB về vết thương và ống PTBD và khả năng

tự chăm sóc của ống PTBD bên trong của nhóm quan sát (82 người bệnh đến phòng khám điều dưỡng chuyên khoa can thiệp) chăm sóc tốt hơn đáng kể so với nhóm đối chứng (72 người bệnh không đến phòng khám điều dưỡng chuyên khoa can thiệp) ($P < 0,05$).

Tỷ lệ thân nhân người bệnh nhận biết các tai biến, biến chứng cần đến trung tâm y tế trước can thiệp chỉ có 40% có kiến thức tốt, cải thiện có ý nghĩa sau can thiệp (100%). Tỷ lệ này cho thấy vẫn còn nhiều triệu chứng liên quan đến bệnh cần thiết đến cơ sở y tế mà đối tượng nghiên cứu nghĩ không cần thiết và bỏ qua. Chính vì vậy khi GDSK cần chú trọng điều này. Khi thân nhân và người bệnh nhận biết được các dấu hiệu biến chứng cần phải tới trung tâm y tế, giúp NB được theo dõi và điều trị sớm, tránh các diễn biến nặng hơn thậm chí là ảnh hưởng tính mạng. Theo tác giả Marifi Castillo và cộng sự (2021) cho rằng hội chứng đáp ứng viêm toàn thân là thách thức đối với điều dưỡng trong việc quản lý các biến chứng đe dọa tính mạng của người bệnh sau dẫn lưu đường mật. Tác giả Marifi Castillo sử dụng cơ sở dữ liệu PUBMED/CINAHL để tìm kiếm thực hành dựa trên bằng chứng, qua 2 lần tìm kiếm phát hiện 16 bài báo đã hỗ trợ nhận dạng, đánh giá và quản lý các hội chứng đáp ứng viêm toàn thân cho người bệnh sau PTBD giúp cải thiện chất lượng chăm sóc người bệnh. Theo tác giả Nguyễn Thị Kim Xuyên (2020) sau can thiệp GDSK, tỷ lệ người bệnh có kiến thức nhận biết biến chứng là 97,2%. Theo Yang và cộng sự (2017), người bệnh theo dõi tiếp 3 tháng sau xuất viện đã giảm tỷ lệ nhiễm trùng đường mật, tắc dẫn lưu, nhiễm trùng vết thương và tỷ lệ tái nhập viện thấp hơn so với nhóm chứng.

Từ bảng 4, tổng điểm các thành phần kiến thức sau can thiệp đạt $24,9 \pm 0,18$ điểm cao hơn so với trước can thiệp ($14,6 \pm 6,3$) với $P < 0,001$. Có thể thấy việc giáo dục sức khỏe trong thời gian nằm viện cho thân nhân và người bệnh có PTBD là rất cần thiết. Nghiên cứu của Kwak Kyung Sook và cộng sự (2003) khảo sát kiến thức và khả năng tự chăm sóc của người bệnh, thông qua bộ câu hỏi phỏng vấn, người bệnh có kiến thức về chăm sóc PTBD cao nhất đạt 13,21 điểm trong tổng 25 điểm kiến thức hiểu biết về PTBD. Việc sử dụng chương trình GDSK bằng video cho thân nhân người bệnh có PTBD có hiệu quả tăng lên rõ rệt về kiến thức về ống PTBD, kiến thức tự chăm sóc, kiến thức nhận biết biến chứng. Điều này giúp giảm tỷ lệ biến chứng

sau PTBD, nâng cao nhận thức tự chăm sóc của người bệnh và ngăn chặn tỷ lệ tái nhập viện.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu về việc giáo dục sức khỏe bằng video về kiến thức và hành vi chăm sóc PTBD cho 30 đối tượng nghiên cứu là thân nhân của người bệnh có PTBD đang điều trị nội trú tại bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh thông qua bộ câu hỏi soạn sẵn, chúng tôi ghi nhận được kết quả như sau: thân nhân người bệnh có sự cải thiện kiến thức rõ rệt sau can thiệp 2 ngày. Trước nghiên cứu, kiến thức chung về PTBD đạt 63,3%, kiến thức về tự chăm sóc PTBD đạt 30%, kiến thức về nhận biết các biến chứng cần đến trung tâm y tế của đối tượng nghiên cứu đạt 40%. Sau can thiệp 100% thân nhân có kiến thức tốt (đạt từ 7,5/10 điểm trở lên) ($P < 0,05$).

KIẾN NGHỊ

Cần có quy trình và hướng dẫn chăm sóc PTBD cho thân nhân và người bệnh có PTBD; Tăng cường giáo dục sức khỏe tự chăm sóc PTBD cho thân nhân và người bệnh có PTBD trước xuất viện; Xây dựng các video giáo dục sức khỏe cho người bệnh và thân nhân nhằm củng cố kiến thức cho người bệnh và thân nhân; Sử dụng các video giáo dục sức khỏe chiếu trong tivi phòng bệnh hoặc tích hợp vào các ứng dụng theo dõi sức khỏe, đặt lịch khám trực tuyến của bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Thị Kim Xuyên, Hiệu quả giáo dục sức khỏe tự chăm sóc cho người bệnh có dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da. Luận văn thạc sỹ Điều dưỡng. Đại học Y dược Thành Phố Hồ Chí Minh; 2020.
- [2] Castillo M, Ordon P, Ascano E et al., An Evidence-Based Approach to Nursing Recognition and Management of Early Sepsis in Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage (PTBD). Journal of PeriAnesthesia Nursing. 2021;36(4):e23



- [3] Drapek LC, Kerlan RKJr, Acquisto S, Guidelines for biliary stents and drains. Chinese clinical oncology. 2020;9(1):9.
- [4] Yang X, Qin Y, Hu J et al., Application of continuity nursing model in caring patients receiving percutaneous transhepatic biliary drainage. *Interventional Radiology (China)*. 2017;26:180-183.
- [5] Yang X, Mo W, Xu S et al., Application of interventional dressing change and drain tube maintenance in PTBD patients. *Chinese Journal of Interventional Radiology*. 2021;9(01):98.
- [6] Yang X, Qin Y, Hu J et al., Application of continuity nursing model in caring patients receiving percutaneous transhepatic biliary drainage. *Interventional Radiology (China)*. 2017;26:180-183.
- [7] Jiang H, Jiang G, Effects of a preventive nursing model on postoperative nursing and complications after PTBD in hepatobiliary surgery. *International Journal of Clinical Experimental Medicine*. 2020;13(2):644-653.

EVALUATING THE SKIN CARE RESULTS IN RECURRENT/ METASTATIC NON-SMALL CELL LUNG CANCER PATIENTS HARBORING EGFR MUTATION TREATED WITH TKIS AT THE DEPARTMENT OF MEDICAL ONCOLOGY 1, K HOSPITAL

Bui Thi Thanh Loan*, Do Anh Tu, Tran Thi Hau, Do Hung Kien

Vietnam National Cancer Hospital - 30 Cau Buou street, Tan Trieu commune, Thanh Tri district, Hanoi, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 20/03/2023; Accepted 18/04/2023

ABSTRACT

Objective: Describe some skin lesion features in recurrent/ metastatic non-small cell lung cancer harboring EGFR mutation patients treated with TKIs at Medical Oncology Department 1 in Vietnam National Cancer Hospital and evaluate the treatment results of the patients above.

Subjects and methods: Cross-sectional, observational study, collect information from medical records combined with observation, examine 89 lung cancer patients treated with TKIs at Medical Oncology Department 1 at Vietnam National Cancer Hospital from March 2022 to October 2022.

Results: Rash was acquired in 87,6% of the patients; 60,7% had skin lesions related to the drugs after one or two months since the first dose; grade 1 or 2 rash skin acquired 37,2% and 46,2%, respectively; none of the patients have grade 4 toxicity. Most patients treated outside the hospital took care of skin lesions following doctor and nurses' constructions; only four patients had grade 3 toxicity and needed to be hospitalized. 95,5% of the patients continued treatment without dose-reduction or withdrawal from the treatment; 66,3% of patients recovered and reduced adverse events after the treatment.

Conclusion: Skin lesions related to TKIs recover well if detected early and in active care.

Key word: Skin lesions, lung cancer, TKIs.

*Corresponding author

Email address: builoanbvk@gmail.com

Phone number: (+84) 978 623 592



NHẬN XÉT KẾT QUẢ CHĂM SÓC DA BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN TÁI PHÁT DI CĂN CÓ ĐỘT BIẾN EGFR ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC ỨC CHẾ TYROSINE KINASE TẠI KHOA NỘI 1 BỆNH VIỆN K

Bùi Thị Thanh Loan*, Đỗ Anh Tú, Trần Thị Hậu, Đỗ Hùng Kiên

Bệnh viện K - 32 đường Cầu Bươu, xã Tân Triều, huyện Thanh Trì, Thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 20 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 18 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm tổn thương da bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tái phát di căn có đột biến EGFR được điều trị bằng thuốc TKIs tại khoa Nội 1 Bệnh Viện K và nhận xét kết quả chăm sóc tổn thương da nhóm bệnh nhân trên.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án kết hợp quan sát, thăm khám trên 89 bệnh nhân ung thư phổi tại khoa Nội 1 Bệnh Viện K từ tháng 3/2022 đến tháng 10/2022.

Kết quả: Tổn thương ban da gặp ở 87,6% trong tổng số các bệnh nhân, 60,7% số bệnh nhân xuất hiện các độc tính da do thuốc sau liều khởi đầu từ 1-2 tháng; bệnh nhân có độc tính ban da độ 1, 2 chiếm lần lượt 37,2% và 46,2%, không ghi nhận độc tính từ độ 4 trở lên. Phần lớn bệnh nhân điều trị ngoại trú, chăm sóc tổn thương da theo hướng dẫn của bác sỹ và điều dưỡng, có 4 bệnh nhân có độc tính độ 3 và cần điều trị nội trú tại khoa; 95,5% bệnh nhân tiếp tục điều trị mà không cần giảm liều hay gián đoạn điều trị; 66,3% bệnh nhân có cải thiện và giảm tác dụng không mong muốn sau điều trị.

Kết luận: Tổn thương da do thuốc TKIs phục hồi tốt khi được phát hiện sớm và chăm sóc tích cực.

Từ khóa: Tổn thương da, ung thư phổi, thuốc TKIs.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là bệnh ung thư phổ biến, phần lớn bệnh nhân đến viện ở giai đoạn muộn [1]. Điều trị ung thư phổi giai đoạn muộn là điều trị toàn thân, trong đó thuốc TKIs (tyrosine kinase inhibitor) trong điều trị

bệnh nhân có đột biến gen EGFR đem lại hiệu quả cao và tính an toàn đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu [2]. Các thuốc điều trị hiện nay bao gồm thuốc thế hệ 1 (erlotinib, gefitinib), thế hệ 2 (afatinib), thuốc thế hệ 3 (osimertinib) [3]. Tác dụng không mong muốn trên da là đặc điểm thường gặp khi nói đến thuốc TKIs

*Tác giả liên hệ

Email address: builoanbvk@gmail.com

Điện thoại: (+84) 978 623 592

chiếm tỷ lệ khá cao từ 54% đến 89% [4], [5]. Đặc điểm nổi bật do tác dụng không mong muốn của thuốc là ban sẩn dạng mủ, hay dạng trứng cá, thường xuất hiện trên mặt và thân mình. Thường ban kèm theo đỏ da, khô da, căng, ngứa, tróc vảy, nhạy cảm ánh sáng hay có thể bội nhiễm. Vị trí hay gặp là mặt, da đầu, thân mình (ngực và lưng), cánh tay, khuỷu tay, đầu mũi, nếp bẹn. Theo phân loại CTCAE 4.0, độc tính trên da được phân làm 5 mức độ 0, 1, 2, 3, 4. Kiểm soát độc tính nổi bật trên da phụ thuộc vào mức độ. Nghiên cứu cho thấy chăm sóc da làm giảm nhẹ triệu chứng, tăng khả năng dung nạp thuốc và nâng cao chất lượng cuộc sống. Nhằm góp phần đáp ứng các nhu cầu của đội ngũ điều dưỡng và phát triển công tác chăm sóc người bệnh ngày càng hoàn thiện hơn, chúng tôi tiến hành đề tài với hai mục tiêu:

- *Mô tả một số đặc điểm tổn thương da bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tái phát di căn có đột biến EGFR được điều trị bằng thuốc TKIs tại khoa Nội 1 Bệnh Viện K.*

- *Nhận xét kết quả chăm sóc tổn thương da nhóm bệnh nhân trên.*

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 89 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tái phát di căn được điều trị thuốc TKIs tại khoa Nội 1 Bệnh Viện K từ tháng 3/2022 đến tháng 10/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm mô bệnh học là ung thư phổi không tế bào nhỏ, có đột biến EGFR nhạy cảm với thuốc TKIs.
- Chẩn đoán giai đoạn tái phát, di căn theo AJCC 2017.
- Có thời gian điều trị thuốc TKIs ít nhất 3 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Mắc bệnh ung thư thứ 2.
- Mắc các bệnh lý mãn tính: suy tim, suy thận.
- Tổn thương da do các bệnh lý da liễu từ trước.
- Đã được điều trị trước đó.
- Không có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện tại khoa Nội 1 Bệnh Viện K từ tháng 3/2022 đến 10/2022.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Cách chọn mẫu: lựa chọn mẫu thuận tiện được 89 bệnh nhân.

2.4. Các bước tiến hành

Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn nghiên cứu.

Bước 2: Điều trị TKIs theo chỉ định của bác sỹ.

Bước 3: Đánh giá tác dụng không mong muốn trên da theo tiêu chuẩn đánh giá độc tính của NCI (National Cancer Institute Common Toxicity Criteria) phiên 4.03 và xử trí [5]:

Bệnh nhân được giáo dục về các biện pháp phòng và điều trị các tác dụng phụ về da trước khi điều trị với TKIs. Kiểm soát độc tính nổi bật trên da phụ thuộc vào mức độ. Trước hết, để phòng chống tác dụng phụ trên da, BN được dự phòng khô da với thuốc dưỡng ẩm dạng kem bôi, bệnh nhân cần tránh ánh sáng mặt trời trực tiếp lên da và tránh lạnh. Với BN độc tính da độ I được hướng dẫn cách bôi kháng sinh tại tổn thương da và hướng dẫn bôi mỡ corticoid nếu ngứa. bệnh nhân độ II được hướng dẫn uống kháng sinh, corticoid nếu có, bôi thuốc kháng sinh. Bệnh nhân độ III được hướng dẫn uống kháng sinh, rửa vết thương và bôi corticoid kết hợp kháng sinh nếu có.

- Độ 1: Mụn sẩn và/hoặc mụn mủ chiếm <10% diện tích da bề mặt, có thể có hoặc không liên quan đến triệu chứng ngứa hoặc đau.

Xử trí: Kháng sinh bôi như Clindamycin 1% dùng 2 lần/ngày. Thêm Corticosteroid (desonide 0.05% lotion/cream, betamethasone valerate 0.05% cream, fluticasone propionate 0,05% cream) bôi nếu ngứa. Hướng dẫn bệnh nhân tự chăm sóc da.

- Độ 2: Mụn sẩn và/hoặc mụn mủ chiếm 10 - 30% diện tích da bề mặt, có thể có hoặc không liên quan đến triệu chứng ngứa hoặc đau; ảnh hưởng về mặt tâm lý xã hội; hạn chế hoạt động hằng ngày.

Xử trí:

1. Kháng sinh uống ít nhất 6 tuần (doxycycline 100 mg BD, minocycline 100 mg BD).



2. Clindamycin 1% lotion (Dalacin T) BD.

3. Xem xét uống prednisolone 0.5 mg/kg/ngày trong 5–7 ngày.

4. Hướng dẫn chăm sóc da tại nhà hoặc chăm sóc điều dưỡng tại bệnh viện.

- Độ 3: Mụn sẩn và/hoặc mụn mủ chiếm >30% diện tích da bề mặt, có thể có hoặc không liên quan đến triệu chứng ngứa hoặc đau; hạn chế hoạt động chăm sóc bản thân hằng ngày; có bội nhiễm tại chỗ được chỉ định kháng sinh.

Xử trí: Ngừng thuốc, xử lý như độ 2, chăm sóc tại bệnh viện và nêu nghi ngờ bội nhiễm:

1. Cloxacillin 500 mg QDS, cephalixin 500 mg TDS /7 ngày.

2. Lấy da, nuôi cấy vi khuẩn.

3. Rửa bằng KMnO₄ (thuốc tím).

4. Xem xét thuốc bôi kết hợp Corticosteroid – kháng sinh (betamethasone valerate 0,1% + fusidic acid 1% cream (Fucicort), betamethasone valerate 0,1% + clioquinol).

- Độ 4: Mụn sẩn và/hoặc mụn mủ chiếm bất cứ tỷ lệ diện tích da bề mặt nào, có thể có hoặc không liên quan đến triệu chứng ngứa hoặc đau và liên quan tới bội nhiễm mức độ nặng cần kháng sinh tiêm, kết cục đe dọa tính mạng.

Xử trí: Ngừng thuốc, chuyển bệnh nhân tới chuyên khoa da liễu.

- Độ 5: Tử vong

2.5. Xử lý số liệu:

Số liệu được thu thập và nhập vào máy tính bằng phần mềm SPSS 20.0 được xử lý theo phương pháp thống kê y học.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ phần trăm
Tuổi		
<65 tuổi	66	74,2
≥65 tuổi	23	25,8
Giới		
Nam	28	31,5
Nữ	61	68,5
Đặc điểm điều trị thuốc đích		
Erlotinib	37	41,6
Gefitinib	40	44,9
Afatinib	8	9
Osimertinib	4	4,5
Tổng	89	100

Nhận xét:

- Tuổi trung bình là 56,6±5,5; max 71 tuổi, min 35 tuổi.

- Đa phần bệnh nhân dưới 65 tuổi, chiếm 74,2%.

- Tỷ lệ nam chiếm 31,5% và nữ chiếm 68,5%. Tỉ lệ nữ/nam là 2,2/1.

- Điều trị bằng thuốc thế hệ 1 chiếm tỷ lệ cao, bao gồm erlotinib (41,6%) và gefitinib (44,9%).

Bảng 2: Thời gian xuất hiện tổn thương do thuốc

Thời gian	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Thời gian xuất hiện tổn thương da		
≤ 30 ngày	23	25,8
1 –2 tháng	54	60,7
> 2 tháng	12	13,5
Đặc điểm tổn thương da		
Ban da	78	87,6
Khô da	48	53,9

Nhận xét:

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần các bệnh nhân xuất hiện các độc tính da do thuốc sau liều khởi đầu từ 1-2 tháng (chiếm 60,7%).

- Tổn thương da do thuốc điều trị TKIs có thể gặp: ban da, khô da,... Trong đó, tỷ lệ ban da hay gặp nhất, chiếm 87,6%, Tỷ lệ khô da gặp 48 trường hợp.

Bảng 3: Đặc điểm vị trí tổn thương ban da do thuốc và mức độ tổn thương da

Tổn thương (n=78)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Vị trí tổn thương da		
Mặt	78	100
Ngực – lưng	59	75,6
Toàn thân	0	0
Độ tổn thương ban da		
Độ 0	9	11,5
Độ 1	29	37,2
Độ 2	36	46,2
Độ 3	4	5,1
Độ 4	0	0

Nhận xét:

- Vị trí tổn thương chủ yếu ở vùng mặt (100%), tiếp đến vùng ngực-lưng (chiếm 75,6%).

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần các bệnh nhân có độc tính ban da độ 1 và độ 2 (chiếm lần lượt 37,2% và 46,2%), không ghi nhận độc tính độ 4 trở lên.



Bảng 4: Đặc điểm điều trị bệnh nhân tổn thương da và hiệu quả điều trị

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Điều trị nội trú hay ngoại trú		
Nội trú	4	4,5
Ngoại trú	85	95,5
Hướng xử trí của thuốc TKIs		
Tiếp tục điều trị	85	95,5
Giảm liều	0	0
Gián đoạn điều trị	4	4,5
Ngừng vĩnh viễn	0	0
Chăm sóc da bệnh nhân ung thư phổi		
Giáo dục bệnh nhân trước khi điều trị	89	100%
Hướng dẫn bôi thuốc	85	95,5
Hướng dẫn uống kháng sinh	40	44,9
Rửa vết thương	4	5,1
Mức độ tổn thương ban da sau chăm sóc điều dưỡng		
Độ 1	55	70,5
Độ 2	23	29,5
Độ 3	0	0
Độ 4	0	0
Hiệu quả chăm sóc điều dưỡng		
Cải thiện	59	66,3
Nặng hơn	0	0
Giữ nguyên	30	33,7

Nhận xét:

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần các bệnh nhân được điều trị ngoại trú và chăm sóc tổn thương da theo hướng dẫn của bác sỹ và điều dưỡng, chỉ gặp 4 trường hợp độc tính độ 3 cần nội trú và chăm sóc tại khoa phòng.
- Tất cả các bệnh nhân được giáo dục về tác dụng phụ trên da cũng như cách chăm sóc da trước khi uống thuốc TKIs, 95,5% số bệnh nhân được hướng dẫn cách bôi thuốc, 5,1% số bệnh nhân có tác dụng phụ trên da độ 3 được điều trị nội trú và tại khoa và được điều dưỡng rửa vết thương hàng ngày tại khoa.
- 95% bệnh nhân tiếp tục điều trị thuốc TKIs kết hợp với chăm sóc tổn thương da. Chỉ có 4 bệnh nhân cần gián đoạn điều trị do tác dụng phụ của TKIs.
- Về hiệu quả chăm sóc điều dưỡng, mức độ tổn thương ban da độ 1-2 sau chăm sóc lần lượt là 70,5% và 29,5%, không ghi nhận độc tính độ 3, giảm so trước can thiệp. Đa phần các bệnh nhân có cải thiện và giảm mức độ tác dụng không mong muốn, cả bệnh nhân nội trú và ngoại trú (chiếm 66,3%).

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chủ yếu các bệnh nhân là nữ giới (chiếm 68,5%). Tuổi trung bình là $56,6 \pm 5,5$; tuổi lớn nhất 71 tuổi, tuổi thấp nhất 35 tuổi. Đa phần bệnh nhân dưới 60 tuổi, chiếm 74,2%. Tỷ lệ nữ/nam là 2,2/1. Điều này tương đối phù hợp với y văn trên ung thư phổi không tế bào nhỏ có đột biến EGFR, đó là đối tượng nữ giới, trẻ tuổi và tình trạng không hút thuốc [1], [2].

Tổn thương da do thuốc điều trị TKIs có thể gặp: ban da, khô da. Trong đó, tỷ lệ ban da hay gặp nhất, chiếm 87,6%, đa phần các bệnh nhân xuất hiện các độc tính da do thuốc sau liều khởi đầu từ 1-2 tháng (chiếm 61%), độc tính ban da độ 1 và độ 2 chiếm lần lượt 37,2% và 46,2%. Kết quả tương đối đồng nhất so với các nghiên cứu trước đó như nghiên cứu IPASS trên bệnh nhân sử dụng gefitinib và nghiên cứu LUX-LUNG 3 trên bệnh nhân điều trị afatinib [6], [7].

Theo nghiên cứu đa phần các bệnh nhân được điều trị ngoại trú (chiếm 95,5%) và chăm sóc tổn thương da theo hướng dẫn của bác sỹ điều trị và điều dưỡng, chỉ gặp 4 trường hợp độc tính độ 3 cần nội trú và chăm sóc tại khoa phòng. Tất cả các bệnh nhân được giáo dục về cách chăm sóc da trước khi điều trị. Hơn 90% số bệnh nhân được hướng dẫn cách bôi thuốc khi có tổn thương da. Nhờ hướng dẫn chăm sóc da tốt dẫn tới chỉ có 4,5% bệnh nhân gián đoạn điều trị do tác dụng phụ trên da. Về hiệu quả chăm sóc điều dưỡng, mức độ tổn thương da độ 1-2 sau chăm sóc lần lượt là 70,5% và 29,5%, không ghi nhận độc tính độ 3. Đa phần các bệnh nhân có biểu hiện ban da giảm mức độ tổn thương, đặc biệt 4 bệnh nhân độ 3 giảm xuống độ 2 và độ 1 sau thời gian điều trị và chăm sóc tích cực. Theo Melosky B và Hirsh V, quản lý tác dụng phụ trên da bao gồm dự phòng, phòng chống và điều trị. Các nghiên cứu đã chỉ ra dự phòng độc tính trên da của tetracyclin 500mg hai lần/ngày khi so sánh với placebo không làm ngăn chặn sự xuất hiện ban da, giảm mức độ tổn thương cũng như cải thiện chất lượng cuộc sống. Khi sử dụng minocyclin cho thấy làm giảm mức độ nặng của độc tính da mà không thay đổi kết quả sống thêm. Việc phòng tránh bao gồm sử dụng kem và tránh ánh sáng mặt trời, tránh nước nóng và các sản phẩm gây khô da. Điều trị ban da bao gồm chăm sóc da hằng ngày, kết hợp kem hydrocortisone 1%, minocycline 100mg 2 lần/ngày trong 4 tuần [9].

5. KẾT LUẬN

Tổn thương da do thuốc TKIs là tổn thương thường gặp, chăm sóc tổn thương da giúp cải thiện triệu chứng góp phần nâng cao khả năng dung nạp thuốc và nâng cao chất lượng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Bá Đức, Tình hình ung thư ở Việt Nam giai đoạn 2001-2004 qua ghi nhận ung thư tại 5 tỉnh thành Việt Nam. Bộ Y tế, Tạp chí Y học thực hành, 9, 2006.
- [2] Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuán, Nguyễn Tuyết Mai. Ung thư phổi. Điều trị nội khoa bệnh ung thư. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 81-98, 2010.
- [3] Trần Văn Thuán, Ung thư phổi không tế bào nhỏ. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư thường gặp. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 92-105, 2019.
- [4] Petrelli F, Borgonovo K et al., Relationship between skin rash and outcome in non-small-cell lung cancer patients treated with anti-EGFR tyrosine kinase inhibitors: a literature-based meta-analysis of 24 trials, Lung Cancer. 78(1), 8 15, 2012.
- [5] Shepherd FA, Rodrigues Pereira J, Ciuleanu T et al., Erlotinib in previously treated non-small-cell lung cancer., N Engl J Med 353, 123-132, 2005.
- [6] TS Mok, YL Wu, S Thongprasert et al., Gefitinib or carboplatin-paclitaxel in pulmonary adenocarcinoma. N Engl J Med 361: 947- 957, 2009.
- [7] Yang JC, Hirsh V, Schuler M et al., Symptom control and quality of life in LUX-Lung 3: a phase III study of afatinib or cisplatin/pemetrexed in patients with advanced lung adenocarcinoma with EGFR mutations. J Clin Oncol. 2013; 31: 3342-50.
- [8] Melosky B, Leighl NB et al., Management of egfr tki-induced dermatologic adverse events. Curr Oncol. 2015 Apr; 22(2): 123-132.



EVALUTION OF CHEMOTHERAPY-INDUCED EXTRAVASATION AT THE DEPARTMENT OF MEDICAL ONCOLOGY 5, K HOSPITAL IN 2020

Nguyen Thi Ngoc Thuy*, Le Thanh Duc, Han Thi Thanh Binh

Vietnam National Cancer Hospital - 30 Cau Buou street, Tan Trieu commune, Thanh Tri district, Hanoi, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 20/03/2023; Accepted 17/04/2023

ABSTRACT

Objectives: Describe of chemotherapy-induced extravasation in patients who underwent chemotherapy at National Cancer Hospital.

Patients and methods: A prospective decriptip on 40 patients receiving chemotherapy at the Department of Medical Oncology 5, K Hospital from January 1st to October 31st in 2020.

Results: Patients enrolled in the study had a mean age of 50.5 years and the majority (82.5%) were under 60 years old. 65.0% of patients had small and thin vessels. Common symptoms of extravasation were swelling (100.0%), pain at the site of extravasation (87.5%), hot swelling (77.5%), redness (60.0%), and the majority of patients (75.0%) had a small lesion whose diameters were less than 2cm. The most common site of extravasation was opisthenar (72.5%) and 50.0% of the cases did some moves during infusion. All patients had symptoms relieved after intervention. The most common extravasation sequelae was induration, accounting for 97.5%.

Conclusion: Medical nurses need improving their technique of intravenous infusion as well as choosing the appropriate site of infusion, special attention and care should be given to patients prone to extravasation who had small, thin and difficult-to -obtain vessel.

Keywords: Extravasation, chemotherapy, nursing.

*Corresponding author

Email address: thuyhcn5k3@gmail.com

Phone number: (+84) 987 421 669

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG THOÁT MẠCH TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐIỀU TRỊ HÓA CHẤT TẠI KHOA NỘI 5 BỆNH VIỆN K NĂM 2020

Nguyễn Thị Ngọc Thúy*, Lê Thanh Đức, Hàn Thị Thanh Bình

Bệnh viện K - 30 Cầu Bươu, xã Tân Triều, huyện Thanh Trì, Thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 20 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 17 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng thoát mạch trên bệnh nhân ung thư điều trị hóa chất tại khoa Nội 5 Bệnh viện K.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiền cứu trên 40 bệnh nhân điều trị hóa chất tại Khoa Nội 5, Bệnh viện K từ 01/01/2020 tới 31/10/2020.

Kết quả: Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 50,5 tuổi. Phần lớn bệnh nhân dưới 60 tuổi chiếm 82,5%. Bệnh nhân có mạch nhỏ và mảnh chiếm chủ yếu với 65%. Các triệu chứng thoát mạch thường gặp bao gồm sưng (100%), đau vị trí thoát mạch (87,5%), nóng (77,5%), tấy đỏ (60%). 75% bệnh nhân có kích thước vùng tổn thương nhỏ dưới 2cm. Vị trí thoát mạch phổ biến nhất là mu bàn tay (72,5%) và 50% số trường hợp thoát mạch có vận động trong lúc truyền. Các hoá chất liên quan bao gồm paclitaxel (32,5%), doxorubicin (27,5%), docetaxel (20,0%). Tất cả bệnh nhân đều giảm nhẹ triệu chứng sau xử trí. Di chứng thoát mạch thường gặp nhất là chai cứng chiếm 97,5%.

Kết luận: Điều dưỡng chăm sóc bệnh nhân truyền hóa chất cần chú ý nâng cao kỹ thuật cắm kim truyền tĩnh mạch, chọn vị trí cắm truyền phù hợp đặc biệt ở các bệnh nhân dễ xảy ra thoát mạch như bệnh nhân có mạch nhỏ, mảnh, khó lấy.

Từ khóa: Thoát mạch, hóa chất, điều dưỡng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Truyền hóa chất tĩnh mạch ngoại vi là kỹ thuật điều dưỡng phổ biến và cơ bản trong chăm sóc bệnh nhân ung thư được hóa trị [1]. Thoát mạch trong khi truyền hóa chất là tai biến thường xảy ra khi sử dụng tĩnh mạch ngoại vi để truyền. Xử trí thoát mạch hóa chất được đưa lên hàng đầu trong xử trí các tai biến, do thuốc thoát ra

có thể kích thích gây viêm, đau hay hoại tử mô vị trí thoát mạch [2].

Trong quá trình truyền hóa chất do nhiều yếu tố chủ quan, khách quan cũng như tính chất của tĩnh mạch, vị trí cắm kim truyền, tư thế khi truyền, vận động của người bệnh dẫn đến tình trạng thoát mạch [3]. Việc nhận biết, phát hiện sớm và xử trí kịp thời thoát mạch

*Tác giả liên hệ

Email address: thuyhn5k3@gmail.com

Điện thoại: (+84) 987 421 669



là cần thiết nhằm hạn chế tối đa những tổn thương cũng như biến chứng cho người bệnh. Tuy nhiên ở Việt Nam và tại Bệnh viện K chưa có nhiều nghiên cứu đề cập đến thực trạng thoát mạch do hóa chất cũng như xử trí thoát mạch. Vì vậy, nhóm nghiên cứu tiến hành đề tài “Đặc điểm thoát mạch trên bệnh nhân ung thư điều trị hóa chất tại Bệnh viện K năm 2020” với mục tiêu: “Đánh giá tình trạng thoát mạch trên người bệnh ung thư điều trị hóa chất tại khoa Nội 5, Bệnh viện K”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu trên 40 bệnh nhân ung thư được điều trị hóa chất bằng đường truyền tĩnh mạch ngoại vi tại Khoa Nội 5 và có xảy ra tai biến thoát mạch trong khi truyền, được xử trí tại khoa.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân ung thư có chỉ định điều trị hóa chất bằng đường truyền tĩnh mạch ngoại vi.
- Có hồ sơ ghi nhận thông tin đầy đủ.
- Có xảy ra tai biến thoát mạch trong khi truyền và được xử trí tại khoa.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân sử dụng buồng tiêm truyền hay catheter tĩnh mạch.
- Bệnh nhân tự ý xử trí thoát mạch: chườm đá, chườm ấm.

2.2. Phương pháp và chỉ tiêu nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả tiến cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu và chọn mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện. Thu thập các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được điều trị tại Khoa Nội 5 Bệnh viện K từ ngày 01/01/2020 tới ngày 31/10/2020.

Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập số liệu, thông tin bệnh nhân theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất dựa trên hồ sơ bệnh án của bệnh nhân:

- Đặc điểm bệnh nhân: tuổi, chẩn đoán, tiền sử bệnh, tiền sử điều trị, đặc điểm mạch khi truyền.
- Đặc điểm tổn thương thoát mạch: kích thước, triệu chứng, tần suất thoát mạch, di chứng sau xử trí.
- Đặc điểm các yếu tố liên quan: tình trạng mạch, hóa chất sử dụng, tư thế truyền, vị trí truyền, vận động khi truyền.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu được lưu trữ và phân tích thống kê mô tả bằng phần mềm Microsoft Excel 2016 và IBM SPSS ver. 20.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng chăm sóc, chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân, đóng góp hiểu biết về thoát mạch khi truyền hóa chất cho bệnh nhân, không nhằm mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

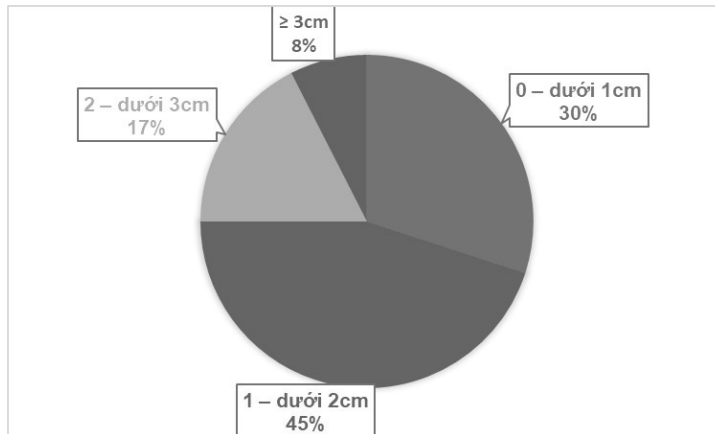
Đặc điểm	Số lượng (%) (N = 40)
Tuổi Trung bình ± độ lệch chuẩn (năm) < 60 tuổi ≥ 60 tuổi	50,5 ± 9,5 33 (82,5%) 7 (17,5%)
Chẩn đoán Ung thư vú Ung thư buồng trứng Ung thư cổ tử cung Ung thư đại tràng	26 (65,0%) 8 (20,0%) 4 (10,0%) 2 (5,0%)
Tính chất mạch Viêm, xơ cứng Nhỏ, mảnh Bình thường	12 (30,0%) 26 (65,0%) 2 (5,0%)

Nhóm tuổi dưới 60 chiếm tỷ lệ cao nhất với 33 bệnh nhân (82,5%). Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $50,5 \pm 9,5$. Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú với 26 bệnh nhân chiếm 65,0%. Ung thư buồng trứng có 8 bệnh nhân chiếm 20,0%, ung thư cổ tử cung có 4 bệnh nhân chiếm 10,0% và 2 bệnh

nhân được chẩn đoán ung thư đại tràng chiếm 5,0%. 26 bệnh nhân (65,0%) có tĩnh mạch nhỏ và mảnh, còn lại (30,0%) bệnh nhân có mạch viêm, xơ do đã điều trị hóa chất trước đó và chỉ có 5,0% bệnh nhân có tĩnh mạch bình thường.

3.2. Kích thước tổn thương thoát mạch

Hình 1. Kích thước tổn thương thoát mạch



Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu có tổn thương nhỏ, đường kính dưới 2cm (75,0%), có 3 bệnh nhân có tổn

thương trên 3cm.

3.3. Triệu chứng thoát mạch và kết quả sau xử trí

Bảng 2. Triệu chứng thoát mạch và kết quả sau xử trí

Triệu chứng	Số bệnh nhân (%)	Đáp ứng (bệnh nhân, %)		
		Đỡ	Không đổi	Nặng lên
Sung	40 (100%)	35 (87,5%)	3 (7,5%)	2 (2,0%)
Nóng	31 (77,5%)	25 (80,6%)	3 (9,7%)	3 (9,7%)
Tấy đỏ	24 (60,0%)	21 (87,5%)	1 (4,2%)	2 (8,3%)
Đau	35 (87,5%)	30 (85,7%)	3 (8,6%)	2 (5,7%)
Mẩn ngứa	6 (15,0%)	4 (66,7%)	2 (33,3%)	0 (0,0%)

Tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng sung, 35 bệnh nhân (87,5%) có đau vùng thoát mạch, 31 bệnh nhân (77,5%) có nóng, 24 bệnh nhân (60,0%) có tẩy đỏ, có 6 bệnh nhân (15,0%) có mẩn ngứa. Sau xử trí, phần lớn

bệnh nhân đều có cải thiện triệu chứng (từ 66,7% tới 87,5%). Tỷ lệ bệnh nhân không đỡ hay nặng lên đều dưới 10%, ngoại trừ có 33,3% bệnh nhân mẩn ngứa không đỡ triệu chứng.



Bảng 3. Đặc điểm di chứng sau thoát mạch

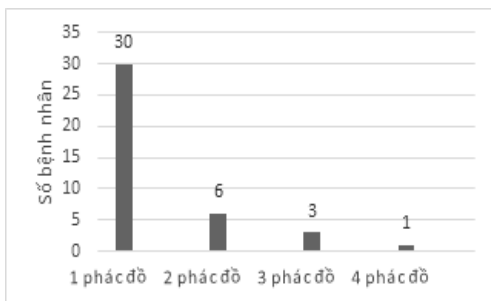
Di chứng	Số bệnh nhân (tỷ lệ %)
Chai cứng	39 (97,5%)
Loét	1 (2,5%)
Đau rất kéo dài	15 (37,5%)
Giảm vận động	5 (12,5%)

Có tới 39 bệnh nhân (97,5%) có chai cứng sau thoát mạch, 15 bệnh nhân (37,5%) đau rất kéo dài, 5 bệnh nhân (12,5%) giảm vận động và 1 bệnh nhân (2,5%) có

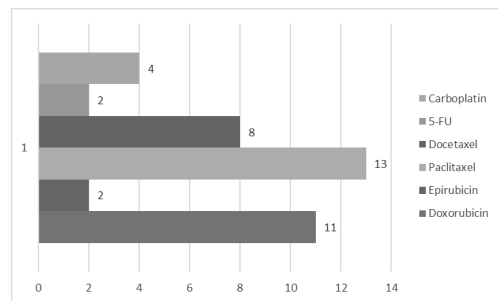
loét vùng thoát mạch.

3.4. Số phác đồ và hóa chất gây thoát mạch

Hình 2. Số phác đồ hóa chất đã điều trị



Hình 3. Hóa chất gây thoát mạch

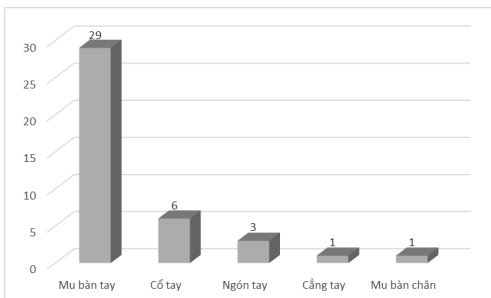


Phần lớn bệnh nhân nhận 1 phác đồ hóa chất chiếm 75,0%. Các bệnh nhân đã điều trị 2, 3 và 4 phác đồ hóa chất chiếm tỷ lệ lần lượt là 15,0% 7,5% và 2,5%. Paclitaxel được ghi nhận là thuốc gây thoát mạch nhiều

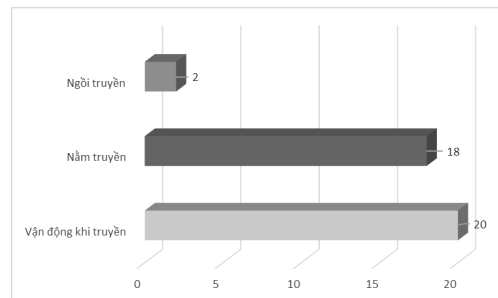
nhất có 13 trường hợp (32,5%), sau đó là doxorubicin (27,5%), docetaxel (8,0%), carboplatin (10,0%), epirubicin (5,0%) và 5-FU (5,0%).

3.5. Vị trí và tư thế truyền khi thoát mạch

Hình 4. Đặc điểm vị trí truyền



Hình 5. Đặc điểm tư thế truyền



Mu bàn tay là vị trí thoát mạch hay gặp nhất (72,5%), theo sau là cổ tay (15%), ngón tay (7,5%), cẳng tay (2,5%) và mu bàn chân (2,5%). Có tới 20 bệnh nhân (50%) thoát mạch có vận động trong thời gian truyền thuốc; 18 bệnh nhân (45%) nằm truyền và 2 bệnh nhân (5%) có tư thế ngồi truyền.

4. BÀN LUẬN

Trên 40 bệnh nhân nghiên cứu, nhóm tuổi dưới 60 chiếm đại đa số với 33/40 trường hợp (82,5%). Tuổi cao gây suy giảm sức bền thành mạch cũng là một yếu tố nguy cơ thoát mạch. Tỷ lệ bệnh nhân dưới 60 tuổi của

chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Phạm Văn Thành với tỷ lệ nhóm tuổi dưới 60 tuổi chiếm 42,8% [5]. Điều này có thể giải thích do đối tượng nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Thành lấy chủ yếu tại Khoa Nội 3 Bệnh viện K, là khoa điều trị hóa chất chuyên sâu cho các bệnh lý đường tiêu hóa cũng như tiền liệt tuyến trong khi khoa Nội 5 điều trị chủ yếu các bệnh lý về vú và phụ khoa. Bệnh chính gặp trong nghiên cứu là ung thư vú (65%) và bệnh nhân ung thư vú thường đã trải qua phẫu thuật trước khi điều trị hóa chất, tay bên phẫu thuật không sử dụng để truyền được càng làm hạn chế việc lựa chọn các vùng tĩnh mạch ngoại vi dùng để truyền thuốc hóa chất, các vị trí lấy tĩnh mạch truyền cho các lần sau sẽ khó khăn hơn, điều đó càng làm tăng nguy cơ thoát mạch. Về đặc điểm tĩnh mạch, phần lớn bệnh nhân (26/40 trường hợp, 65%) có đặc điểm mạch nhỏ và mảnh, 12 bệnh nhân (30%) có tình trạng mạch viêm và xơ cứng. Nguyên nhân có thể là do các bệnh nhân trong nghiên cứu đều từng điều trị hóa chất trước đây, dẫn đến mạch bị xơ hóa.

Phần lớn bệnh nhân có đường kính tổn thương nhỏ dưới 2cm. Về các triệu chứng xảy ra khi thoát mạch, tất cả bệnh nhân đều thấy sưng tại vị trí truyền. Các dấu hiệu dễ dàng tự phát hiện như: nóng (77,5%), tấy đỏ (60%), đau (87,5%) và mẩn ngứa (15%). Các triệu chứng trên cũng đã được mô tả nhiều trong y văn cũng như các nghiên cứu như nghiên cứu của tác giả Ener [6]. Cần hướng dẫn bệnh nhân thông báo ngay cho điều dưỡng khi đang truyền mà có các dấu hiệu trên. Xử trí được coi là hiệu quả khi phần lớn bệnh nhân đều có cải thiện triệu chứng (từ 66,7% tới 87,5%).

Các bệnh nhân trong nghiên cứu đều đã và đang điều trị ít nhất một phác đồ hóa chất, trong đó phần lớn là điều trị 1 phác đồ (75%). Việc đã từng điều trị hóa chất là một yếu tố nguy cơ do thành mạch của bệnh nhân có thể bị ảnh hưởng trong các đợt điều trị trước. Các hóa chất gây thoát mạch nhiều nhất lần lượt là paclitaxel (32,5%), doxorubicin (27,5%) và tỷ lệ nhỏ docetaxel, carboplatin, epirubicin, 5-FU. Các tác nhân được liệt kê trên đây cũng tương đồng với mô tả trong nghiên cứu của Phạm Văn Thành (2012) [5] và Nguyễn Thị Bích Thảo (2015) [4]. Cần quan tâm đặc biệt trong quá trình chăm sóc cho những bệnh nhân hóa trị với phác đồ có các thuốc trên. Về vị trí truyền hóa chất, mu bàn tay có tỷ lệ thoát mạch cao nhất tới 72,5%. Tĩnh mạch ở vị trí này thường to nhưng vào đúng vị trí khớp cổ tay, khi truyền hay bị gập kim truyền gây vỡ hoặc kim xuyên thủng tĩnh mạch khi bệnh nhân co duỗi tay [7]. Trong

nghiên cứu của chúng tôi, có tới 50% bệnh nhân thoát mạch do vận động khi truyền. Quá trình truyền hoá chất thường kéo dài, bệnh nhân bị hạn chế vận động gây khó chịu và dẫn đến cử động, điều đó đã làm tăng nguy cơ thoát mạch trong khi truyền. Do vậy, cần phải hướng dẫn, động viên người bệnh, giải thích cho bệnh nhân hiểu và hợp tác để tránh thoát mạch xảy ra.

5. KẾT LUẬN

Thực trạng thoát mạch khi truyền hóa chất là vấn đề cần đặc biệt lưu tâm trong chăm sóc bệnh nhân ung thư, đặc biệt là các đối tượng bệnh nhân có nguy cơ thoát mạch cao như tuổi cao, đã điều trị hóa chất trước đó, tình trạng mạch khó lấy, sử dụng hóa chất taxan, anthracyclin. Tích cực nâng cao kỹ thuật truyền tĩnh mạch, theo dõi sát phát hiện sớm và xử trí kịp thời nhằm hạn chế tổn thương và di chứng do tình trạng thoát mạch gây ra, góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc bệnh nhân ung thư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Bá Đức, Các nguyên tắc điều trị hóa chất bệnh ung thư, NXB Y học, tr. 11-36, 2003.
- [2] Nguyễn Bá Đức, Xử trí các tác dụng phụ cấp do điều trị hóa chất ung thư, NXB Y học, tr. 309-310, 2003.
- [3] Nguyễn Bá Đức, Chăm sóc bệnh nhân điều trị hóa chất, NXB Y học, tr. 79-86, 2009.
- [4] Nguyễn Thị Bích Thảo, “Đánh giá hiệu quả xử trí, chăm sóc thoát mạch trên bệnh nhân ung thư truyền hóa chất tại khoa ung bướu Bệnh viện E”, Tạp chí y học Việt Nam, 435(10), tr. 50-57, 2015.
- [5] Phạm Văn Thành, “Đánh giá hiệu quả xử trí, chăm sóc thoát mạch trên bệnh nhân ung thư truyền hóa chất”, Tạp chí y học lâm sàng 17(17), tr. 23-27, 2013.
- [6] Ener RA, Meglathery SB et al., “Extravasation of systemic hemato-oncological therapies”, Ann Oncol, 15(6), pp. 858-62, 2004.
- [7] Pérez Fidalgo JA, García Fabregat L et al., “Management of chemotherapy extravasation: ESMO--EONS clinical practice guidelines”, Eur J Oncol Nurs, 16(5), pp. 528-34, 2012.



RESEARCH ON THE STATUS OF ANXIETY, DEPRESSION AND PSYCHOSOCIAL SUPPORT NEEDS OF BREAST CANCER PATIENTS TREATED AT K HOSPITAL IN 2022

Nguyen Thi Thuy Hang*, Phung Thi Huyen, Do Anh Tu

Vietnam National Cancer Hospital - 30 Cau Buou street, Tan Trieu commune, Thanh Tri district, Hanoi, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 20/03/2023; Accepted 17/04/2023

ABSTRACT

Objective: To describe the status of anxiety and depression in breast cancer patients at Hospital K in 2022, and to describe the psychosocial support needs of breast cancer patients at Hospital K in 2022. **Participants and research methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 247 breast cancer patients at Hospital K from march 2022 to december 2022.

Results: The average age was 48 years old, with the highest proportion in the 40-60 age group at 55%. Most patients had health insurance, with 80% receiving the highest proportion of 83%. 24% of breast cancer patients had actual anxiety disorders, and 21% had anxiety symptoms. 11% of breast cancer patients had actual depression, and 15% had depressive symptoms. 98% of breast cancer patients discussed their illness with family members, while only 71% discussed it with their partners. 59.4% of breast cancer patients wanted someone to provide information to help them understand their condition. All breast cancer patients wished to receive support for one or more psychosocial issues.

Conclusion: The proportion of breast cancer patients with anxiety and depression is high. Most patients want support and information on treatment methods, side effects of chemotherapy, and nutrition counseling.

Keywords: Anxiety, depression, breast cancer.

*Corresponding author

Email address: thuyhangnursing91@gmail.com

Phone number: (+84) 349 728 223

NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG LO ÂU, TRẦM CẢM VÀ NHU CẦU HỖ TRỢ TÂM LÝ XÃ HỘI CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ VÚ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN K NĂM 2022

Nguyễn Thị Thúy Hằng*, Phùng Thị Huyền, Đỗ Anh Tú

Bệnh viện K - 30 đường Cầu Bươu, xã Tân Triều, huyện Thanh Trì, Thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 20 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 17 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng lo âu, trầm cảm của người bệnh ung thư vú tại bệnh viện K năm 2022 và Mô tả nhu cầu hỗ trợ tâm lý xã hội của người bệnh ung thư vú tại bệnh viện K năm 2022.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 247 bệnh nhân ung thư vú tại bệnh viện K từ tháng 3 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022.

Kết quả nghiên cứu: Độ tuổi trung bình là 48 tuổi, nhóm 40-60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 55%. Hầu hết bệnh nhân đều có bảo hiểm y tế, trong đó hưởng 80% chiếm tỷ lệ cao nhất 83%. Có 24% bệnh nhân ung thư vú có rối loạn lo âu thực sự và 21% bệnh nhân có triệu chứng của lo âu. Có 11% bệnh nhân UTV có trầm cảm thật sự và 15% có triệu chứng trầm cảm. Tỷ lệ bệnh nhân UTV thảo luận bệnh với người thân là 98%, trong khi chỉ có 71% số bệnh nhân thảo luận với bạn đời. Có 59,4% bệnh nhân UTV mong muốn có người cung cấp thông tin giúp bệnh nhân hiểu rõ tình trạng bệnh của mình. Tất cả bệnh nhân ung thư vú mong muốn được hỗ trợ một hoặc nhiều vấn đề tâm lý xã hội.

Kết luận: Tỷ lệ bệnh nhân ung thư vú có lo âu, trầm cảm ở mức độ cao. Hầu hết bệnh nhân đều mong muốn được hỗ trợ thông tin về các phương pháp điều trị, tác dụng phụ của điều trị hóa chất và tư vấn dinh dưỡng.

Từ khóa: Lo âu, trầm cảm, ung thư vú.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là loại ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ cả ở các nước phát triển và các nước đang phát triển. Năm 2020, trên thế giới ước tính có khoảng 2,3 triệu người phát hiện mắc ung thư vú mới, chiếm 11,7% trong tổng số các loại ung thư, đây là nguyên nhân gây tử vong do ung thư đứng hàng thứ 5 trên toàn thế giới với 685.000

ca tử vong [1].

Ung thư vú không những trở thành mối đe dọa cho sức khỏe của phụ nữ về thể chất và tinh thần mà còn mang tới gánh nặng về kinh tế xã hội. Trong quá trình điều trị, bên cạnh những đau đớn về thể chất và các tác dụng không mong muốn do các phương pháp điều trị gây ra thì bệnh nhân ung thư vú thường phải đối mặt với

*Tác giả liên hệ

Email address: thuyhangnursing91@gmail.com

Điện thoại: (+84) 349 728 223



những vấn đề về tâm lý như lo âu, trầm cảm và gặp phải những những vấn đề về xã hội như các sự thay đổi trong mối quan hệ với gia đình, với bạn bè, với công việc. Việc phát hiện một số vấn đề về tâm lý và đánh giá được nhu cầu hỗ trợ tâm lý xã hội của bệnh nhân ung thư vú góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe toàn diện cho người bệnh.

Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: “Nghiên cứu thực trạng lo âu, trầm cảm và nhu cầu hỗ trợ tâm lý xã hội của người bệnh ung thư vú tại Bệnh viện K năm 2022” với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả thực trạng lo âu, trầm cảm của người bệnh ung thư vú tại Bệnh viện K năm 2022.*
2. *Mô tả nhu cầu hỗ trợ tâm lý xã hội của người bệnh ung thư vú tại Bệnh viện K năm 2022.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

247 bệnh nhân ung thư vú tại bệnh viện K từ tháng 3 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân nữ đã được chẩn đoán xác định là ung thư vú nguyên phát trong vòng 2 năm tính đến thời điểm

phỏng vấn và đang điều trị tại bệnh viện.

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không phải ung thư vú nguyên phát.
- Bệnh nhân không đang điều trị bệnh ung thư vú.
- Bệnh nhân dưới 18 tuổi.
- Được xác định không đủ thể lực và tinh thần để hoàn thành phỏng vấn bởi điều tra viên.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu toàn bộ đối tượng thỏa mãn: 247 bệnh nhân

Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu đã được thông qua tại hội đồng đạo đức Bệnh viện K.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu		Số lượng (N = 247)	%
Nhóm tuổi			
	18- 40	59	24
	40-60	136	55
	≥ 60	52	21
Tuổi trung bình		48 (min=8, max=75)	

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình là 48 tuổi trong đó bệnh nhân có biên độ tuổi rộng từ 18

đến 75 tuổi, nhóm tuổi từ 40-60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 55%.

Bảng 2: Thông tin chung về tình trạng làm việc và BHYT của đối tượng nghiên cứu (N=247)

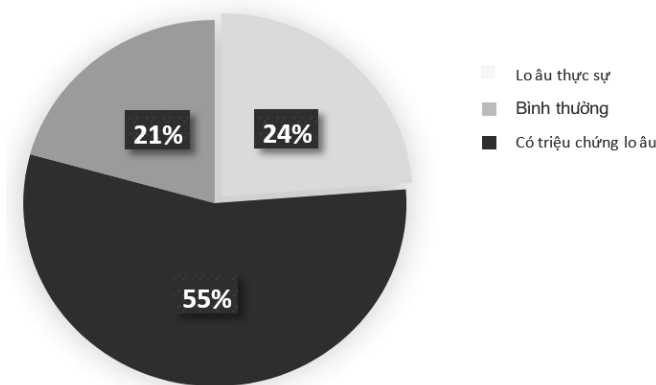
Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	Số lượng	%
Tình trạng làm việc		
• Toàn thời gian	52	21
• Bán thời gian	89	36
• Nghỉ ốm có lương/ không lương	20	8
• Mất khả năng làm việc vĩnh viễn vì lý do ung thư	8	3
• Nội trợ		
• Nghỉ hưu		
• Thất nghiệp từ trước khi bị ung thư		
Loại Bảo hiểm y tế được chi trả		
• 0% (Không có BHYT)	0	0
• 40%	3	1
• ≥ 80%	244	99

Nhận xét: Số bệnh nhân làm việc bán thời gian là nhiều nhất với 89 người chiếm 36%, có 3% bệnh nhân mất khả năng làm việc vĩnh viễn vì lý do ung thư. Hầu hết bệnh nhân đều có bảo hiểm y tế được hưởng ở các mức

độ khác nhau trong đó bệnh nhân được hưởng BHYT ≥80% chiếm tỷ lệ cao nhất là 99%.

3.2. Mô tả thực trạng lo âu, trầm cảm của người bệnh ung thư vú

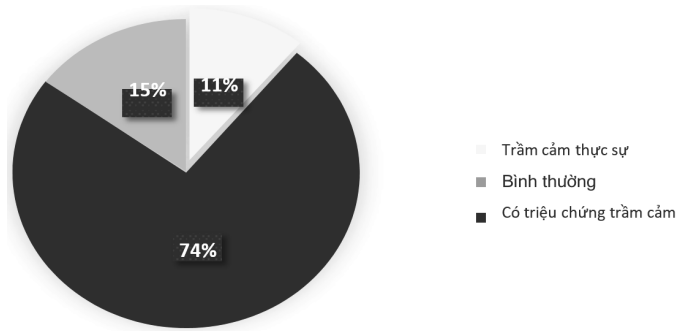
Biểu đồ 1 Tỷ lệ lo âu của bệnh nhân ung thư vú



Nhận xét: Biểu đồ 1 cho thấy ở nhóm lo âu có 24% bệnh nhân ung thư vú có rối loạn lo âu thực sự và 21% bệnh nhân ung thư vú có triệu chứng của lo âu.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ trầm cảm của bệnh nhân ung thư vú



Nhận xét: Biểu đồ 2 cho thấy ở nhóm trầm cảm có 15% bệnh nhân ung thư vú có rối loạn trầm cảm thực sự và 15% bệnh nhân ung thư vú có triệu chứng của trầm cảm.

Bảng 3: Phân bố những đối tượng mà bệnh nhân ung thư vú đã thảo luận về căn bệnh của mình (N=247)

Những đối tượng bệnh nhân đã thảo luận	Số lượng	%
1. Thảo luận với ít nhất một người thân/bạn bè/người quen/người cùng mắc ung thư.	241	98
2. Những người cũng mắc bệnh ung thư vú	191	77
3. Các thành viên sống trong gia đình bệnh nhân.	224	91
4. Người thân của bệnh nhân (bố mẹ, anh chị em, cô, dì, chú, bác....)	239	97
5. Bạn bè của bệnh nhân.	199	81
6. Những người quen của bệnh nhân	181	73
7. Người bạn đời của bệnh nhân (chồng/người yêu).	176	71
8. Không thảo luận với một ai trong số người thân/bạn bè/ người quan/ người cùng mắc ung thư	6	2

3.3. Nhu cầu hỗ trợ tâm lý xã hội của người bệnh ung thư vú

Bảng 4: Mô tả mức độ nhu cầu hỗ trợ các vấn đề về tâm lý xã hội trong nhóm hỗ trợ các hoạt động thiết thực của bệnh nhân ung thư vú theo bảng hỏi MOS

Nội dung	Điểm hỗ trợ trung bình (tổng điểm = 5/ 1 nội dung)	Điểm hỗ trợ trung vị (biên độ từ 1-5 điểm)	Phần lớn thời gian (%)	Tất cả thời gian (%)
1. Muốn có người giúp nếu BN phải nằm liệt giường	3,6	4	59,4	22,7
2. Muốn có người đưa BN đến gặp bác sỹ nếu BN cần	3,8	4	54,7	19,8
3. Muốn có người chuẩn bị bữa ăn cho BN nếu BN không thể làm được việc đó	3,5	4	56,3	34,4
4. Muốn có người giúp đỡ công việc hàng ngày khi BN bị ốm	3,9	4	38,1	30,9

Nhận xét: Trong nhóm hỗ trợ các hoạt động thiết thực thì biên độ điểm hỗ trợ trung bình của mỗi nội dung đạt từ 3,5 đến 3,9 điểm và điểm hỗ trợ trung vị đều là 4 điểm. Có tới 59,4% bệnh nhân ung thư vú mong muốn có người giúp đỡ nếu phải bệnh nhân phải nằm liệt giường trong phần lớn thời gian.

Bảng 5. Mô tả mức độ nhu cầu hỗ trợ các vấn đề về tâm lý xã hội trong nhóm hỗ trợ tình cảm của bệnh nhân ung thư vú theo bảng câu hỏi MOS

Nội dung	Điểm hỗ trợ trung bình (tổng điểm = 5/ 1 nội dung)	Điểm hỗ trợ trung vị (biên độ từ 1-5 điểm)	Không bao giờ (%)	Phần lớn thời gian (%)	Tất cả thời gian (%)
1. Muốn ai đó dịu dàng với BN	3,8	4	4,8	49,2	10,1
2. Muốn có người dành tình cảm và tình yêu cho BN	3,2	3	9,4	32,7	18,9
3. Muốn có người để yêu và để cho BN ngã vào	3,0	3	8,7	25,0	11,2
4. Muốn có người ôm BN	2,4	3	3,6	30,7	5,1

Nhận xét: Trong nhóm nhu cầu hỗ trợ về tình cảm biên độ điểm hỗ trợ trung bình của mỗi nội dung là từ 2,4 đến 3,8 điểm. Có 49,2% bệnh nhân ung thư vú muốn có người dịu dàng với bệnh nhân trong phần lớn thời gian. Có 3,6% bệnh nhân ung thư vú không bao giờ muốn có người ôm bệnh nhân.

Bảng 6: Những nội dung mà bệnh nhân ung thư vú có mong muốn nhận được sự hỗ trợ

Nội dung	Số lượng	%
1. Tư vấn về chế độ dinh dưỡng trong điều trị bệnh	240	97
2. Cung cấp thông tin về các phương pháp điều trị bệnh của mình	247	100
3. Cung cấp thông tin về tiên lượng bệnh của mình	232	94
4. Cung cấp thông tin về các tác dụng phụ của điều trị hóa chất	246	100
5. Hỗ trợ tài chính	141	57
6. Hướng dẫn các bài tập để tránh phù nề tay sau khi phẫu thuật	195	79
7. Tư vấn về cách chăm sóc con cái trong khi đang điều trị bệnh	130	53
8. Tư vấn để giúp tự tin trong giao tiếp với người khác	82	33
9. Tư vấn cách chăm sóc hình ảnh bản thân như sử dụng vú giả, tóc giả	99	40
10. Tư vấn về vấn đề sức khỏe tinh dục của bản thân	135	55
11. Hỗ trợ khác	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân ung thư vú có mong muốn nhận được sự hỗ trợ về một số vấn đề hầu hết đều ở mức cao. Có tới 97% bệnh nhân ung thư vú mong muốn nhận được sự hỗ trợ về tư vấn chế độ dinh dưỡng trong điều trị bệnh, tất cả bệnh nhân ung thư vú tham gia nghiên cứu đều mong muốn được cung cấp thông tin về các phương pháp điều trị bệnh của mình với tỷ lệ là 100%. Chỉ có 33% bệnh nhân ung thư vú có mong muốn được tư vấn để giúp tự tin trong giao tiếp với người khác.



Bảng 7. Mô tả nhu cầu hỗ trợ tâm lý xã hội của bệnh nhân UTV bằng cách tính điểm từ bảng hỏi MOS

Nhu cầu hỗ trợ	Số lượng	%
Không cần hỗ trợ	0	0
Có hỗ trợ	247	100
Tổng	247	
Phân mức nhu cầu hỗ trợ		
Nhu cầu hỗ trợ thấp	38	15
Nhu cầu hỗ trợ trung bình	67	27
Nhu cầu hỗ trợ cao	142	58
Tổng	247	
Điểm hỗ trợ trung bình	82,3 (min= 38, max=142)	

Nhận xét: Tất cả 247 (100%) bệnh nhân ung thư vú mong muốn được hỗ trợ một hoặc nhiều vấn đề tâm lý xã hội. Bằng phương pháp tính điểm từ bảng hỏi MOS đã được mô tả trong phần phương pháp nghiên cứu khoa học, bảng 3.9 cho thấy điểm hỗ trợ trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là 82,3 điểm. Trong các mức nhu cầu hỗ trợ thì mức nhu cầu hỗ trợ cao chiếm tỷ lệ lớn nhất với 58%, còn mức nhu cầu hỗ trợ thấp chiếm tỷ lệ thấp nhất với 15%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu trên 247 người bệnh với độ tuổi trung bình là 48 tuổi, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ mắc cao nhất 55% là từ 40-60 tuổi, độ tuổi này cũng nằm trong nhóm tuổi mắc ung thư vú phổ biến ở Việt Nam theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Lan (2016) [2]. Số bệnh nhân hiện đang làm việc và có thu nhập (toàn thời gian, bán thời gian và nghỉ hưu) chiếm tỷ lệ 68%, một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân ung thư vú mất khả năng làm việc sau khi mắc ung thư là 3%, điều này có ảnh hưởng đến việc điều trị của bệnh nhân và có thể sẽ là một trong những nguyên nhân gây ra những lo lắng, căng thẳng kéo dài ở bệnh nhân ung thư vú do việc điều trị bệnh thường kéo dài và tốn kém. Tất cả bệnh nhân tham gia nghiên cứu này đều có bảo hiểm y tế được hưởng ở các mức độ khác nhau trong đó bệnh nhân được hưởng bảo hiểm y tế ở mức 80% là cao nhất chiếm tỷ lệ 83%. Kết quả này cao hơn so với báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2020

của Bộ Y tế về độ bao phủ bảo hiểm y tế là 90,85% [3]. Điều này có được là do nỗ lực của ngành Y tế trong việc nâng cao độ bao phủ bảo hiểm y tế toàn dân. Một lý do nữa có thể là đa số người dân đều ý thức được sự tốn kém của việc điều trị ung thư kéo dài, vì vậy sau khi được chẩn đoán là mắc bệnh ung thư người dân sẽ cố gắng mua bảo hiểm y tế ngay lập tức. Nhìn chung các bệnh nhân ung thư vú tham gia nghiên cứu này tương đối đa dạng về lứa tuổi, trình độ học vấn, tình trạng làm việc cũng như tình trạng tham gia bảo hiểm y tế.

4.2. Mô tả thực trạng lo âu, trầm cảm của bệnh nhân ung thư vú

Biểu đồ 1 cho thấy ở nhóm lo âu có 24% bệnh nhân ung thư vú có rối loạn lo âu thực sự. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Justine Fortin năm 2021 về các tác động sức khỏe tâm thần khi được chẩn đoán ung thư vú của bệnh nhân ung thư vú đã cho thấy tỷ lệ bệnh nhân lo âu là 34%, nghiên cứu của Dansta và Buzlus sử dụng thang đo HADS trên những bệnh nhân ung thư vú giai đoạn đầu (giai đoạn 1 và giai đoạn 2) ở Thổ Nhĩ Kỳ năm 2011 là có lo âu 35,1% [4]; nghiên cứu của Hassan và cộng sự trên 205 bệnh nhân ung thư vú tại Malaysia là 31,7% [5].

Ở nhóm trầm cảm, kết quả nghiên cứu là có 11% bệnh nhân ung thư vú có triệu chứng của trầm cảm và 15% bệnh nhân ung thư vú cho thấy tình trạng trầm cảm thực sự. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Zainal và các cộng sự năm 2013 về tỷ lệ trầm cảm của bệnh nhân ung thư vú tổng hợp từ 32 nghiên cứu mô tả cắt ngang trên thế giới [6].

4.3. Nhu cầu hỗ trợ tâm lý xã hội của bệnh nhân ung thư vú

Bảng 3 cho biết hầu hết bệnh nhân ung thư vú đã thảo luận về căn bệnh của mình với ít nhất một người là người thân/ bạn bè/ người quen/người cùng mắc ung thư là cao nhất với 98% trong khi đó tỷ lệ bệnh nhân thảo luận với người bạn đời của bệnh nhân lại chiếm tỷ lệ thấp nhất trong số các đối tượng được hỏi với 71%. Kết quả này có thể lý giải do một số bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi là những người đã ly hôn, góa chồng hoặc còn độc thân. Điều này cho thấy vai trò rất lớn của các mối quan hệ xã hội trong việc hỗ trợ tâm lý xã hội cho người bệnh ung thư vú, và nó cũng lý giải cho một tỷ lệ rất cao (100%) bệnh nhân ung thư vú trong nghiên cứu này có mong muốn được hỗ trợ ít nhất là một hoặc nhiều vấn đề tâm lý xã hội khi đánh giá theo thang đo MOS. Đây là cơ sở khoa học rất rõ ràng cho việc cần thiết xây dựng mô hình hỗ trợ tâm lý xã hội và thực hiện các hỗ trợ tâm lý xã hội cho bệnh nhân ung thư vú tại Việt Nam. Ngoài ra, tỷ lệ nhu cầu cao về tư vấn dinh dưỡng trong nghiên cứu của chúng tôi (97% BN có mong muốn nhận được sự hỗ trợ về tư vấn dinh dưỡng) có thể được giải thích là tại thời điểm nghiên cứu, vấn đề về an toàn thực phẩm, thực phẩm không an toàn đang là vấn đề nổi cộm tại Việt Nam và được người dân rất quan tâm. Trên các phương tiện truyền thông đại chúng, vấn đề về dinh dưỡng cho bệnh nhân ung thư cũng được nhắc đến, tuy nhiên nhiều thông tin chưa mang tính chất khoa học và còn mâu thuẫn nhau khiến cho không chỉ người bệnh ung thư mà ngay cả những người khỏe mạnh cũng hoang mang, không biết nên ăn uống những gì và như thế nào cho hợp lý. Do vậy, cần thiết phải đẩy mạnh truyền thông những thông tin khoa học về dinh dưỡng cho bệnh nhân ung thư nói chung cũng như ung thư vú nói riêng cho bệnh nhân ung thư và người thân của họ.

Đối với nhu cầu tư vấn về cách chăm sóc hình ảnh của bản thân thì có 40% bệnh nhân có mong muốn. Có 55% bệnh nhân ung thư vú có mong muốn được tư vấn về sức khỏe tình dục của bản thân (bảng 6) và có 33% BN cần tư vấn để giúp tự tin trong giao tiếp với người khác. Trong quá trình điều trị ung thư, bất kỳ phương pháp nào cũng có thể gây ra các tác dụng phụ từ mức độ nhẹ đến nặng cho người bệnh như rụng tóc, buồn nôn, mệt mỏi kèm theo những thay đổi về hình ảnh bản thân và trọng lượng cơ thể. Đặc biệt đối với những bệnh nhân ung thư vú trẻ tuổi thì khả năng bị ảnh hưởng nhiều từ sự suy giảm hormone nội tiết nữ hay là rối loạn kinh nguyệt càng lớn hơn [7]. Do đó, việc tư vấn cho bệnh nhân ung thư vú về chăm sóc hình ảnh cũng như chăm sóc sức khỏe tình dục là rất quan trọng.

Để đảm bảo việc điều trị bệnh ung thư vú liên tục và không bị bỏ dở điều trị thì ngoài vấn đề về sức khỏe của chính bản thân bệnh nhân ung thư thì điều kiện về kinh tế, tài chính đóng vai trò quyết định. Mặt khác, điều trị ung thư vú là một quá trình lâu dài và tốn kém. Vì vậy, 100% bệnh nhân trong nghiên cứu đều tham gia BHYT.

5. KẾT LUẬN

Rối loạn lo âu và trầm cảm thật sự khá phổ biến ở nhóm bệnh nhân ung thư vú. Các bệnh nhân ung thư vú đều mong muốn được tư vấn về tình trạng và tiên lượng bệnh, tác dụng phụ của hóa chất, chế độ dinh dưỡng của ung thư vú. Ngoài ra, nhu cầu hỗ trợ tâm lý xã hội của bệnh nhân ung thư vú cũng rất cao, bao gồm các dịch vụ tâm lý, tư vấn và hỗ trợ tinh thần để giúp họ vượt qua những căng thẳng, lo lắng trong quá trình điều trị và phục hồi sức khỏe sau điều trị. Các bệnh nhân ung thư vú cần sự quan tâm, chăm sóc đặc biệt và các giải pháp hỗ trợ tâm lý xã hội hiệu quả để giảm bớt căng thẳng, lo lắng và nâng cao chất lượng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] World Health Organisation, Cancer Incidence and Mortality Worldwide, 2008.
- [2] Nguyễn Thị Mai Lan, Nghiên cứu tỷ lệ mắc mới ung thư vú ở phụ nữ Hà Nội giai đoạn 2014-2016, Đại học Y Hà Nội, 2016.
- [3] Bộ Y tế và nhóm đối tác, Hướng bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân. Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2013, Bộ Y tế, 2020.
- [4] N.B.Dastan và S.Buzlu, Depression and anxiety levels in early stage Turkish breast cancer patients and related factors. Asian Pac J Cancer Prev, 2011.
- [5] M. R. Hassan, S. A. Shah, H. F. Ghazi et al., Anxiety and Depression among Breast Cancer Patients in an Urban Setting in Malaysia. Asian Pac J Cancer Prev, 2015.
- [6] N. Z. Zainal, N. R. Nik-Jaafar, A. Baharudin et al., Prevalence of depression in breast cancer survivors: a systematic review of observational studies. Asian Pac J Cancer Prev, 2013.
- [7] Lisa Lombard, Breast cancer: How your mind can help your body? American Psychological Association, 2011.



SURVEYING SOME SIDE EFFECTS OF HIGH DOSE METHOTREXATE REGIMENS IN NON HODGKIN LYMPHOMA PATIENTS AT THE HEMATOLOGIC ONCOLOGY DEPARTMENT IN 2020

Hoang Thi Thanh Huyen*, Nguyen Tien Quang, Nguyen Thanh Tung, Do Huyen Nga

Vietnam National Cancer Hospital - 30 Cau Buou street, Tan Trieu commune, Thanh Tri district, Hanoi, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 20/03/2023; Accepted 21/04/2023

ABSTRACT

Objectives: Investigation of some side effects of non-Hodgkin lymphoma patients treated with high dose methotrexate.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 53 patients receiving a high-dose methotrexate-containing regimen at the Department of Hematopoietic Internal Medicine, K Hospital from May 2019 to October 2020.

Results: Average age of patients 53.28; The male/female ratio is 1.12; the majority of patients admitted to hospital because of lymphadenopathy (37.7%); followed by headache (28.3%); paralysis (5.7%); Most of the patients PS=1 (62.3%); Syndrome B occurs in 20.8% of cases. The highest proportion of patients with CNS infiltration prophylaxis was 55%. The rate of side effects was 67.9%, of which the rate of side effects increased liver enzymes the highest rate, 56.6% of the patients, most of the patients had transient elevation of liver enzymes grade 1 and quick recovery; the rate of acute renal failure after transfusion was 13.2%, of which there was only 1 patient with grade 2 renal failure; the rate of gastrointestinal toxicity accounted for 17.0%; There was only 1 patient with grade 3 leukopenia, accounting for 1.9%.

Conclusion: This study investigates some side effects of non-Hodgkin lymphoma patients treated with high dose methotrexate, thereby helping nurses to plan care and manage some unwanted effects towards improving quality care for patients.

Keywords: Care of patients with non-Hodgkin lymphoma infusion of high dose Methotrexate (HDMTX) (High dose Methotrexate)

*Corresponding author

Email address: hoanghuyenbvk@gmail.com

Phone number: (+84) 916 168 183

KHẢO SÁT MỘT SỐ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA NGƯỜI BỆNH U LYMPHO KHÔNG HODGKIN ĐIỀU TRỊ METHOTREXATE LIỀU CAO TẠI KHOA NỘI HỆ TẠO HUYẾT NĂM 2020

Hoàng Thị Thanh Huyền*, Nguyễn Tiên Quang, Nguyễn Thanh Tùng, Đỗ Huyền Nga

Bệnh viện K - 30 đường Cầu Bươu, xã Tân Triều, huyện Thanh Trì, Thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 20 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 21 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát một số tác dụng không mong muốn của người bệnh U lympho không Hodgkin điều trị Methotrexate liều cao.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 53 bệnh nhân truyền phác đồ có methotrexate liều cao tại Khoa Nội Hệ tạo huyết Bệnh viện K từ 05/2019 đến 10/2020.

Kết quả: Độ tuổi trung bình của bệnh nhân 53,28; Tỷ lệ nam/nữ là 1,12; đa phần các bệnh nhân vào viện vì nổi hạch (37,7%); tiếp theo là đau đầu (28,3%); liệt (5,7%); Đa số các bệnh nhân PS=1 (62,3%); Hội chứng B gặp trong 20,8% trường hợp. Tỷ lệ bệnh nhân dự phòng thâm nhiễm thần kinh trung ương chiếm cao nhất 55%. Tỷ lệ tác dụng không mong muốn 67,9% trong đó tỷ lệ tác dụng không mong muốn tăng men gan chiếm tỷ lệ cao nhất 56,6% các bệnh nhân đa phần tăng men gan độ 1 thoáng qua và hồi phục nhanh; tỷ lệ suy thận cấp sau truyền là 13,2% trong đó chỉ có 1 bệnh nhân suy thận độ 2; tỷ lệ độc tính đường tiêu hóa chiếm 17,0%; Chỉ có 1 bệnh nhân hạ bạch cầu độ 3 chiếm 1,9%.

Kết luận: Nghiên cứu này khảo sát một số tác dụng không mong muốn của người bệnh U lympho không Hodgkin điều trị Methotrexate liều cao từ đó giúp cho điều dưỡng lập kế hoạch chăm sóc và hướng xử trí một số tác dụng không mong muốn hướng tới nâng cao chất lượng chăm sóc cho người bệnh.

Từ khóa: Chăm sóc người bệnh U lympho không Hodgkin truyền Methotrexate liều cao (HDMTX) (High dose Methotrexate).

*Tác giả liên hệ

Email: hoanghuyenbvk@gmail.com

Điện thoại: (+84) 916 168 183



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lymphoma không Hodgkin (NHL) là bệnh lý ác tính của tế bào lympho dòng B, T hay NK, vị trí có thể tại hạch hay cơ quan ngoài hạch. Lymphoma nguyên phát hệ thần kinh trung ương (Primary central nervous system lymphoma-PCNSL) là một biến thể hiếm gặp của Lymphoma không Hodgkin ngoài hạch, bệnh có thể biểu hiện ở não, màng não mềm, mắt hay tủy sống mà không có bất kỳ dấu hiệu nào của lymphoma hệ thống. Theo thống kê hàng năm có khoảng 2,5 – 30 trường hợp/ 10 triệu người. Mặt khác, u lympho không Hodgkin thứ phát thần kinh trung ương (SCNSL) đề cập tới u lympho không Hodgkin toàn thân đã xâm lấn thần kinh trung ương xảy ra ở khoảng 5% bệnh nhân^{1,2,3}.

Các nghiên cứu gần đây khuyến cáo sử dụng phác đồ có MTX liều cao để điều trị PCNSL, SCNSL cũng như dự phòng thâm nhiễm thần kinh trung ương ở những bệnh nhân NHL có nguy cơ cao (theo thang điểm CNS – IPI, thể mô bệnh học)⁴.

Mặt khác, HDMTX được sử dụng trong phác đồ điều trị nhiều bệnh ung thư trong đó có chỉ định điều trị u lympho thần kinh trung ương, sarcoma tạo xương, bệnh bạch cầu, non Hodgkin, lymphoma... và dự phòng nguy cơ xâm lấn thần kinh trung ương của u lympho hệ thống có nguy cơ cao theo thang điểm tiên lượng IELSG⁵. Tuy nhiên, nhiều độc tính của MTX được ghi nhận trên lâm sàng, thậm chí ở mức độ nghiêm trọng đe dọa đến tính mạng bệnh nhân. Các độc tính này bao gồm suy tủy, viêm loét niêm mạc miệng, buồn nôn, nôn, rối loạn chức năng gan, thận, thiếu máu, giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu, loãng xương, ngộ độc thần kinh, bệnh lý chất trắng.

Hiện nay số người bệnh U lympho nguyên phát thần kinh trung ương và dự phòng thâm nhiễm thần kinh trung ương vào khoa điều trị HDMTX ngày càng nhiều. Để giảm nguy cơ xuất hiện độc tính của MTX, thuốc này cần được theo dõi và chăm sóc liệu trình nghiêm ngặt bao gồm: Kiểm hóa nước tiểu, bù dịch trước, trong và sau khi dùng HDMTX; Định lượng nồng độ MTX thường xuyên theo hướng dẫn của từng phác đồ; Giải cứu bằng Leucovorin (LV) với liều giải cứu dựa trên kết quả định lượng nồng độ MTX⁶. Nhằm giúp cho điều dưỡng có các hoạt động chăm sóc hiệu quả hơn và góp phần cho kết quả điều trị người bệnh U lympho tốt hơn, chúng tôi thực hiện đề tài “**Khảo sát một số tác dụng**

phụ của người bệnh U lympho không Hodgkin điều trị Methotrexate liều cao tại khoa Nội Hệ tạo huyết năm 2020” với mục tiêu: “*Khảo sát một số tác dụng phụ của người bệnh U lympho không Hodgkin điều trị Methotrexate liều cao tại khoa Nội Hệ tạo huyết*”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và phương pháp

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 53 bệnh nhân điều trị phác đồ có Methotrexate liều cao đơn độc hoặc phối hợp tại khoa Nội Hệ tạo huyết, Bệnh viện K từ 05/2019 đến 10/2020.

a. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân u lympho không Hodgkin điều trị phác đồ có Methotrexate liều cao đơn độc hoặc phối hợp.

Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu.

b. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân hạn chế nghe, nói, có bệnh lý tâm thần kinh.

Bệnh nhân bỏ điều trị không phải vì lý do chuyên môn.

Bệnh nhân có bệnh nội khoa nặng phối hợp.

2.2 Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Lựa chọn được 53 bệnh nhân vào khoa điều trị bệnh U lympho không Hodgkin phác đồ có Methotrexate liều cao phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn.

2.3. Khảo sát một số tác dụng phụ của người bệnh u lympho không Hodgkin điều trị HDMTX

Nội dung nghiên cứu bao gồm

Đặc điểm chung: Tuổi, giới, nghề nghiệp, chiều cao, cân nặng, BMI, diện tích da, thu nhập, PS, hội chứng B.

Nhóm bệnh: Có 3 nhóm người bệnh U lympho không Hodgkin điều trị phác đồ Methotrexate liều cao (nguyên phát thần kinh trung ương, thứ phát TKTW, dự phòng tái phát thần kinh trung ương)

Lý do vào viện

Một số tác dụng phụ.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu

Các thông tin được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 theo phương pháp thống kê y học.

3. KẾT QUẢ

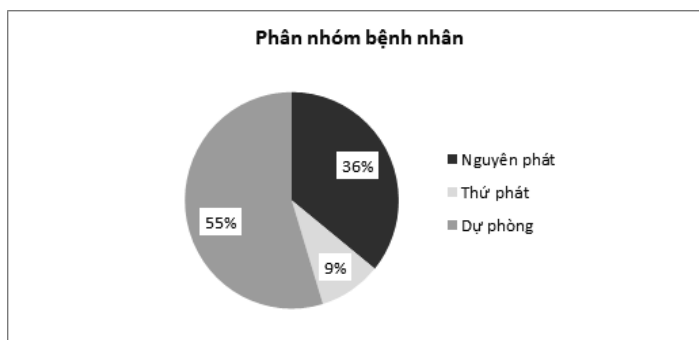
Bảng 1. Đặc điểm chung bệnh nhân

Đặc điểm chung (n=53)		Thông số n(%)
Tuổi		53,28 ± 10,66
Giới	Nam	28 (52,8)
	Nữ	25 (47,2)
Nghề nghiệp	Nông dân	19 (35,8)
	Tự do	25 (47,2)
	Viên chức	5 (9,4)
	Hưu trí	4 (7,5)
Chiều cao (m)		1,60 ± 0,08
Cân nặng (kg)		53,94 ± 7,87
BMI (kg/m ²)		21,12 ± 2,55
Diện tích da (m ²)		1,54 ± 0,13
Thu nhập	Dưới 10 triệu/tháng	42 (79,2)
	Trên 10 triệu/tháng	11 (20,8)
PS	0	12 (22,6)
	1	33 (62,3)
	2	8 (15,1)
Hội chứng B		12(20,8)

Nhận xét: Các bệnh nhân trong nghiên cứu có các đặc điểm chung: Độ tuổi trung bình là 52,38; Tỷ lệ nam/nữ 1,12; Thông số nhân trắc nằm trong giới hạn bình

thường của người Việt Nam; Thu nhập đa số < 10 triệu đồng/tháng; PS chủ yếu là 1 điểm; Tỷ lệ bệnh nhân có hội chứng B là 20,8%.

Biểu đồ 1. Phân nhóm bệnh nhân nghiên cứu



Nhận xét: Đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu là nhóm điều trị MTX liều cao dự phòng thâm nhiễm thần kinh trung ương chiếm 55%.



Bảng 2. Lý do vào viện

Triệu chứng (n=53)	n (%)
Đau đầu	15 (28,3)
Nổi hạch	20 (37,7)
Liệt	3 (5,7)
Khác	15 (28,3)

Nhận xét: Đa phần các bệnh nhân vào viện vì nổi hạch (37,7%); tiếp theo là đau đầu (28,3%); liệt (5,7%), các bệnh nhân khác vào viện vì nổi u vú, đau bụng, đau tinh hoàn, ...

Bảng 3. Tác dụng phụ theo bệnh nhân và đợt truyền

Một số tác dụng phụ	Thông số n(%)	
Tỉ lệ bệnh nhân gặp tác dụng phụ	36 (67,9)	
Tăng men gan	30 (56,6)	
	Độ 1	19 (35,8)
	Độ 2	5 (9,4)
	Độ 3	6 (11,3)
Suy thận cấp	7 (13,2)	
	Độ 1	6 (11,3)
	Độ 2	1 (1,9)
	Độ 3 trở lên	0
Độc tính huyết học	Hạ Bạch cầu độ 3	1 (1,9)
Độc tính thần kinh		0
Độc tính đường tiêu hóa		9 (17,0)
Độc tính da liễu		0
Viêm phổi		5 (9,4)
Tác dụng phụ theo đợt truyền		88 (40,7)

Nhận xét: Tỉ lệ bệnh nhân gặp tác dụng phụ là 67,9%; tỉ lệ bệnh nhân gặp tác dụng phụ theo đợt truyền là 40,7%; tác dụng phụ hay gặp nhất là tăng men gan chiếm 56,6%; suy thận cấp gặp 13,2%; Viêm phổi chiếm 9,4%.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 53 bệnh nhân điều

trị phác đồ có HDMTX thu được kết quả: tuổi trung bình của các bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu là 53,28 tuổi, Tỉ lệ nam/nữ là 1,12. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn trong nghiên cứu của tác giả Vũ Minh Hà 2019⁷. Tuy nhiên độ tuổi của chúng tôi thấp hơn các tác giả khác trên thế giới: Ferreri A. J độ tuổi trung bình là 57 (29-75)⁸; Dalia S. độ tuổi trung bình là 61 (17-85).

Tỉ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của tác giả Vũ Minh Hà

2019 là 1,7 cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi ⁷.

Nghiên cứu của chúng tôi thu được chiều cao trung bình của bệnh nhân là $1,6 \pm 0,08$ và cân nặng trung bình là $53,94 \pm 7,87$. Chiều cao và cân nặng của bệnh nhân nằm trong giới hạn bình thường của người Việt Nam. Đa số bệnh nhân có BMI trong giới hạn bình thường (67,9%) có 11,3% bệnh nhân gầy; 15,1% bệnh nhân thừa cân và 5,7% bệnh nhân béo phì. Diện tích da trung bình của các bệnh nhân là $1,54 \pm 0,13$.

Đa số các bệnh nhân thu nhập dưới 10 triệu/tháng 79,2%. Nghề nghiệp đa phần là tự do và nông dân chiếm 83,0% trong đó 47,2% bệnh nhân làm nghề tự do; 35,8% bệnh nhân làm nông dân; có 9,4% bệnh nhân làm nghề viên chức và 7,5% bệnh nhân thuộc nhóm hưu trí

Tỉ lệ bệnh nhân dự phòng thâm nhiễm thần kinh trung ương chiếm cao nhất 55%; tỉ lệ điều trị u lympho không Hodgkin nguyên phát thần kinh trung ương chiếm 36%; tỉ lệ điều trị u lympho không Hodgkin tái phát thần kinh trung ương chiếm thấp nhất 13%.

Đa phần các bệnh nhân vào viện vì nổi hạch (37,7%); tiếp theo là đau đầu (28,3%); liệt (5,7%), các bệnh nhân khác vào viện vì nổi u vú, đau bụng, đau tinh hoàn, ...

Khi vào viện đa số các bệnh nhân PS=1 (62,3%); 22,6% bệnh nhân có PS=0 và 15,1% bệnh nhân có PS=2. Hội chứng B gặp trong 20,8% trường hợp.

Đa số các bệnh nhân được điều trị phác đồ HDMTX đơn trị 60,4%; có 24,5% bệnh nhân điều trị phác đồ R-MPV và 15,1% bệnh nhân điều trị phác đồ R-MTX.

Đa số các bệnh nhân sử dụng liều MTX $3,5g/m^2$ (84,9%) tương ứng với các bệnh nhân được sử dụng phác đồ MTX dự phòng hoặc phác đồ R-MPV; tỉ lệ sử dụng liều $8g/m^2$ 15,1% tương ứng với các bệnh nhân u lympho không Hodgkin biểu hiện tại thần kinh trung ương sử dụng phác đồ R-MTX.

Biến cố bất lợi gặp phải trên gan của bệnh nhân được đánh giá và phân loại mức độ dựa theo "Tiêu chí thuật ngữ thường dùng đối với biến cố bất lợi" CTCAE của Viện Ung thư Quốc gia Hoa Kỳ, phiên bản 5.0 năm 2017 (phụ lục 02).

Nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ bệnh nhân gặp tác dụng phụ là 67,9% trong đó tỉ lệ tác dụng phụ tăng men gan chiếm tỉ lệ cao nhất 56,6% các bệnh nhân đa phần tăng men gan độ 1 thoáng qua và các bệnh nhân tăng men gan này có xu hướng hồi phục nhanh và gần như không để lại tác dụng phụ gì khác. Kết quả của nghiên cứu này

tương đồng với các kết quả nghiên cứu trước đây của các tác giả trong và ngoài nước. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với Li X.,Phạm Minh Tuấn⁹.

Mặt khác, tỉ lệ bệnh nhân suy thận cấp sau truyền chiếm 7 (13,2%), chủ yếu là bệnh nhân suy thận độ 1 chiếm tỉ lệ 6/7 11,3% trong đó chỉ có 1 bệnh nhân (1,9%) suy thận độ 2 và không có bệnh nhân nào suy thận độ 3 trở lên. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu ban đầu cho thấy tất cả 7 bệnh nhân có các chu kì truyền HDMTX gặp biến cố trên thận đều thuộc nhóm chu kỳ không tuân thủ quy trình bù dịch, kiểm hóa nước tiểu và không tuân thủ quy trình định lượng MTX, giải cứu bằng leucovorin. Theo kết quả nghiên cứu của Phạm Minh Tuấn, có 9,2% số chu kỳ gặp biến cố tổn thương thận cấp ¹⁰. Tác giả Yunyun Yang 8,05%. Wideman BC 2-12%, tùy thuộc vào bệnh lý ung thư, phác đồ điều trị và liều MTX.

Về độc tính huyết học chúng tôi có gặp một trường hợp là hạ bạch cầu độ 3 chiếm 1,9%. Tỉ lệ độc tính đường tiêu hóa chiếm 17,0%, các bệnh nhân này đa số bị nôn và thường ổn định sau khi sử dụng thuốc chống nôn. Chúng tôi không bắt gặp độc tính về thần kinh và độc tính trên da liễu trên các bệnh nhân nghiên cứu. Chúng tôi gặp 5 trường hợp viêm phổi trong đó có 1 trường hợp viêm phổi cấp tính tiến triển bệnh nhân tử vong và 1 trường hợp viêm phổi tác phát nhiều lần đều thuộc nhóm truyền HDMTX liều $8g/m^2$.

Tỉ lệ gặp tác dụng phụ theo đợt truyền có 88/216 chiếm 40,7%.

Như vậy phác đồ HDMTX có tỉ lệ gặp tác dụng phụ khá cao nhưng đa phần đều hồi phục về bình thường trong thời gian khoảng 1-2 tuần. Biến chứng viêm phổi là nguy hiểm nhất và có nguy cơ gây tử vong cho bệnh nhân vì vậy cần phải theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn và báo cáo bác sĩ sớm trong trường hợp nghi ngờ viêm phổi trên lâm sàng.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này khảo sát một số tác dụng phụ của người bệnh U lympho không Hodgkin điều trị Methotrexate liều cao giúp cho điều dưỡng xác định các đặc điểm riêng, đặc thù của từng phác đồ từ đó lập kế hoạch chăm sóc và cách xử trí một số tác dụng không mong muốn cho từng người bệnh hướng tới nâng cao chất lượng chăm sóc và kết quả điều trị cho người bệnh.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Vũ Minh Hà, Phân tích thực trạng giám sát trị liệu TDM của Methotrexate liều cao tại Bệnh viện K. Luận văn thạc sĩ dược học. 2020: pp. 12-100.
- [2] Phạm Minh Tuấn, Phân tích biến cố bất lợi của phác đồ Methotrexat liều cao ở bệnh nhân nhĩ mắc bệnh bạch cầu cấp dòng Lympho tại Bệnh viện Huyết học-truyền máu trung ương. Luận văn thạc sĩ dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội. 2019: pp. 12-35.
- [3] Ann S LaCasce, Therapeutic use and toxicity of high-dose methotrexate. Uptodate. 2020: pp. 1-5.
- [4] Louis BN et al., Primary CNS lymphoma. NCCN guidelines, version 3.2020. 2020: pp. 12-150.
- [5] Ferreri AJ, Prognostic Scoring System for Primary CNS U lymphos: The International Extranodal Lymphoma Study Group Experience. Journal of Clinical Oncology. 21(2). 2003: pp. 266-272.
- [6] Ferreri AJ, How I treat primary CNS lymphoma. Blood. 2011: pp. 510-522.
- [7] Fred H. Hochberg, Tracy Bachelor, Treatment and prognosis of primary central nervous system lymphoma. Uptodate. 2015: pp. 1-8.
- [8] Ferreri A.J., Dell’Oro S., Capello D., Ponzoni M., Iuzzolino P., Rossi D., Pasini F., Ambrosetti A., Orvieto E., Ferrarese F., Aberrant methylation in the promoter region of the reduced folate carrier gene is a potential mechanism of resistance to methotrexate in primary central nervous system lymphomas. British journal of haematology. 2004: pp. 657-664.
- [9] Jahnke K., Korfel A., Martus P., Weller M., Herrlinger U., Schmitt A., Fischer L., Thiel E., High-dose methotrexate toxicity in elderly patients with primary central nervous system lymphoma. Annals of oncology. 2005: pp. 445-449.
- [10] Scott C.Howard et al, Preventing and Managing Toxicities of High-Dose Methotrexate. Oncologist. 2016: pp. 1471–1482.

RESULT OF PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC BILIARY DRAINAGE IN PATIENTS WITH BILIARY OBSTRUCTION DUE TO DIGESTIVE CANCER

Nguyen Thanh Tra*, Tran Thang, Nguyen Van Huy, Nguyen Thi Phuong Dung,
Bui Lan Phuong, Le Thi Huyen

Vietnam National Cancer Hospital - 30 Cau Buou street, Tan Trieu commune, Thanh Tri district, Hanoi, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 21/03/2023; Accepted 20/04/2023

ABSTRACT

Objective: To evaluate the status of patients with digestive cancer and biliary obstruction symptoms after percutaneous transhepatic biliary drainage (PTBD).

Subjects and methods: A retrospective study of patients with digestive cancer who underwent PTBD from December 2021 to February 2023 at Ward 4, K Hospital.

Results: 30 patients underwent PTBD with an average age of 60.1 ± 10.1 years, with a male-to-female ratio of 2:1. Pain was the most common symptom after the procedure (90%), with 40% of patients showing fever and biliary obstruction (16.7%). 13.3% of patients received chemotherapy after the procedure.

Conclusion: PTBD is a safe procedure for patients with digestive cancer and biliary obstruction symptoms.

Keywords: Digestive cancer, biliary obstruction, percutaneous transhepatic biliary drainage.

*Corresponding author

Email address: thanhtranguyen261296@gmail.com

Phone number: (+84) 846 125 696



KẾT QUẢ ĐẶT DẪN LƯU ĐƯỜNG MẬT RA DA TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ TIÊU HÓA CÓ BIỂU HIỆN TẮC MẬT

Nguyễn Thanh Trà*, Trần Thắng, Nguyễn Văn Huy, Nguyễn Thị Phương Dung, Bùi Lan Phương, Lê Thị Huyền

Bệnh viện K - 30 đường Cầu Bươu, xã Tân Triều, huyện Thanh Trì, Thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 21 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 20 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng người bệnh ung thư tiêu hóa có biểu hiện tắc mật sau thủ thuật đặt dẫn lưu đường mật ra da.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả hồi cứu về tình trạng bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa sau đặt dẫn lưu đường mật từ tháng 12 năm 2021 đến tháng 2 năm 2023 tại khoa Nội 4 Bệnh viện K.

Kết quả: 30 bệnh nhân được đặt dẫn lưu đường mật ra da với tuổi trung bình là $60,1 \pm 10,1$, tỷ lệ nam: nữ là 2:1. Đau là triệu chứng thường gặp nhất sau thủ thuật (90%), 40% bệnh nhân có biểu hiện sốt và tắc dẫn lưu (16,7%). Có 13,3% bệnh nhân được điều trị hoá chất sau can thiệp.

Kết luận: Dẫn lưu đường mật trên bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa có biểu hiện tắc mật là một thủ thuật an toàn.

Từ khóa: Ung thư tiêu hoá, tắc mật, dẫn lưu đường mật ra da.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc mật là tình trạng tắc đường mật do tổn thương gây chèn ép đường mật trong và ngoài gan. Có nhiều nguyên nhân gây tắc mật như: sỏi, giun chui ống mật, các khối u hoặc hạch... Khi có tắc mật sẽ tạo điều kiện cho vi khuẩn phát triển và gây nhiễm khuẩn đường mật. Vi khuẩn có thể xâm nhập vào máu dẫn đến nhiễm khuẩn huyết, đây là biến chứng rất nặng của tắc mật, có nguy cơ tử vong cao. Tắc mật lâu ngày gây xơ hóa khoảng cửa, viêm gan, suy gan, xơ gan và tăng áp lực tĩnh mạch cửa[1].

Do vậy đặt dẫn lưu đường mật là một can thiệp cần

thiết nhằm giảm áp lực, lưu thông đường mật, giảm đau, phòng ngừa các biến chứng, cải thiện chất lượng cuộc sống và thời gian sống của người bệnh[7]. Hiện nay tại Việt Nam có ba phương pháp dẫn lưu đường mật được áp dụng là phẫu thuật nối mật-ruột, đặt Stent và dẫn lưu đường mật ra da (Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage: PTBD)

Dẫn lưu đường mật ra da (PTBD) là kỹ thuật can thiệp xâm nhập tối thiểu, tiếp cận đường mật ra da xuyên gan dưới hướng dẫn của hình ảnh[8]. PTBD có tỉ lệ thành công cao[9], biến chứng thấp[9], là một thủ thuật đơn giản, chi phí thấp và có thể áp dụng được ở nhiều cơ sở y tế[8]. Tắc mật trên bệnh nhân ung thư thường do các

*Tác giả liên hệ

Email: thanhtranguyen261296@gmail.com

Điện thoại: (+84) 846 125 696

khối u hoặc hạch chèn ép đường mật, điều này làm gián đoạn hoặc mất đi cơ hội điều trị bệnh. Tại Bệnh viện K, đặt dẫn lưu đường mật ra da ở bệnh nhân ung thư có tắc mật được thực hiện thường quy, tuy nhiên chưa có nghiên cứu về đánh giá người bệnh sau đặt PTBD. Trước thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với hai mục tiêu:

1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân ung thư có tắc mật.

2. Kết quả của bệnh nhân sau đặt dẫn lưu đường mật.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu trên 30 bệnh nhân ung thư tiêu hóa có biểu hiện tắc mật được làm thủ thuật đặt dẫn lưu đường mật ra da, từ tháng 12/ 2021 đến hết tháng 02/ 2023 tại khoa Nội 4- Bệnh viện K, thỏa mãn:

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Từ 18 tuổi trở lên, có chỉ số toàn trạng PS (0-3).
- Bệnh ung thư tiêu hóa (đường mật, gan, tụy, đại trực tràng) được chẩn đoán tắc mật có biểu hiện: vàng da và niêm mạc, phân bạc màu; chỉ số Billirubin toàn phần, Billirubin trực tiếp tăng; phim chụp ổ bụng có hình ảnh giãn đường mật trong, ngoài gan do các u, hạch chèn ép.
- Có chỉ định đặt dẫn lưu đường mật ra da dưới hướng dẫn của chẩn đoán hình ảnh.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có rối loạn đông máu, dịch ổ bụng mức độ nhiều.
- Bệnh nhân suy tim, suy gan, suy thận nặng.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả hồi cứu.

Chọn mẫu nghiên cứu: mẫu thuận tiện, lấy 30 bệnh nhân.

Quy trình thực hiện:

- Bệnh nhân được giải thích rõ về chỉ định, chống chỉ định, hiệu quả cũng như các biến chứng có thể gặp sau đặt dẫn lưu đường mật, chấp nhận và ký cam kết đồng ý làm thủ thuật.
- Bệnh nhân được tư vấn giáo dục sức khỏe, hướng dẫn nhịn ăn uống và đặt đường truyền trước khi làm thủ thuật
- Sau can thiệp, bệnh nhân nằm bất động nghỉ ngơi tại giường tối thiểu 6 giờ, theo dõi dấu hiệu sinh tồn, biến chứng.

Các chỉ số nghiên cứu thu thập bao gồm:

- Tuổi, giới, toàn trạng(PS), chẩn đoán bệnh, lâm sàng và cận lâm sàng trước và sau làm thủ thuật: sốt, đau (thang điểm VAS), vàng da, số lượng dịch mật 24 giờ đầu, bilirubin toàn phần.
- Đánh giá các biến chứng xảy ra sau đặt dẫn lưu đường mật (nhiễm trùng đường mật, chảy máu ổ bụng, chảy máu chân dẫn lưu, tụt tắc chân dẫn lưu) và việc sử dụng thuốc kháng sinh, giảm đau, hạ sốt để giảm các biến chứng.
- Khả năng điều trị hóa chất của bệnh nhân sau đặt dẫn lưu và lý do không điều trị.

Số liệu trong nghiên cứu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 24.0, sử dụng các test thống kê mô tả.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm cận lâm sàng và lâm sàng của bệnh nhân ung thư trước đặt dẫn lưu đường mật

Đặc điểm		Kết quả
Tuổi (mean ± SD)		60,1 ± 10,1
Nam: nữ		2 :1
Bệnh ung thư (N (%))	Ung thư đường mật	12 (40)
	Ung thư đại trực tràng	10 (33,3)
	Ung thư gan	5 (16,7)
	Ung thư tụy	3 (10)

Đặc điểm		Kết quả
Toàn trạng ECOG (N (%))	0	4 (13,3)
	1	10 (33,3)
	2	11 (36,7)
	3	5 (16,7)
Vàng da (N (%))		30 (100)
Trung bình nồng độ Bilirubin toàn phần trước dẫn lưu ($\mu\text{mol/L}$)		229

Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là $60,1 \pm 10,1$ tuổi, nam giới chiếm đa số (66,7%) tỷ lệ nam: nữ là 2:1. Bệnh nhân ung thư đường mật gặp nhiều nhất chiếm tỷ lệ 40%, tiếp đến là ung thư đại trực tràng (33,3%). Phần lớn các bệnh nhân có chỉ số toàn

trạng (PS) là 1-2 (70%). Trước dẫn lưu, tất cả có biểu hiện vàng da và niêm mạc, xét nghiệm sinh hóa: chỉ số bilirubin toàn phần tăng; siêu âm và chụp X quang ổ bụng có hình ảnh giãn đường mật trong và ngoài gan do khối u hoặc hạch chèn ép.

Bảng 2. Kết quả của bệnh nhân sau đặt dẫn lưu đường mật

Đặc điểm		Kết quả
Dịch mật trung bình trong 24 giờ đầu (ml)		291,6
Nồng độ bilirubin toàn phần trung bình sau 5 ngày dẫn lưu ($\mu\text{mol/L}$)		164,7
Số bệnh nhân bilirubin về mức ổn định		2 (6,9)
Số bệnh nhân bilirubin tăng sau 5 ngày		7 (24,1)
Số bệnh nhân bilirubin giảm chưa về mức bình thường		20 (69%)
Triệu chứng sau đặt dẫn lưu	Sốt (N (%))	12 (40)
	Đau, (N (%)) (VAS)	27 (90)
Các biến chứng (N (%))	Nhiễm trùng	3 (10)
	Tắc chân dẫn lưu	5 (16,7)
	Rò mật chân dẫn lưu	3 (10)
	Tụt dẫn lưu	1 (3,3)
	Chảy máu chân dẫn lưu	1 (3,3)
Điều trị thuốc kháng sinh (N(%))		29 (96,7)
Điều trị thuốc hạ sốt (N(%))		8 (26,7)
Sử dụng thuốc giảm đau (N (%))		24 (80)
Khả năng điều trị hóa chất	Không	26 (86,7)
	Có	4 (13,3)
Lý do không điều trị	Chưa hết tắc mật	11(36,7)
	Kháng thuốc hóa chất	10 (33,3)
	Thể trạng yếu	5 (16,7)

Sau 5 ngày làm thủ thuật, có 1 bệnh nhân không ghi nhận được nồng độ Bilirubin do đã ra viện từ ngày thứ 2 sau đặt dẫn lưu, nghiên cứu chỉ ghi nhận được nồng độ Bilirubin trên 29 bệnh nhân sau làm thủ thuật. Trong đó, nồng độ bilirubin toàn phần trung bình giảm từ 229 $\mu\text{mol/L}$ xuống 164,7 $\mu\text{mol/L}$. Có 6,9% bệnh nhân có bilirubin về mức bình thường, 24,1% bệnh nhân tăng bilirubin, có 69% bệnh nhân bilirubin giảm nhưng chưa về mức bình thường. Số lượng dịch mật trung bình trong 24 giờ đầu là 291,6 ml; nhiều nhất là 1000ml dịch. Đau tại vị trí chân dẫn lưu là biểu hiện thường gặp sau làm thủ thuật, chiếm tỷ lệ 90%, mức độ đau trung bình (50%). Có 80% bệnh nhân được sử dụng thuốc giảm đau để cải thiện tình trạng; 40% bệnh nhân bị sốt, được chườm ấm và kiểm soát bằng dùng thuốc hạ sốt (66,7%).

Tắc dẫn lưu là biến chứng gặp nhiều nhất sau PTBD (16,7%). Có 96,7% trường hợp ghi nhận dùng thuốc kháng sinh, bao gồm bệnh nhân bị nhiễm trùng và dùng dự phòng. Các biến chứng khác như rò mật, tụt chân dẫn lưu,... ít gặp. Không có ghi nhận trường hợp nào tai biến nặng sau thủ thuật.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy độ tuổi trung bình là $60,1 \pm 10,1$ (nhỏ nhất là 36, lớn nhất là 78) nhóm tuổi từ 50-70 tuổi là hay gặp nhất., đây cũng là nhóm tuổi thường gặp của các bệnh ung thư tiêu hóa. Trong một nghiên cứu của tác giả Lê Nguyên Pôn, Bệnh viện Đại học Y dược Huế, 48 bệnh nhân tắc mật được đặt dẫn lưu đường mật ra da có độ tuổi trung bình là $66,4 \pm 13,3$ [2]. Độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu của Nguyễn Phi Thăng ($52,6 \pm 8,05$)[3] và Chung Hoàng Phương ($58,9 \pm 12,1$)[4]. Về giới tính, nghiên cứu có tỷ lệ nam: nữ là 2:1, trong đó nam giới chiếm 66,7%, cao hơn nghiên cứu của Chung Hoàng Phương với tỷ lệ nam: nữ là 1,5:1, nam giới chiếm 60% [4]. Điều này có thể được giải thích bởi trong nghiên cứu có đến 33,3% bệnh nhân ung thư đại trực tràng: nam giới mắc nhiều hơn nữ [5]. Chi số toàn trạng 1 và 2 chiếm đa số lần lượt là 33,3% và 36,7%, phù hợp với chỉ định đặt dẫn lưu đường mật ra da. Có 40% bệnh nhân ung thư đường mật, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Bệnh viện Đại học Y dược Huế (39,6%) [2].

Sau thủ thuật, chúng tôi ghi nhận có 12 bệnh nhân sốt, chủ yếu sốt từ 38-39°C. Các bệnh nhân được

chườm ấm, dùng thuốc hạ sốt kết hợp với kháng sinh. Có 8 bệnh nhân sử dụng hạ sốt bao gồm: 16,7% bệnh nhân dùng đường tiêm, 10% bệnh nhân dùng thuốc đường uống. Có 86,7% bệnh nhân dùng kháng sinh để điều trị sốt do nhiễm trùng và dự phòng. Nhờ vậy, tỉ lệ trung bình sốt là 1,5 ngày, số ngày sốt nhiều nhất không quá 4 ngày. Bệnh nhân sau PTBD thường đau ở mức độ trung bình (30%), được dùng thuốc giảm đau như paracetamol, sympal,... Có 36,7% bệnh nhân sử dụng thuốc đường uống, đường tiêm; 2 bệnh nhân dùng kết hợp cả hai. Tình trạng đau của bệnh nhân được cải thiện: trung bình số ngày đau là 2,73 ngày; thời gian bệnh nhân hết đau nhiều nhất sau 5 ngày điều trị.

Dịch mật đóng vai trò tham gia vào quá trình tiêu hóa thức ăn, đặc biệt tiêu hóa chất béo. Trung bình gan tiết ra dịch mật khoảng 600-1000 ml mỗi ngày. Nghiên cứu cho thấy số lượng dịch mật trong 24 giờ đầu trung bình là 291,6ml trong đó 86,7% bệnh nhân có lượng dịch mật tiết ra dưới 600ml. Nồng độ bilirubin toàn phần trung bình sau 5 ngày là 164,7 $\mu\text{mol/L}$, giảm xuống 64,3 $\mu\text{mol/L}$ so với trước dẫn lưu là 229 $\mu\text{mol/L}$, trong đó số bệnh nhân giảm bilirubin chiếm 66,7%. Có 2 bệnh nhân có chỉ số bilirubin về mức bình thường, 7 bệnh nhân tăng bilirubin. Trong nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Thu Hà, bilirubin toàn phần trước dẫn lưu là 285,48 $\mu\text{mol/L}$ giảm xuống 126,03 $\mu\text{mol/L}$ sau 7 ngày can thiệp, về mặt kết quả có sự tương đồng nhau. Sau PTBD, việc bình thường hóa bilirubin chỉ đạt ở 2/3 số bệnh nhân điều trị do tổn thương lan tỏa, tắc các nhánh nhỏ trong ung thư đường mật. Mất khoảng 4- 8 tuần để giải quyết vàng da, bệnh nhân cần một khoảng thời gian dài hơn PTBD để hồi phục chức năng gan cũng như nồng độ bilirubin. Một số nghiên cứu cho rằng quá trình hồi phục đầy đủ các chức năng trên phụ thuộc vào thời gian bệnh nhân vàng da tắc mật trước khi đặt dẫn lưu[6]. Tuy nhiên, cũng không loại trừ những biến chứng xảy ra sau PTBD làm giảm quá trình hồi phục. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 16,7% bệnh nhân bị tắc dẫn lưu, 10% bệnh nhân bị nhiễm trùng và rò mật, 3,3% bị tụt và chảy máu chân dẫn lưu, tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Phi Thăng [3]. Khả năng điều trị hóa chất của bệnh nhân làm PTBD là rất ít, chỉ có 4/30 bệnh nhân (13,3%) điều trị hóa chất sau đặt dẫn lưu. Nguyên nhân chủ yếu liên quan đến nồng độ bilirubin không về mức bình thường, bệnh nhân thể trạng yếu, thường ở bệnh nhân giai đoạn muộn, có nhiều tổn thương khối u hoặc hạch chèn ép đường mật



trong và ngoài gan, đã được điều trị bằng nhiều phác đồ hóa chất trước đây.

5. KẾT LUẬN

Tắc mật là tình trạng khá thường gặp ở bệnh nhân ung thư, đặc biệt ung thư đường mật, tụy, gan hoặc các ung thư đường tiêu hóa. Nghiên cứu cho thấy tất cả các bệnh nhân đều có vàng da và tăng bilirubin trước dẫn lưu. Sau đặt dẫn lưu, nồng độ bilirubin toàn phần trung bình giảm 64,3 μ mol/L, chỉ có 6,9% bệnh nhân có bilirubin về mức bình thường. Các biến chứng gặp với tỷ lệ thấp, không có trường hợp biến chứng nặng sau thủ thuật. Như vậy, dẫn lưu đường mật ra da là một thủ thuật an toàn, có cải thiện tình trạng vàng da tắc mật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Ngọc Bích, Hội chứng tắc mật- Bài giảng triệu chứng học ngoại khoa. Nhà xuất bản Y học, 2013: 48
- [2] Lê Nguyên Pôn, Dẫn lưu đường mật qua da trong xử trí mật ác tính: kết quả bước đầu, Tạp chí Y học lâm sàng, 2022 số 77: 65-67
- [3] Nguyễn Phi Thăng, Phạm Hồng Hà, Dẫn lưu đường mật qua da trước mổ ở bệnh nhân tắc mật do u. Luận án tốt nghiệp bác sĩ y khoa. ĐH Y Hà Nội. 2015: 29
- [4] Chung Hoàng Phương, Nguyễn Đình Luân, Trần Minh Hiền và cộng sự, Kết quả dẫn lưu, đặt stent kim loại đường mật xuyên gan qua da ở bệnh nhân tắc mật do ung thư tiến xa. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2017 số 21(1):18-35.
- [5] Nguyễn Thị Mai, Kết quả điều trị ung thư biểu mô đại tràng ở bệnh nhân trẻ tuổi tại Bệnh viện K giai đoạn 2016-2020. Luận văn Thạc sỹ. ĐH Y Hà Nội. 2021: 46
- [6] Bùi Thị Thu Hà, Đánh giá kết quả sớm dẫn lưu đường mật qua da ở bệnh nhân u đường mật. Luận văn bác sỹ chuyên khoa II. ĐH Y Hà Nội. 2021: 64
- [7] Covey AM, Brown KT, Percutaneous transhepatic biliary drainage. Tech Vasc Interv Radiol. 2008. 11: 14-20.
- [8] Chandrashekhara SH, Gamanagatti S, Singh A, Bhatnagar S, Current Status of Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage in Palliation of Malignant Obstructive Jaundice: A Review. Indian J Palliat Care. 2016. 22: 378-387
- [9] Zhang GY, Li WT, Peng WJ, Li GD, He XH, Xu LC, Clinical outcomes and prediction of survival following percutaneous biliary drainage for malignant obstructive jaundice. Oncol Lett. 2014. 7: 1185-1190.

SURVEY QUALITY OF LIFE IN COLORECTAL CANCER PATIENTS WITH ARTIFICIAL ANUS AT DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE 1 - DA NANG ONCOLOGY HOSPITAL

Nguyen Thi Hue*, Doan Anh Tuan, Truong Dong Giang

Da Nang Oncology Hospital - Hoang Thi Loan street, 28 Hoa Minh, Lien Chieu, Da Nang, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 17/03/2023; Accepted 21/04/2023

ABSTRACT

Objectives: The study provides information about health status after intervention. Assess the quality of life in colorectal cancer patients with artificial anus; related factors.

Method: We conducted a cross-sectional study of 60 colorectal cancer patients with artificial anus.

Results: Quality of life had an average score of 34.1; With 33.3% poor, 50% poor average, 13.4% good average, 3.3% pretty good. There is a positive correlation between the overall quality of life score and functional areas of activity; functional limitations; pain; health assessment; feel vitality; social activity and psychological limitations.

Conclusion: The patient's quality of life is still low.

Keywords: Quality of life, colorectal cancer, artificial anus.

*Corresponding author

Email address: nguyenthue249@gmail.com

Phone number: (+84) 989 006 153



KHẢO SÁT CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG CÓ HẬU MÔN NHÂN TẠO TẠI KHOA NỘI 1 - BỆNH VIỆN UNG BƯỚU ĐÀ NẴNG

Nguyễn Thị Huệ*, Đoàn Anh Tuấn, Trương Đông Giang

Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng - Đường Hoàng Thị Loan, Tổ 28, Phường Hòa Minh, Liên Chiểu, Đà Nẵng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 17 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 21 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu cung cấp những thông tin về tình trạng sức khỏe sau các can thiệp. Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư đại trực tràng có hậu môn nhân tạo; các yếu tố liên quan.

Phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi mô tả cắt ngang 60 bệnh nhân ung thư đại trực tràng có hậu môn nhân tạo.

Kết quả: Chất lượng cuộc sống có điểm số trung bình là 34,1; 33,3% kém, 50% trung bình kém, 13,4% trung bình khá, 3,3% khá tốt. Có mối tương quan giữa chất lượng cuộc sống với các lĩnh vực hoạt động chức năng; giới hạn chức năng; cảm nhận đau đớn; đánh giá sức khỏe; cảm nhận sức sống; hoạt động xã hội và giới hạn tâm lý.

Kết luận: Chất lượng sống của bệnh nhân còn thấp.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, ung thư đại trực tràng, hậu môn nhân tạo.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổ chức y tế thế giới (WHO) định nghĩa chất lượng cuộc sống (CLCS) là “nhận thức của từng cá nhân về vị trí của mình trong bối cảnh văn hóa và hệ thống giá trị mà họ đang sống, liên quan đến mục tiêu, kỳ vọng, các tiêu chuẩn và mối quan tâm của họ” [2]. Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là loại ung thư có nguồn gốc từ đại tràng (phần chính của ruột già) hoặc trực tràng (đoạn nối giữa đại tràng và hậu môn). Đây là một trong những bệnh thường gặp và chiếm tỷ lệ đáng kể trong bệnh lý ung thư đường tiêu hóa. Hậu môn nhân tạo (HMNT) là

lỗ mở chủ động ở đại tràng ra ngoài da để thoát hết phân ra ngoài cơ thể nhằm thay thế hậu môn thật [7].

Bệnh nhân UTĐTT có HMNT đều bị ảnh hưởng ít nhiều đến sức khỏe, thể chất và công việc [3]. Tuy nhiên, bên cạnh những yếu tố ảnh hưởng về thể chất, người có HMNT thường bị mặc cảm, gây ảnh hưởng lớn đến sức khỏe tinh thần và chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật của người bệnh. Ngày nay, khi xã hội càng phát triển, thời gian sống của người bệnh UTĐTT tăng lên do sự tiên tiến trong phương pháp điều trị thì việc nâng cao chất lượng cuộc sống là nỗ lực lớn của cả hệ thống y tế

*Tác giả liên hệ

Email: nguyenthue249@gmail.com

Điện thoại: (+84) 989 006 153

[4]. Và liệu những yếu tố nào liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh UTĐTT có HMNT?. Đây là câu hỏi cần giải đáp để có phương án chăm sóc bệnh nhân được tốt hơn.

Mong muốn cải thiện CLCS được coi như một phần quan trọng trong chiến lược điều trị ung thư nhằm mục đích: Đánh giá hiệu quả của điều trị và chăm sóc; Cung cấp thông tin cho nhân viên y tế về tình trạng sức khỏe của người bệnh. Từ đó, xác định được các biện pháp hỗ trợ để nâng cao CLCS của người bệnh [5].

Trên thế giới và Việt Nam đã có một số nghiên cứu về chất lượng cuộc sống của người bệnh UTĐTT có HMNT. Tuy nhiên, tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng thì chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này.

Vì những lý do trên, chúng tôi tiến hành đề tài: **“Khảo sát chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư đại trực tràng có hậu môn nhân tạo tại Khoa Nội 1 Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng”** nhằm hai mục tiêu sau:

1. Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư đại trực tràng có hậu môn nhân tạo tại Khoa Nội 1 Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng.
2. Mô tả một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư đại trực tràng có hậu môn nhân tạo.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh ung thư đại trực tràng có hậu môn nhân tạo đang điều trị tại Khoa Nội 1, Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, bệnh nhân câm, điếc, tình trạng sức khỏe không đủ để tham gia khảo sát.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: tháng 10/2022 đến tháng 2/2023.

Địa điểm: Khoa Nội 1 – Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

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

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{p\varepsilon^2}$$

Trong đó:

N: Cỡ mẫu

Z: Trị số phân phối chuẩn, với độ tin cậy 95% thì $z = 1,92$ [7]

p: Tỷ lệ ước lượng kết cuộc trong dân số, lấy $p = 0,5$ để đảm bảo cỡ mẫu là lớn nhất và đại diện nhất cho những bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

ε : Sai số cho phép. Chọn $\varepsilon = 0,05$ để đảm bảo tỷ lệ sai lệch mong muốn không quá 10% so với tỷ lệ thực [7]. Thay vào công thức trên.

Lấy tròn thành cỡ mẫu $N = 60$.

Cách lấy mẫu: Lấy mẫu thuận tiện: Tất cả bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại khoa thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh sẽ được thu thập số liệu vào phiếu thu thập soạn sẵn cho đến khi đủ số lượng cỡ mẫu cần lấy.

2.4. Nội dung nghiên cứu

Các biến số nghiên cứu:

Giới tính, Tuổi, Nhóm tuổi, Chiều cao, Cân nặng, BMI, Trình độ học vấn, Nghề nghiệp, Mức thu nhập.

2.5. Công cụ thu thập số liệu

CLCS được đo bằng bộ câu hỏi SF-36 phiên bản tiếng Việt.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu

Thực hiện nhập số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1.

Số liệu được phân tích bằng phần mềm thống kê Stata 14.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu



Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		n = 60	%
Giới tính	Nam	38	63,3%
	Nữ	22	33,7%
Tuổi	Tuổi trung bình	61,5 ± 0,9	-
	<40	8	13,3%
	40-49	10	16,7%
	50-59	13	21,7%
	60-69	18	30%
	≥ 70	11	18,3%
BMI trung bình		18,9 ± 0,2	-

Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 61,5 tuổi, nhóm tuổi chủ yếu là 60 – 69 tuổi, chiếm 30%.

BMI trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 18,9.

3.2. Điểm số 8 lĩnh vực sức khỏe theo thang đo SF-36

Bảng 2. Điểm số 8 lĩnh vực sức khỏe theo thang đo SF-36

Lĩnh vực	Trung bình ± độ lệch chuẩn	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
1. Hoạt động chức năng	25 ± 20,8	0	100
2. Giới hạn chức năng	3,6 ± 11,5	0	51
3. Cảm nhận đau đớn	11 ± 19,8	0	98
4. Đánh giá sức khỏe	42,5 ± 15,2	24	70
5. Cảm nhận sức sống	51,7 ± 9,8	29	73
6. Hoạt động xã hội	41,2 ± 19,1	13,2	88,7
7. Giới hạn tâm lý	35,4 ± 23,5	0	100
8. Tâm thần tổng quát	57,1 ± 16,5	28	87

Trong đó điểm cao nhất ở lĩnh vực Tâm thần tổng quát với 57,1 ± 16,5 (điểm) và lĩnh vực cảm nhận sức sống với 51,7 ± 9,8 (điểm), điểm thấp nhất ở lĩnh vực giới

hạn chức năng với 3,6 ± 11,5.

3.3. Điểm số 2 thành phần sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần

Bảng 3. Điểm số 2 thành phần sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần

Thành phần	Trung bình ± độ lệch chuẩn	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Sức khỏe thể chất	23,7 ± 14,3	8,5	74,65
Sức khỏe tinh thần	46,5 ± 15,2	18,2	82,5

Điểm trung bình của thành phần sức khỏe thể chất là 23,7 ± 14,3 (điểm) và thành phần sức khỏe tinh thần là 46,5 ± 15,2 (điểm).

3.4. Phân bố mức độ chất lượng cuộc sống nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 4. Phân bố mức độ chất lượng cuộc sống

Mức độ	Số lượng	Tỉ lệ %
Kém (SF36: 0 - 25)	20	33,3%
Trung bình kém (SF36: 26 - 50)	30	50%
Trung bình khá (SF36: 51 – 75)	8	13,4%
Khá tốt (SF36: 76 - 100)	2	3,3%
Tổng	60	100%

Kết quả đánh giá về chất lượng cuộc sống của người bệnh có hậu môn nhân tạo sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng với 33,3% đối tượng ở mức kém, 50% đối tượng ở mức trung bình kém, 13,4% mức trung bình

khá, 3,3% mức khá tốt.

3.5. Mối liên quan giữa các thành phần CLCS với đặc điểm nền đối tượng nghiên cứu

Bảng 5: So sánh điểm số chất lượng cuộc sống với đặc điểm dân số

Nội dung	Tổng điểm CLCS TB ± DLC	p
Giới tính		
Nam	67,9 ± 17,5	0,659
Nữ	65,7 ± 10,7	
Nhóm tuổi		
<40 tuổi	84,7 ± 3,5	0,002
40-49 tuổi	74,3 ± 5,8	
50-59 tuổi	63,6 ± 9,6	
60-69 tuổi	63,6 ± 7,9	
≥70 tuổi	56,8 ± 19,1	
Chỉ số BMI		
<18,5	67,3 ± 18,0	0,417
18,5-22,9	67,9 ± 11,2	
23-24,9	60,5 ± 15,8	
≥25	72,4 ± 11,3	

Phép kiểm T-Test, ANOVA

Kết quả cho thấy có sự khác biệt về điểm số chất lượng cuộc sống với nhóm tuổi, cụ thể độ tuổi càng cao có điểm số chất lượng cuộc sống thấp hơn, mối liên quan

có ý nghĩa thống kê với p = 0,002.

Không có sự khác biệt về điểm số chất lượng cuộc sống giữa nhóm giới tính và chỉ số BMI đối tượng nghiên cứu



Bảng 6: So sánh điểm số chất lượng cuộc sống với trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu

Nội dung	Tổng điểm CLCS	P
	TB ± DLC	
Học vấn		
Dưới cấp 1	61,8 ± 11,0	0,003^c
Cấp 2,3	67,4 ± 15,8	
Trung cấp, cao đẳng, đại học	81,9 ± 7,0	

^c Phép kiểm ANOVA

Kết quả phân tích tại bảng trên cho thấy có sự khác biệt về điểm số chất lượng cuộc sống với trình độ học vấn

của đối tượng nghiên cứu, cụ thể đối tượng có trình độ học vấn càng cao có điểm số chất lượng cuộc sống càng cao, mối liên quan có ý nghĩa thống kê với $p=0,003$.

Bảng 7: Mối tương quan giữa điểm số chất lượng cuộc sống chung với các lĩnh vực chất lượng cuộc sống, tuổi của đối tượng nghiên cứu

Đặc tính	r	p
1. Hoạt động chức năng	0,593	<0,001
2. Giới hạn chức năng	0,821	<0,001
3. Cảm nhận đau đớn	0,659	<0,001
4. Đánh giá sức khỏe	0,591	<0,001
5. Cảm nhận sức sống	0,668	<0,001
6. Hoạt động xã hội	0,697	<0,001
7. Giới hạn tâm lý	0,824	<0,001
8. Tâm thần tổng quát	0,472	0,002
Tuổi	-0,583	<0,001

Tương quan Pearson

Có mối tương quan thuận, mức độ mạnh (với $r>0,5$) giữa điểm chất lượng cuộc sống chung với các lĩnh vực hoạt động chức năng; giới hạn chức năng; cảm nhận đau đớn; đánh giá sức khỏe; cảm nhận sức sống; hoạt động xã hội và giới hạn tâm lý của đối tượng nghiên cứu ($p<0,001$).

Có mối tương quan thuận, mức độ trung bình (với $r=0,462$) giữa điểm chất lượng cuộc sống chung với lĩnh vực tâm thần tổng quát của đối tượng nghiên cứu (với $p=0,002$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của bệnh nhân ung thư trực tràng

Tỷ lệ người bệnh tham gia nghiên cứu này có độ tuổi

cao nhất là từ 50-69 tuổi (30%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học của nhóm ung thư trực tràng tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng từ 2016-2020 [4]. Tuy nhiên, các nghiên cứu được thực hiện trên thế giới cho kết quả có sự khác biệt với nghiên cứu này khi người bệnh có độ tuổi trung bình trên 70 tuổi [8], [9].

BMI trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 18,9. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Võ Thị Tám. Hầu hết người bệnh trong nghiên cứu này có chỉ số BMI bình thường với cân nặng trung bình là $53,6 \pm 8,3$ (kilogram) và chiều cao trung bình là $158,5 \pm 7,2$ (centimet) [6].

4.2. Đánh giá chất lượng cuộc sống người bệnh có hậu môn nhân tạo

4.2.1. Sức khỏe thể chất

Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm trung bình 4 lĩnh vực thuộc sức khỏe thể chất là 23,7 điểm. Kết quả này tương đương với điểm của người bệnh khi đã phẫu thuật ung thư trực tràng được 3 tháng trong nghiên cứu của tác giả Võ Thị Tám [6]. Theo quy ước, kết quả này thể hiện người bệnh có CLCS kém và cần cải thiện rất nhiều.

4.2.2. Sức khỏe tinh thần

Khảo sát cho thấy chất lượng cuộc sống các đối tượng tham gia nghiên cứu với điểm số trung bình là $34,1 \pm 14,2$. Trong đó điểm cao nhất ở lĩnh vực Tâm thần tổng quát với $57,1 \pm 16,5$ (điểm) và lĩnh vực cảm nhận sức sống với $51,7 \pm 9,8$ (điểm), điểm thấp nhất ở lĩnh vực giới hạn chức năng với $3,6 \pm 11,5$. Điểm trung bình của thành phần sức khỏe thể chất là $23,7 \pm 14,3$ (điểm) và thành phần sức khỏe tinh thần là $46,5 \pm 15,2$ (điểm).

Sự khác biệt này phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Thùy Linh (2017) “Khảo sát tình hình sử dụng Capecita ine trong điều trị ung thư đại trực tràng tại Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu-Bệnh viện Bạch Mai khi khía cạnh tâm lý, cảm xúc của người bệnh trước phẫu thuật tốt hơn rất nhiều so với sau phẫu thuật 1-3 tháng. Sau đó người bệnh mới dần ổn định tâm lý và tăng điểm CLCS thông qua sức khỏe tinh thần [4].

4.3. Mối liên quan giữa các thành phần CLCS với đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt về điểm số chất lượng cuộc sống với trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu, cụ thể đối tượng có trình độ học vấn càng cao có điểm số chất lượng cuộc sống càng cao, mối liên quan có ý nghĩa thống kê với $p=0,003$. Có mối tương quan thuận, mức độ mạnh (với $r>0,5$) giữa điểm chất lượng cuộc sống chung với các lĩnh vực hoạt động chức năng; giới hạn chức năng; cảm nhận đau đớn; đánh giá sức khỏe; cảm nhận sức sống; hoạt động xã hội và giới hạn tâm lý của đối tượng nghiên cứu ($p<0,001$). Có mối tương quan thuận, mức độ trung bình (với $r=0,462$) giữa điểm chất lượng cuộc sống chung với lĩnh vực tâm thần tổng quát của đối tượng nghiên cứu (với $p=0,002$).

Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Phan Đình Tuấn Dũng (2017) “Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư điều trị ngoại trú tại Bệnh viện quận 2 năm 2017 khi kết luận điểm CLCS thấp hơn về cảm giác đau đớn ở những bệnh nhân có trình độ học vấn thấp hơn [2].

5. KẾT LUẬN

Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư đại trực tràng có hậu môn nhân tạo còn thấp: chỉ 3,3 % là khá tốt. Có sự khác biệt về điểm số chất lượng cuộc sống với nhóm tuổi. Có mối tương quan thuận, mức độ mạnh giữa điểm chất lượng cuộc sống chung với các lĩnh vực hoạt động chức năng; giới hạn chức năng; cảm nhận đau đớn; đánh giá sức khỏe; cảm nhận sức sống; hoạt động xã hội và giới hạn tâm lý của đối tượng nghiên cứu. Có mối tương quan thuận, mức độ trung bình giữa điểm chất lượng cuộc sống chung với lĩnh vực tâm thần tổng quát của đối tượng nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bùi Thế Anh, “Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư thanh quản trước và sau phẫu thuật”, Đại Học Y Hà Nội, tr.157, 2019.
- [2] Phan Đình Tuấn Dũng, “Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư điều trị ngoại trú tại Bệnh viện quận 2 năm 2017”, Luận văn tiến sỹ Đại học Y dược Huế, tr.84, 2017.
- [3] Nguyễn Thị Bích Hạnh, Đinh Anh Đức, Nguyễn Thanh Liêm, “Nhận xét đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bước đầu hậu môn nhân tạo”. Y học thực hành, 6 (824), tr. 15-18, 2012.
- [4] Lê Thùy Linh, “Khảo sát tình hình sử dụng Capecita ine trong điều trị ung thư đại trực tràng tại Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu-Bệnh viện Bạch Mai”, tr.36,39,46, 2017.
- [5] Nguyễn Thị Thúy Minh, Châu Ngọc Hoa, “Khảo sát chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư thực quản có hậu môn nhân tạo”. Y học TP Hồ Chí Minh, tr. 140-144, 2014.
- [6] Võ Thị Tám, “Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh mang hậu môn nhân tạo vĩnh viễn tại Bệnh viện Hữu Nghị”, tr.26,27,35,38, 2019.
- [7] Nguyễn Ngọc Thực, “Thực trạng chất lượng cuộc sống của người bệnh mang hậu môn nhân tạo đang điều trị tại Bệnh viện Việt Đức năm 2020”, tr.45,46, 2020.
- [8] A Recio-Boiles, H M Babiker, “Cancer patient has an ostomy in StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL)”, 2019.
- [9] Bruce Waxman, Brendon J Coventry, David Wattachow, Clifford Ko, “Quality of life of cancer patients with colostomy in Colorectal Surgery”, 3-70, 2014.



PERCEPTIONS AND PRACTICE OF EXERCISES AMONG BREAST CANCER PATIENTS AFTER SURGERY IN K HOSPITAL

Bui Thi Bich Lien*, Le Van Quang

Vietnam National Cancer Hospital - 30 Cau Buou street, Tan Trieu Commune, Thanh Tri district, Hanoi, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 20/03/2023; Accepted 15/04/2023

ABSTRACT

Objectives: (1) Describe the perception and practice of exercise on breast cancer patients after surgery at K Hospital 2019. (2) Describe some factors related to awareness and exercise practice in breast cancer patients after surgery. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on exercise awareness and practice on breast cancer patients who underwent surgery at the Department of Breast Surgery - Hospital. K. **Results:** With 224 patients participating in the study, 100% of the patients performed the recommended exercise. The average to complete exercise assessment score is 92.9%. There was a statistically significant correlation between perceived social support and the two forms of exercise; to the instructions and their personal preferences. **Conclusion:** Health counseling and education have positive implications in raising breast cancer awareness and exercising after breast cancer surgery.

Keywords: Perceptions and practice, do exercise after breast cancer surgery.

*Corresponding author

Email address: buibichlien75@gmail.com

Phone number: (+84) 989 640 365

NHẬN THỨC VÀ THỰC HÀNH LUYỆN TẬP THỂ DỤC TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ SAU PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN K

Bùi Thị Bích Liên*, Lê Văn Quảng

Bệnh viện K - Số 30 đường Cầu Bươu, xã Tân Triều, huyện Thanh Trì, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 20 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 15 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả nhận thức và thực hành luyện tập thể dục trên bệnh nhân ung thư vú sau phẫu thuật tại Bệnh viện K năm 2019. (2) Mô tả một số yếu tố liên quan đến nhận thức và thực hành luyện tập thể dục trên người bệnh ung thư vú sau phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên người bệnh ung thư vú được phẫu thuật tại khoa Ngoại Vú - Bệnh viện K. **Kết quả:** Với 224 người bệnh tham gia trong nghiên cứu, 100% người bệnh đã thực hiện bài tập được khuyến nghị. Điểm lượng giá luyện tập ở mức độ trung bình đến hoàn thành đạt tỉ lệ là 92,9%. Có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa nhận thức về hỗ trợ xã hội với hai hình thức luyện tập thể dục; theo bài hướng dẫn và theo sở thích cá nhân. **Kết luận:** Việc tư vấn, giáo dục sức khỏe có ý nghĩa tích cực trong nâng cao nhận thức bệnh ung thư vú và luyện tập thể dục sau phẫu thuật ung thư vú.

Từ khóa: Nhận thức và thực hành, tập thể dục sau phẫu thuật ung thư vú.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là bệnh ung thư hay gặp nhất ở phụ nữ và là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ hai sau ung thư phổi trong các bệnh ung thư trên toàn thế giới.

Hoạt động thể chất là một đóng góp quan trọng cho sức khỏe và có liên quan đến chất lượng cuộc sống [3]. Ngoài ra, hoạt động thể chất cũng ảnh hưởng rất tích cực đến bệnh lý ung thư trong đó có ung thư vú. Theo một nghiên cứu năm 2008 đã báo cáo rằng “hoạt động thể chất có liên quan đến việc giảm 25 đến 30% nguy cơ phát triển ung thư vú” [4] và đóng một vai trò quan

trọng trong việc giảm mệt mỏi, phù bạch huyết cánh tay cùng bên sau phẫu thuật ung thư vú [5] [6] [7] [8].

Bệnh viện K là một trong những bệnh viện lớn nhất cả nước đóng vai trò là trung tâm ung thư chính để điều trị cho người bệnh ung thư các tỉnh miền Bắc Việt Nam. Ước tính có khoảng trên 6000 người bệnh ung thư nhập viện điều trị mỗi năm; trong số này có 15% phụ nữ mắc ung thư vú [9]. Trước khi phẫu thuật điều trị ung thư vú, người bệnh được tư vấn, giáo dục sức khỏe và hướng dẫn người bệnh “Bài tập phục hồi chức năng sau phẫu thuật ung thư vú” theo một chương trình được thiết kế bởi “Mạng lưới Ung thư Vú Việt Nam” [10], nhằm nâng

*Tác giả liên hệ

Email: buibichlien75@gmail.com

Điện thoại: (+84) 989 640 365



cao nhận thức cho người bệnh, để ngăn ngừa tê bì cánh tay cùng bên sau phẫu thuật, giúp vận động tốt vùng khớp vai, cánh tay, cổ và bàn tay. Mặc dù, chương trình đã được triển khai trong nhiều năm nhưng hiệu quả vẫn chưa được đánh giá. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả nhận thức và thực hành luyện tập thể dục trên bệnh nhân ung thư vú sau phẫu thuật tại Bệnh viện K năm 2019.*

2. *Mô tả một số yếu tố liên quan đến nhận thức và thực hành luyện tập thể dục trên người bệnh ung thư vú sau phẫu thuật.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh ung thư vú điều trị tại khoa Ngoại Vú - Bệnh viện K có chỉ định phẫu thuật từ tháng 08/2019 đến tháng 12 /2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

Người bệnh sau hội chẩn có chỉ định phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú hoặc một phần tuyến vú (phẫu thuật bảo tồn tuyến vú), vết hạch nách, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2.2. *Thiết kế nghiên cứu:* Mô tả cắt ngang.

2.2.3. Chọn mẫu nghiên cứu:

▪ Cỡ mẫu:

Trong đề tài này chúng tôi sử dụng phương pháp chọn mẫu theo công thức tính cỡ mẫu nghiên cứu tỷ lệ với $P = 70\%$.

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

- P: Xác suất có nhận thức tốt và thực hành luyện tập thể dục thường xuyên của người bệnh sau phẫu thuật.

- $Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy = 1,96

- d: Sai số

- Tham khảo từ nghiên cứu trước [54], áp dụng theo công thức tính cỡ mẫu có $n \geq 224$.

2.2.4. Cách thức tiến hành

Dữ liệu được thu thập bằng bộ câu hỏi phỏng vấn (Phụ lục 1).

Đánh giá nhận thức sẽ được đánh giá theo thang điểm Likert. Tổng số điểm cho nhận thức của từng thành phần trong mô hình sẽ là trung bình điểm của các mục trong thành phần đó. Điểm trung bình càng cao, người bệnh càng cảm nhận nhiều hơn. Đánh giá thực hành luyện tập thể dục sau phẫu thuật ung thư vú theo “Bài tập phục hồi chức năng sau phẫu thuật ung thư vú” và các hình thức luyện tập thể dục khác cũng được ghi nhận lại.

Các phân tích thống kê được áp dụng theo các mục tiêu nghiên cứu. Để xác định một số yếu tố liên quan, tương quan tuyến tính Pearson cũng sẽ được chúng tôi sử dụng trong phân tích số liệu cho nghiên cứu này.

2.2.5. Xử lý số liệu:

Số liệu được tổng hợp và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ

Sau khi thu thập thông tin tại khoa Ngoại Vú - Bệnh viện K từ tháng 8 năm 2019 đến hết tháng 12 năm 2019, có 224 người bệnh đạt tiêu chuẩn nghiên cứu. Độ tuổi trung bình là $50,73 \pm 11,32$, người bệnh có tuổi thấp nhất là 28 và cao nhất là 75 tuổi. Tỷ lệ người tham gia nghiên cứu có trình độ từ Trung học phổ thông trở lên là 41,47%, trình độ thấp nhất đến Trung học cơ sở là 58,53%. Có đến 72,3% người bệnh ung thư vú đang sống cùng bạn đời và hầu hết trong số họ là quản gia, lao động phổ thông chiếm tỉ lệ là 66,5%.

Bảng 1. Nhận thức về khả năng tái phát ung thư vú

Các vấn đề	Mean ± SD
Tôi nghĩ rằng ung thư vú ảnh hưởng đến sức khỏe của tôi	4,01 ± 0,067
Ngày nay, nhiều người bị ung thư vú khiến tôi thấy lo lắng	3,4 ± 0,662
Tôi thường lo lắng rằng tôi có thể bị ung thư vú trở lại	2,79 ± 0,79
Tôi có khả năng bị ung thư vú trở lại mặc dù tôi đã được phẫu thuật	3,59 ± 0,53
Tôi có nhiều thứ phải lo lắng thay vì nghĩ đến việc ung thư vú tái phát	3,1 ± 0,74
Điểm trung bình của tổng nhận thức về khả năng tái phát ung thư vú	16,88 ± 1,7 (3,37 ± 0,33)

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, hầu hết người bệnh của họ, do đó điểm trung bình của tổng nhận thức về đều có nhận thức ung thư vú ảnh hưởng đến sức khỏe khả năng tái phát ung thư vú là 3,37 ± 0,33.

Bảng 2. Nhận thức về mức độ nghiêm trọng của ung thư vú

Các vấn đề	Mean ± SD
Ung thư vú không phải là vấn đề đối với các hoạt động hàng ngày của tôi	3,77 ± 0,63
Ung thư vú có thể làm giảm chất lượng cuộc sống của tôi	3,93 ± 0,29
Ung thư vú có thể gây ra nhiều đau đớn	3,26 ± 0,604
Tôi có thể suy yếu về thể chất sau phẫu thuật ung thư vú	3,71 ± 0,5
Tôi có thể bị phù bạch huyết sau phẫu thuật ung thư vú	3,61 ± 0,499
Khi tôi bị ung thư vú lần nữa, tôi phải trả nhiều tiền cho việc điều trị	4,01 ± 0,115
Tôi có thể chết nếu tôi bị ung thư vú trở lại	2,83 ± 0,72
Ung thư vú không làm ảnh hưởng nhiều đến mối quan hệ của tôi với người khác	3,14 ± 0,97
Điểm trung bình của tổng nhận thức về mức độ nghiêm trọng của ung thư vú	28,20 ± 2,02 (3,52 ± 0,25)

Nhận xét: Nhận thức khi bị ung thư vú lần nữa sẽ phải trả nhiều tiền cho việc điều trị có điểm trung bình cao nhất là 4,01 ± 0,115. Điểm trung bình của tổng nhận thức về mức độ nghiêm trọng của ung thư vú là 3,52 ± 0,25.



Bảng 3. Nhận thức về lợi ích của việc thực hiện luyện tập thể dục

Các vấn đề	Mean ± SD
Các biến chứng của ung thư vú là lý do khiến tôi tập thể dục	3,86 ± 0,52
Tập thể dục có thể làm giảm các biến chứng sau phẫu thuật ung thư vú	3,89 ± 0,33
Tập thể dục có thể làm tăng thời gian sống thêm sau phẫu thuật ung thư vú	3,26 ± 0,53
Tập thể dục có thể làm giảm khả năng tái phát sau phẫu thuật ung thư vú	3,01 ± 0,38
Tập thể dục có thể làm giảm khả năng tử vong sau phẫu thuật ung thư vú	2,98 ± 0,39
Điểm trung bình của tổng nhận thức về lợi ích của luyện tập thể dục	16,99 ± 1,22 (3,398 ± 0,245)

Nhận xét: Nhận thức luyện tập thể dục có thể làm giảm các biến chứng sau phẫu thuật ung thư vú có giá trị là 3,89 ± 0,52. Điểm trung bình của tổng nhận thức về lợi ích của luyện tập thể dục sau phẫu thuật ung thư vú là 3,39 ± 0,24.

Bảng 4. Mối quan hệ giữa luyện tập “Bài tập phục hồi chức năng sau phẫu thuật ung thư vú” với nhận thức

	Tổng lượng giá luyện tập Bài tập phục hồi chức năng sau phẫu thuật	p
Nhận thức về khả năng tái phát	r = 0,232	0,001
Nhận thức về mức độ nghiêm trọng	r = 0,063	0,34
Nhận thức về lợi ích của luyện tập thể dục	r = 0,05	0,45
Nhận thức về rào cản của tập thể dục	r = 0,289	0,001

*: Tương quan Pearson

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa luyện tập “Bài tập phục hồi chức năng sau phẫu thuật

ung thư vú” với nhận thức về khả năng tái phát ung thư vú, giá trị p là 0,001; với nhận thức về rào cản của việc luyện tập thể dục, giá trị p là 0,001.

Bảng 5. Mối quan hệ giữa luyện tập thể dục khác và nhận thức

	Luyện tập thể dục khác	p
Nhận thức về khả năng tái phát	r = 0,128	0,05
Nhận thức về mức độ nghiêm trọng	r = 0,009	0,89
Nhận thức về lợi ích của việc luyện tập thể dục	r = 0,21	0,001
Nhận thức về rào cản của việc luyện tập thể dục	r = 0,84	0,001

*: Tương quan Pearson

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa luyện tập thể dục khác với nhận thức về khả năng tái phát ung thư vú; với nhận thức về lợi ích của việc luyện tập thể dục và với nhận thức về rào cản của việc luyện tập thể

dục, giá trị p lần lượt là: 0,05; 0,001 và 0,001.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, nhận thức của người bệnh sau

phẫu thuật ung thư vú có mức điểm trung bình của tổng nhận thức về khả năng tái phát ung thư vú là $3,37 \pm 0,33$. Tác giả Mai Thị Minh Nguyệt (2014) cho biết điểm trung bình của tổng nhận thức về khả năng tái phát ung thư vú là $3,6 \pm 0,82$ và tổng điểm cảm nhận này cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi. Sự chênh lệch này có thể liên quan đến tỉ lệ người bệnh có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên trong nghiên cứu này cao hơn 3,39%, hơn nữa tác động của truyền thông trong khám sàng lọc phát hiện sớm ung thư vú tại Bệnh viện K có ảnh hưởng rất tốt đến nhận thức của phụ nữ trong cộng đồng.

Điểm trung bình của nhận thức về mức độ nghiêm trọng của ung thư vú cũng ở mức trung bình là $3,52 \pm 0,25$. Nhận thức khi bị ung thư vú lần nữa sẽ phải trả nhiều tiền cho việc điều trị có điểm trung bình cao nhất trong nhóm là $4,01 \pm 0,115$. Có thể nói, tác động mạnh mẽ nhất trong nhận thức về mức độ nghiêm trọng của ung thư vú và cũng là nỗi lo lắng nhất của người bệnh đó chính là ung thư vú có thể khiến họ tốn rất nhiều tiền cho việc điều trị và ngăn ngừa tái phát.

Việc thực hành luyện tập thể dục của người bệnh sau phẫu thuật ung thư vú trong nghiên cứu này đạt kết quả nhiều hơn mong đợi của nhóm nghiên cứu. Tại khoa Ngoại Vú - Bệnh viện K, công tác tư vấn cho người bệnh luyện tập “Bài tập phục hồi chức năng sau phẫu thuật ung thư vú” được nhân viên y tế thực hiện rất đầy đủ. Kết quả là các người bệnh tham gia trong nghiên cứu này đã thực hiện bài tập được khuyến nghị đạt tỉ lệ 100%. Tuy nhiên, điểm lượng giá luyện tập ở mức độ trung bình đến hoàn thành chỉ đạt tỉ lệ là 92,9% mà không có người bệnh nào luyện tập bài tập đã khuyến nghị đạt điểm tối đa là 126 điểm. Qua xem xét lại bảng số liệu thống kê thấy có một số lượng người bệnh trong 3 ngày đầu tiên sau cuộc phẫu thuật, họ dường như không có ý định tập bất kỳ động tác thể dục nào trong “Bài tập phục hồi chức năng sau phẫu thuật ung thư vú” mà nhân viên y tế đã tư vấn. Kết quả này có lẽ bị ảnh hưởng bởi yếu tố tâm lý của người bệnh sau phẫu thuật. So sánh với số liệu báo cáo của Mai Thị Minh Nguyệt và ghi nhận mà Caitlin và cộng sự (2013) đã báo cáo cho thấy tỷ lệ phụ nữ bị ung thư vú tuân theo các bài tập được khuyến nghị là thấp đáng kể [72] [73].

Với việc luyện tập thể dục khác theo sở thích cá nhân tỉ lệ là 63,8%. Bên cạnh việc thực hiện luyện tập các động tác trong bài tập được khuyến nghị, người bệnh vẫn tập các bài tập thể dục mà họ thường xuyên luyện tập như

một thói quen trong ngày vào mỗi buổi sáng hoặc buổi chiều và đi bộ thể thao là hình thức luyện tập mà nhiều người bệnh lựa chọn.

Việc mô tả một số yếu tố liên quan đến nhận thức và thực hành luyện tập thể dục trên những người bệnh sau phẫu thuật ung thư vú trong nghiên cứu này cho thấy: Các đặc điểm xã hội học của đối tượng nghiên cứu tác động đến nhận thức của người bệnh có sự khác biệt không đồng nhất với nhau. Sự tác động không đồng nhất đó chúng tôi ghi nhận và đánh giá cao giá trị của nó bởi vì dù không đồng nhất nhưng khi có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê thì có nghĩa đã có sự phân hóa và tác động khác nhau đến nhận thức của người bệnh. Và từ việc thay đổi nhận thức của người bệnh sẽ dẫn đến thay đổi các hành vi trong đó bao gồm việc luyện tập thể dục và các hoạt động thể chất khác.

Mỗi người bệnh trong nghiên cứu này nhận được sự hỗ trợ xã hội khác nhau phụ thuộc vào hoàn cảnh thực tế của họ nhưng cùng với sự phát triển chung của xã hội, phụ nữ Việt Nam ngày nay độc lập hơn trong các hoạt động đặc biệt là hoạt động thể chất của cá nhân họ. Vấn đề lớn nhất ảnh hưởng đến luyện tập thể dục không phải là họ thiếu các gợi ý luyện tập thể dục khác mà là việc luyện tập “Bài tập phục hồi chức năng sau phẫu thuật ung thư vú”, người bệnh chỉ nhận được sự hỗ trợ từ nhân viên y tế. Và vấn đề có tác động quan trọng trong luyện tập thể dục, tham gia vào các hoạt động thể chất đó chính là tình trạng kinh tế của gia đình người bệnh. Việc phải lo lắng nhiều đến nhu cầu thiết yếu của cuộc sống và mất tự tin sau phẫu thuật, cũng sẽ là những rào cản ảnh hưởng không nhỏ.

5. KẾT LUẬN - KHUYẾN NGHỊ

Việc tư vấn, giáo dục sức khỏe có ý nghĩa tích cực trong nâng cao nhận thức bệnh ung thư vú cũng như giá trị của việc luyện tập thể dục. Ngoài việc luyện tập “Bài tập phục hồi chức năng sau phẫu thuật ung thư vú”, người bệnh cần thêm khuyến nghị về các bài tập thể dục khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bùi Diệu, Nguyễn Bá Đức và CS, Gánh nặng bệnh ung thư và chiến lược phòng chống ung thư Quốc gia đến năm 2020. Tạp chí Ung thư học Việt Nam; số 1-2016; 19-20, 2016.



- [2] Đỗ Đức Huy Hoàng và CS, Mối tương quan giữa bộc lộ ER, PR, HER2-NEU và nồng độ CA15.3 và các yếu tố khác ở bệnh nhân ung thư vú hóa trị hỗ trợ. Tạp chí Ung thư học Việt Nam. số 4-2017; 253-254, 2017.
- [3] Farrell SW, Braun L et al., The relation of body mass index, cardiorespiratory fitness, and all-cause mortality in women. *Obes Res.* 2002;10: 417-423, 2002.
- [4] Friedenreich, ust AE., Physical activity and breast cancer risk: impact of timing, type and dose of activity and population subgroup effects. *Br J Sports Med.* 2008; 42: 636-647, 2008.
- [5] Headley J, Ownby K, The effect of seated exercise on fatigue and quality of life in women with advanced breast cancer. *Oncology Nursing Forum.* 2004; 31(5): 977-983, 2004.
- [6] Turner J, (Improving the physical status and quality of life of women treated for breast cancer. *Journal of Surgical Oncology.* 2004: 86(3): 141-146.
- [7] Johansson K, Weibull A, Low intensity resistance exercise for breast cancer patients with arm lymphedema with or without compression sleeve. *Lymphology.* 2005; 38(4): 167-180, 2005.
- [8] Mutrie N, Campbell A et al., Benefits of supervised group exercise programme for women being treated for early stage breast cancer. *British Medical Journal.* 2007; 334(7592): 517-523, 2007.
- [9] Báo cáo Tổng kết năm 2018; Phòng Kế hoạch Tổng hợp – Bệnh viện K.
- [10] Mạng lưới Ung thư Vú Việt Nam/ BCNV. Bài tập phục hồi chức năng sau phẫu thuật Ung thư Vú của Active Rehabilitation Physiotherapy Australia cũng như kết hợp với kinh nghiệm tập của bệnh nhân Việt Nam; Tel: (04)85 828 912; Email: phuchoichucnang.bcnv@gmail.com; Fanpage: www.facebook/BreastCancerNetworkVietnam

STATUS OF COLOSTOMY CARE IN PATIENTS AFTER COLORECTAL SURGERY

Nguyen Thi Phong Lan^{1,*}, Phan Thi Dung², Do Anh Tu¹

¹Vietnam National Cancer Hospital - 30 Cau Buou street, Tan Trieu Commune, Thanh Tri district, Hanoi, Vietnam

²Hanoi University of Business and Technology - 29A/124 Vinh Tuy, Hai Ba Trung, Hanoi, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 20/03/2023; Accepted 18/04/2023

ABSTRACT

Objectives: Investigate the status of stoma care in patients after colorectal cancer (CRC) surgery at K hospital.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study included 181 patients after CRC surgery from November 2020 to December 2021. Data was collected using the self-developed questionnaire. Data were analyzed using SPSS software version 24.0.

Results: CRC patients were effectively cared for with a low rate of complications, mainly inflammation and redness around the stoma (15.5%). Outcome of stoma care was assessed as good (90.6%) and not good (9.4%).

Conclusion: Evaluation of stoma care has an important role in nursing care.

Keywords: Colorectal cancer, stoma care, nursing, patients.

*Corresponding author

Email address: phonglanbvk@gmail.com

Phone number: (+84) 982 096 838



THỰC TRẠNG CHĂM SÓC HẬU MÔN NHÂN TẠO TRÊN NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG

Nguyễn Thị Phong Lan^{1,*}, Phan Thị Dung², Đỗ Anh Tú¹

¹Bệnh viện K - Số 30 đường Cầu Bươu, xã Tân Triều, huyện Thanh Trì, Hà Nội, Việt Nam

²Trường đại học kinh doanh và công nghệ - Số 29A/124, phố Vĩnh Tuy, quận Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 20 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 18 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát thực trạng chăm sóc hậu môn nhân tạo (HMNT) trên người bệnh sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng (UTĐTT) tại Bệnh viện K.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang từ tháng 11/2020 - 12/2021 trên 181 người bệnh sau phẫu thuật UTĐTT có HMNT. Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn. Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 24.0.

Kết quả: Người bệnh được chăm sóc hiệu quả với tỷ lệ biến chứng thấp, chủ yếu là viêm tấy đỏ xung quanh HMNT (15,5%). Kết quả chăm sóc được đánh giá ở mức tốt (90,6%), mức chưa tốt (9,4%).

Kết luận: Đánh giá thực trạng chăm sóc HMNT rất quan trọng trong chăm sóc điều dưỡng.

Từ khóa: Ung thư đại trực tràng, hậu môn nhân tạo, chăm sóc, người bệnh.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) đã trở thành bệnh ung thư phổ biến trên thế giới và Việt Nam cũng không ngoại lệ [7]. Phẫu thuật có mở thông hậu môn nhân tạo (HMNT) là phương pháp điều trị phổ biến trong UTĐTT. Nghiên cứu tại Bệnh viện K năm 2019 đã báo cáo hơn 50% người bệnh phẫu thuật UTĐTT có mở thông HMNT [3]. Người bệnh mang HMNT sau phẫu thuật phải đối mặt với nhiều tác động tiêu cực về thể chất, tâm lý và xã hội. Điều này dẫn đến suy giảm chất lượng cuộc sống của họ [4]. Chăm sóc HMNT đúng cách có vai trò quan trọng trong quá trình hồi phục của người bệnh.

Bệnh viện K là một trong những trung tâm ung thư lớn của Việt Nam. Do đó, số lượng người bệnh UTĐTT nói chung và số lượng người bệnh mang HMNT sau phẫu thuật UTĐTT nói riêng là không nhỏ. Tuy nhiên, thực trạng chăm sóc HMNT vẫn chưa được đánh giá một cách có hệ thống. Vì vậy, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này nhằm khảo sát thực trạng chăm sóc HMNT trên người bệnh UTĐTT.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả tiến cứu với phương pháp chọn

*Tác giả liên hệ

Email: phonglanbvk@gmail.com

Điện thoại: (+84) 982 096 838

mẫu thuận tiện được thực hiện từ tháng 11/2020 đến tháng 12/2021 tại Bệnh viện K. Đối tượng tham gia là người bệnh UTĐTT có HMNT sau phẫu thuật tại Bệnh viện K.

Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm:

- Người bệnh từ 16 tuổi trở lên
- Người bệnh đã trải qua phẫu thuật UTĐTT có HMNT
- Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm:

- Người bệnh có HMNT nhưng chẩn đoán xác định không phải là UTĐTT
- Người bệnh không phẫu thuật HMNT tại Bệnh viện K
- Người bệnh có khó khăn trong giao tiếp khi tiếp cận.

Thông tin nghiên cứu được thu thập dựa trên bộ câu hỏi được thiết kế bao gồm đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (tuổi, giới tính, nghề nghiệp, vị trí ung thư, giai đoạn bệnh, phương thức phẫu thuật, thời gian nằm viện, loại HMNT), kết quả chăm sóc người bệnh (thể

chất, tinh thần, tư vấn, giáo dục sức khỏe), và các biến chứng trong quá trình chăm sóc.

Số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 24.0. Phân tích mô tả được thực hiện nhằm thể hiện tần số và tỷ lệ phần trăm (%) của các thông tin liên quan đến đối tượng nghiên cứu và kết quả chăm sóc.

Nghiên cứu được thực hiện sau khi thông qua hội đồng khoa học của trường Đại học Thăng Long và sự cho phép của ban lãnh đạo Bệnh viện K. Đối tượng nghiên cứu được thông báo, giải thích và tự nguyện tham gia nghiên cứu bằng cách ký vào bản đồng ý tham gia. Quá trình thu thập số liệu không làm ảnh hưởng đến kết quả chăm sóc và điều trị của người bệnh. Thông tin của đối tượng nghiên cứu đều được bảo mật. Số liệu và kết quả nghiên cứu chỉ sử dụng nhằm mục đích khoa học.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của người bệnh sau phẫu thuật UTĐTT có HMNT

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 181)

Biến số		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<50	30	16,6
	50-60	47	26,0
	61-70	67	37,0
	>70	37	20,4
Giới tính	Nam	132	72,9
	Nữ	49	27,1
Nghề nghiệp	Người cao tuổi	117	64,6
	Nông dân	37	20,4
	Cán bộ công nhân viên chức	11	6,2
	Khác	16	8,8
Vị trí ung thư	Đại tràng	21	11,6
	Trực tràng	160	88,4
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn 1	3	1,7
	Giai đoạn 2	16	8,8
	Giai đoạn 3	121	66,9
	Giai đoạn 4	41	22,7

Biến số		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Phương thức phẫu thuật	Cấp cứu	14	7,7
	Có kế hoạch	167	92,3
Thời gian nằm viện (ngày)	1 - 7	6	3,3
	8 - 14	119	65,7
	15 - 21	46	25,4
	>22	10	5,5
Loại HMNT	HMNT tạm thời	100	55,2
	HMNT vĩnh viễn	81	44,8

Tổng số 181 người bệnh có HMNT sau phẫu thuật UTĐTT đã tham gia nghiên cứu. Người bệnh chủ yếu là nam giới (72,9%). Sự phân bố này tương đồng với các nghiên cứu khác tại Việt Nam [2]. Một nghiên cứu của Neumaan và cộng sự ghi nhận 62,4% người bệnh UTĐTT là nam giới [6]. Độ tuổi của người bệnh từ 17 đến 91 tuổi, trong đó chủ yếu là người cao tuổi (64,6%). Tỷ lệ này tương đương với các nghiên cứu khác [1]. Tuổi cao cũng là một trong các yếu tố nguy cơ mắc UTĐTT và tăng thêm nhu cầu chăm sóc, đặc biệt là chăm sóc HMNT.

Đa số người bệnh được chẩn đoán ung thư trực tràng (88,4%), còn lại 11,6% người bệnh ung thư đại tràng. Hầu hết người bệnh ung thư giai đoạn 3 (66,9%), chỉ có 1,7% người bệnh ung thư giai đoạn 1. Tỷ lệ người bệnh ung thư trực tràng và ung thư giai đoạn 3 trong nghiên

cứu này cao hơn các nghiên cứu khác do tập trung lựa chọn người bệnh có HMNT [5].

Người bệnh được phẫu thuật có kế hoạch chiếm tỷ lệ cao (92,3%) do UTĐTT không phải bệnh cấp tính. Các trường hợp phải phẫu thuật cấp cứu thường do biến chứng của UTĐTT như tắc ruột, thủng hoặc xuất huyết tiêu hóa. Thời gian nằm viện trung bình là 13,3 ngày với thời gian ngắn nhất là 5 ngày và dài nhất là 36 ngày. Thời gian nằm viện có thể thể hiện hiệu quả chăm sóc người bệnh, có sự tương đồng với các nghiên cứu khác [1]. Người bệnh mang HMNT vĩnh viễn chiếm 44,8%. Người bệnh có HMNT vĩnh viễn thường có nhu cầu chăm sóc cao hơn do phải tự chăm sóc HMNT suốt đời.

3.2. Kết quả chăm sóc HMNT trên người bệnh sau phẫu thuật UTĐTT

Bảng 2: Kết quả chăm sóc HMNT trên người bệnh sau phẫu thuật UTĐTT (n=181)

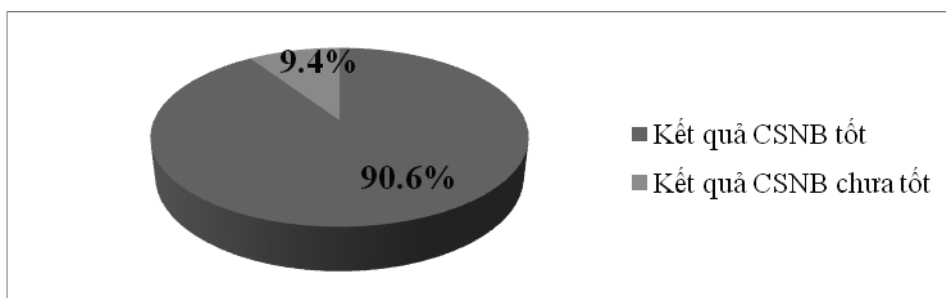
Biến số		Tần số (n)	Tỷ lệ %
<i>Hoạt động chăm sóc thể chất</i>			
Đo dấu hiệu sinh tồn	3 lần/ ngày	162	89,5
	< 3 lần/ ngày	19	10,5
Thay băng vết mổ	1 lần/ ngày	181	100
	< 1 lần/ ngày	0	0
Thay băng chân ống dẫn lưu	1 lần/ ngày	95	100
	< 1 lần/ ngày	0	0
Theo dõi ống dẫn lưu	Bình thường	92	96,8
	Không bình thường	3	3,2

Biến số		Tần số (n)	Tỷ lệ %
Chăm sóc về dinh dưỡng	3 lần/ ngày	175	96,7
	< 3 lần/ ngày	6	3,3
Chăm sóc HMNT	3 lần/ ngày	178	98,3
	<3 lần/ngày	3	1,7
<i>Hoạt động chăm sóc tinh thần, tư vấn và giáo dục sức khỏe</i>			
Chăm sóc tâm lý	Có	179	98,9
	Không	2	1,1
Tư vấn về HMNT	Có	166	91,7
	Không	15	8,3
Tư vấn về dinh dưỡng	1 lần/ ngày	175	96,7
	< 1 lần/ ngày	6	3,3
Tư vấn về tuân thủ điều trị	1 lần/ ngày	163	90,1
	< 1 lần/ ngày	8	9,9
Tư vấn về sự cần thiết của vận động	1 lần/ ngày	154	85,1
	< 1 lần/ ngày	27	14,9
Hướng dẫn cách thay túi HMNT sau ra viện	Có	178	98,3
	Không	3	1,7
Tư vấn về tái khám định kỳ	Có	172	95,0
	Không	9	5,0

Nhìn chung, đa số người bệnh sau phẫu thuật UTĐTT được chăm sóc thường xuyên. Tuy nhiên, một số hoạt động chăm sóc thể chất chưa thực hiện đồng đều gồm đo dấu hiệu sinh tồn (10,5%), chăm sóc dinh dưỡng (3,3%), chăm sóc HMNT (1,7%). Hầu hết người bệnh được chăm sóc tinh thần, tư vấn và giáo dục sức khỏe. Một số người bệnh chưa được chăm sóc tâm lý (1,1%);

tư vấn về HMNT (8,3%), dinh dưỡng (3,3%), tuân thủ điều trị (9,9%), vận động (14,9%), hướng dẫn thay túi HMNT (1,7%), tái khám định kỳ (5,0%). Tình trạng này có thể lý giải do sự quá tải bệnh viện, điều dưỡng cần chăm sóc nhiều người bệnh nên thường tập trung chăm sóc thể chất và thiếu hụt chăm sóc tinh thần cho người bệnh.

Hình 1: Kết quả chăm sóc người bệnh HMNT sau phẫu thuật UTĐTT (n=181)



Hầu hết người bệnh trong nghiên cứu này đã đánh giá kết quả chăm sóc HMNT của điều dưỡng ở mức tốt (90,6%). Điều này thể hiện năng lực chuyên môn của đội ngũ điều dưỡng Bệnh viện K. Với đặc thù là bệnh

viện đầu ngành về ung thư trong cả nước, Bệnh viện K không chỉ tập trung vào điều trị bệnh mà còn rất chú trọng đến công tác chăm sóc điều dưỡng.

Bảng 3. Biến chứng của HMNT trong quá trình chăm sóc (n=181)

Biến chứng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm tấy đỏ da xung quanh HMNT	28	15,5
Tụt HMNT	5	2,8
Chảy máu tại HMNT	4	2,2
Tắc ruột, bán tắc ruột	3	1,7
Sa lòi HMNT	1	0,6
Sa lòi thành bụng quanh HMNT	0	0
Hoại tử HMNT	0	0
Viêm phúc mạc	0	0

Nghiên cứu này ghi nhận 22,7% người bệnh mang HMNT có biến chứng. Viêm tấy đỏ da xung quanh HMNT là biến chứng thường gặp nhất (15,5%). Các biến chứng có tỷ lệ thấp hơn là tụt HMNT (2,8%), chảy máu tại HMNT (2,2%), tắc hoặc bán tắc ruột (1,7%), sa lòi HMNT (0,6%). Không người bệnh nào có các biến chứng sa lòi thành bụng quanh HMNT, hoại tử HMNT, viêm phúc mạc.

Hiệu quả chăm sóc người bệnh HMNT sau phẫu thuật UTĐTT được thể hiện rõ rệt trong nghiên cứu này thông qua tỷ lệ biến chứng thấp. Qua đó, chất lượng cuộc sống của người bệnh và uy tín của điều dưỡng Bệnh viện K ngày càng được nâng cao. Cung cấp chăm sóc toàn diện cho người bệnh là ưu tiên hàng đầu và đang tiếp tục được hoàn thiện tại Bệnh viện K.

4. KẾT LUẬN

Đánh giá thực trạng người bệnh mang HMNT sau phẫu thuật UTĐTT giúp điều dưỡng có căn cứ để đưa ra các kế hoạch chăm sóc hiệu quả. Việc xây dựng quy trình chăm sóc HMNT thống nhất và tổ chức các chương trình đào tạo về chăm sóc HMNT là điều cần thiết để hướng tới chăm sóc người bệnh toàn diện. Ngoài ra, mô hình câu lạc bộ cho người bệnh HMNT cũng nên được

ưu tiên phát triển nhằm giao lưu, chia sẻ kiến thức, kỹ năng tự chăm sóc và cải thiện sức khỏe tinh thần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Lê Thị Kim Ngân, Kết quả chăm sóc hậu môn nhân tạo tại khoa Ngoại, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Khóa luận tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, 2015.
- [2] Lưu Thị Bích Thủy, Đánh giá hiệu quả của việc hướng dẫn bệnh nhân tự chăm sóc hậu môn nhân tạo. Khóa luận tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, 2009.
- [3] Nguyễn Thị Thùy, Đặc điểm người bệnh sau phẫu thuật UTĐTT và một số yếu tố liên quan đến công tác chăm sóc tại Bệnh viện K. Luận Văn Thạc sỹ Điều dưỡng, Trường Đại học Thăng Long, Hà Nội, 2019.
- [4] Anaraki F, Vafaie M, Behboo R et al., Quality of life outcomes in patients living with stoma. Indian J Palliat Care (2012), 18(3), 176–180.
- [5] Kodaz H, Hacibekiroglu I, Erdogan B et al., Association between specific KRAS mutations and the clinicopathological characteristics of

- colorectal tumors. *Mol Clin Oncol* (2015), 3(1), 179–184.
- [6] Neumann J, Zeindl-Eberhart E, Kirchner T et al., Frequency and type of KRAS mutations in routine diagnostic analysis of metastatic colorectal cancer. *Pathology - Research and Practice* (2009), 205(12), 858–862.
- [7] Sung H, Ferlay J, Siegel RL et al., Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA A Cancer J Clin* (2021), 71(3), 209–249.



THE CURRENT STATUS OF SCREENING AND NUTRITIONAL ASSESSMENT FOR INPATIENTS AT DA NANG ONCOLOGY HOSPITAL

Phan Van Cong*, Tran Thi Thanh, Nguyen Thi Khanh Hoai, Nguyen Thi Lan Huong

Da Nang Oncology Hospital - Hoang Thi Loan street, 28 Hoa Minh, Lien Chieu, Da Nang, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 21/03/2023; Accepted 20/04/2023

ABSTRACT

Objectives: Early nutrition screening and assessment help identify risk factors and accurately classify nutritional status to develop appropriate intervention plans.

Methods: To determine the prevalence of malnutrition and evaluate the current status of nutrition screening and assessment for inpatients at Danang Oncology Hospital, we conducted a cross-sectional study of 210 inpatients.

Results: The results showed that the proportion of patients at risk of malnutrition was 70% and the proportion of patients with malnutrition was 40.5%. The patients were measured with an accuracy rate of 98.1%. The time for screening from admission was 26.7 hours, and the time for nutritional status assessment was 40.8 hours. There was a significant difference in the risk of malnutrition between the clinical and nutrition departments with a difference rate of 12.4% and a malnutrition rate of 7.6% ($p < 0.05$).

Keywords: Nutritional status, Nutritional risk screening.

*Corresponding author

Email address: pvcong06@gmail.com

Phone number: (+84) 973 632 751

HIỆN TRẠNG CÔNG TÁC SÀNG LỌC VÀ ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CHO BỆNH NHÂN NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU ĐÀ NẴNG

Phan Văn Công*, Trần Thị Thanh, Nguyễn Thị Khánh Hoài, Nguyễn Thị Lan Hương

Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng - Đường Hoàng Thị Loan, Tổ 28, Phường Hòa Minh, Liên Chiểu, Đà Nẵng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 21 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 20 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Sàng lọc và đánh giá tình trạng dinh dưỡng sớm giúp xác định yếu tố nguy cơ và phân loại đúng tình trạng dinh dưỡng để có kế hoạch can thiệp phù hợp.

Phương pháp nghiên cứu: Để xác định tỷ lệ SDD và đánh giá hiện trạng công tác sàng lọc và đánh giá TTDD cho bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng, chúng tôi nghiên cứu mô tả cắt ngang 210 bệnh nhân đang điều trị nội trú.

Kết quả: Tỷ lệ có nguy cơ dinh dưỡng là 70%, tỷ lệ SDD là 40,5%; Bệnh nhân được cân đo đạt 98,1%; thời gian sàng lọc kể từ vào viện là 26,7 giờ; thời gian đánh giá TTDD là 40,8 giờ; Khác biệt giữa khoa lâm sàng và khoa dinh dưỡng về nguy cơ dinh dưỡng là 12,4% và tỷ lệ SDD là 7,6% ($p < 0,05$).

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, Sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng (SDD) là đặc điểm chung của bệnh nhân ung thư (BNUT) và là hậu quả của cả sự hiện diện của khối u và các phương pháp điều trị chống ung thư nội khoa và phẫu thuật, tác động tiêu cực đến chất lượng cuộc sống và hiệu quả điều trị. Ước tính có tới 10 - 20% BNUT tử vong do hậu quả của suy dinh dưỡng hơn là do bản thân khối u. Do đó, dinh dưỡng đóng một vai trò quan trọng trong chăm sóc và điều trị bệnh ung thư [10].

Để can thiệp dinh dưỡng sớm có hiệu quả, việc phát hiện sớm bệnh nhân (BN) có nguy cơ, phân loại đúng

tình trạng dinh dưỡng, việc sàng lọc và đánh giá tình trạng dinh dưỡng là vô cùng quan trọng [7], [4]. Theo Hiệp hội Dinh dưỡng lâm sàng và Chuyên hóa Châu Âu (ESPEN) đã khuyến cáo rằng nên thường xuyên đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD), sự thay đổi cân nặng và BMI, bắt đầu trong quá trình chẩn đoán ung thư (UT) và được lặp lại tùy theo tình trạng dinh dưỡng lâm sàng [10]. Tỷ lệ SDD của BN tại thời điểm nhập viện dao động 30 – 80% [3, 6], tại Bệnh viện Ung bướu TP. Hồ Chí Minh năm 2020 là 65,5% [6], tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng năm 2019 là 59,6% [3]. Có sự khác biệt kết quả sàng lọc của các khoa lâm sàng và khoa Dinh dưỡng, tại Bệnh viện Ung bướu TP. Hồ Chí Minh

*Tác giả liên hệ

Email: pvcong06@gmail.com

Điện thoại: (+84) 973 632 751



năm 2020 là 34,2% [6] và tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng năm 2019 là 41,1% [3].

Năm 2020, Bộ Y tế cũng đã ban hành Thông tư 18/2020/TT-BYT quy định việc sàng lọc và đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân nội trú phải được thực hiện trong vòng 36 giờ kể từ khi nhập viện và quy định về trách nhiệm của các chức danh chuyên môn trong hoạt động dinh dưỡng[2]. Tại Thông tư 31/2021/TT-BYT cũng đã quy định về chăm sóc dinh dưỡng của điều dưỡng [1].

Để thuận tiện trong công tác sàng lọc và đánh giá dinh dưỡng tại Bệnh viện, chúng tôi đã tích hợp công cụ sàng lọc và đánh giá vào hệ thống quản lý bệnh viện và tổ chức tập huấn cho các bác sĩ và điều dưỡng khối lâm sàng. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm nhìn lại hiệu quả thực hành dinh dưỡng tại bệnh viện, thông qua đây để có những giải pháp cải thiện. Nghiên cứu này chúng tôi thực hiện với mục tiêu:

1. Khảo sát tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng
2. Đánh giá hiện trạng sàng lọc và đánh giá tình trạng dinh dưỡng tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: BN đang điều trị nội trú tại các khoa lâm sàng trong bệnh viện.

***) Tiêu chuẩn loại trừ:** BN CSC 1, BN không thể cân đo, BN là trẻ em.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: nghiên cứu được thực hiện tại các khoa lâm sàng trong bệnh viện từ tháng 1 – tháng 3 năm 2023.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang 210 BN đang điều trị nội trú tại bệnh viện.

2.4. Cách chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện

2.5. Các biến số nghiên cứu: Thông tin hành chính: tuổi, giới, chẩn đoán, thời gian thực hiện sàng lọc. Các thông tin về chỉ số nhân trắc: cân nặng, chiều cao, BMI, tỷ lệ sụt cân. Các thông tin về nguy cơ dinh dưỡng và kết luận tình trạng dinh dưỡng.

2.6. Công cụ nghiên cứu: Phiếu điều tra được đính kèm phụ lục trong Kế hoạch kiểm tra, giám sát của nhóm nghiên cứu, phiếu sàng lọc và đánh giá tình trạng dinh dưỡng đang được áp dụng tại bệnh viện.

2.7. Phương pháp thu thập số liệu: số liệu được thu thập dựa vào hồ sơ bệnh án và phỏng vấn, cân đo trực tiếp trên người bệnh.

2.8. Xử lý số liệu: Kết quả được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0

Hình 1. Mẫu phiếu sàng lọc và đánh giá tình trạng dinh dưỡng

SỞ Y TẾ ĐÀ NẴNG
BỆNH VIỆN UNG BƯỚU ĐÀ NẴNG

PHIẾU SÀNG LỌC VÀ ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG
(Dùng cho người bệnh nội trú ≥ 15 tuổi, không mang thai)

- Họ và tên BN: Năm sinh: Nam/Nữ
- Khoa: Phòng: Số hồ sơ:
- Chẩn đoán: Ngày làm phiếu:.....

1. Sàng lọc nguy cơ suy dinh dưỡng: Điều dưỡng thực hiện – Chọn: đánh dấu “x”

Chiều cao: m Cân nặng hiện tại:kg BMI:..... kg/m²
Cân nặng 1 tháng trước:.....kg tỷ lệ sụt cân:.....%

BMI < 20,5 kg/m ²	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	ĐD sàng lọc (kí, ghi rõ họ tên)
Sụt cân trong 1 tháng qua	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	
Lượng ăn sụt giảm trong tuần qua	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	
Bệnh nặng hạn chế đi lại	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	
Kết luận: Nguy cơ suy dinh dưỡng (Khi có ≥1 yếu tố nguy cơ trên)			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

- ❖ **Bác sĩ điều trị hoàn thành tiếp các mục 2;3;4.**
- Nếu không có nguy cơ SDD: qua mục 3 và 4 (Nhu cầu dinh dưỡng và Kế hoạch can thiệp).
 - Nếu có nguy cơ SDD: qua mục 2 (Đánh giá TTDD) rồi tiếp tục thực hiện mục 3, 4.

2. **Đánh giá tình trạng dinh dưỡng** Bác sĩ thực hiện – Đánh giá theo điểm

Thông tin	0 điểm	1 điểm	2 điểm
BMI (kg/m ²)	<input type="checkbox"/> ≥ 20,5	<input type="checkbox"/> 18,5 - 20,4	<input type="checkbox"/> < 18,5
Sụt cân 1 tháng qua	<input type="checkbox"/> Không sụt cân	<input type="checkbox"/> 5 - 9,9%	<input type="checkbox"/> ≥ 10%
Lượng ăn tuần qua	<input type="checkbox"/> Không giảm/giảm ít	<input type="checkbox"/> Giảm ≥50%	<input type="checkbox"/> Giảm ≥75%
Bệnh lý	<input type="checkbox"/> Bệnh nhẹ/trung bình	<input type="checkbox"/> Bệnh nặng (nhiễm trùng nặng, tai biến mạch máu não, đại phẫu, ung thư)	<input type="checkbox"/> Bệnh rất nặng (ICU)
Tổng điểm điểm (nếu tổng điểm ≥ 6, xin mời hội chẩn dinh dưỡng)		
Kết luận	<input type="checkbox"/> < 3 điểm : Không Suy dinh dưỡng <input type="checkbox"/> ≥ 3 điểm : Suy dinh dưỡng		

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số		n = 210	%
Giới tính	Nam	118	56,2
	Nữ	92	43,8
Tuổi	< 30	6	2,9
	30 – 49	32	15,2
	50 – 69	148	70,5
	>70	24	11,4
Chẩn đoán	UT tiêu hóa	83	39,5
	UT đầu mặt cổ	38	18,1
	UT phổi – lồng ngực	12	5,7
	UT vú – phụ khoa	32	15,2
	UT khác	45	21,4

BN nam chiếm tỷ lệ cao hơn BN nữ. Độ tuổi hay gặp nhất là 50 – 69 tuổi, chiếm 70,5%. UT đường tiêu hóa

chiếm tỷ lệ cao nhất với 39,5%

3.2. Tình trạng dinh dưỡng

Bảng 2. Sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng và đánh giá TTDD

Yếu tố		n = 210	Tỷ lệ %
Sàng lọc nguy cơ	Có nguy cơ SDD	147	70
	Không có nguy cơ SDD	63	30
Đánh giá TTDD	SDD	85	40,5
	Không SDD	125	59,5

Theo kết quả đánh giá của khoa Dinh dưỡng, tỷ lệ có nguy cơ SDD chiếm 70% và tỷ lệ BN SDD phân loại

theo công cụ sàng lọc và đánh giá là 40,5%.

3.3. Hiện trạng công tác sàng lọc và đánh giá TTDD



Bảng 3. Hiện trạng sàng lọc và đánh giá TTDD

	n = 210	Tỷ lệ %
Cân đo trực tiếp	206	98,1
Hỏi BN	3	1,4
Hỏi người nhà	1	0,5
Thời gian thực hiện sàng lọc kể từ khi BN vào viện	26,7 ± 5,3 giờ	
Thời gian thực hiện đánh giá TTDD kể từ khi BN vào viện	40,8 ± 2,85 giờ	

Hầu như BN đều được cân đo khi nhập viện, chiếm 98,1%, chỉ có 1,9% trường hợp không cân đo mà hỏi

BN và người nhà. Thời gian thực hiện công tác sàng lọc là 26,7 giờ và đánh giá, phân loại TTDD là 40,8 giờ.

3.4. Khác biệt giữa khoa lâm sàng và khoa dinh dưỡng khi sàng lọc nguy cơ sinh dưỡng

Bảng 4. Khác biệt về đo chỉ số nhân trắc

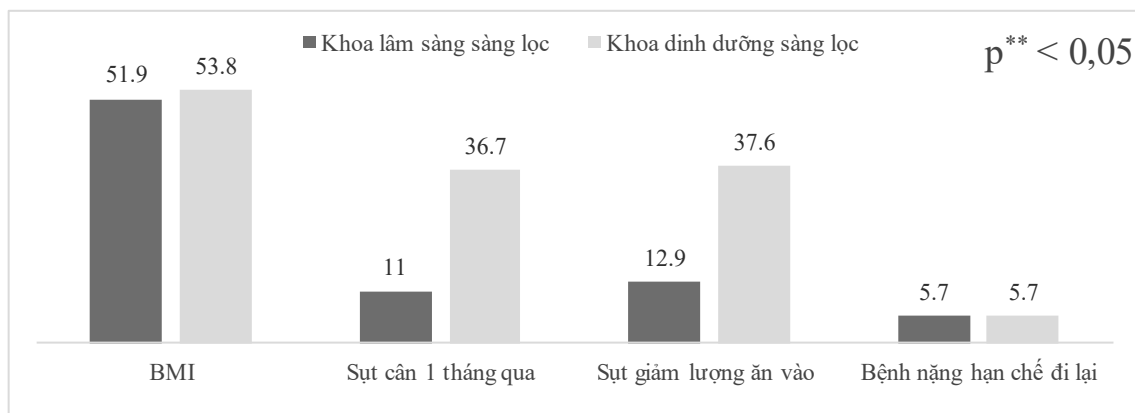
Chỉ số		Khoa lâm sàng cân đo	Khoa dinh dưỡng cân đo	p*
Chỉ số nhân trắc: mean ± SD	Chiều cao	1,589 ± 0,066	1,590 ± 0,067	0,66
	Cân nặng hiện tại	50,82 ± 7,9	50,67 ± 8	0,002
	Cân nặng thường có	51,16 ± 8,14	51,72 ± 8,28	0,003
	Tỷ lệ sụt cân	0,76 ± 2,48	2,79 ± 4,73	0,000

*) Paired - Samples T - Test

Có sự khác biệt về chỉ số nhân trắc giữa khoa lâm sàng

và khoa dinh dưỡng, trong đó sự khác biệt về chỉ số cân nặng hiện tại, cân nặng thường có, tỷ lệ sụt cân có ý nghĩa thống kê p < 0,05.

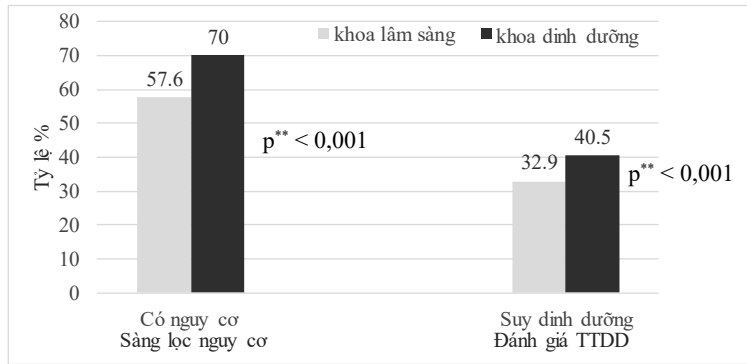
Biểu đồ 1. Khác biệt về xác định yếu tố nguy cơ



Yếu tố nguy cơ BMI và bệnh nặng hạn chế khả năng đi lại tương đồng nhau, tuy nhiên có sự khác biệt lớn trong việc xác định yếu tố nguy cơ về sụt cân và sụt giảm

lượng ăn trong tuần giữa khoa lâm sàng và khoa Dinh dưỡng có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Biểu đồ 2. Sự khác biệt về xác định nguy cơ và phân loại TTDD giữa khoa lâm sàng và khoa dinh dưỡng



*****) Chi-square**

Có sự khác biệt sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng và đánh giá TTDD giữa khoa lâm sàng và khoa dinh dưỡng. Trong đó, khoa lâm sàng đã bỏ sót 12,4% BN có nguy cơ dinh dưỡng và 7,6% BN không được phân loại đúng tình trạng dinh dưỡng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ với tỷ lệ lần lượt là 56,2% và 43,8%, độ tuổi hay gặp nhất là 50 – 69 tuổi, bệnh lý UT đường tiêu hóa chiếm tỷ lệ cao nhất với 39,5%. Kết quả này phù hợp với các báo cáo về dịch tễ cũng như mô hình bệnh tật theo lứa tuổi cũng như giới tính.

4.1. Tình trạng dinh dưỡng

Theo đánh giá của chúng tôi, tỷ lệ BN có nguy cơ về dinh dưỡng 70% và 40,5% BN được phân loại SDD khi nhập viện điều trị. Kết quả của chúng tôi ghi nhận thấp hơn của Nguyễn Thị Khánh Hoài năm 2021 tại Bệnh viện với tỷ lệ có nguy cơ dinh dưỡng là 76,6% và tỷ lệ SDD là 59,6% [3], kết quả này đã phần nào phản ánh được hiệu quả can thiệp dinh dưỡng của chúng tôi trong thời gian qua. Tuy nhiên, so với kết quả đánh giá của Nguyễn Thanh Thủy Trang năm 2020 tại Bệnh viện Ung bướu TP.HCM với tỷ lệ SDD là 34,2% và tỷ lệ có nguy cơ dinh dưỡng là 65,5% [6], kết quả của chúng tôi cao hơn, có thể do bề dày về can thiệp dinh dưỡng tại Bệnh viện Ung bướu TP.HCM đã triển khai lâu hơn chúng tôi. Trong khi đó, theo báo cáo của Michelle Davies năm 2005 thì tỷ lệ này là 85% [9], tuy tỷ lệ này cao hơn của chúng tôi nhưng có thể do trước đây dinh dưỡng trên BNUT chưa được quan tâm nhiều. Ngày nay, với các hướng dẫn của các Hội dinh dưỡng lâm

sàng và nhận thức của bác sĩ, điều dưỡng và của BN về tầm quan trọng của dinh dưỡng đã cải thiện đáng kể tình trạng dinh cho BNUT [5], [4].

4.2. Hiện trạng công tác sàng lọc và đánh giá tình trạng dinh dưỡng

Theo ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu như BN khi vào viện đã được điều dưỡng thực hiện cân đo các chỉ số nhân trắc, với tỷ lệ trực tiếp cân đo chiếm 98,1%, vẫn còn 1,9% trường hợp BN chưa được cân đo mà hỏi người bệnh hoặc người nhà BN. Theo tìm hiểu của chúng tôi về các trường hợp trên, BN chia sẻ lại do BN vào đông, phải chờ đợi để cân đo trong khi BN vừa cân đo ở nhà nên BN đã khai thông tin về chỉ số nhân trắc cho điều dưỡng ghi nhận vào hồ sơ. Tuy nhiên chúng tôi vẫn khuyến cáo tất cả BN khi vào viện phải được cân đo đúng theo kỹ thuật, ngoài việc cân đo đúng chỉ số nhân trắc để sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng, thì các chỉ số này còn là chỉ số quan trọng trong việc điều trị bệnh lý thư như việc tính liều thuốc trong hóa trị liệu. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thanh Thủy Trang năm 2020 cho kết quả tỷ lệ 43,6% không được cân đo khi nhập viện [6] thì kết quả của chúng tôi cho kết quả tốt hơn rất nhiều với tỷ lệ BN được cân đo là 98,1%, đây là kết quả quá trình chúng tôi thực hiện tập huấn về dinh dưỡng lâm sàng cho bác sĩ và điều dưỡng tại bệnh viện trong 2 năm qua.

Thời gian thực hiện sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng trung bình là 26,7 giờ, và thời gian đánh giá trung bình là 40,8 giờ kể từ khi BN vào viện. Theo quy định tại Thông tư 18/2020/TT-BYT [2] quy định BN phải được sàng lọc và đánh giá TTDD trong vòng 36 giờ kể từ khi nhập viện, theo kết quả trên thì BN chúng tôi đã được thực hiện sàng lọc đúng với quy định, phần lớn BN ngay khi vào viện đã được điều dưỡng cân đo và xác định nguy cơ dinh dưỡng, chỉ một số ít BN vào viện ngoài giờ hành chính nên thời gian sàng lọc muộn hơn, trong khi

đó, việc đánh giá phân loại TTDD còn muộn hơn so với quy định là 4,8 giờ.

Theo kết quả tại bảng 4, cho thấy có sự khác biệt về chỉ số nhân trắc giữa khoa lâm sàng và khoa dinh dưỡng thực hiện cân đo, trong đó mức độ khác biệt về chỉ số chiều cao là khá thấp với mức độ khác biệt là 0.1cm, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,66$. Các chỉ số khác biệt về cân nặng hiện tại, cân nặng thường có và tỷ lệ sụt cân có ý nghĩa thống kê về với $p < 0,05$. Tại biểu đồ 1 cho thấy việc xác định các yếu tố nguy cơ có sự cân bằng giữa khoa lâm sàng và khoa dinh dưỡng về yếu tố BMI và khả năng hoạt động của BN, tuy nhiên các yếu tố về tình trạng sụt cân 1 tháng và sụt giảm lượng ăn trong tuần qua có sự khác biệt lớn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt giữa việc xác định yếu tố nguy cơ SDD giữa điều dưỡng các khoa lâm sàng và của khoa dinh dưỡng dù các điều dưỡng đã được tập huấn về công tác sàng lọc dinh dưỡng. Chúng tôi tìm hiểu và quan sát thì nhận thấy các công việc của điều dưỡng quá nhiều, họ không đủ thời gian để có thể khai thác và ghi nhận đúng cân nặng thường có và lượng ăn trong tuần qua để có thể xác định đúng nguy cơ SDD, cũng chính vì vậy mà qua kết quả tại biểu đồ 2 cho thấy các khoa lâm sàng đã sàng lọc bỏ sót 12,4% BN có nguy cơ SDD và cũng dẫn đến việc đánh giá phân loại TTDD cũng đã bỏ qua 7,6% BN có SDD. Theo kết quả của Nguyễn Thị Khánh Hoài năm 2021 cho thấy tỷ lệ khác biệt giữa khoa lâm sàng và khoa dinh dưỡng là 41% [3] thì trong nghiên cứu của chúng tôi đã cải thiện được sự khác biệt trên.

Trong một báo cáo của Johnstone C năm 2006 và Michelle Davies năm 2005 đã khẳng định chăm sóc dinh dưỡng là một khía cạnh cơ bản của thực hành điều dưỡng và điều dưỡng là những người lý tưởng để đóng một vai trò thiết yếu trong việc phát hiện sớm và sàng lọc suy dinh dưỡng ở bệnh nhân ung thư [9], [8]. Tại Thông tư 31/2021/TT-BYT [1] và Thông tư 18/2020/TT-BYT [2] đã quy định rõ trách nhiệm của điều dưỡng là người sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng, do đó, trong thực hành điều dưỡng, các điều dưỡng cần phát huy tốt vai trò quan trọng của mình để có thể sàng lọc và phân loại đúng nguy cơ dinh dưỡng qua đó giúp đánh giá đúng TTDD và thực hiện can thiệp dinh dưỡng cho người bệnh.

5. KẾT LUẬN

Nguy cơ dinh dưỡng và tỷ lệ SDD vẫn còn khá cao ở

BNUT với tỷ lệ lần lượt là 70% và 40,5%.

Phần lớn bệnh nhân được cân đo và sàng lọc yếu tố nguy cơ dinh dưỡng đúng thời gian quy định, tuy nhiên vẫn có sự khác biệt giữa việc cân đo chỉ số nhân trắc, xác định yếu tố nguy cơ dinh dưỡng và phân loại TTDD giữa khoa lâm sàng và khoa dinh dưỡng.

Điều dưỡng đóng vai trò rất quan trọng trong việc xác định nguy cơ dinh dưỡng ở BNUT, qua đó giúp đánh giá đúng tình trạng dinh dưỡng và có kế hoạch can thiệp phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, “Quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện”, Thông tư 31/2021/TT-BYT. 2021.
- [2] Bộ Y tế, “Quy định về hoạt động dinh dưỡng trong bệnh viện”, Thông tư 18/2020/TT-BYT. 2020.
- [3] Nguyễn Thị Khánh Hoài, “Thực trạng công tác đánh giá và can thiệp dinh dưỡng trên người bệnh nội trú tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng”, Tạp chí Ung thư học Việt Nam. 2021, 1, tr. 488-493.
- [4] Đào Thị Yến Phi, Dinh dưỡng trong điều trị ung thư, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 2020.
- [5] Lưu Ngân Tâm và cs dịch, Những vấn đề cơ bản trong dinh dưỡng lâm sàng, Nhà xuất bản Y học, TP. Hồ Chí Minh. 2014.
- [6] Nguyễn Thanh Thủy Trang và các cộng sự, “Hiện trạng đánh giá và can thiệp dinh dưỡng trên người bệnh nội trú tại Bệnh viện Ung bướu TP Hồ Chí Minh”, Tạp chí Ung thư học Việt Nam. 2020, 5(2), tr. 388-394.
- [7] Viện Dinh dưỡng, “Đánh giá tình trạng dinh dưỡng người bệnh”, Dinh dưỡng lâm sàng, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2018, tr. 50-63.
- [8] C. Johnstone, A. Farley, C. Hendry, “Nurses’ role in nutritional assessment and screening (second of a two-part series)”, Nurs Times, 2006. 102(50), tr. 28-9.
- [9] M. Davies, “Nutritional screening and assessment in cancer-associated malnutrition”, Eur J Oncol Nurs. 2005. 9 Suppl 2, tr. S64-73.
- [10] M. Muscaritoli, “ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer”, Clin Nutr. 2021, 40(5), tr. 2898-2913.

CURRENT STATUS OF KNOWLEDGE AND PRACTICE OF TAKING CARE OF GASTRIC BYPASS SURGERY PATIENTS BY NURSES AT THE ONCOLOGY CENTER OF THAI BINH GENERAL HOSPITAL

Vu Van Dau^{1,*}, Dang Thi Minh Hue², Nguyen Thi Van Anh², Nguyen Thi Nhu Huyen²

¹Nam Dinh University of Nursing - No. 257 Han Thuyen - Vi Xuyen Ward, Nam Dinh City, Nam Dinh province, Vietnam

²Thai Binh Provincial General Hospital - No. 530 Ly Bon, Quang Trung Ward, Thai Binh City, Thai Binh, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 23/03/2023; Accepted 21/04/2023

ABSTRACT

Objectives: To assess knowledge, skills and explore some factors related to the knowledge and practice to caring for gastric bypass surgery patients by nurses at Oncology Center.

Methods: A cross-sectional descriptive study was performed on 36 nurses from the Oncology center - Thai Binh General Hospital. Using a toolkit to assess nurses' knowledge about the care of patients with a nasogastric tube.

Results: Nursing knowledge at the substandard level is 52.8%; reaching level is 47.2%. The practice of caring for patients in the first 24 hours after surgery was achieved at a rate of 50%; The substandard rate is 50%. The practice of taking care of patients from 24 hours until discharge from the nursing home was achieved at a rate of 30.6%; the substandard rate is 69.4%.

Conclusions: Relevant knowledge and practice of nurses about the care of patients with gastrostomy, educational qualifications related to nursing practice.

Keywords: Knowledge, practice, gastric bypass surgery patients.

*Corresponding author

Email address: vuvandau@ndun.edu.vn

Phone number: (+84) 886 612 555



THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỞ THÔNG DẠ DÀY CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI TRUNG TÂM UNG BƯỚU BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Vũ Văn Đầu^{1,*}, Đặng Thị Minh Huệ², Nguyễn Thị Vân Anh², Nguyễn Thị Như Huyền²

¹Trường đại học Điều dưỡng Nam Định - Số 257 Hàn Thuyên - P. Vị Xuyên, Tp. Nam Định, tỉnh Nam Định, Việt Nam

²Bệnh viện Đa khoa Thái Bình - Số 530 Lý Bôn, P. Quang Trung, TP. Thái Bình, tỉnh Thái Bình, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 23 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 21 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kiến thức, kỹ năng và tìm hiểu một số yếu tố liên quan tới kiến thức và kỹ năng thực hành chăm sóc người bệnh mở thông dạ dày của điều dưỡng trung tâm Ung Bướu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 36 điều dưỡng của trung tâm Ung bướu – bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. Sử dụng bộ công cụ đánh giá kiến thức của điều dưỡng viên về chăm sóc bệnh nhân mở thông dạ dày.

Kết quả: Điều dưỡng có kiến thức ở mức không đạt là 52,8%; mức đạt là 47,2%. Thực hành chăm sóc người bệnh 24 giờ đầu sau mổ điều dưỡng thực hiện ở mức đạt là 50%; mức không đạt là 50%. Thực hành chăm sóc người bệnh từ 24 giờ đến khi ra viện điều dưỡng thực hiện ở mức đạt là 30,6%; mức không đạt là 69,4%.

Kết luận: Có liên quan về kiến thức và thực hành của điều dưỡng về chăm sóc người bệnh mở thông dạ dày, trình độ học vấn liên quan đến thực hành của điều dưỡng.

Từ khóa: Kiến thức, thực hành, người bệnh mở thông dạ dày.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo trong hội thảo Quốc gia phòng chống ung thư lần thứ XVIII thì tại Việt Nam, số trường hợp mắc mới ung thư tăng nhanh từ 68.000 ca năm 2000 lên 126.000 năm 2010 và dự kiến sẽ vượt qua 190.000 ca vào 2020. Mỗi năm có khoảng 115.000 người chết vì ung thư, tương ứng 315 người/ngày. WHO xếp Việt

Nam nằm trong 50 nước thuộc top 2 của bản đồ ung thư thế giới [1]. Theo một số khảo sát, tỷ lệ ung thư thực quản đang chiếm 3% trong tổng số các bệnh ung thư toàn thân và 10% so với các bệnh ung thư đường tiêu hóa [2]. Tỷ lệ ung thư hạ họng chiếm 20% so với các bệnh ung thư đường hô hấp và xếp sau ung thư vòm họng [3].

Với các khối u chẵn ở hầu họng, thanh quản, thực

*Tác giả liên hệ

Email: vuvandau@ndun.edu.vn

Điện thoại: (+84) 886 612 555

quản,..., thức ăn không thể theo con đường sinh lý tự nhiên xuống dạ dày dẫn đến cơ thể bị thiếu năng lượng, suy dinh dưỡng. Mở thông dạ dày qua da là một biện pháp can thiệp hữu ích giúp cung cấp dinh dưỡng kịp thời cho người bệnh [4].

Trung tâm Ung Bướu tỉnh Thái Bình thành lập Tháng 11/2017, hiện nay tổng số nhân lực của khoa gồm 56 cán bộ trong đó có 41 cán bộ Điều dưỡng gồm 4 Điều dưỡng là Đại học, 11 Điều dưỡng là Cao đẳng và 26 Điều dưỡng là trung học. Với đội ngũ cán bộ Điều dưỡng chưa được đồng đều về trình độ, số lượng bệnh nhân mở thông dạ dày trung bình một năm không quá nhiều khoảng 30 ca, một đợt điều trị trung bình của bệnh nhân khoảng 7 ngày. Do đó Điều dưỡng chưa có nhiều kinh nghiệm trong quá trình theo dõi và chăm sóc bệnh nhân mở thông dạ dày. Trước thực trạng đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: **“Thực trạng kiến thức và thực hành chăm sóc bệnh nhân mở thông dạ dày của điều dưỡng tại trung tâm Ung Bướu bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình”** với mục tiêu: *Mô tả kiến thức và kỹ năng thực hành chăm sóc bệnh nhân mở thông dạ dày của điều dưỡng trung tâm Ung bướu; Xác định một số yếu tố liên quan tới kiến thức và kỹ năng thực hành chăm sóc bệnh nhân mở thông dạ dày của điều dưỡng trung tâm Ung Bướu.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Điều dưỡng đang làm việc tại trung tâm Ung Bướu – Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

- **Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:** Toàn bộ Điều dưỡng viên của khoa Ung Bướu trực tiếp theo dõi và chăm sóc bệnh nhân mở thông dạ dày thông qua toàn bộ bệnh nhân mở thông dạ dày được theo dõi, chăm sóc sau khi chuyển từ khoa Gây mê phẫu thuật về Trung tâm Ung Bướu tới trước khi bệnh nhân xuất viện.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Điều dưỡng không đồng ý tham gia nghiên cứu. Điều dưỡng làm nhiệm vụ quản lý, hành chính. Điều dưỡng nghỉ trong thời gian thực hiện nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm : Trung tâm Ung Bướu – Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

Thời gian : từ tháng 01 đến tháng 10 năm 2020.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp nghiên cứu mô tả tiền cứu.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu toàn bộ: Toàn bộ điều dưỡng viên tham gia theo dõi chăm sóc NB sau khi NB được chuyển từ khoa Gây mê về trung tâm Ung Bướu đến trước khi ra viện.

2.4. Bộ công cụ, phương pháp, đánh giá nghiên cứu:

- Đánh giá kiến thức của điều dưỡng: bằng bài kiểm tra test 20 câu (20 câu điền từ còn thiếu vào chỗ trống với nội dung kiến thức: kiến thức cơ bản về mở thông dạ dày, chế độ ăn, hoạt động theo dõi chăm sóc bệnh nhân) trong thời gian 10 phút [5]. Mỗi câu trả lời đúng được 1 điểm. Đánh giá đạt khi điều dưỡng trả lời được ≥ 14 điểm, dưới 14 điểm là chưa đạt.

- Đánh giá thực hành: Sử dụng bảng kiểm với tổng 34 nội dung.

+ Theo dõi, chăm sóc hậu phẫu 24 giờ đầu gồm 14 nội dung

+ Theo dõi, chăm sóc hậu phẫu 24 giờ tới khi ra viện gồm 20 nội dung

Mỗi nội dung được cán bộ giám sát theo dõi nhiều lần trong ngày và trong suốt thời gian điều dưỡng từ lúc người bệnh được chuyển từ khoa Gây mê về khoa tới khi người bệnh ra viện. Kết thúc đợt điều trị cán bộ giám sát tổng hợp và đánh giá xếp loại mức độ thực hiện của điều dưỡng

- Cán bộ giám sát thuộc toàn bộ 34 nội dung trong phiếu quan sát. Ghi chi tiết các lần quan sát vào sổ. Có 4 mức độ thực hiện được đánh giá như sau:

+ 0 điểm: không thực hiện

+ 1 điểm: thực hiện 25%

+ 2 điểm: thực hiện đạt 50%

+ 3 điểm: thực hiện đạt 75%

+ 4 điểm: thực hiện đạt 100%

- Khi bệnh nhân ra viện, cán bộ giám sát tổng hợp đánh giá khách quan từng nội dung ghi kết quả vào phiếu

- Nhóm nghiên cứu phân loại kỹ năng thực hành chăm sóc và theo dõi trong 24 giờ đầu của điều dưỡng như sau:

+ Đạt: khi điểm thực hành ≥ 38 điểm

+ Không đạt: khi điểm thực hành < 38 điểm



- Nhóm nghiên cứu phân loại kỹ năng thực hành chăm sóc và theo dõi từ 24 giờ đến khi người bệnh ra viện của điều dưỡng như sau:

- + Đạt: khi điểm thực hành ≥ 56 điểm
- + Không đạt: khi điểm thực hành < 56 điểm

2.5. Phân tích số liệu

Số liệu thu thập được nhập, xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Thống kê mô tả được sử dụng để mô tả các biến.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Các thông tin thu thập chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu nhằm nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc cho người bệnh. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định trước khi tiến hành.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=36)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	4	11%
	Nữ	32	89%
Tuổi	< 35 tuổi	31	86%
	≥ 35 tuổi	5	14%
Trình độ	Cao đẳng, đại học	15	41,7%
	Trung học	17	58,3%
Thâm niên công tác	< 5 năm	20	55,6%
	≥ 5 năm	16	44,4

Nhận xét: ĐTNC là nữ chiếm 89%. Tuổi trung bình là 31,47. Trình độ chuyên môn chủ yếu là trung học với tỷ lệ là 58,3%, cao đẳng và đại học chiếm 41,7%. Hầu hết điều dưỡng có thâm niên công tác trên 5 năm

trên 55,6%.

3.2. Kiến thức của điều dưỡng về chăm sóc người bệnh mở thông dạ dày

Bảng 2: Mức độ kiến thức của điều dưỡng (n=36)

STT	Mức độ kiến thức	Tổng	
		n	%
1	Không đạt (< 14 điểm)	19	52,8%
2	Đạt (≥ 14 điểm)	17	47,2%
Tổng		36	100%

Nhận xét: Tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức với mức điểm không đạt khá cao chiếm 52,8%.

3.3. Thực hành của điều dưỡng về chăm sóc bệnh nhân mở thông dạ dày

Bảng 3: Khả năng thực hành của điều dưỡng về theo dõi, chăm sóc người bệnh hậu phẫu mở thông dạ dày 24 giờ đầu (n=36)

STT	Khả năng thực hành	Tổng	
		n	%
1	Không đạt (<38 điểm)	18	50%
2	Đạt (≥ 38 điểm)	18	50%
Tổng		36	100%

Nhận xét: Khả năng thực hành của điều dưỡng ở mức đạt và không đạt ngang nhau chiếm 50%.

Bảng 4. Khả năng thực hành của điều dưỡng về theo dõi, chăm sóc người bệnh hậu phẫu mở thông dạ dày từ 24 giờ tới khi ra viện (n= 36)

STT	Khả năng thực hành	Tổng	
		n	%
1	Không đạt (<56 điểm)	25	69,4%
2	Đạt (≥ 56 điểm)	11	30,6%
Tổng		36	100%

Nhận xét: Tỷ lệ điều dưỡng thực hành theo dõi, chăm sóc người bệnh sau mổ 24 giờ tới khi ra viện không đạt chiếm 69,4%

3.4. Một số yếu tố liên quan tới kỹ năng thực hành chăm sóc người bệnh hậu phẫu mở

Bảng 5: Mối liên quan giữa tuổi, giới, trình độ chuyên môn, thâm niên công tác và kỹ năng thực hành chăm sóc người bệnh hậu phẫu mở thông dạ dày 24 giờ đầu (n=36)

Đặc điểm		Mức thực hành		p
		Không đạt (<38đ) n (%)	Đạt (≥38đ) n (%)	
Nhóm tuổi	< 35 tuổi	15 (48.4%)	16 (51.6%)	p > 0.05
	≥ 35 tuổi	3 (60%)	2 (40%)	
Giới	Nam	3 (75%)	1 (25%)	p > 0.05
	Nữ	15 (46,9%)	17 (53,1%)	
Trình độ chuyên môn	Đại học & Cao đẳng	0 (100%)	15 (100%)	p < 0.05
	Trung cấp	18 (85.7%)	3 (14.3%)	
Thâm niên công tác	< 5 năm	9 (45%)	11 (55%)	p > 0.05
	≥ 5 năm	9 (56.2%)	7 (43.8%)	

Nhận xét: Kết quả cho thấy có mối liên quan giữa trình độ chuyên môn của điều dưỡng và kỹ năng thực hành theo dõi chăm sóc người bệnh hậu phẫu 24 giờ đầu với p < 0.05.



Bảng 6: Mối liên quan giữa kiến thức lý thuyết và kỹ năng thực hành chăm sóc NB mở thông dạ dày 24 giờ đầu (n=36)

Kiến thức lý thuyết	Mức thực hành		r	p
	Không đạt (<38đ) n (%)	Đạt (≥38đ) n (%)		
Không đạt	18 (94.7%)	1 (5.3%)	0.933	P <0.001
Đạt	0 (0%)	17 (100%)		

Nhận xét: Qua khảo sát nhóm nghiên cứu nhận thấy có mối liên quan thuận giữa kiến thức lý thuyết và kỹ năng thực hành với $r = 0.933$ ($p < 0.001$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu đa số là điều dưỡng còn trẻ, độ tuổi < 35 chiếm tỷ lệ 86%, độ tuổi trung bình của điều dưỡng là 31 tuổi. Đây là độ tuổi có sức khỏe, có khả năng tiếp thu học tập tốt và cầu tiến trong nghề nghiệp tạo điều kiện để trung tâm phát huy và tập trung vào vấn đề chăm sóc người bệnh ngày càng đạt hiệu quả cao.

Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trẻ nên thâm niên công tác < 5 năm chiếm 55.6% cao hơn thâm niên công tác ≥ 5 năm là 44.4%. Đây cũng là một thách thức cho công tác đào tạo của trung tâm về xử lý các tình huống trên thực tế lâm sàng. Trong 36 điều dưỡng tham gia vào nghiên cứu có tới 89% là nữ chỉ có 11% là nam giới.

Trình độ chuyên môn của đối tượng nghiên cứu có 58,3% là trình độ trung học; 41,7% là trình độ cao đẳng, đại học, tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Trần Đại Hoàng và Phạm Quang Hòa: trình độ trung cấp chiếm 55,2% tại bệnh viện tuyến tỉnh Thái Bình [6]. Tỷ lệ trình độ trung cấp của trung tâm sẽ giảm xuống còn 0% khi thực hiện đúng theo kế hoạch đào tạo của trung tâm đến năm 2020 sẽ của hết toàn bộ cán bộ có trình độ trung cấp đi học nâng cao trình độ lên cao đẳng.

4.2. Đánh giá kiến thức của điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh mở thông dạ dày.

Với 20 câu hỏi gồm toàn bộ các kiến thức lý thuyết liên quan tới chăm sóc người bệnh mở thông dạ dày qua khảo sát nhóm nghiên cứu thấy tỷ lệ điều dưỡng có

kiến thức ở mức độ đạt (trả lời đúng từ 70% các câu hỏi trở lên) chiếm 47,2% thấp hơn tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức ở mức độ không đạt 52,8%. Điều này chỉ ra rằng với những kỹ thuật ít thực hành nếu không cập nhật kiến thức liên tục điều dưỡng sẽ có tư tưởng chủ quan không tự tìm tòi học tập.

4.3. Đánh giá thực hành của điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh hậu phẫu mở thông dạ dày.

Khả năng thực hành chăm sóc người bệnh hậu phẫu 24 giờ đầu có tỷ lệ không đạt và đạt ngang nhau chiếm 50%; khả năng thực hành chăm sóc người bệnh hậu phẫu 24 giờ đến khi ra viện có tỷ lệ không đạt 69,4% cao hơn tỷ lệ đạt là 30,6%. Kết quả kỹ năng thực hành chăm sóc người bệnh hậu phẫu mở thông dạ dày của điều dưỡng còn khá hạn chế. Với khoảng 20 ca mở thông dạ dày mỗi năm, số lần điều dưỡng được thực hiện chăm sóc người bệnh mở thông dạ dày không thường xuyên dẫn đến các kỹ năng thực hành thực hiện sẽ không tốt. Đặc biệt khi chuyển sang giai đoạn 24 giờ đến khi ra viện, người bệnh không thuộc mức chăm sóc cấp 1 việc theo dõi và chăm sóc chưa được tốt [7].

Vấn đề động viên an ủi người bệnh và gia đình người bệnh có tỷ lệ điều dưỡng không thực hiện chiếm 22%, điều này chứng tỏ vấn đề chăm sóc tinh thần của điều dưỡng còn hạn chế. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Ngô Thị Lan Anh và cộng sự được thực hiện tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2017 chỉ có 90% người bệnh hài lòng với việc điều dưỡng quan tâm động viên thăm hỏi người bệnh [8].

Nội dung theo dõi người bệnh sau khi bơm thức ăn có tỷ lệ điều dưỡng không thực hiện cũng khá cao chiếm 38,9% điều này rất dễ dẫn đến các biến chứng cho người bệnh. Vấn đề hỗ trợ người bệnh đi lại và hỗ trợ vệ sinh cá nhân cho người bệnh có tỷ lệ điều dưỡng không thực hiện cao nhất chiếm (83,3%) và (88,9%).

Lý do dẫn đến vấn đề này là tình trạng người bệnh quá tải cộng với việc người nhà người bệnh hỗ trợ chăm sóc. Điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Ngô Thị Lan Anh và cộng sự khẳng định việc trợ giúp người bệnh trong các hoạt động như hỗ trợ ăn uống, đi lại, vệ sinh, đại tiểu tiện... vẫn chủ yếu do người nhà người bệnh thực hiện [9]. Vì vậy dẫn tới tỷ lệ hài lòng của người bệnh về hỗ trợ vệ sinh, vận động thường không cao. Tác giả Nguyễn Thành Nhân trong nghiên cứu về công tác chăm sóc người bệnh theo mô hình đội tại bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh đã chỉ ra rằng chỉ có 41,46%– 47,8% người bệnh hài lòng về sự giúp đỡ của điều dưỡng về công tác vệ sinh và vận động [8].

4.4. Một số yếu tố liên quan đến mức độ kiến thức và khả năng thực hành của điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh mở thông dạ dày

Trong nghiên cứu này tìm ra được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ kiến thức của nhóm cao đẳng, đại học và nhóm trung cấp ($p < 0,05$). Nhóm cao đẳng đại học có kiến thức tốt hơn nhóm trung cấp. 100% điều dưỡng có trình độ cao đẳng đại học có mức điểm từ khá trở lên; 90,5% điều dưỡng có trình độ trung cấp có mức điểm không đạt (< 14 điểm). Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Bùi Anh Tú chỉ ra rằng trình độ điều dưỡng chưa đồng đều nên kiến thức khoa học chăm sóc của điều dưỡng còn hạn chế [10].

Về thực hành theo dõi chăm sóc người bệnh 24 giờ đầu sau mổ nhóm nghiên cứu cũng chỉ ra rằng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về khả năng thực hành của nhóm cao đẳng, đại học và nhóm trung cấp. Nhóm cao đẳng, đại học có khả năng thực hành tốt hơn nhóm trung cấp. 100% điều dưỡng có trình độ cao đẳng, đại học thực hành đạt mức điểm khá trở lên [11].

Trong nghiên cứu cũng chỉ ra được mối liên quan giữa mức độ thực hành chăm sóc người bệnh 24 giờ đầu sau phẫu thuật với mức độ kiến thức ($p < 0,001$). Điều này khẳng định rằng điều dưỡng có kiến thức tốt thực hành chăm sóc sẽ tốt [10].

Nghiên cứu chưa tìm ra được mối liên hệ nào giữa tuổi, giới, thâm niên, trình độ và mức độ kiến thức với khả năng thực hành chăm sóc người bệnh mở thông dạ dày từ 24 giờ tới khi ra viện [12].

5. KẾT LUẬN

Điều dưỡng có kiến thức, thực hành chăm sóc người bệnh mở thông dạ dày trước 24h và sau 24 giờ ở mức không đạt lần lượt là 52,8%, 50%, 69,6%, trình độ học vấn có liên quan đến kiến thức, thực hành của điều dưỡng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy cần có các lớp tập huấn bổ sung kiến thức chăm sóc người bệnh mở thông dạ dày cho điều dưỡng. Bệnh viện nên thường xuyên tổ chức kiểm tra, giám sát, điều dưỡng tham gia chăm sóc người bệnh thực hiện đầy đủ quy trình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Điều dưỡng ngoại I, Chăm sóc bệnh nhân sau mổ đường tiêu hóa, Trường Đại học y dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2008.
- [2] Nguyễn Đại Bình, “Ung thư thực quản”, Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư. Nhà xuất bản Y học Hà Nội. 2007:tr. 199-211.
- [3] Trần Thị Hợp, “Ung thư hạ họng”. Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư. 2007:tr. 131-5.
- [4] Trần Thị Liên, Lê Thanh Tùng, Thực trạng nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh ung thư điều trị tại trung tâm ung bướu-bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2019. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng. 2019;3(2):13-21.
- [5] Illness; CohotIAcsMCaaC. 2019 [updated updated 2021 Oct 19 ;cited 2022 July 12]. Available from: <https://www.cancer.org/about-us/policies/content-usage.html>.
- [6] Trần Đại Hoàng, Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến nhân lực điều dưỡng tại 6 Bệnh viện tỉnh Thái Bình năm 2017. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng. 2018;1(2):78-83.
- [7] Schmid-Büchi S, Halfens RJ, Müller M et al., Factors associated with supportive care needs of patients under treatment for breast cancer. European Journal of Oncology Nursing. 2013;17(1):22-9.
- [8] Nguyễn Bá Anh, Đánh giá sự hài lòng của người



bệnh về chất lượng chăm sóc của điều dưỡng tại 1 số khoa lâm sàng Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2012: Luận văn quản lý bệnh viện, Đại học y tế công cộng; 2012.

- [9] Trần Minh Hậu, Đánh giá sự hài lòng với công việc của Điều dưỡng viên tại một số Bệnh viện Huyện tỉnh Thái Bình năm 2019. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng. 2020;3(5):235-259.
- [10] Bùi Anh Tú, Thực trạng hoạt động chăm sóc theo chức năng chủ động của điều dưỡng với người bệnh nội trú tại Viện y học cổ truyền quân đội năm 2015. Tạp chí y dược học lâm sàng 108. 2015:Tr 99-103.
- [11] Cao W, Chen H-D, Yu Y-W et al., Changing profiles of cancer burden worldwide and in China: a secondary analysis of the global cancer statistics 2020. Chinese medical journal. 2021;134(07):783-791.
- [12] Corcoran S, Dunne M, McCabe MS, The role of advanced practice nurses in cancer survivorship care. Seminars in Oncology Nursing; 2015.

EFFICIENCY OF EARLY MOTORCYCLE AFTER SURGERY ON PATIENTS OF COLLECTECTOMY AT THE DEPARTMENT OF TREATMENT ON REQUIRED IN VIET DUC HOSPITAL

Nguyen Ba Anh^{1,*}, Nguyen Thi Kim Lien², Le Tu Hoang¹

¹Viet Duc University Hospital - No 40 Trang Thi Street, Hoan Kiem District, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - No 1 Ton That Tung Street, Dong Da District, Hanoi, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 23/03/2023; Accepted 18/04/2023

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effect of early mobilization protocol in patients who underwent elective colorectal surgery.

Methodology: This intervention study includes 72 patients who received elective colorectal surgery at the Department of Treatment on Required in Viet Duc Hospital approved this study on 01 April 2021 to 01 April 2022. Patients were divided 2 groups, control groups (35 patients) and intervention groups (37 with prospective follow up).

Results: The two groups were homogeneous in terms of demographic and surgery details. The intervention groups decreased LOS (10.35 ± 2.41 vs. 11.67 ± 2.8 , $p < 0.05$); Early mobilization out of bed (1.51 ± 0.60 vs 2.42 ± 0.94 , $p < 0.05$); With drawal of nasogastric tubes (2.59 ± 1.16 vs 3.74 ± 2.67 , $p < 0.05$). **Conclusion:** The early mobilization protocol decreased LOS with secondary variables in a statistically significant. The early mobilization protocol improve complication of pneumonia and ileus.

Keywords: Early mobilization, Colorectal surgery.

*Corresponding author

Email address: Nguyenbaanh1982@gmail.com

Phone number: (+84) 989 665 985



ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ VẬN ĐỘNG SỚM CỦA NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI KHOA ĐIỀU TRỊ THEO YÊU CẦU – BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Bá Anh^{1,*}, Nguyễn Thị Kim Liên², Lê Tư Hoàng¹

¹Bệnh viện Việt Đức - Số 40 Tràng Thi- Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

²Trường ĐH Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 23 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 18 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả vận động sớm sau phẫu thuật của người bệnh (NB) phẫu thuật đại trực tràng.

Phương pháp: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng có đối chứng được thực hiện tại Khoa Điều trị theo yêu cầu- Bệnh viện HN Việt Đức từ 1/2021 – 12/2022 trên 72 NB được chia làm 2 nhóm không can thiệp vận động sớm với 35 NB, nhóm can thiệp vận động sớm 37 NB.

Kết quả: Thời gian nằm viện ở nhóm can thiệp vận động sớm là $10,35 \pm 2,41$ ngắn hơn và có ý nghĩa thống kê so với nhóm không can thiệp là $11,67 \pm 2,8$ với $p < 0,05$. Thời gian vận động sớm ra khỏi giường nhóm can thiệp là $1,51 \pm 0,6$ ngày ngắn hơn so với nhóm không can thiệp là $2,42 \pm 0,94$ ngày, với $p < 0,05$. Thời gian rút sonde dạ dày ở nhóm can thiệp ngắn hơn và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trung bình là $2,59 \pm 1,16(0-5)$ và $3,74 \pm 2,67(2-18)$ ngày. Không ghi nhận biến chứng ở nhóm can thiệp, tuy nhiên nhóm không can thiệp có 5,7% NB có dấu hiệu viêm phổi và 5,7% NB bị bán tắc ruột.

Kết luận: Vận động sớm sau phẫu thuật giúp rút ngắn thời gian nằm viện và giảm biến chứng cho người bệnh.

Từ khóa: Vận động sớm, đại trực tràng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vận động sớm là một trong những can thiệp điều dưỡng hiệu quả, dựa trên bằng chứng giúp cải thiện kết quả chăm sóc NB và rút ngắn thời gian nằm viện từ 12 (7-24) xuống 7(5-11) ngày [4].

Trên thế giới có một số các nghiên cứu (NC) về vận

động sớm và tăng cường phục hồi sớm sau phẫu thuật như: NC của Janes, Jenifer A(2017) cho thấy có ý nghĩa thống kê về việc giảm thời gian nằm viện với NB thực hiện tăng cường phục hồi sớm sau phẫu thuật đại trực tràng, NB được ăn sớm hơn và NB vận động sớm được. Chương trình tăng cường phục hồi sớm sau phẫu thuật cũng giúp giảm được một số các biến chứng sau mổ [5]. Nghiên cứu của Michal

*Tác giả liên hệ

Email: Nguyenbaanh1982@gmail.com

Điện thoại: (+84) 989 665 985

Pedziwiatr và cộng sự (2018 về thực trạng phục hồi sớm sau mổ đường tiêu hóa cho biết tăng cường phục hồi sớm sau mổ làm giảm các biến chứng, rút ngắn thời gian nằm viện, giảm chi phí điều trị và chăm sóc [6].

Tại Việt Nam, NC của Phan Thị Diệu Hương và cộng sự về vận động sớm sau phẫu thuật nội soi cắt đại, trực tràng do ung thư 2019: Nhu động ruột của NB có sớm trong vòng 48h chiếm 60%, có mối liên quan giữa vị trí ung thư và phương pháp phẫu thuật nội soi với sự phục hồi nhu động ruột [2].

Tại bệnh viện Việt Đức chưa có nhiều NC về hiệu quả vận động sớm sau phẫu thuật nói chung và phẫu thuật đại trực tràng nói riêng. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả vận động sớm sau phẫu thuật của người bệnh phẫu thuật đại trực tràng tại Khoa Điều trị theo yêu cầu- Bệnh viện Việt Đức.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh (NB) phẫu thuật đại trực tràng tại Khoa Điều trị theo yêu cầu - Bệnh viện Việt Đức. NB trên 18 tuổi và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: NB tinh thần không tỉnh táo. NB mổ cấp cứu. NB mổ phối hợp nhiều cơ quan khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thời gian từ 1/2021 - 12/2022 tại Khoa Điều trị theo yêu cầu - Bệnh viện Việt Đức.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng có đối chứng. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, cỡ mẫu 72.

Quy trình can thiệp vận động sớm: - NB được chăm sóc và theo dõi từ trước mổ, trong mổ và sau mổ cho đến khi ra viện. Các điều dưỡng trong khoa được tập huấn về hướng dẫn vận động sớm cho NB.

Bệnh nhân nhóm can thiệp: - Phát giấy hướng dẫn vận động sớm cho người bệnh và người nhà NB để đọc và thực hiện. Điều dưỡng hàng ngày theo dõi, giám sát, hướng dẫn NB.

- Thực hiện hỗ trợ người bệnh tập các bài tập theo đúng hướng dẫn mỗi ngày 40 phút, sáng 20 phút, chiều 20

phút. Điều dưỡng quan sát, phỏng vấn và đánh giá về các nội dung chăm sóc và ghi vào phiếu.

- Tìm hiểu hồ sơ bệnh án và hồ sơ điều dưỡng để lấy các thông tin. Theo dõi thời gian lưu các ống thông. Theo dõi các biến chứng sau mổ. Phỏng vấn, quan sát và khám NB sau đó điền vào phiếu đánh giá.

Nhóm không can thiệp: - Điều dưỡng hàng ngày chăm sóc theo dõi NB và thực hiện hỗ trợ chăm sóc, vận động như chăm sóc hàng ngày. Quan sát, phỏng vấn và đánh giá về các nội dung chăm sóc và ghi vào phiếu. Đánh giá các chỉ số trên như với nhóm can thiệp.

Các chỉ tiêu nghiên cứu: Thông tin chung: tuổi, giới, chẩn đoán, cách thức phẫu thuật. Tuân thủ hướng dẫn và thực hiện vận động sớm theo hướng dẫn: NB được phát giấy và được hướng dẫn vận động sớm.

Hiệu quả vận động sớm sau mổ: Thời gian nằm viện, thời gian hậu phẫu. Thời gian trung tiện, thời gian rút các ống thông, các biến chứng sau mổ.

2.3. Thu thập số liệu: Điều tra viên gồm 03 điều dưỡng được tập huấn về phương pháp thu thập số liệu. NB được chia làm 2 nhóm không can thiệp 1/2021 - 12/2021. Nhóm can thiệp từ 3/2022 - 12/2022. Thực hiện thu thập số liệu theo quy trình can thiệp.

2.4. Phân tích số liệu: Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: NB tham gia nghiên cứu được thông báo và giải thích về nghiên cứu, NB đồng ý được ký phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu. NC đã được thông qua Hội đồng xét duyệt đề cương nghiên cứu - Bệnh viện Việt Đức.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung: Tuổi của đối tượng NC ở nhóm chứng là $64,25 \pm 1,28$ và nhóm can thiệp là $64,51 \pm 1,46$. Nam giới chiếm 62 % ở nhóm chứng và 54 % ở nhóm can thiệp. Người bệnh bị ung thư trực tràng chiếm 60%, ung thư đại tràng 37,1% ở nhóm không can thiệp và ở nhóm can thiệp 54% ung thư trực tràng và 40,5% ung thư đại tràng. Phương pháp phẫu thuật, NB chủ yếu là mổ mở cắt đoạn đại tràng và cắt đoạn trực tràng; NB mổ nội soi chỉ có 22,8% ở nhóm chứng và 18,9% ở nhóm can thiệp.

3.2. Tỷ lệ NB tuân thủ hướng dẫn và thực hiện vận động sớm sau mổ



Bảng 1: NB được hướng dẫn tập thở và nhai kẹo cao su sau mổ

Tập thở	Nhóm chứng N (%)	Nhóm can thiệp N (%)	P
Có	0 (0%)	25 (65,56 %)	P< 0,05
Không	35 (100%)	12 (34,44 %)	
Tổng	35(100%)	37(100%)	
Nhai kẹo cao su	Nhóm chứng N (%)	Nhóm can thiệp N (%)	P
Có	4 (11,4%)	17 (45,9%)	0,001
Không	31 (88,6%)	20 (54,1%)	
Tổng	35 (100%)	37 (100%)	

Có 65,56 % NB được hướng dẫn tập thở sau mổ và nhóm không can thiệp không có trường hợp nào, $p < 0,05$. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê những người bệnh được nhai kẹo cao su ở nhóm can thiệp là 45,9 % ở nhóm không can thiệp là 11,4 %, với $p < 0,001$.

Bảng 2: Tỷ lệ NB được thực hiện các bài tập theo hướng dẫn vận động sớm

Phát giấy hướng dẫn tập	Nhóm chứng N (%)	Nhóm can thiệp N (%)	p
Có	0 (0%)	37 (100%)	p < 0,05
Không	35 (100%)	0 (0%)	
Tập chống 2 chân nâng mông ngày 1 sau mổ			
Có	0 (0%)	37 (100%)	p < 0,05
Không	35 (100%)	0 (0%)	
Nằm nghiêng ngày 1 sau mổ			
Có	10 (28,57%)	37 (100%)	p < 0,05
Không	25 (71,43%)	0 (0%)	
Tập ngồi dậy tại giường ngày 1 sau mổ			
Có	10 (28,6%)	32 (86,5%)	p < 0,05
Không	25 (71,4%)	5 (13,5%)	
Tập đứng và đi với sự hỗ trợ ngày 2			
Có	28 (80%)	36 (97,3%)	p < 0,05
Không	7 (20%)	1 (2,7%)	
Tổng	35 (100%)	37 (100%)	

Tỷ lệ NB nhóm can thiệp tuân thủ và thực hiện các động tác tập vận động sớm cao hơn nhóm chứng và có ý nghĩa với $p < 0,05$. Có 100% được phát giấy hướng dẫn tập vận động sớm, tập các động tác chống chân nâng

mông, nằm nghiêng, nằm ngửa.

3.3. So sánh về hiệu quả vận động sớm so với phác đồ truyền thống

Bảng 3: Số người bệnh ngòl dậy di chuyển ra khỏi giường được sau mổ

NB di chuyển ra khỏi giường được	Nhóm chứng N (%)	Nhóm can thiệp N (%)	P
Ngày 1 sau mổ	28 (80%)	36 (97,3%)	0,02
Ngày 2 sau mổ	7 (20%)	1 (2,7%)	
Tổng	35 (100%)	37 (100 %)	

NB được ngòl dậy và di chuyển ra khỏi giường trung bình $2,42 \pm 0,94$ ngày ở nhóm chứng và $1,51 \pm 0,60$ ngày ở nhóm can thiệp với $p < 0,05$.

Bảng 4: Thời gian xuất hiện nhu động ruột và thời gian nằm viện

Nội dung	Nhóm chứng (X ± SD) ngày	Nhóm can thiệp (X ± SD) ngày	p	95% CI
Ngày nằm viện	11,67 ± 2,8 (7-19)	10,35 ± 2,41 (6-17)	0,04	(-2,58 - -0,63)
Hậu phẫu	9,7 ± 2,41 (6-16)	8,7 ± 2,05 (5-16)	0,07	(-2,07- -0,92)
Thời gian trung tiện	2,6 ± 1,45 (1-6)	2,5 ± 0,9 (1-4)	0,91	(-0,60 - 0,53)
Thời gian bắt đầu ăn qua đường miệng	4,54 ± 2,54 (2-18)	4,0 ± 1,34 (1-6)	0,28	(-1,45-0,43)
Thời gian rút sonde dạ dày	3,74 ± 2,67 (2-18)	2,59 ± 1,16 (0-5)	0,02	(-2,1 - -0,18)
Thời gian rút sonde tiểu	4,51 ± 2,6 (2-18)	3,86 ± 0,85 (2-5)	0,15	(-0,15 - 0,25)

Có sự khác biệt về thời gian rút ống thông dạ dày, và thời gian nằm viện ở nhóm can thiệp ngắn hơn so với nhóm không can thiệp với $p < 0,05$.

Bảng 5: Tỷ lệ người bệnh bị viêm phổi và tắc ruột sau mổ

Viêm phổi	Nhóm chứng N (%)	Nhóm can thiệp N (%)
Có	2 (5,7%)	0 (0%)
Không	33 (94,3%)	37 (100%)
Tổng	35 (100%)	37 (100%)
Tắc ruột sau mổ	Nhóm chứng N (%)	Nhóm can thiệp N (%)
Tắc, bán tắc ruột	2 (5,7%)	0 (0%)
Không	33 (94,3%)	37 (100%)
Tổng	35 (100%)	37 (100%)

Nhóm can thiệp không nghi nhận trường hợp nào bị viêm phổi hay tắc ruột. Tuy nhiên nhóm không can thiệp có 5,7% trường hợp NB có dấu hiệu viêm phổi, phải khí rung vỗ ho. Trong đó 1 trường hợp phải vào hồi sức thở máy. Nhóm không can thiệp có 5,7% NB bị bán tắc ruột.

4. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung: Tuổi trung bình ở cả 2 nhóm là đương nhau nhóm chứng là $64,25 \pm 1,28$ và nhóm can thiệp là $64,51 \pm 1,46$. Teixeira Ura fernandes a và cộng sự (2019). Trước ERAS 60 (20-85) và sau ERAS 62 (36-81) tuổi [9]. Nam giới chiếm phần lớn với 62 % ở nhóm chứng và 54 % ở nhóm can thiệp. Nghiên cứu của Teixeira Ura fernandes và cộng sự (2019) trước ERAS nam 58% , nữ 42% và sau ERAS nam 56% và nữ 44% [9]. Người bệnh bị K. trực tràng và K trực tràng tái phát chiếm hơn 50% ở cả 2 nhóm. NC của Nguyễn Hoàng Hà tại bệnh viện K Tân Triều, vị trí khối u thường gặp nhất là đại tràng Sigma, chiếm tỉ lệ 63,6% và đại tràng xuống chiếm tỉ lệ 21,2% [1].

4.2. So sánh hiệu quả vận động sớm sau phẫu thuật

Có 65,56 % NB được hướng dẫn tập thở ở nhóm can thiệp và nhóm không can thiệp thì không có trường hợp nào. Nghiên cứu của S. Souza Possa và cộng sự (2014) có 66,2% NB được tập thở bằng Spirometer nhóm chứng và 100% người bệnh nhóm can thiệp đều được tập thở với $p < 0,001$ [8].

Tỷ lệ NB nhóm can thiệp tuân thủ các động tác tập như: chống 2 chân nâng mông, nằm nghiêng, ngồi dậy và tập đứng tập đi cao hơn nhóm chứng với $p < 0,05$. Nhóm can thiệp có 100% được phát giấy hướng dẫn tập vận động sớm và tập các động tác chống chân nâng mông, nằm nghiêng, nằm ngửa. Nhóm chứng có 28,6% NB được hướng dẫn và thực hiện nằm nghiêng thay đổi tư thế tại giường khi vệ sinh, thay quần áo chứ chưa chủ động hướng dẫn tập. Động tác ngồi dậy ngày 1, nhóm chứng chỉ có 28,57% NB thực hiện được, còn nhóm can thiệp có tới 86,5% trường hợp thực hiện. 13,5% trường hợp chưa thực hiện ngồi dậy được ngày 1 là các bệnh nhân già và yếu. Những NB nhóm can thiệp được chúng tôi cho đi chuyển sớm ra khỏi giường với 97,3%. Thời gian NB ngồi dậy ra khỏi giường ở nhóm can thiệp $1,51 \pm 0,60$ ngày ngắn hơn so với nhóm chứng là $2,42 \pm 0,94$ ngày với $p < 0,05$. Nghiên cứu của S. Souza Possa và cộng sự (2014) thì 12 % người bệnh được vận động sớm

dưới 48h và 100% người bệnh nhóm can thiệp vận động dưới 48h với $p < 0,001$ [11]. Nghiên cứu của Rose Marie W và cộng sự (2022). Có 81% NB có thể vận động ra khỏi giường, 71% NB có thể đứng lên và di chuyển trong 2 đến 3h sau khi chuyển đến phòng hồi tỉnh, hậu phẫu. 10% NB có thể ngồi, đứng và di chuyển trong giờ đầu tiên chuyển đến hồi tỉnh, hậu phẫu [7].

Thời gian trung tiện $2,6 \pm 1,45(1-6)$ ở nhóm chứng và $2,5 \pm 0,9(1-4)$ ở nhóm can thiệp. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Hà thời gian trung tiện lại sau mổ trung bình là $3,24 \pm 1,03$ ngày, thời gian trung tiện lại sau mổ ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 6 ngày [1]. Nguyễn Thị Phương và cộng sự (2022) Thời điểm xuất hiện nhu động ruột trước 24h sau phẫu thuật là 35% và 24h-48h là 25%, 48h-72h là 22,7%; trên 72h là 17,5% [3].

Thời gian rút sonde dạ dày ở nhóm can thiệp là $2,59 \pm 1,16 (0-5)$ ngắn hơn so với nhóm chứng là $3,74 \pm 2,67(2-18)$ với $p < 0,05$. Thời gian nằm viện ở nhóm can thiệp $10,35 \pm 2,41(6-17)$ ngắn hơn so với nhóm chứng $11,67 \pm 2,8 (7-19)$ ngày có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Nguyễn Hoàng Hà, thời gian nằm viện là $11,93 \pm 5,06$ ngày, ngắn nhất là 7 ngày, dài nhất là 33 ngày với trường hợp phải mổ lại do tắc ruột [1]. NC của S. Souza Possa và cộng sự (2014) thời gian nằm viện nhóm thực hiện ERAS là (9.2 ± 4.1) ngày) so với nhóm trước khi can thiệp thời gian nằm viện là (12.1 ± 8.3) ngày) với ($p < 0.05$) [8].

Các biến chứng sau mổ: Nhóm không can thiệp có 2 (5,7%) bệnh nhân bị bán tắc ruột, phải đặt sonde dạ dày và dẫn lưu ổ bụng dưới siêu âm, tuy nhiên không phải mổ lại. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Hà không có trường hợp nào tử vong trong phẫu thuật. Không có tai biến trong phẫu thuật. Có 01 trường hợp tắc ruột sớm sau mổ được phẫu thuật lại [1]. NC của Teixeira Ura fernandes và cộng sự (2019) tỷ lệ NB bị rò miệng nối trước khi thực hiện ERAS là 6 (12.5%) và sau khi thực hiện ERAS là 1 (4%). Áp xe trước khi thực hiện ERAS là 4 (8,3%) và sau khi thực hiện ERAS là 1 (4%). Mổ lại trước ERAS là 6 (12,5%) và sau ERAS là 2 (8%) [9]. Nhóm can thiệp thì không có trường hợp nào. Nhóm không can thiệp có 02 trường hợp người bệnh có dấu hiệu viêm phổi, phải khí ho vỗ rung trong đó 1 trường hợp phải vào hồi sức thở máy.

5. KẾT LUẬN

Hiệu quả vận động sớm sau phẫu thuật: Thời gian nằm viện ở nhóm được thực hiện vận động sớm là

10,35 ± 2,41 ngắn hơn so với nhóm chứng 11,67 ± 2,8 ngày với p < 0,05. NB ngồi dậy và di chuyển ra khỏi giường ở nhóm can thiệp là 1,51 ± 0,60 ngày ngắn hơn so với nhóm chứng 2,42 ± 0,94 ngày, với p < 0,05. Thời gian rút sonde dạ dày ở nhóm can thiệp là 2,59 ± 1,16(0-5) cũng ngắn hơn nhóm chứng là 3,74 ± 2,67(2-18), p < 0,05.

Các biến chứng sau mổ: Nhóm chứng có 02 trường hợp NB có dấu hiệu viêm phổi, trong đó 1 trường hợp nằm khoa hồi sức và có 2 (5,7%) NB bị bán tắc ruột. Nhóm được thực hiện vận động sớm thì không có trường hợp nào.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Hoàng Hà, Kết quả sớm phẫu thuật cắt đại tràng trái bằng nội soi 3D điều trị ung thư đại tràng trái tại Bệnh viện K Tân Triều. http://hoabinhhospital.org.vn/upload_images/files/van_ban_iso/tom_tati_-_bs_nguyen_hoang_ha.pdf, 2018.
- [2] Phan Thị Diệu Hương và cộng sự, Vận động sớm sau phẫu thuật nội soi cắt đại, trực tràng do ung thư, Nghiên cứu Y học, Y học TP Hồ Chí Minh, Phụ bản tập 3. Số 4. 2019. Trang 52-59, 2019.
- [3] Nguyễn Thị Phương và cộng sự, Hiệu quả can thiệp dinh dưỡng theo chương trình ERAS trên bệnh nhân cắt đoạn dạ dày do ung thư, Tạp chí Y học Việt Nam tập 517. số 1.2022, 2022.
- [4] Fadime K, Emine I, The effect of mobilization protocol on mobilization start time and patient care outcomes in patients undergoing abdominal surgery. *J Clin Nurs.* 2022 May;31(9-10):1298-1308. doi: 10.1111/jocn.15986. Epub 2021 Aug 3, 2021.
- [5] Janes , Jenifer A, “Evaluation of an Enhance recovery after surgery pathway in two hospitals”. DNP Projects.177. https://uknowledge.uky.edu/dnp_etds/177, 2017.
- [6] Michal Pedziwiatr et al., Current status of enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol in gastrointestinal surgery. *Medical Oncology* (2018) 35:95, 2018.
- [7] Rose-Marie W. Thörn1 • Jan Stepniewski2 • Hans Hjelmqvist3 • Anette Forsberg1 • Rebecca Ahlstrand3 • Olle Ljungqvist (2022) .Supervised Immediate Postoperative Mobilization After Elective Colorectal Surgery: A Feasibility Study. *World J Surg* (2022) 46:34–42.
- [8] S. Souza Possa et al., Implementation of a guideline for physical therapy in the postoperative period of upper abdominal surgery reduces the incidence of atelectasis and length of hospital stay. *Rev Port Pneumol.* 2014;20(2):69-77, 2014.
- [9] Teixeira UF, Fontes PRO, Conceição CWN et al., Implementation of enhanced recovery after colorectal surgery (ERAS) protocol: initial results of the first Brazilian experience. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2019;32(1):e1419. DOI: /10.1590/0102-672020180001e1419.



THE SITUATION OF PATIENT CARE AFTER TOTAL LARYNGECTOMY AT ENT DEPARTMENT - K HOSPITAL

Phung Thi Xuan Giang*, Kim Thi Tien, Nguyen Thi Mai, Pham Thi Thu Huong

Vietnam National Cancer Hospital - 30 Cau Buou street, Tan Trieu, Thanh Tri, Hanoi, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 21/03/2023; Accepted 20/04/2023

ABSTRACT

Objective: Describe some clinical and subclinical features of laryngeal cancer; Assessing the status of patient care after total laryngectomy and finding out some related factors at the Department of Otolaryngology, K Hospital.

Patients and methods: Including 29 patients with laryngeal cancer, total laryngectomy at the Department of Otolaryngology, K Hospital. Prospective study with individual intervention.

Results: The mean age was 60 ± 6 . 93% of patients showed signs of hoarseness. 96.5% of patients have endoscopic images of warts.

All patients were taken care following to technical procedures of the Ministry of Health. Postoperative complications occurred in 3 patients, of which 1 patient had bleeding from the incision, 1 patient had bronchial fistula and chylous fistula. 96.5% of patients lost weight after 1 week. The vast majority of patients had a lower body mass index (BMI) after surgery compared to before surgery. There were 51,7% of patients with anxiety and stress before surgery. After surgery, only 24% of patients were anxious and stressed. 93.3% of patients did not have nosocomial infections. 79% of patients were very satisfied with the nursing care. Some factors were related to the patient's care are psychological problem due to lack of suitable psychologist and weight loss (BMI decreased) because 100% of patients given inadequate feeding techniques through sonde.

Conclusions: The common sign of laryngeal cancer is hoarseness (93%) and endoscopic images of warts (96,5%)..

Anxiety and stress before surgery were recorded in 51,7% due to lack of psychological intervention. All patients were weight loss because of inadequate eating. Nosocomial infections was low (6,7%). The majority of patients were satisfied with the nursing care.

Keyword: Caring for patients with total laryngectomy.

*Corresponding author

Email address: giangvkm@gmail.com

Phone number: (+84) 946 417 666

THỰC TRẠNG CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT CẮT THANH QUẢN TOÀN PHẦN TẠI KHOA NGOẠI TAI MŨI HỌNG - BỆNH VIỆN K

Phùng Thị Xuân Giang*, Kim Thị Tiến, Nguyễn Thị Mai, Phạm Thị Thu Hương

Bệnh viện K - Số 30 Đường Cầu Bươu, Tân Triều, Thanh Trì, thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 21 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 20 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư thanh quản;

Đánh giá thực trạng chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần và tìm hiểu một số yếu tố liên quan tại khoa ngoại Tai Mũi Họng, Bệnh viện K.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Gồm 29 người bệnh ung thư thanh quản, được cắt thanh quản toàn phần tại khoa ngoại Tai Mũi Họng, Bệnh viện K.

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp tiến cứu có can thiệp từng ca.

Kết quả: Tuổi trung bình người bệnh là 60 ± 6 . 93% số người bệnh có dấu hiệu khàn tiếng. 96.5% người bệnh có hình ảnh u sùi qua nội soi. Tất cả người bệnh đều được chăm sóc theo quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế. Biến chứng sau phẫu thuật xảy ra ở 3 người bệnh, trong đó 1 người bệnh chảy máu vết mổ, 01 người bệnh rò ống họng và rò đường chấp. 96.5 % người bệnh giảm cân sau 01 tuần. Đa số người bệnh đều có chỉ số cơ thể BMI sau phẫu thuật giảm so với trước phẫu thuật. Có 51,7% người bệnh lo lắng căng thẳng trước phẫu thuật. Sau phẫu thuật chỉ còn 24% người bệnh lo lắng, căng thẳng. 93.3% người bệnh không có nhiễm khuẩn bệnh viện. Có 79% người bệnh rất hài lòng với công tác chăm sóc của điều dưỡng. Một số yếu tố liên quan là tâm lý của người bệnh chưa ổn định do chưa có chuyên gia tâm lý tư vấn kịp thời. Chỉ số cơ thể BMI sau phẫu thuật giảm do 100% người bệnh được cho ăn qua sonde chưa đảm bảo kỹ thuật.

Kết luận: Triệu chứng cơ năng hay gặp của ung thư thanh quản là khàn tiếng (93%), nội soi có u sùi (96,5%).

Người bệnh thường có lo lắng, căng thẳng trước mổ (51,7%) do chưa được tư vấn, chỉ số BMI giảm sau mổ do ăn qua sonde chưa đảm bảo kỹ thuật (100%), tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện thấp (6,7%) và hầu hết người bệnh hài lòng với công tác chăm sóc của điều dưỡng (79% rất hài lòng).

Từ khóa: Chăm sóc người bệnh cắt thanh quản toàn phần.

*Tác giả liên hệ

Email: giangvkm@gmail.com

Điện thoại: (+84) 946 417 666



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thanh quản (UTTQ) là một khối u ác tính xuất phát chủ yếu từ lớp biểu mô của thanh quản. Theo GLOBOCAN 2020, UTTQ là loại ung thư đứng hàng thứ 22 trong các bệnh lý ác tính [34]. Ở Việt Nam, trong các loại ung thư vùng đầu cổ ung thư thanh quản đứng thứ 2 sau ung thư vòm mũi họng.

UTTQ liên quan mật thiết với các yếu tố nguy cơ rượu và thuốc lá. Gặp chủ yếu ở nam giới với tần suất nam/nữ vào khoảng 8 - 9/1. Nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 40 - 70. Khoảng 70% UTTQ thuộc tầng thanh môn (dây thanh). Biện pháp cơ bản trong điều trị UTTQ hiện nay vẫn là phẫu thuật, hóa chất và xạ trị. [1] [3].

Theo thống kê của Bệnh viện K, mỗi năm trung bình có 1.500 người bệnh (NB) đến khám và được chẩn đoán là UTTQ và ung thư hạ họng, trong đó 35 - 60 NB có chỉ định phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần. Đây là một phẫu thuật lớn, phức tạp nên có thời gian hậu phẫu kéo dài và ảnh hưởng vĩnh viễn đến chức năng của thanh quản. Với trình độ của Y học hiện đại, các bác sỹ chuyên khoa đã phối hợp để có thể giúp loại bỏ được khối u ra khỏi cơ thể NB. Tuy nhiên, vấn đề chăm sóc trước và sau phẫu thuật (PT) cho người bệnh ung thư thanh quản còn chưa được quan tâm đúng mức. Việc chăm sóc đúng quy trình trước và sau phẫu thuật có thể giúp người bệnh giảm được tác dụng phụ, nâng cao thể trạng, tăng cường miễn dịch góp phần rút ngắn thời gian nằm viện. Để bước đầu đánh giá tình trạng chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần chúng tôi tiến hành đề tài: **“Thực trạng chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần tại khoa ngoại Tai Mũi Họng, Bệnh viện K”** với hai mục tiêu:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư thanh quản;

2. Đánh giá thực trạng chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần và tìm hiểu một số yếu tố liên quan tại khoa ngoại Tai Mũi Họng, Bệnh viện K.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 29 người bệnh được chẩn đoán xác định là ung thư thanh quản được cắt thanh quản toàn phần (TQTP) tại khoa Ngoại Tai Mũi Họng (ngoại TMH), Bệnh viện K trong thời gian từ tháng 04/2022 đến tháng 10/2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh được chẩn đoán ung thư thanh quản;
- Người bệnh được cắt thanh quản toàn phần tại khoa ngoại TMH, Bệnh viện K;
- Người bệnh được chăm sóc và theo dõi hậu phẫu, được đánh giá tại các thời điểm: trước phẫu thuật, hàng ngày sau phẫu thuật từ ngày thứ 1 đến ngày thứ 14 (ngày người bệnh ra khỏi khoa) tại khoa ngoại TMH, Bệnh viện K.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh đã được hóa - xạ trị tiền phẫu, ung thư tái phát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	n	%
Tuổi	Trung bình 60 ± 6 tuổi (39 – 81 tuổi)	
Giới: Nam	26	89,7%
Nữ	03	10,3%
Triệu chứng lâm sàng		
Khàn tiếng	25	93%
Nuốt đau	04	13,7%
Khó thở	12	41%
Hạch cổ	02	6,8%
Khác	01	3,5%
Triệu chứng cận lâm sàng		
Hình ảnh u sùi qua nội soi	28	96,5%
Hình ảnh u thâm nhiễm qua nội soi	01	3,5%
Mô bệnh học của khối u: Carcinoma vảy xâm nhập độ II	28	96,5%

Tuổi hay gặp là nhóm tuổi từ 50 - 69 tuổi. Hầu hết người bệnh là nam (89,7%). Tỷ lệ nam/nữ là 8,7/1. Triệu chứng hay gặp nhất là khàn tiếng. Hình ảnh u sùi

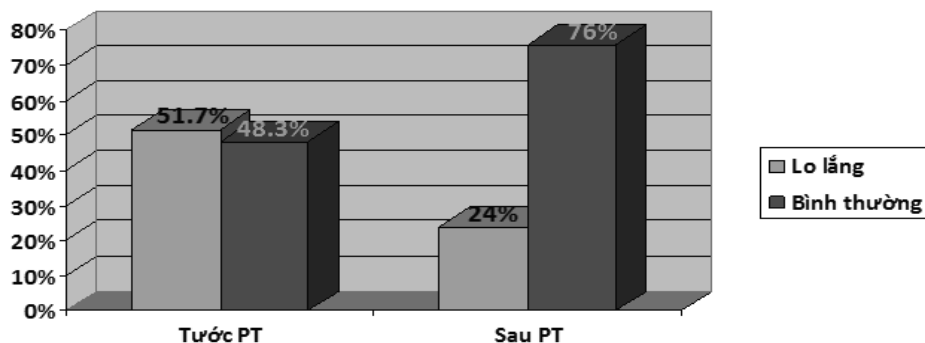
chiếm 96.5%.
3.2. Đánh giá chăm sóc người bệnh

Bảng 2. Đánh giá mức độ đau bằng thang điểm VAS vào 9h hàng ngày

Hậu phẫu	n	Mức 5,6	Mức 7,8	Mức 9,10
Ngày 1	29		25 (86.2%)	4 (13.7%)
Ngày 2	29		25 (86.2%)	4 (13.7%)
Ngày 3	29	15 (51.7%)	14 (48.3%)	
Ngày 4	29	26 (90%)	3 (10%)	

Mức độ đau cao nhất (mức 9,10) vào ngày 1, ngày 2 sau đó giảm dần.

Biểu đồ 1. Tâm lý người bệnh trước và sau phẫu thuật



Tỉ lệ lo lắng, căng thẳng trước phẫu thuật chiếm 51.7% cao hơn sau PT 24%.

Bảng 3. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng sau phẫu thuật		n	Tỷ lệ %
Có	Chảy máu vết mổ	1	3.44%
	Tụ máu vết mổ	0	0
	Khó thở	0	0
	Rò ống họng	1	3.44%
	Rò đường chấp	1	3.44%
Không có biến chứng		26	89.7%
Tổng		29	100%

Tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật chiếm 10.3% (3 ca: chảy máu, rò ống họng, rò đường chấp).

Bảng 4. Tình trạng nhiễm khuẩn bệnh viện

Nhiễm khuẩn bệnh viện		n	Tỷ lệ %
Có	Vết mổ	2	6.8
	Viêm phổi	0	0
	Nhiễm khuẩn huyết	0	0
	Loét do tì đè	0	0
Không có		27	93.2
Tổng		29	100

Tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ thấp chiếm 6.8%.

Bảng 5. Chỉ số cơ thể BMI trước và sau phẫu thuật

Thời gian BMI (kg/m ²)	Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật 1 tuần		Sau phẫu thuật 2 tuần	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Thiếu cân	2	7	28	96.5	19	65
Bình thường	27	93	1	3.5	10	35
Thừa cân	0	0	0	0	0	0
Tổng	29	100	29	100	29	100

Trước PT có 7% thiếu cân. Sau phẫu thuật một tuần có 96.5% thiếu cân. Sau phẫu thuật 2 tuần có 65% thiếu cân.

Bảng 6. Biến chứng trong quá trình nuôi dưỡng

Biến chứng	n	Tỷ lệ (%)
Tiêu chảy	2	6.9
Táo bón	3	10.3
Chướng bụng	5	17.2
Tắc sonde	1	3.5
Trào ngược, nôn do bơm nhiều, bơm có không khí	7	24.1
Không có biến chứng	11	38
Tổng	29	100

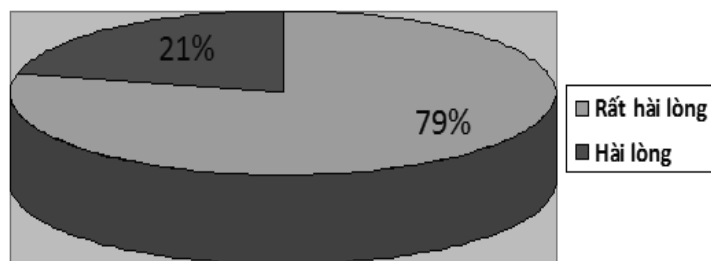
Biến chứng hay gặp là trào ngược, nôn do bơm nhiều, bơm có không khí chiếm tỉ lệ cao nhất 24.1%. Tiếp đến chướng bụng chiếm tỉ lệ 17.2%.

Bảng 7. Thời gian nằm viện

			Số ngày nằm viện				
			7 - 10 ngày	11 - 14 ngày	Dưới 20 ngày	Trên 20 ngày	
Nhóm tuổi	39-50 tuổi	Số lượng	1		1	1	
		Tỉ lệ (%)	3.44	0			
	51-60 tuổi	Số lượng	5	3	1		
		Tỉ lệ (%)	17.2	10.3			
	61-70 tuổi	Số lượng	7	5	1		
		Tỉ lệ (%)	24.1	17.2			
	Trên 70 tuổi	Số lượng	2	2	0	0	
		Tỉ lệ (%)	6.9	6.0			
	Tổng			15 (51.7%)	10 (34.5%)	3 (10.35)	1 (3.45%)

Thời gian nằm viện từ 7 - 10 ngày chiếm tỉ lệ cao nhất 51.7%, số ngày nằm viện 11 – 14 ngày chiếm tỉ lệ 34.5%.

Biểu đồ 2. Mức độ hài lòng của người bệnh với công tác chăm sóc của điều dưỡng



Mức độ hài lòng với điều dưỡng 79% người bệnh rất hài lòng, 21% người bệnh hài lòng.

3.3. Một số yếu tố liên quan

- Tâm lý của người bệnh trước và sau phẫu thuật với quá trình chăm sóc;
- Tình trạng dinh dưỡng với kỹ thuật cho NB ăn qua sonde.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Tuổi mắc trung bình của nhóm nghiên cứu là 60 ± 6 , nhóm tuổi trung niên từ 50 – 69 chiếm tới 70%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu (NC) của tác giả Lê Xuân Nhân và cộng sự [1]. Người bệnh chủ yếu là nam giới chiếm tỷ lệ 89.7%. Tỷ lệ này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tiến Hùng và cộng sự. [2]. Điều này là do thói quen hút thuốc và uống rượu ở nam giới cao hơn rất nhiều so với nữ giới. Số NB nữ chiếm tỷ lệ 10,3%, tăng lên ngang bằng các nước tiên tiến [6]. Khàn tiếng là triệu chứng cơ năng đầu tiên xuất hiện trên phần lớn số người bệnh chiếm 93%. Kết quả này tương tự với kết quả của tác giả Nguyễn Tiến Hùng, Vũ Quang Chấn [3] khàn tiếng chiếm 100%. Khó thở chiếm tỷ lệ 41% cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Lê Thị Hòa [4] với 15.7% có thể do người bệnh của chúng tôi ở giai đoạn muộn hơn. Hạch cổ chiếm tỷ lệ 6.8% kết quả của chúng tôi thấp hơn rất nhiều so với tác giả Nguyễn Phương Hoa [6] với 40%. Vấn đề di căn hạch cổ rất được nhiều tác giả quan tâm vì nguyên nhân thất bại chính của điều trị. Nuốt đau trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 13.7% thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Phương Hoa [6] với tỷ lệ 20%.

Với 28/29 NB có hình ảnh u sùi chiếm 96.5%. Kết quả NC tương đồng với nghiên cứu của Phạm Văn Hữu [5] với 88.7%. Sự chênh lệch do cỡ mẫu khác nhau. Mô bệnh học của khối u chủ yếu carcinoma vảy xâm nhập độ II chiếm 96.5% tương đồng với tác giả Tanadech Dechaphunkul có tỷ lệ chiếm từ >96% đến gần 99% [8].

4.2. Đánh giá chăm sóc người bệnh

Về mức độ đau (theo thang điểm VAS): 3 ngày đầu sau phẫu thuật mức độ đau cao nhất (mức 9,10) chiếm rất ít (13,7%) do người bệnh được sử dụng phương pháp giảm đau tĩnh mạch ngoài màng cứng (PCA). Từ ngày hậu phẫu thứ 4 người bệnh được chuyển sang sử dụng

giảm đau không opioide thì mức đau chỉ giảm xuống mức 5,6.

Về tâm lý lo lắng, căng thẳng trước phẫu thuật chiếm 51.7%, sau mổ NB ổn định hơn (24%). Có nhiều lý do ảnh hưởng đến tâm lý người mắc ung thư như dư luận xã hội, tình trạng sức khỏe kém, quá trình điều trị dài, mệt mỏi cùng với gánh nặng kinh tế dẫn đến nhiều NB cảm thấy lo lắng, buồn chán thậm chí trầm cảm, tuyệt vọng.

Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 10.3% (01 chảy máu vết mổ, 01 rò ống họng và 01 rò đường chấp). Có sự khác biệt so với NC của tác giả Lê Xuân Nhân và cộng sự [1] có tỷ lệ biến chứng là 43.8%. Điều này cho thấy kỹ thuật mổ và chất lượng chăm sóc hậu phẫu ngày càng nâng cao nên tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật giảm.

Tỷ lệ không có NKBV chiếm 93.3%. Điều này cho thấy số NB NKBV thấp do trình độ chuyên môn của đội ngũ PT viên và kinh nghiệm của điều dưỡng chăm sóc hậu phẫu.

Về chỉ số BMI sau phẫu thuật đa số người bệnh thiếu cân (96.5%) so với trước phẫu thuật (7%) do hậu phẫu nặng. Việc nuôi ăn qua sonde chưa tốt, tâm lý người bệnh lo lắng, trải qua đại phẫu, sử dụng kháng sinh sau phẫu thuật gây giảm cân. Chính vì vậy các chuyên gia đã khẳng định tầm quan trọng đặc biệt của việc chăm sóc và tư vấn kịp thời của nhân viên y tế cho người bệnh giai đoạn hậu phẫu.

Về biến chứng trong quá trình nuôi dưỡng: có 6.9% người bệnh có tiêu chảy, 10.3% có táo bón thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Phương Hoa [6]. Chướng bụng chiếm tỷ lệ 17.2%, trào ngược chiếm tỷ lệ 24.1%. Nguyên nhân của tình trạng này là vấn đề ăn qua sonde chưa được giám sát chuẩn về kỹ thuật và thời gian cho ăn.

Thời gian nằm viện từ 7 - 10 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 51.7%, số ngày nằm viện 11 - 14 ngày chiếm tỷ lệ 34.5%. Có sự khác biệt với NC của Nguyễn Thị Thanh [7] thấp nhất là 15 ngày, cao nhất là 31 ngày. Thời gian nằm viện phụ thuộc vào đường thở, tình trạng vết mổ và tình trạng dinh dưỡng của người bệnh. Tại khoa Ngoại TMH chúng tôi có đội ngũ nhân viên y tế kinh nghiệm chăm sóc do vậy số ngày nằm viện của chúng tôi thấp hơn. Về mức độ hài lòng là 79% người bệnh rất hài lòng với công tác chăm sóc của điều dưỡng. Đây là thành quả ghi nhận sự nỗ lực của tập thể cán bộ nhân viên khoa Ngoại Tai Mũi Họng.

4.3. Một số yếu tố liên quan

- Tâm lý của người bệnh trước và sau phẫu thuật với quá trình chăm sóc: Có thể do không có chuyên gia tâm lý phù hợp hỗ trợ nên người bệnh còn lo lắng căng thẳng trước và sau phẫu thuật.

- Tình trạng dinh dưỡng với kỹ thuật cho người bệnh ăn qua sonde: Có thể nhiều người bệnh còn ăn khi nằm, bơm ăn quá nhanh, không tuân thủ giờ ăn, dồn số lượng suất ăn vào một thời gian.

5. KẾT LUẬN

Chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật vùng đầu mặt cổ, tai mũi họng nói chung, người bệnh sau phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần nói riêng là một quá trình theo dõi và chăm sóc toàn diện từ khi người bệnh từ phòng hồi tỉnh về khoa điều trị gồm kiểm soát đau, dinh dưỡng, tình trạng tinh thần và sự lành vết thương... Với kết quả thực trạng của nghiên cứu này, chúng tôi thấy cần phối hợp chặt chẽ hơn nữa với người bệnh, người nhà người bệnh, trung tâm dinh dưỡng để nâng cao chất lượng chăm sóc hậu phẫu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Lê Xuân Nhân, Đặng Thanh, Trần Phương Nam, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị ung thư thanh quản tại Huế, Tạp chí Y Dược học, Trường Đại Học Y Dược Huế, T114, tập 9 (06+07), 2019.

[2] Nguyễn Tiến Hùng, Nguyễn Việt Chiến, Đỗ Tá Hiền, Bước đầu ứng dụng Laser CO2 mềm trong điều trị ung thư thanh quản tầng thanh môn giai đoạn T1,T2 tại Bệnh viện K, Tạp chí Y học Việt

Nam, Tập 471, 141 – 146, 2018.

[3] Nguyễn Tiến Hùng, Vũ Quang Chấn, Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư thanh quản tầng thanh môn giai đoạn T2NxMo tạo hình CHEP tại Bệnh viện K. Tạp chí Ung thư học, Số 2, tập 1, 128 – 134, 2022.

[4] Lê Thị Hòa, Đặc điểm lâm sàng và thực trạng chẩn đoán ung thư thanh quản tại một số bệnh viện ở Hà Nội hiện nay. Tạp chí Khoa học điều dưỡng. Tập 5, số 02, 445, 2020.

[5] Phạm Văn Hữu, Nghiên cứu hình thái lâm sàng, nội soi và đối chiếu với kết quả phẫu thuật của ung thư thanh quản giai đoạn sớm. Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội, 2008.

[6] Nguyễn Phương Hoa và CS, Chăm sóc người bệnh phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương, kỷ yếu hội nghị khoa học điều dưỡng, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương năm 2019, 2019.

[7] Nguyễn Thị Thanh, “Đặc điểm lâm sàng và kết quả của bài tập huấn luyện nuốt ở bệnh nhân ung thư thanh quản sau cắt thanh quản bán phần Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương năm 2015”, 2015.

[8] Tanadech D, “Epidemiology, Risk factors and Overall Survival Rate of Laryngeal Cancer in Songklanagarind Hospital”, J. Med Assoc Thai, 94(3), tr. 355-360, 2011.

[9] Peretti G, Oncological results of endoscopic resection of Tis and T1 glottic carcinomas by carbon dioxide laser. Ann Otol Rinol Laryngol, 110(9), 820-6, 2001.



EVALUATION OF ADVERSE EFFECTS OF CONTINUOUS EPIDURAL ANALGESIA FOR PATIENTS AFTER COLORECTAL CANCER SURGERY USING ROPIVACAINE IN COMBINATION WITH FENTANYL

Nguyen Thi Thuy*, Nguyen Nhu Quynh, Nguyen Van Duc, Do Anh Tu

Vietnam National Cancer Hospital - 30 Cau Buou street, Tan Trieu, Thanh Tri, Hanoi, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 20/03/2023; Accepted 17/04/2023

ABSTRACT

Objective: Description of vital signs and some undesirable effects of patients after colorectal cancer surgery using epidural analgesia in combination with Ropivacaine and Fentanyl

Methods: Prospective cross-sectional description, on 39 patients with colorectal cancer at the Department of Anesthesia and Surgery Department 2 – K Hospital from August to October 2021.

Results: At 3 times T0, T12, T48, the average pulse frequency (beat/minute) was 81.44 ± 10.02 respectively; 77.69 ± 9.73 ; 73.19 ± 3.11 ; mean diastolic blood pressure (mmHg) respectively 77.38 ± 7.45 ; 76.28 ± 6.05 ; 68.36 ± 6.40 ; mean systolic blood pressure (mmHg) respectively 132.41 ± 10.51 ; 127.08 ± 7.17 ; 123.18 ± 6.98 ; average respiratory rate (beats/minute) is 17.87 ± 1.34 respectively; 16.72 ± 1.17 ; 16.92 ± 1.06 ; Describe the pain level by means of the decreasing average VAS score, at T0 it is 2.36 ± 1.09 ; T12 is 0.26 ± 0.63 ; T48 is 0.08 ± 0.27 , the difference between time points is statistically significant ($p < 0.05$). The undesirable effects encountered were nausea/vomiting (5.1%), pruritus (28.2%), urinary retention (15.4%), catheter occlusion (2.6%) and catheter slip 12.8%).

Conclusions: Most of the patients had survival index after surgery within the normal range. The analgesic effect was good at 48 hours with a VAS score of 0.08 ± 0.27 . Attention should be paid to the most common adverse reactions in the order of pruritus, urinary retention, catheter slip, nausea/vomiting, catheter occlusion.

Keywords: Colorectal cancer, epidural pain relief, unwanted effects.

*Corresponding author

Email address: nguyenthuyquyen020809@gmail.com

Phone number: (+84) 917 333 586

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA PHƯƠNG PHÁP GIẢM ĐAU NGOÀI MÀNG CỨNG LIÊN TỤC CHO NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG SỬ DỤNG ROPIVACAINE PHỐI HỢP FENTANYL

Nguyễn Thị Thủy*, Nguyễn Như Quỳnh, Nguyễn Văn Đắc, Đỗ Anh Tú

Bệnh viện K - Số 30 Đường Cầu Bươu, Tân Triều, Thanh Trì, thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 20 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 17 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả dấu hiệu sinh tồn và một số tác dụng không mong muốn của người bệnh (NB) sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng (UTĐTT) sử dụng phương pháp giảm đau ngoài màng cứng phối hợp Ropivacaine và Fentanyl.

Thiết kế: Mô tả tiến cứu, trên 39 NB UTĐTT tại Khoa Phẫu thuật gây mê hồi sức và khoa Ngoại Bụng 2 – Bệnh viện K từ tháng 8/2021 – 10/2021.

Kết quả: Tại 3 thời điểm T0, T12, T48, tần số mạch trung bình (nhịp/phút) lần lượt là $81,44 \pm 10,02$; $77,69 \pm 9,73$; $73,19 \pm 3,11$; huyết áp tâm trương trung bình (mmHg) lần lượt là $77,38 \pm 7,45$; $76,28 \pm 6,05$; $68,36 \pm 6,40$; huyết áp tâm thu trung bình (mmHg) lần lượt là $132,41 \pm 10,51$; $127,08 \pm 7,17$; $123,18 \pm 6,98$; tần số thở trung bình (nhịp/phút) lần lượt là $17,87 \pm 1,34$; $16,72 \pm 1,17$; $16,92 \pm 1,06$; Mô tả đặc điểm mức độ đau bằng thang điểm VAS trung bình giảm dần, tại T0 là $2,36 \pm 1,09$; T12 là $0,36 \pm 0,23$; T48 là $0,08 \pm 0,06$, sự khác biệt giữa các thời điểm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Các tác dụng không mong muốn gặp phải là buồn nôn/nôn (5,1%), ngứa (28,2%), bí tiểu (15,4%), tắc catheter (2,6%) và tuột catheter (12,8%).

Kết luận: Hầu hết người bệnh có chỉ số sinh tồn sau phẫu thuật đều nằm trong giới hạn bình thường. Hiệu quả giảm đau đạt kết quả tốt với giờ thứ 48 với điểm VAS $0,08 \pm 0,06$. Cần chú ý đến các tác dụng không mong muốn thường gặp theo thứ tự ngứa, bí tiểu, tuột catheter, buồn nôn/nôn, tắc catheter.

Từ khóa: Ung thư đại trực tràng, giảm đau ngoài màng cứng, tác dụng không mong muốn.

*Tác giả liên hệ

Email: nguyenthuyquyen020809@gmail.com

Điện thoại: (+84) 917 333 586



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật UTĐTT được nhiều nghiên cứu đánh giá vì tỷ lệ mắc bệnh ngày càng tăng và chỉ định phẫu thuật được mở rộng, tuy nhiên triệu chứng đau sau mổ vẫn là yếu tố trở ngại cho khả năng hồi phục của người bệnh [9]. Hậu quả của đau ảnh hưởng rất lớn đến kết quả phục hồi sức khỏe và tâm lý của người bệnh cũng như đến thành công của phẫu thuật. Nhiều phương pháp giảm đau đã được áp dụng cho người bệnh sau mổ, trong đó phương pháp gây tê ngoài màng cứng được thừa nhận là phương pháp giảm hiệu quả nhất cho người bệnh mổ ung thư trực tràng [9],[10]. Tuy nhiên nhiều tác dụng không mong muốn liên quan đến kỹ thuật được báo cáo như rối loạn huyết động, buồn nôn, nôn, nhiễm trùng catheter [11]. Nguyên nhân của các tác dụng không mong muốn này chưa có cơ chế cụ thể, tuy nhiên có liên quan đến tác dụng của các thuốc họ Morphin gây ra. Do đó cần thiết phải theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn và đánh giá các tác dụng không mong muốn trên người bệnh phẫu thuật UTĐTT. Bệnh viện K cơ sở 3 thường xuyên phẫu thuật UTĐTT và áp dụng biện pháp giảm đau sau mổ ngoài màng cứng phối hợp Ropivacaine và Fentanyl. Do đó nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả dấu hiệu sinh tồn và một số tác dụng không mong muốn của người bệnh sau phẫu thuật UTĐTT sử dụng phương pháp giảm đau ngoài màng cứng phối hợp Ropivacaine và Fentanyl.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

NB sau phẫu thuật UTĐTT lần đầu tiên tại Khoa Ngoại bụng 2 - Bệnh viện K cơ sở Tân Triều từ tháng 8 đến tháng 10/2021

Tiêu chuẩn lựa chọn: những người bệnh đủ 18 tuổi, đã được phẫu thuật UTĐTT, phân loại sức khỏe trước phẫu thuật theo thang điểm ASA (American Society of Anesthesiologist) giai đoạn I, II và đồng ý sử dụng phương pháp giảm đau sau mổ bằng tê ngoài màng cứng kết hợp Ropivacaine và Fentanyl. Những người bệnh có biến chứng nguy kịch sau mổ, rối loạn nhận thức, tâm thần trước hoặc sau mổ được loại ra khỏi nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm tiến hành nghiên cứu: nghiên cứu được tiến hành từ tháng 08 đến tháng 10 năm 2021 tại Khoa Phẫu thuật gây mê hồi sức và khoa Ngoại Bụng 2 – Bệnh viện K.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả tiến cứu, chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ người bệnh đạt tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian tiến hành nghiên cứu, thực tế nghiên cứu thu thập được 39 đối tượng nghiên cứu.

2.4. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Nhập số liệu và quản lý số liệu bằng phần mềm Excel, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các thuật toán sử dụng tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, tỷ lệ (%), với độ tin cậy 95%, kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành đảm bảo nguyên tắc đạo đức nghiên cứu y sinh học, được sự cho phép của Hội đồng duyệt đề cương của Bệnh viện K cơ sở 3, Viện Ung thư Quốc gia.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

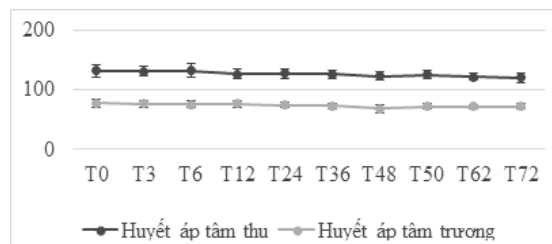
Thông tin chung		Số lượng	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	< 30 tuổi	0	0
	30 ≤ 50 tuổi	2	5,1
	50 ≤ 60 tuổi	7	17,9
	60 ≤ 70 tuổi	23	59,0
	70 ≤ 80 tuổi	6	15,4
	≥ 80 tuổi	1	2,6
Giới	Nam	29	74,4
	Nữ	10	25,6
Vị trí ung thư	K trực tràng	22	56,4
	K đại tràng	17	43,6
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)		114,87 ± 18,34	
Thời gian gây mê trung bình (phút)		128,21 ± 17,45	

Khi so sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Anh Cường (2017) với độ tuổi trung bình của người bệnh tương ứng là 58,6; 61,4 và 56,7 tuổi, hầu hết người bệnh trên 40 tuổi [2], nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng. Do vậy, sàng lọc ung thư trực tràng tại cộng đồng thường lựa chọn các đối tượng trong độ tuổi 50-70. Về tỷ lệ nam nữ, nghiên cứu của chúng tôi có sự chênh lệch so với nghiên cứu của Võ Tấn Long

(2011) với tỷ lệ nam/nữ, tương ứng 1,3:1 [6]. Về đặc điểm bệnh lý của người bệnh, ung thư trực tràng chiếm tỷ lệ cao hơn không đáng kể với 56,4% so với 43,6% ung thư đại tràng, thời gian phẫu thuật và thời gian gây mê trung bình tương ứng 114,87 ± 18,34 phút và 128,21 ± 17,45 phút.

3.2. Đặc điểm dấu hiệu sinh tồn của đối tượng nghiên cứu

Biểu đồ 1. Sự thay đổi huyết áp tâm thu trung bình và huyết áp tâm trương trung bình tại các thời điểm

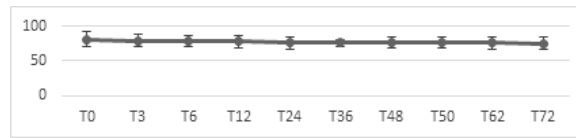


Hầu hết người bệnh có huyết áp tâm thu trong giới hạn bình thường, một số có tăng nhẹ huyết áp. Công tác đánh giá chăm sóc theo dõi dấu hiệu sinh tồn người bệnh sau phẫu thuật lớn như phẫu thuật UTĐTT có vai trò quan trọng trong tiên lượng, phát hiện và xử trí sớm các tai biến, biến chứng sau mổ. Trong đó biến chứng

hạ huyết áp do giãn mạch ngoại vi, giảm nhịp tim là biến chứng nguy hiểm ảnh hưởng đến tính mạng người bệnh. Kết quả nghiên cứu có sự khác biệt về huyết áp giữa các thời điểm tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả của Nguyễn Đức Lam (2018) [4].



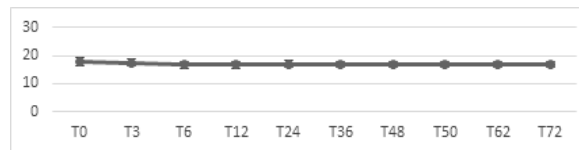
Biểu đồ 2. Sự thay đổi tần số mạch trung bình tại các thời điểm



Một số người bệnh có tăng tần số mạch sau điều trị, tuy nhiên, tần số mạch trung bình của các người bệnh trong nghiên cứu đều nằm trong giới hạn bình thường. Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng tần số mạch trung bình có sự giảm nhẹ tại thời điểm T72 so với T0. Sự giảm tần số tim này có thể được giải thích bằng việc giảm đau tốt

đến giảm nhịp tim, từ đó làm giảm thiểu các nguy cơ về tim, đặc biệt là các đợt thiếu máu cơ tim. Nhìn chung, gây tê ngoài màng cứng ức chế chọn lọc đám rối tim T1-T5, làm giảm trương lực giao cảm tạo sợi phân bố cho cơ tim, các sợi này làm đẩy nhanh các biến đổi về mạch, từ đó làm giảm nguy cơ rối loạn nhịp tim [12].

Biểu đồ 3. Sự thay đổi tần số thở trung bình tại các thời điểm



Nghiên cứu của chúng tôi đưa ra kết quả tần số thở trung bình giảm từ $17,87 \pm 1,34$ đến $16,85 \pm 0,81$. Nghiên cứu của Trần Hoài Nam và cộng sự cũng cho thấy, tần số thở của người bệnh giảm từ $18,3 \pm 14$ xuống $16 \pm 0,9$ (lần/phút). Trước khi được giảm đau, người bệnh

thường thở nhanh, nông, nhịp thở không đều, người bệnh không dám thở do đau. Sau khi được giảm đau, người bệnh hoàn toàn có thể thở sâu, vì vậy biên độ thở của người bệnh tăng lên rõ rệt [13].

Bảng 2. Sự thay đổi điểm đau VAS tại các thời điểm nghiên cứu

Thời điểm	Điểm VAS trung bình (\pm SD)	Min	Max
T0	$2,36 \pm 1,09$	0	4
T3	$1,90 \pm 1,31$	0	4
T6	$1,15 \pm 0,98$	0	2
T12	$0,36 \pm 0,23$	0	2
T24	$0,18 \pm 0,09$	0	2
T36	$0,10 \pm 0,07$	0	1
T48	$0,08 \pm 0,06$	0	1
T50	$0,08 \pm 0,05$	0	1
T72	0	0	0

Kết quả chăm sóc đau được kiểm soát tốt, điểm đau VAS có xu hướng giảm tốt sau phẫu thuật. Tại thời điểm 72 giờ, 100% NB đều hết đau. Kết quả chăm sóc giảm đau có sự tương đồng với nghiên cứu của Đặng Thị Luyện và cộng sự (2022) với 90% NB có điểm

VAS < 5 cả khi nghỉ và khi vận động trong 3 ngày sau mổ. Tỷ lệ NB đau ít hoặc không đau (VAS < 3) đạt gần 80% ngày đầu sau mổ, tăng dần ở 2 ngày tiếp theo [7].

3.3. Tác dụng không mong muốn

Bảng 3. Theo dõi sau phẫu thuật

Thời điểm	Bí tiểu		Tắc catheter		Tuột catheter	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
T0	2	5,1	0	0	0	0
T3	3	7,7	0	0	0	0
T6	1	2,6	0	0	0	0
T48	0	0	0	0	2	5,1
T50	0	0	0	0	3	7,7
T62	0	0	1	2,6	0	0

Trong nghiên cứu này, tình trạng bí tiểu thường xuất hiện ở những giờ đầu sau phẫu thuật, với tỷ lệ bí tiểu là khoảng 15,4%. Tắc catheter xuất hiện tại thời điểm giờ 62 sau phẫu thuật với tỷ lệ 2,6%. Có 5/39 trường hợp tuột catheter, ở giờ thứ 48 và 62. Nghiên cứu của Vũ Thị Hằng và Lưu Quang Thùy cũng cho kết quả tuột đầu trong catheter ra ngoài gặp 2 người bệnh (1,6%) ở ngày thứ 2 ở người bệnh nhiều mỡ hô và nghiêng trở nhiều khiến băng dính cố định toàn bộ catheter bị

tuột và phải đổi phương pháp giảm đau tĩnh mạch, có 2 người bệnh (1,6%) bị rò rỉ chỗ nối catheter đã được phát hiện và xử lý ngay trong giai đoạn hồi tỉnh [14]. Tuột catheter ra ngoài là nguyên nhân dẫn đến phải ngừng giảm đau ngoài màng cứng sớm cho người bệnh, do vậy công tác phối kết hợp giữa điều dưỡng bệnh phòng là rất quan trọng nhằm theo dõi thường xuyên và phát hiện sớm các trường hợp có nguy cơ tuột để xử lý kịp thời cho người bệnh [5].

Bảng 4. Tác dụng không mong muốn khác

Tác dụng không mong muốn	Số lượng	Tỷ lệ %
Buồn nôn/nôn	2	5,1
Ngứa	11	28,2

Có 28,2% người bệnh có biểu hiện ngứa sau phẫu thuật và 5,1% trường hợp có buồn nôn. Tỷ lệ nôn và buồn nôn cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Quý (3,3%), thấp hơn kết quả nghiên cứu của Vũ Thị Hằng (8,2%) [3] và tương đồng với nghiên cứu của Vũ Thị Hằng.

4. KẾT LUẬN

Hầu hết người bệnh có chỉ số sinh tồn sau phẫu thuật đều nằm trong giới hạn bình thường. Hiệu quả giảm đau đạt kết quả tốt với giờ thứ 48 với điểm VAS 0,08 ± 0,06. Cần chú ý đến các tác dụng không mong muốn thường gặp theo thứ tự ngứa, bí tiểu, tuột catheter, buồn nôn/nôn, tắc catheter.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Vũ Thị Hằng, Kết quả chăm sóc giảm đau sau phẫu thuật bằng phương pháp truyền liên tục qua catheter ngoài màng cứng. Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Y khoa Hà Nội
- [2] Vũ Thị Hằng, Lưu Quang Thùy, Đánh giá sự hài lòng của người bệnh khi được sử dụng phương pháp giảm đau ngoài màng cứng sau phẫu thuật vùng bụng tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức, Tạp chí Y dược lâm sàng 108. 8(17), 2022.
- [3] Võ Tấn Long, Nguyễn Minh Hải, Lâm Việt Trung và cộng sự, Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng nối máy so với mổ mở trong điều trị ung thư trực tràng. Tạp chí Y Học

TP. Hồ Chí Minh, 15(1), 119-123, 2011.

- [4] Đặng Thị Luyện, «Khảo sát mức độ hài lòng của người bệnh với gói giảm đau ngoài màng cứng sau phẫu thuật tiêu hóa tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.» *Journal of 108-Clinical Medicine and Pharmacy* (2022).
- [5] Nguyễn Văn Quý, Nghiên cứu giảm đau sau mổ ung thư dạ dày bằng hỗn hợp bupivacain - fentanyl qua catheter ngoài màng cứng do bệnh nhân tự điều khiển. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2007.
- [6] Smith G, Pain after surgery, *Br J Anaesth.* 67(3), pp. 233-4, 1991.
- [7] Wu CL, Caldwell MD, Effect of post-operative analgesia on patient morbidity, *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 16(4), pp. 549-63, 2002.
- [8] Casati A, A double-blinded, randomized comparison of either 0.5% levobupivacaine or 0.5% ropivacaine for sciatic nerve block, *Anesth Analg.* 94(4), pp. 987-90, table of contents, 2002.

THE EFFECT OF NUTRITION INTERVENTION OF ESOPHAGEAL CANCER PATIENTS AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Nguyen Thi Hong Tien^{1,*}, Hoang Viet Bach¹, Nguyen Duy Thanh¹, Dang Bao Ngoc¹,
Dang Thi Thu Hang¹, Nguyen Thi Thanh Hoa¹, Le Tran Mai Anh¹, Le Thi Huong²

¹Vietnam National Cancer Hospital - 30 Cau Buou street, Tan Trieu, Thanh Tri, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - No.1, Ton That Tung street, Khuong Thuong commune, Dong Da district, Hanoi, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 18/03/2023; Accepted 21/04/2023

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effect of supporting nutrition on the nutritional status and patients' quality of life of chemo-radiotherapy for esophageal cancer patients with PEG at Vietnam National Cancer Hospital.

Method: Intervention study without control group, from January 2021 to June 2021 at Vietnam National Cancer Hospital.

Results: Our study showed that 100% of esophageal cancer patients had malnutrition following PG-SGA, 46,2% of patients was at risk of severe malnutrition. The prevalence of patients who suffered severe malnutrition decreased from 46,2% (before intervention) to 26,9% (after intervention), the point of PG-SGA decreased from $14,3 \pm 4,2$ (before intervention) to $13,4 \pm 4,6$ (after intervention). Regarding the patient's quality of life, the improvement of functional aspects and symptoms after 1 month of intervention was unclear.

Conclusion: After intervention, the proportion of patients who had severe malnutrition decreased, so it is necessary to improve nutritional status for esophageal cancer patients and other cancer patients.

Keywords: Nutrition status, quality of life, esophageal cancer, Vietnam national cancer Hospital.

*Corresponding author

Email address: hongtien95.dd@gmail.com

Phone number: (+84) 968 242 155



HIỆU QUẢ CAN THIỆP DINH DƯỠNG TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Thị Hồng Tiên^{1,*}, Hoàng Việt Bách¹, Nguyễn Duy Thanh¹, Đặng Bảo Ngọc¹,
Đặng Thị Thu Hằng¹, Nguyễn Thị Thanh Hòa¹, Lê Trần Mai Anh¹, Lê Thị Hương²

¹Bệnh viện K - Số 30 đường Cầu Bươu, xã Tân Triều, huyện Thanh Trì, Thành phố Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 phố Tôn Thất Tùng, phường Khương Thượng, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 18 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 21 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả can thiệp dinh dưỡng đối với tình trạng dinh dưỡng và chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư thực quản mở thông dạ dày điều trị hóa xạ trị đồng thời tại Bệnh viện K.

Phương pháp: Nghiên cứu can thiệp đánh giá trước sau trên cùng một nhóm 52 người bệnh ung thư thực quản trong thời gian từ tháng 01/2021 đến tháng 06/2021 tại Bệnh viện K.

Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng nặng giảm từ 46,2% trước can thiệp xuống còn 26,9% sau can thiệp, điểm bộ công cụ PG – SGA cũng có sự thay đổi theo hướng tích cực, giảm từ $14,3 \pm 4,2$ điểm trước can thiệp xuống $13,4 \pm 4,6$ điểm sau can thiệp. Về chất lượng cuộc sống, chưa tìm thấy sự cải thiện rõ rệt của các mặt chức năng và triệu chứng sau 1 tháng can thiệp.

Kết luận: Sau can thiệp tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng mức độ nặng giảm do đó cần tăng cường công tác chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh ung thư thực quản.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, chất lượng cuộc sống, ung thư thực quản, Bệnh viện K.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) là ung thư thường gặp đặc biệt là ở nam giới, năm 2020 trên thế giới có 604.100 ca mắc mới, đứng hàng thứ 9 trên tổng số các loại ung thư và 544.076 ca tử vong đứng hàng thứ 5 về số ca tử vong của các loại ung thư [4].

Ung thư có ảnh hưởng rất lớn đến thể chất, tâm lý cũng như đời sống xã hội của người bệnh. Các chuyển hóa trong cơ thể người bệnh biến đổi, quá trình giáng hóa protein, giáng hóa lipid tăng lên trong khi sinh tổng

hợp protein ở cơ giảm; kết quả là cơ thể mất khối nạc và khối mỡ. Thêm vào đó, chuyển hóa carbohydrate bị thay đổi do khối u phát triển. Sự thay đổi này góp phần làm tăng tiêu hao năng lượng và cơ thể trở nên gầy mòn, suy kiệt [5]. Suy dinh dưỡng (SDD) ở bệnh nhân UTTQ chiếm tỉ lệ khá cao. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Tạ Thị Huyền năm 2020 có tới 87,7% bệnh nhân UTTQ có nguy cơ SDD vừa và nặng[1].

Can thiệp dinh dưỡng nên bắt đầu càng sớm càng tốt, khi mà chức năng tâm sinh lý, thể chất của người bệnh vẫn bình thường và chưa ảnh hưởng đến khẩu phần

*Tác giả liên hệ

Email: hongtien95.dd@gmail.com

Điện thoại: (+84) 968 242 155

ăn [6]. Tình trạng dinh dưỡng kém có ảnh hưởng đến tiên lượng và lựa chọn liệu pháp điều trị ban đầu. Các nghiên cứu can thiệp đã chỉ ra hiệu quả của can thiệp dinh dưỡng góp phần cải thiện năng lượng, tình trạng dinh dưỡng (TTDD), chất lượng cuộc sống và các kết quả điều trị của người bệnh ung thư [7].

Bệnh viện K là bệnh viện hàng đầu cả nước trong việc chẩn đoán và điều trị các bệnh lý ung thư. Nhằm mục đích nâng cao hiệu quả điều trị, chăm sóc bệnh nhân và hạn chế các biến chứng, giảm chi phí y tế cũng như thời gian nằm viện, góp phần cải thiện tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư thực quản chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: đánh giá hiệu quả can thiệp dinh dưỡng đối với tình trạng dinh dưỡng và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư thực quản mở thông dạ dày điều trị hóa xạ trị tại Bệnh viện K.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán xác định là ung thư thực quản có chỉ định phẫu thuật mở thông dạ dày (MTDD) trước khi điều trị hóa xạ đồng thời tại Bệnh viện K.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có bệnh mạn tính kèm theo. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thời gian: từ tháng 1/2021 đến tháng 06/2021

Địa điểm: Tại Khoa Ngoại Tổng hợp Quán Sứ, Khoa Ngoại Bụng 1 và Khoa Ngoại Bụng 2, Bệnh viện K cơ sở Tân Triều.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp, đánh giá

trước sau trên cùng một nhóm nghiên cứu.

Cỡ mẫu: 52 bệnh nhân

Cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện tất cả những bệnh nhân ung thư thực quản mở thông dạ dày thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu can thiệp cho tới khi đủ số lượng bệnh nhân cần thiết. Tổng cộng nghiên cứu đã lấy vào thực hiện trọn vẹn can thiệp được trên 52 bệnh nhân.

2.3. Nội dung can thiệp dinh dưỡng

- Bệnh nhân được đánh giá tình trạng dinh dưỡng.
 - Lập kế hoạch can thiệp dinh dưỡng:
 - + Cung cấp chế độ ăn theo thực đơn do nhóm nghiên cứu xây dựng, dành riêng cho bệnh nhân ung thư thực quản với nhu cầu khuyến nghị theo hướng dẫn điều trị dinh dưỡng lâm sàng bệnh ung thư của Bộ Y tế.
 - + Theo dõi hàng ngày theo mẫu khi bệnh nhân nằm viện trong quá trình can thiệp.
 - + Bệnh nhân trước khi ra viện được tư vấn, được hướng dẫn thực hành và cung cấp thực đơn khi ra viện
 - + Bệnh nhân được gọi điện thoại mỗi tuần 1 lần vào thứ 5 trong thời gian bệnh nhân về nghỉ phép trước khi hóa xạ trị và thời gian người bệnh ngoại trú khi điều trị hóa xạ trị.
 - + Thay đổi can thiệp trong trường hợp cần thiết
 - + Đánh giá lại tình trạng dinh dưỡng sau 1 tháng nghiên cứu khi bệnh nhân đang điều trị hóa xạ trị.
- Thời điểm lấy các chỉ số nghiên cứu**
- T0: trước can thiệp (Ngày trước mở thông dạ dày)
 - T1: ngày trước hóa, xạ trị
 - T2: ngày kết thúc can thiệp (sau 1 tháng can thiệp)

Bảng 2.1. Tóm tắt thời điểm lấy ghi nhận các chỉ số nghiên cứu

Thời điểm	Chỉ số nhân trắc	PG -SGA	Đánh giá chất lượng cuộc sống
T0	x	x	x
T1	x	x	x
T2	x	x	x

2.4. Xử lý số liệu

Số liệu được mã hóa, xử lý và phân tích bằng phần mềm STATA 12.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Chứng nhận chấp thuận khía cạnh đạo đức đối với đề tài nghiên cứu khoa học và công nghệ của Hội đồng Nghiên cứu y sinh học – Trường Đại học Y Hà Nội số 09/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN ngày 26/12/2019.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Thông tin chung		Tần số (n)	Tỷ lệ %
Tuổi	40-59	30	57,7
	≥ 60	22	42,3
Giới tính	Nam	52	100,0
Dân tộc	Kinh	48	92,3
	Khác	4	7,7
Nghề nghiệp	Cán bộ viên chức	2	3,9
	Nông dân, công nhân	20	38,4
	Hưu trí	16	30,8
	Khác	14	26,9
Chỗ ở hiện tại	Nông thôn	33	63,5
	Thành phố/thị xã thị trấn	19	36,5

Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% đối tượng nghiên cứu là nam giới, độ tuổi từ 40 tuổi trở lên: từ 40-59 tuổi chiếm 57,7%; từ 60 tuổi trở lên chiếm 42,3%, điều này phù hợp với dịch tễ của bệnh ung thư thực quản. Về dân tộc chủ yếu đối tượng là dân tộc kinh, chiếm 92,3%. Nghề nghiệp phần lớn đối tượng là nông dân

hoặc công nhân, tỷ lệ này chiếm 38,4%; hưu trí chiếm 30,8%. Đối tượng sống tại các vùng nông thôn chiếm 63,5%. Nghiên cứu của Tạ Thị Huyền năm 2020 tại Bệnh viện K cho kết quả tương tự: tỷ lệ nam giới chiếm 99,1%; dân tộc kinh chiếm 91,5%; đối tượng trên 60 tuổi chiếm 43,3%[1].

Bảng 3.2. Sự thay đổi các chỉ số nhân trắc qua các thời điểm T0, T1, T2

Chỉ số \ Thời gian	T0 ($\bar{X} \pm SD$)	T1 ($\bar{X} \pm SD$)	T2 ($\bar{X} \pm SD$)	P
Cân nặng trung bình (kg)	50,8 ± 6,5	50,1 ± 6,7	49,9 ± 6,4	0,73*
BMI (kg/m ²)	18,9 ± 2,1	18,5 ± 2,8	18,6 ± 2,1	0,67*
Chu vi vòng cánh tay (cm)	25,3 ± 2,8	24,8 ± 2,6	24,7 ± 2,6	0,66*

*Kruskal Wallis test

Nghiên cứu cho thấy cân nặng trung bình của đối tượng nghiên cứu trước can thiệp là 50,8 ± 6,5kg sau can thiệp giảm còn 49,9 ± 6,4 kg, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$; BMI trung bình trước can thiệp là 18,9 ± 2,1 kg/m² sau can thiệp là 18,6 ± 2,1 kg/m², sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$; chu vi vòng cánh tay trước can thiệp là 25,3 ± 2,8 cm sau can thiệp giảm còn 24,7 ± 2,6 cm, sự khác biệt không có

ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Hoàng Việt Bách trên bệnh nhân ung thư lưỡi, sản miêng cho thấy sau 1 tháng can thiệp cân nặng trung bình của đối tượng có xu hướng giảm từ 54,1 ± 6,8 kg xuống còn 52,7 ± 11,1 kg, tuy nhiên khi can thiệp sau 2 tháng thì cân nặng trung bình lại tăng lên 54,8 ± 7,3 kg; tương tự như vậy BMI và chu vi vòng cánh tay ở nghiên cứu này cũng có xu hướng giảm sau 1 tháng can thiệp và tăng lên ở sau 2 tháng can

thiệt [2]. Kết quả của Nguyễn Thùy Linh can thiệp trên đối tượng bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa điều trị hóa chất tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cho thấy cân nặng sau 2 tháng can thiệp của bệnh nhân có sự thay đổi tích cực tăng từ $50,2 \pm 7,4$ kg lên $51,6 \pm 7,8$ kg [3].

Sự khác biệt có thể giải thích do các nghiên cứu khác nhau về đối tượng nghiên cứu và thời gian can thiệp dinh dưỡng và tình trạng bệnh lý. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là người bệnh UTTQ giai đoạn muộn, có các dấu hiệu nuốt nghẹn, giảm lượng ăn

vào rõ rệt, sau khi MTDD chủ yếu người bệnh sẽ điều trị hóa xạ trị đồng thời, tác dụng phụ của hóa xạ trị như chán ăn, buồn nôn, tiêu chảy, táo bón làm ảnh hưởng rất lớn đến khẩu phần ăn vào mà nhu cầu năng lượng tăng. Bên cạnh đó chủ yếu người bệnh điều trị ngoại trú dẫn đến việc chăm sóc dinh dưỡng và theo dõi người bệnh gặp rất nhiều khó khăn, khó mà đảm bảo được việc cung cấp đầy đủ theo nhu cầu khuyến nghị. Chính những điều đó đã làm cho cân nặng của đối tượng bị giảm. Đồng thời có thể thấy thời gian theo dõi ngắn nên cũng thể hiện rõ được hiệu quả can thiệp dinh dưỡng.

Bảng 3.3: Sự thay đổi tỷ lệ suy dinh dưỡng theo bộ công cụ PG-SGA qua các thời điểm nghiên cứu T0, T1, T2

Phân loại \ Thời gian	T0 n(%)	T1 n(%)	T2 n(%)	p
PG-SGA A	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,07*
PG-SGA B	28(53,8)	37 (71,1)	38(73,1)	
PG-SGA C	24 (46,2)	15 (28,9)	14 (26,9)	
Điểm trung bình PG-SGA ($\bar{X} \pm SD$)	$14,3 \pm 4,2$	$12,5 \pm 4,0$	$13,4 \pm 4,6$	0,61**

*Chi square test

**Kruskal Wallis test

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng mức độ nặng có sự cải thiện rõ rệt sau can thiệp, tỷ lệ này giảm từ 46,2% xuống còn 26,9%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Điểm trung bình của bộ công cụ PG-SGA cũng có sự thay đổi theo chiều hướng tích cực sau can thiệp, giảm từ $14,3 \pm 4,2$ điểm xuống còn $13,4 \pm 4,6$ điểm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Nghiên cứu của Hoàng Việt Bách trên nhóm đối tượng ung thư lưỡi, sàn miệng năm 2020 cho kết quả tỷ lệ nguy cơ SDD mức độ nhẹ có sự cải thiện sau can thiệp, giảm từ 73,5% xuống còn 52,9% [2]; theo nghiên cứu của Nguyễn Thùy Linh

năm 2019 cho kết quả tỷ lệ SDD theo PG-SGA sau can thiệp giảm từ 77,4% xuống còn 35,9% [3]. PG-SGA là bộ công cụ có giá trị nhất hiện nay được khuyến cáo sử dụng để đánh giá TTDD cho người bệnh ung thư. Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân ung thư thực quản chủ yếu phát hiện ở giai đoạn muộn, giai đoạn III và IV, tất cả các đối tượng trong nghiên cứu đều xuất hiện triệu chứng khó nuốt, ăn uống kém kéo dài trung bình từ 2 - 3 tuần trước khi nhập viện để mở thông dạ dày. Sau khi mở thông dạ dày, bệnh nhân có thêm một đường nuôi dưỡng để tăng cường dinh dưỡng, cùng với việc đối tượng được tư vấn dinh dưỡng, xây dựng thực đơn phù hợp với tình trạng của mình, sự phối hợp của bệnh nhân trong việc thực hiện chế độ dinh dưỡng đã góp phần mang lại những hiệu quả tích cực trên.

Bảng 3.4. Sự thay đổi điểm số chất lượng cuộc sống về các mặt chức năng của người bệnh trước và sau can thiệp

Các mặt chức năng	Thời điểm	Điểm CLCS (TB \pm SD)	p
Thể chất	T0	$85,3 \pm 13,2$	0,00*
	T2	$62,8 \pm 17,6$	
Hoạt động	T0	$78,5 \pm 15,9$	0,00*
	T2	$60,3 \pm 19,8$	

Các mặt chức năng	Thời điểm	Điểm CLCS (TB ± SD)	p
Nhận thức	T0	82,3 ± 13,8	0,00*
	T2	71,8 ± 13,0	
Cảm xúc	T0	76,3 ± 15,2	0,00*
	T2	66,8 ± 13,2	
Xã hội	T0	74,0 ± 13,8	0,00*
	T2	64,7 ± 10,3	
Sức khỏe toàn diện	T0	51,4 ± 15,7	0,00*
	T2	36,9 ± 11,4	

* Wilcoxon signed-rank test

Chất lượng cuộc sống về các mặt chức năng bao gồm thể chất, hoạt động, nhận thức, cảm xúc, xã hội và sức khỏe toàn diện điểm số chất lượng cuộc sống đều bị

giảm từ thời điểm bắt đầu MTDD – T0 đến khi người bệnh đang hóa xạ trị tại thời điểm T2, điều này cho thấy các mặt chức năng của người bệnh UTTQ có xu hướng xấu đi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.5. Sự thay đổi điểm số chất lượng cuộc sống qua các triệu chứng trước và sau can thiệp

Các mặt triệu chứng	Thời điểm	Điểm CLCS (TB ± SD)	p
Mệt mỏi	T0	28,6 ± 14,3	0,00*
	T2	54,9 ± 15,2	
Buồn nôn, nôn	T0	14,1 ± 19,1	0,00*
	T2	15,1 ± 17,5	
Đau	T0	21,8 ± 14,6	0,00*
	T2	35,6 ± 16,8	
Khó thở	T0	5,1 ± 12,1	0,00*
	T2	20,5 ± 25,7	
Rối loạn giấc ngủ	T0	30,8 ± 26,3	0,01**
	T2	42,3 ± 25,7	
Mất cảm giác ngon miệng	T0	31,4 ± 20,3	0,00**
	T2	46,2 ± 21,0	
Táo bón	T0	3,2 ± 11,9	0,06*
	T2	7,7 ± 16,9	
Tiêu chảy	T0	0,0 ± 0,0	0,16*
	T2	1,3 ± 6,5	

*Wilcoxon signed-rank test; **Paired – Samples T test

Chất lượng cuộc sống của người bệnh qua các triệu chứng mệt mỏi, buồn nôn, nôn, đau, khó thở, rối loạn giấc ngủ, mất cảm giác ngon miệng điểm sau can thiệp tăng hơn so với trước can thiệp, điều này cho thấy trong thời gian hóa xạ trị các mặt triệu chứng không có sự cải thiện, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các triệu chứng táo bón, tiêu chảy điểm thời điểm T2 cũng cao hơn so với T0, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư bị ảnh hưởng rất nhiều theo chiều hướng tiêu cực vì vậy đây đang là vấn đề rất được quan tâm hiện nay. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã phản ánh một phần sự thay đổi chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư thực quản từ khi bắt đầu mở thông dạ dày đến khi đang hóa xạ trị. Kết quả cho thấy các mặt chức năng và triệu chứng của người bệnh ung thư thực quản khi đang điều trị hóa xạ trị bị giảm đi. Tuy nhiên trong nghiên cứu không có nhóm đối chứng nên chưa mô tả rõ nét được hiệu quả can thiệp dinh dưỡng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư. Nghiên cứu của Hoàng Việt Bách trên đối tượng người bệnh ung thư lưỡi, sàn miệng tại Bệnh viện K năm 2020 cho thấy một số triệu chứng có sự cải thiện sau thời điểm 1 tháng và 2 tháng can thiệp [2].

4. KẾT LUẬN

Sau can thiệp tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng mức độ nặng giảm. Cần tăng cường công tác tư vấn, chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh ung thư thực quản nói riêng và bệnh nhân ung thư nói chung ngay từ khi bệnh nhân nhập viện điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Tạ Thị Huyền, Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân ung thư thực quản tại Bệnh viện K - Tân Triều năm 2019 – 2020, Tạp chí Y học thực hành. 2020; 6(1138): 66 - 69.
- [2] Hoàng Việt Bách và cộng sự, Thay đổi tình trạng dinh dưỡng sau can thiệp trên bệnh nhân ung thư lưỡi, sàn miệng, Tạp chí Y học Việt Nam. 2021; 500(2): 134-141.
- [3] Nguyễn Thùy Linh, Hiệu quả can thiệp dinh dưỡng cho bệnh nhân ung thư điều trị hóa chất tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Luận văn Tiến sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội, 2020.
- [4] Population weighted average of the rates of the regionspecific countries included in GLOBOCAN 2020.
- [5] Delano MJ, Moldawer LL, The Origins of Cachexia in Acute and Chronic Inflammatory Diseases. Nutr Clin Pract. 2006; 21(1): 68–81.
- [6] Aapro M, J A., and et al., Early recognition of malnutrition and cachexia in the cancer patient: a position paper of a European School of Oncology Task Force. Ann Oncol. 2014; 25(8): 1492–1499.
- [7] Baldwin C, Spiro A, McGough C et al., Simple nutritional intervention in patients with advanced cancers of the gastrointestinal tract, non-small cell lung cancers or mesothelioma and weight loss receiving chemotherapy: a randomised controlled trial: Oral nutritional interventions in cancer and weight loss. J Hum Nutr Diet. 2011; 24(5): 431–440.



EVALUATING THE QUALITY OF LIFE OF COLORECTAL CANCER PATIENTS AFTER ARTIFICIAL ANUS SURGERY AT THE HANOI ONCOLOGY HOSPITAL

Nguyen Thanh Huong*, Vo Quoc Hoan, Le Van Thanh, Le Kim Khanh

Hanoi Oncology Hospital - 42a Thanh Nhan Street, Hai Ba Trung, Hanoi, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 18/03/2023; Accepted 15/04/2023

ABSTRACT

Objective: To survey the quality of life and assess some factors related to the quality of life of colorectal cancer patients after artificial anus surgery at the Hanoi Oncology Hospital (HOH).

Subjects and methods: A descriptive study of 81 colorectal cancer patients after artificial anus surgery at HOH in 2021.

Results: The overall quality of life (QOL) of patients with artificial anus was low to moderate, with an average score of 51.0. On a scale of 100, the higher the score for functional aspects, the less impact the patient's function was affected, shown through content such as physical function (58.8), activity function (40.1), emotional function (65.9), cognitive function (88.1), social function (35.2). However, the mean symptom score showed that the lower the score, the less affected the function of the patient. The average score of symptoms recorded ranged from 0.6 to 37.2. Factors related to QOL include gender, occupation, location of endoscopic placement, and stage of disease ($p < 0.05$). In which, the QOL score is higher in female subjects, farmer occupation, ileostomy site placement and disease at stage.

Conclusion: QOL of cancer patients after colostomy surgery is still low. QOL -related factors are the basis for implementing appropriate interventions focusing on these subjects.

Keywords: Quality of life, artificial anus.

*Corresponding author

Email address: thanhhuong91.cdyhn@gmail.com

Phone number: (+84) 986 100 301

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ SAU PHẪU THUẬT LÀM HẬU MÔN NHÂN TẠO TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU HÀ NỘI

Nguyễn Thanh Hương*, Võ Quốc Hoàn, Lê Văn Thành, Lê Kim Khánh

Bệnh viện Ung bướu Hà Nội - 42a Thanh Nhàn, Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 18 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 15 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát chất lượng cuộc sống (CLCS) và đánh giá một số yếu tố liên quan đến CLCS của bệnh nhân ung thư sau phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo tại Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 81 bệnh nhân ung thư sau phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo tại BVUBHN năm 2021.

Kết quả: Chất lượng cuộc sống (CLCS) chung của người bệnh mang HMNT còn ở mức thấp và trung bình đạt 51,0. Điểm số trung bình về mặt chức năng cho thấy điểm càng cao đồng nghĩa với chức năng của BN ít bị ảnh hưởng thể hiện qua các nội dung như: chức năng về thể chất (58,8), chức năng về hoạt động (40,1), chức năng về cảm xúc (65,9), chức năng nhận thức (88,1), chức năng xã hội (35,2). Tuy nhiên điểm số trung bình về mặt triệu chứng cho thấy điểm số càng thấp đồng nghĩa với chức năng của BN ít bị ảnh hưởng. Điểm số trung bình các dấu hiệu triệu chứng được ghi nhận dao động từ 0,6 đến 37,2. Các yếu tố liên quan đến CLCS bao gồm giới tính, nghề nghiệp, vị trí đặt HMNT và giai đoạn bệnh ($p < 0,05$). Trong đó điểm CLCS cao hơn ở đối tượng nữ giới, nghề nghiệp nông dân, vị trí đặt HMNT ở hồi tràng và bệnh ở giai đoạn 2.

Kết luận: CLCS của bệnh nhân ung thư sau phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo còn ở mức thấp. Các yếu tố liên quan đến CLCS là cơ sở để thực hiện các biện pháp can thiệp phù hợp tập trung vào những đối tượng này.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, hậu môn nhân tạo.

*Tác giả liên hệ

Email: thanhhuong91.cdyhn@gmail.com

Điện thoại: (+84) 986 100 301



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, ung thư đại - trực tràng là loại ung thư phổ biến thứ hai trong ung thư đường tiêu hóa, sau ung thư dạ dày [2]. Phẫu thuật tạo hậu môn nhân tạo là một trong những giải pháp để điều trị cho người bệnh mắc ung thư trực tràng, ung thư đại trực tràng và một số bệnh liên quan đến phẫu thuật đường tiêu hóa và là một trong những phẫu thuật cơ bản trong ngoại khoa. Tuy nhiên, những người mang hậu môn nhân tạo có thể gặp phải một số các vấn đề như cảm giác lo lắng, gây kì thị cho chính bản thân họ khi tiết lộ bệnh [5]. Họ thường gặp phải các biến chứng như tổn thương da (18,5%), bị mất đi hình ảnh cơ thể ngoài ra còn có các biểu hiện phát ban toàn thân (51%), tình trạng viêm da (36,4%) hoạt động tình dục kém (53%), họ luôn gặp phải sự rò rỉ của túi hậu môn (39%), sự không thoải mái khi mặc quần áo (34%) và cảm thấy không hấp dẫn trước mắt người nào đó (31%)[4]. Các chức năng tâm lý và xã hội cũng bị thay đổi do hậu quả của sự thay đổi hình ảnh cơ thể và thiếu sự tự tin trong tương tác xã hội gây ra. Bên cạnh việc chăm sóc và hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc HMNT thì việc đánh giá CLCS của người bệnh sau khi làm HMNT là rất quan trọng, để có những can thiệp kịp thời nhằm giúp người bệnh giảm triệu chứng khó chịu, nâng cao chất lượng cuộc sống và hòa nhập tốt hơn với cộng đồng. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: **“Khảo sát chất lượng cuộc sống và đánh giá một số yếu tố liên quan đến CLCS của bệnh nhân ung thư sau phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo tại Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội”**

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 81 bệnh nhân ung thư đại trực tràng đã phẫu thuật làm HMNT tại Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội từ tháng 03 đến tháng 10 năm 2021.

❖ Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh ung thư đại trực tràng sau phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo >1 tháng
- Người bệnh được đánh giá thể trạng theo thang điểm ECOG/WHO có điểm PS từ 0-1
- Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh xin về hoặc không có mặt trong quá trình nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội từ tháng 03 đến tháng 10 năm 2021.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Công cụ thu thập số liệu là phiếu phỏng vấn gồm các phần thông tin liên quan đến đối tượng nghiên cứu, bảng câu hỏi về CLCS QLQ-C30 của Tổ chức nghiên cứu và điều trị ung thư châu Âu.

2.5. Chỉ số nghiên cứu

- Chất lượng cuộc sống của người bệnh: Điểm trung bình điểm CLCS của người bệnh xác định bằng công cụ QLQ-C30
- Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: giới tính, tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn
- Thông tin về quá trình điều trị: chẩn đoán bệnh, giai đoạn bệnh, vị trí đặt HMNT

2.6. Xử lý số liệu

Số liệu định lượng sau khi thu thập nhập vào máy tính với phần mềm Epi Data 3.1 và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0 cho các thông tin mô tả và phân tích thống kê.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Trong 81 đối tượng nghiên cứu có 50 nam (61,7%) và 31 nữ (38,3%). Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $60,9 \pm 12,7$, trong đó nhóm tuổi >60 chiếm tỷ lệ cao nhất với 58,0%; nhóm 46 – 60 có tỷ lệ 30,9% và nhóm ≤ 45 có tỷ lệ 11,1%. Nghề nghiệp chiếm tỷ lệ cao nhất là nông dân với 42,0%, tiếp đến là nhóm lao động tự do chiếm 24,7%; nhóm công nhân có tỷ lệ 17,3% và cán bộ hưu trí là 16,0%. Phần lớn đối tượng nghiên cứu có trình độ trung học phổ thông trở xuống với tỷ lệ 80,2%; có 19,8% đối tượng có trình độ Cao đẳng/Đại học/SĐH.

Bảng 3.1.Đặc điểm quá trình điều trị của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm quá trình điều trị		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Chẩn đoán	Ung thư trực tràng	27	33,3
	Ung thư đại tràng	54	66,7
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn 2	8	9,9
	Giai đoạn 3	26	32,1
	Giai đoạn 4	47	58,0
Vị trí đặt hậu môn nhân tạo	Hồi tràng	17	21,0
	Đại tràng	64	79,0

Đa phần đối tượng nghiên cứu được chẩn đoán ung thư đại tràng (66,7%), tiếp đến là nhóm đối tượng được chẩn đoán là ung thư trực tràng (33,3%). Đa phần đối tượng nghiên cứu được chẩn đoán giai đoạn 4 với tỷ lệ 58,0%, tiếp đến là đối tượng ở giai đoạn 3 với tỷ lệ

32,1%. Về vị trí đặt HMNT đối tượng được đặt tại đại tràng với tỷ lệ 79,0%

3.2. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư sau phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo

Bảng 3.2: Điểm chất lượng cuộc sống theo công cụ EROTC-QLQC30 ở người bệnh ung thư làm hậu môn nhân tạo

Nội dung	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Chất lượng cuộc sống chung	51,0	13,1
Khó khăn tài chính	24,3	21,7
Các chức năng		
Chức năng thể chất	58,8	13,5
Chức năng hoạt động	40,1	17,0
Chức năng cảm xúc	65,9	16,1
Chức năng nhận thức	88,1	14,2
Chức năng xã hội	35,2	16,9
Các triệu chứng		
Mệt mỏi	32,2	14,1
Nôn và buồn nôn	0,6	3,2
Đau	37,2	20,9
Khó thở	0	0
Rối loạn giấc ngủ	24,7	19,6
Ăn mất ngon	30,0	22,7
Táo bón	18,1	19,0
Tiêu chảy	31,3	15,2



Điểm CLCS chung có trung bình là $51,0 \pm 13,1$. Đối với các điểm số chức năng, điểm số chức năng thể chất là $58,8 \pm 13,5$, chức năng hoạt động là $40,1 \pm 17,0$, điểm số chức năng cảm xúc là $65,9 \pm 16,1$, điểm số chức năng nhận thức $88,1 \pm 14,2$, điểm số chức năng xã hội là $35,2 \pm 16,9$. Một số triệu chứng có điểm số khá cao

như mệt mỏi $32,2 \pm 14,1$ đau $37,2 \pm 20,9$ ăn mất ngon $30,0 \pm 22,7$; tiêu chảy $31,3 \pm 15,2$.

3.3. Các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư sau phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo

Bảng 3.3. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống chung của người bệnh ung thư sau phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo

Yếu tố liên quan đến CLCS		Trung bình (Độ lệch chuẩn)	p
Giới	Nam	48,8 (12,4)	<0,05
	Nữ	54,6 (13,6)	
Tuổi	≤45 tuổi	57,4 (16,9)	>0,05
	46 – 60 tuổi	47,7 (12,2)	
	>60 tuổi	51,6 (12,5)	
Trình độ học vấn	Tiểu học/THCS/THPT	50,7 (13,3)	>0,05
	Cao đẳng/Đại học/SĐH	52,1 (12,4)	
Nghề nghiệp	Nông dân	56,4 (13,9)	<0,05
	Công nhân	47,0 (14,8)	
	Cán bộ hưu trí	48,1 (9,1)	
	Lao động tự do	46,7 (9,5)	
Chẩn đoán	Ung thư đại tràng	53,6 (11,9)	>0,05
	Ung thư trực tràng	49,8 (13,6)	
Vị trí đặt HMNT	Đại tràng	47,5 (12,6)	<0,05
	Hồi tràng	52,8 (13,1)	
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn 2	55,2 (12,5)	<0,05
	Giai đoạn 3	50,7 (16,1)	
	Giai đoạn 4	48,5 (12,6)	

Kết quả nghiên cứu cho thấy, có mối liên quan giữa giới tính, nghề nghiệp, vị trí đặt HMNT và giai đoạn bệnh với CLCS của người bệnh ($p < 0,05$). Trong đó điểm CLCS cao hơn ở đối tượng nữ giới, làm nghề nông dân, vị trí đặt HMNT ở hồi tràng và bệnh ở giai đoạn 2.

4. BÀN LUẬN

4.1. Chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư được phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo

Trong nghiên cứu của chúng tôi chất lượng cuộc sống được đánh giá bằng bộ câu hỏi về CLCS của Tổ chức nghiên cứu và điều trị Ung thư Châu Âu (QLQ-C30 of EORTC version3), tổng cộng có 81 người bệnh ung thư được phẫu thuật làm HMNT tham gia vào nghiên cứu, điểm số trung bình chất lượng cuộc sống của người bệnh là $51,0 \pm 13,1$. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Wani RA và cộng sự (2017) khi thực hiện trên người bệnh ung thư đại trực tràng có làm HMNT khi điểm số chất lượng cuộc sống chung là $61,15 \pm 23,35$

với cùng bộ công cụ (QLQ-C30 of EORTC version3) [9], sự khác biệt này có thể là do đối tượng nghiên cứu được áp dụng các biện pháp khác như hóa trị và xạ trị trong khi trong nghiên cứu của chúng tôi các biện pháp điều trị khác là không được thống nhất, mặt khác trong nghiên cứu của tác giả thời điểm đánh giá cũng được thống nhất 1 năm sau phẫu thuật trong khi nghiên cứu của chúng tôi đa phần đối tượng nghiên cứu có thời gian mang HMNT là từ 1 đến 2 tháng. Khi so sánh với nghiên cứu có sử dụng công cụ nghiên cứu khác chúng tôi nhận thấy có sự tương đồng như của tác giả Geng và cộng sự năm 2017[6] trên người bệnh mang HMNT tại Trung Quốc với bộ công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống The City of Hope-Quality of Life-Ostomy cho kết quả điểm CLCS trung bình đạt $5,19 \pm 1,29$ tính trên thang đo 10 điểm. Hay khi so sánh với nghiên cứu của tác giả Lê Đại Minh và cộng sự có sử dụng cùng một bộ công cụ nhưng trên người bệnh ung thư không có HMNT, báo cáo cho thấy điểm trung bình CLCS chung là 73,1.[3] Kết quả này là cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, phần nào cho thấy được sự ảnh hưởng của việc mang HMNT đến CLCS của người bệnh.

Khi đánh giá về chức năng, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm số trung bình ở các nội dung dao động trong khoảng từ 35,2 đến 88,1. Trong đó chức năng nhận thức có điểm trung bình là cao nhất 88,1; tiếp đến là chức năng cảm xúc với 65,9 điểm; chức năng thể chất với 58,8 điểm; chức năng hoạt động với 40,1 điểm và thấp nhất là điểm số về chức năng xã hội 35,2 điểm. Kết quả này thấp hơn khi so sánh với nghiên cứu của tác giả Silva KA và cộng sự với điểm số chức năng lần lượt là: chức năng thể chất 78,0; chức năng hoạt động 68,3; chức năng cảm xúc 57,5; chức năng nhận thức 73,3 và chức năng xã hội 80,0 điểm.[8]. Khi so sánh với nghiên cứu của tác giả Nông Văn Dương và cộng sự (2018) với cùng bộ công cụ cho thấy điểm chức năng thể chất là 36,9; chức năng hoạt động là 28,9 điểm; chức năng nhận thức là 50,8 điểm; chức năng xã hội là 55,2 điểm và chức năng cảm xúc là 30,9 điểm.[1] Sự khác biệt so với nghiên cứu của chúng tôi có thể là do đối tượng trong nghiên cứu của tác giả mắc ung thư ở giai đoạn cuối, tình trạng triệu chứng đều diễn biến nặng ảnh hưởng xấu đến CLCS của NB.

Do đây là bộ công cụ đánh giá CLCS trên những bệnh nhân ung thư nói chung nên trong nghiên cứu của chúng tôi do thực hiện trên người bệnh ung thư đường tiêu hóa nên điểm số triệu chứng khó thở không được ghi nhận. Các triệu chứng khác đều ghi nhận điểm số

khá cao như: đau (37,2); mệt mỏi (32,2); ăn mất ngon (30,0), tiêu chảy (31,3) và rối loạn giấc ngủ (24,7), với điểm số khá cao thể hiện chất lượng cuộc sống của NB bị ảnh hưởng xấu đi. Kết quả nghiên cứu này là cao hơn so với báo cáo của tác giả Silva và cộng sự (2020)[8]. Sự khác biệt này có thể là do thời điểm nghiên cứu là khác nhau, trong khi nghiên cứu của tác giả đánh giá sau 1 năm phẫu thuật thì nghiên cứu của chúng tôi đa phần đánh giá tại thời điểm từ 1 đến 2 tháng sau phẫu thuật, mà hầu như các triệu chứng ghi nhận đều có sự cải thiện theo thời gian như mệt mỏi, đau, chán ăn, tiêu chảy, táo bón... do vậy điểm số ghi nhận trong nghiên cứu này là cao hơn.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư sau phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo

Kết quả của chúng tôi báo cáo điểm chất lượng cuộc sống của nam giới 48,8 (12,4) thấp hơn so với nữ giới 54,6 (13,6) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sự khác biệt này có thể là do nữ giới có xu hướng dễ chấp nhận sự thay đổi hơn so với nam giới, bên cạnh đó nghiên cứu của chúng tôi thực hiện khi thời gian mang hậu môn nhân tạo của các đối tượng là chưa lâu. Kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Alenezi A và cộng sự khi cho rằng nữ giới có chất lượng cuộc sống tốt hơn nam giới sau khi thực hiện thủ thuật làm hậu môn nhân tạo ($p < 0,05$)[5]. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy nhóm tuổi càng trẻ thì có điểm số chất lượng cuộc sống cao hơn, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Người trẻ có khả năng thích nghi với môi trường mới tốt hơn người già và người trẻ có xu hướng giao lưu hòa nhập xã hội tốt hơn, trong khi đó người già ngại tiếp xúc hơn, họ bị cô lập nhiều hơn, họ thường tìm cách né tránh các mối quan hệ. Kết quả cũng cho thấy sự khác biệt về điểm số trung bình chất lượng cuộc sống giữa các nhóm nghề nghiệp ($p < 0,05$), trong đó nông dân có điểm CLCS trung bình cao hơn so với nhóm nghề còn lại. Sự khác biệt này có thể là do sự khác nhau về nhu cầu trong cuộc sống và đặc thù làm việc của từng nhóm nghề nghiệp.

Giai đoạn và vị trí của ung thư đại trực tràng khi chẩn đoán là quan trọng trong việc xác định CLCS. Người bệnh nếu được phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm và được phẫu thuật HMNT có chất lượng cuộc sống cao hơn với những người bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn muộn. Trên thực tế chúng ta cũng thấy rõ rằng việc điều trị



ung thư ở những NB được phát hiện sớm ung thư thì cơ hội sống sót của họ cao hơn. Trong một nghiên cứu liên quan đến 117 người bệnh ung thư ruột kết, Schag và cộng sự [7] cho thấy một mối liên hệ tích cực giữa chất lượng cuộc sống và thời gian kể từ khi chẩn đoán bệnh, nghĩa là nếu bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn sớm thì CLCS ở những người đó cao hơn với những người được chẩn đoán ở giai đoạn muộn. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra người bệnh có điểm số chất lượng cuộc sống cao hơn ở những giai đoạn sớm hơn (giai đoạn 2: 55,2 (12,5); giai đoạn 3: 50,7 (16,1); giai đoạn 4: 48,5 (12,6) ($p < 0,05$). Bên cạnh đó khi đánh giá trên khía cạnh các triệu chứng xuất hiện, kết quả của chúng tôi cũng cho thấy điểm số về triệu chứng ở NB giai đoạn sớm là tốt hơn so với giai đoạn muộn như: Mệt mỏi, đau, rối loạn giấc ngủ táo bón ($p < 0,05$).

5. KẾT LUẬN

Chất lượng cuộc sống chung của người bệnh mang HMNT còn ở mức thấp, điểm trung bình đạt 51,0 trên 100 điểm. Điểm số trung bình về mặt chức năng cho thấy điểm càng cao đồng nghĩa với chức năng của BN ít bị ảnh hưởng thể hiện qua các nội dung như: chức năng về thể chất (58,8), chức năng về hoạt động (40,1), chức năng về cảm xúc (65,9), chức năng nhận thức (88,1), chức năng xã hội (35,2). Điểm số trung bình về mặt triệu chứng cho thấy điểm số càng thấp đồng nghĩa với chức năng của BN ít bị ảnh hưởng. Điểm số trung bình các dấu hiệu triệu chứng được ghi nhận như: mệt mỏi (32,2), nôn và buồn nôn (0,6), đau (37,2), rối loạn giấc ngủ (24,7), ăn mất ngon (30,0), táo bón (18,1), tiêu chảy (31,3). Các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống chung bao gồm: giới tính, nghề nghiệp, vị trí đặt hậu môn nhân tạo và giai đoạn bệnh ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Nông Văn Dương, Bùi Thị Huyền, Trương Thái Sơn và cộng sự, “Đánh giá tình trạng đau và chất lượng cuộc sống người bệnh ung thư giai

đoạn muộn được chăm sóc giảm nhẹ tại trung tâm ung bướu Thái Nguyên”, Tạp chí Khoa học điều dưỡng, 4(1), tr. 7-13, 2018.

- [2] Lê Thị Hoàn, Patricia Messmer, Trần Thiện Trung, “Kiến thức, thái độ và thực hành của người bệnh tự chăm sóc hậu môn nhân tạo”, Tạp chí literature review”, J Clin Nurs, 30(21-22), tr. 3111-3123, 2013.
- [3] Lê Đại Minh, Dương Ngọc Lê Mai, Nguyễn Tiến Đạt và cộng sự, “Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân được chẩn đoán hoặc nghi ngờ ung thư mới nhập viện và một số yếu tố liên quan”, Tạp chí nghiên cứu y học, 16(2), 2020.
- [4] Lưu Thị Bích Thủy, Đánh giá hiệu quả của việc hướng dẫn bệnh nhân tự chăm sóc hậu môn nhân tạo, Luận văn tốt nghiệp cử nhân, Trường Đại học Y Hà Nội, 2009.
- [5] A. Alenezi, I. McGrath, A. Kimpton et al., Quality of life among ostomy patients: A narrative literature review”, J Clin Nurs, 30(21-22), pp. 3111-3123, 2021.
- [6] Z. Geng, D. Howell, H. Xu et al., “Quality of Life in Chinese Persons Living With an Ostomy: A Multisite Cross-sectional Study”, J Wound Ostomy Continence Nurs, 44(3), pp. 249-256, 2017.
- [7] C. A. Schag, P. A. Ganz, D. S. Wing et al., “Quality of life in adult survivors of lung, colon and prostate cancer”, Qual Life Res, 3(2), pp. 127-41, 1994.
- [8] K. A. Silva, A. X. Duarte, A. R. Cruz et al., “Time after ostomy surgery and type of treatment are associated with quality of life changes in colorectal cancer patients with colostomy”, PLoS One, 15(12), pp. e0239201, 2020.
- [9] R. A. Wani, I. U. Bhat, F. Q. Parray et al., “Quality of Life After “Total Mesorectal Excision (TME)” for Rectal Carcinoma: a Study from a Tertiary Care Hospital in Northern India”, Indian J Surg Oncol, 8(4), pp. 499-505, 2017.

EFFECTIVE COMMENTS OF ONE-PUNGE VENTILATION WITH USE OF FLEXIBLE TEMPERATURE WITH CAMERA IN THORACIC SURGERY AT K HOSPITAL IN 2020

Tran Dac Thanh*, Do Anh Tu

Vietnam National Cancer Hospital - 30 Cau Buou street, Tan Trieu, Thanh Tri, Hanoi, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 17/03/2023; Accepted 18/04/2023

ABSTRACT

Single-lung endotracheal intubation is an absolute and relative indication in many cases of lung and thoracic surgery. Ensuring and maintaining good monopulmonary ventilation is a fundamental, necessary, critical factor for the success and safety of lung surgery and is a challenge for the anesthesiologist. The flexible endoscope with camera was first used in anesthesia resuscitation at K Hospital, so there has not been any research on this issue.

Objectives: Comment on some effectiveness of single-lung ventilation using flexible bronchoscope with camera in thoracic surgery

Subjects and methods: Design a cross-sectional descriptive study on 50 thoracic surgery patients with indications for single-lung ventilation, data collection according to research tools and data collection according to evaluation criteria.

Results: In our study, the efficiency of single-lung ventilation was good in 30 cases, accounting for 60% of good results, and in 20 cases, 40% achieved good results, with no cases of failure (poor category: 0%).

Keyword: Single-lung ventilation, flexible bronchoscope with camera.

*Corresponding author
Email address: thanhbvk@gmail.com
Phone number: (+84) 983 150 575



NHẬN XÉT HIỆU QUẢ THÔNG KHÍ MỘT PHỔI CÓ SỬ DỤNG ỚNG SOI MỀM CÓ CAMERA TRONG PHẪU THUẬT LỒNG NGỰC TẠI BỆNH VIỆN K NĂM 2020

Trần Đắc Thành*, Đỗ Anh Tú

Bệnh viện K - 30 đường Cầu Bươu, xã Tân Triều, huyện Thanh Trì, Thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 17 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 18 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Phương pháp chủ yếu trong điều trị ung thư phổi là phẫu thuật bao gồm những trường hợp bệnh giai đoạn sớm hay cả giai đoạn muộn. Đặt nội khí quản thông khí một phổi được chỉ định tuyệt đối và tương đối trong nhiều trường hợp mổ phổi và lồng ngực. Đảm bảo và duy trì tốt thông khí một phổi là yếu tố cơ bản, cần thiết, đóng vai trò rất quan trọng cho thành công và an toàn trong phẫu thuật phổi và là một thách thức đối với người gây mê hồi sức. Ống nội soi mềm có gắn camera lần đầu tiên được ứng dụng vào gây mê hồi sức tại Bệnh viện K nên chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này.

Mục tiêu: Nhận xét một số hiệu quả thông khí một phổi có sử dụng ống soi mềm có camera trong phẫu thuật lồng ngực.

Đối tượng và phương pháp: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 50 người bệnh phẫu thuật lồng ngực có chỉ định thông khí một phổi, tiến hành lấy số liệu theo bộ công cụ nghiên cứu và thu thập số liệu đúng các tiêu chuẩn đánh giá.

Kết quả: Trong nghiên cứu của chúng tôi hiệu quả thông khí một phổi tốt đạt 30 ca, chiếm 60% đạt tốt, Còn 20 ca đạt 40 % đạt khá, không có trường hợp nào thất bại (loại kém : 0%)

Từ khóa: Thông khí một phổi, ống soi mềm có camera.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây mê và phẫu thuật lồng ngực đã được hình thành và phát triển trong suốt thế kỉ XX với sự tiến bộ vượt bậc qua hai cuộc chiến tranh thế giới. Đặc biệt với cuộc chiến tranh thế giới thứ hai với số lượng lớn bệnh nhân bị chấn thương ngực. Yêu cầu cấp thiết cho điều trị những bệnh nhân này đã thúc đẩy sự phát triển của cả phẫu thuật và gây mê, đặc biệt thúc đẩy sự phát triển

của gây mê phẫu thuật lồng ngực.

Để hạn chế tác dụng không mong muốn và nâng cao hiệu quả điều trị cho người bệnh trong thực hành lâm sàng chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “**Nhận xét hiệu quả thông khí một phổi có sử dụng ống soi mềm có camera trong phẫu thuật Lồng ngực tại Bệnh Viện K**” với mục tiêu sau:

Nhận xét một số hiệu quả thông khí một phổi có

*Tác giả liên hệ

Email: thanhbvk@gmail.com

Điện thoại: (+84) 983 150 575

sử dụng ống soi mềm có camera trong phẫu thuật lồng ngực.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Thời gian và địa điểm

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 3 đến tháng 10/2020 .
- Địa điểm nghiên cứu: các khoa Phẫu thuật gây mê hồi sức của Bệnh viện K .

2.2. Đối tượng nghiên cứu

➤ Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh 18 – 75 tuổi, có chỉ định phẫu thuật lồng ngực và cần xẹp phổi.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân dưới 18 tuổi, chống chỉ định đặt NKQ.

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

2.4. Chọn mẫu và cỡ mẫu : Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn tất cả người bệnh đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Kết quả có 50 người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu.

2.5. Công cụ và kỹ thuật thu thập số liệu

➤ *Công cụ nghiên cứu:* Sử dụng bệnh án nghiên cứu được xây dựng dựa trên các biến số và chỉ số phù hợp với mục tiêu.

- Một số thông số hô hấp: áp lực đường thở (Peak), áp lực thở trung bình (P mean), áp lực cao nguyên (Plateau), SPO₂, ETCO₂.
- Thời gian phẫu thuật (phút), thời gian thông khí một phổi, cách thức phẫu thuật (nội soi, mổ mở).
- Thời gian khởi mê, số lần đặt lại ống, số lần chỉnh lại ống sau khi thay đổi tư thế.
- Đặc điểm gây mê phẫu thuật: chỉ số mạch, huyết áp, nhịp thở, SPO₂, nhịp thở, tai biến và biến chứng trong và sau phẫu thuật.
- Chỉ tiêu đánh giá thông khí phổi : Tốt , khá, kém.

• Sự hài lòng của phẫu thuật viên đối với phương pháp gây mê:

Rất hài lòng: Phổi xẹp, không ảnh hưởng đến trường mổ của phẫu thuật viên.

Hài lòng: Phổi nở rất ít, không ảnh hưởng đến trường mổ của phẫu thuật viên.

Bình thường: Phổi nở ít, ảnh hưởng ít đến trường mổ, phẫu thuật viên.

Không hài lòng: Phổi nở vừa, ảnh hưởng đến trường mổ.

Rất không hài lòng: Phổi nở bình thường, phẫu thuật viên không làm được.

Thông khí tốt một phổi tốt: Phổi xẹp trong suốt cuộc mổ, không có bất thường trong cuộc mổ (SPO₂ > 90 %).

Thông khí tốt một phổi khá: Phổi xẹp trong suốt cuộc mổ, khi thay đổi tư thế phải chỉnh lại ống (SPO₂ sau khi thông khí đạt > 86 - 92 %).

Thông khí tốt một phổi kém: Phổi không xẹp hoàn toàn trong suốt cuộc mổ, cuộc mổ phải ngừng lại một vài lần để xẹp phổi (SPO₂ < 85 %).

Thông khí tốt một phổi không đạt: Phổi không xẹp được sau khi gây mê.

➤ *Kỹ thuật thu thập số liệu:* Các thông tin thu thập từ hồ sơ bệnh án kết hợp quan sát, theo dõi người bệnh và đánh giá theo bảng kiểm, từ đó tổng hợp dữ liệu vào bệnh án nghiên cứu.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu thu thập được nhập vào excel, xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Các thông tin thu thập chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu nhằm nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc cho người bệnh.

3. KẾT QUẢ



Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N=50)

Thông tin chung		Tần số	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	18- 39 tuổi	11	22
	40- 59 tuổi	26	52
	≥ 60 tuổi	13	36
Giới	Nam	39	78
	Nữ	11	22
Bệnh lý kèm theo	Tim mạch	12	24
	Hô hấp	10	20
	Tiểu đường	2	4
Tiền sử thói quen cá nhân	Nghiện hút thuốc	14	28
	Nghiện uống rượu	25	50

Nhận xét: Nhóm tuổi lao động chiếm tỷ lệ cao, ảnh hưởng xã hội.

Bảng 2: Chỉ số gây mê thông khí một phổi

Chỉ tiêu	Giá trị	Số lượng	Tỷ lệ
Thời gian thông khí 1 phổi (phút)	< 60	24	48
	60 - 120	14	28
	Trên 120	12	24
Thời gian hoàn thành đặt ống xẹp 1 phổi thành công	< 5 phút	14	28
	5- 9 phút	35	70
	Trên 10 phút	1	2
Số lần đặt ống thành công/ ca mổ	1 lần	35	70
	2 lần	14	28
	Trên 3 lần	1	2
Số lần chỉnh lại ống Univent do xẹp phổi chưa tốt	0-1	36	72
	2	13	26
	Trên 3	1	2

Nhận xét: Các chỉ số thông khí phổi tốt, chỉ có 1 ca cần đặt lại nhiều lần do giải phẫu người bệnh bất bình thường nên phổi không xẹp tốt.

Bảng 3 : Chỉ số theo dõi và đánh giá thông 1 khí phổi

Biến số	Giá trị	Sau khi kẹp 1 phổi 15 phút	Sau khi kẹp 1 phổi sau 15 -30	Sau khi kẹp 1 phổi trên 60 phút
Ppeak	Bình thường	49	48	47
	Cao	1	2	3
Pmean	Bình thường	49	48	48
	Cao	1	2	2
Plateau	Tốt	47	49	48
	Khá	3	1	2

Nhận xét: Trong gây mê các chỉ số đánh giá đường thở và áp lực thở thường xuyên được duy trì ở mức bình thường, đảm bảo phổi không bị tổn thương.

Bảng 4: Mức độ hài lòng của phẫu thuật viên

Mức độ hài lòng	Nhóm	Nhóm (n=50)	
		SL	%
Rất hài lòng		32	64
Hài lòng		18	36
Không hài lòng		0	0

Nhận xét: Sử dụng camera trong gây mê tạo sự hài lòng cho phẫu thuật viên.

Bảng 5: Nhận xét hiệu quả gây mê thông khí một phổi

Hiệu quả thông khí một phổi	Số lượng (n = 50)	Tỷ lệ %
Thông khí một phổi tốt	30	60
Thông khí một phổi khá	20	40
Thông khí một phổi kém	0	0
Thông khí một phổi không đạt	0	0

4. BÀN LUẬN

❖ Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của người bệnh là $52,15 \pm 13,5$, thấp nhất là 20 tuổi, cao nhất 74 tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 40 -59 chiếm tỷ lệ cao nhất 52%. Đây là nhóm người trong độ tuổi lao động, có sức khỏe và kinh nghiệm, có nhiều cống hiến cho xã hội.

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Thiều Trung & cộng sự, có thể do tác giả này nghiên cứu trên các bệnh cắt hạch giao cảm nên có tuổi trung bình thấp.

❖ Kết quả nghiên cứu

Một số chỉ số về gây mê, thông khí một phổi.

Thời gian thông khí một phổi dưới 60 phút là 24 người bệnh chiếm 48%, thông khí từ 60 đến 120 phút gồm 14



người bệnh chiếm 28 %, thông khí 1 phổi trên 120 phút 12 bệnh nhân chiếm 24 %.

Chỉ số thời gian hoàn thành đặt ống nội khí quản dưới 5 phút là 14 ca chiếm 28%, từ 5-9 phút là 35 người bệnh chiếm 70 %, nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất, đây là thời gian cần thiết để thông khí một phổi tốt nhất.

Chỉ số đánh giá độ chính xác của quy trình gây mê nội khí quản bằng ống 2 nòng chính là số lần đặt ống tối thiểu để đạt hiệu quả thông khí tốt và xẹp phổi cần phẫu thuật. Số ca đặt ống lần 1 thành công là 35 ca chiếm 70 %, số ca cần đặt 2 lần là 14 ca đạt 28%, chỉ có 1 ca đặt 3 lần.

Đánh giá mức độ hài lòng của phẫu thuật viên.

Đây là một trong các tiêu chí đánh giá hiệu quả của phương pháp gây mê mới chúng tôi căn cứ mức độ xẹp phổi, thời gian gây mê, phẫu trường.. nghiên cứu trên 50 người bệnh đạt kết quả như sau :

Mức độ rất hài lòng đạt 32 người bệnh chiếm 64%, phổi xẹp hoàn toàn, không phải thay đổi hay chỉnh ống sau khi thay đổi tư thế, thuận lợi phẫu trường, thời gian người bệnh hồi phục nhanh.

Đánh giá hiệu quả thông khí một phổi :

Hiệu quả thông khí căn cứ vào mức độ xẹp phổi hoàn toàn thì đạt loại tốt, còn 1 thùy chưa xẹp hết cần có thêm thời gian là loại khá. Không xẹp được hoặc xẹp không hết đặt ở mức kém. Trong nghiên cứu của chúng tôi hiệu quả thông khí một phổi tốt đạt 30 ca, chiếm 60% đạt tốt, Còn 20 ca đạt 40 % đạt khá.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 50 người bệnh sử dụng ống soi mềm có gắn camera và ống Univent tại khoa Phẫu thuật gây mê hồi sức Bệnh viện K, chúng tôi xin đưa ra một số kết luận sau: Sử dụng ống soi mềm có gắn camera trong gây mê thông khí một phổi có hiệu quả tốt: mức độ rất hài lòng của phẫu thuật viên đạt 64% và mức độ thông khí một phổi tốt đạt 60% , thông khí một phổi khá

đạt 40%, không có trường hợp nào thất bại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Thu, Sinh lý tuần hoàn và hô hấp trong Gây mê hồi sức, Bài giảng sau Đại học, Đại học Y khoa Hà Nội, tr.31-81, 82-109, 1999.
- [2] Phạm Bình Di, Sinh lý học, Nhà xuất bản y học, 2005.
- [3] Nguyễn Hữu Tú, Gây mê cho phẫu thuật lồng ngực, Bài giảng gây mê hồi sức, Vol. 2, Nhà xuất bản Y học, tr.84-101, 2006.
- [4] Nguyễn Thị Thanh Phương, Nghiên cứu “Đánh giá hiệu quả cải thiện trao đổi khí của Broncho – CPAP trong thông khí một phổi”, Luận văn thạc sỹ y học, 2016.
- [5] Trần Đăng Dong, Thông khí phổi, Bài giảng Sinh lý học, Nhà xuất bản QĐND, tập I, T.187-197, 1996.
- [6] Phạm Thiệu Trung và cộng sự, Nghiên cứu hiệu quả gây mê thông khí một phổi trong phẫu thuật lồng ngực tại bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ, tạp trí Hội gây mê hồi sức Việt Nam, 2016.
- [7] Rehder K, Wenthe FM, Sessler AD, Function of each lung during mechanical ventilation with ZEEP and with PEEP in a man anesthetized with thiopental-meperidine, Anesthesiology, 597-606, 1973.
- [8] Jeanna D. Viola, Paul H. Alfille, Anesthesia for thoracic surgery, Clinical anesthesia, Procedures of the Massachusetts General Hospital, p. 362 – 372, 2004.

POSTOPERATIVE CARE FOLLOWING PANCREATODUODENECTOMY AT THE DEPARTMENT OF HEPATOBIILIARY SURGERY - VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Nguyen Thi Chinh, Ngo Anh Ngoc, Dau Thi Huyen, Do Anh Tu

Vietnam National Cancer Hospital - 30 Cau Brou street, Tan Trieu commune, Thanh Tri district, Hanoi, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 17/03/2023; Accepted 21/04/2023

ABSTRACT

Objectives: Evaluate postoperative care following pancreaticoduodenectomy at the Department of Hepatobiliary Surgery, Vietnam National Cancer Hospital.

Patients and methods: A retrospective descriptive study was conducted with simple random sampling. 20 patients underwent a pancreaticoduodenectomy at the Department of Hepatobiliary Surgery, Vietnam National Cancer Hospital, between October 2021 and October 2022.

Results: 20 patients were enrolled in the study. The mean age was 51.9 ± 17.9 . The common histological form is pancreatic carcinoma (35%). The median postoperative hospital stay was 12.4 ± 5 days, the ICU length stay was 2.05 ± 4.97 days. The abdominal drain was removed after 10.1 ± 2.13 days. There were 7 cases of pancreatic fistula (35%), 2 cases of postoperative abscess (10%) and 1 case of postoperative bile leak (5%). 100% of patients received intravenous nutrition and protein infusion after surgery. Assessment before discharge: excellent 40%, good 40%, average 20%.

Conclusion: The pancreaticoduodenectomy is a major surgery with high risk of postoperative complications, requiring nursing care and close monitoring. Initial assessment of postoperative care following pancreaticoduodenectomy showed good results.

Keywords: Pancreaticoduodenectomy, postoperative care.

*Corresponding author

Email address: chinhbvnn2387@gmail.com

Phone number: (+84) 976 767 838



ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT CẮT KHỐI TÁ TỤY TẠI KHOA NGOẠI GAN MẬT TỤY- BỆNH VIỆN K

Nguyễn Thị Chinh, Ngô Ánh Ngọc, Đậu Thị Huyền, Đỗ Anh Tú

Bệnh viện K - 30 đường Cầu Bươu, xã Tân Triều, huyện Thanh Trì, Thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 17 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 21 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật cắt khối tá tụy tại khoa Ngoại Gan Mật Tụy - Bệnh viện K.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 20 người bệnh mổ cắt khối tá tụy tại khoa Ngoại Gan Mật Tụy – Bệnh viện K từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 10 năm 2022. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn cỡ mẫu ngẫu nhiên, phân tích trên phần mềm SPSS 20.0

Kết quả: Tuổi trung bình của nhóm người bệnh là 51.9 ± 17.9 tuổi. Thời gian chăm sóc cấp 1 trung bình là 3 ngày, chăm sóc cấp 2 trung bình là 3 ngày, chăm sóc cấp 3 trung bình là 3 ngày. Sau mổ, người bệnh được lưu sonde dạ dày trung bình 5 ngày, lưu sonde tiểu trung bình 2 ngày, giữ dẫn lưu ổ bụng trung bình là 10.1 ± 2.13 ngày. Có 07 trường hợp rò tụy sau mổ, chiếm 35%; 02 trường hợp áp xe (10%) và 01 trường hợp rò mật (5%). 100% người bệnh được nuôi dưỡng đường tĩnh mạch sau mổ. Đánh giá trước khi ra viện: loại tốt 40%, loại khá 40%, loại trung bình 20%.

Kết luận: Phẫu thuật cắt khối tá tụy là phẫu thuật lớn, phức tạp, tỉ lệ biến chứng cao, đòi hỏi điều dưỡng chăm sóc và theo dõi người bệnh chặt chẽ. Đánh giá bước đầu việc chăm sóc người bệnh sau mổ cho kết quả tốt.

Từ khóa: Cắt khối tá tụy, chăm sóc người bệnh hậu phẫu.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt khối tá tụy là phẫu thuật cắt tá tràng, đầu tụy, đường mật chính, túi mật, một phần dạ dày và đoạn đầu hồng tràng thành một khối. Codivila thực hiện ca cắt khối tá tụy đầu tiên năm 1898. Năm 1945, Whipple báo cáo 19 trường hợp cắt khối tá tụy với tỉ lệ tử vong 31-38% (1). Trên thế giới, ung thư tụy xếp thứ 12 về tỷ

lệ mắc mới và xếp thứ 8 về tỷ lệ tử vong ở cả 2 giới (2). Cùng với ung thư tụy, một số bệnh được điều trị bằng phẫu thuật cắt khối tá tụy là ung thư bóng Vater, ung thư tá tràng, u phần thấp ống mật chủ, viêm tụy mạn... Không nên áp dụng phẫu thuật này khi người bệnh đã có tình trạng di căn xa, khối u xâm lấn mạch lớn (như động mạch thân tạng, tĩnh mạch chủ dưới, hoặc động mạch mạc treo tràng trên).

*Tác giả liên hệ

Email: chinhbvnn2387@gmail.com

Điện thoại: (+84) 976 767 838

Hiện nay, với sự tiến bộ của y học và kinh nghiệm của phẫu thuật viên, phẫu thuật cắt khối tá tụy đã có nhiều thay đổi, giảm đáng kể tỷ lệ tử vong và nâng cao chất lượng sống cho người bệnh. Theo Choi và cộng sự (2011), tỷ lệ tử vong sau mổ chỉ chiếm khoảng 2,6% (2). Ở Việt Nam, có nhiều nghiên cứu đánh giá về kết quả phẫu thuật cắt khối tá tụy: Nguyễn Minh Hải (2000), Nguyễn Hoàng Định (2002), Trịnh Hồng Sơn (2004), Phạm Thế Anh (2010) (3). Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đánh giá về việc chăm sóc người bệnh sau mổ cắt khối tá tụy.

Việc chăm sóc người bệnh sau mổ vô cùng quan trọng. Giai đoạn 2 ngày đầu sau mổ là giai đoạn có nhiều rối loạn về sinh lý bao gồm các biến chứng về hô hấp, tuần hoàn, kích thích, đau, rối loạn chức năng thận, rối loạn đông máu, hạ nhiệt độ... Người bệnh cần được theo dõi sát về toàn trạng (tri giác, chỉ số sinh tồn,...), tình trạng thở, tình trạng bụng, tình trạng vết mổ, mức độ đau, số lượng nước tiểu, lượng dịch vào ra, màu sắc và số lượng dịch qua dẫn lưu... Giai đoạn 4-5 ngày tiếp theo, người bệnh cần được theo dõi thêm về tình trạng phục hồi lưu thông tiêu hóa. Cần hướng dẫn người bệnh và người nhà người bệnh về cách chăm sóc và vận động sau mổ, để giảm tối đa những biến chứng có thể xảy ra. Với những ý nghĩa to lớn như vừa nêu, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

1. Đánh giá kết quả lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm người bệnh nghiên cứu.
2. Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh sau mổ cắt khối tá tụy tại khoa Ngoại Gan Mật Tụy – Bệnh viện K từ tháng 10/2021 đến tháng 10/2022.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 20 người bệnh được phẫu thuật cắt khối tá tụy tại khoa Ngoại Gan Mật Tụy – Bệnh viện K từ tháng 10/2021 đến hết tháng 10/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh không hạn chế tuổi, giới.
- Có chỉ định và được phẫu thuật cắt khối tá tụy tại Khoa Ngoại Gan Mật Tụy, Bệnh viện K do các bệnh lý vùng đầu tụy (ung thư đầu tụy, ung thư bóng Vater, ung thư phần thấp ống mật chủ, u tá tràng, nang đầu tụy,...).
- Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Bệnh án ghi chép đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh mổ cắt khối tá tụy kém phẫu thuật khác trong mổ
- Người bệnh mổ lại do u tái phát

Phương pháp nghiên cứu

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

Chọn mẫu nghiên cứu: Lấy cỡ mẫu ngẫu nhiên.

Đánh giá trước khi ra viện được chia làm 4 mức độ

- Loại tốt: Người bệnh được chăm sóc tốt, không bị bất kỳ biến chứng nào, bệnh án chăm sóc hàng ngày điều dưỡng ghi chép theo dõi đầy đủ, người bệnh ra viện sau 7 đến 14 ngày.
- Loại khá: Người bệnh không được chăm sóc đầy đủ 1 trong các mục đã nêu, nhưng người bệnh ra viện thể trạng tốt, điều trị nội khoa ổn định, không cần can thiệp thủ thuật khác.
- Loại trung bình: Người bệnh chăm sóc sau phẫu thuật gặp một hoặc nhiều biến chứng mà cần phải nằm viện > 14 ngày.
- Loại xấu: Trong quá trình chăm sóc gặp một hoặc nhiều biến chứng mà cần phải can thiệp thủ thuật, phẫu thuật lại để điều trị từ lần phẫu thuật thứ 2 trở đi hoặc sau can thiệp người bệnh cần phải điều trị tại phòng hồi sức tích cực.

Thu thập và xử lý số liệu

Danh sách người bệnh được chấp thuận và thông qua bởi Phòng kế hoạch tổng hợp. Số liệu nghiên cứu được lấy trực tiếp từ bệnh án, qua theo dõi, chăm sóc và ghi chép hàng ngày của điều dưỡng. Thông tin được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng các thuật toán thống kê để tính các giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm.

Đạo đức trong nghiên cứu

Số liệu thu thập được trong nghiên cứu hoàn toàn trung thực, chính xác. Các người bệnh trong nghiên cứu được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu được Ban lãnh đạo Bệnh viện K đồng ý, được Hội đồng đạo đức Bệnh viện K thông qua ngày 16/12/2022. Nghiên cứu được tiến hành nhằm phục vụ mục đích điều trị. Thông tin của người bệnh được đảm bảo bí mật.



3. KẾT QUẢ

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Trong nghiên cứu, tỉ lệ nữ chiếm 60%, độ tuổi trung bình là 51.9 ± 17.9 . Người bệnh lớn tuổi nhất là 74 tuổi, nhỏ nhất là 12 tuổi. Lý do vào viện hay gặp nhất là đau bụng (90%) và vàng da (50%).

Sau mổ có 2 trường hợp cần truyền máu. Không có người bệnh nào rối loạn đông máu. Có 60% người bệnh có tăng Glucose máu (trung bình 9.68 ± 4.61 mmol/L).

Có 3 trường hợp giảm Albumin sau mổ (trung bình là 33.4 ± 5.17 g/L). Nồng độ Creatinin trung bình 67.78 ± 28.16 μ mol/L. Có 15 trường hợp (chiếm 75%) tăng Bilirubin máu và 90% trường hợp tăng Amylase máu sau mổ. Có 7 trường hợp (chiếm 35%) có tỷ lệ Amylase dịch dẫn lưu/ Amylase máu vào ngày thứ 3 sau mổ > 3. Có 1 trường hợp (5%) có tỷ lệ Bilirubin dẫn lưu/ Bilirubin máu ngày thứ 3 sau mổ > 3. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ cho thấy ung thư biểu mô tuyến là tổn thương hay gặp nhất chiếm 65%, u đặc giả nhú 20% và các tổn thương khác chiếm 15%.

Bảng 1. Xét nghiệm sinh hóa dịch dẫn lưu sau mổ (n = 20)

Các chỉ số	Trung bình	Min	Max
Amylase dịch dẫn lưu ngày 1	1378.30 ± 2022.17	49.20	7773.20
Amylase dịch dẫn lưu ngày 3	2294.95 ± 2682.71	138.70	8415.00
Amylase dịch dẫn lưu ngày 5	638.93 ± 1113.88	17.00	4182.70
Bilirubin dịch dẫn lưu ngày 1	58.44 ± 46.79	5.50	165.90
Bilirubin dịch dẫn lưu ngày 3	80.60 ± 55.45	8.40	180.90
Bilirubin dịch dẫn lưu ngày 5	41.18 ± 33.13	5.30	94.90

Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật cắt khối tá tụy

Không ghi nhận trường hợp nào suy hô hấp, rối loạn nhịp và nhiễm khuẩn tiết niệu. Có 10 người bệnh (50%) người bệnh sốt sau mổ, có 2 người bệnh (10%) xuất hiện hạ huyết áp và tăng huyết áp sau mổ được theo dõi tại phòng hồi tỉnh, người bệnh đã ổn định sau khi chuyển về khoa.

Bệnh nhân trung tiện sau mổ trung bình 3.5 ± 0.68 ngày, chậm nhất là 5 ngày. Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng trung bình là 10.1 ± 2.13 ngày (min – max: 6 – 14 ngày). Thời gian rút dẫn lưu Volker trung bình là 6.0 ± 1.34 ngày (min – max: 4 – 8 ngày). Thời gian rút sonde dạ dày trung bình là 5.67 ± 1.91 , sớm nhất là 2 ngày. Thời gian thay băng trung bình là 1.1 ± 0.57 ngày. Không có

trường hợp nào nhiễm khuẩn vết mổ. Thời gian nằm hồi sức trung bình là 2.05 ± 4.97 ngày. Thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình 12.4 ± 5 ngày, ngắn nhất 7 ngày và dài nhất 23 ngày.

Sau mổ bệnh nhân được sử dụng kháng sinh trong 11.70 ± 4.31 ngày (min – max: 7 – 24 ngày). Giảm đau bậc 1 được sử dụng lâu nhất, trung bình 9.0 ± 3.2 ngày sau mổ, dài nhất 15 ngày, giảm đau bậc 2 trung bình 3.1 ± 1.5 ngày và giảm đau bậc 3 trung bình 0.1 ± 0.2 ngày. Có 7 trường hợp rò tụy sau mổ chiếm 35%, có 2 trường hợp áp xe sau mổ chiếm 10%, có 1 trường hợp rò mật sau mổ chiếm 5%. 8 người bệnh (40%) người bệnh ra viện được chăm sóc tốt, không xảy ra biến chứng. 8 người bệnh (40%) có biến chứng sau mổ, được điều trị nội khoa ổn định. 4 người bệnh (20%) được điều trị hậu phẫu > 14 ngày.

Bảng 2. Điều trị sau phẫu thuật

Loại biến chứng	Số người bệnh (n=20)	Tỷ lệ %
Truyền máu	2	10%
Truyền đạm	20	100%
Nuôi dưỡng tĩnh mạch	20	100%
Otreotide	9	45%
Albumin	16	80%

Bảng 3. Đánh giá trước khi ra viện

Tình trạng trước ra viện	Số người bệnh (n = 20)	Tỷ lệ %
Loại tốt	8	40%
Loại khá	8	40%
Loại trung bình	4	20%
Loại xấu	0	0%
Tổng	20	

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy triệu chứng cơ năng thường gặp là đau bụng (90%), chán ăn (70%) và gầy sút cân (25%), nôn buồn nôn (25%). Theo tác giả M. Wang tỷ lệ vàng da (71,0%), đau thượng vị (61,3%), không triệu chứng (3,2%) (4). Hội chứng tắc mật xuất hiện 50% trường hợp, bao gồm đau bụng, sốt, vàng da, có thể có túi mật to, kết quả này tương tự nghiên cứu của Phạm Thế Anh và tác giả Hồ Văn Linh (3) (5).

Về diễn biến hậu phẫu, thuốc giảm đau bậc 1 được dùng nhiều nhất, trung bình 9.00 ± 3.18 ngày, có 1 trường hợp dùng giảm đau bậc 3 chiếm 5%. Sau mổ 100% người bệnh dùng kháng sinh sau mổ cắt khối tá tụy. Tác giả Isabelle Sourrouille và Sebastien Gaujoux nhận ít nhất một phần ba các biến chứng nhiễm trùng sau mổ có nguồn gốc từ đường mật. Các vi khuẩn được phân lập thường xuyên nhất trong các mẫu mật là Enterococcus, E. coli và Klebsiella (7). Các hướng dẫn hiện hành khuyến cáo cephalosporin thế hệ 1 là kháng sinh dự phòng sau phẫu thuật. Tuy nhiên, một số nghiên cứu ủng hộ việc sử dụng kết hợp kháng sinh điều trị vi khuẩn kỵ khí như nghiên cứu của Helen (8). Trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng kết hợp 2 dòng kháng sinh điều trị sau phẫu thuật là Cephalosporin thế hệ 3

kết hợp với Metronidazol.

Đối với các loại dẫn lưu và sonde dạ dày phải bảo đảm vô khuẩn tuyệt đối. Người bệnh nên nằm ở tư thế giúp dịch dẫn lưu thông tốt, tránh tắc nghẽn. Theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất của dịch dẫn lưu, ghi hồ sơ. Luôn đảm bảo chân dẫn lưu khô, sạch, phát hiện sớm dấu hiệu nhiễm trùng. Giáo dục người bệnh tham gia vào sự tự chăm sóc dẫn lưu như: cách ngồi dậy, di chuyển, xoay trở khi có dẫn lưu, để ý dẫn lưu Kehr (nếu có), không tự ý rút dẫn lưu. Dẫn lưu ổ bụng có thể rút khi người bệnh ổn định, dịch dẫn lưu ra từ 20 – 50ml/24 giờ.

Sau mổ cắt khối tá tụy, dẫn lưu Volker dùng để dẫn lưu ống mật chủ ra ngoài với mục đích giảm áp, theo dõi, bơm rửa trong trường hợp cần thiết. Ngoài cách chăm sóc chung cần chú ý ghi nhận số lượng dịch mật, cần theo dõi nước xuất nhập và điện giải đồ thường xuyên. Ngoài ra, khác với các loại dẫn lưu ổ bụng khác là không xoay ống khi thay băng hay khi rút, rút 1 lần. Chỉ định rút dẫn lưu Kehr khi: toàn trạng người bệnh ổn định, không sốt, ăn uống tốt; 8 – 10 ngày sau mổ; dịch ra trong, màu vàng óng ánh; các nhánh đường mật thông, thuốc xuống tá tràng dễ dàng (trên X quang có thuốc cản quang).



Phần lớn các nghiên cứu trước đây cho thấy biến chứng chung sau phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng từ 30 – 50% (9). Chúng tôi không gặp biến chứng chậm lưu thông dạ dày cũng như tiêu chảy sau mổ, không có người bệnh nào xuất huyết tiêu hóa sau mổ. Tuy nhiên, chúng tôi có 7 người bệnh (35%) có rò tụy được chẩn đoán dựa vào nồng độ amylase dịch dẫn lưu so với nồng độ amylase trong huyết tương. Các trường hợp đều ở mức độ A về mặt lâm sàng. Về chăm sóc dinh dưỡng, chúng tôi cho người bệnh nhịn ăn hoàn toàn, sau đó tất cả người bệnh đều ổn định ra viện, không có người bệnh nào mổ lại. Kết quả của chúng tôi cũng tương đương với một số nghiên cứu của các tác giả trên thế giới, Manabu Hashimoto (2005) là 45,1% (10).

Khi chăm sóc người bệnh sau mổ cắt khối tá tụy, điều dưỡng cần nhận biết các trường hợp có biến chứng sớm sau 24h đầu, phát hiện các triệu chứng trên lâm sàng như chảy máu, dịch dẫn lưu ra dịch máu để báo sớm cho phẫu thuật viên các trường hợp nặng theo dõi hoặc phải mổ lại. Ngoài ra cần nhận biết các biến chứng xảy ra sau 24h như: rò tụy, rò mật, rò bạch huyết, áp xe tồn dư... để phối hợp cùng các bác sĩ dinh dưỡng trong những trường hợp người bệnh chậm lưu thông dạ dày, tiêu chảy kéo dài, suy dinh dưỡng sau mổ.

Trong thời gian người bệnh cắt khối tá tụy nhịn ăn, truyền dịch sau mổ giúp bù thể tích dịch thiếu do nhịn ăn, uống và cung cấp năng lượng. Người lớn 60kg cần lượng dịch cung cấp từ 2000-2500ml/ngày, nếu thời tiết nóng hoặc người bệnh sốt có thể tăng lên 3000ml. Cần theo dõi sát nước tiểu để đánh giá bilan dịch vào ra của người bệnh. Trước đây, những người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa có miệng nối ruột không được cho ăn qua đường miệng nhằm ổn định miệng nối ruột và để tránh áp lực cơ học có thể gây ra do thức ăn đi qua dẫn đến bục, rò miệng nối. Tuy nhiên, theo tác giả Si Eun Hwang, nuôi ăn sớm sau mổ qua đường ruột có thể tăng cường quá trình lành vết thương tuy nhiên vẫn đảm bảo sự an toàn của miệng nối đồng thời giảm các biến chứng nhiễm trùng. Một số nghiên cứu cho thấy, hỗ trợ dinh dưỡng toàn phần qua đường tĩnh mạch cho người bệnh sau phẫu thuật cắt tụy lớn làm tăng đáng kể tỷ lệ biến chứng, với hầu hết các biến chứng này liên quan đến nhiễm trùng.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt khối tá tụy là phẫu thuật lớn, phức tạp, tỉ lệ biến chứng cao trong phẫu thuật tiêu hóa đòi hỏi điều

dưỡng chăm sóc và theo dõi người bệnh chặt chẽ trong suốt quá trình hậu phẫu để phát hiện sớm các dấu hiệu bất thường. Đánh giá bước đầu việc chăm sóc người bệnh sau mổ cắt khối tá tụy cho kết quả khả quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Whipple AO, Parsons WB, Mullins CR, Treatment of Carcinoma of the Ampulla of Vater. *Ann Surg.* 1935;102(4):763-79.
- [2] Choi SB, Kim WB, Song TJ et al., Surgical outcomes and prognostic factors for ampulla of Vater cancer. *Scand J Surg.* 2011;100(2):92-8.
- [3] Anh PT, Nghiên cứu ứng dụng phương pháp lập lại lưu thông tiêu hoá tụy - dạ dày trong cắt khối tá tràng đầu tụy. *Y học thực hành.* 2012.
- [4] M. Wang HZ, Z. Wu et al, Laparoscopic pancreaticoduodenectomy: single- surgeon experience. *Surgical endoscopy.* 2015.
- [5] Linh HV, Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt đầu tụy - tá tràng trong điều trị ung thư bóng Vater. *Tạp chí Y học thực hành.* 2016;5.
- [6] Choi SB KWaST, Surgical outcomes and prognostic factors for ampulla of Vater cancer. *Scandinavian Journal of Surgery.* 2011;100:92-8.
- [7] Augenstein VA, Reuter NP, Bower MR et al., Bile cultures: a guide to infectious complications after pancreaticoduodenectomy. *J Surg Oncol.* 2010;102(5):478-81.
- [8] Pham H, Chen A, Nahm CB et al., The Role of Targeted Versus Standard Antibiotic Prophylaxis in Pancreatoduodenectomy in Reducing Postoperative Infectious Complications: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Surg.* 2022;275(2):315-23.
- [9] T. He YZ, Q. Chen et al., Pancreaticojejunostomy versus pancreaticogastrostomy after pancreaticoduodenectomy: a systematic review and meta-analysis. *Digestive Surgery.* 2012;30:56-69.
- [10] Hashimoto M, Koga M, Ishiyama K et al., CT features of pancreatic fistula after pancreaticoduodenectomy. *AJR American journal of roentgenology.* 2007;188(4):W323-7.

RESUSCITATION TIME AND SOME FACTORS RELATING TO THE RECOVERY TIME OF PATIENTS AFTER BREAST CANCER SURGERY AT K QUAN SU HOSPITAL

Khong Phuong Hao*, Nguyen The Tri, Do Anh Tu

Vietnam National Cancer Hospital - 30 Cau Buou street, Tan Trieu, Thanh Tri, Hanoi, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 21/03/2023; Accepted 20/04/2023

ABSTRACT

Objective: To determine some factors related to resuscitation time in breast cancer surgery patients.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study, 133 patients underwent breast cancer surgery at Quan Su Department of Anesthesia and Resuscitation were included.

Results: 75.9% of patients in the age group from 30 to 60 years old, 60.9% of patients were psychologically comfortable before surgery, the average resuscitation time was 112.9 minutes; patients who have experienced anesthesia have a resuscitation time 1.56 times longer than patients who have never undergone anesthesia, patients over 60 years old have a resuscitation time of 1.9 times compared to other age groups, patients who have cardiovascular disease has a longer resuscitation time.

Conclusion: The average resuscitation time of the study group was 112.9 minutes; previous anesthesia, over 60 years of age, comorbid cardiovascular disease are factors that prolong resuscitation time

Keywords: Resuscitation time, breast cancer surgery.

*Corresponding author

Email address: haokhong87@gmail.com

Phone number: (+84) 395 349 413



THỜI GIAN HỒI TỈNH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THỜI GIAN HỒI TỈNH NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ VÚ TẠI BỆNH VIỆN K CƠ SỞ QUÁN SỨ

Không Phương Hảo*, Nguyễn Thế Trí, Đỗ Anh Tú

Bệnh viện K - 30 đường Cầu Bươu, xã Tân Triều, huyện Thanh Trì, Thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 21 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 20 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số yếu tố liên quan đến thời gian hồi tỉnh trên người bệnh phẫu thuật ung thư vú.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, 133 người bệnh phẫu thuật ung thư vú tại khoa Phẫu thuật gây mê hồi sức Quán Sứ.

Kết quả: 75,9% người bệnh trong nhóm tuổi từ 30 tới 60 tuổi, 60,9% người bệnh có tâm lý thoải mái trước phẫu thuật, thời gian hồi tỉnh trung bình 112,9 phút; người bệnh đã từng gây mê có thời gian hồi tỉnh dài gấp 1,56 lần người bệnh chưa từng trải qua gây mê, người bệnh trên 60 tuổi có thời gian hồi tỉnh gấp 1,9 lần so với nhóm tuổi khác, người có bệnh lý tim mạch thời gian hồi tỉnh kéo dài hơn.

Kết luận: Thời gian hồi tỉnh trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu dài $112,9 \pm 13,4$ phút; đã từng gây mê, trên 60 tuổi, có bệnh lý tim mạch phối hợp là các yếu tố làm kéo dài thời gian hồi tỉnh.

Từ khóa: Thời gian hồi tỉnh, phẫu thuật ung thư vú.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với sự phát triển của khoa học, kỹ thuật trong phẫu thuật và gây mê, chăm sóc người bệnh giai đoạn hồi tỉnh và chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật được đặc biệt quan tâm trong nhiều thập kỷ qua.

Giai đoạn hồi tỉnh là thời gian ngay sau gây mê, ngoài những ảnh hưởng do phẫu thuật người bệnh còn chịu ảnh hưởng tồn dư các thuốc mê, thuốc giãn cơ...nên chưa tỉnh táo hoàn toàn, các chức năng hô hấp, tuần

hoàn, hô hấp, tiết niệu...còn có nguy cơ bị đe dọa. Đòi hỏi nhân viên y tế theo dõi sát để điều chỉnh kịp thời tránh xảy ra những tai biến nguy hiểm tới tính mạng người bệnh.

Giai đoạn hồi tỉnh đóng vai trò quan trọng trong việc hồi phục của người bệnh cũng như sự trở về cuộc sống bình thường của người bệnh sau phẫu thuật ung thư nói chung và ung thư vú nói riêng. Để có thể cung cấp một chế độ chăm sóc đặc biệt, chuyên nghiệp, chất lượng cao được đánh giá bằng mức độ hài lòng của người bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

*Tác giả liên hệ

Email: haokhong87@gmail.com

Điện thoại: (+84) 395 349 413

Xác định một số yếu tố liên quan đến thời gian hồi tỉnh trên người bệnh phẫu thuật ung thư vú tại khoa Phẫu thuật gây mê hồi sức Quán Sứ bệnh viện K năm 2022.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Người bệnh phẫu thuật ung thư vú tại khoa Phẫu thuật gây mê hồi sức Quán Sứ bệnh viện K.

2.2. Phương pháp

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Lấy mẫu toàn bộ 133 người bệnh phẫu thuật ung thư vú tại khoa phẫu thuật gây mê hồi sức Quán Sứ

2.2.3. Thời gian và địa điểm:

Thời gian: Từ tháng 3/2022 đến tháng 9/2022

Địa điểm: Khoa phẫu thuật gây mê hồi sức Quán Sứ bệnh viện K

2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu:

+ Giai đoạn trước phẫu thuật: Thu thập thông tin của người bệnh bằng phương pháp phỏng vấn theo bộ câu hỏi

+ Giai đoạn sau phẫu thuật: Thu thập thông tin của người bệnh giai đoạn hồi tỉnh bằng theo dõi chỉ số sinh tồn qua mornitor và câu hỏi phỏng vấn

+ Tiêu chí chuyển người bệnh khỏi phòng hồi tỉnh theo bảng điểm Aldrete sửa đổi

+ Tìm hiểu sự liên quan giữa các đặc điểm của người bệnh với thời gian hồi tỉnh.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n = 133)

Bảng 1: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Người bệnh (n=133)	
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 30	4	3
	30– 60	101	75,9
	≥ 60	28	21,1
	Trung bình ± SD: 49,5±13,256		
Nghề nghiệp	Học sinh, sinh viên	3	2,3
	Công nhân	37	27,8
	Kinh doanh	42	31,6
	Cán bộ viên chức	47	35,3
	Khác	4	3,0

Nhận xét: Người bệnh ở độ tuổi dưới 30 tuổi chỉ chiếm tỉ lệ nhỏ 3%, độ tuổi 30 đến 60 tuổi tỉ lệ cao nhất là

75,9%. Người bệnh là cán bộ viên chức chiếm tỉ lệ cao nhất là 35,3%.



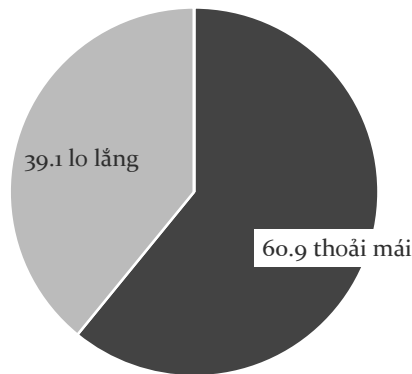
Bảng 2: Tiền sử bệnh kèm theo, tiền sử đã từng gây mê trước đó

Đặc điểm		n	Tỉ lệ (%)
Tiền sử gây mê	Đã từng	46	34,6
	Chưa từng	87	65,4
Bệnh kèm theo	Tăng huyết áp	14	10,5
	Tim mạch	8	6
	Tiểu đường	3	2,3
	Bệnh về hô hấp	59	44,4
	Các bệnh khác	49	36,8

Nhận xét: Có tới 34,6% người bệnh trước đó đã từng được gây mê.

Số người mắc bệnh tiểu đường 2,3%, cao nhất là tỉ lệ mắc bệnh về đường hô hấp 44,4%

Biểu đồ 1: Tâm lý của người bệnh trước phẫu thuật



Nhận xét: Tâm lý lo lắng chỉ xảy ra trên 39,1% , còn lại là 60,9% người bệnh tâm lý thoải mái trước phẫu thuật

3.2. Một số yếu tố liên quan đến thời gian hồi tỉnh của đối tượng

Bảng 3: Thời gian lưu hồi tỉnh của đối tượng

Đặc điểm	NB (n = 133)	
	Min	Max
Thời gian lưu hồi tỉnh	40 phút	1320 phút
Trung bình ± SD	112,87 ± 13,38 phút	

Nhận xét: Thời gian lưu hồi tỉnh trung bình của đối tượng là 112,87± 13,38 phút với thời gian lưu dài nhất là 22h và thời gian ngắn nhất là 40 phút

Bảng 4: Liên quan giữa tuổi, nghề nghiệp, tâm lý của đối tượng và thời gian hồi tỉnh

Đặc điểm		Thời gian hồi tỉnh	P
Nhóm tuổi	< 30	96,25(90-105)	0,002
	30– 60	93,83(89,41-98,24)	
	≥ 60	184,44(103,5-306,87)	
Nghề nghiệp	Học sinh, sinh viên	95(90-105)	0,623
	Công nhân	102,43(95-111,14)	
	Kinh doanh	95,77(86,91-104,58)	
	Cán bộ viên chức	138,7(90,3-209,95)	
	Khác	96,25(80-120)	
Tâm lý	Thoải mái	114,55 (94,94- 154,71)	0,88
	Lo lắng	110,29 (88,40-151,63)	

Nhận xét:

- Dựa vào chỉ số của kết quả kiểm định DunnettT3:

Thời gian hồi tỉnh nhóm trên 60 tuổi so với nhóm dưới 30 tuổi và nhóm trên 60 tuổi so với nhóm từ 30 đến 60 tuổi có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p=0,002$. Các nhóm tuổi còn lại so với nhau không có sự khác biệt về mặt thống kê.

- Không có bằng chứng nào về sự khác biệt của thời gian hồi tỉnh giữa các nhóm nghề nghiệp khác nhau của người bệnh với $p>0,05$.

- Với $p =0,88$ thì thời gian hồi tỉnh không có sự khác nhau giữa hai nhóm người bệnh có tâm lý lo lắng và tâm lý thoải mái

Bảng 5: Liên quan giữa bệnh kèm theo, tiền sử gây mê và thời gian hồi tỉnh

Đặc điểm		Thời gian hồi tỉnh	P
Tiền sử gây mê	Đã từng gây mê	149,29 (95,65-232,20)	0,031
	Chưa từng gây mê	95,29 (90,52-99,95)	
Bệnh lý kèm theo	Tăng huyết áp	90,42(80,39-101,43)	0,000
	Tim mạch	398,57(73,33-820)	
	Tiểu đường	133,23(90-160)	
	Hô hấp	95,68(89,93-100,66)	
	Khác	97,29(89,89-103,80)	

Nhận xét:

- Với $p =0,031$ sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê và thời gian hồi tỉnh nhóm đã từng gây mê dài gấp 1,56 lần các trường hợp người bệnh chưa từng gây mê.

- Dựa vào chỉ số của kết quả kiểm định DunnettT3: Với

$P <0,05$ nhóm người bệnh mắc bệnh tim mạch có thời gian hồi tỉnh lớn hơn so với các nhóm bệnh lý kèm theo khác, sự khác biệt này mang ý nghĩa thống kê. Chưa tìm thấy bằng chứng về sự khác biệt của thời gian hồi tỉnh giữa các nhóm còn lại.



4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy có 3% người bệnh độ tuổi dưới 30, độ tuổi từ 30 đến 60 chiếm tỉ lệ cao nhất là 75,9%, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thị Giang [2].

Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu là học sinh, sinh viên rất ít chỉ chiếm 2,3 %, nhiều nhất vẫn là cán bộ viên chức với tỉ lệ 35,5%.

Có 65,4 % người bệnh chưa từng gây mê bao giờ, và tỉ lệ người bệnh đã từng gây mê chiếm 34,6%.

Tỉ lệ mắc bệnh liên quan đến đường hô hấp cao nhất với 44,4% tỉ lệ thấp nhất là mắc bệnh tiểu đường. Về tâm lý của người bệnh trước phẫu thuật có 39,1% người bệnh tâm lý lo lắng trước phẫu thuật, so với nghiên cứu của Thái Hoàng Đề[1] thì tỉ lệ người bệnh lo lắng lên đến 83,43% , trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn hẳn so với một số nghiên cứu khác, có thể là do nguyên nhân trước khi người bệnh của chúng tôi được xếp lịch mổ đã được các nhân viên y tế tư vấn và làm công tác tư tưởng tốt, hơn nữa số người bệnh trước đó đã từng được gây mê cũng cao 34,6% , cũng có thể đây là nguyên nhân làm cho tỉ lệ người bệnh lo lắng trước phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu khác.

4.2. Thời gian hồi tỉnh và một số yếu tố liên quan

Thời gian hồi tỉnh trung bình của đối tượng là $112,87 \pm 13,38$ phút với thời gian lưu dài nhất là 22h và thời gian ngắn nhất là 40 phút.

Thời gian hồi tỉnh của nhóm trên 60 tuổi so với nhóm dưới 30 tuổi và nhóm trên 60 tuổi so với nhóm từ 30 đến 60 tuổi có sự khác biệt về ý nghĩa thống kê. Nhóm Dưới 30 tuổi và từ 30 đến 60 tuổi thì thời gian hồi tỉnh không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê, nghiên cứu của chúng tôi tương đồng nghiên cứu của Maria Jaensson và cộng sự [7] về các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng hồi phục và sự hài lòng của bệnh nhân sau phẫu thuật gợi ý rằng: Tuổi, giới tính, tình trạng sức khỏe tâm thần...có sự ảnh hưởng đến thời gian hồi tỉnh sau phẫu thuật.

Không có bằng chứng nào về sự khác biệt của thời gian hồi tỉnh giữa các nhóm nghề nghiệp khác nhau của người bệnh.

Với $P = 0,88$ thì thời gian hồi tỉnh không có sự khác

n nhau giữa hai nhóm người bệnh có tâm lý lo lắng và tâm lý thoải mái, nghiên cứu của chúng tôi không tương đồng với nghiên cứu của Aspari AR và cộng sự [6], theo nghiên cứu Aspari AR và cộng sự cho thấy có sự ảnh hưởng của trạng thái tâm lý trước phẫu thuật đến thời gian hồi tỉnh sau phẫu thuật.

Với $P = 0,031$ sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê và thời gian hồi tỉnh của nhóm đã từng gây mê sẽ dài gấp 1,56 lần các trường hợp người bệnh chưa từng gây mê.

Người bệnh mắc bệnh tim mạch có thời gian hồi tỉnh lớn hơn so với các nhóm bệnh lý kèm theo khác, sự khác biệt này mang ý nghĩa thống kê, chưa tìm thấy bằng chứng về sự khác biệt của thời gian hồi tỉnh giữa các nhóm còn lại.

5. KẾT LUẬN

Thời gian hồi tỉnh trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $112,9 \pm 13,4$ phút. Đã từng gây mê, trên 60 tuổi, có bệnh lý tim mạch kèm theo là các yếu tố làm kéo dài thời gian hồi tỉnh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Thái Hoàng Đề, Đánh giá tâm lý bệnh nhân trước và sau phẫu thuật tại khoa ngoại Bệnh viện đa khoa huyện An Phú, Kí yếu hội nghị khoa học bệnh viện An Giang, 2011.
- [2] Phạm Thị Giang, Kết quả chăm sóc người bệnh phẫu thuật ung thư vú tại khoa ngoại vú- Bệnh viện K, 2022.
- [3] Phạm Thị Liễu và Cộng sự, Đánh giá hiệu quả tâm lý bệnh nhân phẫu thuật tại Bệnh viện Việt - Tiệp Hải Phòng, Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học hội điều dưỡng toàn quốc lần III, Hà Nội. Nhà Xuất bản Giao thông vận tải, 2007.
- [4] Nguyễn Thị Minh Thu, Nghiên cứu một số yếu tố ảnh hưởng tới tình trạng dẫn cơ tồn dư của vecuronium và hiệu quả giải giãn cơ của neostigmin. Luận án tiến sĩ y học. Viện Nghiên cứu Khoa học Y - Dược lâm sàng 108, Hà Nội, 2012.

- [5] Asmaa AR, Naglaa EM, Ayman MK, Predictive Factors Affecting Postoperative Quality of Recovery for Patients Undergoing Surgery. IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS) e-ISSN: 2320-1959.p- ISSN: 2320-1940 Volume 6, Issue 3 Ver. VIII , PP 50-60, 2019.
- [6] Aspari AR, Lakshman, Effects of pre-operative psychological status on post – operative recovery. A prospective study. World J Surg. 42 (1): 12 – 18 (PubMed), 2018.
- [7] Maria J, Karuna D, Factors influencing day surgery patient’s quality of post operative recovery and satisfaction with recovery: a narrative review. Perioper Med (Lond). 2019; 8:3. Published 2019 May 22, 2019.



THE STATUS OF QUALITY OF LIFE FOR CERVICAL CANCER PATIENTS RECEIVING RADIATION THERAPY AT TAN TRIEU K HOSPITAL

Pham Thanh Hung^{1,*}, Bui Thi Thanh Hai¹, Nguyen Ba Tam², Phan Thu Nga³,
Nguyen Ha My³

¹Vietnam National Cancer Hospital - 30 Cau Buou, Tan Trieu commune, Thanh Tri District, Hanoi, Vietnam

²Phenikaa University - Yen Nghia, Ha Dong, Hanoi, Vietnam

³Thai Binh University of Medicine and Pharmacy - 373 Ly Bon, Thai Binh city, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 20/03/2023; Accepted 18/04/2023

ABSTRACT

Background: In addition to improving treatment efficiency, an important goal in the treatment of cervical cancer is to ensure the quality of life for patients during and after treatment. For developing countries, especially Vietnam, the goal of sure quality of life for patients is still not really interested. In Vietnam, there have not been many studies evaluating the quality of life of cancer patients, especially cervical cancer patients, so we conducted the study with the following **objectives:** Describe the nature of life. survival of cervical cancer patients receiving radiation therapy at Tan Trieu K Hospital, 2023. **Results and conclusions:** In a study of 160 people with cervical cancer, the percentage of patients in the age group 40–59 accounted for the majority (55, 0%). The functional mean CLCS score was less than 80/100 points (75.21 ± 16.51 points) and for the symptom domain, the mean score was above 20/100 points (31.70 ± 16.95 points). The percentage of people with diseases that affect CLCS the most is sleep problems (80% of people with the disease) and the least cognitive ability (26.9% of people with the disease).

Keywords: Quality of life; EORTC-30; cervical cancer.

*Corresponding author

Email address: phamhungbvk@gmail.com

Phone number: (+84) 912 565 005

THỰC TRẠNG CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ CỔ TỬ CUNG ĐƯỢC XẠ TRỊ TẠI BỆNH VIỆN K CƠ SỞ TÂN TRIỀU

Phạm Thanh Hùng^{1,*}, Bùi Thị Thanh Hải¹, Nguyễn Bá Tâm², Phan Thu Nga³, Nguyễn Hà My³

¹Bệnh viện K - 30 Đường Cầu Bươu, Xã Tân Triều, Huyện Thanh Trì, Thành phố Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Phenikaa - Yên Nghĩa, Hà Đông, Hà Nội, Việt Nam

³Trường Đại học Y Dược Thái Bình - 373 Lý Bôn, TP. Thái Bình, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 20 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 18 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mục tiêu quan trọng trong việc điều trị ung thư cổ tử cung, bên cạnh nâng cao hiệu quả điều trị còn phải đảm bảo chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân trong và sau quá trình điều trị. Đối với các nước đang phát triển, đặc biệt là Việt Nam, mục tiêu đảm bảo chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân còn chưa được thực sự quan tâm. Tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá chất lượng cuộc sống trên nhóm bệnh nhân ung thư đặc biệt là các bệnh nhân ung thư cổ tử cung, chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với **mục tiêu:** Mô tả thực trạng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư cổ tử cung được xạ trị tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều năm 2023. **Kết quả và kết luận:** Qua nghiên cứu ở 160 người bệnh ung thư CTC, tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm tuổi 40-59 chiếm đa số (55,0%). Điểm trung bình CLCS theo khía cạnh chức năng là dưới 80/100 điểm ($75,21 \pm 16,51$ điểm) và với lĩnh vực triệu chứng, điểm trung bình là trên 20/100 điểm ($31,70 \pm 16,95$ điểm). tỷ lệ người bệnh có ảnh hưởng CLCS nhiều nhất ở vấn đề về giấc ngủ (80% người bệnh) và ít nhất là khả năng nhận thức (26,9% người bệnh).

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống; EORTC-30; ung thư cổ tử cung.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư cổ tử cung là loại ung thư thường gặp trên thế giới, đứng thứ 8 về tỉ lệ mắc và thứ 9 về tỉ lệ tử vong ở cả hai giới theo thống kê của GLOBOCAN 2020. Cũng theo GLOBOCAN 2020, ước tính mỗi năm có thêm 604.127 ca mắc mới ung thư cổ tử cung trên toàn thế giới [1]. Tại Việt Nam, mỗi năm có thêm 4132 trường

hợp mắc mới và 2223 trường hợp tử vong do ung thư cổ tử cung [2].

Theo WHO chất lượng cuộc sống là “nhận thức của một cá nhân về vị trí của họ trong cuộc sống trong bối cảnh của nền văn hóa và hệ thống giá trị mà họ đang sống và trong mối quan hệ với mục tiêu, kỳ vọng, tiêu chuẩn và mối quan tâm của họ” [3]. Tiêu chuẩn của nó bao gồm tài sản, công ăn việc làm, môi trường sống và làm việc,

*Tác giả liên hệ

Email: phamhungbvk@gmail.com

Điện thoại: (+84) 912 565 005



sức khỏe cả về thể chất và tinh thần, môi trường giáo dục, thời gian nghỉ ngơi, thu giã, thu nhập, niềm tin tín ngưỡng, an toàn, và tự do cá nhân [4], [5], [6]. Mục tiêu quan trọng trong việc điều trị ung thư cổ tử cung, bên cạnh nâng cao hiệu quả điều trị còn phải đảm bảo chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân trong và sau quá trình điều trị. Đối với các nước đang phát triển, đặc biệt là Việt Nam, mục tiêu đảm bảo chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân còn chưa được thực sự quan tâm. Một phần do việc khảo sát, lượng hóa các tiêu chuẩn chất lượng cuộc sống gặp nhiều khó khăn. Những năm gần đây, việc áp dụng các bộ câu hỏi đã giúp việc khảo sát chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư được tiến hành rộng rãi hơn.

Tuy vậy, tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá chất lượng cuộc sống trên nhóm bệnh nhân ung thư đặc biệt là các bệnh nhân ung thư cổ tử cung, chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả thực trạng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư cổ tử cung được xạ trị tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều năm 2023*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, thời gian và đối tượng nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Xạ vú-phụ khoa Bệnh viện K cơ sở Tân Triều

- Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư cổ tử cung và được điều trị bằng phương pháp xạ trị tại Khoa Xạ Vú-Phụ Khoa Bệnh viện K cơ sở Tân Triều

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang,

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu

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

n là số lượng tối thiểu đối tượng cần nghiên cứu

p là tỷ lệ người bệnh có chất lượng cuộc sống được đánh giá là tốt, lấy $p=0,5$ (để đạt được cỡ mẫu lớn nhất với cùng tham số)

d là khoảng sai lệch mong muốn, lấy $d=0,08$

Với độ tin cậy 95% thì $\alpha = 0,05 \Rightarrow z(1-\alpha/2) = 1,96$

Sau khi thay vào công thức được $n=150$ người bệnh

- Phương pháp chọn mẫu:

Lập danh sách tất cả người bệnh ung thư cổ tử cung có xạ trị tại Bệnh viện K. Từ danh sách trên chọn bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu và đủ theo cỡ mẫu đã tính.

2.3. Kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu

Bộ C30 được sử dụng chung cho tất cả bệnh nhân ung thư. Bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30 được dùng khảo sát, so sánh và lượng hóa chất lượng cuộc sống người bệnh ung thư.

Bộ câu hỏi EORTC-C30 có 30 câu. Với mỗi câu từ 1 đến 28 bệnh nhân có thể lựa chọn 1 trong 4 đáp án trả lời, được đánh số theo kiểu thang Likert từ 1 đến 4 tùy theo mức độ ảnh hưởng của triệu chứng hoặc khía cạnh đó đến CLCS của BN (1: không ảnh hưởng; 2: ảnh hưởng ít; 3: ảnh hưởng nhiều; 4: ảnh hưởng rất nhiều). Riêng 2 câu hỏi 29, 30, BN có thể lựa chọn 1 trong 7 phương án trả lời. BN khoanh tròn vào con số tương ứng với phương án được lựa chọn. Các câu trả lời này sẽ được quy đổi thành điểm (Theo thang điểm 100) dựa vào công thức trong sách hướng dẫn tính điểm cho các bộ câu hỏi.

2.4. Tiêu chuẩn đánh giá

Đánh giá chất lượng cuộc sống theo bộ công cụ EORTC QLQ - C30

Điểm số bộ công cụ EORTC QLQ - C30 của các vấn đề thay đổi từ 0 đến 100 và có ý nghĩa như sau: Vấn đề chức năng: điểm số càng cao chức năng càng tốt, kết luận vấn đề sức khỏe tốt. Vấn đề về triệu chứng: điểm số càng cao triệu chứng càng nặng, kết luận vấn đề sức khỏe xấu.

Cách tính điểm EORTC QLQ - C30 [7].

Mỗi BN sẽ được tính điểm (theo thang điểm 100) cho từng chỉ số ở thời điểm kết thúc xạ trị theo cách tính điểm được EORTC quy định. Cụ thể: khi BN chọn số nào trong các lựa chọn thì số đó được gọi là I_n với n là số câu hỏi tạo nên chỉ số đang tính điểm. Nếu chỉ số được tạo nên bởi chỉ 1 câu hỏi (ví dụ: chỉ số “mất ngủ”, “ho”, “khó thở”, “cảm giác bị ốm”): $n = 1$; nếu chỉ số được tạo nên bởi 2 câu hỏi (ví dụ: chỉ số “suy giảm tình dục”, “vai trò xã hội”, “hòa nhập xã hội”, “CLCS chung”): $n = 2$.

Điểm thô RawScore (RS) của mỗi chỉ số = $RS = (I1 + I2 + \dots + In)/n$

Sau đó điểm thô RS được quy đổi sang thang điểm 100 để thành điểm S.

Với các chỉ số chức năng: $S = [1 - (RS - 1)/range] \times 100$

Với các chỉ số triệu chứng: $S = [(RS - 1)/range] \times 100$

Chỉ số “CLCS chung”: $S = [(RS - 1)/range] \times 100$

Range được tính bằng hiệu số chênh lệch giữa giá trị tối đa có thể có của RS và giá trị tối thiểu có thể có của RS.

Với các câu hỏi có 4 lựa chọn trả lời (các câu từ 1 đến

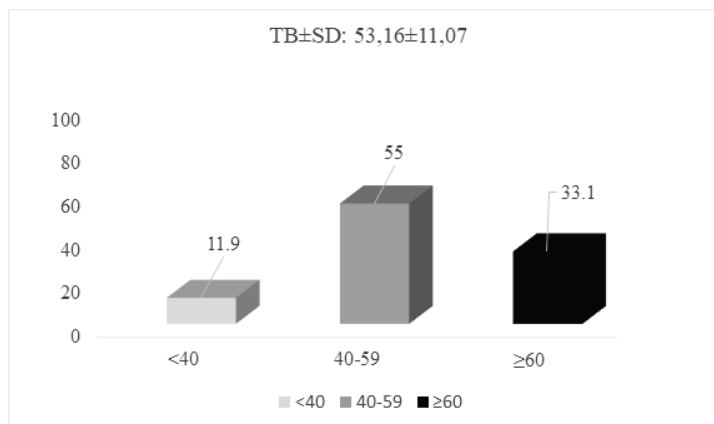
28) thì RS sẽ dao động từ 1 đến 4 vì vậy range = 3. Với các câu hỏi có 2 lựa chọn trả lời thì RS sẽ dao động từ 1 đến 2 vì vậy range = 1. Với các câu hỏi có 7 lựa chọn trả lời (các câu 29 và 30) thì RS sẽ dao động từ 1 đến 7 vì vậy range = 6.

2.5. Xử lý số liệu

- Làm sạch số liệu để hạn chế lỗi sau điều tra và nhập số liệu. Nhập số liệu bằng phần mềm Epi Data 3.1, sau đó số liệu được chuyển sang SPSS 22.0 để phân tích.

3. KẾT QUẢ

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ bệnh nhân theo nhóm tuổi



Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $53,16 \pm 11,07$, trong đó có 11,9% ở độ tuổi dưới 40,

55,0% ở độ tuổi 40-59 và có 33,1% bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên.

Bảng 3.1. Điểm trung bình và trung vị lĩnh vực chức năng chung của người bệnh theo bộ câu hỏi EORTC-C30

	TB±SD	Trung vị (IQR)
Hoạt động thể lực	$81,29 \pm 18,46$	80,00 (66,67-100)
Vai trò xã hội	$75,63 \pm 24,36$	83,33 (66,67-100)
Hoà nhập xã hội	$74,90 \pm 26,43$	83,33 (66,67-100)
Tâm lý - Cảm xúc	$77,03 \pm 22,11$	83,33 (66,67-100)
Khả năng nhận thức	$85,42 \pm 19,13$	100(100-100)
Chất lượng cuộc sống chung	$56,98 \pm 18,90$	58,33 (50,00-66,67)

Về các khía cạnh chức năng của người bệnh theo bộ câu hỏi EORTC-C30, điểm trung bình các hoạt động thể lực và khả năng nhận thức là trên 80 điểm, cụ thể

$81,29 \pm 18,46$ điểm và $85,42 \pm 19,13$, các yếu tố vai trò xã hội, hoà nhập xã hội, ấn đề tâm lý-cảm xúc hay chất lượng cuộc sống chung đều có điểm trung bình dưới 80.

Bảng 3.2. Điểm trung bình và trung vị lĩnh vực triệu chứng của người bệnh theo bộ câu hỏi EORTC-C30 (n=160)

	TB±SD	Trung vị (IQR)
Mệt mỏi	35,69 ± 21,38	33,33 (13,89 – 52,78)
Cảm giác đau	25,63 ± 21,39	16,67 (16,67 - 33,33)
Mất ngủ	44,79 ± 30,84	33,33 (33,33 – 66,67)
Khó thở	15,63 ± 20,79	0 (0,00 – 33,33)
Rối loạn tiêu hoá	27,00 ± 16,43	20,00 (13,33 – 40,00)
Khó khăn tài chính	41,46 ± 35,22	33,33 (0,00 - 66,67)

Về các khía cạnh triệu chứng của người bệnh theo bộ câu hỏi EORTC-C30, chỉ có vấn đề khó thở ít ảnh hưởng đến CLCS của người bệnh với điểm trung bình dưới 20 (15,63 ± 20,79 điểm), các vấn đề còn lại đều ảnh hưởng đến CLCS của người bệnh với điểm trên 20.

Bảng 3.3. Điểm trung bình chất lượng cuộc sống tổng thể bộ câu hỏi EORTC-C30 của người bệnh chia theo giai đoạn bệnh

Lĩnh vực	Giai đoạn 1 (n = 60)	Giai đoạn 2,3 (n = 100)	Chung (n = 160)
	TB±SD	TB±SD	TB±SD
Điểm chức năng	70,06 ± 15,03	78,29 ± 16,65	75,21 ± 16,51
Điểm triệu chứng	36,53 ± 15,54	28,80 ± 17,18	31,70 ± 16,95

Điểm trung bình chất lượng cuộc sống theo khía cạnh chức năng của người bệnh ung thư CTC của người bệnh giai đoạn 1 là 70,06 ± 15,03 điểm, thấp hơn so với người bệnh ở giai đoạn 2,3 là 78,29 ± 16,65 điểm. Về khía cạnh triệu chứng, điểm trung bình CLCS của người bệnh giai đoạn 1 là 36,53 ± 15,54 điểm, so với người bệnh giai đoạn 2, 3 là 28,80 ± 17,18 điểm.

Bảng 3.4. Điểm trung bình chất lượng cuộc sống tổng thể bộ câu hỏi EORTC-C30 của người bệnh chia theo nhóm tuổi

Lĩnh vực	< 60 (n = 107)	≥ 60 (n = 53)	Chung (n = 160)
	TB±SD	TB±SD	TB±SD
Điểm chức năng	75,42 ± 17,55	74,78 ± 14,31	75,21 ± 16,51
Điểm triệu chứng	30,02 ± 17,61	35,10 ± 15,15	31,70 ± 16,95

Điểm trung bình chất lượng cuộc sống theo khía cạnh chức năng của người bệnh ung thư CTC là 75,21 ± 16,51 điểm, có sự chênh lệch không quá lớn giữa độ tuổi dưới 60 và từ 60 trở lên. Về khía cạnh triệu chứng, điểm trung bình CLCS là 31,70 ± 16,95 điểm, trong đó ở nhóm tuổi dưới 60 là 30,02 ± 17,61 điểm và ở nhóm tuổi từ 60 trở lên là 35,10 ± 15,15 điểm.

Bảng 3.5. Các mức độ ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống người bệnh theo từng lĩnh vực của bộ câu hỏi EORTC-C30

Lĩnh vực	Mức độ	Không ảnh hưởng		Có ảnh hưởng	
		SL	%	SL	%
Hoạt động thể lực		102	63,8	58	36,3
Vai trò xã hội		83	51,9	77	48,1
Hoà nhập xã hội		86	53,8	74	46,3
Tâm lý - Cảm xúc		82	51,3	78	48,8
Khả năng nhận thức		117	73,1	43	26,9
Mệt mỏi		40	25,0	120	75,0
Cảm giác đau		86	53,8	74	46,3
Mất ngủ		32	20,0	128	80,0
Khó thở		96	60,0	64	40,0
Rối loạn tiêu hoá		41	25,6	119	74,4
Khó khăn tài chính		49	30,6	111	69,4

Xét theo từng lĩnh vực trong bộ câu hỏi EORTC-C30, tỷ lệ người bệnh có ảnh hưởng CLCS nhiều nhất ở vấn đề về giấc ngủ (80% người bệnh), tiếp đến là mệt mỏi (75,0%), rối loạn tiêu hóa cũng là vấn đề có ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống của không ít người bệnh (74,5%), về các lĩnh vực của bộ câu hỏi, khả năng nhận thức là vấn đề có tỷ lệ bị ảnh hưởng ít nhất (26,9%).

4. BÀN LUẬN

Ngày càng có nhiều phụ nữ bị ung thư cổ tử cung sống lâu hơn sau khi điều trị ung thư và gặp phải các tác dụng phụ muộn của điều trị ung thư. Họ thường gặp các triệu chứng có thể ảnh hưởng xấu đến chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe. Chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe bao gồm các lĩnh vực của cuộc sống bị ảnh hưởng trực tiếp bởi sự hiện diện của bệnh tật hoặc các phương pháp điều trị [8]. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $53,16 \pm 11,07$, trong đó có 11,9% ở độ tuổi dưới 40, 55,0% ở độ tuổi 40-59 và có 33,1% bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên (biểu đồ 3.1).

Trong nghiên cứu của chúng tôi Điểm trung bình chất lượng cuộc sống theo khía cạnh chức năng của người bệnh ung thư CTC của người bệnh giai đoạn 1 là $70,06 \pm 15,03$ điểm, thấp hơn so với người bệnh ở giai đoạn

2,3 là $78,29 \pm 16,65$ điểm. Về khía cạnh triệu chứng, điểm trung bình CLCS của người bệnh giai đoạn 1 là $36,53 \pm 15,54$ điểm, so với người bệnh giai đoạn 2, 3 là $28,80 \pm 17,18$ điểm (bảng 3.4). Kết quả này cao hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Xuân Thành thực hiện trên bệnh nhân nữ ung thư sinh dục dưới điểm CLCS sức khỏe tổng quát của bệnh nhân ung thư trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là 60,8 điểm, trong đó lĩnh vực chức năng có số điểm tương đối cao, cao nhất là chức năng hoạt động thể lực 88,1 điểm và thấp nhất là chức năng xã hội 64,3 điểm [9].

Về các khía cạnh triệu chứng của người bệnh theo bộ câu hỏi EORTC-C30, chỉ có vấn đề khó thở ít ảnh hưởng đến CLCS của người bệnh với điểm trung bình dưới 20 ($15,63 \pm 20,79$ điểm), các vấn đề còn lại đều ảnh hưởng đến CLCS của người bệnh với điểm trên 20 (bảng 3.2). Đau là một triệu chứng phổ biến sau khi điều trị có thể ảnh hưởng đến hoạt động thể chất hoặc tinh thần của họ [10]. Suy giảm chức năng thể chất có thể nghiêm trọng như bệnh nhân phải nằm liệt giường hoặc cần trợ giúp trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày [8]. Trong khi một số người sống sót có thể biểu hiện suy giảm khả năng thực hiện công việc gia đình hoặc công việc, thì những người khác có thể biểu hiện sự thiếu hụt trong các yếu tố khác nhau (căng thẳng, lo lắng, đau kinh và trầm cảm) của chức năng cảm xúc [11]. Bệnh lý thần kinh ngoại vi thường gặp ở những

người sống sót được hóa trị liệu đồng thời [12]. Những người khác đã kể lại trải nghiệm của họ với các triệu chứng mãn kinh tiến triển trong những năm sau điều trị [13], [14]. Không có gì lạ khi những phụ nữ này cũng cho biết họ gặp khó khăn về nhận thức trong việc nhớ lại trí nhớ hoặc không có khả năng tập trung vào các công việc hàng ngày. Trong số những người sống sót trẻ tuổi, mất cơ quan sinh sản và sẹo bên ngoài cơ quan sinh dục do phẫu thuật triệt đẻ và xạ trị, tương ứng, đã được báo cáo tác động tiêu cực đến bản sắc tâm sinh lý của những người sống sót [15]. Theo truyền thống, không có khả năng sinh sản, mặc dù thường bị bỏ qua, là một nguyên nhân gây căng thẳng hoặc khó chịu đáng kể cho phụ nữ trẻ sống chung với hoặc sống sót sau ung thư [16]. Những phụ nữ sống sót sau ung thư cổ tử cung sau xạ trị cho biết họ gặp nhiều vấn đề về tình dục hơn trong mối quan hệ của họ [17].

Xét theo từng lĩnh vực trong bộ câu hỏi EORTC-C30, tỷ lệ người bệnh có ảnh hưởng CLCS nhiều nhất ở vấn đề về giấc ngủ (80% người bệnh), tiếp đến là mệt mỏi (75,0%), rối loạn tiêu hóa cũng là vấn đề có ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống của không ít người bệnh (74,5%), về các lĩnh vực của bộ câu hỏi, khả năng nhận thức là vấn đề có tỷ lệ bị ảnh hưởng ít nhất (26,9%) (bảng 3.5). Mệt mỏi và đau đớn ảnh hưởng nhiều nhất đến chất lượng của bệnh nhân ung thư. Tình trạng mệt mỏi của bệnh nhân có thể được gây nên bởi nhiều nguyên nhân như yếu tố. Một vài loại ung thư sinh ra các protein tên là cytokines và chất trung gian dẫn truyền do tế bào ung thư tạo ra gây ra nhưng rối loạn trao đổi chất trong cơ thể, dẫn đến mất năng lượng, yếu cơ, phá hủy nội tạng và thay đổi hoocmon của cơ thể. Một ảnh hưởng quan trọng khác gây nên sự mệt mỏi cho bệnh nhân là quá trình điều trị bằng hóa trị liệu, hoặc xạ trị cùng với tác dụng phụ của các thuốc đặc trị ung thư. Những đau đớn, khó chịu gây suy kiệt thể chất khiến cho bệnh nhân cảm nhận rõ rệt ảnh hưởng của bệnh đối với bản thân. Cần có những giải pháp giúp đỡ bệnh nhân này.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu ở 160 người bệnh ung thư CTC, tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm tuổi 40-59 chiếm đa số (55,0%). Điểm trung bình CLCS theo khía cạnh chức năng là dưới 80/100 điểm (75,21 ± 16,51 điểm) và với lĩnh vực triệu chứng, điểm trung bình là trên 20/100 điểm (31,70 ± 16,95 điểm). tỷ lệ người bệnh có ảnh hưởng CLCS

nhiều nhất ở vấn đề về giấc ngủ (80% người bệnh) và ít nhất là khả năng nhận thức (26,9% người bệnh).

6. KHUYẾN NGHỊ

Các cơ sở y tế nên có mô hình can thiệp tâm lý hoặc có thể đào tạo nhân viên y tế các nội dung về tổ chức, thực hiện, hướng dẫn can thiệp tâm lý theo nhóm thay vì chuyên gia tâm lý học can thiệp

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] WHO, World - Source: Globocan 2020 International Agency for Research on Cancer, 2020.
- [2] WHO, Viet Nam - Source: Globocan 2020 International Agency for Research on Cancer, 2020.
- [3] WHO, WHOQOL User Manual PROGRAMME ON MENTAL HEALTH, 2012.
- [4] Gregory Derek, Johnston Ron, Pratt Geraldine, Michael Watts ,et al (2009). Quality of Life. Dictionary of Human Geography (5th ed.), Oxford: Wiley-Blackwell.
- [5] Martha Nussbaum, Amartya Sen, The Quality of Life, Oxford: Clarendon Press, 1993.
- [6] Barbara Barcaccia et al, Quality Of Life: Everyone Wants It, But What Is It?, truy cập ngày, tại trang web <https://www.forbes.com/sites/iese/2013/09/04/quality-of-life-everyone-wants-it-but-what-is-it/#405f6fdb2c7d>, 2013.
- [7] Saiga M, Taira N, Kimata Y et al., Development of a Japanese version of the BREAST-Q and the traditional psychometric test of the mastectomy module for the assessment of HRQOL and patient satisfaction following breast surgery. 24 (2), p. 288, 2016.
- [8] D. F. Cella, Quality of life: concepts and definition. J Pain Symptom Manage, 9(3), 186-192, 1994.
- [9] Nguyễn Xuân Thành, Thực trạng chất lượng cuộc sống, một số yếu tố liên quan của bệnh nhân nữ ung thư sinh dục và hiệu quả một số giải pháp can thiệp tại Bệnh viện K trung ương, Luận án

- tiền sỹ y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, Hải Phòng, 2022.
- [10] M. R. Brown, J. D. Ramirez, P. Farquhar-Smith, Pain in cancer survivors. *Br J Pain*, 8(4), 139-153, 2014.
- [11] M. Klee, I. Thranov, D. Machin, Life after radiotherapy: the psychological and social effects experienced by women treated for advanced stages of cervical cancer. *Gynecol Oncol*, 76(1), 5-13, 2000.
- [12] F. Landoni, A. Manco, A. Colombo, Randomised study of radical surgery versus radiotherapy for stage Ib-IIa cervical cancer. *Lancet*, 350(9077), 535-540, 1997.
- [13] N. Hossain, Q. M. Akter, F. Banu et al., Quality of life of cervical cancer patients after completion of treatment - A study among Bangladeshi women. *Bangladesh Med Res Counc Bull*, 41(3), 131-137, 2015.
- [14] N. Thapa, M. Maharjan, Y. Xiong et al., Impact of cervical cancer on quality of life of women in Hubei, China. *Sci Rep*, 8(1), 11993, 2018.
- [15] K. S. Pfaendler, L. Wenzel, M. B. Mechanic et al., Cervical cancer survivorship: long-term quality of life and social support. *Clin Ther*, 37(1), 39-48, 2015.
- [16] Prashant RK, Rameshwaram S, Aseemrai B et al., Sexual functioning & quality of life in cervical cancer survivors after surgery and radiotherapy. *National Journal of Medical Research*, 4(02), 116-118, 2014.
- [17] I. Vistad, S. D. Fosså, A. A. Dahl, A critical review of patient-rated quality of life studies of long-term survivors of cervical cancer. *Gynecol Oncol*, 102(3), 563-572, 2006.



QUALITY OF LIFE OF NASOPHARYNGEAL CANCER PATIENT AFTER RADIATION AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Nguyen Thi Hai Yen*, Do Anh Tu

Vietnam National Cancer Hospital - 30 Cau Buou, Tan Trieu commune, Thanh Tri District, Hanoi, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 23/03/2023; Accepted 15/04/2023

ABSTRACT

Radiation therapy can bring many side effects that affect the quality of life of people with nasopharyngeal cancer patients. **Objective:** Describe the quality of life of nasopharyngeal cancer patients after radiation therapy at K Hospital in 2022-2023. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 301 nasopharyngeal cancer patients after radiation therapy, data collection by self-completed questionnaires to assess quality of life EORT QLQ-C30 and QLQ-H&N43. **Results:** The average score of quality of life on general health reached 54, the best role function with 80.2 points. The symptom that has the greatest impact on health according to the QLQ-C30 rating scale is appetite with 73.6 points and according to the QLQ-H&N43 rating scale is anxiety with 58.3 points.

Keywords: Nasopharyngeal cancer, quality of life, QLQ-C30, QLQ-H&N35, QLQ-H&N43.

*Corresponding author
Email address: nguyenthihaiyenbvk@gmail.com
Phone number: (+84) 979 236 335

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG SAU XẠ TRỊ TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Thị Hải Yến*, Đỗ Anh Tú

Bệnh viện K - 30 Đường Cầu Bươu, Xã Tân Triều, Huyện Thanh Trì, Thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 23 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 15 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Xạ trị có thể đem đến nhiều tác dụng phụ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư vòm mũi họng. **Mục tiêu:** Mô tả chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư vòm mũi họng sau xạ trị tại Bệnh viện K năm 2022-2023. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 301 bệnh nhân ung thư vòm mũi họng sau xạ trị, thu thập số liệu theo bộ câu hỏi tự điền đánh giá chất lượng cuộc sống EORT QLQ-C30 và QLQ-H&N43. **Kết quả:** Điểm trung bình chất lượng cuộc sống về sức khỏe chung đạt 54, chức năng vai trò tốt nhất với 80,2 điểm. Triệu chứng có ảnh hưởng lớn nhất đến sức khỏe theo thang đánh giá QLQ-C30 là ngon miệng với 73,6 điểm và theo thang đánh giá QLQ-H&N43 là lo âu với 58,3 điểm.

Từ khóa: Ung thư vòm mũi họng, chất lượng cuộc sống QLQ-C30, QLQ-H&N35, QLQ-H&N43.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm mũi họng (UTVMH) là loại ung thư đứng hàng đầu trong nhóm bệnh ung thư đầu cổ. Theo Globocan, ước tính trên toàn cầu năm 2020 có tổng số 133,354 ca mới mắc UTVMH (chiếm 0,7% tổng số ca ung thư mới mắc) và 80,008 ca tử vong do ung thư vòm họng (0,8% tổng số ca chết do ung thư) [1].

UTVMH nhạy cảm với cả xạ trị và hóa trị, trong đó xạ trị được coi là phương pháp chính và chủ yếu hiện nay. Mặc dù xạ trị là phương pháp điều trị có hiệu quả trong UTVMH nhưng do đây là cơ quan có vị trí đặc biệt, liên quan trực tiếp đến việc ăn uống, nói, thở của con người và là cơ quan dễ bị ảnh hưởng bởi các yếu tố phóng xạ nên xạ trị trong ung thư vòm họng có thể

đem đến nhiều tác dụng phụ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh. Nghiên cứu tổng quan trên 1366 bệnh nhân UTVMH tại 12 quốc gia trên thế giới năm 2017 cho thấy những ảnh hưởng rõ rệt của các phương pháp điều trị đến CLCS của người bệnh, những suy giảm quan trọng về mặt lâm sàng tập trung rõ rệt nhất là gây ra chứng khô miệng, chứng khó nhai và khó nuốt [2].

Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về CLCS của người bệnh UTVMH nhưng hầu hết là các nghiên cứu có cỡ mẫu nhỏ đánh giá trên một nhóm bệnh nhân ở một giai đoạn cụ thể mà chưa có nghiên cứu nào đánh giá tổng thể về CLCS sau khi điều trị xạ trị của người bệnh UTVMH ở tất cả giai đoạn.

Bệnh viện K là cơ sở tuyến trung ương điều trị về

*Tác giả liên hệ

Email: nguyenthihaiyenbv@gmail.com

Điện thoại: (+84) 979 236 335



UTVMH với số lượng bệnh nhân có chỉ định điều trị xạ trị rất lớn. Đánh giá được thực trạng về CLCS của người bệnh UTVMH sau khi xạ trị sẽ giúp cho bác sỹ, đặc biệt là các điều dưỡng có kế hoạch chăm sóc người bệnh tốt hơn và phù hợp với từng đặc điểm của người bệnh. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu “**Mô tả chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư vòm mũi họng sau xạ trị tại Bệnh viện K năm 2022-2023**”

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Thời gian và địa điểm

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 8/2022 – tháng 3/2023
- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Xạ Đầu Cổ - Bệnh viện K

2.2. Đối tượng nghiên cứu

❖ Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán là UTVMH, ở các giai đoạn khác nhau.
- Có chỉ định lần đầu điều trị xạ trị tại đơn thuần hoặc hóa xạ trị đồng thời.
- Hoàn thành đủ liều xạ trị theo kế hoạch.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu và có khả năng tự trả lời được các câu hỏi.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ

- Mắc các bệnh cấp và mạn tính trầm trọng có nguy cơ tử vong trong thời gian gần.
- Mắc 2 loại ung thư hoặc UTVMH tái phát.
- Có tâm lý không ổn định.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.4. Chọn mẫu và cỡ mẫu

phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả người bệnh đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Kết quả có 301 người bệnh được lựa chọn vào nghiên cứu.

2.5. Công cụ và kỹ thuật thu thập số liệu

- Công cụ nghiên cứu: Bộ câu hỏi gồm 2 phần: Các thông tin chung về nhân khẩu học và tình trạng bệnh;

Thang đo đánh giá CLCS dành cho người bệnh ung thư chung là EORTC QLQ-C30 và thang đo dành riêng cho ung thư đầu cổ QLQ-H&N43 (phiên bản cập nhật nhất).

- Kỹ thuật thu thập số liệu: Hướng dẫn người bệnh tự trả lời bộ câu hỏi.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập vào Epidata 3.1, xử lý và phân tích bằng phần mềm Stata 14.0.

Mô tả điểm chất lượng cuộc sống bằng trung bình, độ lệch chuẩn (nếu phân bố chuẩn), hoặc trung vị và tứ phân vị (nếu phân bố không chuẩn).

Cách tính điểm về CLCS

- Tính điểm nguyên (RawScore) cho từng nhóm CLCS là trung bình các mục trong nó: **Điểm nguyên (RawScore) = RS = (I1 + I2 + ... + In) / n**

- Các điểm về chức năng tính theo công thức:

$$\text{Điểm} = \left[1 - \frac{\text{RS}-1}{\text{mức chênh giữa lớn nhất và nhỏ nhất}} \right] \times 100$$

Các điểm về triệu chứng và tình trạng sức khỏe chung tính theo công thức:

$$\text{Điểm} = \frac{\text{RS}-1}{\text{mức chênh giữa lớn nhất và nhỏ nhất}} \times 100$$

Tổng điểm tất cả các các câu trả lời sẽ có giá trị từ 0 đến 100 điểm. Điểm chức năng và tình trạng sức khỏe chung càng cao thì thể hiện mức hoạt động cao/khỏe, khi điểm dưới ngưỡng 80/100 bắt đầu được coi là có ảnh hưởng đến CLCS. Điểm số cao về mục triệu chứng thể hiện mức độ càng trầm trọng, khi điểm trên ngưỡng 20/100 bắt đầu được coi là có ảnh hưởng đến CLCS.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Các thông tin thu thập chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu nhằm nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc cho người bệnh.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N=301)

Thông tin chung		Tần số n	Tỷ lệ %
Giới	Nam	200	66,5
	Nữ	101	33,5
Nhóm tuổi	≤ 40	61	20,3
	40 - 50	81	26,9
	51-60	85	28,2
	≥ 61	74	24,6
	Trung bình ± SD (Min – Max)	51,2 ± 13,8 (7 – 87)	
Người chăm sóc chính	Chồng/vợ	155	51,5
	Con cái	79	26,2
	Tự chăm sóc	39	13,0
	Bố/mẹ, Anh/chị/em	28	9,3
	Tự chăm sóc	39	13,0
Phương pháp điều trị	Xạ trị đơn thuần	77	25,6
	Hóa xạ đồng thời	224	74,4
Nhóm BMI	< 18,5	34	11,3
	18,5 – 24,9	233	77,4
	> 25	34	11,3
Bệnh mắc kèm	Không	194	64,4
	Tim mạch	47	15,6
	Nội tiết	21	7,0
	Tiêu hóa	21	7,0
	Khác (hô hấp, tiết niệu, CXK...)	18	5,0

Nam giới chiếm 2/3 trong tổng số 301 bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Khoảng 3/4 người bệnh UTMH điều trị hóa xạ đồng thời chiếm 74,4%. Bệnh nhân suy dinh dưỡng và thừa cân có tỷ lệ bằng nhau cùng chiếm 11,3%.



Bảng 2. Điểm CLCS về các nhóm chức năng theo thang đo EORTC QLQ-C30

Chất lượng cuộc sống	Trung bình	SD	Min - Max	95%CI
Chức năng vai trò	54,0	18,1	0 - 100	51,9 - 56,0
Chức năng nhận thức	62,9	15,2	20 - 100	61,2 - 64,6
Chức năng thể chất	80,2	25,6	0 - 100	77,3 - 83,0
Chức năng xã hội	53,4	19,9	0 - 100	51,1 - 55,7
Sức khỏe chung	75,7	17,4	0 - 100	73,7 - 77,7
Chức năng cảm xúc	56,7	21,5	0 - 100	54,3 - 59,2

CLCS về chức năng vai trò của người bệnh đạt tình trạng tốt nhất, tức là người bệnh ít bị hạn chế làm các công việc hàng ngày và các công việc yêu thích.

Bảng 3. Điểm CLCS đánh giá các triệu chứng theo thang đo EORTC QLQ-C30

CLCS	Trung bình	SD	Min - Max	95%CI
Mệt mỏi	59,5	16,9	0 - 100	57,6 - 61,4
Buồn nôn và nôn	18,6	22,7	0 - 100	16,0 - 21,0
Đau	39,8	20,2	0 - 100	37,5 - 42,0
Khó thở	35,2	27,9	0 - 66,7	32,1 - 38,4
Mất ngủ	51,7	24,4	0 - 100	49,0 - 54,5
Mất ngon miệng	73,6	25,1	0 - 100	70,8 - 76,5
Táo bón	16,9	25,5	0 - 100	14,1 - 19,8
Tiêu chảy	9,7	17,7	0 - 66,7	7,7 - 11,7
Vấn đề tài chính	65,6	23,1	0 - 100	62,9 - 68,2

Mất ngon miệng là triệu chứng có ảnh hưởng đến sức khỏe nhất với điểm trung bình là 73,6 điểm.

Bảng 4: Điểm CLCS theo thang đo QLQ-H&N43

CLCS	Trung bình	SD	Min - Max	95%CI
Lo âu	58,3	24,6	0 - 100	55,5 - 61,1
Khô miệng, nước bọt dính	57,8	20,6	0 - 100	55,4 - 60,1
Rối loạn nuốt	57,2	21,9	0 - 100	54,7 - 59,7
Triệu chứng ho	55,4	27,0	0 - 100	52,3 - 58,4
Giảm khứu giác, vị giác	52,5	22,3	0 - 100	50,0 - 55,0
Cảm giác đau vùng miệng, họng	50,9	17,5	0 - 100	48,9 - 52,8
Giảm cân	50,2	26,2	0 - 100	47,2 - 53,1

CLCS	Trung bình	SD	Min - Max	95%CI
Vấn đề về da	44,9	18,0	0 - 100	42,8 – 46,9
Mở miệng	44,5	26,6	0 - 100	41,5 – 47,5
Vết thương đang lành lại	41,3	25,7	0 - 100	38,4 – 44,2
Khả năng ăn uống	40,3	19,4	0 - 100	38,1 – 42,5
Khả năng giao tiếp hòa nhập xã hội	37,7	24,0	0 - 100	34,9 – 40,4
Ngoại hình	36,2	20,9	0 - 100	33,8 – 38,5
Rối loạn giọng nói	34,2	16,5	0 - 100	32,3 – 36,1
Vấn đề về răng	33,8	17,8	0 – 88,9	31,8 – 35,8
Sưng đau cổ	32,8	21,9	0 - 100	30,3 – 35,3
Suy giảm tình dục	26,2	31,5	0 - 100	22,6 – 29,8
Các vấn đề thần kinh	18,7	19,1	0 – 66,7	16,6 – 20,9
Vấn đề vai gáy	18,6	20,3	0 – 83,3	16,3 – 20,9

Nhóm triệu chứng có ảnh hưởng nhiều nhất tới sức khỏe và CLCS là lo âu (58,3 điểm), khô miệng, nước bọt dính (57,8 điểm) và rối loạn ruột (57,2 điểm).

4. BÀN LUẬN

❖ Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Sự phân bố về giới tính trong nghiên cứu này khá tương đồng với một số nghiên cứu trên bệnh nhân UTMVH gồm nghiên cứu của Trần Thị Kim Phụng (2018), Phạm Lâm Sơn (2022) và Hoàng Đào Chinh với tỷ lệ nam giới từ 61,8 – 68,4% [3], [4], [5]. Các kết quả này cho thấy UTMVH có liên quan đến giới tính, nam giới thường có tỷ lệ mắc cao hơn và điều này là phù hợp với một số yếu tố nguy cơ là thói quen hút thuốc lá và uống rượu ở nam giới.

Nghiên cứu ghi nhận có 74,4% người bệnh điều trị bằng phương pháp hóa xạ đồng thời, thấp hơn không nhiều so với nghiên cứu của Loeong năm 2020 ở Malaysia là 79,7% [6]. Xạ trị phạm vi rộng ở vùng đầu cổ, thường kéo dài từ nền sọ đến vùng trên đòn, ảnh hưởng rất lớn đến chức năng các cơ quan quan trọng của khu vực này kết hợp với bổ sung hóa trị gây tăng đáng kể tỷ lệ các độc tính, làm giảm CLCS của bệnh nhân sau điều trị. Vì vậy, bên cạnh việc cải thiện sống thêm thì công tác chăm sóc điều dưỡng cho người bệnh cũng là một vấn đề quan trọng và rất đáng quan tâm.

Nhóm bệnh nhân có tình trạng suy dinh dưỡng và nhóm thừa cân có tỷ lệ bằng nhau cùng chiếm 11,3%. Vấn đề dinh dưỡng sẽ ảnh hưởng đến tâm lý cũng như hoạt động thể lực của người bệnh, từ đó sẽ ảnh hưởng đến CLCS của người bệnh. Vì vậy, đối với những bệnh nhân suy dinh dưỡng hoặc thừa cân thì cần phối hợp với chuyên gia dinh dưỡng để tư vấn chế độ ăn phù hợp, người điều dưỡng chăm sóc cần quan tâm nhiều hơn những bệnh nhân này.

❖ Chất lượng cuộc sống về sức khỏe chung

Kết quả nghiên cứu có điểm trung bình là 54,0 điểm, thấp hơn một số nghiên cứu trong nước [3], [7], [8]. Tuy kết quả của nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhưng vẫn ở mức độ trung bình và chấp nhận được. Mặt khác, sự khác nhau giữa kết quả các nghiên cứu là do đối tượng chưa thực sự đồng nhất và cỡ mẫu nghiên cứu khác nhau.

❖ Chất lượng cuộc sống theo các nhóm chức năng

CLCS về chức năng vai trò của người bệnh đạt tình trạng tốt nhất trong các nhóm chức năng với 80,2 điểm, tức là người bệnh ít bị hạn chế làm các công việc hàng ngày và các công việc yêu thích. Trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe và đánh giá CLCS thì chức năng vai trò là một phần đánh giá quan trọng đánh giá tập trung vào sự ảnh hưởng bởi tình trạng sức khỏe và điều trị.

Điểm trung bình chức năng thể chất của bệnh nhân UTMVH của chúng tôi là 62,9 điểm thấp hơn khá nhiều



so với kết quả của một số tác giả trong nước như Trần Hùng là 83,7 điểm, Trần Thị Kim Phượng là 80,5 điểm, Trần Bảo Ngọc là 71 điểm [7], [3], [8]. Điều này cho thấy những bệnh nhân trong nghiên cứu cần được quan tâm, hướng dẫn nhiều hơn về việc tập thể dục nhằm nâng cao thể lực.

Điểm trung bình chức năng cảm xúc theo thang đo QLQ-C30 là 53,4 điểm và theo thang đo QLQ-H&N43 là 58,3 điểm đạt mức độ CLCS trung bình. Kết quả này đều thấp hơn khá nhiều so với một số nghiên cứu sử dụng các bảng câu hỏi trên ở Việt Nam và trên thế giới. Điều này cho thấy vai trò của cảm xúc rất quan trọng đối với người bệnh UTVMH trong nghiên cứu của chúng tôi và họ hiện đang bị cảm xúc làm ảnh hưởng khá nhiều tới công việc và hoạt động hàng ngày. Khi mắc bệnh đặc biệt bệnh nặng như ung thư thì thể chất và tinh thần bị ảnh hưởng nghiêm trọng dẫn tới ảnh hưởng đến nhận thức, điểm trung bình về chức năng nhận thức của người bệnh UTVMH trong nghiên cứu này là 75,7 điểm, thấp hơn so với một số nghiên cứu khác tại Việt Nam và trên thế giới. Do đó, người bệnh UTVMH rất cần được hỗ trợ về mặt tâm lý bằng các biện pháp như tư vấn tâm lý hoặc điều trị tâm lý để người bệnh có thể biết cách tự cân bằng cảm xúc của chính mình, tránh để cảm xúc ảnh hưởng tới công việc cũng như các hoạt động, sinh hoạt hàng ngày.

❖ **Đánh giá các triệu chứng**

Mất ngon miệng là triệu chứng có ảnh hưởng đến sức khỏe nhất, các triệu chứng về họng miệng khác có điểm trung bình khá cao. Có tới 74,4% bệnh nhân trong nghiên cứu điều trị theo phác đồ hóa xạ đồng thời, ngoài bị ảnh hưởng của tia xạ thì việc truyền hóa chất cũng làm tăng các tác dụng phụ của điều trị như mệt mỏi, buồn nôn và nôn. Người bệnh khi gặp phải 1 trong các vấn đề này sẽ dễ dẫn tới mất ngon miệng khi ăn.

Đối với hầu hết những người bị ảnh hưởng, mệt mỏi mạn tính có tác động tiêu cực đến hoạt động hàng ngày và năng lực làm việc có thể dẫn đến giảm đáng kể CLCS. Điểm trung bình về mệt mỏi nghiên cứu này đạt 59,5 điểm và được đánh giá là ảnh hưởng ở mức độ trung bình tới sức khỏe. Tuy nhiên, xác định được nguyên nhân gây ra mệt mỏi cần được đánh giá một cách toàn diện.

Bệnh nhân UTVMH phải đương đầu với áp lực tâm lý xã hội cao, bệnh nhân lo lắng về sự thay đổi hình ảnh bản thân, về kết quả các xét nghiệm và điều trị, khi bị

giảm cân nhanh chóng do điều trị. Ngoài ra, người mắc bệnh UTVMH còn ảnh hưởng tới vấn đề nói, thở, khi khả năng nói bị hạn chế, sự truyền đạt thông tin gặp khó khăn thì người bệnh rất dễ có cảm giác mất tự tin khi giao tiếp với người khác. Vấn đề tâm lý trên bệnh nhân ung thư hiện nay ngày càng quan trọng, đó là lý do trong bộ câu hỏi về CLCS phiên bản cập nhật QLQ-H&N43 đã bổ sung các câu hỏi liên quan đến vấn đề lo âu, khả năng giao tiếp hòa nhập xã hội, ngoại hình so với phiên bản QLQ-H&N35. Trong nghiên cứu này ghi nhận điểm trung bình CLCS trong vấn đề lo âu là cao nhất với 58,3 điểm, hiểu đơn giản thì tình trạng lo âu là triệu chứng trầm trọng nhất trong thang đo này.

5. KẾT LUẬN

- Trung bình CLCS về sức khỏe chung là 54 điểm.
- Trong nhóm chức năng thì chức năng vai trò là tốt nhất với 80,2 điểm.
- Triệu chứng có ảnh hưởng lớn nhất đến sức khỏe theo thang đo QLQ-C30 là ngon miệng với 73,6 điểm và theo thang đo QLQ-H&N43 là lo âu với 58,3 điểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Sung H, Ferlay J, Siegel RL et al., Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*, 71(3), 209–249, 2021.
- [2] Høxbroe MS, Grønhoj C, Høxbroe MJ et al., Quality of life in survivors of oropharyngeal cancer: A systematic review and meta-analysis of 1366 patients. *European Journal of Cancer*, 78, 91–102, 2017.
- [3] Trần Thị Kim Phượng, Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn II điều trị hóa xạ đồng thời tại Bệnh viện K. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 466(tháng 5-số 1), 74–79, 2018.
- [4] Phạm Lâm Sơn, Vũ Hồng Thăng, Bùi Vinh Quang, Một số biến chứng trong hóa xạ trị điều biến liều bệnh ung thư vòm mũi họng giai đoạn IIB-III. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 150(2), 166–173, 2022.

- [5] Hoàng Đào Chinh, Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời sử dụng kỹ thuật điều biến liều và hóa chất hỗ trợ trong ung thư vòm mũi họng giai đoạn III-IVB, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, 2022.
- [6] Leong KY, Azman M, Kong MH, Quality of life outcome among nasopharyngeal carcinoma survivors in Kuala Lumpur. *Annals of Nasopharynx Cancer*, 4(0), 2020.
- [7] Trần Hùng, Ngô Thanh Tùng, Trần Thị Thanh Hương, Khảo sát bước đầu chất lượng cuộc sống của người bệnh sau hơn 5 năm điều trị ung thư vòm mũi họng tại bệnh viện K. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, 2, 223–227, 2019.
- [8] Trần Bảo Ngọc, Bùi Diệu, Nguyễn Tuyết Mai, Chất lượng cuộc sống 71 bệnh nhân ung thư đầu cổ giai đoạn muộn sau hóa trị tuần tự sử dụng bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30 và QLQ-H&N35. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, 1, 142–149, 2012.



THE APPLICATION OF LOW DOSE SCAN COMPUTED TOMOGRAPHY IN CT CHEST FOR ASSESSMENT OF LUNG METASTASIS

Cao Van Chinh^{1,2,*}, Dinh Hoang Viet¹, Bui Van Giang¹,
Nguyen Trung Kien¹, Nguyen Manh Hung¹

¹Vietnam National Cancer Hospital - 30 Cau Buou, Tan Trieu commune, Thanh Tri District, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical College - No. 35 Doan Thi Diem Street, Quoc Tu Giam Ward, Dong Da District, Hanoi, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 20/03/2023; Accepted 17/04/2023

ABSTRACT

Purpose: Evaluation of absorbed dose in patients scan low-dose CT without contrast. Evaluation results of lung metastasis survey by low-dose CT without contrast.

Materials and Methods: A research cross-sectional descriptive on 385 patients with primary cancer needed to be evaluated for lung metastases, and injection phase scan low-dose CT compare with injection phase scan standard dose CT at K Central Hospital from March 2021 to December 2021

Results: The study included 385 patients (193 men, 192 women) scan low-dose CT for injection phase, the routine dose in the injection phase. The average age is 54.94 ± 13.78 years old, the highest is 85 years old and the youngest is 5 years old, the common age is 58 years old. Specifications of LDCT: 120 Kv, $15,45 \pm 4,79$ mAs, pitch 1,375 and detector coverage 40 mm. CTDIvol of LDCT $1,25 \pm 0,47$ mGy reduced 82,83% compared to SDCT ($p < 0,001$). Absorbed dose of LDCT 0.63 ± 0.24 mSv, reduced f 83.85% compared to SDCT ($p < 0.001$). The image quality in the 2 techniques has no difference ($p < 0.01$), the detection rate of nodules + masses and lympho nodes is similar.

Conclusion: Absorbed dose of LDCT reduced 83.85% compared to SDCT. The image quality in the 2 techniques has no difference, the detection rate of nodules + masses, lympho nodes, pleural effusion, irregular thickening of the pleura, atelectasis, alveolar dilation, gastric ganglion, axillary lymph node, fibrosis Lung chemotherapy due to radiotherapy, adrenal nodules...is similar with LDCT and SDCT.

Keyword: Low-dose CT (LDCT), Standard dose CT (SDCT), Pulmonary metastasis.

*Corresponding author

Email address: chinhc88@gmail.com

Phone number: (+84) 962 257 393

ÁP DỤNG CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH LIỀU THẤP TRONG CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH LỒNG NGỰC ĐÁNH GIÁ DI CĂN PHỔI

Cao Văn Chính^{1,2,*}, Đinh Hoàng Việt¹, Bùi Văn Giang¹,
Nguyễn Trung Kiên¹, Nguyễn Mạnh Hùng¹

¹Bệnh viện K - 30 Đường Cầu Bươu, Xã Tân Triều, Huyện Thanh Trì, Thành phố Hà Nội, Việt Nam

²Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội - 35 Đoàn Thị Điểm, Quốc Tử Giám, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 20 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 17 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá liều hấp thụ trên người bệnh và đánh giá kết quả khảo sát di căn phổi bằng chụp CLVT liều thấp không dùng thuốc cản quang

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 385 người bệnh đã có ung thư nguyên phát cần đánh giá di căn phổi, cùng được chụp CLVT trình trước tiêm liều thấp so sánh với trình sau tiêm liều thường quy tại bệnh viện K Trung Ương từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 12 năm 2021

Kết quả: Nghiên cứu gồm 385 người bệnh (193 nam, 192 nữ) được chụp CLVT liều thấp ở thì trước tiêm, liều thường quy ở thì tiêm. Tuổi trung bình là $54,9 \pm 13,8$, cao nhất là 85 tuổi và nhỏ nhất là 5 tuổi, tuổi thường gặp là 58 tuổi. Thông số chụp LDCT: điện áp 120 kV; điện tích bóng trung bình $15,45 \pm 4,79$ mAs; bước chuyển bản 1,375; độ bao phủ đầu thu 40 mm. Suất liều hấp thụ CTDIvol trung bình ở LDCT là $1,25 \pm 0,47$ mGy giảm 82,83% so với SDCT ($p < 0,001$). Liều hấp thụ trung bình ở LDCT là $0,63 \pm 0,24$ mSv giảm 83,85% so với SDCT ($p < 0,001$). Chất lượng hình ảnh nhu mô ở 2 kỹ thuật không có sự khác biệt ($p < 0,01$), tỷ lệ phát hiện nốt+khối và hạch tương đương nhau.

Kết luận: Liều hấp thụ hiệu dụng trung bình với kỹ thuật chụp liều thấp giảm 83,85% liều hấp thụ hiệu dụng trung bình với kỹ thuật chụp liều chuẩn. Tỷ lệ phát hiện nốt, khối u, hạch tràn dịch màng phổi, dày lên không đều của màng phổi, xẹp thùy phổi, giãn phế nang, hạch tâm vị, hạch nách, xơ hóa phổi do xạ trị, nốt thượng thận... là tương đương nhau ở LDCT và SDCT.

Từ khóa: CT liều thấp, LDCT, CT liều chuẩn, SDCT, di căn phổi.

*Tác giả liên hệ

Email: chnhcv88@gmail.com

Điện thoại: (+84) 962 257 393



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo nghiên cứu ở Anh cho thấy khoảng 0.6% các trường hợp ung thư do tích lũy tia xạ là do tia X trong chẩn đoán [1]. Nghiên cứu của Mathews tại Úc năm 2013 cho thấy nguy cơ mắc ung thư của người có chụp CT là 24% so với người không chụp CT, đặc biệt với phụ nữ và người trẻ còn cao hơn [3].

Hạn chế của kỹ thuật CLVT thường quy trong đánh giá di căn phổi trên người bệnh đã và đang điều trị ung thư là người bệnh phải chịu liều hấp thụ lớn, nguy cơ cao dị ứng thuốc, chi phí kinh tế cao, giảm tuổi thọ của bóng X quang trên máy CLVT. Hơn nữa phổi là một vùng giải phẫu mà việc giảm đáng kể liều bức xạ trên CLVT có thể áp dụng được, khí trong phổi hấp thụ tia X rất ít, ngay cả mờ trung thất vẫn có thể thấy được tỷ trọng tự nhiên khi dùng liều thấp. Vì vậy, giảm liều trong CLVT nhưng vẫn đảm bảo chất lượng hình ảnh chẩn đoán là vấn đề đang được quan tâm. Nghiên cứu trên máy GE với thuật toán tái tạo lặp lại (Asir-V) vừa giúp tăng độ phân giải, vừa giảm được nhiều ảnh nên chất lượng hình ảnh vẫn tốt sau khi giảm liều (giảm từ 40-60% liều so với FBP) [4]. Như vậy việc áp dụng kỹ thuật chụp CLVT liều thấp không dùng thuốc cản quang trong đánh giá di căn phổi cho người bệnh mà vẫn đảm bảo chất lượng hình ảnh chẩn đoán là một điều cấp thiết. Do đó chúng tôi lựa chọn đề tài này với 2 mục tiêu:

- (1). Đánh giá liều hấp thụ trên người bệnh chụp CT phổi liều thấp không dùng thuốc cản quang
- (2). Đánh giá kết quả khảo sát di căn phổi bằng CT liều thấp không dùng thuốc cản quang

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Những người bệnh đã có ung thư nguyên phát cần đánh giá di căn phổi, cùng được chỉ định chụp CLVT trên hệ thống máy CLVT thuộc Trung tâm CDHA Bệnh viện K, đã và đang điều trị tại Bệnh viện K Trung ương. Người bệnh tham gia nghiên cứu được thực hiện 2 kỹ thuật: Thử trước tiêm, sử dụng liều thấp; thử tiêm sử dụng liều thường quy.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Phương pháp thực hiện

Sử dụng máy chụp CLVT đa dãy đầu thu GE 128 lát cắt, GE 32 lát cắt tại TT Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện K. Phần mềm xử lý hình ảnh với thuật toán tái tạo lặp lại (Asir-V). Trường khảo sát từ đỉnh phổi đến hết tuyến thượng thận. Yếu tố kỹ thuật ở LDCT và SDCT đều sử dụng hiệu điện thế 120 kV; bước chuyển bàn (Pitch) 1,375; thời gian bóng quay 1 vòng 0,8 giây; độ bao phủ đầu thu 40 mm; cửa sổ nhu mô WL: -700 HU, WW: 1500 HU; cửa sổ trung thất WL: 40 HU, WW: 450 HU. Riêng dòng bóng ở LDCT được cài đặt 20-55 mA tùy chu vi cơ thể người bệnh đảm bảo giới hạn CTDIvol <1,4 mGy theo khuyến cáo của AHRQ [6]; với SDCT dòng bóng được sử dụng chức năng smart mA điều chỉnh dòng theo kích thước và hình dáng lẫn cấu trúc giải phẫu của vùng được chụp trong khoảng 100-300 mA.

Liều tia X mà bệnh hấp thụ: $D=DLP \times Q \times f$ với D là liều hấp thụ hiệu dụng đơn vị mSv, DLP là liều chiếu dài đơn vị mG.cm, Q là trọng số bức xạ (tia X có Q=1), f là trọng số mô (cho cả nam và nữ) của từng vùng khác nhau của cơ thể: Lồng ngực $f = 0,014 \text{ mSV}/(\text{mGy.cm})$ với người trưởng thành, $f=0,013$ với trẻ em 10 tuổi, $f=0,018$ với trẻ 5 tuổi [5].

Yếu tố chất lượng hình ảnh được đánh giá dựa theo tiêu chuẩn của Châu Âu (European guidelines on quality criteria for CT) [6].

Xử lý số liệu

Quản lý và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS, phiên bản 22.0

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nam giới chiếm 50,1%, nữ giới chiếm 49,9%. Tuổi trung bình là $54,9 \pm 13,8$ trong đó tuổi cao nhất là 85 tuổi và nhỏ nhất là 5 tuổi. Tuổi nghiên cứu thường gặp nhất 58 tuổi. Cân nặng trung bình của nhóm nghiên cứu là $54,19 \pm 7,55 \text{ kg}$ trong đó cao nhất là 80kg và nhỏ nhất là 20kg. Cân nặng thường gặp nhất là 50kg.

3.2. Đặc điểm thông số chụp

Với kỹ thuật LDCT chúng tôi cài mặc định bước chuyển bàn 1,375, thời gian bóng quay 1 vòng là 0.8s, dòng bóng trong khoảng 20-55mA (trung bình $28,09 \pm 7,92 \text{ mA}$) tùy thuộc kích thước cơ thể bệnh nhân có thể tăng

lên đối với người mập hoặc giảm đối với người gầy, khi đó mAs trong khoảng 10,18-28,0 và có giá trị trung bình $15,45 \pm 4,79$ mAs đảm bảo suất liều $< 1,4$ mGy theo khuyến cáo của AHRQ [7]. Các thông số này đều thấp hơn các nghiên cứu ngoài nước, như của Mei-Jui Weng và cộng sự (dòng 43 mA) [8], Nisa Muangman và cộng sự (dòng 50 mA) [9], hiệp hội sàng lọc ung thư phổi Nhật Bản (40-60 mAs) [10], D.H. Chang và cộng sự (50 mAs) [11], Chair và cộng sự (20-60 mAs) [12]. Điều này có thể được giải thích do cân nặng và chiều cao của người Việt Nam thấp hơn của người nước ngoài. So với nghiên cứu trong nước như của tác giả Nguyễn Tuấn Dũng nghiên cứu trong khám sàng lọc ung thư thì mAs là $35 \pm 52,5$ cao hơn nghiên cứu của chúng tôi ($15,45 \pm 4,79$ mAs) [13], điều này do chúng tôi nghiên cứu nhóm bệnh nhân đã mắc ung thư nên chu vi cơ thể, cân nặng sẽ thấp hơn nhóm đối tượng nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Dũng. Nghiên cứu chúng tôi lựa chọn độ bao phủ đầu thu với 2 kỹ thuật là 40 mm giúp tốc độ chụp nhanh hơn.

3.3. Đặc điểm chỉ số liều hấp thụ

Trong nghiên cứu này, với kỹ thuật chụp CLVT dùng liều thấp LDCT chúng tôi dùng CTDI_{vol} $1,25 \pm 0,47$ mGy giảm 82,83% so với nhóm dùng kỹ thuật chụp CLVT liều thường quy SDCT. Liều chiếu dài DLP với kỹ thuật chụp CLVT liều thấp là $44,72 \pm 17,29$ mGy.cm giảm 83,96% so với kỹ thuật chụp CLVT liều thường quy SDCT. Liều hiệu dụng trung bình mà bệnh nhân phải hấp thụ với kỹ thuật chụp CLVT liều thấp là $0,63 \pm 0,24$ mSv giảm 83,85% so với liều hấp thụ với kỹ thuật chụp CLVT liều thường quy SDCT. Như vậy các giá trị liều nhiễm xạ trên bệnh nhân khi dùng kỹ thuật chụp CLVT liều thấp đều giảm đáng kể so với kỹ thuật chụp CLVT liều thường quy, điều này do kỹ thuật chụp cắt lớp vi tính liều thấp LDCT chúng tôi sử dụng dòng bóng thấp 20-55 mA, còn kỹ thuật SDCT sử dụng dòng bóng cao 100-300 mA dẫn đến suất liều, liều chiếu dài, liều hiệu dụng tăng lên.

3.4. Đánh giá chất lượng hình ảnh

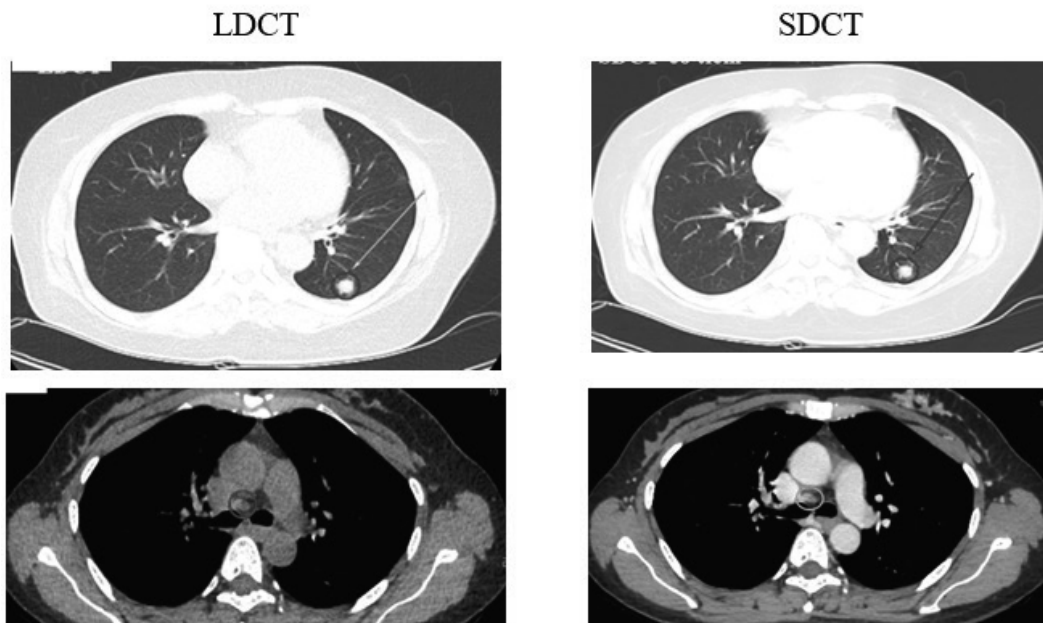
Dựa theo tiêu chuẩn đánh giá chất lượng hình ảnh như

mô phổi của Châu Âu [6], chúng tôi đánh giá chất lượng hình ảnh giữa 2 nhóm trên mặt phẳng Axial thì cho thấy chất lượng hình ảnh nhu mô của 2 kỹ thuật có độ tương đồng trong đánh giá các đặc điểm như thấy các rãnh liên thùy màng phổi ở kỹ thuật LDCT là $4,92 \pm 0,27$ điểm thấp hơn kỹ thuật SDCT là 5 điểm ($p < 0,001$), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ở mức 99,9% ($p < 0,001$). Thấy các mạch máu phổi trong vòng 1 cm từ màng phổi, thấy các thành phế quản trong vòng 3 cm từ thành ngực ở 2 kỹ thuật cùng đạt 5 điểm, thấy tiểu thùy phổi thứ cấp cùng đạt 4 điểm. Thấy ranh giới giữa màng phổi và thành ngực ở 2 kỹ thuật LDCT và SDCT lần lượt $3,92 \pm 2,27$ điểm và $3,94 \pm 2,42$ điểm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ở mức 99,2% ($p = 0,008$). Điều này có thể giải thích dù kỹ thuật LDCT giảm được liều đến 83,85% so với kỹ thuật SDCT nhưng nhờ thuật toán tái tạo lặp Asir-V, phổi lại là cơ quan chứa nhiều khí, mà khí lại hấp thụ tia X rất ít nên hình ảnh nhu mô phổi vẫn thấy rõ và rất rõ như hình ảnh chụp liều chuẩn SDCT. Kết quả này hoàn toàn tương tự như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tuấn Dũng [13], Mei-Jui Weng [8], Nisa Muangman và cộng sự [9].

Kết quả nghiên cứu cho thấy khi mở cửa sổ nhu mô thì cả 2 kỹ thuật đều giúp phát hiện được số lượng, kích thước nốt, khối u và hình ảnh di căn là như nhau trên mỗi bệnh nhân. Tuy nhiên với những hạch gần mạch máu, mờ thì trên hình ảnh liều thấp sẽ khó phân biệt được đường bờ của hạch so với kỹ thuật chụp thường quy có tiêm thuốc cản quang. Điều này được giải thích do tỷ trọng của hạch, cơ và mỡ có sự khác biệt không cao nên khó xác định đường bờ nếu không tiêm cản quang. Cả 2 kỹ thuật đều phát hiện được chính xác số lượng đối tượng có nốt/khối u là 142 và đối tượng không có nốt/khối u là 243, hạch trung thất có 99 bệnh nhân, hạch thượng đòn có 53 bệnh nhân. Điều này được giải thích do phổi là cơ quan chứa nhiều khí, mà tỷ trọng của khí lại có độ khác biệt rất lớn so với các tổ chức khác nên dù liều thấp nhưng vẫn thu được hình ảnh nhu mô có độ tương phản cao. Kết quả này hoàn toàn tương tự như nghiên cứu của Mei-Jui Weng [8], Nisa Muangman và cộng sự [9].



Hình 1. Hình ảnh CLVT liều thấp và liều thường



4. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 385 bệnh nhân mắc ung thư nguyên phát được chụp cắt lớp vi tính đánh giá di căn cho thấy hiệu quả của LDCT và SDCT là tương đương nhau. Lợi thế của LDCT là liều hấp thụ hiệu dụng trung bình ($0,63 \pm 0,24$ mSv) giảm 83,85% liều hấp thụ hiệu dụng trung bình với kỹ thuật chụp liều thường quy ($3,9 \pm 1,14$ mSv) và thấp hơn các nghiên cứu trong ngoài nước, thấp hơn khuyến cáo đưa ra là 1,4 mSv của Cơ quan nghiên cứu và kiểm định sức khỏe AHRQ. Điều này giúp tăng tuổi thọ của bóng hơn so với chụp liều thường quy.

Trên hình ảnh như mô tỷ lệ phát hiện nốt, khối u, hạch là tương đương nhau ở cả 2 kỹ thuật, nhưng có một nhược điểm là hình ảnh liều thấp khó phân biệt được đường bờ của hạch hơn nếu hạch xuất hiện ở khu vực có nhiều mỡ, mạch máu. Nghiên cứu cũng phát hiện được các tổn thương khác trên hình ảnh Axial ở cả 2 kỹ thuật, như tràn dịch màng phổi, dày lên không đều của màng phổi, xẹp thùy phổi, giãn phế nang, hạch tâm vị, hạch nách, xơ hóa phổi do xạ trị, nốt thượng thận...

KHUYẾN NGHỊ

1. Những đối tượng người bệnh đã và đang điều trị ung thư mà cần đánh giá di căn thì nên chỉ định cho người

bệnh chụp 1 trình chụp liều thấp nhằm giảm liều nhiễm xạ cho người bệnh, tăng tuổi thọ cho bóng, giảm nguy cơ tác dụng phụ do thuốc cản quang và giảm chi phí cho người bệnh.

2. Những người bệnh có dị ứng với thuốc cản quang hoặc đánh giá phổi sau điều trị thì nên chụp liều thấp để giảm liều nhiễm xạ cho người bệnh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Improved image quality of low-dose thoracic CT examinations with a new postprocessing software - Martinsen - 2010 - Journal of Applied Clinical Medical Physics - Wiley Online Library, <https://aapm.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1120/jacmp.v11i3.3242>
- [2] Shrimpton PC, Hillier MC, Lewis MA et al., National survey of doses from CT in the UK: 2003. Br J Radiol. 79, 968–980 (2006). <https://doi.org/10.1259/bjr/93277434>
- [3] Mathews JD, Forsythe AV, Brady Z et al., Cancer risk in 680,000 people exposed to computed tomography scans in childhood or adolescence: data linkage study of 11 million Australians. BMJ. 346, f2360 (2013). <https://doi.org/10.1136/bmj.f2360>

- [4] Reduced Radiation Dose with Model-based Iterative Reconstruction versus Standard Dose with Adaptive Statistical Iterative Reconstruction in Abdominal CT for Diagnosis of Acute Renal Colic | Radiology, <https://pubs.rsna.org/doi/abs/10.1148/radiol.2015141287>
- [5] Dendy PP, Heaton B, Physics for Diagnostic Radiology, Third Edition. CRC Press (2011)
- [6] European guidelines on quality criteria for computed tomography - Publications Office of the EU, <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/d229c9e1-a967-49de-b169-59ee68605f1a>
- [7] Program AE, Is Lung Cancer Screening Right for Me? A decision aid for people considering lung cancer screening with low-dose computed tomography. 4
- [8] Weng MJ, Wu MT, Pan HB et al., The feasibility of low-dose CT for pulmonary metastasis in patients with primary gynecologic malignancy. Clin Imaging. 28, 408–414 (2004). [https://doi.org/10.1016/S0899-7071\(03\)00246-8](https://doi.org/10.1016/S0899-7071(03)00246-8)



RESEARCH ON ORAL MUCOSITIS LEVEL AND RECOVERY TIME IN CONCURRENT CHEMORADIO THERAPY FOR PATIENTS WITH HEAD AND NECK CANCER AT 175 MILITARY HOSPITAL

Nguyen Thi Hien*, Pham Thanh Luan, Nguyen Thanh Cong, Ngo Thi Hong Xuan, Nguyen Thi Hoa, Pham Viet Hoat, Nguyen Dinh Dam, Nguyen Dang Huy, Vu Van Bac, Ngo Tuan Phong

Military Hospital 175 - 786 Nguyen Kiem Street, Ward 3, Go Vap District, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 23/03/2023; Accepted 20/04/2023

ABSTRACT

Objectives: To investigate the characteristics of acute oral mucositis in patients with head and neck cancer with definitive concurrent chemoradiotherapy.

Materials and methods: A describing prospective study, head and neck cancers were thoroughly treated with concurrent chemoradiotherapy at 175 Military hospital from 1/2020 to 1/2023.

Results: Our study acquired 114 patients, median age of $58,3 \pm 24,5$; male 78,1%, female 21,9%; inflammation of the oral mucosa occurs in 100% of patients of which: grade 1 is 3,5%, grade 2 is 55,3%, and grade 3 accounts for 41,2%, no grade 4 and death. All patients recovered from inflammation within 21 days of radiation, and patients treated with hyperbaric oxygen had a significantly shorter number of recovery days. All patients completed the treatment regimen.

Conclusion: The level of oral mucosa occurs in the majority of head and neck cancers, however at an acceptable and controllable level.

Key words: Head and neck cancer, concurrent chemoradiotherapy, oral mucositis due to radiation therapy.

*Corresponding author

Email address: hien.ntbacninh@gmail.com

Phone number: (+84) 788 228 175

KHẢO SÁT MỨC ĐỘ VÀ THỜI GIAN HỒI PHỤC VIÊM NIÊM MẠC MIỆNG Ở NGƯỜI BỆNH HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI UNG THƯ ĐẦU CỔ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Nguyễn Thị Hiền*, Phạm Thành Luân, Nguyễn Thành Công, Ngô Thị Hồng Xuân, Nguyễn Thị Hoa, Phạm Viết Hoạt, Nguyễn Đình Đảm, Nguyễn Đăng Huy, Vũ Văn Bắc, Ngô Tuấn Phong

Bệnh viện Quân Y 175 - 786 Nguyễn Kiệm, Phường 3, Quận Gò Vấp, TP Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 23 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 20 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mức độ và thời gian hồi phục sau xạ của độc tính viêm niêm mạc miệng cấp tính ở người bệnh ung thư vùng đầu cổ được hóa xạ trị đồng thời triệt để.

Đối tượng và phương pháp: Tiến cứu, mô tả, các người bệnh ung thư vùng đầu cổ được điều trị triệt để bằng hóa xạ đồng thời tại Bệnh viện Quân y 175 từ 1/2020 đến 1/2023.

Kết quả: NC (nghiên cứu) thu nhận được 114 người bệnh bao gồm ung thư vòm hầu, thanh quản, hạ họng, khẩu hầu, hốc miệng; tuổi trung bình là $58,3 \pm 24,5$; nam 78,1 %, nữ 21,9 %; viêm niêm mạc miệng xảy ra ở 100% BN trong đó: độ 1 là 3,5%, độ 2 là 55,3 % và độ 3 chiếm 41,2%, không có người bệnh viêm độ 4. Tất cả người bệnh hồi phục viêm trong vòng 21 ngày sau xạ, thời gian hồi phục sau xạ trung bình là 10,3 ngày, người bệnh được điều trị oxy cao áp có số ngày hồi phục ngắn hơn có ý nghĩa.

Kết luận: Mức độ viêm niêm mạc miệng xảy ra ở hầu hết người bệnh hóa xạ ung thư vùng đầu cổ tuy nhiên ở mức độ có thể chấp nhận và đều hồi phục sau xạ trị.

Từ khóa: Ung thư vùng đầu cổ, hóa xạ đồng thời, viêm niêm mạc do xạ trị.

*Tác giả liên hệ

Email: hien.ntbacninh@gmail.com

Điện thoại: (+84) 788 228 175



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hóa-xạ trị đồng thời (HXĐT) là phương pháp điều trị được áp dụng với nhiều loại ung thư vùng đầu cổ hiện nay [1],[4][6]. Bên cạnh các lợi ích về tỷ lệ đáp ứng cũng như tỷ lệ sống còn, hóa-xạ trị đồng thời cũng làm tăng tỷ lệ và mức độ nhiều độc tính cấp và muộn trong đó viêm niêm mạc miệng là độc tính cấp rất thường gặp trong xạ trị người bệnh ung thư vùng đầu cổ [2],[3]. Độc tính này rất được các bác xạ trị quan tâm, vì nó ảnh hưởng đến mức độ đau, tình trạng dinh dưỡng và thể trạng của người bệnh, và là nguyên nhân thường gặp dẫn đến tuân thủ không đầy đủ phác đồ điều trị bao gồm cả xạ trị và hóa trị, từ đó ảnh hưởng đến kết quả cuối cùng của điều trị và chất lượng sống của người bệnh. Hiện đã có một vài nghiên cứu về lĩnh vực này nhưng chủ yếu được thực hiện từ lâu, khi còn áp dụng các kỹ thuật điều trị xạ trị thấp [2],[3], do đó chúng tôi thực hiện NC này với mục tiêu khảo sát các đặc điểm của viêm niêm mạc miệng của người bệnh ung thư vùng đầu cổ được điều trị bằng mô thức hóa-xạ trị đồng thời bao gồm mức độ viêm, thời điểm xuất hiện, thời gian hồi phục và các yếu tố liên quan, từ đó xác định các yếu tố nguy cơ nhằm có một số dự báo cho các bác sĩ, đề xuất các phương pháp phòng ngừa và chăm sóc tích

cực độc tính cấp này nhằm cải thiện chất lượng điều trị.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các người bệnh carcinoma gai vùng đầu cổ bao gồm ung thư vòm hầu, khẩu hầu, hạ họng, thanh quản, hốc miệng, hốc mũi được điều trị triệt để bằng phác đồ HXĐT từ 1/2020 đến 1/2023 tại Viện Ung bướu và Y học hạt nhân – BV Quân y 175 với các tiêu chuẩn lựa chọn phù hợp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, tiến cứu.

Phác đồ HXĐT sử dụng trong NC bao gồm: xạ trị mục đích triệt để tổng liều (60-70Gy) trong 6-7 tuần bằng kỹ thuật 3D-CRT (3-Dimension Conformal Radiation Therapy) hoặc IMRT (Intensity Modulated Radiation Therapy), hóa chất lựa chọn gồm Cisplatin hoặc Cetuximab/Nimotuzumab.

Đánh giá độc tính viêm niêm mạc miệng bằng cách khám lâm sàng dựa trên tiêu chuẩn đánh giá độc tính chung của Viện ung thư quốc gia Hoa Kỳ phiên bản 2.1 như sau.

Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
Đỏ niêm mạc.	Loét loang lỗ nhỏ hoặc có giả mạc.	Loét lớn hoặc có giả mạc, chảy máu với sang chấn nhẹ.	Hoại tử, chảy máu tự nhiên, đe dọa tính mạng

Hồi phục viêm niêm mạc trong NC được định nghĩa là khi bệnh nhân viêm độ 2,3,4 giảm xuống độ 0 hoặc 1.

Dữ liệu được thu thập và nhập liệu bằng phần mềm Epidata, xử lý bằng phần mềm R3.6.3, các phép kiểm kê được coi là có ý nghĩa khi $p \leq 0,05$.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm người bệnh

Nghiên cứu đã thu nhận được 114 người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn, các đặc điểm người bệnh được mô tả theo bảng dưới đây.

Bảng 3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	89	78,1
	Nữ	25	21,9
Bệnh kèm theo	Không	67	58,8
	Tiểu đường	18	15,8
	Tăng huyết áp	21	18,4
	Suy thận	08	7,0
Vị trí bướu	Vòm hầu	34	29,8
	Khẩu hầu	16	14,0
	Hạ họng	21	18,4
	Thanh quản	24	21,0
	Hốc miệng	19	16,8
PS (Performance status)	0	0	0,0
	1	87	76,3
	2	27	23,7

Trong nghiên cứu (NC) này hầu hết người bệnh có PS =1 (76,3%), tuổi trung bình là $58,3 \pm 12,5$, độ tuổi này cao hơn so với một số NC khác do chúng tôi có thu nhận cả người bệnh được hóa xạ đồng thời với Cetuximab/Nimotuzumab [2],[3], người bệnh này thường lớn tuổi và không phù hợp với Cisplatin [4]. Nghiên cứu cũng có 78,1% người bệnh là nam, điều này có thể do cơ cấu bệnh tật tại BV Quân y 175 thu nhận nhiều người bệnh phục vụ trong lĩnh vực quân sự, chủ yếu là nam giới. Chúng tôi thu nhận hầu hết các bệnh lý vùng đầu cổ thường được xạ trị triệt để (hầu, thanh quản, hốc miệng). Tình trạng bệnh kèm theo cũng được thu nhận có 41,2% bệnh nhân có các bệnh đi kèm, trong đó người bệnh tiểu đường chiếm 15,8%, đây được coi là bệnh lý có ảnh hưởng đến sự liền vết thương, vết loét do đó chúng tôi quan tâm xem nhóm này tình trạng viêm và sự hồi phục sẽ diễn ra như thế nào.

3.2. Đặc điểm điều trị

Về đặc điểm điều trị, liều xạ chủ yếu được lựa chọn là 70Gy (81,6%), đây là liều xạ thường được khuyến cáo trong các hướng dẫn và sử dụng trong lâm sàng. Có 14,9% người bệnh được chọn liều xạ 66Gy, đây cũng là liều tối thiểu thường được các hướng dẫn đưa ra, các trường hợp này đều do bướu gần các cơ quan nguy cấp (thần não, dây thần kinh thị giác) [1],[4],[6].

Kỹ thuật xạ trong NC này chúng tôi thu nhận cả những trường hợp xạ trị 3D-CRT và IMRT với tỷ lệ khá đương đồng, từ lâu kỹ thuật IMRT đã được coi là tiêu chuẩn trong điều trị ung thư vùng đầu cổ do đảm bảo liều vào bướu tốt hơn và bảo vệ các cơ quan lành tốt hơn, các ca xạ trị kỹ thuật 3D-CRT trong NC này chủ yếu và vào thời điểm BVQY 175 chưa triển khai kỹ thuật IMRT.



Bảng 3.2. Đặc điểm điều trị người bệnh trong nghiên cứu

Đặc điểm		Số ca	Tỷ lệ (%)
Liều xạ	70Gy	93	81,6
	66Gy	17	14,9
	60Gy	04	3,5
Kỹ thuật xạ	3D-CRT	63	55,3
	IMRT	51	44,7
Hóa chất	Cisplatin	74	64,9
	Cetuximab/Nimotuzumab	40	35,1
Điều trị oxy cao áp	Có	52	45,6
	Không	62	54,4

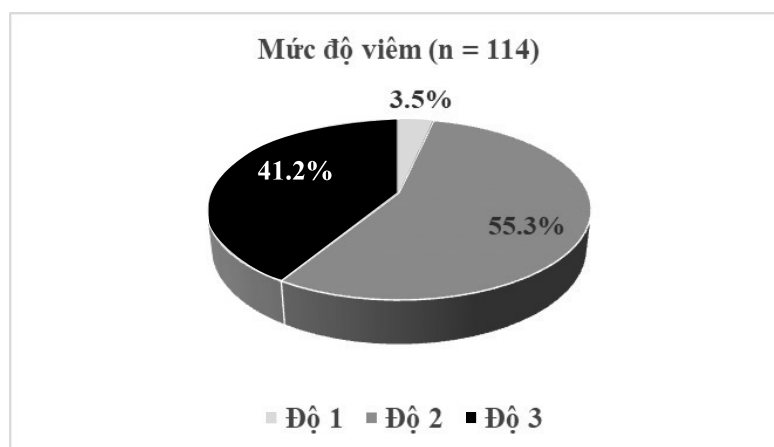
3.3. Đặc điểm viêm niêm mạc miệng

* **Thời điểm xuất hiện viêm niêm mạc miệng:** Trung vị là vào lần xạ trị thứ $9 \pm 4,2$, ca xuất hiện sớm nhất là vào lần xạ thứ 5 và muộn nhất là vào lần xạ 15. Có 4,4% người bệnh xuất hiện ở 5 lần xạ đầu tiên, 68,4% người bệnh xuất hiện ở lần xạ thứ 6-10 và 27,2% người bệnh xuất hiện ở lần xạ thứ 11-15. Thời điểm viêm mức độ nặng nhất: trung vị là vào lần xạ trị thứ $28 \pm 3,3$, ca viêm nặng sớm nhất là vào lần xạ thứ 21 và muộn nhất là vào lần xạ 30. Thời điểm xuất hiện viêm niêm mạc chủ yếu xuất hiện trong 10 lần xạ đầu tiên (72,8%) tỷ lệ này thấp hơn so với tác giả Đặng Huy Quốc Thịnh [2]

(n=121) (80%) và Phạm Thành Luân [3] (n=75) (96%) tức là thời điểm xuất hiện viêm trong NC này muộn hơn. Chúng tôi nhận thấy trong NC của 2 tác giả trên các người bệnh chỉ được xạ trị bằng kỹ thuật 3D còn trong NC này chúng tôi có 44,7% người bệnh được xạ trị IMRT, và khi so sánh thời điểm viêm của BN xạ 3D-CRT với IMRT thì thời điểm viêm của 2 nhóm lần lượt là 8,0 và 10,3 ($p < 0,01$), từ đó chúng tôi thấy người bệnh xạ trị IMRT có thể xuất hiện viêm muộn hơn so với xạ trị 3D-CRT.

***Mức độ viêm niêm mạc miệng:** Có 100% người bệnh viêm niêm mạc miệng

Biểu đồ 3.1: Mức độ viêm niêm mạc miệng



Nghiên cứu cho thấy viêm niêm mạc miệng chủ yếu người bệnh viêm độ 2 (55,3%) và độ 3 (41,2%). Trong nghiên cứu của Đặng Huy Quốc Thịnh [2] tỷ lệ viêm độ 2 chiếm 67,8% và độ 3 là 24,8%, tỷ lệ viêm nặng (độ 3) của chúng tôi có cao hơn, có thể trong nghiên cứu của tác giả Đặng Huy Quốc Thịnh chỉ lựa chọn các người bệnh ung thư vòm hầu, khi xạ trị nhóm người bệnh này trường chiếu xạ liều cao qua hốc miệng ít hơn, trong NC của chúng tôi có nhiều loại bệnh ung thư đầu cổ, trong đó có cả ung thư khẩu hầu, hốc miệng (30,7%), do đó liều xạ cao tập trung ở hốc miệng nhiều hơn, do đó viêm niêm mạc sẽ nặng hơn. So với nghiên cứu của Phạm Thành Luân [3] tỷ lệ viêm độ 2 là 76,0%, độ 3 là 17,4%, mức độ người bệnh viêm nặng cũng ít hơn, tuy nhiên giống như NC của Đặng Huy Quốc Thịnh trong NC trên tỷ lệ người bệnh ung thư vòm hầu và thanh quản hạ họng cũng chiếm 86,0%, các người bệnh ung thư khoang miệng và khẩu hầu rất thấp (11,2%). Tuy nhiên kết quả của chúng tôi khá tương đồng với NC của tác giả Chan [5], tỷ lệ viêm niêm mạc độ 3+4 chiếm 49,0%.

Khi phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ viêm niêm mạc, khi chia mức độ viêm thành 2 nhóm nhẹ (độ 1+ độ 2) và nặng (độ 3) thì chúng tôi thấy người bệnh có bệnh tiểu đường kèm theo (18 trường hợp) bị viêm nặng cao hơn có ý nghĩa so với những người bệnh không bị tiểu đường ($p=0,003$). Phân tích tương quan với một số yếu tố, chúng tôi không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê bao gồm: người bệnh được xạ trị bằng kỹ thuật IMRT so với kỹ thuật 3DCRT ($p=0,57$); người bệnh có PS=1 so với PS=2 ($p=1,0$), người bệnh được hóa trị bằng cisplatin so với dùng cetuximab/nimotuzumab cùng với xạ trị ($p=0,42$), người bệnh được xạ trị tổng

liều 70 Gy so với xạ tổng liều 66Gy/60Gy ($p=0,9$) và người bệnh nam so với người bệnh nữ ($p=0,31$).

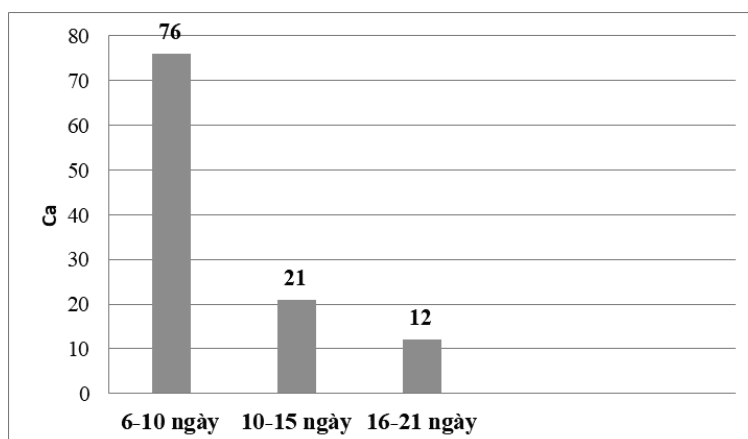
* **Tình trạng nhiễm nấm miệng:** Có 37,7% người bệnh nhiễm nấm miệng nghĩ đến do Candida albicans (đánh giá bằng khám lâm sàng).

* **Tình trạng sử dụng kháng sinh:** Có 10,5% người bệnh không cần sử dụng kháng sinh điều trị viêm niêm mạc miệng, 26,3% dùng kháng sinh uống, 63,3% dùng kháng sinh đường tĩnh mạch.

* **Điều trị oxy cao áp sau xạ:** Có 45,6% người bệnh được điều trị oxy cao áp (hầu hết là 10 lần), 54,4% không được điều trị.

* **Số ngày hồi phục sau xạ:** Về quá trình hồi phục viêm niêm mạc miệng sau xạ, trong NC này chúng tôi định nghĩa người bệnh hồi phục khi viêm độ 2, 3 giảm về độ 1 hoặc 0, trung bình là $10,3 \pm 6,8$ ngày, sớm nhất là 6 và muộn nhất là 21 ngày. Số ngày hồi phục trung bình ở người bệnh viêm độ 3 là 13,2 ngày cao hơn ở người bệnh viêm độ 1/2 là 8,3 ngày ($p<0,0001$), người bệnh bị tiểu đường có số ngày hồi phục dài hơn là 12,4 ngày so với người bệnh không bị tiểu đường là 9,9 ngày ($p=0,01$). Đặc biệt trong NC này có 45,6% người bệnh được điều trị hỗ trợ bằng oxy cao áp sau xạ, điều trị oxy cao áp có chỉ định trong các bệnh lý vết thương vết loét lâu liền, và kết quả trong NC cho thấy nhóm người bệnh này có số ngày hồi phục ngắn hơn so với không được điều trị lần lượt là 8,6 ngày so với 11,8 ngày ($p<0,0001$). Từ kết quả này chúng ta có thể cân nhắc việc điều trị oxy cao áp đặc biệt là cho các người bệnh bị viêm nặng, tuy nhiên việc chỉ định thời điểm điều trị cần cân nhắc cụ thể, tránh làm ảnh hưởng đến quá trình xạ trị của người bệnh.

Biểu đồ 3.2. Số ngày hồi phục viêm niêm mạc sau xạ trị



Trong NC này chúng tôi không thu nhận được số ngày gián đoạn điều trị của người bệnh do viêm niêm mạc miệng, tuy nhiên 100% trong NC đều hoàn thành phác đồ xạ trị.

4. KẾT LUẬN

Viêm niêm mạc miệng là độc tính gặp ở 100% người bệnh hóa xạ trị đồng thời triệt để ung thư vùng đầu cổ, hầu hết các người bệnh bị viêm độ 2 hoặc 3. Mức độ viêm nặng hơn gặp ở những người bệnh có bệnh lý tiểu đường kèm theo. Viêm thường xuất hiện ở 2 tuần đầu của xạ và nặng nhất vào tuần thứ 6. Tất cả người bệnh đều hồi phục sau xạ trung bình 10,3 ngày, điều trị oxy cao áp cho thấy nhanh hồi phục hơn và có thể lựa chọn như một phương pháp hỗ trợ, đặc biệt ở các bệnh nhân viêm mức độ nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu. Nhà xuất bản y học, tr.174-184 và tr.198-207, 2020.
- [2] Đặng Huy Quốc Thịnh, Viêm niêm mạc miệng trong hóa xạ đồng thời ung thư vòm hầu. Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh, tập 14, số 4, 2010.
- [3] Phạm Thành Luân và cs, Viêm niêm mạc miệng trong hóa-xạ trị đồng thời ung thư vùng đầu cổ tại BVQY 175. Tạp chí y dược thực hành 175, số 6, 2016.
- [4] Blanchard P, Landais C, Petit C et al., Meta-analysis of chemotherapy in head and neck cancer (MACH-NC): an update on 100 randomized trials and 19,248 patients, on behalf of MACH-NC Group. Ann Oncol. 27(Suppl 6): 950O, 2016.
- [5] Chan AT et al, Concurrent chemotherapy-radiotherapy compared with radiotherapy alone in locoregionally advanced head and neck cancer : progression free survival analysis of a phase III randomized trial. J Clin Oncol 20, pp 2038-2044, 2002.
- [6] NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology 2023 Head and Neck Cancers V1. Available online at: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/head-and-neck.pdf (accessed Jan 30, 2023).

QUALITY OF LIFE AFTER RADIOTHERAPY IN LUNG CANCER PATIENTS IN DEPARTMENT OF ONCOLOGY, NATIONAL LUNG HOSPITAL, IN 2020

Ha Thi Men

National Lung Hospital - 463 Hoang Hoa Tham, Vinh Phuc, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 17/03/2023; Accepted 21/04/2023

ABSTRACT

Objectives: Assessment the quality of life after radiotherapy in lung cancer patients in Department of Oncology, National Lung Hospital Lung Hospital, in 2020

Subjects and Methods: The cross - sectional study, through direct interviews 131 lung cancer patients who treatment in National Lung Hospital from September, 2019 to March, 2020. Use the table of structure question to identify the quality of life in lung cancer patients

Results: The global health status score (55,1 points), the physical function score (mean = 69,5 points) and cognitive function score (mean = 65,6 points) were highest, activity functional score (mean = 62,5 points) , function emotional score (mean = 56,3 points) and social function score (mean = 51,4 points) were lowest. The score for insomnia were 39.8 points, pain, fatigue and short of breath were 33,2 points, 29,4 points and 25,7 points. The symptoms of nausea, constipation and diarrheawere less common with the average score below 19 points.

Conclusion: The global health status score was in the average level (55,1 points).

Keywords: Quality of life, lung cancer, radiotherapy, National Lung Hospital.

*Corresponding author
Email address: hamenub@gmail.com
Phone number: (+84) 979 809 784



CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ PHỔI SAU XẠ TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG NĂM 2020

Hà Thị Mến

Bệnh viện Phổi Trung ương - 463 Hoàng Hoa Thám, Vĩnh Phúc, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 17 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 21 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư phổi sau xạ trị điều trị tại khoa Ung bướu - Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2020

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phỏng vấn 131 bệnh nhân Ung thư phổi sau xạ trị từ 9/2019 đến 03/2020.

Kết quả: Điểm Chất lượng cuộc sống sức khỏe tổng quát (55.1 điểm), thể chất (69.5 điểm), nhận thức (65.6 điểm), hoạt động 62.5 điểm), cảm xúc (56.3 điểm), và xã hội (51.4 điểm). Các triệu chứng rối loạn giấc ngủ (39,8 điểm), triệu chứng mất cảm giác ngon miệng (35,2 điểm), đau (33,2 điểm), mệt mỏi (29,4 điểm), khó thở (25,7 điểm) ảnh hưởng lớn đến Chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh. Các triệu chứng buồn nôn, táo bón và tiêu chảy ít gặp ở người bệnh với điểm trung bình dưới 19 điểm.

Kết luận: Điểm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư phổi sau xạ trị ở mức trung bình (55.1 điểm).

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, Ung thư phổi, xạ trị, Bệnh viện Phổi Trung ương.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam là nước có tỷ lệ tử vong do ung thư đứng hàng 49/184 quốc gia. Theo báo cáo Globocan 2018, Việt Nam cả nước có khoảng 164.671 ca ung thư mới trong đó Ung thư phổi (UTP) chiếm 23.667 ca, chiếm tỷ lệ 14,4% người mắc các bệnh về ung thư [4].

Các can thiệp chăm sóc sức khỏe hướng đến mục tiêu cuối cùng là cải thiện sức khỏe và CLCS cho người bệnh, vì vậy đánh giá CLCS để đánh giá hiệu quả của

các phương pháp điều trị hay can thiệp chăm sóc giảm nhẹ là một nhu cầu tất yếu.

Đối với người bệnh UTP sử dụng phương pháp xạ trị, họ phải chịu đựng rất nhiều tác dụng phụ. Tác dụng phụ của xạ trị thường xuất hiện khoảng một vài tuần sau khi điều trị. Một số tác dụng phụ thường gặp bao gồm: mệt mỏi, đau họng và khó nuốt, ho, rụng tóc, tức ngực, sốt và lạnh run, cảm thấy uể oải, viêm da, tấy đỏ, bong chóc da, loét da vùng xạ trị [1]. Điều này khiến CLCS của người bệnh bị suy giảm rất nhiều.

*Tác giả liên hệ

Email: hamenub@gmail.com

Điện thoại: (+84) 979 809 784

Để có và đưa ra những khuyến nghị, giải pháp phù hợp nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc, điều trị, và đào tạo cho nhân viên y tế đồng thời xây dựng những giải pháp hỗ trợ tinh thần và tâm lý cho người bệnh của người bệnh Ung thư phổi sau xạ trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “*Chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan của người bệnh ung thư phổi sau xạ trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2020*”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 131 bệnh nhân Ung thư phổi sau xạ trị điều trị tại Khoa Ung bướu - Bệnh viện Phổi Trung ương từ 9/2019 đến 3/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, số liệu được thu thập qua phỏng vấn trực tiếp 131 đối tượng nghiên cứu là người bệnh UTP.

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu

được thực hiện tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ tháng 9/2019 đến tháng 3 năm 2020

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Chọn thuận tiện có chủ đích người bệnh UTP sau xạ trị điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương, 131 người bệnh UTP đủ tiêu chuẩn đã tham gia nghiên cứu.

2.5. Kỹ thuật, công cụ thu thập số liệu, xử lý và phân tích số liệu: Chúng tôi sử dụng bảng hỏi để phỏng vấn trực tiếp bằng bảng câu hỏi chất lượng cuộc sống QLQ-C30 phiên bản 3.0, bao gồm các câu hỏi để đánh giá các chức năng và các triệu chứng liên quan tới ung thư [7]. Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1: Đặc điểm cá nhân và lâm sàng (n=131)

Đặc điểm cá nhân và lâm sàng		n	%
Tuổi	18-45	17	13
	46-65	97	74
	>65	17	13
Giới	Nam	96	73,3
	Nữ	35	26,7
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn II	5	3,9
	Giai đoạn IIIA, IIIB	41	31,3
	Giai đoạn IV	85	64,9
Thời gian mắc bệnh từ khi chẩn đoán	<3 tháng	5	3,8
	3-6 tháng	43	32,8
	6 tháng – 1 năm	53	40,5
	>1 năm	30	22,9
Số lần nhập viện	< 5 lần	48	36,6
	5-10 lần	53	40,5
	≥10 lần	30	22,9

Trong số 131 đối tượng nghiên cứu gần ba phần tư đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân từ 46-65 tuổi (74,0%),

tuổi trung bình là 55,9 ±8.7 tuổi. Gần ba phần tư bệnh nhân là nam giới (73,3%).



Hai phần ba số bệnh nhân ở giai đoạn IV (64,9%), tiếp đến là bệnh nhân giai đoạn III (31,3%), bệnh nhân giai đoạn II là 3,9%.

Bảng 2: Tác dụng phụ quá trình điều trị

	Độ 0		Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hạ bạch cầu	83	63,4	35	26,7	8	6,1	2	1,5	3	2,3
Nôn	38	29	65	49,6	20	15,3	8	6,1	0	0
Viêm miệng	65	49,6	53	40,5	13	9,9	0	0	0	0
Tiêu chảy	69	52,7	49	37,4	13	9,9	0	0	0	0
Bong da	58	44,3	60	45,8	11	8,4	2	1,5	0	0
Rụng tóc	14	10,7	22	16,8	27	20,6	44	33,6	24	18,3
Sốt	67	5,1	48	36,6	14	10,7	2	1,5	0	0

Trong quá trình điều trị, bệnh nhân hay gặp nhất là tác dụng phụ độ 4 rụng tóc (18,3%), hạ bạch cầu trung tính (2,3%), các biểu hiện nôn, viêm miệng, tiêu chảy, sốt,

bong da độ 4 không có ở bệnh nhân xạ trị.

3.2. Đo lường chất lượng cuộc sống bằng bộ công cụ QLQ-C30

Bảng 3: Đặc điểm về các triệu chứng của người bệnh

Triệu chứng	Không Có		Ít		Nhiều		Rất Nhiều	
	n	%	n	%	N	%	N	%
Mệt mỏi	19	14,5	57	43,5	49	37,4	6	4,6
Buồn nôn	54	41,2	44	33,6	30	22,9	3	2,3
Đau	21	16,0	68	51,9	40	30,5	2	1,5
Khó thở	52	39,7	62	47,3	15	11,5	2	1,5
Rối loạn giấc ngủ	29	22,1	54	41,2	39	29,8	9	6,9
Mất cảm giác ngon miệng	23	17,6	53	40,5	45	34,4	10	7,6
Táo bón	76	58,0	44	33,6	11	8,4	0	0
Tiêu chảy	86	65,6	36	27,5	9	6,9	0	0

Triệu chứng mệt mỏi gần một nửa số người bệnh bị mệt mỏi ít (43,5%), chỉ có 4,6 % người bệnh mệt mỏi rất nhiều. Gần một nửa người bệnh không gặp triệu chứng buồn nôn (41,2%), tuy nhiên có 2,3% người bệnh vẫn bị buồn nôn nhiều.

Đau là triệu chứng điển hình của người bệnh ung thư,

hơn một nửa số người bệnh bị đau (51,9%) và 30,5% người bệnh đau nhiều. Hơn một nửa số người bệnh gặp triệu chứng khó thở (60,3%) và cũng gần một nửa người bệnh bị rối loạn giấc ngủ (77,9%). Đa số các bệnh nhân không bị táo bón trong quá trình điều trị (58,6%) và tiêu chảy (65,6%).

Bảng 4. Đặc điểm về sức khỏe thể chất và hoạt động

Sức khỏe thể chất và hoạt động	Không Có		Ít		Nhiều		Rất nhiều	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Khó khăn khi thực hiện những công việc gắng sức	12	9,3	71	54,8	42	32,1	6	4,6
Khó khăn khi đi bộ một khoảng dài	21	16,0	58	44,3	43	32,8	9	6,9
Khó khăn khi đi bộ khoảng ngắn	50	38,2	60	45,8	19	14,5	1	0,8
Cần nằm nghỉ ngơi suốt ngày	57	43,5	49	37,4	24	18,3	1	0,8
Cần giúp đỡ khi ăn, mặc, tắm rửa hay đi vệ sinh	97	74,0	24	18,3	9	6,9	1	0,8
Hạn chế thực hiện trong việc làm của anh/chị hoặc trong các công việc hàng ngày	31	23,7	65	49,6	31	23,7	4	3,1
Hạn chế trong theo đuổi các sở thích của anh/chị hay trong các hoạt động giải trí	31	23,7	51	38,9	43	32,8	6	4,6

Người bệnh ung thư phổi gặp khó khăn khi thực hiện các công việc gắng sức chiếm 91,5%; 84,0% người bệnh khó khăn khi đi bộ một khoảng dài và 61,1% người bệnh khó khăn khi đi bộ một khoảng ngắn bên ngoài nhà mình. Gần 3/4 người bệnh chưa cần giúp đỡ

khi sinh hoạt hàng ngày (74,0%) mặc dù có tới 76,4 % người bệnh bị hạn chế thực hiện trong các công việc hàng ngày. Đa phần người bệnh trả lời bị hạn chế trong việc theo đuổi các sở thích trong các hoạt động giải trí (76,3%).

Bảng 5. Đặc điểm về chức năng nhận thức, cảm xúc, xã hội, tài chính

Chức năng nhận thức, cảm xúc, xã hội, tài chính	Không Có		Ít		Nhiều		Rất Nhiều	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Khó khăn thi tập trung vào công việc	35	26,7	55	42,0	37	28,2	4	3,1
Cảm thấy căng thẳng	18	13,7	61	46,6	43	32,8	9	6,9
Lo lắng	13	9,9	54	41,2	51	38,9	13	9,9
Dễ bực tức	31	23,7	60	45,8	33	25,2	7	5,3
Buồn chán	27	20,6	49	37,4	43	32,8	12	9,2
Khó khăn khi phải nhớ lại một sự việc	41	31,3	57	43,5	27	20,6	6	4,6
Tình trạng thể lực gây cản trở cuộc sống gia đình	14	10,7	53	40,5	45	34,4	19	14,5
Tình trạng thể lực gây cản trở hoạt động xã hội	24	18,3	49	37,4	41	31,3	17	13,0
Khó khăn tài chính	13	9,9	49	37,4	39	29,8	30	22,9

Gần 3/4 người bệnh gặp khó khăn khi tập trung vào công việc (73,3%). Hầu hết người bệnh cảm thấy căng thẳng (86,3%), đặc biệt 6,9% người bệnh căng thẳng rất nhiều. Tương tự có 90,0 % người bệnh trả lời rằng cảm thấy lo lắng và 9,9% người bệnh lo lắng rất nhiều. Người bệnh cũng cảm thấy buồn chán (79,4%) và gặp nhiều khó khăn khi phải nhớ lại một sự việc (68,7%).

Kể từ khi mắc bệnh tình trạng thể lực của người bệnh cũng gây cản trở cuộc sống gia đình nhiều (81,7%) và gây cản trở hoạt động xã hội (90,1%).

Đa số người bệnh cho rằng cảm thấy khó khăn về mặt tài chính, đặc biệt 22,9% người bệnh thấy ảnh hưởng rất nhiều tới khả năng chi trả cho việc điều trị và sinh hoạt hàng ngày.



Bảng 6. Điểm CLCS của người bệnh UTP sau xạ trị theo các khía cạnh

Khía cạnh sức khỏe	n	TB	SD
Sức khỏe tổng quát	131	55,1	17,3
Chức năng thể chất	131	69,5	19,9
Chức năng hoạt động	131	62,5	25,4
Chức năng nhận thức	131	65,6	24,8
Chức năng cảm xúc	131	56,3	25,0
Chức năng xã hội	131	51,4	28,9
Triệu chứng mệt mỏi	131	29,4	25,0
Triệu chứng buồn nôn	131	12,3	20,5
Triệu chứng Đau	131	33,2	21,4
Triệu chứng khó thở	131	25,7	22,3
Triệu chứng rối loạn giấc ngủ	131	39,8	24,6
Triệu chứng mất cảm giác ngon miệng	131	35,2	22,9
Triệu chứng táo bón	131	18,6	26,7
Triệu chứng tiêu chảy	131	9,2	18,2

Bảng 6 cung cấp thông tin điểm CLCS của người bệnh về sức khỏe tổng quát, các vấn đề về chức năng và vấn đề về triệu chứng. Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm sức khỏe tổng quát của người bệnh ở mức trung bình (55,1 điểm) cao hơn so với nghiên cứu của Đặng Văn Khoa (2016) [2] là 51.7 điểm; Nguyễn Thị Thanh Mai (2015) [3] là 43.7 điểm; nhưng lại thấp hơn nghiên cứu của Di Maio và cộng sự bệnh nhân Italy, Canada (2012) [5] là 56.7 điểm; Oliveira P. I và cộng sự tại Brazil (2103) [6] là 58.3 điểm.

Điểm trung bình CLCS chức năng thể chất (69,5 điểm) là tương đối tốt cao hơn điểm trung bình CLCS chức năng nhận thức (65,6 điểm), chức năng hoạt động (62,5 điểm), chức năng cảm xúc (56,3 điểm) và điểm chức năng xã hội là thấp nhất (51,4 điểm).

Bộ Công cụ QLQ-C30 đề cập đến 8 vấn đề triệu chứng thường gặp ở người bệnh ung thư. Kết quả nghiên cứu cho thấy các triệu chứng rối loạn giấc ngủ (39,8 điểm), triệu chứng mất cảm giác ngon miệng (35,2 điểm), đau (33,2 điểm), mệt mỏi (29,4 điểm), khó thở (25,7 điểm) ảnh hưởng lớn đến CLCS của người bệnh. Các triệu chứng buồn nôn, táo bón và tiêu chảy ít gặp ở người

bệnh với điểm trung bình dưới 19 điểm.

Việc điều trị giảm các triệu chứng có thể được coi là chăm sóc cơ bản giúp bệnh nhân thoải mái nhưng ngoài việc kiểm soát triệu chứng, chăm sóc tâm lý và xã hội cũng quan trọng không kém trong việc chăm sóc giảm nhẹ cho người bệnh UTP.

4. KẾT LUẬN

- Điểm CLCS của bệnh nhân UTP ở mức trung bình (55,1 điểm).

- Điểm CLCS chức năng thể chất (69.5 điểm), chức năng nhận thức (65.6 điểm), chức năng hoạt động 62.5 điểm), chức năng cảm xúc (56.3 điểm) và chức năng xã hội (51.4 điểm).

- Các triệu chứng rối loạn giấc ngủ (39,8 điểm), triệu chứng mất cảm giác ngon miệng (35,2 điểm), đau (33,2 điểm), mệt mỏi (29,4 điểm), khó thở (25,7 điểm) ảnh hưởng lớn đến CLCS của người bệnh. Các triệu chứng buồn nôn, táo bón và tiêu chảy ít gặp ở người bệnh với điểm trung bình dưới 19 điểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Bá Đức, Bài giảng ung thư đại cương, Nhà xuất bản Y học.
- [2] Đặng Văn Khoa, Nguyễn Việt Hà, “Đánh giá cải thiện chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân cao tuổi ung thư phổi được điều trị bằng Vinorelbine”, Kỷ yếu Hội nghị khoa học Bệnh phổi toàn quốc lần thứ 7. 1(1), tr. 76-77, 2017.
- [3] Nguyễn Thị Thanh Mai, Phân tích tình hình sử dụng thuốc và đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ điều trị tại Trung tâm Y học hạt nhân và ung bướu bệnh viện Bạch Mai, Luận văn Thạc sĩ Dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội, 2015.
- [4] F.Bray, J.Ferlay, I.Soerjomataram, Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*, 68 (6), 394-424, 2018.
- [5] Di Maio M et al., “Quality of life analysis of TORCH, a randomized trial testing first-line erlotinib followed by second-line cisplatin/gemcitabine chemotherapy in advanced non-small-cell lung cancer”, *J Thorac Oncol*. 7(12), tr. 1830-44, 2012.
- [6] Oliveira PI et al., “Comparison of the quality of life among persons with lung cancer, before and after the chemotherapy treatment”, *Rev Lat Am Enfermagem*. 21(3), tr. 787-94, 2013.
- [7] EORTC Quality of Life Department, the date of access 10/9/2018, at website <http://qol.eortc.org/questionnaires/>.



ASSESSMENT OF PAIN AND SKIN REACTION CHARACTERISTICS AMONG CANCER PATIENTS WITH RADIATION THERAPY AT 19-8 HOSPITAL AND SEVERAL ASSOCIATED FACTORS

Trieu Thi Minh^{1,*}, Truong Quang Trung²

¹198 Hospital, Ministry of Public Security - No. 9, Tran Binh Street, Mai Dich, Cau Giay District, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - No.1, Ton That Tung street, Khuong Thuong commune, Dong Da district, Hanoi, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 17/03/2023; Accepted 15/04/2023

ABSTRACT

Objectives: Prospective study has been conducted among cancer with radiation therapy at 19-8 Hospital to (1) describe pain and skin reaction characteristics among study participants and (2) explore several associated factors on skin reaction characteristics. 264 patients had been evaluated and monitored during 2020 – 2021. **Result:** 70.8% of cancer patient with radiation therapy had skin reaction as level 1 – 2 by RTOG and few patients with levels 3 of RTOG. Common skin symptoms include redness, itching, and burning. Symptoms often appear on the skin such as a feeling of warmth, burning accounting for 33.3%; itching and discomfort on the skin accounted for 27.1%; pain/stinging like needles on the skin accounted for 20.5%. Pain symptoms of cancer patients during radiation therapy were reported in 64.3%. The group of patients with treatment time over 20 days, radiation dose above 41 Gy, had a higher relative risk of skin reaction from 1.2 to 1.7 times higher than the other group of patients. **Conclusion:** It is necessary to focus of caring and monitoring early skin lesions in the group of patients with high and prolonged exposure time.

Keyword: Pain, Skin reaction characteristics, cancer patients with radiation therapy.

*Corresponding author

Email address: trieuminhmsc198ub@gmail.com

Phone number: (+84) 384 285 886

ĐÁNH GIÁ TỔN THƯƠNG DA VÀ ĐAU CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ CÓ XẠ TRỊ TẠI BỆNH VIỆN 19 - 8 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Triệu Thị Minh^{1,*}, Trương Quang Trung²

¹Bệnh viện 19-8 - Số 9 phố Trần Bình, Mai Dịch, quận Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 phố Tôn Thất Tùng, phường Khương Thượng, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 17 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 15 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu thuần tập được thực hiện trên nhóm người bệnh ung thư có xạ trị tại Bệnh viện 19-8 nhằm (1) mô tả đặc điểm đau và tổn thương da của nhóm người bệnh tham gia nghiên cứu và (2) phân tích một số yếu tố liên quan đến đặc điểm tổn thương da. 264 người bệnh được đánh giá và theo dõi trong thời gian 2020-2021. **Kết quả:** 70,8% người bệnh ung thư được xạ trị có tổn thương da theo thang RTOG ở mức độ 1-2 và rất ít tổn thương ở mức độ 3. Không có tổn thương da ở mức độ 4 và 5. Các biểu hiện thường gặp như ban đỏ, ngứa, rát da. Các triệu chứng hay xuất hiện trên da như cảm giác ấm nóng, rát da chiếm 33,3%; ngứa và khó chịu trên da chiếm 27,1%; đau/nhói như kim châm trên da chiếm 20,5%. Triệu chứng đau của người bệnh ung thư trong quá trình xạ trị được báo cáo là 64,3%. Nhóm người bệnh có thời gian điều trị trên 20 ngày, liều xạ trị trên 41 Gy, có nguy cơ tổn thương da cao hơn từ gấp 1,2 – 1,7 lần so với nhóm còn lại. **Kết luận:** Cần chú ý chăm sóc và theo dõi tổn thương da sớm trên nhóm người bệnh có thời gian chiếu tia liều cao và kéo dài

Từ khóa: Đau, Tổn thương da, người bệnh ung thư có xạ trị.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là một trong những nguyên nhân gây bệnh tật và tử vong trên toàn thế giới. Ước tính hơn 50% tổng số người bệnh ung thư được xạ trị trong suốt quá trình điều trị của họ¹. Một số tác dụng phụ hay gặp trên người bệnh ung thư có xạ trị như tổn thương da, mệt mỏi, buồn nôn, chán ăn, rụng tóc, ... Các phản ứng da hoặc viêm da bức xạ được báo cáo trong 95% trường hợp người bệnh (NB) xạ trị (RT)² và có thể ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống cũng như thẩm mỹ của NB

bao gồm ngứa, rát, sạm da, tróc vảy khô, bong trọt da, loét da...

Hiện tại, Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện 19-8 đang sử dụng máy xạ gia tốc tuyến tính Elekta Prize để điều trị cho NB ung thư. Việc đánh giá, phát hiện sớm các biểu hiện, mức độ tổn thương da trong quá trình xạ trị giúp cho điều dưỡng có thể nâng cao công tác chăm sóc NB. Đồng thời, hiện nay có sự đa dạng và chưa kiểm soát về việc áp dụng các sản phẩm chăm sóc da trong quá trình xạ trị mà hiệu quả của việc sử dụng các nhóm sản phẩm này cần được chú ý thêm trong quá trình chăm sóc. Do

*Tác giả liên hệ

Email: trieuminhmsc198ub@gmail.com

Điện thoại: (+84) 384 285 886



đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu:

1. *Mô tả mức độ đau và đặc điểm tổn thương trên da của người bệnh ung thư được xạ trị tại bệnh viện 19-8 năm 2020-2021.*

2. *Phân tích một số yếu tố liên quan đến đặc điểm tổn thương trên da của nhóm người bệnh tham gia nghiên cứu*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Là người bệnh ung thư (NBUT) được xạ trị tại Trung tâm Ung Bướu, Bệnh viện 19-8 thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu:

- NBUT có chỉ định xạ trị từ tháng 07/2020 đến tháng 03/2021, được xạ trị lần đầu, chỉ số EOCG từ 0-2; Karnofsky > 60%; NB tinh táo, đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ gồm NBUT không có gián đoạn xạ trị, thời gian xạ trị dưới 10 ngày, không mắc bệnh vẩy nến hay lupus ban đỏ.

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện được áp dụng với cỡ mẫu được xác định dựa trên công thức tính cỡ mẫu của Lwanga và Lemeshow (1991)³:

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

Với $\alpha = 0,05$; $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; p là tỷ lệ NB được đánh giá tổn thương da khi sử dụng phương pháp chăm sóc da là 0,8 (Catherine M.M) 4 và $d = 0,05$, cỡ mẫu dự kiến là 264.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: thuận tập tiến cứu

2.3. Công cụ nghiên cứu: Bệnh án nghiên cứu (NC) mẫu được sử dụng gồm 3 phần. Phần I: thu thập thông tin chung của NB, đặc điểm bệnh tật và điều trị của họ. Phần II: Là thang đo đau và tổn thương trên da (PSP) của Gewandter⁵ khai thác 8 triệu chứng với mức độ đau trên da theo thang Likert 4 mức độ từ “Không

đau/ tổn thương” (0 điểm) đến mức độ “Rất nhiều tổn thương” (3 điểm). Điểm tổng thang đo (0 – 32 điểm), với điểm càng cao, mức độ tổn thương da, đau trên da càng lớn. Thang đo Wong Baker⁶ sử dụng để đánh giá đau với 6 mức độ từ “Không đau” đến “Đau không chịu được”. Phần III là thang đo RTOG của Hiệp hội xạ trị Mỹ⁷ với điểm càng cao, mức độ tổn thương – đau trên da càng lớn;

2.4. Quy trình nghiên cứu: NBUT đạt tiêu chuẩn lựa chọn được thu thập và ghi các thông vào bệnh án mẫu. Sau khi NB đồng ý tham gia nghiên cứu được lập kế hoạch xạ, chụp CT mô phỏng, được tư vấn, giải thích tác dụng phụ có thể gặp phải; được hướng dẫn hoạt động tự chăm sóc da cho NB bằng tư vấn trực tiếp, tài liệu, tờ rơi. Việc đánh giá tổn thương da diện xạ trị và đau tiến hành vào thời điểm sau 2,4,6,7 tuần và 01 ngày trước khi NB ra viện.

2.5. Phân tích số liệu: Số liệu sau khi được thu thập, làm sạch được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 22.0. Một số thuật toán thống kê mô tả, thống kê phân tích được sử dụng với $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh

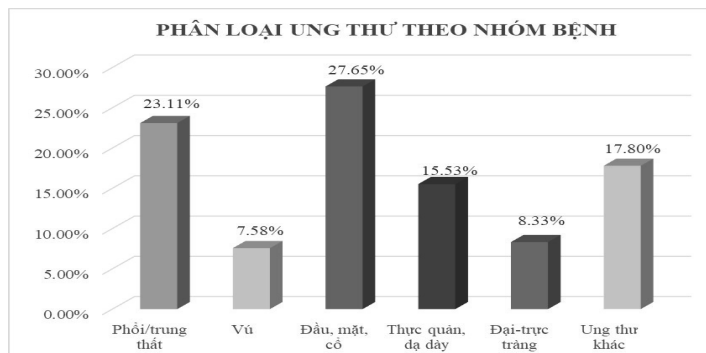
3. KẾT QUẢ

Sau thời gian tiến hành thu thập số liệu từ tháng 07/2020 đến tháng 03/2021 đã có 264 NB được đánh giá và theo dõi. Tuổi trung bình (TB) NB là $56,6 \pm 11,8$ với trẻ nhất 20 (0,8%), nhiều tuổi nhất là 80 (0,4%) trong đó nhóm < 60 tuổi chiếm 55,7%; nam giới chiếm đa số (67%). Toàn bộ NBUT tham gia nghiên cứu đều có bảo hiểm y tế và 67% sống ở nông thôn.

3.1. Một số đặc điểm bệnh người tham gia nghiên cứu

33,3% NB ung thư giai đoạn I, II và 66,7% NB giai đoạn III, IV. Biểu đồ 1 trình bày tóm tắt nhóm bệnh ung thư

Biểu đồ 1: Phân loại ung thư theo nhóm bệnh



Nhận xét: NBUT Đầu/mặt/cổ là nhóm tỷ lệ cao nhất (27,7%), thấp nhất là ung thư đại-trực tràng (8,3%) và ung thư vú (7,6%).

Thời gian xạ trị TB $23 \pm 7,3$ ngày, quá trình xạ trị từ 2 – 7 tuần liên tục. Liều xạ trị TB $44,9 \pm 13$ Gy, liều từ thấp nhất đến cao nhất (27Gy-70Gy), phân số liều (180cGy - 300cGy). Khu vực cơ thể tia xạ nhiều nhất là vùng đầu/mặt/cổ (44,3%), thấp nhất khoang bụng (1,5%).

3.2. Đặc điểm tổn thương da và đau

Thang điểm RTOG được sử dụng mô tả mức độ tổn thương da cho thấy có 29,2% NBUT xạ trị không có tổn thương da (RTOG_0); tỷ lệ NBUT có tổn thương da ở mức độ nhẹ RTOG_1 chiếm 48,5%, RTOG_2 là 17,8% và RTOG_3 chiếm 4,5%. Không có tổn thương da ở RTOG_4 (loét chảy máu); RTOG_5 (Tử vong).

Bảng 1: Tổn thương da biểu hiện trên nhóm bệnh ung thư

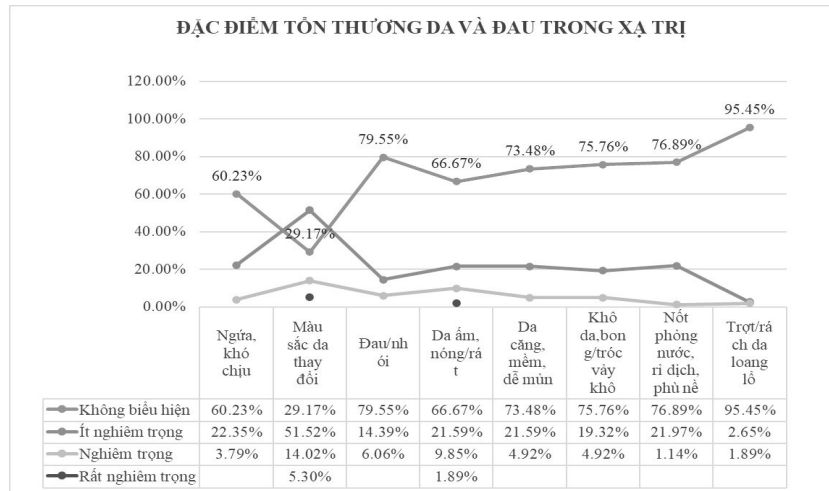
Tổn thương da RTOG	Nhóm bệnh ung thư (n=264)					
	Vú (n=20)	TQ-DD (n=41)	Phổi-TT (n=61)	Đầu-mặt-cổ (n=73)	Đại-Trực/tràng (n=22)	UT khác (n=47)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Độ 0	0 (0)	8(19,5)	26(42,6)	13(17,8)	18(81,8)	12(25,2)
Độ 1	13 (65)	24(58,2)	28(45,9)	38(52,1)	2(9,1)	23(48,9)
Độ 2	4(20)	9(22)	7(11,5)	14(19,2)	2(9,1)	11(23,4)
Độ 3	3(15)	0(0)	0(0)	8(11)	0(0)	1(2,1)

Nhận xét: Có ba nhóm NBUT xạ trị trải qua cả 03 mức độ tổn thương da RTOG từ 1-3 trong đó nhóm NBUT vú chiếm 100% (20/20); NBUT đầu-mặt-cổ là 82,3%. Nhóm NBUT thực quản-dạ dày, phổi-trung thất và nhóm NBUT đại-trực tràng có tỷ lệ tổn thương da

RTOG1-2 lần lượt là 80,2%; 57,4%; 18,2%.

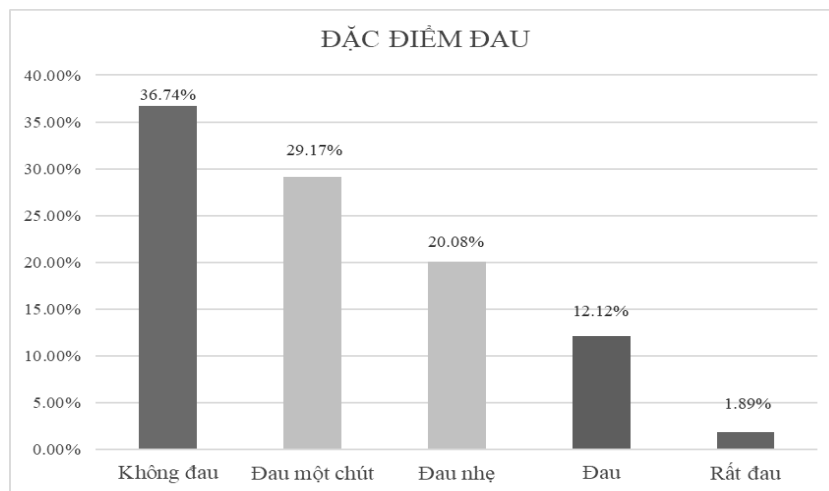
Ngoài việc sử dụng thang đo RTOG⁷, nghiên cứu còn làm rõ tính chất, mức độ tổn thương ở da được đánh giá theo thang đo PSP của Gewandter⁵, thể hiện trong biểu đồ 4.

Biểu đồ 2: Đặc điểm tổn thương trên da và đau



Nhận xét: Tỷ lệ tổn thương chiếm cao nhất là 70,8% tỷ lệ thấp nhất là tình trạng trợt da, rách da loang lỗ NB với biểu hiện thay đổi màu sắc da ở mọi cấp độ, chiếm 4,6%.

Biểu đồ 3: Đặc điểm đau trình quá trình xạ trị theo thang điểm Wong-Baker



Nhận xét: Mức độ đau nhẹ đến rất đau chiếm 34,1%. Thời gian xạ trị ung thư và đặc điểm tổn thương da được trình bày ở bảng 2

3.3. Một số yếu tố liên quan đến điều trị

Bảng 2: Đặc điểm tổn thương trên da và đau theo thời gian xạ trị

Triệu chứng trên da	Sau 2 tuần	Sau 4 tuần	Tuần 6	Trên 6 tuần
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Ngứa, khó chịu	10 (14,5)	19(27,5)	18(26,1)	22(31,9)
Màu da thay đổi từ đỏ sang sẫm/bạc màu	31(16,6)	78(41,7)	54(28,9)	24(12,8)
Đau/nhói(kim châm)trên da	4(7,4)	15(27,8)	19(35,2)	16(29,6)
Da ấm, nóng/rát	4(4,5)	31(35,2)	31(35,2)	22(25)
Da căng, mềm mỏng, dễ mụn	0(0)	23(32,9)	29(41,4)	18(25,7)
Khô da, bong/tróc vảy khô	1(1,6)	15(23,4)	29(45,3)	19(29,7)
Nốt phỏng nước, ri dịch, phù nề	0 (0)	17(27,9)	25(41)	19(31,1)
Trợt/rách da loang lổ	0(0)	3(25)	1(8,3)	8(66,7)

Nhận xét: Từ tuần thứ 4 trở đi xuất hiện với sự thay đổi màu da là nhiều nhất (41,7%); tình trạng khô da, bong tróc vảy khô là thấp nhất (23,4%). Từ tuần thứ 6 cho đến hết liệu trình xạ trị tình trạng khô da, tróc vảy khô, nốt phỏng ...xuất hiện nhiều hơn với tỷ lệ là 45,3%; 41% và 66,7%.

Bảng 3: Mức độ tổn thương da ở các liều chiếu xạ khác nhau

Mức độ tổn thương	21-30Gy n (%)	31-40Gy n (%)	41-50Gy n (%)	51-60Gy n (%)	61-70Gy n (%)
RTOG_0	42(53,2)	21(26,6)	15(19)	1(1,3)	0(0)
RTOG_1-3	33(17,8)	33(17,8)	44(23,8)	54(29,2)	21(11,4)
Tổng(n=264)	75	54	59	55	21

Nhận xét: Không tổn thương da(RTOG_0) ở NBUT có xạ trị với liều xạ < 30Gy(53,2%). Tổn thương da(RTOG_1-3) nhiều nhất ở liều xạ >50Gy(29,4%) và tất cả NB có liều xạ từ 61-70Gy đều có tổn thương ở mức tia xạ này. **Tương quan giữa một số yếu tố với tổn thương da được tìm hiểu thông qua thống kê phân tích được trình bày ở bảng 4.**

Bảng 4. Phân tích một số yếu tố liên quan đến tổn thương da

Yếu tố		Có tổn thương (n, %)	Không tổn thương (n, %)	Chỉ số RR, p
Tuổi	< 60 tuổi	105 (71,4)	42 (28,6)	RR=1,05, p=0,59
	≥ 60 tuổi	80 (68,4)	37 (31,6)	
Thời gian xạ trị	>20 ngày	125 (88)	17 (12)	RR=1,79, p<0,001
	≤ 20 ngày	60 (49,2)	62 (50,8)	
Liều xạ trị	41 – 70 Gy	119 (88,1)	16 (11,9)	RR=1,72, p<0,001
	< 41 Gy	66 (51,2)	61 (48,8)	

Yếu tố		Có tổn thương (n, %)	Không tổn thương (n, %)	Chỉ số RR, p
Phân số liều xạ	180 cGy	30(16,2)	29(36,7)	RR= 0,67 p<0,0031
	>181 cGy	155(83,3)	50(63,3)	
Tiền sử hút thuốc lá	Có	97 (76,4)	30 (23,6)	RR=1,19, p=0,03
	Không	88 (64,2)	49 (35,8)	
Tiền sử dùng rượu bia	Có	108 (78,3)	30 (21,7)	RR=1,28, p=0,03
	Không	77 (61,1)	49 (38,9)	

Nhận xét: Nhóm NBUT với thời gian xạ trên 20 ngày có nguy cơ tổn thương gấp 1,79 lần so với nhóm NB xạ dưới 20 ngày (RR=1,79, p<0,001); liều xạ trên 41 Gy có nguy cơ tổn thương da gấp 1,72 lần so với nhóm NB nhận liều dưới 41Gy (RR=1,72, p<0,001), nhóm NB hút thuốc lá, sử dụng rượu bia có nguy cơ tổn thương da cao gấp 1,19 đến 1,28 lần so với nhóm NB không hút thuốc lá, không sử dụng rượu bia (RR=1,19, p=0,03, và RR=1,28, p=0,03).

4. BÀN LUẬN

Tổn thương da và đau là hai vấn đề thường gặp nhất trong quá trình xạ trị của NBUT. So sánh với kết quả của Salvo⁸ cho thấy phản ứng da (RTOG_2 đến 3) là 85-87%, tỷ lệ NBUT xạ trị có tổn thương da trong NC này thấp hơn hẳn với tỷ lệ là 22,3%. Không có tổn thương da mức độ nặng hoặc rất nặng (RTOG_4 hoặc 5) trên NBUT xạ trị tại Bệnh viện 198. Dù với liều xạ nào NBUT đều có tổn thương da và độc tính của xạ trị dần tích lũy trên da có xu hướng tăng dần theo thời gian với kết quả được mô tả trong Bảng 2,3. Từ tuần thứ 6 trở đi tổn thương da rõ rệt, nặng nề hơn với tỷ lệ RTOG_3 (4,5%) tương đồng với NC của Gewandter⁵ cho thấy yếu tố thời gian và liều xạ trị có liên quan mật thiết với các triệu chứng tổn thương trên da, đau (p=0,014, CI 95% [0,217, 1,896]). Một số nguyên nhân có thể lý giải liên quan đến đặc điểm của bệnh và sự tuân thủ quá trình chăm sóc da NBUT xạ trị.

Trải nghiệm đau đớn dường như là một mối đe dọa đối với chất lượng cuộc sống của NBUT và tỷ lệ NBUT báo cáo đau trong NC của chúng tôi chiếm 63,3% (p=0,06) tương đương với NC của Gewandter⁵. Điều trị giảm đau cho NBUT có xạ trị tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện 19-8 sử dụng thuốc giảm đau dạng steroid, non-steroid với các loại thuốc thường gặp như paracetamol,

ultracet, ketorolac và morphin...

Việc sử dụng thống kê phân tích (RR) trong NC của chúng tôi thấy rằng thời gian xạ càng kéo dài NB sẽ có nguy cơ tổn thương da cao gấp gần 2 lần so với nhóm xạ ngắn ngày (p<0,0001, RR=1,79), liều xạ trị >41 Gy có nguy cơ tổn thương da gần gấp đôi so với nhóm NB nhận liều <41Gy (RR=1,72, p<0,001), nhóm NB hút thuốc lá, uống rượu bia có nguy cơ tổn thương da gấp gần 1,5 lần so với nhóm NB không hút thuốc lá, uống rượu bia. Sử dụng mô hình hồi quy Cox càng chứng minh rõ yếu tố liều xạ trị, phân số liều chiếu xạ trị càng giảm thì nguy cơ tổn thương da, đau của NB có xạ trị càng giảm với p=0,000, 95% CI [0,899-930], HR (hazard risk) là 0.914, có ý nghĩa thống kê; giai đoạn bệnh sớm sẽ khiến NB giảm bớt nguy cơ tổn thương da, đau khi xạ. Các nhân tố liên quan như tuổi, giới đều không phải nguy cơ gây ra tăng tổn thương da và đau cho NBUT có xạ trị.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Đa số tình trạng tổn thương da ở NBUT xạ trị trong NC của chúng tôi chỉ dừng lại mức độ 1-3 (RTOG) trải qua 8 triệu chứng tổn thương trên da và đau như thay đổi màu da, ngứa, rát, đau... Không có tổn thương da mức độ 4,5(RTOG). Các yếu tố dự đoán có ý nghĩa thống kê gồm liều xạ trị, phân số liều xạ trị tỷ lệ thuận với thời gian chiếu xạ; liều xạ càng cao, phân số liều càng lớn, thời gian xạ trị càng dài thì tổn thương da, đau nguy cơ càng cao. NC đánh giá tổn thương da, đau giúp điều dưỡng chủ động phát hiện, phòng ngừa tổn thương da sớm và những triệu chứng khó chịu trên NBUT có xạ trị, đặc biệt lưu ý theo dõi tổn thương da ở những NBUT có thời gian xạ trị dài ngày (>20 ngày), liều xạ (>41Gy), hướng dẫn NBUT tăng số lần sử dụng kem dưỡng ẩm diện da xạ trị trong thời gian này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Brown KR, Rzucidlo E, Acute and chronic radiation injury. Elsevier; 2011.
- [2] Ryan JL, Ionizing radiation: the good, the bad, and the ugly. *Journal of Investigative Dermatology*. 2012;132(3):985-993.
- [3] Lwanga SK, Lemeshow, Stanley & World Health Organization, Sample size determination in health studies : a practical manual / S. K. Lwanga and S. Lemeshow. World Health Organization. Accessed 20/6, 2021. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40062>
- [4] Mannix CM, Bartholomay MM, Doherty CS et al., A feasibility study of low-cost, self-administered skin care interventions in patients with head and neck cancer receiving chemoradiation. *Clinical journal of oncology nursing*. 2012;16(3)
- [5] Gewandter JS, Walker J, Heckler CE et al., Characterization of skin reactions and pain reported by patients receiving radiation therapy for cancer at different sites. *The journal of supportive oncology*. 2013;11(4):183.
- [6] Garra G, Singer AJ, Taira BR et al., Validation of the WongBaker FACES pain rating scale in pediatric emergency department patients. *Academic Emergency Medicine*. 2010;17(1):50-54.
- [7] Cox JD, Toxicity criteria of the radiation therapy oncology group (RTOG) and the European organization for research and treatment of cancer (EORTC). *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1995;31:1341-1346.
- [8] Salvo N, Barnes E, Van Draanen J et al., Prophylaxis and management of acute radiation-induced skin reactions: a systematic review of the literature. *Current Oncology*. 2010;17(4):94.



EVALUATE THE THYROID CANCER PATIENT ARRANGEMENT OF THE NURSE AT THE DEPARTMENT OF NUCLEAR MEDICINE, K HOSPITAL

Do Thi Bich Dao*, Nguyen Quang Toan

Vietnam National Cancer Hospital - 30 Cau Buou street, Tan Trieu, Thanh Tri, Hanoi, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 20/03/2023; Accepted 18/04/2023

ABSTRACT

Purpose: To evaluate the arrangement of thyroid cancer patients to the I-131 inpatient ward by nurses at the Department of Nuclear Medicine, K hospital.

Subjects and methods: Retrospective description of 579 patients with differentiated thyroid cancer who were examined and treated with radioactive iodine (I-131) at the Department of Nuclear Medicine, National Cancer Hospital (K hospital), Tan Trieu Campus.

Results: According to our study, the average age was 47.3 ± 13.67 (the youngest was 7 years old and the oldest was 77 years old), female / male $\sim 4/1$. There were 290 patients taking the diagnostic dose of 5 mCi I-131 (from 32 patients were admitted to the hospital, 17 patients were due to elevated Tg serum level and 15 patients were due to residual thyroid tissue or metastasis). There were 579 patients who were arranged for 14 beds at the inpatient ward unit, the waiting time from post-surgery to the I-131 treatment were 60 ± 12.0 days (the shortest was 13 days and the longest 97 days). Patients who treated with the 100 mCi of I-131 dose accounted for 43%, patients with 50 mCi of I-131 accounted for 33% and patients with 150 mCi and 200 mCi of I-131 dose groups were 11%. The average length of stay in the inpatient ward (radiation safety guaranteed $< 50 \mu\text{Sv/h}$ when leaving the ward) was 4.53 ± 0.86 days (the fastest was 2 days with the dose of 50 mCi and the longest was 4 days with the dose of 200 mCi of I-131). From the establishment of the I-131 inpatient ward from the end of 2019 until now, our department had supervised of about 2.500 patients, but there are only 14 beds in the inpatient ward and there were about 60 patients per week, therefore it is always a difficult task to arrange those beds for patients to ensure the proper treatment time.

Conclusion: Reasonable and effective patients - scheduling with limited medical facilities and human resources plays an important role in ensuring highly effective treatment with pleasure to patients.

Key words: Differentiated thyroid cancer, patient arrangement for radioactive I-131 treatment.

*Corresponding author

Email address: dobichdao100386@gmail.com

Phone number: (+84) 985 610 719

ĐÁNH GIÁ CÔNG TÁC SẮP XẾP NGƯỜI BỆNH UNG THƯ TUYẾN GIÁP ĐIỀU TRỊ I-131 CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI KHOA Y HỌC HẠT NHÂN BỆNH VIỆN K

Đỗ Thị Bích Đào*, Nguyễn Quang Toàn

Bệnh viện K - 30 đường Cầu Bươu, xã Tân Triều, huyện Thanh Trì, Thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 20 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 18 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá công tác sắp xếp người bệnh ung thư tuyến giáp điều trị I-131 của điều dưỡng tại khoa Y học hạt nhân (YHHN) bệnh viện K.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu 579 bệnh nhân (BN) ung thư tuyến giáp (UTTĐ) thể biệt hóa được khám và điều trị bằng I-131 phóng xạ được điều trị tại khoa YHHN từ tháng 8/2022 đến tháng 11/2022 tại Bệnh viện K Trung ương cơ sở Tân Triều.

Kết quả: Trong tổng số BN nghiên cứu, tuổi hay gặp là 47.3 ± 13.67 (nhỏ nhất 7 tuổi và lớn nhất 77 tuổi), nữ / nam ~ 4/1. Số BN uống liều chẩn đoán 5 mCi I-131 là 290 (trong đó nhập viện điều trị là 32 BN, 17 BN do Tg huyết thanh tăng cao và 15 BN do còn sót mô giáp hoặc do di căn). Tổng số BN nhập viện tại khoa là 579 BN, được sắp xếp vào 14 giường bệnh tại đơn vị, thời gian chờ được sắp xếp vào điều trị I-131 sau phẫu thuật là 60 ± 12.0 ngày (nhẹ nhất là 13 ngày và chậm nhất là 97 ngày). BN có liều điều trị 100 mCi chiếm 43%, liều 50 mCi chiếm 33%, liều 150 mCi và liều 200 mCi chiếm tỷ lệ 11%. Thời gian điều trị trung bình nội trú tại khoa (đảm bảo suất liều $< 50 \mu\text{Sv/h}$) là $4,53 \pm 0,86$ ngày (nhẹ nhất 2 ngày với liều 50 mCi và lâu nhất 4 ngày với liều 200 mCi). Từ khi bắt đầu triển khai khu điều trị nội trú I-131 từ cuối năm 2019 đến nay, khoa đang quản lý hơn 2.500 BN, nhưng khu điều trị nội trú chỉ có 14 giường, với lượt điều trị nội trú trung bình khoảng hơn 60 BN / tuần. Vì vậy, việc sắp xếp giường bệnh luôn rất khó khăn để đảm bảo thời gian điều trị nội trú phù hợp.

Kết luận: Việc sắp xếp lịch hẹn hợp lý và hiệu quả, với điều kiện cơ sở vật chất và nhân lực y tế còn hạn chế, có vai trò quan trọng trong việc đảm bảo công tác điều trị đạt hiệu quả cao và đảm bảo sự hài lòng của người bệnh.

Từ khóa: Ung thư tuyến giáp thể biệt hoá, sắp xếp cho người bệnh điều trị I-131.

*Tác giả liên hệ

Email: dobichdao100386@gmail.com

Điện thoại: (+84) 985 610 719



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTTG) chỉ chiếm 1 - 2 % trong tất cả các loại ung thư, tuy nhiên, đối với ung thư các tuyến nội tiết, ung thư tuyến giáp là bệnh ác tính thường gặp nhất, chiếm khoảng 90%. Theo Globocan 2020, ung thư biểu mô tuyến giáp đứng hàng thứ 9 trong các loại ung thư với tần suất là 586.000 ca mới mắc hàng năm, với tỷ lệ mắc bệnh ở phụ nữ là 10.1 trên 100.000 người dân, gấp 3 lần nam giới. Tỷ lệ tử vong là 0.6 trên 100.000 phụ nữ và 0.3 trên 100.000 nam giới, với khoảng 44.000 tử vong ở cả hai giới [1].

Ung thư tuyến giáp được chia làm hai thể theo phân loại mô bệnh học là thể biệt hóa và không biệt hóa. Ung thư thể biệt hóa là phổ biến hơn cả (khoảng 80%), bao gồm thể nhú, thể nang và ung thư tế bào Hurthle. Bệnh tiến triển chậm, chủ yếu phát triển tại chỗ và di căn vùng cổ, nếu phát hiện sớm, chẩn đoán đúng và lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp thì sẽ mang lại hiệu quả cao.

Tỷ lệ tử vong do UTTG thể biệt hóa giảm 20% tại Mỹ, tỷ lệ sống còn sau 10 năm của bệnh nhân (BN) ung thư tuyến giáp thể nhú và thể nang sau phẫu thuật được điều trị bằng I - 131 là 93% và 85% [2].

Tại nhiều cơ sở điều trị ở Việt Nam và trên thế giới, I-131 đã được sử dụng điều trị các bệnh nhân UTTG sau phẫu thuật cắt giáp toàn bộ từ năm 1946. Cho đến nay, hầu hết các nghiên cứu đều khẳng định giá trị của điều trị I-131 ở các bệnh nhân UTTG biệt hóa đã phẫu thuật cắt giáp toàn bộ. Phương pháp này làm giảm tỷ lệ tái phát bệnh, điều trị di căn hạch cổ, di căn xa và làm tăng tỷ lệ sống thêm, giảm tỷ lệ tử vong của bệnh [2], [3], [4].

Công tác hướng dẫn, sắp xếp người bệnh của nhân viên y tế đóng vai trò quan trọng trong khám và điều trị bệnh để đảm bảo người bệnh được chuẩn bị tốt nhất trước khi khám và điều trị đúng thời gian nhằm đạt được hiệu quả điều trị tối ưu nhất, đặc biệt với tình trạng quá tải của các cơ sở y tế. [5], [6], [7]

Từ tháng 12/2019, khoa YHHN Bệnh viện K đã triển khai và đưa vào vận hành khu nội trú điều trị I -131. Tại đây, số lượng BN được chỉ định sử dụng iod phóng xạ để điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa sau phẫu thuật là khá đông và số giường bệnh hạn chế. Để đánh

giá được công tác sắp xếp BN, tìm ra những khó khăn và thuận lợi sau một thời gian triển khai điều trị I-131, chúng tôi thực hiện đề tài "Đánh giá công tác sắp xếp người bệnh ung thư tuyến giáp điều trị I-131 của điều dưỡng tại khoa Y học hạt nhân bệnh viện K" với 2 mục tiêu sau :

1. *Mô tả thực trạng bệnh nhân ung thư tuyến giáp biệt hóa điều trị I-131 tại khoa Y học hạt nhân Bệnh viện K.*
2. *Đánh giá công tác sắp xếp người bệnh ung thư tuyến giáp điều trị I-131 của điều dưỡng tại khoa Y học hạt nhân Bệnh viện K.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu (NC)

Gồm 579 bệnh nhân UTTG thể biệt hóa được khám và điều trị bằng I-131 phóng xạ được điều trị tại khoa Y học hạt nhân Bệnh viện K từ tháng 8/2022 đến tháng 11/2022 tại Bệnh viện K Trung ương cơ sở Tân Triều.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- BN được chẩn đoán xác định UTTG thể biệt hóa sau phẫu thuật cắt giáp toàn bộ.
- BN tuân thủ đúng chế độ ăn kiêng iod trước chẩn đoán và điều trị.
- BN có xét nghiệm thyroglobulin huyết thanh tăng cao và xạ hình (+), được chỉ định điều trị nội trú với I-131.
- BN có hồ sơ đầy đủ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các bệnh nhân không tuân thủ các chế độ ăn kiêng iod trước khi điều trị
- Các bệnh nhân không có đầy đủ hồ sơ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang hồi cứu.

2.3. Phân tích số liệu: Dựa vào phương pháp thống kê toán học trong y học với phần mềm SPSS 22.0.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

3.1.1 Tuổi nhóm NC

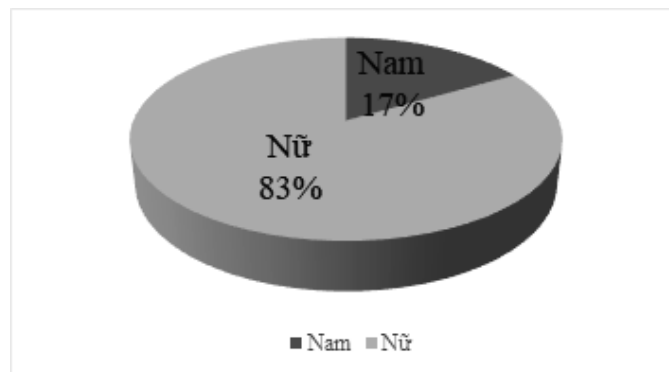
Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi của nhóm NC (đơn vị: tuổi)

Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
47,3 ± 13.67	9	77

Tuổi TB của nhóm NC là 47,3 ± 13.67 tuổi (nhỏ nhất 9 tuổi và cao nhất 77 tuổi), kết quả này tương tự với nhiều NC khác, với lứa tuổi hay gặp là ở nhóm trung niên [4], [5].

3.1.2 Giới

Biểu đồ 3.1. Biểu đồ giới của nhóm NC



Tỷ lệ nữ / nam là ~ 4/1, tương đương với nhiều nghiên cứu khác trong và ngoài nước [2], [4].

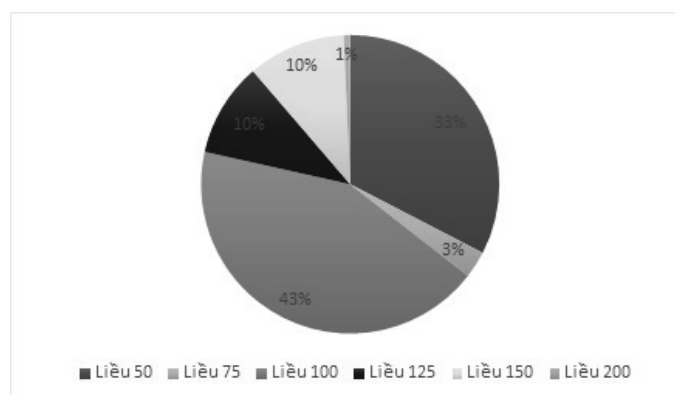
3.1.3. Số BN được chẩn đoán bằng I-131

Tất cả các BN sau điều trị cắt TG toàn bộ sẽ được hẹn lịch, ăn kiêng iod và được uống liều chẩn đoán 2 mCi kết hợp với xét nghiệm Tg và giai đoạn bệnh, từ đó quyết định liều điều trị.

Với các BN đã điều trị I-131 trước đó, tái khám theo hẹn để uống chẩn đoán liều 5 mCi I-131 ngoại trú gồm 290 BN. Trong số này BN cần nhập viện điều trị là 32 BN gồm 17 BN có chỉ số xét nghiệm Tg tăng cao và 15 BN do còn sót mô giáp hoặc di căn trên xạ hình toàn thân.

3.1.4. Số BN được điều trị bằng I – 131

Biểu đồ 3.2. Phân bố liều điều trị các bệnh nhân (đơn vị: mCi)



Trong tổng số 579 BN được điều trị I-131 thì số BN dùng liều 100 mCi là nhiều nhất 43%, sau đó đến liều

50 mCi chiếm 33%; liều 200 mCi chiếm ít nhất (1%) trong nhóm nghiên cứu.



Liều điều trị cũng phản ánh tính chất của UTTG thể biệt hóa. Thường gặp mô giáp còn lại sau phẫu thuật bao gồm cả mô giáp lạnh tính và cả những ổ ung thư rất nhỏ mà không thể phát hiện trên lâm sàng và nhóm bệnh có

tồn thương di căn hạch cổ. Tồn thương di căn xa như di căn xương, di căn phổi... thường ít gặp hơn.

3.1.5. Thời gian sau phẫu thuật đến khi được điều trị I-131 tại khoa

Bảng 3.3. Thời gian sau phẫu thuật đến khi được điều trị I-131 (đơn vị tính: ngày)

Trung bình	Min	Max
60 ± 12,0	13	97

Thông thường, BN UTTG sau điều trị phẫu thuật cắt giáp toàn bộ và nạo vét hạch 4-6 tuần, ăn kiêng iod ít nhất 2 tuần trước khi được hẹn vào điều trị. Phần lớn các BN nghiên cứu được điều trị sau phẫu thuật 60 ± 12,0

ngày, với công suất 14 giường bệnh và số BN đông, khoa YHHN vẫn luôn đảm bảo được thời gian điều trị tốt nhất, đúng chỉ định và không để BN phải chờ đợi lâu.

3.1.6. Thời gian nằm viện điều trị I-131

Bảng 3.4. Thời gian nằm viện điều trị I-131 (đơn vị: ngày)

Trung bình	Min	Max
4,53 ± 0,86	2	7

Các BN được điều trị cách li trong khu nội trú trong nhóm NC trung bình là 4,53 ± 0,86 ngày, các BN này khi ra viện đều phải đảm bảo khi đo suất liều < 50 µSv/h. Nhóm BN suất liều sớm là nhóm liều thấp 50-75 mCi, các BN liều cao sẽ phải điều trị kéo dài thời gian hơn.

Từ khi bắt đầu triển khai khu điều trị nội trú I-131 cho BN ung thư tuyến giáp thể biệt hóa từ cuối năm 2019 đến nay, khoa YHHN Bệnh viện K hiện đang quản lý hơn 2.500 BN, nhưng khu điều trị nội trú chỉ có 14 giường, với lượt điều trị nội trú trung bình khoảng hơn 60 BN/tuần. Vì vậy, việc sắp xếp giường bệnh phù hợp luôn rất khó khăn để đảm bảo thời gian điều trị nội trú phù hợp cho mỗi BN.

3.2. Công tác chăm sóc người bệnh

Công tác sắp xếp lịch hẹn hợp lý và hiệu quả có vai trò quan trọng trong việc, đảm bảo công tác điều trị đạt hiệu quả cao và đảm bảo sự hài lòng của người bệnh [7] [8].

Các công việc đánh giá, phân loại sắp xếp của người điều dưỡng trong khoa bao gồm:

- Sau khi được mổ cắt toàn bộ tuyến giáp chuyển từ các

khoa phẫu thuật xuống hoặc từ các tuyến tỉnh chuyển về khoa Y học hạt nhân, điều dưỡng hỗ trợ bác sĩ khám bệnh nhân, dựa vào các kết quả xét nghiệm điều dưỡng cùng bác sĩ sắp xếp lịch hẹn điều trị cho phù hợp từng BN, cụ thể như sau:

- Sau mổ 4-6 tuần sẽ sắp xếp cho BN điều trị, ưu tiên những bệnh nhân có nguy cơ cao như di căn phổi, di căn xương ... trẻ em, người già.

- Dự kiến đặt thuốc cho từng đợt điều trị. Vì số lượng giường hạn chế, BN điều trị ngày một tăng, để tránh việc ùn tắc bệnh nhân, BN không phải chờ đợi lâu thì phải ưu tiên những bệnh nhân liều thấp (50 mCi, 75mCi,...) sẽ được điều trị vào đầu tuần. Vì những liều này BN chỉ cần ở nội trú 02 ngày, sau đó ra ngoại trú về nhà cách ly. Theo thống kê, những BN này sau khi điều trị nội trú 02 ngày thì 100% đạt yêu cầu suất liều ở khoảng cách 1 mét < 50 µSv/h theo quy định.

- Đối với những BN liều 100 mCi, 150 mCi hoặc hơn: Sắp xếp BN điều trị vào những ngày cuối tuần để nằm nội trú khoảng từ 03 ngày trở lên, sau đó đo suất liều đủ điều kiện sẽ cho BN ra ngoại trú.

- Từ những việc sắp xếp hợp lý như trên, đội ngũ nhân viên y tế có thể hỗ trợ tốt hơn, nâng cao sự hài lòng

cho người bệnh khi được khám và điều trị tại đơn vị, khoa phòng.

- Người bệnh sau khi được hướng dẫn lịch ngừng hormone T4 (khoảng 4 tuần) và chế độ ăn kiêng iod (ít nhất 2 tuần), đến lịch hẹn BN lên điều trị, công việc của điều dưỡng khoa YHHN cụ thể như sau:

3.2.1. Đối với bệnh nhân ngoại trú

- Tiếp đón BN.

- Sắp xếp BN lần lượt vào khám bệnh theo thứ tự.

- Sau khi bệnh nhân được khám bệnh, bác sĩ ra chỉ định, điều dưỡng hướng dẫn BN đi làm xét nghiệm.

- Sau khi có kết quả xét nghiệm, bác sĩ kết luận đủ điều kiện uống thuốc liều chẩn đoán 2mCi hay 5 mCi I-131, điều dưỡng hẹn giờ cụ thể cho BN đến uống và lập danh sách cho uống.

3.2.2. Đối với bệnh nhân nội trú

- Lấy máu làm các xét nghiệm.

- Hướng dẫn thủ tục nhập khoa, hướng dẫn nội quy khoa phòng.

- Hướng dẫn BN đi làm xét nghiệm tại các phòng của khu khám bệnh.

- Sau khi đã có đầy đủ kết quả xét nghiệm, bác sĩ hội chẩn thông qua liều điều trị cụ thể cho từng BN, điều dưỡng ghi nhận và có nhiệm vụ sắp xếp thời gian uống iod hợp lý.

3.2.3. Trước khi cho bệnh nhân uống liều điều trị I-131:

+ BN phải kí giấy cam kết chấp nhận sử dụng thuốc phóng xạ, và cam kết không có thai đối với BN là nữ đang trong độ tuổi sinh đẻ trước khi cho uống.

+ Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp.

+ Hướng dẫn BN dùng thuốc chống nôn hoặc các thuốc khác theo chỉ định của bác sĩ.

+ Hướng dẫn BN tiếp tục ngừng hormone và ăn kiêng đến khi có chỉ định uống hormone trở lại và ăn uống lại theo chế độ không kiêng iod.

+ Sắp xếp BN đứng thành hàng theo danh sách cho uống đã được chuẩn bị.

+ Sắp xếp BN cùng liều hoặc cùng dùng một viên thuốc

có liều lượng mCi giống nhau vào một hàng.

+ Sắp xếp BN ngoại trú được uống điều trị trước, các BN điều trị nội trú uống điều trị sau.

+ Gọi tên từng người đứng trước tấm chắn chì, đổi chiều lại một lần nữa đứng BN, đứng liều dùng, sau đó phát thuốc cho BN uống và giám sát.

+ Khi người bệnh ngoại trú uống liều chẩn đoán xong, hướng dẫn BN ra về và tự cách ly tại nhà. Hẹn ngày đến chụp xạ hình cho người bệnh.

+ Đối với bệnh nhân nội trú, khi người bệnh uống liều điều trị xong, sắp xếp BN cùng liều điều trị ở cùng phòng để tránh phơi nhiễm phóng xạ (ví dụ: các BN dùng liều 50 mCi thì ở chung phòng, khác giường và có tấm chì di động che chắn, các BN liều khác: 100 mCi, 150 mCi, 200 mCi... cũng được thực hiện tương tự).

4. KẾT LUẬN

Việc sắp xếp lịch hẹn hợp lý và hiệu quả có vai trò quan trọng trong việc, đảm bảo công tác điều trị đạt hiệu quả cao và đảm bảo sự hài lòng của người bệnh với điều kiện cơ sở vật chất và nhân lực y tế còn hạn chế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries - Sung - 2021 - CA: A Cancer Journal for Clinicians - Wiley Online Library.
- [2] Schmidbauer B, Menhart K, Hellwig D et al., Differentiated Thyroid Cancer—Treatment: State of the Art. Int J Mol Sci, 18(6), 1292, 2017.
- [3] Tomlinson S, Linton L, Bauer AJ et al., Teaching Guidelines for the Nurse Caring for the Pediatric Thyroid Cancer Patient Receiving Radioactive Iodine Treatment (I-131). J Pediatr Nurs Nurs Care Child Fam, 31(3), 365, 2016.
- [4] Wang X, Xiao J, Jiang G, Real time medical data monitoring and iodine 131 treatment of thyroid cancer nursing analysis based on



- embedded system. *Microprocess Microsyst*, 81, 103660, 2021.
- [5] Nguyen QT, Lee EJ, Huang MG et al., Diagnosis and Treatment of Patients with Thyroid Cancer. *Am Health Drug Benefits*, 8(1), 30–40, 2015.
- [6] Watkinson JC, The British Thyroid Association guidelines for the management of thyroid cancer in adults. *Nucl Med Commun*, 25(9), 897, 2004.
- [7] Bộ Y tế, Quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện, 2021
- [8] Hằng HT, Hải LQ, Phương TV et al., Khẩu phần ăn trước điều trị I-131 của người bệnh ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2020 - 2021. *Tạp chí Nghiên cứu học*, 146(10), 65–70, 2021.

FACTORS RELATED TO PALLIATIVE CARE NEEDS OF CANCER PATIENTS TREATED AT NAM DINH GENERAL HOSPITAL IN 2020

Pham Thu Diu*, Pham Thi Hieu, Le Thi Ngoc Thuy, Dinh Quoc Bao, Duong Dinh Dung

Nam Dinh University of Nursing - 257 Han Thuyen street, Nam Dinh City, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 20/03/2023; Accepted 20/04/2023

ABSTRACT

Objective: Identify a number of factors related to the palliative care needs of cancer patients treated inpatients at Nam Dinh General Hospital.

Method: The cross-sectional description study involved over 350 cancer patients who met the sampling criteria.

Results: There is a statistically significant association between demand factors and some common characteristics of the subject of study. Age, gender, occupation, and stage of disease are associated with the need for medical information; age, education, occupation and stage of illness are related to physical and living needs; gender, education, and occupational factors are associated with psychological needs; Age and stage of illness are associated with the need for care ($p < 0.05$).

Conclusions: Cancer patients have different needs according to each group of needs and characteristics of patients. Therefore, it must depend on the needs and characteristics of the patient to have an appropriate and effective care plan.

Keywords: Palliative care, needs, related factors.

*Corresponding author
Email address: thudiu86nd@gmail.com
Phone number: (+84) 975 531 319



MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN NHU CẦU CHĂM SÓC GIẢM NHẸ CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2020

Phạm Thu Dìu*, Phạm Thị Hiếu, Lê Thị Ngọc Thúy, Đinh Quốc Bảo, Dương Đình Dũng

Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định - 257 đường Hàn Thuyên, Thành phố Nam Định, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 20 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 20 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số yếu tố liên quan đến nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh ung thư điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang phỏng vấn trên 350 người bệnh ung thư đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu.

Kết quả: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố nhu cầu với một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Yếu tố tuổi, giới tính, nghề nghiệp và giai đoạn bệnh có mối liên quan đến nhu cầu về thông tin y tế; yếu tố tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp và giai đoạn bệnh có mối liên quan đến nhu cầu về thể chất, sinh hoạt; yếu tố giới tính, trình độ học vấn và nghề nghiệp có mối liên quan đến nhu cầu về tâm lý; Tuổi, giai đoạn bệnh là yếu tố có mối liên quan đến nhu cầu về dịch vụ chăm sóc ($p < 0,05$).

Kết luận: Người bệnh ung thư có nhu cầu khác nhau theo từng nhóm nhu cầu và đặc trưng của người bệnh. Vì vậy, phải tùy theo nhu cầu và đặc trưng của người bệnh để có kế hoạch chăm sóc phù hợp, hiệu quả.

Từ khóa: Chăm sóc giảm nhẹ, nhu cầu, yếu tố liên quan.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay với sự phát triển kinh tế, xã hội cùng với lối sống thiếu khoa học và các thói quen xấu như hút thuốc, uống rượu, chế độ dinh dưỡng không hợp lý; môi trường ô nhiễm; sự già hóa dân số dẫn đến tỷ lệ mắc bệnh ung thư ngày càng gia tăng. Bệnh ung thư thường gây ra nhiều triệu chứng như đau đớn, suy sụp tinh thần, trở thành gánh nặng cho người bệnh (NB), gia

đình và cho toàn xã hội. Chăm sóc giảm nhẹ (CSGN) sẽ góp phần làm giảm tất cả các loại thương tổn về thực thể, tâm lý, xã hội, tinh thần với mục đích nâng cao sự hài lòng, chất lượng cuộc sống của NB cũng như gia đình NB [4]. Việc tìm hiểu nhu cầu CSGN và xác định một số yếu tố liên quan đến nhu cầu CSGN của NB là thực sự cần thiết để từ đó có kế hoạch chăm sóc phù hợp nâng cao chất lượng chăm sóc và sự hài lòng của NB. Từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với

*Tác giả liên hệ
Email: thudiu86nd@gmail.com
Điện thoại: (+84) 975 531 319

mục tiêu: *Xác định một số yếu tố liên quan đến nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh ung thư điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

NB ung thư đang điều trị nội trú tại khoa Ung bướu Bệnh viện tỉnh Nam Định.

NB từ 18 tuổi trở lên, có đủ sức khỏe để trả lời các câu hỏi phỏng vấn.

NB đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

NB nặng không đủ minh mẫn để trả lời.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ tháng 12/2019 đến tháng 8/2020.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Ung bướu - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: 350 NB ung thư.

Phương pháp chọn mẫu: Tất cả NB đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Phỏng vấn trực tiếp NB dựa trên bộ câu hỏi soạn sẵn.

2.5. Bộ công cụ, thang đo, tiêu chuẩn đánh giá

2.5.1. Công cụ thu thập số liệu

Bộ công cụ được xây dựng dựa trên Quyết định số 3483/BYT ngày 15/09/2006 về việc ban hành “Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ đối với người bệnh ung thư và

AIDS” [1] và một số nghiên cứu khác [5],[6]. Bộ câu hỏi xác định nhu cầu của NB trên 5 yếu tố: Nhu cầu về thông tin y tế; nhu cầu về thể chất, sinh hoạt; nhu cầu về tâm lý; nhu cầu về dịch vụ chăm sóc; nhu cầu về giao tiếp.

2.5.2. Thang đo, tiêu chuẩn đánh giá

Với mỗi nội dung câu hỏi: NB sẽ trả lời “Có” hoặc “Không” tùy thuộc vào việc NB có hay không có nhu cầu. NB được xác định là “Có nhu cầu” khi số câu trả lời “Có” >50% tổng số câu hỏi của yếu tố đó. NB được xác định là “Không có nhu cầu” khi số câu trả lời “Có” ≤50% tổng số câu hỏi của yếu tố đó.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu

Xử lý trên phần mềm SPSS 20.0 và áp dụng các test thống kê y học.

2.7. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Y đức trường Đại học Điều dưỡng Nam Định và sự đồng ý của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) là 64,2±11,8 tuổi. Trong đó độ tuổi từ 60 tuổi trở lên chiếm 69%; dưới 60 tuổi chiếm 31%. 69% là nam giới trong khi nữ giới chỉ chiếm 31%. Đa số là nông dân, công nhân có trình độ học vấn từ THPT trở xuống. ĐTNC điều trị bệnh ở giai đoạn III là cao nhất chiếm 52,6%; giai đoạn IV chiếm 21,4%; giai đoạn II là 16% và tỷ lệ thấp nhất ở giai đoạn I chiếm 10%.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh

3.2.1. Mối liên quan giữa nhu cầu về thông tin y tế với các đặc điểm chung của ĐTNC



Bảng 3.1. Mối liên quan giữa nhu cầu về thông tin y tế với đặc điểm chung của ĐTNC

Đặc điểm chung của ĐTNC		Nhu cầu về thông tin y tế				χ ² , P
		Có nhu cầu		Không có nhu cầu		
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Giới tính	Nam	73	67,0	36	33,0	0,001
	Nữ*	199	82,6	42	17,4	
Tuổi	Dưới 60 tuổi	68	63,0	40	37,0	0,000
	Trên 60 tuổi*	204	84,3	38	15,7	
Trình độ học vấn	Từ THPT trở xuống	248	77,5	72	22,5	0,692
	Trung cấp, cao đẳng trở lên	24	80,0	6	20,0	
Nghề nghiệp	Nông dân, công nhân	179	73,1	66	26,9	0,003
	Cán bộ viên chức, hưu trí*	93	88,6	12	11,4	
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn I, II	50	54,9	41	45,1	0,000
	Giai đoạn III, IV*	222	85,7	37	14,3	

Nhận xét: Giới tính, tuổi, nghề nghiệp, giai đoạn bệnh có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đến nhu cầu về thông tin y tế (p<0,05).

Trình độ học vấn không có mối liên quan đến nhu cầu

về thông tin y tế (p>0,05).

3.2.2. Mối liên quan giữa nhu cầu về thể chất, sinh hoạt hàng ngày với các đặc điểm chung của ĐTNC

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa nhu cầu thể chất, sinh hoạt với đặc điểm chung của ĐTNC

Đặc điểm chung của ĐTNC		Nhu cầu thể chất, sinh hoạt				χ ² , P
		Có nhu cầu		Không có nhu cầu		
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Giới tính	Nam	183	75,9	58	24,1	0,320
	Nữ*	88	80,7	21	19,3	
Tuổi	Dưới 60 tuổi	60	55,6	48	44,4	0,000
	Trên 60 tuổi*	211	87,2	31	12,8	
Trình độ học vấn	Từ THPT trở xuống	242	75,6	78	24,4	0,020
	Trung cấp, cao đẳng trở lên	29	96,7	1	3,3	
Nghề nghiệp	Nông dân, công nhân	172	70,2	73	29,8	0,000
	Cán bộ viên chức, hưu trí*	99	94,3	6	5,7	
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn I, II	60	65,9	31	34,1	0,001
	Giai đoạn III, IV*	211	81,5	48	18,5	

Nhận xét: Yếu tố tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, giai đoạn bệnh có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nhu cầu hỗ trợ thể chất, sinh hoạt ($p < 0,05$).
Giới tính là yếu tố không có mối liên quan có ý nghĩa

thống kê đến nhu cầu về thể chất, sinh hoạt ($p > 0,05$).

3.2.3. Mối liên quan giữa nhu cầu về tâm lý với các đặc điểm chung của ĐTNC

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa nhu cầu tâm lý với đặc điểm chung của ĐTNC

Đặc điểm chung của ĐTNC		Nhu cầu tâm lý				χ^2, P
		Có nhu cầu		Không có nhu cầu		
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Giới tính	Nam	161	66,8	80	33,2	0,034
	Nữ*	85	78,0	24	22,0	
Tuổi	Dưới 60 tuổi	82	75,9	26	24,1	0,123
	Trên 60 tuổi*	164	67,8	78	32,2	
Trình độ học vấn	Từ THPT trở xuống	218	68,1	102	31,9	0,000
	Trung cấp, cao đẳng trở lên	28	93,3	2	6,7	
Nghề nghiệp	Nông dân, công nhân	161	65,7	84	34,3	0,000
	Cán bộ viên chức, hưu trí*	85	81,0	20	19,0	
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn I, II	57	62,6	34	37,4	0,244
	Giai đoạn III, IV*	189	73,0	70	27,0	

Nhận xét: Yếu tố giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đến nhu cầu hỗ trợ về tâm lý ($p < 0,05$).
Yếu tố tuổi, giai đoạn bệnh không có mối liên quan có

ý nghĩa thống kê đến nhu cầu hỗ trợ về tâm lý ($p > 0,05$).

3.2.4. Mối liên quan giữa nhu cầu hỗ trợ về dịch vụ chăm sóc với đặc điểm chung của ĐTNC

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa nhu cầu hỗ trợ về dịch vụ chăm sóc với đặc điểm chung của ĐTNC

Đặc điểm chung của ĐTNC		Nhu cầu hỗ trợ dịch vụ chăm sóc				χ^2, P
		Có nhu cầu		Không có nhu cầu		
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Giới tính	Nam	178	73,9	63	26,1	0,185
	Nữ*	73	67,0	36	33,0	
Tuổi	Dưới 60 tuổi	66	61,1	42	38,9	0,003
	Trên 60 tuổi*	185	76,4	57	23,6	
Trình độ học vấn	Từ THPT trở xuống	226	70,6	94	29,4	0,121
	Trung cấp, cao đẳng trở lên	25	83,3	5	16,7	
Nghề nghiệp	Nông dân, công nhân	170	69,4	75	30,6	0,262
	Cán bộ viên chức, hưu trí*	81	77,1	24	22,9	
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn I, II	38	41,8	53	58,2	0,000
	Giai đoạn III, IV*	213	82,2	46	17,8	



Nhận xét: Tuổi, giai đoạn bệnh là yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đến nhu cầu về dịch vụ chăm sóc ($p < 0,05$).

Giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp là yếu tố không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đến nhu cầu về dịch vụ chăm sóc ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Một số yếu tố liên quan đến nhu cầu hỗ trợ thông tin y tế của ĐTNC

Nghiên cứu cho thấy yếu tố giới tính, tuổi, nghề nghiệp, giai đoạn bệnh có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với nhu cầu hỗ trợ thông tin y tế ($p < 0,05$). Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Liên và Đỗ Thị Thắm [5],[6]. Trong xã hội hiện nay những người trẻ họ dễ dàng tìm kiếm thông tin từ nhiều nguồn khác nhau như Internet, sách, báo... Còn ở nhóm cao tuổi nguồn thông tin họ nhận được chủ yếu là từ nhân viên y tế (NVYT) nên nhu cầu của họ về thông tin y tế cao hơn.

ĐTNC là cán bộ viên chức, hưu trí, giai đoạn bệnh càng muộn nhu cầu về thông tin càng cao. Hầu hết NB khi phát hiện bệnh đã ở giai đoạn muộn và ở những người nhiều tuổi nên ở giai đoạn bệnh càng nặng thì nhu cầu của họ càng cao. Khả năng họ muốn tìm kiếm thông tin y tế về chẩn đoán bệnh, phương pháp điều trị, tiên lượng của bệnh, các xét nghiệm cần thiết hay các địa điểm tin cậy để điều trị từ các nguồn khác nhau nhiều hơn.

Vì vậy, phải thường xuyên tìm hiểu nhu cầu về thông tin y tế của NB để cung cấp các thông tin cho NB một cách kịp thời.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến nhu cầu thể chất, sinh hoạt của ĐTNC

Kết quả cho thấy: Tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, giai đoạn bệnh có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đến nhu cầu về thể chất, sinh hoạt ($p < 0,05$). Nghiên cứu về các nhu cầu của NB ung thư ở Trung tâm Ung thư quốc gia Hàn Quốc cũng cho thấy những người có trình độ học vấn càng cao nhu cầu về thể chất càng cao [7]. Tuổi càng cao thì sức khỏe thể chất càng suy giảm cùng với đó giai đoạn bệnh càng nặng việc tự chăm sóc cho bản thân càng gặp nhiều khó khăn nên họ cần sự chăm sóc, giúp đỡ của những người thân cũng như sự

hỗ trợ của NVYT nhiều hơn. Ngoài ra, những người có trình độ học vấn cao là cán bộ viên chức, hưu trí thì nhu cầu cần hỗ trợ thể chất, sinh hoạt hàng ngày của họ càng cao. Điều đó cũng hoàn toàn phù hợp vì những người có trình độ học vấn thấp thường là những người làm việc lao động chân tay nên sức khỏe của họ sẽ dẻo dai hơn, khả năng chịu đựng tốt hơn nên nhu cầu của họ sẽ thấp hơn.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến nhu cầu hỗ trợ về tâm lý của ĐTNC

Nghiên cứu cho thấy nữ giới, trình độ học vấn cao và cán bộ viên chức, hưu trí có nhu cầu hỗ trợ tâm lý cao hơn. Nhiều nghiên cứu cho thấy nữ giới và những người có trình độ học vấn cao dễ bị trầm cảm cao hơn so với những người có trình độ học vấn thấp [2],[6],[9].

Nữ giới thường có tâm lý yếu đuối, hay lo lắng và dễ nhạy cảm, khi bị bệnh dễ bị tác động và ảnh hưởng đến tâm lý hơn nên họ sẽ bộc lộ nhu cầu nhiều hơn. Những người có trình độ học vấn cao, là cán bộ, công nhân viên họ dễ bị căng thẳng, stress trong công việc, học tập... Khi bị bệnh họ cần nhiều hơn sự gần gũi, động viên, chia sẻ của gia đình, bạn bè và NVYT để giúp họ giảm bớt tâm lý chán nản, mệt mỏi về thể chất cũng như tinh thần.

4.4. Một số yếu tố liên quan đến nhu cầu về dịch vụ chăm sóc của ĐTNC

Độ tuổi từ 60 tuổi trở lên và giai đoạn bệnh càng nặng thì nhu cầu cần hỗ trợ dịch vụ chăm sóc càng cao. Nghiên cứu của một bệnh viện ở Iran cho thấy 94,5% ĐTNC được nhận hỗ trợ từ người thân cũng như các tổ chức xã hội. Không có mối liên quan đáng kể về giới tính, tuổi, trình độ học vấn cũng như giai đoạn bệnh với nhu cầu xã hội [8]. Do sự khác nhau về đặc điểm văn hóa, kinh tế cũng như đặc điểm về ĐTNC thì sự khác biệt đó là điều dễ hiểu. Ở nước ta chưa có nhiều chính sách xã hội cho NB đặc biệt là chưa có chính sách riêng cho NB ung thư. Tuổi cao, sức khỏe thể chất suy giảm, họ không có khả năng lao động, nguồn thu nhập bị ảnh hưởng trong khi điều trị bệnh ung thư lại rất tốn kém, bệnh thường nặng do mắc nhiều bệnh đi kèm nên nhu cầu về các dịch vụ chăm sóc của họ càng lớn [10]. Do đó, rất cần có các chính sách hỗ trợ và sự quan tâm chăm sóc từ các đoàn thể, các tổ chức xã hội tới NB ung thư và chú trọng hơn ở những người cao tuổi và bệnh nặng.

5. KẾT LUẬN

Mức độ nhu cầu ở NB ung thư là rất lớn và không thể đáp ứng được tất cả các nhu cầu của NB. Vì vậy, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cần tìm hiểu mức độ nhu cầu của NB và đặc biệt quan tâm tới đối tượng cao tuổi, bệnh nặng, chăm sóc dựa trên bằng chứng để cung cấp dịch vụ chăm sóc tối ưu. Ngoài sự động viên, chăm sóc từ gia đình và NVYT rất cần có sự hợp tác đa ngành với các chuyên gia ở các lĩnh vực khác nhau như chuyên gia tâm lý, dinh dưỡng, phục hồi chức năng [3], cùng sự hỗ trợ của các tổ chức xã hội tại địa phương hoặc cộng đồng. Từ đó giúp NB có tâm lý thoải mái, vượt qua các lo lắng trong điều trị, các lo lắng về tài chính để họ có thể đưa ra các quyết định chính xác, phù hợp nhất trong việc điều trị bệnh của mình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ đối với người bệnh ung thư và AIDS. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2006.
- [2] Trần Thị Hào, Nghiên cứu nhu cầu khám chữa bệnh ung thư, chăm sóc giảm nhẹ và một số yếu tố liên quan của người dân tại 10 tỉnh Việt Nam năm 2014. Luận văn Thạc sĩ y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội, 2014.
- [3] Nguyễn Minh Hùng, Đánh giá sự hài lòng của người bệnh ung thư và gia đình người bệnh khi tham gia dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ. Tạp chí y - được học Quân sự. 2014, tr. 41-47, 2014.
- [4] Krakauer Eric L và cộng sự, Tài liệu tập huấn cơ bản: Chăm sóc giảm nhẹ cho bệnh nhân HIV/AIDS và ung thư ở Việt Nam, 2007.
- [5] Trần Thị Liên, Nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh ung thư điều trị nội trú tại Trung tâm Ung Bướu – Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2019. Luận văn Thạc sĩ Điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, 2019.
- [6] Đỗ Thị Thắm, Nguyễn Minh An, Nguyễn Đăng Trường, Một số yếu tố liên quan đến nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng tại bệnh viện K. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng. 2(1), tr.73-82, 2018.
- [7] Jung AL et al., Analysis of the Factors Related to the Needs of Patients with Cancer. Journal of Preventive Medicine and Public Health. 43(3), p. 222-234, 2010.
- [8] Nayyereh N, Fariba T, Social support in cancer patients referring to Sayed Al-Shohada Hospital. Iranian journal of nursing and midwifery research. 17(4), p. 279, 2012.
- [9] Paul TO, Omolola S, Olamijulo OF, Pattern and predictors of unmet supportive care needs in cancer patients. Cureus. 9(5), 2017.
- [10] Grant RW et al., Unmet social support needs among older adults with cancer. Cancer. 125(3), p. 473-481.



ASSESSMENT OF PALLIATIVE CARE PATIENTS' QUALITY OF LIFE AT CAN THO ONCOLOGY HOSPITAL IN 2022

Vo Thuy Trieu, Thach Thi Si Phone Di, Nguyen Thi Thanh Thuy, Nguyen Thi Cong Vien, Pham Thi Thanh Hoa, Mai Van Nha

Can Tho Oncology Hospital - 4 Chau Van Liem street, An Lac Ward, Ninh Kieu District, Can Tho City, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 18/03/2023; Accepted 21/04/2023

ABSTRACT

Object: Assessment of palliative care patients' quality of life at Can Tho oncology hospital in 2022.

Materials and Method: A cross-sectional study of 55 palliative care inpatients at Can Tho Oncology Hospital from 01/2022 to 10/2022.

Results: There were 55 case studies in all, with 27 (49.09%) men and 28 (50.91%) women, with the age range of 41 to 60 years old being the most prevalent. The EORTC QLQ - C30. The overall health of The global average quality of life was $52,85 \pm 21,72$. There were also quality differences in physical function indexes, fatigue symptoms, and financial difficulties. The quality of life varies between age group and pain symptom index, as do educational levels.

Conclusion: Quality of life of palliative care patients is low. Therefore, we need to pay attention to enhance the patient's physical state, improve symptoms of fatigue, and pain, and find financial assistance for patients to enhance life quality for palliative care patients.

Keywords: Palliative care, oncology hospital, quality of life.

*Corresponding author

Email address: thuytrieu2207@gmail.com

Phone number: (+84) 938 281 200

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG BỆNH NHÂN CHĂM SÓC GIẢM NHỆ TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2022

Võ Thủy Triều*, Thạch Thị Si Phone Đi, Nguyễn Thị Thanh Thủy, Nguyễn Thị Công Viên, Phạm Thị Thanh Hoa, Mai Văn Nhã

Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ - Số 4 Châu Văn Liêm, An Lạc, Ninh Kiều, TP. Cần Thơ, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 18 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 21 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân chăm sóc giảm nhẹ tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ năm 2022.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm 55 bệnh nhân chăm sóc giảm nhẹ tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ.

Kết quả: Trong tổng số 55 trường hợp nghiên cứu, 27 (49,09%) là nam và 28 (50,91%) là nữ, nhóm tuổi thường gặp là từ 41 đến 60 tuổi. Chất lượng cuộc sống được đánh giá bằng thang điểm EORTC QLQ – C30. Điểm trung bình chất lượng cuộc sống (CLCS) trong nghiên cứu là $52,85 \pm 21,72$. Và các chỉ số chức năng thể chất, triệu chứng mệt mỏi, khó khăn tài chính có sự khác biệt về CLCS với nhóm tuổi, chỉ số triệu chứng đau có sự khác biệt về CLCS giữa các trình độ học vấn khác nhau.

Kết luận: Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân chăm sóc giảm nhẹ thì tương đối thấp. Do đó chúng ta cần quan tâm đến việc nâng cao thể trạng của bệnh nhân, cải thiện triệu chứng mệt mỏi, đau đớn và tìm hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân để nâng cao CLCS cho bệnh nhân CSGN.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống (CLCS), chăm sóc giảm nhẹ (CSGN), Bệnh viện Ung bướu

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc giảm nhẹ là một hình thức của chăm sóc toàn diện, lấy bệnh nhân làm trung tâm, tất cả các hoạt động điều trị và chăm sóc đều hướng đến cải thiện CLCS cho bệnh nhân và gia đình bệnh nhân. Trong đó, kết quả điều trị bệnh không chỉ được xem xét dưới góc độ y khoa thuần túy mà còn dưới góc độ tâm lý, xã hội và kinh tế. Do đó chất lượng cuộc sống của bệnh nhân

chăm sóc giảm nhẹ là kết quả của quá trình điều trị và chăm sóc toàn diện cho bệnh nhân.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới ước tính mỗi năm thế giới có hơn 56,8 triệu người cần chăm sóc giảm nhẹ, trong đó 25,7 triệu người gần giai đoạn cuối đời [2].

Vấn đề được Bệnh viện chúng tôi quan tâm là chất lượng cuộc sống của bệnh nhân chăm sóc giảm nhẹ ở thời điểm hiện tại như thế nào? Các yếu tố nào làm ảnh hưởng đến chất lượng bệnh nhân chăm sóc giảm nhẹ?

*Tác giả liên hệ

Email: thuytrieu2207@gmail.com

Điện thoại: (+84) 938 281 200



Để góp phần nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc bệnh nhân nhóm nghiên cứu chúng tôi thực hiện đề tài **“Đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân chăm sóc giảm nhẹ tại Bệnh viện Ung Bướu thành phố Cần Thơ năm 2022”** mục tiêu như sau:

1. Mô tả một số đặc điểm của bệnh nhân chăm sóc giảm nhẹ tại Bệnh viện Ung Bướu thành phố Cần Thơ năm 2022.
2. Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân chăm sóc giảm nhẹ.
3. Xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến bệnh nhân chăm sóc giảm nhẹ.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu Tất cả bệnh nhân được chỉ định CSGN lần đầu tiên và điều trị nội trú tại bệnh viện Ung Bướu thành phố Cần Thơ.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

- + Tất cả đối tượng nghiên cứu được chẩn đoán ung thư và có chỉ định CSGN điều trị nội trú tại Khoa Nội 1 – Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Cần Thơ.
- + Đối tượng nghiên cứu được chỉ định CSGN lần đầu.
- + Đối tượng nghiên cứu là người trưởng thành trên 18 tuổi.
- + Đối tượng được giải thích đầy đủ và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Đối tượng nghiên cứu có điều trị đặc hiệu
- + Đối tượng nghiên cứu đang trong tình trạng cấp cứu, hạn chế giao tiếp và không thể trả lời được.
- + Đối tượng nghiên cứu quá suy kiệt, mệt mỏi, không đủ khả năng hiểu và tự trả lời các câu hỏi trong bộ câu hỏi.
- + Đối tượng nghiên cứu không tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.
- Thời gian: từ 01/2022 đến 10/2022.
- Địa điểm: Khoa Nội 1 – Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ
- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện, gồm tất cả bệnh nhân CSGN thỏa điều kiện tiêu

chẩn chọn mẫu từ tháng 01/2022 đến tháng 10/2022, tối thiểu 30 bệnh nhân.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Biến số và chỉ số nghiên cứu mục tiêu 1: Nêu một số đặc điểm của bệnh nhân CSGN:

Tuổi: tính theo năm dương lịch.

Giới: nam và nữ

Dân tộc: kinh, hoa, khơ me và dân tộc khác

Tôn giáo: Phật giáo, công giáo, tin lành và tôn giáo khác.

Trình độ học vấn (tính theo trình độ học vấn cao nhất): dưới THPT/ THPT/Trung cấp/Cao đẳng/ Đại học.

Nghề nghiệp: Nghề nghiệp làm ít nhất trong thời gian 6 tháng của đối tượng.

Xếp loại kinh tế: nghèo/không nghèo theo Quyết định 59/2015/QĐ-TTg [3].

Nơi ở: Nơi ở thường trú (nông thôn/ thành thị).

Chẩn đoán bệnh: loại ung thư được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học.

Thời gian phát hiện bệnh đến nay: tính theo tháng.

Dấu hiệu lâm sàng đặc trưng của bệnh nhân.

+ Biến số và chỉ số nghiên cứu mục tiêu 2: Một số yếu tố ảnh hưởng đến bệnh nhân CSGN

EORTC QLQ-C30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire – Bộ câu hỏi của Tổ chức nghiên cứu và điều trị Ung thư Châu Âu) gồm 30 câu hỏi về 5 phạm trù sức khỏe: Thể chất, vai trò, chức năng cảm xúc và xã hội, các triệu chứng bệnh điển hình, tác động về mặt tài chính và 2 câu hỏi đánh giá chung về sức khỏe.

Năm 1993, Aaronson và cộng sự từ EORTC đã công bố bộ câu hỏi đánh giá CLCS của NB ung thư nói chung [6].

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập sẽ xử lý sai số và nhập vào máy tính và phân tích được thực hiện bằng phần mềm SPSS 16.0. Thống kê suy luận được thực hiện với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành đảm bảo tuân thủ theo các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu y học, bệnh nhân được giải thích rõ ràng về mục đích quy trình nghiên cứu và tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện. Thông tin về bệnh nhân đều được đảm bảo bí mật.

Các vấn đề trong nghiên cứu không ảnh hưởng đến quyền lợi hay sức khỏe của bệnh nhân. Những thông tin thu thập và báo cáo được đảm bảo tính trung thực hoàn toàn. Trong nghiên cứu này không ảnh hưởng gì đến phong tục tập quán, truyền thống văn hóa dân tộc, không gây tổn hại đến thể chất và tinh thần của các đối tượng nghiên cứu.

Sẵn sàng tư vấn và hỗ trợ cho đối tượng và có thể từ chối không tham gia vào nghiên cứu bất cứ lúc nào.

Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng Khoa học Công nghệ và Y đức của bệnh viện Ung Bướu Thành phố Cần Thơ thông qua.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n=55)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	18-40	6	10.91
	41-60	25	45.45
	> 60	24	43.64
Giới tính	Nam	27	49.09
	Nữ	28	50.91
Dân tộc	Kinh	50	90.91
	Hoa	0	0.00
	Khơ me	4	7.27
	Khác	1	1.82
Tôn giáo	Đạo phật	25	45.45
	Công Giáo	0	0.00
	Tinh Lành	1	1.82
	Không tôn giáo	29	52.73
Nghề nghiệp	Cán bộ viên chức	4	7.27
	Nông dân	20	36.36
	Công nhân	2	3.64
	Nội trợ	10	18.18
	Khác	19	34.55
Trình độ học vấn	Mù chữ	8	14.55
	Tiểu học	19	34.55
	THCS	12	21.82
	THPT	13	23.64
	Trung cấp/ cao đẳng	0	0.00
	Đại học/ Sau ĐH	3	5.45
Kinh tế	Nghèo	21	38.18
	Không nghèo	24	43.64
	Không xếp loại/không biết	10	18.18
Nơi ở hiện tại	Nông thôn	38	69.09
	Thành phố/thị trấn/ thị xã	17	30.91



Nghiên cứu được thực hiện trên 55 bệnh nhân, trong đó nhóm tuổi thường gặp là từ 41 đến 60, chiếm tỷ lệ 45,45 %, tỷ lệ nam nữ gần tương đương nhau 1/1. Chủ yếu là dân tộc kinh chiếm 90,91 %. Về tôn giáo thì không tôn giáo chiếm đa số 52,73%, kế đến là đạo phật chiếm 45,45%. Nghề nghiệp chiếm phần lớn là nông dân, chiếm 36,36%. Về trình độ học vấn chiếm tỷ lệ cao nhất là bậc tiểu học, chiếm 34,55%, thấp nhất là trung học và cao đẳng, chiếm 0%. Nơi ở hiện tại chủ yếu là nông thôn, chiếm tỷ lệ 69,09%. Về tình hình kinh tế không nghèo chiếm tỷ lệ 43,64%, nghèo chiếm tỷ lệ khá cao 38,18%.

Tỷ lệ bệnh thường mắc của đối tượng nghiên cứu có 20% là ung thư phổi, 14,54% là ung thư dạ dày, 10,91% là ung thư vú. Còn lại là các loại ung thư khác (54,55%).

Về phương pháp điều trị thì hóa trị chiếm tỷ lệ cao nhất (45,45%), kế đến là phẫu thuật (21,82%), xạ trị (18,18%) và không điều trị gì (14,55%).

Về triệu chứng lâm sàng thường gặp thì đau chiếm tỷ lệ cao nhất 34,55%, triệu chứng khác 32,73%, còn lại là ho chiếm 18,18% và khó thở 14,55%.

Về thời gian từ lúc phát hiện bệnh đến nay chiếm tỷ lệ cao nhất là trên 12 tháng chiếm 54,54%, tiếp theo là dưới 6 tháng chiếm 32,73% và ít nhất là từ 6 đến 12 tháng, chiếm 12,73%.

Có 25/55 bệnh nhân có sử dụng morphin trong kiểm soát đau, chiếm 45,45%, và có 42 bệnh nhân có nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ tại nhà, chiếm 76,36%.

Bảng 2. Chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu (n=55)

Lĩnh vực	Vấn đề	Min	Max	\bar{X}	SD
Tình trạng sức khỏe	Sức khỏe tổng quát	8.33	83.33	48.79	19.54
Chức năng	Chức năng thể chất	33.33	86.7	50.91	17.28
	Chức năng hoạt động	33.33	100.00	49.09	18.26
	Chức năng cảm xúc	33.33	83.33	49.55	15.67
	Chức năng nhận thức	33.33	100.00	54.85	19.95
	Chức năng xã hội	33.33	83.33	43.94	16.15
Triệu chứng	Mệt mỏi	0.00	66.67	52.32	15.96
	Buồn nôn/nôn	0.00	100.00	54.55	28.05
	Đau	0.00	66.67	50.61	18.69
	Thở nhanh	0.00	100.00	49.70	29.31
	Mất ngủ	0.00	66.67	49.09	20.14
	Chán ăn	0.00	100.00	52.12	22.00
	Táo bón	0.00	100.00	57.58	31.72
	Tiêu chảy	0.00	100.00	77.58	32.11
Tài chính	Khó khăn tài chính	0.00	66.67	52.12	21.05

Chất lượng cuộc sống của nhóm đối tượng nghiên cứu tương đối thấp $52,85 \pm 21,72$. Thấp nhất ở lĩnh vực chức năng xã hội ($43,94 \pm 16,15$) và chức năng nhận

thức ($54,85 \pm 19,95$). Chất lượng cuộc sống lĩnh vực tài chính trên mức trung bình, đạt 52,12 điểm.

Bảng 3. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và nhóm tuổi

Lĩnh vực	Vấn đề	Nhóm tuổi			p
		18-40	41-60	>60	
Tình trạng sức khỏe	Sức khỏe tổng quát	33.33	50.33	51.04	0.76
Chức năng	Chức năng thể chất	51.11	53.60	48.06	0.04
	Chức năng hoạt động	55.56	49.33	47.22	0.11
	Chức năng cảm xúc	51.39	50.67	47.92	0.27
	Chức năng nhận thức	58.33	55.33	53.47	0.10
	Chức năng xã hội	47.22	42.67	44.44	0.31
Triệu chứng	Mệt mỏi	53.70	48.44	56.02	0.01
	Buồn nôn/nôn	66.67	56.67	49.31	0.24
	Đau	47.22	52.00	50.00	0.43
	Thở nhanh	55.56	44.00	54.17	0.10
	Mất ngủ	55.56	49.33	47.22	0.41
	Chán ăn	61.11	52.00	50.00	0.78
	Táo bón	72.22	54.67	56.94	0.50
	Tiêu chảy	66.67	80.00	77.58	0.29
Tài chính	Khó khăn tài chính	61.11	53.33	48.61	0.001

Xét mối liên quan giữa CLCS và nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu thì ta thấy có sự khác biệt chất lượng cuộc sống lĩnh vực chức năng thể chất giữa các nhóm tuổi (cao nhất là nhóm tuổi 41-60, đạt 53,60 điểm, kế đến là nhóm 18-40 và thấp nhất là nhóm trên 60 tuổi). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0.01$).

Sự khác biệt chất lượng cuộc sống trong lĩnh vực triệu chứng mệt mỏi, trong đó CLCS lĩnh vực này có nhóm

41 – 60 là thấp nhất, đạt 48,44 điểm, cao nhất là nhóm tuổi trên 60, chiếm 56,02 điểm và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0.01$

Có sự khác của CLCS trong lĩnh vực tài chính, nhóm trên 60 tuổi có điểm CLCS về khó khăn tài chính là 48,61 điểm, sự khác biệt số với các nhóm tuổi trẻ hơn có ý nghĩa thống kê ($p=0.001$).

Bảng 4. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và trình độ học vấn

Lĩnh vực	Vấn đề	Trình độ học vấn					p
		Mù chữ	Tiểu học	THCS	THPT	ĐH/SĐH	
Tình trạng sức khỏe	Sức khỏe tổng quát	44.79	46.93	50.00	53.21	47.22	0.88
Chức năng	Chức năng thể chất	57.50	50.88	58.33	47.18	46.67	0.52
	Chức năng hoạt động	41.67	48.25	55.56	48.72	50.00	0.59
	Chức năng cảm xúc	43.75	46.49	54.17	51.92	55.56	0.47
	Chức năng nhận thức	56.25	49.12	56.94	57.69	66.67	0.56
	Chức năng xã hội	50.00	42.98	41.67	43.59	44.44	0.85



Lĩnh vực	Vấn đề	Trình độ học vấn					P
		Mù chữ	Tiểu học	THCS	THPT	ĐH/SDH	
Triệu chứng	Mệt mỏi	54.17	53.22	45.37	54.70	59.26	0.52
	Buồn nôn/nôn	47.92	63.16	61.11	42.31	44.44	0.22
	Đau	54.17	52.63	51.39	52.56	16.67	0.03
	Thở nhanh	54.17	43.86	52.78	53.85	44.44	0.85
	Mất ngủ	50.00	49.12	47.22	51.28	44.44	0.98
	Chán ăn	50.00	61.40	44.44	48.72	44.44	0.23
	Táo bón	54.17	52.63	72.22	56.41	44.44	0.47
	Tiêu chảy	75.00	84.21	69.44	76.92	77.78	0.81
Tài chính	Khó khăn tài chính	50.00	54.39	55.56	51.28	33.33	0.57

Chất lượng cuộc sống trong lĩnh vực triệu chứng đau thì có sự khác biệt giữa các bậc trình độ học vấn. Đối với trình độ học vấn càng thấp thì chất lượng cuộc sống trong lĩnh vực triệu chứng đau càng cao (mù chữ cao nhất 54,17) và trình độ ĐH/SDH có điểm số CLCS thấp nhất (16,67). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,03$)

4. BÀN LUẬN

Qua số liệu thu thập được, nhóm nghiên cứu chúng tôi có một số bàn luận sau:

Về đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu: So với kết quả nghiên cứu của Tác giả Dương Văn Nông có sự tương đồng về đặc điểm dân tộc, chủ yếu là dân tộc Kinh. Tuy nhiên có khác biệt về tỷ lệ giới tính, nghiên cứu của tác giả Dương Văn Nông tỷ lệ nam/nữ là 2,1/1, của chúng tôi là 1/1 [1].

Về chất lượng cuộc sống: nhóm sức khỏe tổng quát và nhóm chức năng đạt điểm tương đương với nghiên cứu của tác giả Dương Văn Nông [1].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự phù hợp với nhóm nghiên cứu Anne và cộng sự ở người cao tuổi hơn có liên quan đến tình trạng thể chất giảm sút. Trong nghiên cứu của chúng tôi người cao tuổi hơn có CLCS về lĩnh vực chức năng thể chất kém hơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p= 0.04$)[5]. Và bệnh nhân có trình độ càng cao thì có CLCS lĩnh vực triệu chứng đau càng thấp (ĐH/SDH đạt 16,67 điểm). Cũng tương tự nghiên cứu của Anne và cộng sự - Khoa Ung thư và Chuyển hóa trường Đại học Sheffield thì trong nghiên

cứu của chúng tôi CLCS cũng không bị ảnh hưởng bởi giới tính, giáo dục, tôn giáo [5].

Tỷ lệ bệnh thường mắc của đối tượng nghiên cứu có 20% là ung thư phổi, 14,54% là ung thư dạ dày, 10,91% là ung thư vú. Còn lại đa phần rơi vào nhóm mắc các loại ung thư khác (54,55%). Tỷ lệ trên chưa phù hợp với xu hướng tỷ lệ mắc ung thư tại Việt Nam năm 2020, do số lượng mẫu tập trung vào đối tượng bệnh nhân CSGN, không đại diện được cho tỷ lệ mắc ung thư nói chung.

Về triệu chứng lâm sàng thường gặp, nghiên cứu chúng tôi cũng có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Dương Văn Nông là triệu chứng đau đạt tỷ lệ cao nhất so với các triệu chứng khác [1].

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

- Kết luận:

Đặc điểm chung của 55 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, đa số thuộc nhóm tuổi từ 41 đến 60 tuổi, tỷ lệ nam nữ tương đương nhau, thời gian phát hiện bệnh thường muộn (trên 12 tháng). Tỷ lệ điều trị hóa trị cao hơn các phương pháp điều trị khác, tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau và sử dụng Morphine cao và đa số các bệnh nhân đều có nhu cầu điều trị tại nhà.

Về chất lượng cuộc sống, bệnh nhân có chất lượng cuộc sống về chức năng xã hội chiếm tỷ lệ thấp nhất, trong nhóm triệu chứng thì bệnh nhân có triệu chứng mất ngủ, thở nhanh và đau có chất lượng cuộc sống thấp.

Chất lượng cuộc sống khác nhau trên các nhóm về

nhóm tuổi, khó khăn tài chính và trình độ học vấn.

- Khuyến nghị:

+ Số lượng bệnh nhân CSGN có nhu cầu CSGN tại nhà cao, do đó bệnh viện cần xem xét xây dựng kế hoạch thành lập đơn nguyên CSGN, tạo tiền đề để thành lập tổ/nhóm CSGN tại nhà, phục vụ nhu cầu NB và góp phần giảm tải số lượng bệnh nội trú tại Bệnh viện.

+ Về triệu chứng thì đau chiếm tỷ lệ cao nhất 34.55%. Do đó trong quá trình điều trị và chăm sóc người bệnh chúng ta chú ý kiểm soát đau tốt để góp phần cải thiện CLCS của người bệnh CSGN tại Bệnh viện.

+ Số lượng bệnh nhân hóa trị chiếm tỷ lệ cao, do đó cần tăng cường hơn nữa điều trị hóa trị ngoại trú vừa đáp ứng nhu cầu điều trị của bệnh nhân vừa có thể giảm tải bệnh viện.

+ Bên cạnh đó CLCS bệnh nhân cao tuổi về lĩnh vực thể chất và kinh tế đạt tỷ lệ thấp, do đó trong quá trình điều trị và chăm sóc, nhân viên y tế đặc biệt là điều dưỡng nên tìm cách tiếp cận gần gũi với bệnh nhân hơn để tìm hiểu và có kế hoạch phối hợp với bộ phận khác như Công tác Xã hội, các mạnh thường quân để hỗ trợ và giúp đỡ những cho người bệnh nhóm đối tượng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Dương Văn Nông, Đánh giá đau và chất lượng cuộc sống người bệnh ung thư giai đoạn muộn

được chăm sóc giảm nhẹ tại Trung tâm Ung bướu Thái Nguyên. Tạp chí khoa học điều dưỡng, Tập 1 số 4 (2018), 2018.

[2] Quyết định 183/QĐ – BHYT Hà Nội ngày 25 tháng 01 năm 2022 về việc ban hành Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ.

[3] Thủ tướng chính phủ, Quyết định 59/2015/QĐ-TTg chuẩn nghèo tiếp cận đa chiều áp dụng 2016 2020.

[4] Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B et al., The European Organization for Research and Treatment of cancer QLQ – C30: a quality – of – life instrument for use in international clinical trials in oncology. J nat'l Cancer Inst, 85(5), 365-376, 1993.

[5] A. Shrestha, C. Martin., Quality of life versus length of life considerations in cancer patients: A systematic literature review, Psychooncology, 1367 -1380, 2019.

[6] M. A. Sprangers, A. Cull, K.Bjordal et al., The European Organization for Research and Treatment of cancer. Approach to quality of life assessment: guidelines for developing questionnaire modules. EORTC Study Group on Quality of Life. Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation, 2(4), 287 – 295, 1993.



ASSESSMENT OF THE SATISFACTION OF PATIENTS AND FAMILY PARTICIPANTS IN PALLIATIVE CARE AT HOME PROGRAM- 2020

Hoang Thi Mong Huyen*, Pham Thanh Huyen, Le Thi Thanh Lang, Phan Thi Minh Chau, Can Vu Lan Anh

Ho Chi Minh City Oncology Hospital - No3 No Trang Long Street, Ward 7, Binh Thanh District, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received 01/03/2023
Revised 23/03/2023; Accepted 15/04/2023

ABSTRACT

Objective: Survey some common symptoms in palliative care; survey the satisfaction of patients and their families in home care program.

Methods: Research and analysis of case series reports at HCMC Oncology Hospital from March 1, 2020 to August 31, 2020. Descriptive statistics and Pearson regression analysis to find the correlation between satisfaction with psychosocial needs of patients and family members of patients.

Results: There are 31 samples eligible to participate in the survey with at least 2 home visits. Symptoms that most home care patients need to control include pain, insomnia, constipation, shortness of breath, nausea, vomiting (25.8% - 87.1%). The psychological and social needs of patients and their families are really important and necessary are met. The home care program has controlled quite well the unpleasant symptoms that the patient complains about. Satisfy psychosocial needs of patients and their families is also focused on improving professionally and effectively, compared to previous studies. Patients and their families are more satisfied with home care services, reaching 100%.

Keywords: Palliative care, home care, cancer patients, family members, quality of life, satisfaction.

*Corresponding author
Email address: huyenhoangthi64@gmail.com
Phone number: (+84) 903 625 915

ĐÁNH GIÁ SỰ HÀI LÒNG CỦA BỆNH NHÂN VÀ THÂN NHÂN THAM GIA CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC GIẢM NHẸ TẠI NHÀ- NĂM 2020

Hoàng Thị Mộng Huyền*, Phạm Thanh Huyền, Lê Thị Thanh Lang, Phan Thị Minh Châu, Cán Vũ Lan Anh

Bệnh viện Ung Bướu TP Hồ Chí Minh - Số 3 Nơ Trang Long, Phường 7, Quận Bình Thạnh, TP. HCM, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 23 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 15 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát một số triệu chứng thường gặp trong chăm sóc giảm nhẹ và sự hài lòng của người bệnh và gia đình họ khi tham gia chương trình chăm sóc tại nhà.

Phương pháp: Nghiên cứu phân tích báo cáo loạt ca tại bệnh viện Ung bướu Tp. Hồ Chí Minh từ tháng 01/03/2020 đến 31/8/2020. Thống kê mô tả và phân tích tương quan hồi qui Pearson để tìm mối tương quan giữa mức độ hài lòng với nhu cầu tâm lý xã hội của người bệnh, người nhà của người bệnh.

Kết quả: Có 31 mẫu đủ điều kiện tham gia khảo sát với ít nhất 2 lần được thăm khám tại nhà. Các triệu chứng đa số người bệnh chăm sóc tại nhà cần kiểm soát như đau, mệt mỏi, mất ngủ, buồn chán, táo bón, khó thở, buồn nôn, nôn (25.8%- 87.1%). Chương trình chăm sóc tại nhà đã kiểm soát khá tốt các triệu chứng khó chịu mà người bệnh than phiền. Việc đáp ứng nhu cầu tâm lý xã hội của người bệnh và gia đình cũng được chú trọng nâng cao một cách chuyên nghiệp, hiệu quả hơn so với các nghiên cứu trước đó, người bệnh và gia đình hài lòng hơn về dịch vụ chăm sóc tại nhà đạt đến 100%.

Từ khóa: Chăm sóc giảm nhẹ, chăm sóc tại nhà, người bệnh ung thư, người nhà người bệnh, chất lượng sống, sự hài lòng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), ung thư (UT) là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới. Đối với người bệnh ung thư (NBUT), đặc biệt ở giai đoạn cuối, ghi nhận trên thế giới 60-80% thường kiệt quệ về sức khỏe, tinh thần, tài chính, tạo gánh nặng cho chính NB, gia đình và xã hội. Chăm sóc giảm nhẹ

(Palliative care, CSGN) là một lĩnh vực y học được quan tâm hiện nay và đặc biệt cần thiết trong lĩnh vực điều trị UT nhằm làm dịu bớt sự chịu đựng của NB, góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống và tập trung vào việc giảm đau, giảm các triệu chứng khó chịu của bệnh, các rối loạn lo âu, sự chịu đựng về xã hội; hỗ trợ NB lấy lại niềm tin, dự đoán các vấn đề, và lập kế hoạch cho tương lai, bảo vệ NB khỏi những can thiệp y tế không

*Tác giả liên hệ

Email: huyenhoangthi64@gmail.com

Điện thoại: (+84) 903 625 915



mong muốn hoặc không phù hợp [5].

Khoa CSGN, bệnh viện Ung Bướu thành phố Hồ Chí Minh (BVUB TP.HCM) năm 2014, đã tiến hành đánh giá sự hài lòng của NB và thân nhân tham gia chương trình CSTN. Tại thời điểm này, năm 2020, chúng tôi muốn đánh giá lại kết quả chương trình CSGN thông qua việc nghiên cứu “Đánh giá sự hài lòng của người bệnh và thân nhân tham gia chương trình chăm sóc giảm nhẹ tại nhà” nhằm nâng cao hơn nữa chất lượng phục vụ NB đem đến cho NBUT chất lượng sống tốt nhất trong giai đoạn cuối.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu phân tích báo cáo loại ca.

2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 01/03/2020 đến 31/8/2020 tại khoa Chăm sóc giảm nhẹ, BVUB- Tp. HCM.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

NB có chẩn đoán là UT và tham gia chương trình CSTN.

2.4. Tiêu chuẩn chọn mẫu

NB tham gia chương trình CSTN của khoa CSGN tại BVUB- Tp. HCM (từ hai lần trở lên); có giải phẫu bệnh là UT hoặc đủ tiêu chuẩn chẩn đoán UT; không có vấn đề về suy giảm trí nhớ, nhận thức và không mắc bệnh tâm thần; không có rối loạn tri giác ở lần thứ hai của thăm bệnh tại nhà. Đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích cặn kẽ.

2.5. Cơ mẫu

Lấy mẫu thuận tiện, tất cả các NB tham gia CSTN thỏa tiêu chuẩn chọn, ghi nhận có 219 NB tham gia dịch vụ CSTN, có 120 NB tham gia dịch vụ từ 2 lần trở lên; thu thập được 31 mẫu theo tiêu chuẩn chọn mẫu.

2.6. Công cụ thu thập số liệu

Thu thập các biến số về thông tin cá nhân, các yếu tố dịch tễ học của NB (tuổi, giới, dân tộc, tôn giáo, ...) lâm sàng (chỉ số hoạt động cơ thể, thể trạng, chẩn đoán giai đoạn bệnh, giải phẫu bệnh), quá trình điều trị, số lần CSTN.

Sử dụng BCH của tác giả Phan Đỗ Phương Thảo (PĐP. Thảo) về đánh giá sự hài lòng của NB và thân nhân tham gia chương trình CSGN tại nhà [1]. BCH được

tác giả tham chiếu từ bộ câu hỏi của Hiệp Hội Châu Âu về nghiên cứu chất lượng sống trong điều trị ung thư (European Organization for Research on Cancer Treatment Quality of Life Questionnaire (EORCT QLQ C-30); BCH chất lượng sống McGill, bao gồm các triệu chứng về thể chất, tâm lý, tinh thần, các mối lo lắng thực tế và tình cảm, các nhu cầu tâm lý xã hội của NB và người nhà. Sử dụng thang điểm Likert. Từ câu 1 đến 7 dành cho NB; câu 8 đến 10 dành cho người nhà chăm sóc NB ở những trình độ văn hóa khác nhau.

Phiếu khảo sát sự hài lòng của NB và thân nhân khi tham gia dịch vụ CSTN

2.7. Quy trình thu thập số liệu

Nghiên cứu viên giải thích mục tiêu và ý nghĩa của nghiên cứu; phát BCH, hướng dẫn; quan sát, hỗ trợ người tham gia nghiên cứu điền vào BCH.

Bộ câu hỏi được hoàn thành không quá 10 phút bởi nhân viên hoặc NB.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu này được tiến hành sau khi Hội đồng Khoa học kỹ thuật và công nghệ, Hội đồng đạo đức bệnh viện đồng ý. Nghiên cứu viên sẽ giải thích về mục tiêu, quá trình, lợi ích và những ảnh hưởng trên NB trước khi NB ký giấy đồng ý tham gia nghiên cứu và NB có thể ngừng tham gia bất kỳ lúc nào. Các thông tin liên quan đến NB sẽ được bảo đảm giữ kín và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

2.9. Phương pháp phân tích số liệu

Thống kê mô tả và phân tích tương quan hồi qui Pearson để tìm mối tương quan giữa mức độ hài lòng với nhu cầu tâm lý xã hội của NB, người nhà.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ học của mẫu nghiên cứu

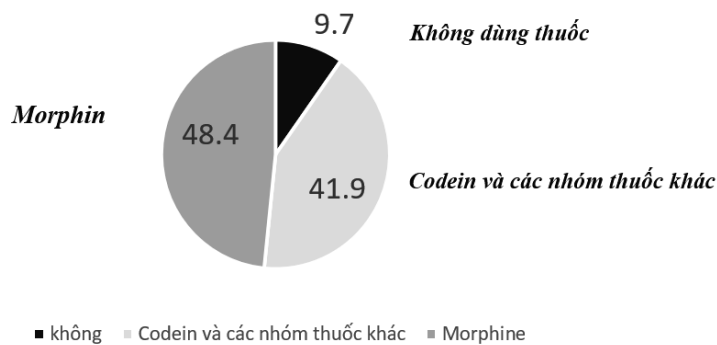
Trong nhóm 31 NB nghiên cứu, nữ giới 54.8%, tuổi từ 25 đến 92 (trung bình: 63.3 ± 15.6 , trung vị: 64); dân tộc Kinh 96.8%, Phật giáo 80.8%, có vợ hoặc chồng 90.3% và bảo hiểm y tế 80.6%. Số đợt CSTN dao động từ 2 lần đến 13 lần (trung bình: 3.65 ± 2.9 , trung vị: 2. Tổng số đợt CSTN là 113 lần, thăm khám 2 lần chiếm đa số (61.3%); mắc bệnh ở giai đoạn muộn (giai đoạn IV) 64.5%; ECOG 3 - 4 (80.7%); tổng trạng suy kiệt 77.4%, không có điều trị đặc hiệu trong thời gian CSTN 100%.

3.2. Đánh giá các triệu chứng thường gặp trong bệnh và thân nhân CSGN tại nhà và nhu cầu tâm lý - xã hội của người bệnh
3.2.1. Đánh giá các triệu chứng của người bệnh

Bảng 1: Các triệu chứng thường gặp trong quá trình CSTN

Các triệu chứng thường gặp trong CSTN	Số NB (N=31)	Tần số %	Mức độ	
			Trung bình- Khá	Cao nhất
Đau	27	87.1%	51.6%	9.7%
Khó thở	14	45.2%	25.8%	3.2%
Buồn nôn	11	35.5%	19.4%	3.2%
Nôn	8	25.8%	13%	3.2%
Táo bón	14	45.2%	22.6%	8.9%
Mệt mỏi	27	87.1%	54.9%	6.5%
Mất ngủ	19	61.3%	42%	3.2%
Buồn chán	14	45.5%	30.3%	9.7%

Biểu đồ 1: Sử dụng thuốc giảm đau của NB trong quá trình CSTN



NB được sử dụng Morphine là 15 NB, chiếm 48.4%, chủ yếu là dùng Morphine Sulphate đường uống (13/15NB, 86.7%); các loại thuốc giảm đau khác cũng được sử dụng như Ultracet (Acetaminophene 325mg+37.5mg

Tramadol), các thuốc giảm đau nhóm thuốc NSAID và corticoids.

3.2.2. Đánh giá đáp ứng nhu cầu tâm lý – xã hội của người bệnh - gia đình người bệnh



Bảng 2: Đánh giá đáp ứng nhu cầu tâm lý - xã hội của NB - gia đình NB

Nhu cầu NB- gia đình NB	Mức độ đáp ứng thấp nhất	Mức độ đáp ứng cao nhất	Trung bình (M)	Độ lệch chuẩn (SD)
Chia sẻ trong 3 ngày qua	0	6	3.19	1.833
Cảm thấy cuộc sống ý nghĩa trong 3 ngày qua	2	6	4.00	1.414
Cảm thấy thoải mái trong 3 ngày qua	0	6	3.19	1.537
Khả năng đưa ra lời khuyên và lên kế hoạch cho gia đình	0	6	2.68	2.088
Được cung cấp đầy đủ thông tin về bệnh	3	5	4.48	0.626
Lo lắng về tình hình bệnh trong 3 ngày qua	0	5	3.06	1.692
Được giải thích rõ về chẩn đoán	3	6	4.74	0.575
Được giải thích rõ về điều trị	3	5	4.74	0.514
Được giải thích rõ về tiên lượng	1	6	4.52	0.996
Công khai và hướng dẫn cách sử dụng thuốc	3	5	4.77	0.497
Chi phí điều trị	3	6	4.32	0.871
Mức độ hài lòng	3	5	4.61	0.558
Tự tin để chăm sóc NB	3	5	4.19	0.792

NB cảm thấy cuộc sống có ý nghĩa đạt mức 4/6 và mức độ hài lòng của họ về CSGN tại nhà đạt đến 4.61/5.

3.2.3. Đánh giá sự tương quan giữa mức độ hài lòng của NB và gia đình NB với một số yếu tố tâm lý - xã hội

Bảng 3: Tương quan giữa mức độ hài lòng với một số yếu tố

Yếu tố	Hệ số tương quan	p
Đối với người bệnh		
Lo lắng trong 3 ngày qua	0,06	0,75
Chia sẻ trong 3 ngày qua	0,173	0,351
Cảm thấy cuộc sống ý nghĩa trong 3 ngày qua	0,422	0,018
Khả năng đưa ra lời khuyên và lên kế hoạch cho gia đình	-0,082	0,661
Cảm thấy thoải mái trong 3 ngày qua	0,051	0,784
Được cung cấp đầy đủ thông tin về bệnh	0,459	0,009
Đối với người nhà người bệnh		
Lo lắng về tình hình bệnh của NB	0,133	0,475
Được giải thích rõ về chẩn đoán	0,612	<0,005
Được giải thích rõ về điều trị	0,685	<0,005
Được giải thích rõ về tiên lượng	0,431	0,015
Tự tin để chăm sóc người bệnh	0,250	0,174
Công khai và hướng dẫn cách sử dụng thuốc	0,635	<0,005
Chi phí điều trị	0,471	0,008

Sử dụng phương pháp hồi quy Pearson, các yếu tố cảm thấy cuộc sống ý nghĩa trong 3 ngày qua, được cung cấp đầy đủ thông tin về bệnh, chẩn đoán, điều trị, tiên lượng, công khai và hướng dẫn cách sử dụng thuốc và chi phí điều trị có tương quan tuyến tính với mức độ hài lòng của NB và gia đình NB ($p < 0,05$). Trong đó, 3 yếu tố được giải thích rõ về chẩn đoán, điều trị và việc công khai hướng dẫn cách sử dụng thuốc có tương quan mạnh với mức độ hài lòng; những yếu tố còn lại có mức tương quan trung bình.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ học của mẫu nghiên cứu

Trong 31 mẫu nghiên cứu, nữ giới là 54.8%, tuổi từ 25 đến 92 (trung bình: 63.3 ± 15.6 , trung vị: 64); dân tộc Kinh 96.8%; Phật giáo 80.8%, có vợ hoặc chồng 90.3% và có bảo hiểm y tế 80.6%; mắc bệnh ở giai đoạn muộn (IV: 64.5%) ECOG 3 - 4 (80.7%); tổng trạng suy kiệt (77.4%) và không có điều trị đặc hiệu trong thời gian CSTN (100%). PĐP. Thảo có các kết quả cao hơn nghiên cứu của chúng tôi khoảng từ 10-20% có thể do giai đoạn lấy mẫu của chúng tôi tình trạng NB tương đối ổn định và ít trầm trọng hơn. Kết quả của Jing Cui, Fang và cs tương đồng với chúng tôi là 83.2% NB có KPS < 60 tương đương ECOG 3-4; PĐP. Thảo là 89.4%) [1] [3].

Nghiên cứu này và nghiên cứu của PĐP. Thảo đều có sự duy trì thăm khám cho NB, số đợt CSTN 113 lần/31 NB và 424/66 NB, phản ánh gián tiếp sự tin tưởng và hài lòng của NB và gia đình khi tham gia dịch vụ CSTN [1].

4.2. Đánh giá các triệu chứng thường gặp trong CSGN tại nhà và nhu cầu tâm lý - xã hội của người bệnh và thân nhân

4.2.1. Đánh giá các triệu chứng của người bệnh

Các triệu chứng NB than đã từng gặp khi CSTN lần lượt giảm dần là: đau (87.1%), mệt mỏi 87.1% mất ngủ (61.3%), buồn chán (45.2% táo bón 45.2%) khó thở (45.2%) buồn nôn 35.5%) nôn (25.8%) tương đồng nghiên cứu của PĐP. Thảo; Jing Cui, Fang và cs cũng xác nhận 5 triệu chứng thường gặp là đau, chán ăn, mệt mỏi, suy kiệt và khó thở. Mức độ đau cao nhất từ mức trung bình đến khá chiếm phân nửa (51.6%); PĐP.

Thảo là 73.9%) [1], [3].

NB được sử dụng Morphine là 48.4%, PĐP. Thảo là 81.8%. Có thể tại thời điểm nghiên cứu của chúng tôi (2020), sự tiếp cận với các loại thuốc giảm đau dễ dàng hơn nên việc giảm đau phù hợp trên NB. Ngoài Morphine, chúng tôi còn sử dụng Ultracet (Acetaminophene 325mg+37.5mg Tramadol), NSAID, corticoids; có 2 NB sử dụng thuốc dán Fentanyl do đã kiểm soát đau ổn định, chuyển sang dùng thuốc dán vì NB hạn chế dùng thuốc qua đường miệng với chẩn đoán ung thư amidan giai đoạn IV và IV-A.

Khó thở là 45.2%, PĐP. Thảo là 48.5%. Buồn nôn và nôn là 35.5% và 25.8%, PĐP. Thảo là 47.0% và 42.4%. Táo bón là 45.2%, PĐP. Thảo (72.7%) có thể là số NB sử dụng Morphine của chúng tôi thấp hơn rất nhiều (48.4% so với 81.5%). Mệt mỏi 87.1%, của PĐP. Thảo (100%). Mất ngủ (61.3%), PĐP. Thảo là 93.9%, cao hơn 30% so với nghiên cứu của chúng tôi. Buồn chán (45.2%), PĐP. Thảo là 92.4% [1].

Các nhóm triệu chứng khác như ho, sốt, phù chiếm tỷ lệ rất thấp [1], [3].

4.2.2. Đánh giá đáp ứng nhu cầu tâm lý - xã hội của NB- gia đình NB

Những vấn đề NVYT có thể chủ động đáp ứng đều đạt mức độ cao như cung cấp thông tin về chẩn đoán, điều trị, tiên lượng, công khai thuốc, chi phí điều trị từ 4.19 đến 4.77 so với mức 5 đến 6; việc cung cấp thông tin, kỹ năng chăm sóc cũng như sự tự tin cho người chăm sóc trong chăm sóc chính người thân của họ cũng đạt hiệu quả cao 4.19 trên 5.

Những vấn đề thuộc về cá nhân NB như khả năng chia sẻ, sự thoải mái, khả năng thảo luận cùng gia đình để xây dựng kế hoạch cho bản thân và gia đình, sự lo lắng về tình hình bệnh thì chỉ đạt mức độ vừa phải từ 2.68 đến 3.19 trên 6. Điều này cũng có thể lý giải được vì NB cũng cần phải có thời gian thích nghi với tình trạng bệnh lý của bản thân, chấp nhận và đón nhận tiên lượng thì mới có thể nâng lên hiệu quả chia sẻ và sắp xếp kế hoạch cho mình.

NB cảm thấy cuộc sống có ý nghĩa đạt mức 4 và mức độ hài lòng của họ về CSGN tại nhà đạt đến 4.61/5. Điều này sẽ khích lệ NVYT tiếp tục phát huy những điểm mạnh của mình để nâng cao chất lượng cuộc sống



cho NB và gia đình dù chỉ là một thời gian sống ngắn nhưng thực sự có ý nghĩa, có chất lượng.

100% người nhà có sự tự tin khi chăm sóc cho NB, PĐP. Thảo là 59.6% [1]; BYT, 30% cảm thấy rất căng thẳng vì không biết cách chăm sóc NB [4]. Việc được hướng dẫn kỹ lưỡng cách chăm sóc cho NB giúp người nhà đồng hành và phần nào chia sẻ được những gánh nặng đau đớn, sự chịu đựng của NB làm cho áp lực đau khổ của người nhà cũng giảm xuống. Mức độ vô cùng lo lắng về tình hình bệnh cho NB chỉ chiếm ¼ (25.8%), có thể lý giải được vì việc người thân của mình được chẩn đoán xác định là ung thư, một căn bệnh khiến họ cảm thấy bế tắc, bối rối và lo lắng.

Về mặt đánh giá sự hài lòng của gia đình BN khi tham gia dịch vụ CSTN:

Các kết quả về giải thích chẩn đoán bệnh, cách điều trị, tiên lượng bệnh, chi phí điều trị của NB cũng như sự hài lòng của người nhà từ 96.8% đến 100%, cao hơn nhiều so với nghiên cứu của PĐP. Thảo, (67.2% đến 84.9%); riêng công khai và hướng dẫn sử dụng thuốc là tương đồng (100%) và cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Bộ Y tế, 2005 (30.3% đến 30.6%) [1], [4].

4.2.3. Đánh giá sự tương quan giữa mức độ hài lòng của NB và gia đình NB với một số yếu tố tâm lý- xã hội

Sử dụng phương pháp hồi quy Pearson, các yếu tố cảm thấy cuộc sống ý nghĩa trong 3 ngày qua, được cung cấp đầy đủ thông tin về bệnh, chẩn đoán, điều trị, tiên lượng, công khai và hướng dẫn cách sử dụng thuốc và chi phí điều trị có tương quan tuyến tính với mức độ hài lòng của NB và gia đình NB ($p < 0,05$). Trong đó, 3 yếu tố được giải thích rõ về chẩn đoán, điều trị và việc công khai hướng dẫn cách sử dụng thuốc có tương quan mạnh với mức độ hài lòng; những yếu tố còn lại có mức tương quan trung bình.

Một nghiên cứu khác cho thấy kiểm định tương quan cho thấy mối quan hệ chức năng cảm xúc là yếu tố quan trọng hơn trong việc dự đoán sự hài lòng với dịch vụ CSGN của NBUT ($p < 0.05$), sự gia tăng chức năng cảm xúc dẫn đến sự hài lòng chung tăng lên [2]. Đáp ứng nhu cầu tâm lý xã hội của NB và gia đình cũng được chú trọng nâng cao một cách chuyên nghiệp, hiệu quả, NB và gia đình hài lòng hơn về dịch vụ CSTN đạt đến 100%.

5. KẾT LUẬN

Chương trình CSTN tại BVUB, Tp. HCM đã kiểm soát được hầu hết các triệu chứng khó chịu NB than phiền và đáp ứng một phần quan trọng là nhu cầu tâm lý – xã hội của NB và gia đình, một lĩnh vực mà lâu nay chúng ta chưa chú trọng nhiều. NB và gia đình hài lòng về dịch vụ CSTN thông qua việc đánh giá việc cung cấp thông tin về các mặt chẩn đoán, điều trị, tiên lượng bệnh, chi phí điều trị, công khai và sử dụng thuốc ở mức khá tốt và rất tốt; sự tự tin trong việc chăm sóc NB của gia đình cũng là một điểm chúng ta cần phát huy trong quá trình CSTN để gia đình NB có thể góp phần trong việc hỗ trợ NVYT chăm sóc tốt hơn cho NB và quan trọng nhất là giúp người nhà có thể cân bằng được cảm xúc, giải tỏa sự căng thẳng, bất lực của chính họ khi chăm sóc NB đồng thời giảm được đau khổ do sự mất mát khi NB ra đi.

6. KIẾN NGHỊ

- NB nên được tiếp cận sớm với CSGN.
- Xây dựng thêm nhân sự về lĩnh vực tâm lý, xã hội hoặc phối hợp với các trường y khoa, các cơ sở chăm sóc tâm lý để hoàn thiện thêm sự cải thiện các nhu cầu tâm lý – xã hội của NB và gia đình.
- Chú trọng tạo điều kiện cho các tổ chức tôn giáo tham gia trong việc nâng đỡ tinh thần của NB và gia đình.
- Tiếp tục đào tạo và huấn luyện CSGN cho đội ngũ bác sĩ, điều dưỡng có chuyên môn, kỹ năng phù hợp với đối tượng NBUT ở mọi giai đoạn bệnh, nhất là ở giai đoạn cuối với rối loạn chức năng đa cơ quan.
- Mở rộng chương trình CSTN cho NB nhi, NBUT, NB mắc các bệnh mạn tính, đe dọa tính mạng ở mọi giai đoạn như tim mạch, lão khoa, nội tiết ...
- Lưu tâm xây dựng và phát triển các khóa tập huấn dành cho người chăm sóc để họ đủ tự tin trong chăm sóc người thân của mình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] P.D.P. Thao, D.H.Q. Thinh, Q.T. Khanh & cs, “Đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân và thân

- nhân tham gia chăm sóc giảm nhẹ tại nhà”, Tạp chí Ung thư học Việt Nam, 5, pp.316-330, 2015.
- [2] Aboshaiqah A, Al-Saedi TS, Abu-Al-Ruyhaylah MM et al., “Quality of life and satisfaction with care among palliative cancer patients in Saudi Arabia”, Palliat Support Care, 14 (6), pp.621-627, 2016.
- [3] Cui J, Fang F, Shen F et al., “Quality of life in patients with advanced cancer at the end of life as measured by the McGill quality of life questionnaire: a survey in China”, J Pain Symptom Manage, 48 (5), pp.893-902, 2014.
- [4] Green K, Kinh LN, Khue LN, “Palliative care in Vietnam: findings from a rapid situation analysis in five provinces”, 2006.
- [5] World Health Organization. Palliative care. 2020 [đăng 01/2022]; tại website: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.



EVALUATION OF THE RESULTS OF CARING FOR PATIENTS WITH ESOPHAGEAL AND STOMACH CANCER AT THE ONCOLOGY DEPARTMENT MILITARY HOSPITAL 105

Nguyen Kim Trung*, Hoang Van Quang, Nguyen Thi Minh Nguyet, Pham Truong Tho, Nguyen Quoc Khanh

Military Hospital 105 - No1 Chua Thong, Son Loc Ward, Son Tay Town, Hanoi, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 18/03/2023; Accepted 18/04/2023

ABSTRACT

Objectives: Evaluation of the results of palliative care practice in patients with esophageal and gastric cancer.

Subjects and methods: A prospective, cross-sectional study of 30 patients treated for esophageal and gastric cancer at the Oncology Department, 105 Military Hospital, from March to October 2022.

Results: The average age of patients is 24 to 55 years old; male patients (86.7%) more than female patients (13.3%). Pain is the symptom that affects the patient's quality of life the most (60% has moderate pain). There are also other symptoms such as nausea/vomiting (46.7%), constipation (23.7%), diarrhea (6.7%), fatigue (86.7%), fever (30. %). Most patients feel better after receiving support from health workers (73.4% of patients still have mild pain, 100% of symptoms of nausea/vomiting, constipation/diarrhea decrease or disappear).

Keywords: Caring for patients with cancer of the esophagus and stomach.

*Corresponding author

Email address: Kimtrung1983@gmail.com

Phone number: (+84) 986 495 199

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ THỰC HÀNH CHĂM SÓC GIẢM NHẸ NGƯỜI BỆNH UNG THƯ THỰC QUẢN, UNG THƯ DẠ DÀY TẠI KHOA UNG BƯỚU BỆNH VIỆN QUÂN Y 105

Nguyễn Kim Trung*, Hoàng Văn Quang, Nguyễn Thị Minh Nguyệt, Phạm Trường Thọ, Nguyễn Quốc Khánh

Bệnh viện Quân Y 105 - Số 1 Chùa Thông, Sơn Lộc, Sơn Tây, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 18 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 18 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả thực hành chăm sóc giảm nhẹ người bệnh ung thư thực quản, dạ dày.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang 30 người bệnh điều trị ung thư thực quản, dạ dày tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Quân Y 105, từ tháng 3 -10/2022.

Kết quả: Tuổi trung bình của người bệnh là 24 đến 55 tuổi; người bệnh nam (86,7%) nhiều hơn người bệnh nữ (13,3%). Đau là triệu chứng gây ảnh hưởng nhiều nhất tới chất lượng cuộc sống của người bệnh (60% có đau vừa). Ngoài ra còn có các triệu chứng khác như buồn nôn/nôn (46,7%), táo bón (23,7%), tiêu chảy (6,7%), mệt mỏi (86,7%), sốt (30%). Đa số NB cảm thấy được cải thiện tốt hơn sau khi nhận hỗ trợ từ NVYT (73,4% NB còn đau nhẹ, 100% các triệu chứng buồn nôn/nôn, táo bón/tiêu chảy giảm hoặc hết).

Từ khóa: Chăm sóc người bệnh ung thư thực quản, dạ dày.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tiêu hóa chiếm tỷ lệ rất cao trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Ung thư tiêu hóa được xem là căn bệnh âm thầm, hầu như không có dấu hiệu mặc dù khối u đã xuất hiện và phát triển trong thời gian dài [1]. Ung thư đường tiêu hóa được chia thành ung thư đường tiêu hóa trên (thực quản, dạ dày) và ung thư đường tiêu hóa dưới (đại tràng, trực tràng, tuyến tụy, đường mật, gan)[3].

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- 30 NB chẩn đoán ung thư thực quản, dạ dày đang điều trị tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Quân Y 105, từ tháng 3-10/2022.
- Người bệnh tham gia nghiên cứu
- Loại trừ NB không nghe nói được

*Tác giả liên hệ

Email: Kimtrung1983@gmail.com

Điện thoại: (+84) 986 495 199



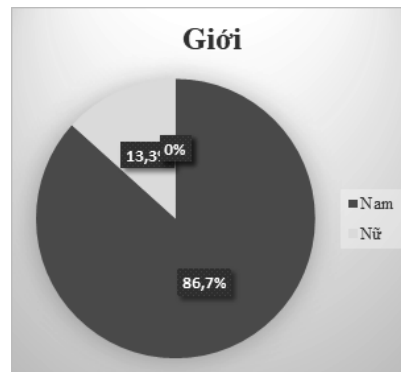
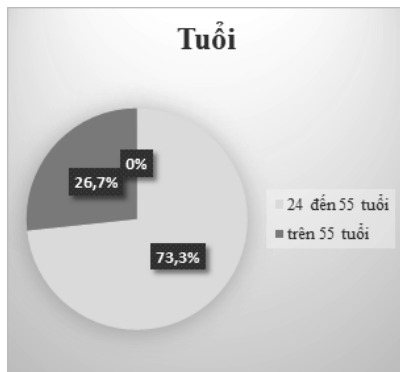
2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.
- Công cụ điều tra: Công cụ thu thập thông tin được sử dụng dưới dạng bộ câu hỏi nghiên cứu được triển khai và dựa trên thiết kế: “Bảng hỏi tóm tắt đánh giá đau”, “Đánh giá tâm lý”, trong “Hướng dẫn CSGN đối với NB UT và AIDS” của BHYT năm 2006.

- Phương pháp tiến hành: Phỏng vấn trực tiếp NB bằng bộ phiếu điều tra chuẩn bị sẵn.
- Xử trí số liệu: Bằng phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm Excel.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu



Nhận xét:

- Ở độ tuổi 24 - 55 Ung thư thực quản, dạ dày chiếm 73,3%.

- Ung thư thực quản, dạ dày thường gặp ở nam giới chiếm 86,7%.

3.2. Triệu chứng đau và đánh giá chăm sóc giảm đau

Mức độ đau	Trước chăm sóc giảm đau		Sau chăm sóc giảm đau	
	Số lượng (n)=30	Tỷ lệ %	Số lượng (n)=30	Tỷ lệ %
Không đau	04	13,3%	04	13,3%
Đau ít	02	6,7%	22	73,4%
Đau vừa	18	60%	04	13,3%
Đau nặng	06	20%	0	0%
Đau dữ dội	0	0%	0	0%

Nhận xét: Đa số NB cảm thấy đau ở mức độ vừa chiếm 60%, kết quả đó được cải thiện tốt hơn sau khi nhận hỗ

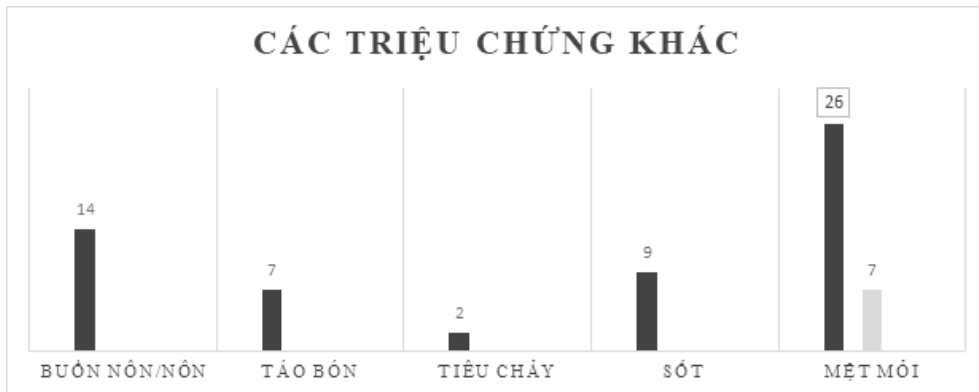
trợ từ NVYT (73,4% NB còn đau nhẹ).

➤ Thực hành chăm sóc giảm đau.

Thực hành chăm sóc giảm đau	Số lượng(n)=30	Tỷ lệ %=100%
Biện pháp tâm lý	30	100%
Biện pháp vật lý(vận động; chườm ấm; xoa bóp)	26	86,7%
Thuốc	24	80%

Nhận xét: Liệu pháp tâm lý là phương pháp hết sức quan trọng trong thực hành chăm sóc giảm đau đối với NB ung thư thực quản, ung thư dạ dày.

3.3. Các triệu chứng khác



Nhận xét: Các triệu chứng buồn nôn, táo bón, tiêu chảy, sốt, mệt mỏi là triệu chứng thường gặp ở hầu hết các bệnh nhân đang điều trị hóa chất và các bệnh nhân

được chăm sóc giảm nhẹ.

3.4. Thực hành chăm sóc dinh dưỡng

Tình trạng dinh dưỡng	Trước chăm sóc giảm nhẹ		Sau chăm sóc giảm nhẹ	
	Số lượng (n)=30	Tỷ lệ %=100%	Số lượng (n)=30	Tỷ lệ %=100%
Không ăn uống được	01	3,4%	0	0%
Ăn được ít	19	63,3%	05	16%
Ăn uống bình thường	10	33,3%	25	83,3%
Cân Nặng Giữ Nguyên	03	10%	14	46,7%
Giảm từ 5kg đến 10kg	11	36,7%	10	33,3%
Giảm trên 10kg	16	53,3%	06	20%

Nhận xét:

-Người bệnh ung thư thực quản, dạ dày thường ăn được ít chiếm 63,3%; cân nặng giảm trên 10kg chiếm 53,3%.

- Sau hỗ trợ người bệnh ăn uống cải thiện tốt hơn, tỷ lệ người bệnh ăn uống bình thường chiếm 83,3%; tỷ lệ người bệnh giảm trên 10kg xuống còn 20%.

hợp và nhận thấy ở độ tuổi từ 24 đến 55 đang là độ tuổi lao động nhưng mắc Ung thư thực quản, dạ dày chiếm tỷ lệ cao (73,3%) dẫn đến ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng cuộc sống cũng như chất lượng lao động; bên cạnh đó nam giới mắc ung thư thực quản, dạ dày chiếm tỷ lệ cao hơn so với nữ giới (86,7%). Các yếu tố trên phù hợp với các nghiên cứu khác trên toàn thế giới.

4. BÀN LUẬN

4.2. Đánh giá kết quả chăm sóc

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài trên 30 trường

Người bệnh đau mức độ vừa chiếm 60% trong tổng số người bệnh được nghiên cứu. Khi xuất hiện các triệu chứng đau người bệnh được nhân viên y tế hỗ trợ chăm



sóc giảm đau bằng các biện pháp tâm lý, vật lý như (vận động, chườm ấm, xoa bóp...) và dùng thuốc thoa đáng. Sau hỗ trợ người bệnh cảm thấy đỡ đau rất nhiều (73,4% người bệnh cảm thấy đau nhẹ).

Triệu chứng buồn nôn - nôn chiếm tỷ lệ 53,3% ở người bệnh ung thư thực quản, dạ dày. Một khi xuất hiện triệu chứng nôn người bệnh thường ở giai đoạn muộn, khối u lớn gây chèn ép thực quản, dạ dày, gây hẹp môn vị, bệnh nhân thường có thể trạng không tốt (suy kiệt, rối loạn điện giải).

23,3% người bệnh bị táo bón; 6,6% người bệnh bị tiêu chảy. Các triệu chứng trên thường gặp khi người bệnh ở giai đoạn muộn nằm lâu, ít vận động, chế độ ăn chưa phù hợp. Do vậy người bệnh khi nằm điều trị cần có chế độ ăn uống thích hợp, khoa học, đầy đủ dưỡng chất, đảm bảo vệ sinh.

Ung thư thực quản, dạ dày ảnh hưởng nhiều đến chế độ ăn của người bệnh (63,3% người bệnh cảm thấy ăn uống kém hơn so với bình thường). Triệu chứng sụt cân trên 10kg gặp ở 16 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 53,3%. Theo một số tác giả sụt cân là một trong những triệu chứng quan trọng cần lưu ý mà thầy thuốc không được đánh giá thấp.

Mệt mỏi là triệu chứng thường gặp đối với người bệnh ung thư giai đoạn muộn chiếm tỷ lệ cao 86,7%. Người bệnh mệt mỏi về tâm lý do lo lắng về bệnh, do ăn uống kém, do các triệu chứng của bệnh và điều trị hóa chất gây nên

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu kết quả chăm sóc giảm nhẹ đối với 30 trường hợp người bệnh ung thư thực quản, dạ dày tại khoa Ung bướu - Bệnh viện Quân Y 105 nhóm nghiên cứu nhận thấy:

Ung thư thực quản, dạ dày gặp nhiều ở đối tượng nam giới. Độ tuổi thường gặp từ 24 đến 55 tuổi chiếm tỷ lệ cao (73,3%)

Đau là triệu chứng gây ảnh hưởng nhiều nhất tới chất lượng cuộc sống của người bệnh (60% có đau vừa). Kết

quả này đã được cải thiện sau khi nhận được sự hỗ trợ từ nhân viên y tế (73,4% còn đau nhẹ).

Ngoài ra các triệu chứng như ăn uống kém, gầy sút cân cũng gây ảnh hưởng không nhỏ tới các triệu chứng toàn thân của người bệnh. 63,3% người bệnh cảm thấy ăn kém, 53,3% người bệnh gầy sút trên 10kg. Người bệnh cũng có thay đổi về cân nặng, ăn uống sau khi có sự tư vấn, hỗ trợ dinh dưỡng từ nhân viên y tế.

Người bệnh thấy đỡ mệt mỏi hơn nhiều, cảm thấy hài lòng với sự hỗ trợ giúp đỡ từ nhân viên y tế.

6. KIẾN NGHỊ

Khuyến nghị đối với nam giới độ tuổi từ 24 tuổi đến 55 tuổi cần kiểm tra tầm soát sớm bệnh ung thư nói chung và ung thư thực quản, dạ dày nói riêng.

Đối với người bệnh ung thư thực quản, dạ dày nhân viên y tế cần chú ý chăm sóc giảm nhẹ tốt các triệu chứng đau, nôn, tình trạng mệt mỏi, gầy sút cân và chế độ dinh dưỡng của người bệnh.

Tổ chức các buổi học tập nâng cao kỹ năng chăm sóc giảm nhẹ, tâm lý tiếp xúc, các kỹ năng mềm đối với NVYT nhằm phát huy tốt hơn nữa vai trò, chức năng của người điều dưỡng viên, nhất là chức năng độc lập, lấy người bệnh làm trung tâm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung thư thường gặp; Nhà xuất bản Y học, 2016.
- [2] Chăm sóc tâm lý bệnh nhân ung thư, <http://ungthubachmai.com.vn/kin-thc-y-hoa/item/1337-chamsoctamlibenhnhanungthu.html>
- [3] Eric L. Krakaue, Tài liệu tập huấn nâng cao: Chăm sóc giảm nhẹ cho bệnh nhân HIV/AIDS và Ung thư ở Việt Nam, 2017.
- [4] Hồ Thị Hoa, Thực trạng chăm sóc giảm nhẹ trên bệnh nhân ung thư được điều trị hóa chất tại khoa

- chăm sóc triệu chứng và điều trị đau, Bệnh viện K, cơ sở 2, 2012.
- [5] Kiều Thanh Hà, Đánh giá chăm sóc giảm nhẹ Người bệnh ung thư trực tràng tại khoa Ung bướu - Bệnh viện Quân Y 105.
- [6] Nguyễn Bá Đức và cộng sự, Tình hình ung thư ở Việt Nam giai đoạn 2001-2004 qua ghi nhận ung thư tại 5 tỉnh thành Việt Nam. Tạp chí y học thực hành số 541, 2006.
- [7] Quyết định số 538/QĐ-TTg phê duyệt Đề án thực hiện lộ trình tiến tới bảo hiểm y tế toàn dân giai đoạn 2012-2015 và 2020.



ASSESSMENT CARE BURDEN AMONG CAREGIVER OF CANCER PATIENTS AND FACTORS RELATED AT QUANG TRI GENERAL HOSPITAL IN 2022

Truong Thi Hoai*, Tran Thị Van, Tran Thi Ngoc Diem

Quang Tri General Hospital - 266 Hung Vuong Stress, Dong Ha City, Quang Tri Province, Hanoi, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 20/03/2023; Accepted 21/04/2023

ABSTRACT

Objects: To assessment care burden among caregiver of cancer patients and identify factors related at quang tri general hospital in 2022

Materials and Method: A descriptive study of 106 caregivers of cancer patients at oncology department of Quang Tri provincial general hospital from 6/2022 to 9/2022.

Results: The rate of care burden accounted for 84.9%; High level burden is 16%, medium burden is 47.2%, low burden is 21.7% and no burden accounted for 15.1%. Related factors: Age, economic situation, number of co-caregivers, average length of care per day, social support with caregivers, duration of illness and patient stage ($p < 0.05$).

Conclusion: Most caregivers for cancer patients have varying degrees of care burden.

Keywords: Cancer, care burden, caregivers.

*Corresponding author

Email address: truongthihoaihoai@gmail.com

Phone number: (+84) 979 915 946

ĐÁNH GIÁ GÁNH NẶNG CHĂM SÓC CỦA NGƯỜI NHÀ BỆNH NHÂN UNG THƯ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH QUẢNG TRỊ NĂM 2022

Trương Thị Hoài*, Trần Thị Vân, Trần Thị Ngọc Diễm

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Trị - 266 Hùng Vương, Thành phố Đông Hà, Quảng Trị, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 20 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 21 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng gánh nặng chăm sóc và xác định các yếu tố liên quan của người nhà bệnh nhân ung thư tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Trị.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm 106 người nhà bệnh nhân ung thư tại khoa Ung bướu Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Trị từ tháng 6/2022 đến tháng 9/2022.

Kết quả: Tỷ lệ gánh nặng chăm sóc chiếm 84,9%; Gánh nặng mức độ cao chiếm 16%, trung bình chiếm 47,2%, ít chiếm 21,7% và không gánh nặng chiếm 15,1%. Các yếu tố liên quan: Tuổi, hoàn cảnh kinh tế, số người cùng chăm sóc, thời gian chăm sóc trung bình trong ngày, hỗ trợ xã hội với người chăm sóc, thời gian mắc bệnh và giai đoạn bệnh của bệnh nhân ($p < 0,05$).

Kết luận: Phần lớn người nhà chăm sóc bệnh nhân ung thư đều có gánh nặng chăm sóc ở các mức độ khác nhau.

Từ khóa: Ung thư, gánh nặng chăm sóc, người chăm sóc.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư được xếp hạng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu và là rào cản quan trọng đối với việc tăng tuổi thọ ở mọi quốc gia trên thế giới. Gánh nặng ung thư toàn cầu dự kiến sẽ là 28,4 triệu ca vào năm 2040, tăng 47% so với năm 2020 [6].

Ung thư là gánh nặng của toàn xã hội, bệnh nhân, gia đình bệnh nhân, đặc biệt ở người chăm sóc chính cho bệnh nhân. Người nhà chăm sóc bệnh nhân cũng chịu đựng những căng thẳng tâm lý, nỗi đau tinh thần khi gia

đình có người mắc bệnh hiểm nghèo, chính vì thế họ có nhu cầu được trang bị kiến thức, kỹ năng, tâm lý, thời gian và tài chính trong quá trình chăm sóc bệnh nhân ung thư. Khi nhu cầu chăm sóc của người bệnh vượt quá nguồn lực của người chăm sóc, gây ra những áp lực và căng thẳng, là gánh nặng đối với người chăm sóc [5]. Người nhà chăm sóc đóng vai trò không thể thiếu trong suốt quãng đời còn lại của bệnh nhân ung thư, tuy nhiên đối tượng này ít được quan tâm [3].

Tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Trị, cùng với nhân viên y tế, người nhà bệnh nhân ung thư luôn tham gia

*Tác giả liên hệ

Email: truongthihoaihoai@gmail.com

Điện thoại: (+84) 979 915 946



vào quá trình chăm sóc bệnh nhân ung thư. Để hiểu rõ hơn những gánh nặng mà người nhà bệnh nhân ung thư đang gặp phải và từ đó có những biện pháp làm giảm gánh nặng cho họ, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Đánh giá gánh nặng chăm sóc của người nhà bệnh nhân ung thư và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Trị năm 2022” với mục tiêu sau:

1. Mô tả thực trạng gánh nặng của người nhà chăm sóc bệnh nhân ung thư.

2. Xác định các yếu tố liên quan đến gánh nặng chăm sóc của người nhà bệnh nhân ung thư.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu: Người nhà chăm sóc trực tiếp bệnh nhân ung thư điều trị nội trú tại khoa Ung bướu bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Trị từ tháng 6/2022 - 9/2022.

- Tiêu chí lựa chọn: Là người chăm sóc chính cho bệnh nhân; Có khả năng nghe, nói, đọc viết tiếng Việt; Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chí loại trừ: Không đủ các chỉ tiêu nghiên cứu; Có vấn đề về bệnh tâm thần; Chăm sóc nhiều hơn 1 bệnh nhân cùng thời điểm; Từ chối phỏng vấn; Đã được lấy thông tin từ lần trước.

2.2. Thời gian và địa điểm thực hiện nghiên cứu: Từ tháng 6/2022- 9/2022 tại Khoa Ung bướu - bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Trị.

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

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

2.4.1. Cỡ mẫu:

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

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

Với: n: Cỡ mẫu; = 1,96 khoảng tin cậy 95% => $\alpha = 0,05$

P: Tỉ lệ mong muốn. Theo nghiên cứu của tác giả Chiemerigo AOnyeneho năm 2021 thì tỉ lệ gánh nặng chăm sóc là 64,3%, chọn $p=0,643$ [4].

d: Sai số cho phép, chọn $d= 0,1$.

Thay vào công thức ta có: $n = 89$

Vì để hạn chế sai số và có những đối tượng không tham gia, chúng tôi lấy thêm 10% cỡ mẫu. Thực tế chúng tôi đã lấy cỡ mẫu là 106 người nhà bệnh nhân.

2.4.2. Phương pháp chọn mẫu: thuận tiện

- Cách chọn mẫu: Lấy người nhà bệnh nhân ung thư có số bệnh án chẩn từ tháng 6/2022 - 9/2022, chọn đến khi đủ cỡ mẫu thì dừng lại.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

- Bộ câu hỏi về nhân khẩu học và thông tin người chăm sóc cho bệnh nhân ung thư.

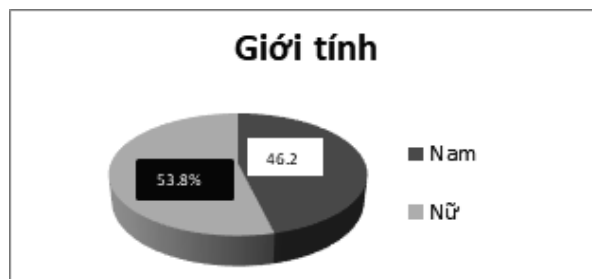
- Công cụ đánh giá gánh nặng chăm sóc được Zarit (Zarit Burden Inventory/ZBI): Gồm 22 câu hỏi tự đánh giá, mỗi câu trả lời gồm 5 lựa chọn. Tổng điểm là từ 0 đến 88. Mức độ chăm sóc chia thành 4 nhóm: không gánh nặng (<20 điểm), gánh nặng vừa (21-40 điểm), gánh nặng trung bình (41-60 điểm), gánh nặng nhiều (61-88 điểm) [4].

2.6. Xử lý và phân tích số liệu: Nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 với $p < 0,05$ là có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ

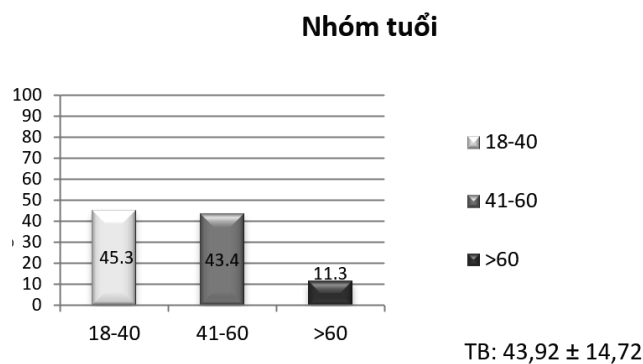
3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Biểu đồ 1: Phân bố bệnh nhân theo giới



Nhận xét: Tỷ lệ nữ giới chiếm 53,8% cao hơn ở nam giới là 46,2%.

Biểu đồ 2: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi



Nhận xét: Độ tuổi < 60 chiếm 88,7%, độ tuổi > 60 chiếm tỷ lệ 11,3%. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 43,92 ± 14,72.

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Công nhân	17	16
Cán bộ công chức	22	20,8
Buôn bán	8	7,5
Nội trợ	11	10,4
Nông dân	29	27,4
Khác	19	17,9
Tổng	106	100

Nhận xét: Nhóm nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất với 27,4%, buôn bán thấp nhất với 7,5%.



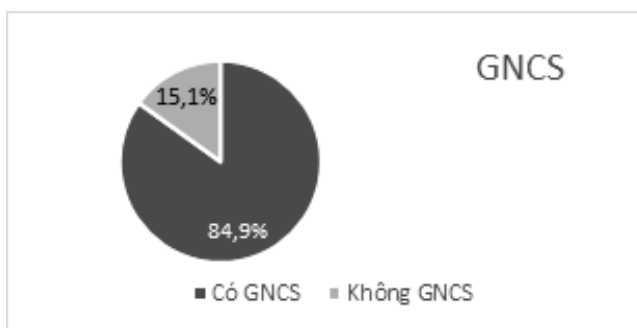
Biểu đồ 3: Phân bố đối tượng theo quan hệ với bệnh nhân



Nhận xét: Con chiếm tỷ lệ cao nhất là 50,9%, tiếp theo là vợ với 22,6%, thấp nhất là các mối quan hệ khác

chiếm 4,7%.
3.2. Gánh nặng chăm sóc

Biểu đồ 4: Tỷ lệ gánh nặng chăm sóc



Nhận xét: Tỷ lệ GNCS (84,9%) cao hơn 5,6 lần tỷ lệ không có GNCS (15,1%).

Bảng 3.2: Mức độ gánh nặng chăm sóc theo ZBI

Mức độ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Không có gánh nặng	16	15,1
Gánh nặng mức độ ít	23	21,7
Gánh nặng mức độ TB	50	47,2
Gánh nặng mức độ nhiều	17	16
Tổng	106	100
($\bar{X} \pm SD$)	41,97 ± 15,27	
Min - Max	17-74	

Nhận xét: Điểm gánh nặng chăm sóc trung bình là 41,97±15,27, điểm thấp nhất là 17 điểm và cao nhất là 74 điểm.

3.3. Các yếu tố liên quan

Bảng 3.3: Gánh nặng chăm sóc và các yếu tố liên quan

Đặc điểm	Gánh nặng chăm sóc	
	r	P
Giới tính	0,000	>0,05
Tuổi	0,523	<0,05
Thu nhập	-0,612	<0,05
Mối quan hệ gia đình	0,000	>0,05
Người cùng chăm sóc	-0,423	<0,05
Thời gian chăm sóc	0,345	<0,05
Hỗ trợ xã hội	-0,518	<0,05
Giai đoạn bệnh	0,232	<0,05
Thời gian mắc bệnh	0,634	<0,05

Nhận xét: Có mối tương quan giữa gánh nặng chăm sóc và tuổi, hoàn cảnh kinh tế, số người cùng chăm sóc, thời gian chăm sóc trung bình trong ngày, hỗ trợ xã hội với người chăm sóc, thời gian mắc bệnh và giai đoạn bệnh của bệnh ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm phân bố đối tượng theo giới tính

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở biểu đồ 3.1, tỷ lệ nữ giới chiếm 53,8% cao hơn ở nam giới là 46,2%. Điều này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hoài với tỷ lệ nam nữ lần lượt là 41,2% và 59,8% [2].

4.1.2. Đặc điểm phân bố đối tượng theo nhóm tuổi

Độ tuổi giao động từ 20 đến 74 tuổi. Do độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $43,92 \pm 14,72$ tuổi là nhóm tuổi trong độ tuổi lao động đồng thời với công việc chăm sóc người bệnh nên GNCS tăng lên.

4.1.3. Đặc điểm phân bố đối tượng theo nghề nghiệp

Đối tượng tham gia nghiên cứu của chúng tôi chiếm 27,4% là nông dân, buôn bán chiếm tỷ lệ thấp nhất với 7,5%, nhóm nghề nghiệp khác như: hưu trí, sinh viên, thất nghiệp chiếm 17,9%. Nông dân chiếm tỷ lệ cao do người tham gia nghiên cứu chủ yếu sống vùng nông thôn và vùng núi, họ sống chủ yếu dựa vào nông nghiệp.

4.1.4. Đặc điểm phân bố đối tượng theo quan hệ với bệnh nhân

Theo kết quả từ biểu đồ 3, đối tượng là con của bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao với 50,9%, vợ/chồng bệnh nhân chiếm 36,8%, cháu chiếm 7,5%. Lý giải vì con cái, vợ/chồng là người liên quan trực tiếp với bệnh nhân, cùng chung sống trong 1 gia đình, việc chăm sóc như là bổn phận và trách nhiệm của họ.

4.2. Đặc điểm về gánh nặng chăm sóc của người nhà bệnh nhân ung thư

Nghiên cứu của chúng tôi cho ra kết quả, phần lớn người chăm sóc bệnh nhân ung thư có GNCS (84,9%), không có GNCS (15,1%), điểm đánh giá GNCS trung bình là $41,97 \pm 15,27$, người chăm sóc có mức độ gánh nặng trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất với 47,2%, gánh nặng mức độ ít chiếm 21,7% và gánh nặng mức độ nhiều chiếm 16%. Kết quả trên thấp hơn kết quả của nghiên cứu tại bệnh viện Ung bướu Quốc gia Việt Nam, điểm ZBI trung bình là $48,9 \pm 13,7$, trong đó 72% người tham gia báo cáo mức độ GNCS và 28% trong số họ có mức độ nhẹ và trung bình. Tuy nhiên, kết quả chúng tôi cao hơn nghiên cứu của tác giả Chiemerigo AOnyeneho tại Bệnh viện University College, Ibadan, Nigeria có điểm ZBI trung bình là $28,30 \pm 15,78$, tỷ lệ không có GNCS là 35,7% [7], [4].

Kết quả trên cho thấy GNCS đang chiếm tỷ lệ cao, tuy nhiên họ thường âm thầm chịu đựng và chỉ biểu hiện khi được hỏi. Đối tượng nghiên cứu chịu gánh nặng cơ thể, tâm lý, xã hội lẫn tài chính. Họ giành

nhieu thời gian cho việc chăm sóc bệnh nhân nên căng thẳng và sức khỏe thường xuyên giảm sút nhưng họ mong muốn và cố gắng được chăm sóc tốt hơn cho người bệnh. Tỷ lệ GNCS cao do bệnh nhân ung thư phải được điều trị từ lúc phát hiện bệnh đến cuối đời gây ảnh hưởng đến kinh tế, sức khỏe, tâm lý của gia đình người bệnh, trực tiếp tạo ra GNCS cho người chăm sóc.

4.3. Một số yếu tố liên quan giữa gánh nặng chăm sóc và người chăm sóc bệnh nhân ung thư

4.3.1. Mối tương quan giữa các yếu tố thuộc người chăm sóc với GNCS

Về độ tuổi, độ tuổi từ 18-40 tuổi không có GNCS chiếm tỷ lệ cao với 68,8%. Người >60 tuổi có số lượng tăng dần theo mức độ GNCS. Kết quả này chỉ ra rằng GNCS tỷ lệ thuận với tuổi.

Điều kiện kinh tế ảnh hưởng đến quá trình điều trị ung thư. Việc bệnh nhân ung thư sống chung với bệnh từ lúc phát hiện bệnh đến cuối đời gây hao tổn kinh phí cho vấn đề sức khỏe. Có sự tương quan giữa GNCS và hoàn cảnh kinh tế ($p<0,05$). Ở nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hoài và nghiên cứu khác của tác giả Đào Trọng Quân cho thấy sự khác biệt với nghiên cứu của tôi rằng hoàn cảnh kinh tế không ảnh hưởng đến GNCS [2], [1].

Số người cũng chăm sóc và GNCS có mối tương quan nghịch với nhau ($P<0,05$).

Theo kết quả trên, trong số những người có gánh nặng chăm sóc mức độ nhiều, có 70,6 % người chăm sóc bệnh nhân từ 8 tiếng. Và có 75% đối tượng được hỗ trợ xã hội không có GNCS, 60% đối tượng không được hỗ trợ xã hội có GNCS mức độ trung bình và 58,8% gánh nặng chăm sóc mức độ nhiều. Sự hỗ trợ xã hội của người chăm sóc có mối tương quan nghịch với GNCS, do đó cần tăng cường hỗ trợ xã hội từ gia đình, bạn bè và cộng đồng để làm giảm GNCS cho người chăm sóc.

4.3.2. Mối tương quan giữa gánh nặng chăm sóc và các yếu tố thuộc bệnh nhân.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, bệnh nhân ở giai đoạn càng muộn, càng gây ra nhiều gánh nặng cho người chăm sóc ($P<0,05$). Bệnh nhân ung thư kể từ lúc phát hiện bệnh đến thời điểm nghiên cứu có thời gian dưới 12 tháng chiếm tỷ lệ cao với 77,3%. Tất cả những người chăm sóc bệnh nhân từ 12 tháng đều có gánh nặng chăm sóc. Điều này được lý giải do thời gian mắc bệnh càng dài thì chi phí nằm viện ngày càng

tăng, đồng thời bệnh nhân đòi hỏi ngày càng nhiều hơn nhu cầu được chăm sóc từ người thân, người chăm sóc bị gián đoạn kinh tế, làm gia tăng GNCS cho người chăm sóc.

5. KẾT LUẬN

Kết quả đánh giá cho ra gánh nặng chăm sóc chủ yếu ở mức độ trung bình. Tập trung ở nhóm đối tượng nữ <60 tuổi, phần lớn là con bệnh nhân. Các yếu tố liên quan đến GNCS: Tuổi, hoàn cảnh kinh tế, số người cùng chăm sóc, thời gian chăm sóc trung bình trong ngày, hỗ trợ xã hội với người chăm sóc, thời gian mắc bệnh và giai đoạn bệnh của bệnh nhân.

6. KIẾN NGHỊ

Tăng cường các hỗ trợ xã hội cho người chăm sóc bệnh nhân ung thư; điều dưỡng đánh giá, sàng lọc những vấn đề chăm sóc bệnh nhân có thể mắc phải như tình trạng đau, chế độ dinh dưỡng, vận động,.. để đưa ra những hướng dẫn, chăm sóc cụ thể cho người nhà bệnh nhân; tư vấn kiến thức cho người chăm sóc bệnh nhân ung thư, đối với nhóm đối tượng dễ tổn thương, phát hiện các rối loạn tâm trí như trầm cảm, lo âu, căng thẳng để tư vấn điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Đào Trọng Quân, Lương Thị Hoa, Đánh giá gánh nặng chăm sóc của người nhà bệnh nhân hôn mê tại khoa hồi sức tích cực-chống độc, bệnh viện trung ương thái nguyên. Tạp chí Khoa học và Công nghệ - Đại học Thái Nguyên. 177(01), trang 91-95, 2018.
- [2] Nguyễn Thị Hoài, Mai Thị Hương, Đánh giá gánh nặng chăm sóc của người nhà bệnh nhân ung thư và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2018, Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam, số 24, trang 81- 86, 2018.
- [3] Nguyễn Thị Thanh Lâm, Tìm hiểu nhu cầu hỗ trợ của người chăm sóc bệnh nhân ung thư, Trường Đại học Khoa học xã hội và nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội. Chiemerigo AOnyeneho and Rose Ellesanmi (2021), Burden of Care and Perceived Psycho-Social Outcomes

- among Family Caregivers of Patients Living with Cancer, *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, issue 3, Pages 330-336, 2013.
- [4] Chiemerigo A Onyeneho and Rose Ellesanmi (2021), Burden of Care and Perceived Psycho-Social Outcomes among Family Caregivers of Patients Living with Cancer, *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, issue 3, Pages 330-336.
- [5] Effendy C, Vissers K et al., Family caregivers' involvement in caring for a hospitalized patient with cancer and their quality of life in a country with strong family bonds. *Psycho-Oncology*, issue 24(5), pages 585-591, 2015.
- [6] Hyunung and nnk, Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries, *CA: A Cancer Journal for clinicians*, issue 3, pages 209-249, 2021.
- [7] Nguyen, L. T., & Ta, N. D. T., Caregiving burden among relatives of cancer patients in Vietnamese national oncology hospital. *Vietnam Journal of Medicine and Pharmacy*, issue 8., 2015.



ASSESSMENT OF APPROPRIATENESS AND CLINICAL APPLICATION OF AN EDUCATIONAL INTERVENTION PROGRAM ON PAIN MANAGEMENT FOR PATIENTS WITH CANCER PATIENTS

Vu Dinh Son^{1,*}, Pham Cam Phuong², Nguyen Thi Minh Chinh³, Than Van Ly¹,
Nguyen Thi Bich Loan⁴, Le Quoc Hoan¹, Nguyen Gia Luong¹

¹Vinh Phuc College - Tue Tinh Street, Lien Bao Ward, Vinh Yen Town, Vinh Phuc, Vietnam

²Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong, Phuong Mai, Hanoi, Vietnam

³Nam Dinh University of Nursing - 257 Han Thuyen, Nam Dinh city, Vietnam

⁴Vinh Phuc General Hospital - Dong Tam, Vinh Yen, Vinh Phuc, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 17/03/2023; Accepted 15/04/2023

ABSTRACT

Objectives: This study aims to assess the appropriateness and clinical applicability of an educational intervention program on pain management for patients with cancer.

Material and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted from January to June 2022 with 15 experts. Experts are oncologists, pharmacists, and nurses with certificates in palliative care. The questionnaire consists of 23 items asking about the appropriateness, the clinical applicability of the program, and the feasibility of handouts for patients; each item is rated on a 5-point scale.

Results: The educational intervention program on pain management for patients with cancer was assessed as appropriate ($4,49 \pm 0,23$), clinically applicable ($4,56 \pm 0,33$), and possible handouts for patients ($4,29 \pm 0,55$). The general average of the items is $4,46 \pm 0,22$. Experts have made some comments: The program needs to be supplemented on intervention standards, some intervention contents need to be adjusted accordingly, and intervention materials compiled to hand out to cancer patients.

Conclusion: The results of the program are appropriate and clinically applicable.

Keywords: Intervention program, cancer pain, education, self-management, cancer.

*Corresponding author

Email address: vudinhsonvp@gmail.com

Phone number: (+84) 967 797 878

ĐÁNH GIÁ TÍNH PHÙ HỢP, KHẢ NĂNG ỨNG DỤNG LÂM SÀNG CỦA CHƯƠNG TRÌNH CAN THIỆP GIÁO DỤC QUẢN LÝ ĐAU CHO NGƯỜI BỆNH UNG THƯ

Vũ Đình Sơn^{1,*}, Phạm Cẩm Phương², Nguyễn Thị Minh Chính³, Thân Văn Lý¹, Nguyễn Thị Bích Loan⁴, Lê Quốc Hoàn¹, Nguyễn Gia Lương¹

¹Trường Cao đẳng Vĩnh Phúc - Đường Tuệ Tĩnh, Phường Liên Bảo, thị xã Vĩnh Yên, Vĩnh Phúc, Việt Nam

²Bệnh viện Bạch Mai - 78 Giải Phóng, Phường Mai, Hà Nội, Việt Nam

³Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định - 257 Hàn Thuyên, TP. Nam Định, Việt Nam

⁴Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc - Đồng Tâm, Vĩnh Yên, Vĩnh Phúc, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 17 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 15 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm đánh giá tính phù hợp, khả năng ứng dụng lâm sàng của chương trình can thiệp giáo dục quản lý đau cho người bệnh ung thư.

Phương pháp: Một nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 01 đến tháng 6 năm 2022 với 15 chuyên gia. Các chuyên gia là bác sĩ chuyên khoa ung bướu, dược sĩ và điều dưỡng có chứng chỉ về chăm sóc giảm nhẹ. Bộ câu hỏi gồm 23 mục hỏi về tính phù hợp, khả năng ứng dụng lâm sàng của chương trình và tính khả thi của tài liệu phát tay cho người bệnh; mỗi mục được đánh giá theo thang điểm 5.

Kết quả: Chương trình can thiệp giáo dục quản lý đau cho người bệnh ung thư được đánh giá là phù hợp ($4,49 \pm 0,23$), có khả năng ứng dụng lâm sàng ($4,56 \pm 0,33$) và tài liệu phát tay cho người bệnh có tính khả thi ($4,29 \pm 0,55$). Điểm trung bình chung của 23 mục là $4,46 \pm 0,22$. Các chuyên gia đã đưa ra một số ý kiến: Chương trình cần được bổ sung về tiêu chuẩn can thiệp, một số nội dung can thiệp cần chỉnh sửa cho phù hợp, tài liệu can thiệp biên soạn để phát tay cho người bệnh.

Kết luận: Kết quả của chương trình là phù hợp và có thể ứng dụng trên lâm sàng.

Từ khóa: Chương trình can thiệp, đau do ung thư, giáo dục, quản lý đau, ung thư.

*Tác giả liên hệ

Email: vudinhsonvp@gmail.com

Điện thoại: (+84) 967 797 878



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau là triệu chứng phổ biến, thường gặp ở người bệnh ung thư (NBUT). Con đau xuất hiện ở 59% người bệnh đang điều trị; 64% ở người bệnh tiên triển, di căn, giai đoạn cuối; 33% ở người bệnh sau khi điều trị khỏi; 53% người bệnh ở tất cả các giai đoạn bệnh; trong số những người bệnh bị đau, hơn một phần ba phân loại cơn đau là vừa hoặc nặng [7]. Mặc dù thuốc giảm đau có hiệu quả cao, song có đến 40% NBUT không nhận được kiểm soát cơn đau đầy đủ và sẽ ảnh hưởng tiêu cực đến các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, tâm lý, gia tăng mức độ trầm trọng của bệnh và giảm chất lượng sống của người bệnh thậm chí người bệnh có thể tử vong vì đau và suy kiệt [1].

Hiện tại, có nhiều phương pháp điều trị đau do ung thư: Phẫu thuật, xạ trị, hóa trị, điều trị đích, miễn dịch ... nhằm giảm hoặc loại bỏ cơn đau nhưng việc loại bỏ cơn đau hoàn toàn và lâu dài hiếm khi đạt được [8]. Trong khi, sự tham gia kiểm soát cơn đau của người bệnh còn hạn chế và thời gian điều trị ngoại trú tăng lên [6]. Do vậy, kiểm soát cơn đau do ung thư cần có sự tham gia tích cực và chủ động của người bệnh thay vì người bệnh trở thành đối tượng trong việc quản lý cơn đau do các nhân viên y tế cung cấp. Muốn vậy, người bệnh phải có kiến thức, kỹ năng cơ bản và thái độ đúng mực về điều trị đau, giảm đau và các vấn đề liên quan đến đau do ung thư nên việc giáo dục quản lý đau cho NBUT là cần thiết.

Cho đến nay, các chương trình can thiệp giáo dục quản lý đau cho NBUT đã được triển khai ở nhiều nước, các chương trình có sự đa dạng về cấu trúc, nội dung và khác nhau ở mỗi chương trình. Mặc dù, kết quả đầu ra trong các chương trình can thiệp giáo dục đã có hiệu quả nhất định. Tuy vậy, các chương trình can thiệp giáo dục tiếp theo cần được điều chỉnh cho phù hợp về cấu trúc và nội dung để nâng cao hiệu quả của chương trình can thiệp [3]. Tại Việt Nam, mặc dù Bộ Y tế đã ban hành hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ đối với người bệnh ung thư và AIDS (2006) và Hướng dẫn hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ (2022). Tuy nhiên, các can thiệp giáo dục quản lý đau cho người bệnh ung thư chưa được nghiên cứu và áp dụng trên lâm sàng. Trong bối cảnh này, chúng tôi đã phát triển một chương trình can thiệp giáo dục quản lý đau cho người bệnh ung thư bằng cách sửa đổi và bổ sung PRO-SELF ©: Chương trình kiểm soát đau [9]. Trước khi triển khai ứng dụng trên lâm sàng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu nhằm đánh giá tính phù hợp, khả năng ứng dụng lâm sàng của

chương trình can thiệp giáo dục quản lý đau cho người bệnh ung thư.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bác sĩ, điều dưỡng và dược sĩ tham gia trực tiếp điều trị và chăm sóc người bệnh ung thư. Tiêu chuẩn lựa chọn: Đối tượng nghiên cứu có kinh nghiệm trong điều trị và chăm sóc người bệnh ung thư từ 05 năm trở lên, trình độ chuyên môn đại học trở lên và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian: Từ tháng 01/2022 đến tháng 06/2022.

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

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

2.4.1. Cỡ mẫu: 15 chuyên gia.

2.4.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn có chủ đích từ một bệnh viện trung ương và một bệnh viện tỉnh ở Việt Nam. Tại mỗi bệnh viện, dựa trên các tiêu chí lựa chọn, chúng tôi đã sử dụng phương pháp lấy mẫu có chủ đích để chọn ra đủ cỡ mẫu theo yêu cầu.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

2.5.1. Công cụ thu thập: Sử dụng bộ câu hỏi khảo sát ý kiến chuyên gia của Yamanaka & Suzuki, bộ câu hỏi gồm 23 mục: 17 mục sự phù hợp của chương trình, 03 mục khả năng ứng dụng lâm sàng và 3 mục tính khả thi của tài liệu phát tay. Mỗi mục được đánh giá bằng số (1–5): 5 điểm cho “chắc chắn áp dụng” và 1 cho “không áp dụng”. Tại mỗi mục cũng có xin ý kiến nhận xét về mục đó. Bộ câu hỏi được gửi kèm theo chương trình, tài liệu hướng dẫn [10].

2.5.2. Kỹ thuật thu thập số liệu: Nghiên cứu viên gặp gỡ và gửi dự thảo chương trình can thiệp, tài liệu phát tay, bộ câu hỏi cho người tham gia nghiên cứu. Những người tham gia đã nghiên cứu chương trình can thiệp, tài liệu phát tay và hoàn thành bộ câu hỏi và viết nhận xét về chương trình giáo dục và tài liệu phát tay vào ô nhận xét của bộ câu hỏi trong vòng bốn tuần kể từ khi nhận được tài liệu. Sau đó, người tham gia gửi trực tiếp hoặc qua đường bưu điện cho nhóm nghiên cứu.

2.6. Phân tích số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 22.0 để phân tích số liệu. Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả. Ý kiến nhận xét của

chuyên gia ở các mục được sắp xếp theo những điểm tương đồng của các vấn đề được đề cập.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này được thực hiện theo đề cương luận án tiến sĩ đã được thông qua Hội đồng phê duyệt đề cương và Hội đồng đạo đức trong y sinh học của Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định (số 2676/GCN – HĐĐ, ngày 22 tháng 10 năm 2021).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của người tham gia

Có 15 chuyên gia đã tham gia và trả lời bộ câu hỏi. Họ đại diện cho 02 bệnh viện tại Việt Nam. Trong đó,

10 người làm việc tại 01 bệnh viện tuyến trung ương chiếm 66,67% và 05 người làm việc tại 01 bệnh viện tuyến tỉnh chiếm 33,33%. Trình độ chuyên môn của các thành viên tham gia: 03 bác sĩ chuyên khoa ung bướu, 10 điều dưỡng ung bướu, 02 dược sĩ. Về học vị có 04 tiến sĩ, 07 thạc sĩ, 04 đại học. Tuổi trung bình là $40,02 \pm 5,48$ và thâm niên công tác là $15,20 \pm 5,00$.

3.2. Sự phù hợp và khả năng áp dụng lâm sàng của chương trình can thiệp giáo dục quản lý đau cho người bệnh ung thư

Điểm trung bình (ĐTB) của tất cả 23 mục trong bộ câu hỏi là $4,46 \pm 0,22$; ĐTB cho tính phù hợp và khả năng ứng dụng của chương trình can thiệp là ($4,49 \pm 0,23$ và $4,56 \pm 0,33$) và ĐTB cho tính khả thi của tài liệu phát tay là $4,29 \pm 0,55$ (Bảng 3.1).

Bảng 3.1. Tính phù hợp và khả năng ứng dụng lâm sàng của chương trình can thiệp giáo dục quản lý đau cho người bệnh ung thư (n=15)

Mục	Tên mục	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn (SD)
Tính phù hợp		4,49	0,23
1	Mục tiêu	4,80	0,41
2	Số lần can thiệp	4,86	0,35
3	Thời gian	4,33	0,62
4	Nội dung	4,47	0,52
5	Cải thiện mối quan hệ người bệnh với cá bộ y tế	4,53	0,52
6	Cải thiện giao tiếp của người bệnh với cán bộ y tế	4,60	0,51
7	Nâng cao nhận thức các vấn đề liên quan đến đau	4,60	0,51
8	Cải thiện khả năng tự theo dõi đau	4,47	0,52
9	Cải thiện khả năng tự điều chỉnh thuốc giảm đau và các tác dụng phụ	4,53	0,52
10	Cải thiện quản lý căng thẳng	4,07	0,79
11	Giúp người bệnh duy trì cuộc sống hằng ngày	4,33	0,72
12	Giảm nhẹ cơn đau	4,33	0,49
13	Cải thiện chất lượng cuộc sống	4,46	0,52
14	Cải thiện hiệu quả bản thân	4,46	0,52
15	Cho phép sử dụng thuốc giảm đau hiệu quả	4,40	0,52



Mục	Tên mục	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn (SD)
16	Mang lại sự ổn định về tinh thần	4,13	0,74
17	Khuyến khích độc lập quản lý cơn đau	4,73	0,46
Khả năng ứng dụng		4,56	0,33
18	Dễ áp dụng trong các cơ sở y tế	4,60	0,51
19	Điều dưỡng dễ sử dụng	4,70	0,45
20	Người bệnh dễ sử dụng	4,33	0,49
Tính khả thi của tài liệu phát tay		4,29	0,55
21	Tài liệu phát cho người bệnh	4,27	0,59
22	Nhật ký cơn đau	4,27	0,59
23	Hướng dẫn thực hành điều dưỡng	4,33	0,72
Điểm trung bình chung		4,46	0,22

Mặc dù vậy, điểm trung bình tính phù hợp, khả năng ứng dụng lâm sàng của chương trình can thiệp và tính khả thi của tài liệu có điểm số cao. Tuy nhiên, các chuyên gia đã có 10 ý kiến đánh giá cho tính phù hợp, khả năng áp dụng lâm sàng của chương trình can thiệp giáo dục và tính khả thi của tài liệu phát tay, cụ thể:

Có 05 ý kiến của chuyên gia về tính phù hợp của chương trình can thiệp giáo dục: “Nhóm nghiên cứu nên làm rõ tiêu chí loại trừ, tiêu chí lựa chọn, tiêu chí can thiệp”; “Nội dung giáo dục sức khỏe nên xây dựng theo hướng cung cấp cho người bệnh cách nhìn, thái độ đối với các cơn đau nói chung”; “...cần làm rõ trong phần giáo dục sức khỏe về phương pháp điều trị tương ứng với từng mức độ đau mà người bệnh gặp phải”; “...nội dung giáo dục sức khỏe hướng tới giúp người bệnh duy trì sinh hoạt”; “...Nghiên cứu viên cần làm rõ cách sẽ tiếp cận/xử lý trong trường hợp đến thăm nhà/gọi điện mà người bệnh hỏi và yêu cầu tư vấn về các tình trạng/triệu chứng khác có/không có liên quan tới đau...”.

Về khả năng ứng dụng lâm sàng của chương trình can thiệp, có 03 ý kiến góp ý của các chuyên gia: “Chương

trình là cần thiết và dễ áp dụng cho các cơ sở y tế, để triển khai và cần có sự chấp thuận của đơn vị y tế”; “Điều dưỡng dễ sử dụng chương trình tuy nhiên điều dưỡng cần có kinh nghiệm trong công tác chăm sóc người bệnh, có nghiệp vụ sư phạm y học hoặc có phương pháp giảng dạy lâm sàng. Chương trình cần có kế hoạch cụ thể để triển khai thực hiện” và “Khi triển khai thực hiện chương trình cần lựa chọn thời điểm người bệnh đáp ứng được”.

Ngoài các ý kiến trên, các chuyên gia còn đưa ra 02 ý kiến góp ý về tính khả thi của tài liệu phát tay: “Tác giả nên rà soát lại, sử dụng một hướng trình bày/hành văn cho phù hợp với mục đích sử dụng của tài liệu là tài liệu in cho người bệnh mang về” và “Nhật ký cơn đau: Bổ sung cột đánh giá tác dụng của các biện pháp giảm đau không dùng thuốc”.

Dựa trên những nhận xét trên, chúng tôi đã chỉnh sửa và bổ sung bản thảo ban đầu để được bản thảo hoàn chỉnh của chương trình can thiệp với những thành phần chính được tóm tắt tại bảng 3.2. Nhật ký cơn đau và tài liệu phát tay cho người bệnh cũng được chỉnh sửa, bổ sung theo ý kiến góp ý của các chuyên gia.

Bảng 3.2. Các thành phần chính của chương trình can thiệp giáo dục quản lý đau cho người bệnh ung thư

Tuần	Sự can thiệp
Giai đoạn trước khi ra viện	
Tuần 1:	<p>Buổi 1: Cung cấp các thông tin</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kiến thức về đau do ung thư - Quản lý cơn đau bằng thuốc - Các cách khác để quản lý cơn đau do ung thư <p>Buổi 2: Xây dựng kỹ năng cho người bệnh</p> <ul style="list-style-type: none"> - Theo dõi, đánh giá và báo cáo cơn đau bằng thang điểm đánh giá đau, xây dựng nhật ký quản lý cơn đau hằng ngày. - Sử dụng thuốc hiệu quả. - Xây dựng kế hoạch kiểm soát cơn đau. - Sử dụng một số phương pháp tự chăm sóc quản lý cơn đau (01 - 02 phương pháp). - Theo dõi, đánh giá và phòng chống các tác dụng không mong muốn của thuốc opioid (nếu có). - Thực hành giao tiếp với nhân viên chăm sóc sức khỏe
Giai đoạn sau khi ra viện	
Tuần 1	<p>Thăm nhà lần 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Xem lại điểm số cơn đau và việc sử dụng thuốc trong tuần trước - Xem lại kiến thức và các kỹ năng kiểm soát cơn đau của người bệnh và củng cố thêm kiến thức hoặc kỹ năng nếu chưa thiếu đã được cung cấp hoặc xây dựng trong buổi 1 và 2 - Xem xét và trả lời các câu hỏi phát sinh trong quá trình kiểm soát cơn đau của NB. - Xác định xem người bệnh có phải đến cơ sở y tế để kiểm soát cơn đau hay không
Tuần 2	<p>Gọi điện thoại (lần 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Xem lại điểm số cơn đau và việc sử dụng thuốc trong tuần trước - Tăng cường giảng dạy và huấn luyện về quản lý cơn đau cho người bệnh - Xác định xem người bệnh có phải đến cơ sở y tế để kiểm soát cơn đau hay không? - Trả lời các câu hỏi về quản lý cơn đau.
Tuần 3	Gọi điện thoại lần 2: Giống như lần 1
Tuần 4	Gọi điện thoại lần 3: Giống như lần 1
Tuần 5	Gọi điện thoại lần 4: Giống như lần 1
Tuần 6	Thăm nhà lần 2: Giống như thăm nhà lần 1

4. BÀN LUẬN

Việc nghiên cứu tính phù hợp và khả năng ứng dụng của chương trình can thiệp giáo dục quản lý đau cho người bệnh ung thư là rất quan trọng. Kết quả nghiên cứu là cơ sở khoa học để triển khai nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng.

Trong nghiên cứu này, kết quả khảo sát 15 chuyên gia cho thấy chương trình có ĐTB tính phù hợp, khả năng

ứng dụng của chương trình và tính khả thi của tài liệu can thiệp ở mức cao với ĐTB lần lượt là $4,49 \pm 0,23$, $4,56 \pm 0,33$ và $4,29 \pm 0,55$. Điểm trung bình chung của 23 mục là $4,46 \pm 0,22$. Kết quả này cho thấy chương trình can thiệp giáo dục quản lý đau cho người bệnh ung thư đã được đánh giá là phù hợp và có thể áp dụng trên lâm sàng bởi các điều dưỡng chuyên khoa ung thư. Chương trình được các chuyên gia đánh giá cao có thể do chương trình được xây dựng trên học thuyết phù hợp và được kế thừa, chỉnh sửa bổ sung từ chương trình



quản lý đau có sẵn đã được thử nghiệm thành công [9]. Chương trình cũng được xây dựng dựa trên các căn cứ khoa học là các tài liệu về phát triển chương trình giáo dục quản lý đau cho người bệnh ung thư, các hướng dẫn của Bộ Y tế về lĩnh vực chăm sóc giảm nhẹ [2] và kết quả nghiên cứu hệ thống về các chương trình can thiệp giáo dục do nhóm tác giả thực hiện [3]. Ngoài ra, chương trình được xây dựng dưới sự hướng dẫn, hỗ trợ của 01 chuyên gia đầu ngành điều trị ung thư và 01 chuyên gia có kinh nghiệm xây dựng chương trình can thiệp am hiểu về lĩnh vực chăm sóc giảm nhẹ. Chuyên gia đánh giá và cho ý kiến chỉnh sửa chương trình là những cán bộ y tế có trình độ chuyên môn sâu, có kinh nghiệm trong điều trị, chăm sóc người bệnh ung thư và công tác tại bệnh viện đầu ngành ở tuyến trung ương và tuyến tỉnh. Một trong những lý do còn do thời điểm can thiệp là phù hợp với thực tế tại lâm sàng; chương trình can thiệp có những hướng dẫn cụ thể, rõ ràng cho người bệnh, điều dưỡng để hiểu về can thiệp và chương trình được tổ chức thực hiện chi tiết, dễ thực hiện. Chính những điều này đã làm tăng cường khả năng áp dụng của chương trình. Khi so sánh kết quả đánh giá chương trình can thiệp thúc đẩy tự quản lý cơn đau cho người lớn mắc bệnh ung thư điều trị ngoại trú của Yamanaka & Suzuki, chúng tôi thấy rằng kết quả đánh giá chương trình của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả đánh giá chương trình của tác giả này với ĐTB sự phù hợp ($4,4 \pm 0,6$), khả năng ứng dụng lâm sàng ($4,2 \pm 0,5$), tính khả thi của tài liệu ($4,3 \pm 0,7$) và ĐTB chung của tất cả các mục là $4,3 \pm 0,6$ [10].

Tài liệu phát tay có tính khả thi được đánh giá mức cao bởi vì chúng tôi biên soạn từ những tài liệu có sẵn của Bộ Y tế [2] và các tài liệu của các tổ chức ung thư có uy tín trên thế giới nhằm giúp nhà can thiệp có thể thực hiện chương trình trong khi nói chuyện với người bệnh [4],[5]. Tài liệu phát tay rất hữu hiệu để người bệnh và người can thiệp có thể chia sẻ hướng giải quyết vấn đề, hình thành mối quan hệ hợp tác và sẽ tăng cường sự độc lập của người bệnh. Chính vì vậy, nó được đánh giá cao và góp phần làm tăng sự phù hợp và khả năng áp dụng lâm sàng của chương trình can thiệp.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Chương trình can thiệp giáo dục quản lý đau cho người

bệnh ung thư được đánh giá dựa trên phỏng vấn và lấy ý kiến của các chuyên gia là bác sĩ chuyên khoa ung bướu, dược sĩ và điều dưỡng có chứng chỉ về chăm sóc giảm nhẹ là phù hợp ($4,49 \pm 0,23$), có khả năng áp dụng lâm sàng ($4,56 \pm 0,33$) và tài liệu phát tay có tính khả thi ($4,29 \pm 0,55$). Điểm trung bình chung của 23 mục là $4,46 \pm 0,22$. Nghiên cứu thử nghiệm là cần thiết để đánh giá hiệu quả của chương trình giáo dục quản lý đau ở người bệnh ung thư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Bá Đức và cộng sự, Ung thư học đại cương, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, 2009.
- [2] Bộ Y tế, Quyết định số 183/QĐ-BYT ngày 25/01/2022 về Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ, 2022.
- [3] Vũ Đình Sơn và cộng sự, Cấu trúc, nội dung và hiệu quả can thiệp giáo dục quản lý đau cho người bệnh ung thư: Nghiên cứu tổng quan có hệ thống giai đoạn 2010 đến 2022. Báo cáo tại Hội nghị phòng chống ung thư toàn quốc lần thứ 20 “Ung thư và miễn dịch”, 2021.
- [4] American Society of Clinical Oncology, Managing Cancer-Related Pain. https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/managing_pain_booklet.pdf, 2020.
- [5] Cancer Care Ontario, How to Manage Your Pain. <https://unityhealth.to/wp-content/uploads/2021/05/pain.pdf>, 2016.
- [6] McCracken LM, Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74(1), 21-27. doi: 10.1016/S0304-3959(97)00146-2. PMID: 9514556, 1998.
- [7] Van den Beuken-van Everdingen, M. H. J., De Rijke, J. M., Kessels, A. G., Schouten, H. C., Van Kleef, M., & Patijn, J., (2007). Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Annals of Oncology*, 18(9), 1437-1449. doi: 10.1093/annonc/mdm056. Epub 2007 Mar 12. PMID: 17355955.

- [8] Turk DC, Customizing treatment for chronic pain patients: who, what, and why. *The Clinical journal of pain*, 6(4), 255-270. doi: 10.1097/00002508-199012000-00002. PMID: 2135025, 1990.
- [9] West CM, Dodd MJ, Paul SM et al., The PRO-SELF©: Pain Control Program--An Effective Approach for Cancer Pain Management. Paper presented at the Oncology nursing forum. doi: 10.1188/03.ONF.65-73. PMID: 12515985, 2003.
- [10] Yamanaka M, Suzuki K, Evaluation of the appropriateness of a nursing intervention program to promote pain self-management for adult outpatients with cancer pain. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 8(1), 33-39. doi: 10.4103/apjon.apjon_37_20. PMID: 33426187; PMCID: PMC7785081, 2021.



SOME FACTORS RELATED TO PRESSURE ULCER IN CANCER PATIENT ON VENTILATION AT K HOSPITAL IN 2021

Nguyen Thi Thuy*

Vietnam National Cancer Hospital - 30 Cau Buou Street, Tan Trieu Commune, Thanh Tri District, Hanoi, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 21/03/2023; Accepted 21/04/2023

ABSTRACT

Pressure ulcers are a common complication in patients with limited mobility or prolonged immobility. It is very important to study risk factors to provide preventive measures for pressure ulcers in cancer patients.

Objectives: Describe some factors related to pressure ulcers in cancer patients on ventilators treated at K Hospital in 2021

Subjects and methods: Cross-sectional descriptive design, information collection through daily objective clinical assessment combined with medical records on 80 cancer patients on ventilators in the ICU Intensive Care and Emergency Resuscitation, K Hospital from January 2021 to October 2021.

Results: The rate of patients with pressure ulcers was still high, accounting for 32.5%, of which 15.4% had grade 4 ulcers; 19.2% grade 3 ulcers; 23.1% had grade 2 ulcers and most common ulcer sites were in the sacrum (73.1%). The duration of mechanical ventilation, degree of coma, nutritional status, preventive care activities including: rotation, support for bed support and bed rest were statistically significant factors related to ulcer status of patients Patient.

Keywords: Pressure ulcer, ventilator patient, cancer patient.

*Corresponding author

Email address: nguyenthuybvk.vn@gmail.com

Phone number: (+84) 989 349 410

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI LOÉT TÌ ĐÈ TRÊN NGƯỜI BỆNH UNG THƯ THỞ MÁY TẠI BỆNH VIỆN K NĂM 2021

Nguyễn Thị Thùy*

Bệnh viện K - 30 đường Cầu Bươu, xã Tân Triều, huyện Thanh Trì, Thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 21 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 21 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Loét tì đè là một biến chứng thường gặp ở những người bệnh hạn chế vận động hay nằm bất động kéo dài. Việc nghiên cứu yếu tố nguy cơ để đưa ra các biện pháp phòng ngừa loét tì đè trên người bệnh ung thư vô cùng quan trọng.

Mục tiêu: Mô tả một số yếu tố liên quan đến tình trạng loét tì đè trên người bệnh ung thư thở máy điều trị tại Bệnh viện K năm 2021.

Đối tượng và phương pháp: Thiết kế mô tả cắt ngang, thu thập thông tin thông qua đánh giá khách quan trên lâm sàng hàng ngày kết hợp thu thập từ hồ sơ bệnh án trên 80 người bệnh ung thư đang thở máy tại khoa Hồi sức tích cực và Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện K từ tháng 1/2021 đến tháng 10/2021.

Kết quả: Tỷ lệ người bệnh bị loét do tì đè còn cao chiếm 32,5%, trong đó có 15,4% loét độ 4; 19,2% loét độ 3; 23,1% loét độ 2 và phần lớn vị trí loét thường gặp là ở xương cùng cụt (73,1%). Thời gian thở máy, mức độ hôn mê, tình trạng dinh dưỡng, các hoạt động chăm sóc dự phòng gồm: xoay trở, hỗ trợ kê lót và nằm đệm là các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê tới tình trạng loét của người bệnh.

Từ khóa: Loét tì đè, bệnh nhân thở máy, bệnh nhân ung thư.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét tì đè là một vấn đề sức khỏe có ảnh hưởng lớn đến người bệnh cả về thể chất và tinh thần. Đây là hậu quả của quá trình kéo dài sự tỳ nén lên phần mô mềm giữa xương với bề mặt bên ngoài cơ thể gây thiếu máu nuôi tổ chức và chết tế bào. Loét làm kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị, thời gian chăm sóc và còn là nguyên nhân làm tăng tỷ lệ tử vong. Người bệnh bị loét tì đè trong vòng 6 tuần nằm viện thì nguy cơ tử vong tăng gấp 3 lần so với không bị loét tì đè [5].

Hiện nay vấn đề phòng ngừa và điều trị loét tì đè vẫn

là một thách thức với các bệnh viện. Loét tì đè vẫn đang xảy ra với một tần suất đáng phải quan tâm và đặc biệt là trên các người bệnh có nhiều các vấn đề cần được chăm sóc tích cực do tình trạng sức khỏe. Tỷ lệ loét tì đè ở các đơn vị điều trị tích cực còn rất cao từ 30% – 60%.

Chăm sóc người bệnh tại các khoa Hồi sức cấp cứu và Hồi sức tích cực là những đơn vị chuyên môn cao theo dõi tích cực, chăm sóc điều dưỡng chuyên sâu và hỗ trợ hô hấp phức tạp. Người bệnh thở máy là những người bệnh cần được hỗ trợ hô hấp hoàn toàn hoặc một

*Tác giả liên hệ

Email: nguyenthuybvk.vn@gmail.com

Điện thoại: (+84) 989 349 410



phần.. Mặc dù thở máy có nhiều lợi ích như cung cấp oxy cho người bệnh nhưng người bệnh phải đối mặt với một số biến chứng như nhiễm trùng đường hô hấp kéo dài, suy dinh dưỡng, rối loạn điện giải, loét tì đè do hạn chế vận động và nằm lâu... Do đó, việc chăm sóc người bệnh thở máy đóng vai trò rất quan trọng trong việc phòng ngừa biến chứng. Loét xảy ra sớm hay muộn, có thể biến chứng thành nặng hay không, loét có tái phát hay không đó cũng là một kênh thông tin là phản ánh chất lượng chăm sóc của y tế, gia đình và xã hội. Tỷ suất mới mắc của loét khác nhau rất nhiều với các thiết lập chăm sóc sức khỏe. Việc đánh giá yếu tố nguy cơ để đưa ra các biện pháp phòng ngừa loét tì đè rất quan trọng đặc biệt trên đối tượng người bệnh ung thư điều trị tại các khoa Hồi sức cấp cứu và Hồi sức tích cực.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Thời gian và địa điểm

- Thời gian: Từ tháng 1/2021 đến 10/2021
- Địa điểm: Tại khoa Hồi sức tích cực và Hồi sức cấp

cứu của Bệnh viện K

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh ung thư có can thiệp thở máy tại 2 khoa trên.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Người bệnh có loét tì đè trước đó.
- + Người bệnh can thiệp thở máy không tiếp tục điều trị hoặc tử vong trước 3 ngày.
- + Người bệnh có rối loạn hành vi không thể hợp tác.

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

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện được 80 người bệnh đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

2.5. Công cụ nghiên cứu

Bệnh án nghiên cứu được xây dựng gồm các nhóm biến số về đặc điểm: nhân khẩu học, tình trạng bệnh, tiền sử, đặc điểm đánh giá tình trạng của người bệnh (cảm giác, tình trạng da, hoạt động, vận động, dinh dưỡng, dịch truyền, tình trạng loét) hàng ngày. Đánh giá nguy cơ và phân loại giai đoạn loét theo bảng đánh giá sau:

Thang đo Braden dự đoán nguy cơ loét áp lực gồm sáu phần, đánh giá các yếu tố lâm sàng của áp lực cao và kéo dài (hoạt động, di động, cảm nhận giác quan) hoặc sự chịu đựng của mô đối với áp lực (dinh dưỡng, độ ẩm, ma sát và lực trượt). Tổng thang điểm Braden là 23 điểm. Điểm đánh giá nguy cơ của người bệnh càng thấp thì nguy cơ phát triển loét ép càng cao	
Nguy cơ rất cao: Từ 6 – 9 điểm	Nguy cơ trung bình – thấp : từ 13 – 18 điểm
Nguy cơ cao: từ 10 – 12 điểm	Không có nguy cơ loét áp lực: từ 19 – 23 điểm
Phân loại giai đoạn loét tỳ đè dựa trên đánh giá mức độ tổn thương mô. Theo hội đồng quốc gia về vết loét tại Hoa Kỳ đưa ra năm 1989, loét tỳ đè có 4 độ:	
Độ 1: Vùng da tỳ đè nổi lên vết rộp màu hồng (dấu hiệu báo trước của loét tỳ đè)	Độ 3: Tổn thương hoàn toàn chiều dày, bề dày của lớp da, tổ chức dưới da đã bị tổn thương
Độ 2: Tổn thương không hoàn toàn chiều dày lớp da bao gồm thượng bì và lớp đáy (loét nông nhìn như vết trầy hay phỏng rộp).	Độ 4: Hoại tử toàn bộ lớp da có khi giới hạn, có khi lan rộng đến cả vùng cơ, xương, khớp.

2.6. Kỹ thuật thu thập số liệu

Dữ liệu được thu thập qua đánh giá khách quan trên lâm sàng hàng ngày kết hợp thông tin từ hồ sơ bệnh án từ khi người bệnh vào viện và sau khi người bệnh ra viện theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

2.7. Xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập được nhập, làm sạch và quản lý bằng phần mềm SPSS 16.0 và phân tích bằng

phần mềm Stata 12.0. Thống kê mô tả và thống kê suy luận sẽ được thực hiện với mức ý nghĩa thống kê $\alpha=0,05$. Sử dụng các test thống kê phù hợp để kiểm định sự khác biệt giữa các biến độc lập và biến phụ thuộc.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Đối tượng được thông báo và tự nguyện quyết định tham gia nghiên cứu.

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức của Bệnh viện. Các thông tin thu thập được giữ bí mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu có quyền dừng sự tham gia hoặc rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào và sẽ không ảnh hưởng gì đến chất lượng điều trị, chăm sóc cho người bệnh.

3. KẾT QUẢ

Trong 80 người bệnh ung thư trong nghiên cứu thì nam giới chiếm 58,8% nhiều hơn nữ (41,2%), người bệnh trên 60 tuổi là cao nhất với 45%, tiếp đến là nhóm từ 51-60 tuổi chiếm 31,3%, nhóm từ 20-50 tuổi có tỷ lệ 21,3% và chỉ có 2 người bệnh (2,5%) dưới 20 tuổi.

Bảng 1. Đặc điểm tình trạng bệnh của đối tượng nghiên cứu (N=80)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Loại ung thư		
Ung thư hệ tiêu hóa	30	37,5
Ung thư phổi	19	23,7
Ung thư hệ thần kinh	9	11,3
Ung thư vú-phụ khoa	7	8,7
Ung thư vùng đầu cổ	6	7,5
Ung thư khác	9	11,3
Bệnh lý kèm theo		
Tim mạch/Tăng huyết áp	16	20,0
Tiểu đường	9	11,3
Nghiện rượu	7	8,7
Không	48	60,0
Thời gian thở máy		
< 10 ngày	58	72,5
10 - 20 ngày	14	17,5
21 - 30 ngày	04	5,0
>30 ngày	04	5,0
Nguy cơ loét tì đè theo thang điểm Braden		
Nguy cơ rất cao (6-9đ)	9	11,3
Nguy cơ cao (10-12đ)	35	43,8
Nguy cơ trung bình (13-14đ)	18	22,5
Có nguy cơ (15-18đ)	13	16,2
Chưa có nguy cơ (19-23đ)	5	6,3

Nhóm các loại ung thư hệ tiêu hóa có tỷ lệ cao nhất với hơn 1/3, tiếp đến là ung thư phổi 23,7%. Có tới 40% người bệnh có 1 bệnh lý kèm theo là tim mạch (20%), tiểu đường (11,3%) và nghiện rượu (8,7%). Thời gian

thở máy phần lớn dưới 10 ngày, cá biệt có 5% người bệnh thở máy trên 30 ngày. Có tới 93,7% người bệnh có nguy cơ bị loét tì đè theo đánh giá bởi thang điểm Braden, 43,8% nguy cơ cao và 11,3% nguy cơ rất cao.



Bảng 2. Đặc điểm tình trạng loét của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Tình trạng có loét (N=80)		
Không loét	54	67,5
Có loét	26	32,5
Mức độ loét (N=26)		
Độ I	11	42,3
Độ II	6	23,1
Độ III	5	19,2
Độ IV	4	15,4
Vị trí loét (N=26)		
Xương cụt	19	73,1
Mào chậu	03	11,5
Bả vai, lưng	03	11,5
Khuỷu tay	01	3,9

Tỷ lệ người bệnh bị loét do tì đè khá cao chiếm 32,5%, trong đó có 15,4% loét độ 4; 19,2% loét độ 3; 23,1% loét độ 2. Trong 26 người bệnh bị loét thì phần lớn vị trí loét là ở xương cụt (73,1%), còn lại tại vị trí mào chậu và bả vai đều có 11,5% và có 1 bệnh nhân bị loét ở khuỷu tay.

Bảng 3. Mối liên quan giữa loét tì đè và thời gian thở máy

Thời gian thở máy	Không loét	Có loét				P
		Độ I n (%)	Độ II n (%)	Độ III n (%)	Độ IV n (%)	
< 10 ngày (N=58)	53 (91,4)	4 (6,9)	1 (1,7)	0	0	< 0,05
10 - 20 ngày (N=14)	1 (7,1)	7 (50,0)	4 (28,6)	2 (14,3)	0	
21- 30 ngày (N=4)	0	0	1 (25,0)	2 (50,0)	1 (25,0)	
>30 ngày (N=4)	0	0	0	1 (25,0)	3 (75,0)	

Thời gian thở máy kéo dài thì tỷ lệ người bệnh có loét càng tăng và mức độ loét nặng, mối liên quan này có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Mối liên quan giữa mức độ hôn mê và dinh dưỡng đến loét tì đè

Đặc điểm	Tình trạng loét		P
	Có loét (N=26) n (%)	Không loét (N=54) n (%)	
Mức độ hôn mê theo điểm Glasgow			
≤ 8 điểm	4 (15,4)	2 (3,7)	<0,05
9-12 điểm	17 (65,4)	15 (27,8)	
>12 điểm	5 (19,2)	37 (68,5)	
Tình trạng dinh dưỡng			
Tốt	2 (7,7)	30 (55,6)	<0,05
Khá	4 (15,4)	11 (20,4)	
Trung bình	7 (26,9)	8 (14,8)	
Kém	13 (50,0)	5 (9,3)	

Trong nhóm người bệnh có loét thì mức độ hôn mê từ 9-12 điểm có tỷ lệ loét cao nhất chiếm 65,4%. Tình trạng dinh dưỡng càng kém thì tỷ lệ loét càng cao. Mối liên quan giữa mức độ hôn mê và dinh dưỡng tới tình trạng loét có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Mối liên quan giữa hoạt động chăm sóc dự phòng và loét do tì đè

Chăm sóc dự phòng		Có loét (N=26)	Không loét (N=54)	p
		n (%)	n (%)	
Vệ sinh da	Đạt	15 (57,7)	45 (83,3)	>0,05
	Chưa đạt	11 (42,3)	10 (16,7)	
Tập vận động và xoa bóp	Đạt	15 (57,7)	44 (81,5)	>0,05
	Chưa đạt	11 (42,3)	11 (42,3)	
Xoay trở	Đạt	5 (19,2)	47 (87,0)	<0,05
	Chưa đạt	21 (80,8)	7 (13,0)	
Kiểm soát đại tiểu tiện	Đạt	12 (46,2)	46 (85,2)	>0,05
	Chưa đạt	14 (53,8)	14 (53,8)	
Hỗ trợ kê lót	Đạt	5 (19,2)	48 (88,9)	<0,05
	Chưa đạt	21 (80,8)	6 (11,1)	
Nằm đệm hơi/đệm nước	Có	6 (11,1)	45 (83,3)	<0,05
	Không	20 (76,9)	10 (16,7)	

Hoạt động chăm sóc xoay trở, hỗ trợ kê lót và nằm đệm của người bệnh. Các hoạt động chăm sóc đạt sẽ có tỷ lệ có mối liên quan có ý nghĩa thống kê tới tình trạng loét loét tì đè thấp hơn là chưa đạt.



4. BÀN LUẬN

Tỷ lệ nam giới chiếm 58,8% nhiều hơn nữ (41,2%), kết quả này tương đồng với kết quả của một nghiên cứu khảo sát về bệnh ung thư tại Việt Nam giai đoạn 2001-2004, tỷ lệ mắc ở giới Nam/Nữ là 1,3:1 [1]. Người bệnh trên 60 tuổi là nhiều nhất chiếm gần 1 nửa với 45%, tiếp đến là nhóm từ 51-60 tuổi chiếm 31,3%, nhóm từ 20-50 tuổi có tỷ lệ 21,3% và chỉ có 2 (2,5%) dưới 20 tuổi. Trong nghiên cứu người bệnh nhỏ nhất là 8 tuổi và lớn nhất là 79 tuổi. Điều này cho thấy đối tượng người bệnh mắc ung thư không loại trừ ở bất kỳ độ tuổi nào, lứa tuổi mắc nhiều nhất thường xảy ra ở những người có độ tuổi trung niên, đang trong độ tuổi lao động.

Nhóm các loại ung thư hệ tiêu hóa có tỷ lệ cao nhất trong các bệnh nhân với hơn 1/3, tiếp đến là ung thư phổi 23,7%. Có tới 40% người bệnh có 1 bệnh lý kèm theo trong đó tim mạch là 20%, tiểu đường là 11,3%. Các bệnh lý kèm theo có thể sẽ ảnh hưởng đến quá trình điều trị, kết quả chăm sóc khi tình trạng diễn biến lâm sàng cũng như tâm lý của người bệnh.

Thời gian thở máy phần lớn dưới 10 ngày, cá biệt có 5% người bệnh thở máy trên 30 ngày và 5% người bệnh thở máy từ 21-30 ngày. Khi đánh giá bằng thang điểm Braden chúng tôi nhận thấy người bệnh nhập viện có can thiệp thở máy mắc nguy cơ bị loét tì đê rất cao, có tới 93,7% người bệnh có nguy cơ bị loét tì đê theo đánh giá bởi thang điểm Braden, 43,8% nguy cơ cao và 11,3% nguy cơ rất cao. Khi xem xét tổng thời gian nhập viện điều trị gần như người bệnh đều có nguy cơ từ nhẹ đến cao cho thấy mô hình liên kết giữa thang điểm Braden và sự hiện diện của loét tì.

Tỷ lệ người bệnh bị loét do tì đê khá cao chiếm 32,5%, trong đó có 15,4% loét độ 4; 19,2% loét độ 3; 23,1% loét độ 2. Tỷ lệ loét tì đê thay đổi tùy theo bối cảnh lâm sàng của người bệnh, loét tì đê trong các đơn vị chăm sóc đặc biệt trên thể giới dao động từ 3,2% đến 56% [5], kết quả này cũng cao hơn nghiên cứu của tác giả Cẩm Bá Thức (2012) trên bệnh nhân tổn thương tủy sống có tỷ lệ loét tì đê là 24,6% [2]. Trong 26 người bệnh bị loét thì phần lớn vị trí loét là ở xương cùng cụt (73,1%), còn lại tại vị trí mào chậu và bả vai đều có 11,5% và có 1 bệnh nhân bị loét ở khuỷu tay.

Thời gian thở máy càng dài thì tỷ lệ có loét càng tăng và mức độ loét càng cao, mối liên quan này có ý nghĩa thống kê. Người bệnh thở máy thường bị bất động sự gia tăng áp lực thông khí trong lồng ngực làm giảm máu

tuần hoàn về tim, giảm cung lượng tim và hạ huyết áp nên giảm khả năng tưới máu đến các mô gây nên tình trạng loét.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có liên quan giữa tình trạng hôn mê (dựa vào thang điểm Glasgow) với tình trạng loét tì đê. Trong nhóm người bệnh có loét thì mức độ hôn mê từ 9-12 điểm có tỷ lệ loét cao nhất chiếm 65,4%. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự kết quả của tác giả Nguyễn Hải Tiến và cộng sự (2009) [3].

Tình trạng dinh dưỡng càng kém thì tỷ lệ loét càng cao, mối liên quan giữa mức độ hôn mê và dinh dưỡng tới tình trạng loét có ý nghĩa thống kê. Dinh dưỡng là yếu tố quan trọng giúp cho cơ thể khỏe mạnh, mô tế bào nói chung và da nói riêng. Dinh dưỡng kém hấp thu làm cho suy yếu các hoạt động của cơ thể, giảm sức đề kháng, gây phù dẫn đến tăng nguy cơ loét tì đê. Do vậy cung cấp dinh dưỡng là một khâu rất quan trọng trong quá trình phục hồi sức khỏe của người bệnh đặc biệt người bệnh thở máy cần tiêu hao năng lượng lớn.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa tình trạng loét tì đê của người bệnh có nằm đệm hơi/đệm nước, đảm bảo xoay trở đầy đủ luôn kê lót tốt các vị trí nguy cơ tì đê, các hoạt động chăm sóc đạt sẽ có tỷ lệ loét tì đê thấp hơn là chưa đạt. Kết quả này tương đương với kết quả của tác giả Nguyễn Khoa Anh Chi (2014) [4]. Đệm hơi/ đệm nước góp phần phân bố trọng lượng cơ thể đều ra. Sự chuyển động của hơi hoặc nước giúp tạo ra một lực vừa phải massage trên các vùng da của người bệnh làm tăng tuần hoàn các mô da tốt và dự phòng được loét tì đê.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 80 người bệnh ung thư có thở máy điều trị tại Bệnh viện K chúng tôi đưa ra một số kết luận như sau:

Người bệnh mắc loét do tì đê còn khá cao 32,5% trong đó có 15,4% loét độ 4; 19,2% loét độ 3; 23,1% loét độ 2.

Vị trí loét hay gặp nhất là ở xương cùng cụt 73,1%.

Các yếu tố liên quan gồm thời gian thở máy, mức độ hôn mê, tình trạng dinh dưỡng, các hoạt động chăm sóc dự phòng như xoay trở, hỗ trợ kê lót và nằm đệm có ý nghĩa thống kê tới tình trạng loét của người bệnh ung thư thở máy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Thị Ngọc Huệ, Chăm sóc ngừa loét tì đè, Hội thảo chuyên đề phòng ngừa loét tì đè dành cho Điều Dưỡng 11.2009
- [2] Cẩm Bá Thức, Nghiên cứu tình trạng loét tỳ đè ở người bệnh tổn thương tủy điều trị tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Trung ương 2008-2011, Tạp chí Y học thực hành, số 841 (9), tr 53-55, 2012.
- [3] Nguyễn Hải Tiến và cộng sự, Chăm sóc chống loét ở người bệnh nằm lâu thở máy dài ngày tại khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện 103, Kỷ yếu hội nghị khoa học điều dưỡng Bệnh viện Việt Đức 2009, Tr 118-121, 2009.
- [4] Nguyễn Khoa Anh Chi, Loét do tỳ đè và các yếu tố liên quan đến loét tỳ đè trên người bệnh đang điều trị tại Bệnh viện Trung ương Huế, Luận văn Thạc sỹ Điều dưỡng trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, 2014.
- [5] Han D, Kang B, Kim J et al., “Prolonged stay in the emergency department is an independent risk factor for hospital-acquired pressure ulcer”, Int Wound J, 26(12), pp.125-129, 2019.



NUTRITIONAL STATUS OF LARYNGEAL CANCER PATIENTS AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL IN 2021-2022

Nguyen Thi Lien^{1,*}, Hoang Viet Bach¹, Nguyen Thi Dung¹, Nguyen Duc Diu¹,
Nguyen Thi Thanh Hoa¹, Nguyen Thi Hong Tien¹, Hoang Thi Phuong¹, Le Thi Huong²

¹Vietnam National Cancer Hospital - 30 Cau Buou Street, Tan Trieu Commune, Thanh Tri District, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - No.1, Ton That Tung street, Khuong Thuong commune, Dong Da district, Hanoi, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 23/03/2023; Accepted 15/04/2023

ABSTRACT

Objective: To assess the nutritional status of laryngeal cancer patients at Vietnam National Cancer Hospital in 2021-2022.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 89 laryngeal cancer patients who were from 18 years upwards.

Results: the study revealed that the percentage of malnutrition according to Body Mass Index (BMI) and Mid Upper Arm Circumferences (MUAC) were 22.5% and 24.7%, respectively. The PG-SGA found that 59.6% of patients were at risk of malnutrition, with 12.4% of those patients at risk of severe malnutrition. More than 70% of patients needed intensive intervention from nutrition professionals.

Conclusion: The proportion of laryngeal cancer patients was at high risk of malnutrition, so patients should be monitored and intervened nutrition plans by nutrition professionals.

Keywords: Malnutrition, Laryngeal cancer, Nutritional status.

*Corresponding author

Email address: Nguyenliendc138@gmail.com

Phone number: (+84) 965 360 737

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ HẠ HỌNG THANH QUẢN TẠI BỆNH VIỆN K NĂM 2021-2022

Nguyễn Thị Liên^{1,*}, Hoàng Việt Bách¹, Nguyễn Thị Dung¹, Nguyễn Đức Diệu¹,
Nguyễn Thị Thanh Hoà¹, Nguyễn Thị Hồng Tiến¹, Hoàng Thị Phương¹, Lê Thị Hương²

¹Bệnh viện K - 30 đường Cầu Bươu, xã Tân Triều, huyện Thanh Trì, Thành phố Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 phố Tôn Thất Tùng, phường Khương Thượng, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 23 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 15 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư hạ họng thanh quản tại Bệnh viện K năm 2021-2022.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 89 người bệnh ung thư hạ họng thanh quản từ 18 tuổi trở lên tại Bệnh viện K.

Kết quả: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) theo BMI, chu vi vòng cánh tay lần lượt là 22,5% và 24,7%. Có đến 59,6% người bệnh có nguy cơ SDD theo bộ công cụ PG-SGA; trong đó 12,4% người bệnh có nguy cơ SDD nặng. Hơn 70% người bệnh cần có sự can thiệp sâu của chuyên gia dinh dưỡng.

Kết luận: Tỷ lệ người bệnh ung thư hạ họng thanh quản có nguy cơ SDD cao, là đối tượng cần được theo dõi và can thiệp dinh dưỡng bởi các chuyên gia dinh dưỡng.

Từ khóa: Suy dinh dưỡng, ung thư hạ họng thanh quản, tình trạng dinh dưỡng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hạ họng - thanh quản là tổn thương ác tính xuất phát từ lớp biểu mô Malpighi của niêm mạc bao phủ hạ họng – thanh quản. Đây là loại ung thư phổ biến trên thế giới, chiếm khoảng 20% trong các ung thư đường hô hấp và tiêu hoá trên. Tại Việt Nam, ung thư hạ họng - thanh quản xếp thứ hai trong các ung thư vùng đầu mặt cổ, sau ung thư vòm họng. Bệnh gặp nhiều ở nam giới (tỷ lệ nam/nữ là 5/1) và ít gặp ở tuổi dưới 40, nhóm tuổi

hay gặp nhất là khoảng 50 - 70 tuổi [1]. Phần lớn người bệnh ung thư hạ họng thanh quản đến viện khi bệnh đã ở giai đoạn muộn (III-IV) u lớn lan rộng, đã di căn hạch hoặc di căn xa nên điều trị ít hiệu quả, tiên lượng xấu cũng như gặp rất nhiều vấn đề về dinh dưỡng. Theo một thống kê khoảng 35% đến 60% tổng số người bệnh bị ung thư đầu và cổ bị suy dinh dưỡng tại thời điểm được chẩn đoán bệnh vì gánh nặng của khối u, sự cản trở việc ăn uống hoặc chán ăn và suy kiệt liên quan đến bệnh ung thư của người bệnh [2]. Một nghiên cứu của

*Tác giả liên hệ

Email: Nguyenliendc138@gmail.com

Điện thoại: (+84) 965 360 737



trên 252 người bệnh ung thư hạ họng – thanh quản của Atoni Bruzgielewicz, suy dinh dưỡng theo BMI chiếm tỉ lệ là 41% [3]. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Phạm Thị Hồng Chiên [4] và Đào Thu Trang [5], tỷ lệ SDD ở nhóm bệnh nhân này là 19% và 25%. Việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng, là tiền đề để có các can thiệp dinh dưỡng giúp góp phần tăng hiệu quả điều trị, tăng thời gian sống và chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Bệnh viện K là bệnh viện đầu ngành trong lĩnh vực chẩn đoán và điều trị ung thư tại Việt Nam, trong đó có ung thư hạ họng thanh quản. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “**Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư hạ họng thanh quản tại Bệnh viện K năm 2021-2022**” với mục tiêu: “Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư hạ họng thanh quản tại Bệnh viện K năm 2021-2022”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên đối tượng là người bệnh ung thư hạ họng - thanh quản từ 18 tuổi trở lên đang điều trị nội trú tại bệnh viện K cơ sở Tân Triều chưa có chỉ định ăn qua sonde hay mở khí quản tại thời điểm nhập viện. Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu và có hồ sơ đầy đủ. Loại trừ khỏi nghiên cứu những đối tượng ngoài độ tuổi lựa chọn, đối tượng không có khả năng nghe, hiểu và trả lời các câu hỏi của điều tra viên và không tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Thời gian nghiên cứu: 03/2021 – 10/2022

Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức cỡ mẫu cho việc ước tính một tỷ lệ trong quần thể:

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

Trong đó:

n: Là cỡ mẫu nghiên cứu.

Z: Độ tin cậy mong muốn tương đương với độ chính xác $\alpha = 0.05$ nên $Z=1,96$.

P= 0,711: Tỷ lệ người bệnh ung thư có nguy cơ suy

dinh dưỡng theo PG-SGA theo nghiên cứu trước đó [6].

ε : chọn $\varepsilon = 0,14$

Cỡ mẫu tính được $n = 80$. Thực tế cỡ mẫu của nghiên cứu là 89.

Chọn mẫu: Mẫu được chọn theo phương pháp mẫu thuận tiện, tất cả các người bệnh thỏa mãn điều kiện đều được mời tham gia nghiên cứu và tiến hành lấy đến khi đủ cỡ mẫu.

Chỉ số, biến số nghiên cứu:

- Thông tin chung về đối tượng (tuổi, giới, nghề nghiệp).

- Chỉ số nhân trắc: Chu vi vòng cánh tay, BMI.

Chỉ số khối cơ thể (BMI – Body Mass Index):

Cách tính: BMI = cân nặng/chiều cao² (kg/m²)

Được nhận định theo phân loại WHO như sau:

BMI: 18,5 – 24,9: Bình thường

Để đánh giá tình trạng gầy hay thiếu năng lượng trường diễn (Chronic Energy Deficiency – CED), dựa vào chỉ số khối cơ thể BMI như sau:

CED độ 1: 17 – 18,49 (gầy nhẹ).

CED độ 2: 16 – 16,99 (gầy vừa).

CED độ 3: < 16,0 (quá gầy).

- Chỉ số: tình trạng dinh dưỡng theo bộ công cụ PG-SGA.

Được phân loại theo mức độ:

A: Không có nguy cơ SDD

B: Nguy cơ suy dinh dưỡng nhẹ hoặc vừa

C: Nguy cơ suy dinh dưỡng nặng

Phân loại theo điểm

0-1: Không cần can thiệp

2-3: Giáo dục dinh dưỡng

4-8: Can thiệp của chuyên gia dinh dưỡng kết hợp với điều dưỡng hoặc bác sĩ

≥ 9 : Can thiệp cải thiện triệu chứng và/hoặc có can thiệp về dưỡng chất

Quy trình tiến hành nghiên cứu:

Người bệnh nhập viện đủ tiêu chuẩn, được lựa chọn tham gia nghiên cứu:

- Phỏng vấn thu thập thông tin của đối tượng nghiên cứu và kết hợp quan sát để phân loại bảng kiểm nguy cơ dinh dưỡng theo PG-SGA (Patient-generated subjective global assessment: Đánh giá tổng thể chủ quan)

- Đo các chỉ số nhân trắc: cân nặng đo bằng cân TANITA BC-54; chiều cao được đo bằng thước đo chiều cao đứng, chu vi vòng cánh tay đo bằng thước dây.

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch và nhập vào máy tính bằng excel. Các phân tích sẽ được thực hiện bằng phần mềm SPSS 20. Cả thống kê mô tả và suy luận đều được thực hiện với mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua của Hội đồng khoa học Bệnh viện K. Đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu và tự nguyện tham gia nghiên cứu. các thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

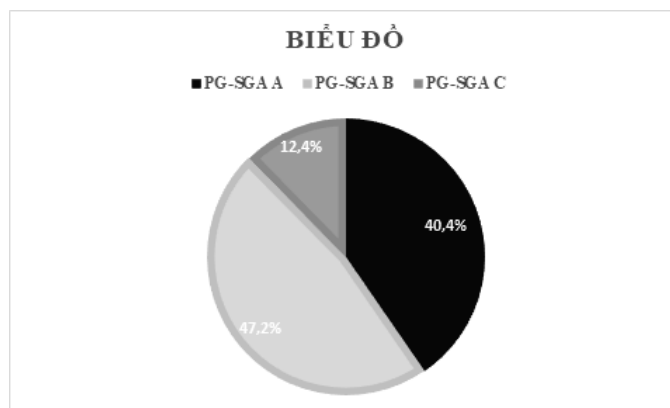
Nghiên cứu tiến hành trên 89 người bệnh trong đó 43,8% người bệnh từ 18 đến 59 tuổi và 56,2% người bệnh trên 60 tuổi. 98,9% đối tượng là giới tính nam.

Bảng 1: Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu theo BMI và chu vi vòng cánh tay (n = 89)

Chỉ số	Tình trạng dinh dưỡng	n	%
BMI ()	SDD (BMI < 18,5)	20	22,5
	Bình thường (18,5 ≤ BMI < 24,99)	69	77,5
Chu vi vòng cánh tay (cm)	SDD	22	24,7
	Bình thường	67	75,3

Nhận xét: Theo nghiên cứu, có 22,5% người bệnh có tỷ lệ SDD theo chỉ số BMI; 24,7% người bệnh bị SDD theo chu vi vòng cánh tay.

Biểu đồ 1. Tình trạng dinh dưỡng người bệnh theo đánh giá PG-SGA (n = 89)



Nhận xét: Phân loại tình trạng dinh dưỡng người bệnh ung thư theo đánh giá PG-SGA, có đến gần 60% người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng (PG-SGA mức độ B

và C). Trong đó tỉ lệ người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng nặng (PG-SGA C) là 12,4%. 40,4% người bệnh không có tình trạng suy dinh dưỡng.

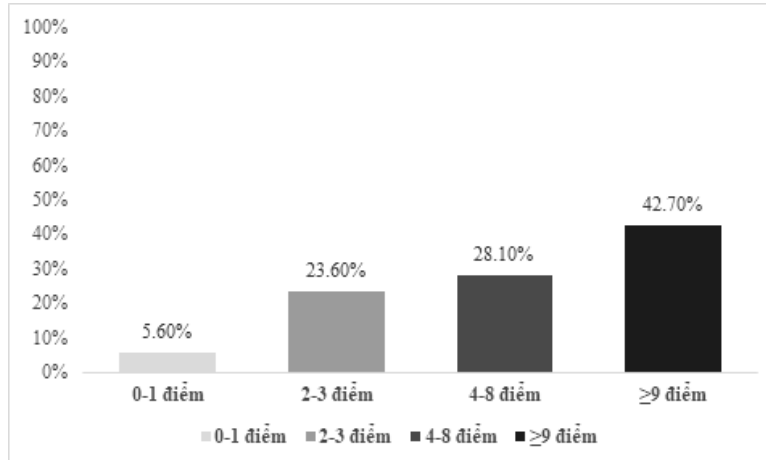


Bảng 2. Các triệu chứng tiêu hóa thường gặp ở ĐTNC (n = 89)

Các triệu chứng thường gặp	n	%
Mệt mỏi	45	50.6
Đau	42	47.2
Khó nuốt	27	30.3
Chán ăn	17	17.1
Cảm giác no sớm	4	4.5
Khô miệng	3	3.4
Nhiệt miệng	3	3.4
Mùi vị thức ăn	1	1.1

Nhận xét: Triệu chứng thường gặp nhất ở người bệnh ung thư hạ họng thanh quản trong nghiên cứu là mệt mỏi (50,6%), đau (47,2%), khó nuốt (30,3%), chán ăn (17,1%). Các triệu chứng ít gặp hơn là no sớm (4,5%), khô miệng (3,4%), nhiệt miệng (3,4%), mùi vị thức ăn (1,1%).

Biểu đồ 2: Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu theo điểm PG-SGA



Nhận xét: Đánh giá điểm PG-SGA để phân mức độ cần can thiệp dinh dưỡng cho thấy tỉ lệ người bệnh có điểm chiếm tỉ lệ cao nhất với 42,75%. Mức điểm từ 2-3 điểm và 4-8 điểm có tỉ lệ xấp xỉ nhau với 23,65% và 28,1%. Thấp nhất là nhóm từ 0-1 điểm với 5,6%.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên 89 người bệnh ung thư

hạ họng thanh quản tại Bệnh viện K năm 2021 cho thấy theo phân loại BMI, tỉ lệ người bệnh suy dinh dưỡng ở đối tượng nghiên cứu là 22,5% tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thị Hồng Chiên năm 2018 về người bệnh ung thư hạ họng thanh quản là 19% [4] và nghiên cứu của Đào Thu Trang năm 2018 khi tỉ lệ SDD ở nhóm người bệnh này là 25% [5]. Trong khi đó, nghiên cứu của Antoni Bruzgielewicz trên 252 người bệnh ung thư hạ họng thanh quản thì tỷ lệ này lên tới 41% [3]. Điều này có thể khác biệt do điều kiện

chăm sóc dinh dưỡng không tương đồng, có sự khác biệt ở mỗi quốc gia.

Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo chu vi vòng cánh tay (24,7%) tương đồng nghiên cứu của Nguyễn Thị Dung trên người bệnh ung thư đường tiêu hoá trước phẫu thuật tại bệnh viện K là 27,5% [7] và nghiên cứu của Phan Thị Bích Hạnh trên người bệnh ung thư đường tiêu hoá có điều trị hoá chất tại bệnh viện đại học Y Hà Nội năm 2016 – 2017 (26,2%) [8]. Tuy nhiên, chỉ số này vì các giới hạn của nó được xây dựng dựa trên đại diện những người khoẻ mạnh, có thể không phù hợp với người bệnh ung thư.

Khi nghiên cứu TTDD của người bệnh UTHH-TQ tại bệnh viện K cơ sở Tân Triều năm 2021, có thể thấy rằng tỷ lệ người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng theo bộ công cụ PG-SGA là 59,6% tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Việt Bách về người bệnh ung thư khoang miệng tại Bệnh viện K năm 2018 (63%) [9], tỉ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Dung (87,1%) [9]. Sự khác biệt này do Nguyễn Thị Dung nghiên cứu trên người bệnh ung thư đường tiêu hoá bị giảm lượng ăn vào và giảm khả năng hấp thu.

Chúng tôi thực hiện đánh giá điểm PG-SGA và phân thành các mức độ 0-1, 2-3, 4-8, 9 điểm tương ứng với mức độ cần can thiệp dinh dưỡng của mỗi người bệnh. Kết quả cho thấy, 94,4% người bệnh cần can thiệp theo các mức độ khác nhau. Trong đó có 23,6% người bệnh chỉ cần giáo dục dinh dưỡng cho người nhà và người bệnh cùng can thiệp dựa trên triệu chứng lâm sàng và kết quả cận lâm sàng. 28,1% người bệnh cần có sự can thiệp của chuyên gia dinh dưỡng kết hợp với điều dưỡng và bác sĩ. 42,7% cần cải thiện triệu chứng và/hoặc can thiệp về dưỡng chất. Như vậy, hơn 70% người bệnh cần có sự can thiệp sâu của chuyên gia dinh dưỡng, tương ứng với tỉ lệ cao các người bệnh có đánh giá nguy cơ dinh dưỡng (PG-SGA B và PG-SGA C).

Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy các triệu chứng mà BN hay gặp nhất là mệt mỏi (50,6%), chán ăn (17,1%). Tỉ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Phan Thị Bích Hạnh khi các triệu chứng thường gặp là mệt mỏi (54,9%), chán ăn (49,4%) [8]; nghiên cứu của Nguyễn Thị Nhung với các triệu chứng chán ăn, ăn không ngon miệng gặp ở 55,8%

người bệnh, cảm giác no sớm gặp ở 45,6% [10]. Một số triệu chứng khác như đau (47,2%), khó nuốt (30,3%) cao hơn các nghiên cứu của Phan Thị Bích Hạnh và Nguyễn Thị Nhung. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu này là do đối tượng nghiên cứu, phác đồ điều trị và cỡ mẫu khác nhau.

5. KẾT LUẬN

Người bệnh ung thư hạ họng thanh quản có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao, cần được sàng lọc đánh giá và can thiệp dinh dưỡng ngay từ khi nhập viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Bá Đức, Tình hình mắc ung thư tại Việt Nam qua số liệu của 6 vùng ghi nhận giai đoạn 2004 – 2008, Tạp chí Ung thư học Việt Nam Số 1 – 2010. 1:73-80.
- [2] Đào Thu Trang, Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh ung thư hạ họng thanh quản tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương năm 2017-2018, Khóa luận tốt nghiệp cử nhân y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.
- [3] Phạm Thị Hồng Chiên, Tình trạng dinh dưỡng và chế độ nuôi dưỡng của người bệnh ung thư hạ họng thanh quản năm 2017-2018, Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.
- [4] Nguyễn Thị Dung, Dinh dưỡng trước phẫu thuật của người bệnh ung thư đường tiêu hoá tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều năm 2021, Luận văn Thạc sĩ Trường Đại học Y Hà Nội; 2022.
- [5] Phan Thị Bích Hạnh, Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần thực tế của người bệnh ung thư đường tiêu hóa có điều trị hóa chất tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016-2017, Luận văn Thạc sĩ Trường Đại học Y Hà Nội; 2017.
- [6] Hoàng Việt Bách và cộng sự, Tình trạng dinh dưỡng người bệnh ung thư khoang miệng tại Bệnh viện K năm 2018, Tạp chí Nghiên cứu y học. 2019;120(4):9-18.



- [7] Nguyen Thi Nhung, Nutritional Status and Dietary Intake of Cancer Patients Receiving Chemotherapy in Ha Noi Medical University Hospital. Luận văn Thạc sĩ Trường Đại học Y Hà Nội; 2015.
- [8] Muralidharan S, Acharya A, Mallaiah P et al., A systematic review on the guidelines for nutritional assessment for head and neck cancer patients managed by surgery. *J Oral Maxillofac Pathol JOMFP*. 2021;25(2):370. doi:10.4103/0973-029X.325255
- [9] Bruzgielewicz A, Hamera M, Osuch-Wójcikiewicz E, [Nutritional status of patients with cancer of larynx and hypopharynx]. *OtolaryngolPolPolOtolaryngol*.2009;63(2):141-146. doi:10.1016/S0030-6657(09)70095-2
- [10] Themes UFO, Neoplasms of the Hypopharynx and Cervical Esophagus. *Ento Key*. Published June 5, 2016. Accessed November 23, 2022. <https://entokey.com/neoplasms-of-the-hypopharynx-and-cervical-esophagus/>

QUALITY OF LIFE AND SOME RELATED FACTORS OF PEOPLE WITH BREAST CANCER AFTER TREATMENT AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL (K HOSPITAL)

Vu Thu Thao*, Dang Thi Van Anh

Vietnam National Cancer Hospital - 30 Cau Buou street, Tan Trieu, Thanh Tri, Hanoi, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 17/03/2023; Accepted 21/04/2023

ABSTRACT

Objectives: (1) Describe the quality of life of breast cancer patients after treatment at Vietnam National Cancer hospital (K Hospital) in 2020; (2) Identify some factors related to the quality of life of breast cancer patients after treatment at Vietnam National Cancer hospital (K Hospital).

Subjects: 265 breast cancer patients after treatment at Vietnam National Cancer hospital (K Hospital), Tan Trieu Campus from January 2022 to December 2022.

Methods: Cross-sectional study.

Results: Most of the patients were aged 41-59 years (60.8%), mostly married (84.2%), 81.1% had 1-2 children. 72.8% are not poor, near poor and all have health insurance with an average insurance payout of 80.1%. Patients are mainly in stage II (59.6%). There are 71.7% feeling normal health after treatment. Patients with breast cancer have a quality of life score of 5.4 after treatment. Regarding the relationship: people have one or more children have higher quality of life than those without children, patients in stage II have significantly lower quality of life compared to stage I and stage III, ($p < 0, 05$).

Conclusion: The patient's quality of life following treatment is average, with a score of 5.4 points on average. Patients require additional assistance and attention in all aspects of their lives.

Keywords: Quality of life, breast cancer.

*Corresponding author
Email address: tthao1308@gmail.com
Phone number: (+84) 936 931 992



CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ VÚ SAU ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN K

Vũ Thu Thảo*, Đặng Thị Vân Anh

Bệnh viện K - 30 đường Cầu Bươu, xã Tân Triều, huyện Thanh Trì, Thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 17 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 21 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư vú sau điều trị tại Bệnh viện K năm 2020; (2) Xác định một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư vú sau điều trị tại Bệnh viện K.

Đối tượng: 265 bệnh nhân ung thư vú sau điều trị tại bệnh viện K cơ sở Tân Triều từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2022.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Kết quả: Đa số người bệnh ở độ tuổi từ 41- 59 tuổi (60,8%), chủ yếu đều đã kết hôn (84,2%), có 81,1% có từ 1-2 con. Có 72,8% không thuộc nghèo, cận nghèo và tất cả đều có bảo hiểm y tế với mức chi trả bảo hiểm trung bình 80,1%. Bệnh nhân chủ yếu ở giai đoạn II (59,6%). Có 71,7% cảm thấy sức khỏe bình thường sau điều trị. Chất lượng cuộc sống sau điều trị của người bệnh ung thư vú là 5,4. Về mối liên quan: những người có từ một con trở lên có chất lượng cuộc sống cao hơn so với những người chưa có con, bệnh nhân ở giai đoạn II có chất lượng cuộc sống thấp hẳn so với giai đoạn I và giai đoạn III, ($p<0,05$).

Kết luận: Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau điều trị đang ở mức trung bình với điểm trung bình là 5,4 điểm. Bệnh nhân cần được quan tâm và hỗ trợ nhiều hơn trong các khía cạnh của đời sống.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, ung thư vú.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng sống (QoL) là một khái niệm chỉ về các chỉ số sức khỏe của con người, điều này bao gồm tất cả các khía cạnh về mặt tình cảm, xã hội và thể chất trong đời sống cá nhân. Khái niệm “chất lượng cuộc sống”

(quality of life) trước kia thường chỉ được nhắc đến trong lĩnh vực triết học, văn học và xã hội học. Trong những năm gần đây, “chất lượng cuộc sống” được đề cập ngày càng phổ biến trong nhiều lĩnh vực. Trong y học, khái niệm này được cụ thể hóa thành “chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe”. Tổ chức Y tế thế

*Tác giả liên hệ

Email: tthao1308@gmail.com

Điện thoại: (+84) 936 931 992

giới định nghĩa “chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe” là những ảnh hưởng do một bệnh, tật hoặc một rối loạn sức khỏe của một cá nhân đến sự thoải mái và khả năng hưởng thụ cuộc sống của cá nhân đó. Như vậy sức khỏe không chỉ được xem xét dưới góc độ y khoa thuần túy mà còn dưới góc độ tâm lý, xã hội và kinh tế [1]. Theo một nghiên cứu của Dubale Dulla koboto về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư chỉ ra rằng những người được chẩn đoán ung thư hầu hết họ đã tìm mọi cách điều trị trong 6 tháng đầu, đặc biệt trong giai đoạn II. Tác giả cũng chỉ ra, chất lượng cuộc sống của người ở giai đoạn II thấp hơn so với người ở giai đoạn I và III [2]. Ung thư vú là một trong những mặt bệnh ung thư thường gặp và đang được phát hiện ở giai đoạn sớm, vì vậy sau quá trình điều trị và xuất viện người bệnh có thể quay trở lại cuộc sống trước đây, đồng nghĩa với việc chất lượng sống của bệnh nhân cần được quan tâm nhiều hơn nữa [3].

Bệnh viện K là cơ sở chuyên khoa đầu ngành của cả nước về phòng chống và điều trị ung thư. Ngoài công tác chẩn đoán, điều trị bệnh, Bệnh viện K cũng đã chú trọng về những hoạt động công tác xã hội nhằm hỗ trợ và chia sẻ bớt gánh nặng khi điều trị của người bệnh. Tuy nhiên, phần lớn những hỗ trợ này đa phần là hỗ trợ bệnh trong quá trình chẩn đoán và điều trị bệnh, chưa có nhiều hoạt động và nghiên cứu sau khi bệnh nhân đã điều trị và xuất viện. Do đó, nhóm nghiên cứu tiến hành thực hiện nghiên cứu với hai mục tiêu: (1) Mô tả chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư vú sau điều trị tại Bệnh viện K năm 2020; (2) Xác định một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư vú sau điều trị tại Bệnh viện K.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thời gian và địa điểm: Nghiên cứu tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều từ 1/2022 đến 12/2022.

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu trên 265 bệnh nhân ung thư vú sau điều trị.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Đã được chẩn đoán xác định mắc ung thư vú
- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên;
- Đã kết thúc điều trị
- Đồng ý tham gia nghiên cứu;

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Được xác định không đủ thể lực và tinh thần để hoàn thành phỏng vấn bởi điều tra viên;
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Chọn mẫu: Sử dụng kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện. Lựa chọn tất cả bệnh nhân ung thư vú đã điều trị tại Bệnh viện K đủ điều kiện và đồng ý tham gia nghiên cứu cho tới khi đủ số lượng bệnh nhân.

Công cụ thu thập thông tin: Sử dụng bộ công cụ QOL-CS dành cho bệnh nhân ung thư sống thêm được phát triển bởi Viện Nghiên cứu Beckman, City of Hope, Hoa Kỳ [4][5][6].

- Bộ công cụ QOL-CS:

+ Gồm 46 câu hỏi đo lường các mức độ từ 1 đến 10 tương ứng với các mức tăng dần.

+ Các câu hỏi gồm 05 phần: thể chất, tâm lý, áp lực điều trị, các mối quan tâm xã hội, sức khỏe tinh thần

Điểm CLCS bằng điểm trung bình cộng của các lĩnh vực: 0 – 2.5 điểm: CLCS kém; 2.6 – 5.0 điểm: CLCS trung bình kém; 5.1 – 7.5 điểm: CLCS trung bình khá và 7.6 - 10 điểm: CLCS khá tốt và tốt.

Phương pháp thu thập thông tin: Số liệu được thu thập thông qua hình thức phỏng vấn qua điện thoại. Điều tra viên gọi điện cho ĐTNCC từ danh sách có sẵn và phỏng vấn dựa trên bộ công cụ thiết kế sẵn.

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập vào phần mềm excel 2017, sau đó được phân tích bằng phần mềm STATA. Thống kê mô tả sử dụng để mô tả chất lượng sống của đối tượng nghiên cứu. Thống kê suy luận sử dụng các mô hình hồi quy đa biến để phân tích các yếu tố liên quan như tuổi, giai đoạn bệnh, các kiểm định được thực hiện ở mức ý nghĩa 5%.

Đạo đức nghiên cứu: Trước khi tham gia nghiên cứu, tất cả các đối tượng nghiên cứu sẽ được cung cấp thông tin rõ ràng liên quan đến mục tiêu và nội dung nghiên cứu và tự nguyện quyết định tham gia vào nghiên cứu cũng như đồng ý ký tên vào bảo thỏa thuận tham gia nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

Nghiên cứu thực hiện trên 265 bệnh nhân sau điều trị ung thư vú. Về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Có 131 bệnh nhân thuộc khu vực nông thôn và 134 bệnh nhân thuộc khu vực thành thị. Đa số bệnh nhân ở độ tuổi từ 41- 59 tuổi (60,8%), chỉ có 2 bệnh nhân



(0,8%) từ 18-27 tuổi, 91 bệnh nhân (34,3%) từ 28-40 tuổi còn lại 11 bệnh nhân (4,2%) trên 59 tuổi. Bệnh nhân chủ yếu đều đã kết hôn (84,2%), đang độc thân chỉ chiếm 10,6%, 3% là ở mối quan hệ Ly thân/ ly hôn/ góa và 2,3% là ở mối quan hệ khác. Người bệnh có từ 1-2 con chiếm tỷ lệ cao với 81,1%, sau đó đến người không/ chưa có con với 10,6% và ít nhất chỉ có 6,8% bệnh nhân có từ 3 con trở lên. Về trình độ học vấn: đa số bệnh nhân có trình độ cao đẳng/ đại học/ trên đại học (66,8%) và đều đang làm công việc toàn thời gian với 67,9%. Dù có sự khác biệt về thu nhập của các hộ gia đình (20,8% hộ nghèo/ cận nghèo, 72,8% không thuộc nghèo, cận nghèo) tuy nhiên tất cả trong số họ đều có BHYT và mức chi trả bảo hiểm trung bình là 80,1%. Có 89,8% tham dự, sinh hoạt trong các nhóm/ cộng đồng/ diễn đàn của người bệnh và họ chủ yếu hoạt động qua các phương tiện mạng xã hội (90,6%).

Về đặc điểm liên quan đến bệnh và điều trị: bệnh nhân tham gia chủ yếu đều đang ở giai đoạn II với 59,6% và

họ gần như phải điều trị từ 1-5 năm (65,3%) còn lại số ít (34,7%) là điều trị dưới 1 năm. Có đến 93,6% số bệnh nhân trong đó phải điều trị kết hợp nhiều phương pháp với nhau. Và họ phải tái khám trung bình 6 lần/ năm.

Về thói quen sinh hoạt 100% bệnh nhân không hút thuốc, 91,3% số bệnh nhân cho rằng không bao giờ sử dụng rượu bia và đại đa số (61,9%) họ ngủ dưới 7 tiếng/ ngày. Chỉ có 17,7% số bệnh nhân tham gia các hoạt động vui chơi giải trí hàng ngày, chủ yếu họ tham gia với tần suất 1-2/ tuần (69,8%). Và có đến 90,2% trên tổng số người bệnh thường xuyên tập thể dục thể thao, trung bình trên 4 tiếng 1 tuần. Đại đa số bệnh nhân sau điều trị đều đang sử dụng thuốc do bác sĩ kê đơn (77,7%). Tuy nhiên gần nửa số người bệnh (47,5%) sử dụng thêm các loại thuốc bên ngoài không có trong đơn của bác sĩ. Có 71,7% bệnh nhân cảm thấy sức khỏe bình thường sau điều trị tại bệnh viện, 15,8% cảm thấy khỏe mạnh và còn lại 12,5% cảm thấy không được khỏe cho lắm.

Bảng 1. Chất lượng cuộc sống

	Điểm TB CLCS	ĐLC
Sức khỏe thể chất	6,1	1,8
Sức khỏe tâm lý	4,9	1,6
Sức khỏe xã hội	4,2	1,8
Sức khỏe tinh thần	6,6	1,2
CLCS chung	5,4	1,2

Nhìn chung bệnh nhân có chất lượng cuộc sống sau điều trị không cao với điểm trung bình chỉ có 5,4. Cao

nhất là về sức khỏe tinh thần với điểm trung bình là 6,6 và thấp nhất là về sức khỏe xã hội với 4,2 điểm.

Bảng 2. Chất lượng cuộc sống với các đặc điểm cá nhân của ĐTNC

Đặc điểm đối tượng		CLCS		P
		TBC	ĐLC	
Nơi sinh	Nông thôn	5,2	1,3	0,008
	Thành thị	5,6	1,0	
Tình trạng hôn nhân	Đang có chồng	5,4	1,2	0,008
	Khác	5,0	1,0	
Thu nhập hộ gia đình	Nghèo/cận nghèo	5,3	1,1	0,4
	Không nghèo/cận nghèo	5,4	1,1	
Tham dự, sinh hoạt vào các nhóm/cộng đồng/ diễn đàn người bệnh	Có	5,4	1,2	0,00
	Không	4,6	0,8	

Nhìn chung không có sự ảnh hưởng nhiều giữa đặc điểm cá nhân với chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Theo số liệu thu được ở bảng 2 cho thấy: bệnh nhân sống ở thành thị có chất lượng cuộc sống cao hơn ở nông thôn, CLCS của bệnh nhân đang có chồng/ vợ cao hơn mối quan hệ khác và những người không thuộc hộ

nghèo/ cận nghèo có chất lượng cuộc sống tốt hơn. Tuy nhiên, kết quả này không mang ý nghĩa thống kê bởi P đều > 0,05. Mặt khác có sự khác biệt nhiều giữa những bệnh nhân tham gia những diễn đàn/ nhóm/ cộng đồng người bệnh với những người không tham gia với trung bình lần lượt là 5,4987 và 4,6557.

Bảng 3. Mối liên quan giữa Chất lượng cuộc sống và đặc điểm nhân khẩu học

Đặc điểm đối tượng		CLCS		P
		TBC	ĐLC	
Tuổi	18-27	6,3	1,7	-
	28-40	5,1	1,0	0,184
	41-59	5,5	1,2	0,363
	>59	5,1	0,5	0,208
Số con	Không/chưa có con	4,6	0,76172	-
	1-2 con	5,5	1,2	0,000
	3 con trở lên	5,4	0,6	0,020
Công việc hiện tại	Bán thời gian	5,4	1,1	-
	Toàn thời gian	5,4	1,2	0,931
	Đã nghỉ hưu	5,3	0,5	0,835
	Không có việc làm	5,0	0,9	0,261
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn I	6,1	1,2	-
	Giai đoạn II	4,9	0,8	0,000
	Giai đoạn III	5,9	1,3	0,415
Các phương pháp điều trị	Phẫu thuật	6,8	0,6	-
	Hóa trị	5,0	0,00	0,044
	Kết hợp nhiều phương pháp	5,3	1,1	0,000
Đánh giá về tình trạng sức khỏe	Rất yếu	0	0	-
	Không được khỏe lắm	4,5	0,7	-
	Bình thường	5,3	1,0	0,000
	Khỏe mạnh	6,4	1,3	0,000

Dựa vào kết quả thu được, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chất lượng cuộc sống giữa các nhóm tuổi và công việc hiện tại của các bệnh nhân ($p>0,05$). Tuy nhiên, những người có từ 1 con trở lên có CLCS

cao hơn so với những người chưa có con và bệnh nhân ở giai đoạn II (TB 4,9) có CLCS thấp hơn so với giai đoạn I (TB 6,1), giai đoạn III (TB 5,9). Người bệnh điều trị Hóa trị và kết hợp nhiều phương pháp có CLCS



thấp hơn so với Phẫu thuật (TB lần lượt 5 và 5,3). Đối tượng có sức khỏe bình thường và khỏe mạnh đều có CLCS cao hơn người không khỏe hay yếu, sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 265 bệnh nhân ung thư vú đã điều trị bao gồm 131 bệnh nhân (49,4%) thuộc khu vực nông thôn và 134 bệnh nhân (50,6%) bệnh nhân thuộc khu vực thành thị, điều này giúp cho nghiên cứu có tính đồng nhất giữa các nhóm giảm đi những hạn chế của nghiên cứu. Chủ yếu người bệnh tham gia đang ở độ tuổi từ 49-59 tuổi 41-59 tuổi (60,8%), 66,8% người bệnh có trình độ học vấn cao đẳng/ đại học/ trên đại học và 67,9% bệnh nhân đang làm công việc toàn thời gian. Bên cạnh đó có đến 65,3% số bệnh nhân có thời gian điều trị từ 1-5 năm.

Kết quả nghiên cứu cho thấy CLCS của bệnh nhân ung thư sau điều trị ung thư chỉ trên mức trung bình (5,4 điểm). Có sự khác biệt về CLCS ở những người tham gia các nhóm/ cộng đồng/ diễn đàn người bệnh. Cụ thể, người tham gia có CLCS cao hơn (điểm TB 5,498) người không tham gia. Điều này chứng tỏ rằng ở nhóm người tham gia các diễn đàn/ nhóm/ cộng đồng người bệnh họ được giao lưu, trao đổi thoải mái với những người bệnh giống mình và được chia sẻ nhiều kinh nghiệm, phương pháp điều trị, từ đó người bệnh có thêm nhiều kiến thức, an tâm và bớt suy nghĩ hơn.

Bên cạnh đó, số con của bệnh nhân cũng là một trong những vấn đề ảnh hưởng đến CLCS của họ. Nghiên cứu đã chỉ ra rằng lượng người chưa có con có CLCS thấp hơn so với người có từ 1 con trở lên (TB 4,4 điểm so với 5,5 điểm và 5,6 điểm). Có thể một phần do tác dụng phụ của thuốc cũng như tình trạng của bệnh khiến bệnh nhân chưa có con cảm thấy lo lắng hơn những người còn lại bởi họ nghĩ rằng họ sẽ không thể có con, khó có con hoặc thậm chí là bệnh của mình có thể di truyền sang con hay không. Cũng có thể nhờ sự tác động chia sẻ, quan tâm chăm sóc từ phía con cái giúp cho bệnh nhân có nhiều suy nghĩ tích cực hơn tạo chất lượng cuộc sống cao hơn so với những người chưa có con.

Theo một nghiên cứu của Dubale Dulla koboto về CLCS của bệnh nhân ung thư chỉ ra rằng chất lượng cuộc sống của người ở giai đoạn II thấp hơn so với người ở giai đoạn I và III. Và việc trải qua các phương pháp điều trị cũng là một trong những rào cản ảnh hưởng đến CLCS

của họ. Phần lớn bệnh nhân ở giai đoạn II phải chịu nhiều triệu chứng như đau, mất ngủ, chán ăn, mệt mỏi khi tham gia điều trị điều này làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến hoạt động bình thường của bệnh nhân. Mặt khác, khi người bệnh mắc bệnh càng lâu thì họ đã có nhiều thời gian hơn để chấp nhận và sống chung với ung thư, giảm đi cảm giác sợ hãi, tuyệt vọng lúc ban đầu, điều này giải thích lý do vì sao người ở giai đoạn III lại có CLCS tốt hơn ở giai đoạn II [2].

Có đến 93,8% người bệnh phải điều trị kết hợp bằng nhiều phương pháp, nhưng những người đã được phẫu thuật có CLCS cao hơn hẳn so với những người còn lại. Có thể tác dụng phụ mà bệnh nhân đang gặp phải sau quá trình điều trị và dung thuốc là một khía cạnh mang sức ảnh hưởng lớn đến CLCS của họ. Một vài tài liệu đã mô tả sức ảnh hưởng của tác dụng phụ này đối với quyết định điều trị, đặc biệt nó tác động tiêu cực đến CLCS của bệnh nhân [7]. Đa số người bệnh lựa chọn kéo dài thời gian cũng như phương pháp điều trị để tập trung vào sự sống còn thậm chí phải sống chung với bệnh. Trong kết quả thu được, có đến 71,7% người bệnh cảm thấy sức khỏe bình thường, chỉ có 12,5% là cảm thấy không được khỏe lắm và 15,5% là cảm thấy khỏe mạnh. Trong số đó, người khỏe mạnh và bình thường có CLCS cao hơn so với người có sức khỏe kém hơn. Một nghiên cứu của Harminder Singh chỉ ra rằng hầu hết sức khỏe thể chất của bệnh nhân bị ảnh hưởng bởi những cơn đau, khó ngủ, mệt mỏi. sức khỏe tâm lý của bệnh nhân bị ảnh hưởng do cảm thấy chán nản và họ cảm thấy không thoải mái khi tham gia các hoạt động xã hội [2].

5. KẾT LUẬN

Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau điều trị đang ở mức trung bình với điểm trung bình là 5,4 điểm. Trong công tác điều dưỡng hay quản lý người bệnh ung thư cần quan tâm và hỗ trợ nhiều hơn trong các khía cạnh chất lượng cuộc sống của người bệnh trong đó cần chú ý đến các đặc điểm liên quan nhân khẩu học, giai đoạn bệnh, phương pháp điều trị. Bên cạnh đó cũng cần quan tâm tới các hoạt động như sinh hoạt vào các nhóm bệnh nhân, cộng đồng hoặc các diễn đàn người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] World Health Organization, Globocan 2018: Estimated Cancer Incidence, Mortality and

- Prevalence worldwide.
- [2] Koedoot C g, de Haes J, Heisterkamp S, Bakker P, de Graeff A, de Haan R. Palliative chemotherapy or watchful waiting? A vignettes study among oncologists. *JCO* 2002 1;20(17):3658–3664.
- [3] Globocan 2020; <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheets.pdf>
- [4] Marieke van Leeuwen; Understanding the quality of life (QOL) issues in survivors of cancer: towards the development of an EORTC QOL cancer survivorship questionnaire; *Health and Quality of Life Outcomes*; 16, Article number: 114 (2018)
- [5] Ferrell BR, Hassey-Dow K, Grant M, “Measurement of the QOL in Cancer Survivors.” *Quality of Life Research*, 1995; 4:523-531.
- [6] Ware JE Jr SC, Ware JE, Sherbourne CD, The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;90(6):473 - 483. doi:10.1097/00005650-199206000-00002
- [7] Lemieux J, Maunsell E, Provencher L, Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: a literature review. *Psycho-Oncology* 2008; 1;17(4):317–328.



PRINCIPLE ASSESSMENT BURDEN CAREGIVERS OF CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY AT K HOSPITAL IN 2023

Pham Thi Huong^{1,*}, Do Tuyet Mai¹, Do Cam Thanh², Dam Thi Hoan¹
Nguyen Thi Thuy Hang¹, Vu Thi Hue¹, Nguyen Thi Van Anh¹

¹Vietnam National Cancer Hospital - 30 Cau Buou street, Tan Trieu, Thanh Tri, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - No 1 Ton That Tung Street, Dong Da District, Hanoi, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 21/03/2023; Accepted 15/04/2023

ABSTRACT

Objectives: To describes the burden of care among caregivers of cancer patients receiving chemotherapy and some related factors at the K hospital in 2023.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study, performed with a sample size of 152 caregivers of cancer patients at the Internal Oncology Departments of K hospital from Jan 2023 to April 2023.

Result: 152 caregivers of cancer patients receiving chemotherapy were interviewed with a set of structured questionnaires according to the Zarit Care Burden Assessment (ZBA). The majority of subjects were female (61.2%); mainly living in rural areas (53.3%) with education level from high school or higher (76.3%); the most common level of giving care to patients was always / often (86.2%); the duration of caring was 6 months or longer (60.6%). According to the ZBA scale, 36.2% of caregivers were not burdened; 44.7% had a mild level of burden; 16.4% had a moderate burden, and 2.6% had a severe burden. There was a statistically significant relationship between burden of care and age > 40 years old, duration of care > 1 year, and average income < 10 million Vietnam dong.

Conclusion: The burden of caregivers of cancer patients receiving chemotherapy was mainly at mild and moderate levels. There was a statistically significant relationship between the burden of caregivers with age, length of care and average income/month.

Keywords: Cancer, burden of care, cancer patients.

*Corresponding author

Email address: huongbvk2812@gmail.com

Phone number: (+84) 888 236 999

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ GÁNH NẶNG CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC CHÍNH NGƯỜI BỆNH HÓA TRỊ TẠI BỆNH VIỆN K NĂM 2023

Phạm Thị Hương^{1,*}, Đỗ Tuyết Mai¹, Đỗ Cẩm Thanh², Đàm Thị Hoàn¹
Nguyễn Thị Thúy Hằng¹, Vũ Thị Huệ¹, Nguyễn Thị Vân Anh¹

¹Bệnh viện K - 30 đường Cầu Bươu, xã Tân Triều, huyện Thanh Trì, Thành phố Hà Nội, Việt Nam

²Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 21 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 15 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc (NCS) người bệnh ung thư hóa trị và xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng gánh nặng của NCS tại bệnh viện K năm 2023.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, được thực hiện với cỡ mẫu 152 NCS người bệnh ung thư hóa trị tại khối Nội Bệnh viện K từ tháng 01/2023 đến tháng 4/2023.

Kết quả: 152 NCS người bệnh ung thư hóa trị được phỏng vấn với bộ câu hỏi thiết kế sẵn theo thang đo gánh nặng Zarit Care Burden Assessment (ZBA). Đa số NCS là nữ (61,2%); chủ yếu sống ở nông thôn (53,3%); trình độ học vấn từ cấp 3 trở lên (76,3%); NCS người bệnh với tần suất luôn luôn/thường xuyên (86,2%); thời gian chăm sóc từ 6 tháng trở lên (60,6%). Theo thang đo ZBA có 36,2% NCS không có gánh nặng; 44,7% NCS có gánh nặng mức độ nhẹ; 16,4% NCS có gánh nặng mức độ trung bình và 2,6% NCS có mức độ gánh nặng nghiêm trọng. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa gánh nặng chăm sóc của NCS với tuổi từ 40 trở lên, thời gian chăm sóc ít nhất 1 năm, và thu nhập trung bình dưới 10 triệu/tháng với $p < 0,05$.

Kết luận: NCS người bệnh ung thư hóa trị có gánh nặng chăm sóc chủ yếu ở mức độ nhẹ và trung bình. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa gánh nặng của NCS với tuổi, thời gian chăm sóc và thu nhập trung bình/tháng.

Từ khóa: Ung thư, gánh nặng chăm sóc, người bệnh ung thư.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là một bệnh không lây nhiễm có tỉ lệ mắc, tỉ lệ tử vong cao và có xu hướng ngày càng gia tăng không những ở Việt Nam mà còn ở hầu hết các quốc

gia trên thế giới. Theo thống kê của GLOBOCAN năm 2020, Việt Nam có thêm 182.562 ca mắc mới ung thư và có 122.690 ca tử vong do ung thư [8]. Trên thực tế, bệnh ung thư ngày càng trở thành gánh nặng lớn với sức khỏe không chỉ đe dọa trực tiếp tới tính mạng

*Tác giả liên hệ

Email: huongbvk2812@gmail.com

Điện thoại: (+84) 888 236 999



con người mà còn có nhiều tác động gián tiếp tiêu cực tới chất lượng cuộc sống của người bệnh và người nhà người bệnh. Gánh nặng ung thư ngày càng gia tăng, đòi hỏi sự quan tâm đặc biệt của toàn xã hội.

Trong văn hóa truyền thống Việt Nam, người thân của người bệnh, đặc biệt là người nhà, là những người trực tiếp chăm sóc các thói quen hàng ngày và các hoạt động sinh hoạt của người bệnh. Do đó, gia đình đóng một vai trò quan trọng trong việc chăm sóc, hỗ trợ tốt nhất về thể chất và tâm lý cho người bệnh ung thư [4]. Tuy nhiên, khi nhu cầu chăm sóc của người bệnh vượt quá khả năng của người chăm sóc, gây ra những áp lực, căng thẳng và là gánh nặng đối với người chăm sóc [7]. Gánh nặng đó đe dọa đến tâm lý, cảm xúc, chức năng và thậm chí cả sức khỏe của người chăm sóc [4],[9].

Hiện nay, có một số nghiên cứu trong và ngoài nước liên quan đến gánh nặng chăm sóc người bệnh ung thư. Tuy nhiên, phần lớn các nghiên cứu cho đến nay được thực hiện để mô tả bản chất của gánh nặng chăm sóc cho những người chăm sóc chuyên nghiệp. Nhưng có rất ít nghiên cứu về gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc trong gia đình người bệnh ung thư, đặc biệt là người bệnh hóa trị cần điều trị dài ngày thường có gánh nặng chăm sóc lớn. Tại bệnh viện K hiện nay chưa có nghiên cứu nào về gánh nặng của người chăm sóc cho người bệnh ung thư hóa trị và các yếu tố liên quan. Chính vì thế nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu mô tả thực trạng và xác định những yếu tố liên quan tới gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc người bệnh hóa trị tại khối Nội, Bệnh viện K, từ đó là cơ sở để có những hỗ trợ và can thiệp phù hợp, hiệu quả.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên người chăm sóc của người bệnh ung thư đang điều trị hóa chất nội trú tại Bệnh viện K.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người chăm sóc là người có trách nhiệm chính trong việc chăm sóc cho người bệnh; Có mối liên hệ ruột thịt với người bệnh; Tuổi từ 18 đến 75; Có khả năng hiểu được hướng dẫn cấu trúc của bộ câu hỏi; Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không phải là người chăm sóc chính; Mắc các rối loạn tâm thần nặng cản trở thực hiện đánh giá; Người chăm sóc được thuê/ trả tiền để chăm sóc bệnh nhân.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại khối Nội - Bệnh viện K.

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01/2023 đến tháng 4/2023.

Phương pháp nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang.

Mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, dự kiến tối thiểu 150.

Phương pháp chọn mẫu: Tất cả người chăm sóc người bệnh hóa trị thỏa mãn yêu cầu tiêu chuẩn lựa chọn và không có các đặc điểm trong tiêu chuẩn loại trừ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Bộ công cụ nghiên cứu.

Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi được xây dựng từ tài liệu tổng quan, gồm 2 phần:

Phần 1: Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu.

Phần 2: Đánh giá gánh nặng người chăm sóc chính người bệnh ung thư: Sử dụng thang đo gánh nặng Zarit Care Burden Assessment đã được Việt hóa và nhiều tác giả sử dụng [1], [2], [3],[5]. Bộ câu hỏi này gồm 22 câu hỏi về những cảm giác của người chăm sóc khi chăm sóc người bệnh. Phần trả lời của mỗi câu hỏi sẽ được trình bày dưới 5 mức điểm: 0- Không bao giờ; 1 - Hiếm khi; 2- Thỉnh thoảng; 3- Thường xuyên; 4- Hầu như luôn luôn. Tổng điểm là từ 0 đến 88, điểm càng cao tương ứng với gánh nặng chăm sóc càng cao. Người tham gia sẽ trả lời bằng cách khoanh vào một trong các số từ 0 đến 4 tương ứng (0-Không bao giờ; 1-Hiếm khi; 2-Thỉnh thoảng; 3-Thường xuyên; 4-Hầu như luôn luôn). Mức độ gánh nặng chăm sóc được phân thành 4 nhóm: [2], [3],[5],[10].

- Không có gánh nặng (dưới 20 điểm);
- Gánh nặng mức độ nhẹ (21- 40 điểm);
- Gánh nặng ở mức độ trung bình (41 – 60 điểm);
- Gánh nặng mức độ nghiêm trọng (trên 61 điểm).

Trong nghiên cứu này, mức điểm để xác định có/không có gánh nặng chăm sóc là 20 điểm (tương ứng là trên/dưới 20 điểm).

Kỹ thuật thu thập số liệu

Chọn người chăm sóc vào mẫu nghiên cứu theo tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, sau đó phỏng vấn trực tiếp người chăm sóc theo bộ câu hỏi thiết kế sẵn.

Các bước thu thập số liệu.

Bước 1: Xác định người bệnh nhập viện và có chỉ định hóa trị.

Bước 2: Xác định người chăm sóc thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

Bước 3: Phỏng vấn trực tiếp người chăm sóc người bệnh theo bộ câu hỏi.

Bước 4: Làm sạch, nhập và xử lý số liệu.

Bước 5: Viết báo cáo nghiên cứu.

Phương pháp tiến hành.

Tập huấn cho nghiên cứu viên (các Điều dưỡng làm việc tại phòng bệnh chăm sóc bệnh nhân hóa trị). Thực hiện phỏng vấn trực tiếp người chăm sóc bệnh nhân.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Nhập số liệu và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng thống kê mô tả (n, %, trung bình, độ lệch chuẩn) và so sánh tương quan với kiểm định khi bình phương. Khoảng tin cậy 95% CI và giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đảm bảo các tiêu chuẩn đạo đức nghiên cứu khoa học và đã được sự chấp thuận thông qua bởi Hội đồng đề cương đề tài cấp cơ sở Bệnh viện K năm 2023.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của người chăm sóc

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=152)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	59	38,8
	Nữ	93	61,2
Tuổi	< 40	92	60,5
	≥ 40	60	39,5
Nơi ở	Thành thị	52	34,2
	Nông thôn	81	53,3
	Miền núi	19	12,5
Trình độ học vấn	Không biết chữ	2	1,3
	Cấp 1	4	2,6
	Cấp 2	30	19,7
	Cấp 3	49	32,2
	Từ trung cấp trở lên	67	44,1
Nghề nghiệp	Công chức/ viên chức	36	23,7
	Công nhân	28	18,4
	Nông dân	41	27
	Hưu trí	11	7,2
	Kinh doanh/Tự do	15	9,9
	Thất nghiệp	21	13,8



Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	120	78,9
	Chưa kết hôn	26	17,1
	Ly thân/Ly dị/Góa	6	3,9
Thu nhập trung bình/ tháng	Không có thu nhập	44	28,9
	Dưới 10 triệu	75	49,3
	Trên 10 triệu	33	21,7
BHYT của NB	Có	146	96,1
	Không	6	3,9

Nhận xét: Trong 152 NCS người bệnh hóa trị, đa số là nông dân (27%). Phần lớn NCS đã kết hôn là nữ (61,2%); tuổi dưới 40 (60,5%); sống ở nông thôn (53,3%), có trình độ từ cấp III trở lên (76,3%); và có BHYT (96,1%).

Bảng 3.2. Đặc điểm mối quan hệ với người bệnh và tình trạng chăm sóc (n=152)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Sống cùng người bệnh	Có	126	82,9
	Không	26	17,1
Mối quan hệ với người bệnh	Bố/Mẹ	28	18,5
	Vợ/Chồng	67	44
	Con	26	17,1
	Anh/Chị/Em ruột	24	15,8
	Họ hàng	7	4,6
Mức độ chăm sóc	Luôn luôn (hàng ngày)	112	73,7
	Thường xuyên (2-3 ngày/tuần)	19	12,5
	Thỉnh thoảng (1 lần/tuần)	21	13,8
Khoảng thời gian chăm sóc	Dưới 6 tháng	60	39,4
	Từ 6 tháng – 1 năm	46	30,3
	Từ 1 – 5 năm	33	21,7
	Trên 5 năm	13	8,6

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy, số NCS chính sống cùng NB chiếm tỷ lệ cao (82,9%); phần lớn NCS có mối quan hệ vợ/chồng với NB (44%), tiếp đến là bố/mẹ (18,5%), con là 17,1%; tỷ lệ thấp nhất là họ hàng chiếm 4,6%. Mức độ chăm sóc luôn luôn chiếm đa số (73,7%); thời gian chăm sóc dưới 6 tháng (39,4%), từ 6 tháng – 1 năm là (30,3%) và trên 5 năm chiếm tỷ lệ thấp nhất (8,6%).

3.2. Mức độ gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc NB

Bảng 3.3. Mức độ gánh nặng chăm sóc của đối tượng nghiên cứu (n=152)

Mức độ gánh nặng CS	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Không có (≤ 20 điểm)	55	36,2
Nhẹ (Từ 21 – 40 điểm)	68	44,7
Trung bình (Từ 41 – 60 điểm)	25	16,4
Nghiêm trọng (≥ 61 điểm)	4	2,6

Nhận xét: Theo thang đo ZBA, có 36,2% NCS không có gánh nặng; 44,7% NCS có gánh nặng mức độ nhẹ; 16,4% NCS có gánh nặng mức độ trung bình và 2,6%

NCS có gánh nặng mức độ nghiêm trọng.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến mức độ gánh nặng CS của NCS người bệnh

Bảng 3.4. Một số yếu tố liên quan đến gánh nặng CS của đối tượng nghiên cứu (n=152)

Đặc điểm		n (%)		P
		Có gánh nặng (> 20 điểm) N = 97	Không có gánh nặng (≤ 20 điểm) N = 55	
Giới tính NCS	Nữ	64 (68,8%)	29 (31,2%)	0,107
	Nam	33(55,9%)	26 (44,1%)	
Tuổi	≥ 40	46 (76,7%)	14 (23,3%)	0,008
	< 40	51(55,4%)	41(44,6%)	
Dân tộc	Kinh	84 (64,6%)	46(35,4%)	0,618
	Khác	13(59,1%)	9(40,9%)	
Nơi ở	Nông thôn/ Miền núi	68 (68%)	32(32%)	0,137
	Thành thị	29 (55,8%)	23(44,2%)	
Mối quan hệ	Bố/Mẹ/vợ/chồng/con	78 (64,5%)	43(35,5%)	0,743
	Khác	19(61,3%)	12(38,7%)	
Thời gian chăm sóc BN	≥ 1 năm	37(80,4%)	9 (19,6%)	0,005
	< 1 năm	60(56,6%)	46(43,4%)	
Thu nhập trung bình/tháng	Dưới 10 triệu	84(70,6%)	35(29,4%)	0,001
	Trên 10 triệu	13(39,4%)	20(60,6%)	
Tình trạng hôn nhân	Kết hôn	78 (65%)	42 (35%)	0,556
	Ly hôn/ly thân/Góa...	19(59,4%)	13 (40,6%)	
BHYT của NB	Không	4(66,7%)	2(33,3%)	0,882
	Có	93(63,7%)	53 (36,3%)	



Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa gánh nặng chăm sóc của NCS với tuổi từ 40 trở lên, thời gian chăm sóc ít nhất 1 năm, và thu nhập trung bình dưới 10 triệu/tháng ($p < 0,05$)

4. BÀN LUẬN

Mặc dù mức độ gánh nặng chăm sóc của NCS bệnh nhân và các yếu tố nguy cơ của gia đình bệnh nhân gặp phải đã được nghiên cứu rất nhiều ở các nước phát triển. Tuy nhiên, ở Việt Nam hiện nay rất ít nghiên cứu được tìm thấy đánh giá về vấn đề này. Nghiên cứu này không tập trung đánh giá một nhóm đối tượng đặc biệt nào mà đánh giá tổng thể mức độ gánh nặng chăm sóc của NCS bệnh nhân hóa trị tại Bệnh viện K.

Theo nghiên cứu, phần lớn NCS là vợ/chồng của bệnh nhân và độ tuổi dưới 40, điều này phù hợp với một số nghiên cứu về NCS bệnh nhân chủ yếu là vợ/chồng/bố/mẹ là những người thân nhất của người bệnh [4],[5]. Bên cạnh đó, tỉ lệ NCS là anh/chi/em ruột hay họ hàng cũng chiếm một phần không nhỏ có thể được giải thích do văn hóa Việt Nam có mối quan hệ họ hàng khăng khít, luôn hỗ trợ nhau đã ảnh hưởng tới đời sống tinh thần của các cá nhân, đặc biệt khi gia đình có người đau ốm, gặp khó khăn. Cũng trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy phần lớn người chăm sóc chính là nữ, điều này cho thấy nữ giới là đối tượng phù hợp hơn nam giới cho công việc chăm sóc người bệnh vì họ có sự cẩn thận, nhẫn nại và khéo léo. Chúng tôi cũng tìm thấy rằng 19% NCS có nguy cơ và mức độ gánh nặng từ trung bình đến nghiêm trọng. Gánh nặng chăm sóc là kết quả nặng nề của quá trình chăm sóc bệnh nhân hóa trị, chúng chính là nguyên nhân gây suy giảm chất lượng cuộc sống, suy giảm hoạt động xã hội [4]. Nếu NCS được phát hiện sớm mức độ gánh nặng và có những can thiệp kịp thời thì họ có thể tiếp tục chăm sóc hiệu quả hơn cho bệnh nhân hóa trị [4].

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa gánh nặng chăm sóc của NCS với tuổi từ 40 trở lên, thời gian chăm sóc ít nhất 1 năm, và thu nhập trung bình dưới 10 triệu/tháng. Mức độ gánh nặng chăm sóc của NCS có tuổi từ 40 trở lên được đánh giá là cao hơn so với NCS có tuổi dưới 40, đặc điểm này phù hợp với một số nghiên cứu trước đó cho thấy gánh nặng cao hơn ở nhóm NCS lớn tuổi [4][5]. Điều này có thể do NCS lớn tuổi có tình trạng sức khỏe thể chất và

tinh thần kém hơn so với NCS trẻ tuổi, dẫn tới chịu ảnh hưởng cao hơn từ quá trình chăm sóc bệnh nhân ung thư dài ngày. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng NCS có thời gian chăm sóc trên 1 năm có mức độ gánh nặng cao hơn, điều này đã được một số nghiên cứu chỉ ra rằng thời gian chăm sóc càng nhiều thì mức độ gánh nặng chăm sóc càng tăng [1] [4]. NCS có thu nhập dưới 10 triệu/ tháng có mức độ gánh nặng cao hơn NCS có thu nhập cao hơn 10 triệu/tháng, điều này phù hợp với một số nghiên cứu về điều kiện kinh tế của NCS. Nếu NCS có thu nhập cao, họ sẽ bớt được phần nào gánh nặng chăm sóc trong quá trình chăm sóc người bệnh hóa trị. Kết quả nghiên cứu này cho thấy các mối liên quan trên có ý nghĩa thống kê. Điều đó có thể chỉ ra rằng khi mức độ gánh nặng chăm sóc tăng thì tình trạng sức khỏe, tinh thần của NCS càng giảm, và sự suy giảm này có thể ảnh hưởng tiêu cực tới khả năng đối phó, tính kiên nhẫn – đây chính là những yếu tố then chốt trong việc chăm sóc bệnh nhân hóa trị [4]. Mức độ gánh nặng chăm sóc được chỉ ra là một thử thách trong quá trình chăm sóc, cũng là nguyên nhân gây suy giảm sức khỏe, tinh thần khiến NCS người bệnh hóa trị lo lắng hơn, điều đó cũng sẽ tăng áp lực cả về thể chất lẫn tinh thần. Tất cả các yếu tố này dẫn tới người chăm sóc người bệnh hóa trị có nguy cơ trầm cảm, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống [4].

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 152 NCS người bệnh hóa trị tại Bệnh viện K, chúng tôi rút ra kết luận như sau: Đa số NCS là nữ, tuổi dưới 40, đã kết hôn, sống ở vùng nông thôn và có trình độ học vấn từ cấp III trở lên. Phần lớn NCS với tần suất luôn luôn/ thường xuyên với thời gian dưới 1 năm. Theo thang đo ZBA, có 44,7% NCS có gánh nặng mức độ nhẹ; 16,4% NCS có gánh nặng mức độ trung bình; 2,6% NCS có gánh nặng mức độ nghiêm trọng. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa gánh nặng chăm sóc của NCS với tuổi từ 40 trở lên, thời gian chăm sóc ít nhất 1 năm, và thu nhập trung bình dưới 10 triệu/tháng với $p < 0,05$.

Từ kết quả nghiên cứu trên, nhóm nghiên cứu có một số giải pháp trong việc giảm mức độ gánh nặng chăm sóc cho NCS như sau [6]:

- Điều dưỡng chăm sóc người bệnh ung thư đóng vai trò quan trọng trong việc nhận biết, sàng lọc các dấu hiệu về gánh nặng chăm sóc ở NCS người bệnh ung thư,

đồng thời tham gia hỗ trợ cho bệnh nhân và NCS trong quá trình điều trị.

- Để hỗ trợ giảm mức độ gánh nặng cho NCS, điều dưỡng có thể thực hiện một số chương trình can thiệp hỗ trợ NCS như: giáo dục tâm lý, kỹ năng thích ứng, liệu pháp nhóm để chia sẻ trong nhóm gia đình bệnh nhân.

- Theo dõi và hỗ trợ lâu dài cho NB và NCS tại cộng đồng để giúp gia đình NB vượt qua khó khăn lâu dài trong suốt quá trình chiến đấu với bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Thanh Bình, Đặc điểm lâm sàng và gánh nặng chăm sóc cho bệnh nhân Alzheimer giai đoạn nặng, Luận án tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội, 2018.
- [2] Nguyễn Bích Ngọc, Đánh giá gánh nặng của người chăm sóc cho bệnh nhân Alzheimer. Tạp chí Y học dự phòng, 5(151), 88-94, 2013.
- [3] Đào Trọng Quân, Lương Thị Hoa, Đánh giá gánh nặng chăm sóc của người nhà bệnh nhân hôn mê tại khoa hồi sức tích cực-chống độc, bệnh viện trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Khoa học và Công nghệ - Đại học Thái Nguyên. 177(01),91-95, 2018.
- [4] Phạm Thị Thu Hương, Gánh nặng của người chăm sóc tâm thần nội trú, Tạp chí Y học Lâm sàng, số 110(08-2019), 8-17, 2019.
- [5] Mai Thị Yên, Thực trạng gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chính người bệnh ung thư điều trị tại trung tâm ung bướu Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định năm 2020, Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, tập 3 – số 3 (8-2020), 116-123, 2020.
- [6] Abbasi A et al., The relationship between caregiver burden with coping strategies in Family caregivers of cancer patients. Iranian Nursing Scientific Association, 1(3), 62-71, 2013.
- [7] Effendy C, Vissers K et al., Family caregivers' involvement in caring for a hospitalized patient with cancer and their quality of life in a country with strong family bonds. Psycho-Oncology, 24(5), 585-591, 2015.
- [8] WHO, Globalcancermap (2020), <http://globalcancermap.com>, 2020.
- [9] Arch, Families of Individuals With Mental Disorders. Arch Psychiatr Nurs. 2016 Feb;30(1):47-54.
- [10] Zarit SH, Reever KE, Bach- Peterson J, Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. The gerontologist, 20(6), 649-655, 1980.



STATUS THE OCCUPATIONAL STRESS AND SOME ASSOCIATED FACTORS OF NURSES AT DA NANG ONCOLOGY HOSPITAL IN 2021

Nguyen Thi Thanh Tra*, Truong Dong Giang, Tran Thi Nghia

Da Nang Oncology Hospital - Hoang Thi Loan, 28 group, Hoa Minh Ward, Lien Chieu District, Da Nang City, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 20/03/2023; Accepted 18/04/2023

ABSTRACT

Purpose:

- Describe status the work-related stressors of nurses at Da Nang Oncology Hospital in 2021.
- Identify associated factors with work-related stressors of nurses at Da Nang Oncology Hospital.

Objectives: there were 180 nurses caring for patients in departments at Da Nang Oncology Hospital to join this study from 01/3/2021 to 01/10/2021.

Method: A cross-sectional descriptive study.

Results: The stress level of nurses who participated in this study was 1.81. Study show that there are 9 group factors causing work-related stressor the factor is relevant with dead, pain of patients is highest score ($2,66 \pm 0,67$).

Conclusion: Nurses in the hospital had to face with stressors the highest group factor is dead, pain of patients (2,66). The highest stressors of nurses is related with beholding pain of patients ($3,15 \pm 0,69$). There is statistical significance differences in level of nursing stressors related to gender, position, income, qualification, work site, age.

Keywords: Stressors, nurse, oncology.

*Corresponding author

Email address: thanhtra87.nt@gmail.com

Phone number: (+84) 905 762 714

THỰC TRẠNG STRESS NGHỀ NGHIỆP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU ĐÀ NẴNG NĂM 2021

Nguyễn Thị Thanh Trà*, Trương Đông Giang, Trần Thị Nghĩa

Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng - Đường Hoàng Thị Loan, tổ 28, Phường Hòa Minh, quận Liên Chiểu, TP. Đà Nẵng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 20 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 18 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng Stress nghề nghiệp của Điều dưỡng tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng năm 2021. Xác định các yếu tố liên quan đến tình trạng Stress nghề nghiệp của Điều dưỡng tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng.

Đối tượng: 180 ĐD đang làm công tác chăm sóc người bệnh tại các Khoa của BV Ung bướu Đà Nẵng từ ngày 01/03/2021 đến hết ngày 01/10/2021.

Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Kết quả: Mức độ Stress của nhóm ĐD nghiên cứu là 1,81. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong 09 nhóm tác nhân gây nên stress nghề nghiệp thì tác nhân liên quan đến cái chết, sự đau đớn của người bệnh có điểm số cao nhất ($2,66 \pm 0,67$).

Kết luận: Mức độ Stress của nhóm ĐD nghiên cứu là 1,81. Điều dưỡng tại Bệnh viện phải đối mặt với Stress nhiều nhất liên quan đến Nhóm yếu tố về cái chết, sự đau đớn của người bệnh (2,66). Điều dưỡng Stress nhiều nhất liên quan đến các tác nhân chứng kiến sự đau đớn của người bệnh ($3,15 \pm 0,69$). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ stress của ĐD với giới tính, chức vụ, thu nhập, trình độ, độ tuổi.

Từ khóa: Stress; điều dưỡng; ung bướu.

*Tác giả liên hệ
Email: thanhtra87.nt@gmail.com
Điện thoại: (+84) 905 762 714



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Stress dẫn đến tình trạng mệt mỏi, lo âu, mất tập trung, trí nhớ suy giảm, dễ bị kích động, thậm chí đau đầu, đau thắt ngực, tăng hoặc tụt huyết áp, loét dạ dày, béo phì, rối loạn tiêu hóa, nổi mề đay, suyễn,... Tình trạng ấy không chỉ làm giảm chất lượng sống của chính bản thân người bệnh, mà còn ảnh hưởng đến những người xung quanh, nhất là những người sống kề cận như vợ, chồng, cha mẹ, con cái, đồng nghiệp [4].

Nhiều nghiên cứu cho thấy nhân viên y tế (NVYT) có tỷ lệ stress cao liên quan đến công việc căng thẳng. Trong đó phải kể đến đối tượng Điều dưỡng, đây là nhóm nhân viên y tế chiếm số lượng lớn nhất và đóng vai trò quan trọng trong sự thành công của hệ thống chăm sóc (CS) sức khỏe [4] [9].

Điều dưỡng (ĐD) là một nghề căng thẳng, khối lượng công việc lớn, thường xuyên phải đối mặt với các nguy cơ lây nhiễm, với phản ứng tiêu cực từ người bệnh và gia đình người bệnh... Đặc biệt trong chuyên khoa ung bướu, nhiều yếu tố có thể dẫn đến căng thẳng nghề nghiệp, Điều dưỡng ung bướu thường xuyên tiếp xúc với những bệnh nhân nặng, chứng kiến bệnh nhân tử vong, chăm sóc bệnh nhân giai đoạn cuối, nhu cầu chăm sóc đặc biệt và kéo dài và trở nên rất gần gũi với bệnh nhân.

Vì phải thường xuyên làm việc trong môi trường như vậy nên có nguy cơ cao bị stress. Điều đó không những ảnh hưởng đến sức khỏe, sự hạnh phúc của nhân viên Điều dưỡng, mà còn làm ảnh hưởng đến sự hài lòng công việc, giảm sự tập trung chú ý trong công việc, dễ gây ra tình trạng sai sót làm nguy hại đến tính mạng người bệnh, ảnh hưởng đến hiệu quả, chất lượng chăm sóc người bệnh [8].

Tuy nhiên tại Việt Nam có rất ít đề tài đánh giá về mức độ Stress của Điều dưỡng làm việc tại các Bệnh viện (BV) chuyên khoa Ung bướu. Đặc biệt tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá mức độ stress nghề nghiệp và một số liên quan ở điều dưỡng. Để đánh giá thực trạng về tình trạng Stress nghề nghiệp của Điều dưỡng tại Bệnh viện và đề xuất một số giải pháp, chiến lược kiểm soát tinh thần, góp phần dự phòng giảm thiểu vấn đề Stress cho cán bộ y tế nói chung và Điều dưỡng, hộ sinh nói riêng. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Thực trạng stress nghề

NGHIỆP và một số liên quan ở điều dưỡng tại bệnh viện ung bướu Đà Nẵng năm 2021” với 2 mục tiêu:

- Mô tả thực trạng Stress nghề nghiệp của Điều dưỡng tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng năm 2021.

- Xác định các yếu tố liên quan đến tình trạng Stress nghề nghiệp của Điều dưỡng tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng năm 2021.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, thời gian, đối tượng nghiên cứu

- Địa điểm: Nghiên cứu được tiến hành tại tất cả các Khoa có nhân viên ĐD.

- Thời gian nghiên cứu: Từ ngày 01/03/2021 đến hết ngày 01/10/2021.

- Đối tượng nghiên cứu: ĐD đang làm công tác CSNB tại các Khoa của BV Ung bướu Đà Nẵng.

+ Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu: Các ĐDV đang làm việc tại các Khoa trong khoảng thời gian nghiên cứu và có thời gian thực hiện công tác ĐD tại các Khoa lâm sàng tối thiểu là 1 năm; Nhân viên ĐD tự nguyện tham gia nghiên cứu trên cơ sở được giải thích rõ ràng các thông tin, quyền lợi và nghĩa vụ người tham gia nghiên cứu.

+ Tiêu chuẩn loại trừ trong nghiên cứu: ĐDV có thời gian làm việc tại BV < 1 năm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu: Tất cả ĐDV đang làm việc tại các Khoa trong BV trong khoảng thời gian nghiên cứu.

- Cách chọn mẫu: Tiến hành phỏng vấn và quan sát dựa vào phiếu điều tra đã xây dựng của tất cả nhân viên ĐD tại các Khoa của BV Ung bướu đồng ý nghiên cứu trong khoảng thời gian nghiên cứu.

2.3. Bộ công cụ thu thập số liệu

Sử dụng thang điểm ENSS để đánh giá mức độ Stress của ĐD. Bộ câu hỏi gồm 2 phần là thông tin chung và thang đo Stress nghề nghiệp ĐD ENSS (Expanded Nursing Stress scale) của French và các cộng sự (2000).

Thang đo ENSS: ENSS là một phiên bản mở rộng và

cập nhật của Thang đo Stress của ĐD cổ điển (NSS) được phát triển của Gray-Toft & Anderson (1981). NSS là bộ công cụ phổ biến, được sử dụng rộng rãi để đánh giá mức độ và tần suất Stress ĐD gồm 34 tác nhân gây Stress chính trong các tình huống CS bệnh nhân [10].

ENSS là thang điểm Likert 5 điểm, người tham gia điều tra được yêu cầu đánh giá tần suất Stress theo thang điểm (1= không bao giờ Stress, 2= thỉnh thoảng Stress, 3 = thường xuyên Stress, 4 = cực kỳ Stress và 0= không áp dụng cho người tham gia nghiên cứu). Để đánh giá mức độ Stress của ĐD phải xem xét điểm trung bình cho mỗi thang điểm phụ và cho toàn bộ bảng câu hỏi ENSS. ENSS có tổng số điểm nằm trong khoảng từ 0 đến 228 trên 9 thang điểm phụ. Điểm cao hơn cho thấy mức độ căng thẳng của ĐD cao hơn [7].

Độ tin cậy nhất quán nội bộ được đánh giá bằng hệ số Cronbach's alpha. Thang đo ENSS 57 mục cho thấy độ tin cậy được cải thiện ($\alpha = 0,96$) so với NSS ban đầu ($\alpha = 0,89$) [7].

2.4. Phân tích số liệu: Số liệu nghiên cứu được thu thập và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS16.0. Đối với các biến nhân khẩu học được phân tích bằng cách

sử dụng thống kê mô tả về tần số và tỷ lệ. Đối với các biến của thang đo ENSS sử dụng phân tích về giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn... Để xác định mối tương quan giữa các biến nhóm nghiên cứu dùng các phép kiểm định: Phép kiểm Anova.

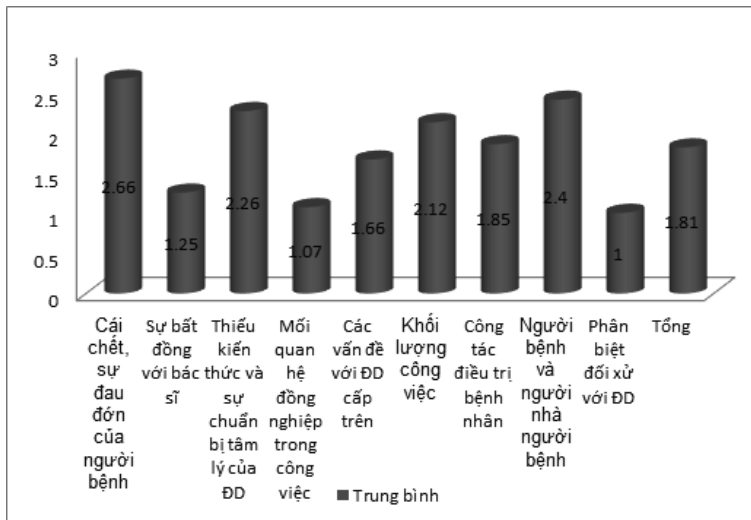
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

- Có 180 ĐD tham gia nghiên cứu, chủ yếu là nữ, chiếm tỷ lệ là 88,9%. Đa phần ĐD của BV còn trẻ tuổi, đã lập gia đình(86,1%) tập trung vào độ tuổi 25-35 tuổi (81,7%), ĐD 35-50 tuổi tỷ lệ rất thấp (10%), không có ĐD trên 50 tuổi. Trình độ chủ yếu là Cao đẳng (63,9%) và Trung cấp (26,7%), Đại học 9,4%, không có ĐD trên Đại học. Đa số ĐD là có con nhỏ dưới 10 tuổi (84,4%). Điều dưỡng có nhiệm vụ chăm sóc là chính chiếm 86,7%, ngoài ra có 5,7% là ĐD hành chính và 7,8% là ĐD trưởng. Thu nhập bình quân của Điều dưỡng đa số tập trung vào khoảng 7-10 triệu đồng tháng (70,6%).

3.2. Thực trạng Stress của đối tượng nghiên cứu

Biểu đồ 1. Mức độ Stress của ĐD theo thang điểm ENSS



- Theo kết quả nghiên cứu, mức độ Stress của nhóm ĐD nghiên cứu là 1,81, trong đó các nhóm yếu tố gây stress cao nhất đó là nhóm về cái chết, sự đau đớn của người

bệnh (2,66), sau đó là nhóm về người bệnh và người nhà người bệnh (2,40). Nhóm yếu tố gây stress thấp nhất là nhóm về phân biệt đối xử với ĐD (1,00).

Bảng 1. Kết quả Các tác nhân gây stress nhiều nhất cho Điều dưỡng

Tác nhân	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Chứng kiến sự đau đớn của người bệnh	3,15	0,69
Thực hiện các thủ thuật CS gây ra sự đau đớn cho NB	3,14	0,84
Phải tiếp xúc với các mối nguy hại cho sức khỏe và sự an toàn của ĐD khi CS người bệnh.	3,12	0,60
Cảm thấy bất lực trong trường hợp tình trạng người bệnh không cải thiện	3,00	0,87
Lo lắng bệnh nhân và người nhà phản ánh về việc thiếu sót trong quá trình CS người bệnh.	2,96	0,537
Chứng kiến bệnh nhân tử vong	2,89	0,95
Lắng nghe hoặc trò chuyện với người bệnh về cái chết	2,71	1,14
Cái chết của một bệnh nhân thân thiết, thường xuyên CS	2,71	1,12
Sợ mắc sai lầm khi điều trị người bệnh	2,69	0,601
Không có đủ thời gian để hỗ trợ bệnh nhân	2,53	0,82
Bệnh nhân, người nhà bệnh nhân đưa ra những yêu cầu vô lý	2,46	0,671

- Các tác nhân gây Stress cao nhất là: Tác nhân gây stress cao nhất là chứng kiến sự đau đớn của người bệnh (3,15); Thực hiện các thủ thuật CS gây ra sự đau đớn cho NB(3,14); Phải tiếp xúc với các mối nguy hại cho sức khỏe và sự an toàn của ĐD khi CS người bệnh(3,12); Cảm thấy bất lực trong trường hợp tình trạng người bệnh không cải thiện(3,00); Lo lắng bệnh nhân và người nhà phản ánh về việc thiếu sót trong quá trình CS người bệnh(2,96); Chứng kiến bệnh nhân tử

vong(2,89); Lắng nghe hoặc trò chuyện với người bệnh về cái chết(2,71); Cái chết của một bệnh nhân thân thiết, thường xuyên chăm sóc (2,71); Sợ mắc sai lầm khi điều trị người bệnh(2,69); Không có đủ thời gian để hỗ trợ bệnh nhân (2,53); Bệnh nhân, người nhà bệnh nhân đưa ra những yêu cầu vô lý(2,46).

3.3. Mối liên quan giữa Stress nghề nghiệp và một số yếu tố

Bảng 2. Kết quả mối liên quan nhiều nhất giữa Stress nghề nghiệp và một số yếu tố

Nội dung		N Trung bình ± Độ lệch chuẩn	Mức độ Stress	
			P	
Giới tính	Nam	20	1,61 ± 0,34	0,00
	Nữ	180	1,86 ± 0,20	
Chức vụ	ĐD hành chính	10	1,67±0,47	0,00
	ĐD CS	156	1,82±0,16	
	ĐD trưởng	14	2,06±0,42	

Nội dung		N Trung bình ± Độ lệch chuẩn	Mức độ Stress	
			P	
Thu nhập bình quân trên 1 tháng	5-7 (triệu/tháng).	2	0,80±0,05	0,00
	7-10 (triệu/tháng).	50	1,78±0,21	
	10-15 (triệu/tháng).	127	1,87±0,19	
	>15 (triệu/tháng).	1	2,43	
Trình độ	Trung cấp	48	1,79±0,19	0,02
	CĐ	115	1,82±0,20	
	ĐH	17	2,04±0,39	
Tuổi	< 25 tuổi.	15	1,68 ± 0,40	0,026
	25 - 35 tuổi.	147	1,84 ± 0,20	
	36 -50 tuổi.	18	1,89± 0,22	
	> 50 tuổi	0	0	

- Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ stress của ĐD với giới tính, nam giới (1,61) stress thấp hơn nữ giới (1,86) với $p < 0,05$.

- Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ stress với trình độ, chức vụ của ĐD với $p < 0,05$. Trong đó, đại học stress cao nhất (2,04), trung cấp stress thấp nhất (1,79), ĐD trưởng stress cao nhất (2,06), ĐD hành chính stress thấp nhất (1,67), tương đồng với kết quả nghiên cứu của Dragana Milutinovic [9].

- Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ stress với thu nhập của ĐD với $p < 0,05$. Trong đó, lương trên 15 triệu đồng/tháng có mức độ stress là 2,43, thu nhập 5-7 triệu đồng/tháng có mức độ stress (0,80).

- Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ stress với độ tuổi của ĐD với $p < 0,05$. Trong đó độ tuổi 36 đến 50 tuổi (1,89), độ tuổi <25 tuổi (1,68).

- Kết quả nghiên cứu không chỉ ra mối liên quan giữa Stress với tình trạng hôn nhân, thâm niên công tác, trực đêm, tần suất trực đêm, có con nhỏ dưới 10 tuổi.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

- Qua kết quả cho ta thấy: Về giới tính, nữ chiếm tỷ lệ 88,9%, nam chiếm 11,1%, tỷ lệ này phù hợp với thực tế ngành ĐD, ĐD là nghề đòi hỏi phải có tính chịu khó, kiên nhẫn, kỹ năng nhẹ nhàng, nhanh nhẹn trong công việc. Tỷ lệ của nghiên cứu cũng phù hợp với tỷ lệ trong nghiên cứu về ĐD tại BV. Về trình độ ĐD tại BV đa phần là Cao đẳng (63,9%) và trung cấp (26,7%). Trong đó trình độ Cao đẳng của BV Ung Bướu ĐN cao hơn nhiều so với các BV khác. Về độ tuổi, đa phần các ĐD ở độ tuổi còn rất trẻ và có con nhỏ dưới 10 tuổi, từ 25 - 35 tuổi chiếm gần lệ (81,7%), có con nhỏ chiếm tỷ lệ (84,4%). Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với tỷ lệ trong các nghiên cứu về ĐD . Tỷ lệ này phù hợp với thực tế tại BV, tuổi nghề trẻ có khả năng nắm bắt nhanh nhẹn các kỹ thuật mới, có sức khỏe, chịu được áp lực công việc cao, tuy nhiên khi đến tuổi về hưu, hầu hết các ĐD sẽ về hưu cùng một thời điểm, điều này sẽ có phần gây khó khăn cho công tác đào tạo, tuyển dụng nhân sự ĐD thay thế [1],[2], [3].

4.2. Thực trạng Stress của đối tượng nghiên cứu.

Theo kết quả nghiên cứu, mức độ stress nghề nghiệp trên ĐD tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng tương đối thấp (1,81 ± 0,226) thấp nhất là 1 điểm và cao nhất là 3,15 điểm. Mức độ stress trung bình của ĐD tại Bệnh viện lớn hơn kết stress tại Bệnh viện Nhi Thái Bình của



Tăng Thị Hảo với kết quả 1,76 [2] và thấp hơn so ĐD trong nghiên cứu của Omar Ghazi Baker với mức độ stress là(1,99) [6] và cũng thấp hơn kết quả nghiên cứu của Pavlos Sarafis với mức độ stress (2,22) [9].

Tuy nhiên trong đó có các nhóm yếu tố gây ra stress có ĐD ở mức độ khá cao, liên quan đến đặc thù công việc chăm sóc người bệnh ung thư, cụ thể tác nhân liên quan đến cái chết và sự chịu đựng của bệnh nhân gây ra stress cao nhất ($2,66 \pm 0,67$). Điều này phù hợp với kết quả của các nghiên cứu khác đã sử dụng ENSS để đo lường stress nghề nghiệp trong và ngoài nước [7],[8], [9].

Tác nhân liên quan đến thiếu kiến thức và chuẩn bị tâm lý ĐD ($2,26 \pm 0,48$), Nhóm tác nhân liên quan đến công việc cũng khá cao ($2,12 \pm 0,30$), tương đồng với kết quả nghiên cứu của Samar M. Kamal [8]. Cho thấy ĐD cần được đào tạo liên tục thường xuyên cũng như giảm quá tải về khối lượng công việc mà ĐD phải đang gánh chịu sẽ làm giảm stress [7].

Nhóm yếu tố gây stress liên quan đến xung đột với Bác sĩ ở mức độ thấp ($1,25 \pm 0,3$) ngược lại với kết quả nghiên cứu của Pavlos Sarafis ($2,29 \pm 0,88$) [9] và của Samar M. Kamal [8] có thể do chức năng độc lập của Điều dưỡng tại Bệnh viện chưa cao.

4.3. Mọi liên quan giữa Stress nghề nghiệp và một số yếu tố.

- Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ stress của ĐD với giới tính, nam giới (1,61) stress thấp hơn nữ giới (1,86) với $p < 0,05$, điều này tương tự trong kết quả nghiên cứu của Dimitra Chatzigianni [7].

- Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ stress với trình độ, chức vụ của ĐD với $p < 0,05$. Trong đó, Đại học stress cao nhất (2,04), trung cấp stress thấp nhất (1,79), ĐD trưởng stress cao nhất (2,06), ĐD hành chính stress thấp nhất(1,67), tương đồng với kết quả nghiên cứu của Dragana Milutinovic [9].

- Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ stress với thu nhập của ĐD với $p < 0,05$. Trong đó, lương trên 15 triệu đồng/tháng có mức độ stress cao nhất (2,43), thu nhập 5-7 triệu đồng/tháng có mức độ stress (0,80), kết quả này không được chỉ ra trong các đề tài tương tự trong và ngoài nước [7],[8], [9].

- Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ stress với độ tuổi của ĐD với $p < 0,05$. Trong đó độ tuổi 36 đến 50 tuổi là (1,89), độ tuổi <25 tuổi là (1,68

điều này tương tự trong kết quả nghiên cứu của Dimitra Chatzigianni [7].

- Kết quả nghiên cứu không chỉ ra mối liên quan giữa Stress với tình trạng hôn nhân, trong khi đề tài của Dimitra Chatzigianni [7] và Dragana Milutinovic [9] chỉ ra có sự tương quan giữa stress và tình trạng hôn nhân, stress ở ĐD đã ly hôn và góa bụa thể hiện mức độ căng thẳng cao hơn, trong khi những người độc thân thể hiện mức độ căng thẳng thấp hơn.

5. KẾT LUẬN

5.1. Thực trạng Stress của đối tượng nghiên cứu:

- Mức độ Stress chung của nhóm ĐD nghiên cứu là thấp (1,81).

- Điều dưỡng tại Bệnh viện phải đối mặt với Stress nhiều nhất liên quan đến các nhóm: Nhóm yếu tố gây stress cao nhất đó là nhóm về cái chết, sự đau đớn của người bệnh (2,66), sau đó là nhóm về người bệnh và người nhà người bệnh (2,40).

- Điều dưỡng tại Bệnh viện phải đối mặt với Stress nhiều nhất liên quan đến các tác nhân: Chứng kiến sự đau đớn của người bệnh ($3,15 \pm 0,69$), Phải tiếp xúc với các mối nguy hại cho sức khỏe và sự an toàn của ĐD khi CS người bệnh ($3,12 \pm 0,60$), thực hiện các thủ thuật CS gây ra sự đau đớn cho NB ($3,14 \pm 0,84$), Cảm thấy bất lực trong trường hợp tình trạng người bệnh không cải thiện ($3,00 \pm 0,87$). Sự mắc sai lầm trong điều trị người bệnh. ($2,69 \pm 0,60$).

5.2. Mọi liên quan giữa Stress nghề nghiệp và một số yếu tố:

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ stress với giới tính ĐD, nam giới stress thấp hơn nữ giới; Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ stress với trình độ, chức vụ của ĐD; Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ stress với thu nhập của ĐD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Hồ Thị Mỹ Châu, Trần Thị Vân, Trần Thị Thúy Mỹ, “Stress nghề nghiệp và các yếu tố liên quan đối với Điều dưỡng viên tại Bệnh viện đa khoa Tỉnh Quảng Trị”, Nghiên cứu khoa học, (2017).
- [2] Lưu Chí Diễm, “Stress và các yếu tố liên quan trên Điều dưỡng lâm sàng tại bệnh viện Huyết

- học truyền máu”, Luận văn thạc sỹ, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, (2015).
- [3] Tăng Thị Hảo, Tăng Thị Hải, Đỗ Minh Sinh, “Thực trạng stress nghề nghiệp ở Điều dưỡng viên tại Bệnh viện Nhi Thái Bình”, Nghiên cứu khoa học Trường Đại học y dược Thái Bình, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, (2019).
- [4] Nguyễn Trung Tân, “Stress của nhân viên y tế tại bệnh viện tâm thần Tiền Giang”, Luận văn Thạc sỹ Tâm lý học, Đại học Sư phạm TP Hồ Chí Minh - TP Hồ Chí Minh, (2012).
- [5] Mina AB, The study of Job Stress and Tension Management among Oncology Nurses of Ahvaz Hospitals in 2015, International Journal of Medical Research & Health Sciences, et al (2015).
- [6] Omar GB, The Relationship between Job Stress and Job Satisfaction among Saudi Nurses: A Cross-Sectional Study, Nurse Media Journal of Nursing, et al (2021).
- [7] Dimitra C, Occupational Stress Experienced by Nurses Working in a Greek Regional Hospital: A Cross-sectional Study, et al (2018).
- [8] Samar MK, The effect of nurses Perceived job Related Stressors on Job Satisfaction in Taif Governmental Hospitals in Kingdom of Saudi Arabia, Journal of American Science, et al (2012).
- [9] Pavlos S, The impact of occupational stress on nurses’ caring behaviors and their health related quality of life, Sarafis et al.BMC Nursing, et al (2016).
- [10] Pamela GT, The Nursing Stress Scale: Development of an Instrument. Journal of Behavioral Assessment, Vol. 3, No. 1, et al (1981).



REVIEW THE SATISFACTION WITH NURSING CARE THROUGH SURVEY AT K HOSPITAL IN 2023

Ta Thi Anh Tho*, Do Anh Tu

Vietnam National Cancer Hospital - 30 Cau Buou street, Tan Trieu, Thanh Tri, Hanoi, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 20/03/2023; Accepted 20/04/2023

ABSTRACT

Objective: Description of the current situation of nursing care provided by nurses based on a survey of inpatients' opinions at K Hospital's Tan Trieu branch and identify some related factors.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study of 216 discharged inpatients from K Hospital was conducted during February 2023. Data were collected through an inpatient survey consisting of 45 questions divided into 9 groups of content and processed by SPSS 20.0 software.

Results: All caring processes are over 50%, in which: the implementation of professional and technical procedures accounts for the highest rate of 88.4%; the lowest is the care of sleep and rest with only 50.5% achieved. Factors related to nursing care activities include: gender, ethnicity, age, number of hospital stays and treatment methods of the patient.

Conclusion: The nurses performed relatively well in caring for all nursing contents, achieving compliance rates of over 50% in all contents.

Keywords: Nursing care, patient, hospital K.

*Corresponding author

Email address: taanhtho.1980@gmail.com

Phone number: (+84) 917 559 714

THỰC TRẠNG CÔNG TÁC CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG QUA KHẢO SÁT Ý KIẾN NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN K NĂM 2023

Tạ Thị Anh Thơ*, Đỗ Anh Tú

Bệnh viện K - Số 30 đường Cầu Bươu, Tân Triều, Thanh Trì, thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 03 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 20 tháng 03 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 20 tháng 04 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng việc thực hiện chăm sóc người bệnh của Điều dưỡng viên qua khảo sát ý kiến người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện K cơ sở Tân Triều và xác định một số yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 216 người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện K được thông báo ra viện trong tháng 2/2023. Số liệu được thu thập từ phiếu khảo sát ý kiến người bệnh gồm 45 câu hỏi chia làm 9 nhóm nội dung và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Kết quả: Tất cả các nội dung chăm sóc đều đạt trên 50% trong đó: công tác thực hiện các quy trình chuyên môn kỹ thuật thực hiện đạt chiếm tỷ lệ cao nhất là 88,4%; thấp nhất là công tác chăm sóc giấc ngủ và nghỉ ngơi với thực hiện đạt chỉ chiếm 50,5%. Các yếu tố có liên quan đến hoạt động chăm sóc của điều dưỡng gồm: giới tính, dân tộc, tuổi, số lần nằm viện và phương pháp điều trị của NB.

Kết luận: Điều dưỡng viên làm tương đối tốt các nội dung chăm sóc, tất cả các nội dung chăm sóc đều đạt trên 50%.

Từ khóa: Chăm sóc điều dưỡng, người bệnh, Bệnh viện K.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc người bệnh trong bệnh viện là hoạt động nghề nghiệp của điều dưỡng, đòi hỏi người điều dưỡng phải có kiến thức chuyên môn, kỹ năng thành thạo và đạo đức nghề nghiệp. Nếu hoạt động chăm sóc điều dưỡng tốt sẽ giảm được thời gian nằm viện của NB, giảm chi phí điều trị, chất lượng điều trị được nâng cao góp phần không nhỏ tới uy tín của bệnh viện. Hàng năm, các bệnh viện đều thực hiện đánh giá công tác chăm sóc của điều dưỡng nhằm đảm bảo và nâng cao

chất lượng chăm sóc. Tại bệnh viện K cơ sở Tân Triều, hiện chỉ có nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Mai năm 2022 về thực trạng công tác chăm sóc người bệnh của ĐDV tại khoa Ngoại [3]; chưa có nghiên cứu nào tại bệnh viện đánh giá toàn bộ công tác chăm sóc NB ở cấp bệnh viện. Do vậy chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu: “Thực trạng công tác chăm sóc điều dưỡng qua khảo sát ý kiến người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều, năm 2023” với hai mục tiêu: (1) Mô tả thực trạng công tác chăm sóc người bệnh của Điều dưỡng tại bệnh viện K cơ sở Tân Triều năm 2023. (2)

*Tác giả liên hệ

Email: taanhtho.1980@gmail.com

Điện thoại: (+84) 917 559 714



Xác định một số yếu tố liên quan đến công tác chăm sóc người bệnh của Điều dưỡng

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

NB nội trú có chỉ định ra viện vào ngày khảo sát.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: NB nội trú trên 18 tuổi, có khả năng hiểu và trả lời các câu hỏi điều tra, đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: NB chưa được thông báo ra viện, NB là người nhà của nhân viên bệnh viện, NB chuyển viện, NB không đồng ý trả lời câu hỏi

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: Tháng 2/2023

- Địa điểm nghiên cứu: Tất cả các khoa có NB điều trị nội trú tại BV K cơ sở Tân Triều

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

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu: cỡ mẫu tính theo công thức

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

n: cỡ mẫu (số người bệnh được phỏng vấn)

$Z_{(1-\alpha/2)}$: là giá trị Z được lấy bằng tra bảng với ngưỡng xác suất $\alpha=0,05$,

$Z = 1,96$

p: Tỷ lệ ước đoán của NB đánh giá tốt về công tác chăm

sóc hỗ trợ của ĐDV, chọn $p=0,5$ để có cỡ mẫu tối thiểu lớn nhất.

d: sai số cho phép, trong nghiên cứu này chúng tôi lấy $d= 0,07$

Thay vào công thức, tính được $n = 196$. Lấy thêm 10% dự phòng được $n= 216$ NB.

- Sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ, chọn tất cả NB và người chăm sóc chính NB phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian thu thập số liệu từ ngày 1/2/2023 đến ngày 28/2/2023, khi đủ cỡ mẫu thì dừng.

2.5. Công cụ thu thập số liệu: Bộ câu hỏi phỏng vấn NB được xây dựng dựa trên các nhiệm vụ chuyên môn CSNB được quy định tại Thông tư 31/TT/BYT ban hành tháng 12/2021 của Bộ Y tế. Nội dung bộ câu hỏi gồm hai phần:

Phần 1: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Phần 2: Đánh giá hoạt động chăm sóc điều dưỡng gồm 45 câu hỏi chia làm 9 nhóm nội dung, mỗi câu hỏi có 03 mức độ đánh giá: (1) Không thực hiện: 1 điểm, (2) Thực hiện nhưng chưa tốt/chưa đầy đủ 2 điểm, (3) Thực hiện tốt/đầy đủ: 3 điểm. Việc đánh giá các nội dung chăm sóc đạt/không đạt dựa vào giá trị trung bình của tổng số điểm các nội dung chăm sóc. Chăm sóc điều dưỡng đạt khi có số điểm bằng hoặc cao hơn điểm trung bình và chưa đạt khi có số điểm thấp hơn điểm trung bình. Với nội dung chăm sóc vệ sinh cá nhân không tính điểm do cấu trúc bộ câu hỏi có nhiều câu hỏi mở. Với nội dung nào mà có một số câu hỏi chỉ có một số NB tham gia trả lời thì không tính điểm câu hỏi đó, cụ thể như sau [5]:

Nội dung chăm sóc	Tổng số câu	Số câu tính điểm	Mean	Chưa đạt	Đạt
Tiếp đón người bệnh	3	3	8,29	< 8,29	≥ 8,29
Chăm sóc hô hấp, tuần hoàn, thân nhiệt	3	3	8,73	< 8,73	≥ 8,73
Chăm sóc dinh dưỡng	7	4	11	< 11	≥ 11
Chăm sóc giấc ngủ và nghỉ ngơi	3	3	7,54	< 7,54	≥ 7,54
Chăm sóc tinh thần	4	4	11,36	< 11,36	≥ 11,36
Thực hiện các QT chuyên môn kỹ thuật	11	6	17,78	< 17,78	≥ 17,78
Phục hồi chức năng cho NB	2	2	5,16	< 5,16	≥ 5,16
Truyền thông, GDSK	8	8	21,25	< 21,25	≥ 21,25

2.6. Phân tích và xử lý số liệu: Quản lý, xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các test thống kê kiểm định χ^2 , tỷ suất chênh (OR) và khoảng tin cậy 95% được sử dụng để tìm mối liên quan giữa các yếu tố về đặc điểm của NB đến đánh giá giá công tác chăm sóc của ĐD.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n = 216)

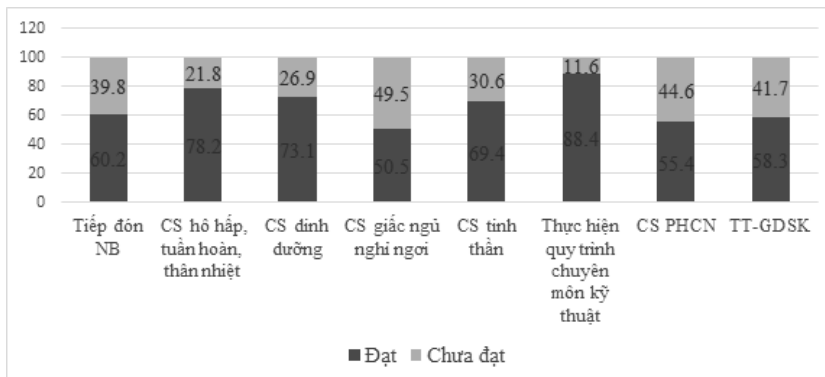
Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (53,34 ± 13,078)	≤ 39 tuổi	43	19,9
	40 - 59 tuổi	102	47,2
	≥ 60 tuổi	71	32,9
Giới tính	Nam giới	84	38,9
	Nữ giới	132	61,1
Dân tộc	Kinh	197	91,2
	Khác	19	8,8
Số lần nằm viện	01 lần	110	50,9
	≥ 2 lần	106	49,1
Phương pháp điều trị	Nội khoa	93	43,1
	Ngoại khoa	100	46,3
	Cả hai	23	10,6

Nhận xét: Tuổi trung bình của NB là 53,34; trong đó độ tuổi 40-59 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (47,2%). NB là nữ giới chiếm đa số (61,1%). Có tới 50,9% NB nằm viện lần đầu tiên và điều trị ngoại khoa chiếm tỷ lệ

cao nhất (46,3%).

3.2. Thực trạng công tác chăm sóc điều dưỡng qua khảo sát ý kiến của NB

Biểu đồ 3.1: Đánh giá chung việc thực hiện các nội dung chăm sóc điều dưỡng



Nhận xét: Công tác thực hiện các quy trình chuyên môn kỹ thuật thực hiện đạt chiếm tỷ lệ cao nhất là 88,4%;

thấp nhất là công tác chăm sóc giấc ngủ và nghỉ ngơi với thực hiện đạt chỉ chiếm 50,5%.



3.3. Một số yếu tố liên quan tới công tác chăm sóc điều dưỡng

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa đặc điểm của NB đến công tác chăm sóc hô hấp, tuần hoàn, thân nhiệt

Đặc điểm		Chưa đạt	Đạt	OR (95 %CI)	p
Giới tính	Nam	28 (33,3%)	56 (66,7%)	2,974 (1,530 – 5,781)	0,001
	Nữ	19 (14,4%)	113 (85,6%)		
Số lần nằm viện	1 lần	33 (30%)	77 (70%)	2,816 (1,406 – 5,641)	0,003
	≥ 2 lần	14 (13,2%)	92 (86,8%)		

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa đặc điểm về giới tính và số lần nằm viện của NB đến đánh giá công tác chăm sóc hô hấp, tuần hoàn, thân nhiệt của ĐD ($p < 0,05$). NB là nam giới đánh giá công tác chăm sóc hô hấp, tuần hoàn, thân nhiệt chưa đạt cao

gấp 2,974 lần so với NB là nữ giới. NB nằm viện lần đầu đánh giá công tác chăm sóc hô hấp, tuần hoàn, thân nhiệt chưa đạt cao gấp 2,816 lần so với NB nằm viện từ 2 lần trở lên.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa đặc điểm của NB đến công tác chăm sóc dinh dưỡng

Đặc điểm		Chưa đạt	Đạt	OR (95 %CI)	p
Dân tộc	Kinh	49 (24,9%)	148 (75,1%)	0,368 (0,141 – 0,958)	0,035
	Khác	9 (47,4%)	10 (52,6%)		
Số lần nằm viện	1 lần	19 (17,3%)	91 (82,7%)	0,359 (0,191 – 0,675)	0,001
	≥ 2 lần	39 (36,8%)	67 (63,2%)		

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa đặc điểm về dân tộc và số lần nằm viện của NB đến đánh giá công tác chăm sóc dinh dưỡng của ĐD ($p < 0,05$). NB dân tộc kinh đánh giá công tác chăm sóc

dinh dưỡng chưa đạt bằng 0,368 lần so với NB là dân tộc khác. NB nằm viện lần đầu đánh giá công tác chăm sóc dinh dưỡng chưa đạt bằng 0,359 lần so với NB nằm viện từ 2 lần trở lên.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa đặc điểm của NB đến công tác chăm sóc tinh thần

Đặc điểm		Chưa đạt	Đạt	OR (95 %CI)	p
Giới tính	Nam	37 (44%)	47 (56%)	2,796 (1,541 – 5,075)	0,001
	Nữ	29 (22%)	103 (78%)		
Tuổi	> 53 tuổi	50 (37,6%)	83 (62,4%)	2,523 (1,319 – 4,825)	0,004
	≤ 53 tuổi	16 (19,3%)	67 (80,7%)		
Số lần nằm viện	1 lần	22 (20%)	88 (80%)	0,352 (0,192 – 0,646)	0,001
	≥ 2 lần	44 (41,5%)	62 (58,5%)		

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa đặc điểm về giới tính, tuổi và số lần nằm viện của NB đến đánh giá công tác chăm sóc tinh thần của ĐD ($p < 0,05$). NB là nam giới đánh giá công tác chăm sóc tinh thần chưa đạt cao gấp 2,796 lần so với NB là nữ

giới. NB trên 53 tuổi đánh giá công tác chăm sóc tinh thần chưa đạt cao gấp 2,523 lần so với NB dưới 53 tuổi. NB nằm viện lần đầu đánh giá công tác chăm sóc tinh thần chưa đạt bằng 0,352 lần so với NB nằm viện từ 2 lần trở lên.

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa phương pháp điều trị của NB đến công tác thực hiện các quy trình chuyên môn kỹ thuật

Phương pháp điều trị	Chưa đạt	Đạt	OR (95 %CI)	p
Cả hai	6 (26,1%)	17 (73,9%)	3,232 (1,138 – 9,184)	0,021
Nội khoa hoặc ngoại khoa	19 (9,8%)	174 (90,2%)		

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa phương pháp điều trị của NB đến đánh giá công tác thực hiện các quy trình chuyên môn kỹ thuật ($p < 0,05$). NB điều trị bằng cả nội khoa và ngoại khoa đánh giá

công tác thực hiện các quy trình chuyên môn kỹ thuật chưa đạt cao gấp 3,232 lần so với NB chỉ điều trị nội khoa hoặc ngoại khoa.

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa giới tính của NB đến công tác PHCN

Giới tính	Chưa đạt	Đạt	OR (95 %CI)	p
Nam	26 (68,4%)	12 (31,6%)	4,063 (1,812 – 9,109)	< 0,001
Nữ	32 (34,8%)	60 (65,2%)		

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính của NB đến đánh giá công tác phục hồi chức năng cho NB ($p < 0,05$). NB là nam giới đánh giá công

tác phục hồi chức năng chưa đạt cao gấp 4,063 lần so với NB là nữ giới.

Bảng 3.7. Mối liên quan giữa đặc điểm của NB đến công tác TT-GDSK

Đặc điểm		Chưa đạt	Đạt	OR (95 %CI)	p
Giới tính	Nam	52 (61,9%)	32 (38,1%)	4,02 (2,252 – 7,176)	< 0,001
	Nữ	38 (28,8%)	94 (71,2%)		
Tuổi	> 53 tuổi	63 (47,4%)	70 (52,6%)	1,867 (1,054 – 3,306)	0,031
	≤ 53 tuổi	27 (32,5%)	56 (67,5%)		
Số lần nằm viện	1 lần	32 (29,1%)	78 (70,9%)	0,34 (0,194 – 0,595)	< 0,001
	≥ 2 lần	58 (54,7%)	48 (45,3%)		
Phương pháp điều trị	Nội khoa/ ngoại khoa	87 (45,1%)	106 (54,9%)	5,472 (1,574 – 19,025)	0,003
	Cả hai	3 (13%)	20 (87%)		

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa đặc điểm về giới tính, tuổi, số lần nằm viện, phương

pháp điều trị của NB đến đánh giá công tác truyền thông giáo dục sức khỏe ($p < 0,05$). NB là nam giới đánh



giá công tác truyền thông giáo dục sức khỏe chưa đạt cao gấp 4,02 lần so với NB là nữ giới. NB trên 53 tuổi đánh giá công tác truyền thông giáo dục sức khỏe chưa đạt cao gấp 1,867 lần so với NB dưới 53 tuổi. NB nằm viện lần đầu đánh giá công tác truyền thông giáo dục sức khỏe chưa đạt bằng 0,34 lần so với NB nằm viện từ 2 lần trở lên. NB chỉ điều trị nội khoa hoặc ngoại khoa đánh giá công tác truyền thông giáo dục sức khỏe chưa đạt cao gấp 5,472 lần so với NB điều trị bằng cả nội khoa và ngoại khoa.

4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng công tác chăm sóc điều dưỡng qua khảo sát ý kiến của NB

Công tác tiếp nhận người bệnh của điều dưỡng thực hiện đạt là 60,2%, chưa đạt là 39,8%. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Dương Thị Bình Minh tại BV Hữu Nghị là 95,8% [4]; Bùi Thị Bích Ngà tại BV YHCT Trung Ương là 78,9% [5]. Điều này có thể do bệnh viện K là tuyến trung ương nên số lượng bệnh nhân luôn trong tình trạng quá tải số lượt người bệnh điều trị nội trú đều tăng lên hằng năm, vì vậy khối lượng công việc của điều dưỡng viên rất lớn dẫn đến có một số lượng người bệnh không hoặc chưa được tiếp đón, hướng dẫn đầy đủ.

Công tác chăm sóc hô hấp, tuần hoàn, thân nhiệt tỷ lệ đạt yêu cầu là 78,2%. Tương đồng với kết quả khảo sát tại BV YHCT Trung ương đạt 80,5% [5], thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thùy Châu năm 2014 tại BV đa khoa Khánh Hòa là 91% [1].

Chúng tôi đánh giá công tác chăm sóc dinh dưỡng thông qua 4 hoạt động: hướng dẫn chế độ ăn phù hợp, hướng dẫn và giúp đỡ báo thay đổi chế độ ăn với trung tâm Dinh dưỡng, giải thích thực phẩm nên và không nên sử dụng. Tỷ lệ đạt về công tác chăm sóc dinh dưỡng chung cho NB là 73,1% tương đồng với đánh giá chung của NB về công tác chăm sóc hỗ trợ dinh dưỡng của Phạm Trí Dũng 75,5% [6].

Công tác chăm sóc giấc ngủ và nghỉ ngơi đã được Bộ Y tế đưa vào mục C điều 6 trong thông tư 31/TT-BYT [7] là một trong những nhiệm vụ của công tác chăm sóc điều dưỡng, trước đó thông tư 07 chưa có. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ chăm sóc giấc ngủ và nghỉ ngơi chung đạt 50,5%. Có thể nói, thời điểm hiện tại đây là nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam đánh giá

công tác chăm sóc điều dưỡng người bệnh theo thông tư 31/TT-BYT nên chúng tôi chưa có nhiều dữ liệu để so sánh với các luận văn khác về công tác chăm sóc giấc ngủ và nghỉ ngơi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng công tác chăm sóc tinh thần đạt 69,4% trong đó cả 4 tiêu chí của nội dung đều đạt trên 70%. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Phạm Trí Dũng tại BV Da liễu trung ương, đánh giá chung về chăm sóc hỗ trợ người bệnh về tâm lý, tinh thần đạt 76,4% [6]. Điều này có thể là do ĐTNC của chúng tôi là những NB ung thư khác với NB ở các nghiên cứu khác, chấp nhận căn bệnh ung thư cũng như chung sống với nó trong phần đời còn lại với nhiều NB thực sự là một thử thách. Các triệu chứng của bệnh ung thư, các phương pháp điều trị và thuốc điều trị ung thư đều có thể ảnh hưởng tới tinh thần của người bệnh. ĐD chỉ hỗ trợ chăm sóc tinh thần được một phần, còn lại chủ yếu là gia đình và bản thân NB.

Tỷ lệ đạt yêu cầu trong phối hợp công tác thực hiện chuyên môn kỹ thuật đạt 88,4%. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Bekele Chaka ở 3 BV công Tikur Anbessa, Saint Paul và Zewditu Memorial tại Addis Ababa, Ethiopia năm 2005 chỉ có 70% NB hài lòng với khả năng chuyên môn của người ĐD [8]. Còn đối với trong nước, các nghiên cứu đánh giá trên thông tư 07 nội dung công tác hỗ trợ và điều trị phối hợp thực hiện y lệnh bác sĩ, trong nghiên cứu của Bùi Thị Bích Ngà (2011) có 84,2% được đánh giá đạt yêu cầu [5] hay Dương Thị Bình Minh đạt 90,3%.

Đánh giá chung công tác phục hồi chức năng cho người bệnh, tỷ lệ chăm sóc đạt là 55,4%. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Phạm Trí Dũng và cộng sự tại Bệnh viện Da liễu Trung Ương năm 2018 đánh giá chung của người bệnh về chăm sóc PHCN đạt 58,8% [6]. Tại các bệnh viện đều có các khoa PHCN riêng, để bắt đầu liệu trình phục hồi chức năng chuẩn, bác sĩ phải viết giấy giới thiệu/đơn thuốc tới bác sĩ chuyên khoa phục hồi chức năng, bác sĩ trị liệu, hoặc trung tâm phục hồi chức năng. Các kỹ thuật viên và bác sĩ PHCN sẽ hướng dẫn, giúp đỡ, đưa ra lộ trình và điều trị cho người bệnh. Điều dưỡng viên chăm sóc bệnh nhân tại các khoa chỉ hỗ trợ 1 phần nhất định. NB đa số nằm viện lần đầu nên có thể chưa hiểu rõ quy trình dẫn đến đánh giá ĐDV trong công tác PHCN có phần hạn chế nhất định.

Việc truyền thông, GDSK phải được thực hiện thường xuyên, liên tục tại cộng đồng đặc biệt là NB nằm nội trú. Tuy vậy, công tác GDSK tại các bệnh viện hiện nay chưa được quan tâm đúng mức. Nhận định chung của NB về công tác truyền thông, GDSK tỷ lệ ĐDV thực hiện đầy đủ chiếm 58,3%. Tỷ lệ này cao hơn trong nghiên cứu của Lê Thị Bình cho thấy chỉ có 50,5% NB được phổ biến kiến thức về y tế [1], thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thùy Châu ĐDV có thực hiện chiếm 81,3% [2].

4.2. Một số yếu tố liên quan tới công tác chăm sóc điều dưỡng

Giới tính có liên quan đến công tác chăm sóc hô hấp, tuần hoàn thân nhiệt; đến công tác chăm sóc tinh thần, công tác PHCN và công tác TTGDSK. Cụ thể: ĐTNC là nam giới đánh giá công tác chăm sóc chăm sóc hô hấp, tuần hoàn thân nhiệt của ĐDV chưa đạt gấp 2,974 lần so với NB là nữ giới; cũng đánh giá chăm sóc tinh thần của ĐDV chưa đạt gấp 2,796 lần; đánh giá công tác PHCN của ĐDV chưa đạt gấp 4,063 lần và đánh giá công tác TT-GDSK của ĐDV chưa đạt gấp 4,02 lần so với NB là nữ giới. Có thể do NB nam thường kỹ tính hơn, đòi hỏi điều dưỡng phải đón tiếp niềm nở, chu đáo và hướng dẫn cụ thể rõ ràng mọi quy định, thủ tục hành chính, PHCN, tinh thần cũng như các tư vấn giáo dục cụ thể về bệnh tật hơn người bệnh là nữ. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Bùi Thị Bích Ngà tại BV YHCT trung ương [5], khác với nghiên cứu của Nguyễn Bích Lưu tại Thái Lan là NB nam hài lòng với các hoạt động chăm sóc của ĐDV hơn NB nữ [2].

Số lần nằm viện của NB có liên quan đến công tác chăm sóc hô hấp, tuần hoàn thân nhiệt; đến công tác chăm sóc tinh thần, công tác chăm sóc dinh dưỡng và công tác TTGDSK. Có lẽ NB nằm viện nhiều lần đã quen thuộc với các thủ tục, với khoa phòng bệnh viện, đã có hiểu biết nhất định về bệnh và cách phòng bệnh, trong khi NB nằm viện lần đầu chưa có hiểu biết cụ thể về đặc thù bệnh, cũng chưa có kinh nghiệm nằm viện, bị ảnh hưởng tâm lý nhất định khi biết mình mắc bệnh; điều dưỡng lại không quan tâm giải thích cặn kẽ rõ ràng nên NB chưa thấy thỏa mãn.

Tuổi có liên quan đến công tác chăm sóc tinh thần, công tác thực hiện các quy trình chuyên môn kỹ thuật và công tác TTGDSK. NB trên 53 tuổi đánh giá công tác chăm sóc tinh thần của ĐDV chưa đạt gấp 2,523

lần so với NB từ 53 tuổi trở xuống; cũng đánh giá công tác thực hiện chuyên môn kỹ thuật của ĐDV chưa đạt gấp 1,95 lần; và đánh giá công tác TT-GDSK của ĐDV chưa đạt gấp 1,867 lần so với NB từ 53 tuổi trở xuống. Chúng ta đều biết độ tuổi càng cao thì tình trạng khó ngủ, ngủ không sâu càng dễ mắc. Bởi vậy những người lớn tuổi khi nằm viện thường gặp những vấn đề về giấc ngủ, tâm sinh lý người cao tuổi cũng có những thay đổi nhất định nên đòi hỏi cao hơn đối với bệnh viện, điều dưỡng. Một số người còn mang tâm lý tự ti cho rằng bản thân bị bệnh là gánh nặng cho gia đình nên cần chăm sóc tinh thần hơn những người trẻ tuổi. Thêm một lí do nữa, khả năng tìm hiểu thông tin về bệnh tật trên các phương tiện hiện đại hạn chế hơn người trẻ, họ muốn được ĐDV hướng dẫn, tư vấn giáo dục sức khỏe về mọi vấn đề xung quanh bệnh họ đang mắc phải.

Phương pháp điều trị của NB liên quan đến công tác TTGDSK: NB điều trị bằng phương pháp nội khoa hoặc ngoại khoa đánh giá công tác TTGDSK của ĐDV chưa đạt gấp 5,472 lần những NB điều trị bằng cả 2 phương pháp. Có thể là do NB điều trị bằng nội khoa hoặc ngoại khoa có số ngày nằm viện ít hơn, những điều cần lưu ý ít hơn so với những NB điều trị bằng cả 2 phương pháp nên việc TT-GDSK của ĐDV chưa tập trung vào đối tượng đó. Đây cũng là điểm cần khắc phục trong thời gian tới để NB nào cũng được tiếp cận với các biện pháp TT-GDSK.

5. KẾT LUẬN

5.1. Thực trạng công tác chăm sóc điều dưỡng qua khảo sát ý kiến của NB

ĐDV làm tương đối tốt các nội dung chăm sóc, tất cả các nội dung chăm sóc đều đạt trên 50%. Công tác thực hiện các quy trình chuyên môn kỹ thuật thực hiện đạt chiếm tỷ lệ cao nhất là 88,4%; thấp nhất là công tác chăm sóc giấc ngủ và nghỉ ngơi với thực hiện đạt chỉ chiếm 50,5%. Công tác chăm sóc hô hấp, tuần hoàn, thân nhiệt thực hiện đạt chiếm 78,2%; chăm sóc dinh dưỡng thực hiện đạt chiếm 73,1%. Công tác chăm sóc tinh thần thực hiện đạt chiếm 69,4%; tiếp đón người bệnh thực hiện đạt chiếm 60,2%. Công tác truyền thông, giáo dục sức khỏe thực hiện đạt chiếm 58,3%; phục hồi chức năng cho NB thực hiện đạt chiếm 55,4%.



5.2. Yếu tố ảnh hưởng đến đánh giá công tác chăm sóc của điều dưỡng

Giới tính có liên quan đến công tác chăm sóc hô hấp, tuần hoàn thân nhiệt; công tác chăm sóc tinh thần, công tác PHCN và công tác TTGDSK ($p < 0,05$).

Số lần nằm viện của NB có liên quan đến công tác chăm sóc hô hấp, tuần hoàn thân nhiệt; đến công tác chăm sóc tinh thần, công tác chăm sóc dinh dưỡng và công tác TTGDSK ($p < 0,05$).

Tuổi của NB có liên quan đến công tác chăm sóc tinh thần, công tác thực hiện các quy trình chuyên môn kỹ thuật và công tác TTGDSK ($p < 0,05$).

Phương pháp điều trị của NB liên quan đến công tác TTGDSK ($p < 0,05$).

6. KHUYẾN NGHỊ

6.1. Đối với điều dưỡng viên

- Tiếp tục duy trì và phát huy công tác thực hiện các quy trình chuyên môn kỹ thuật, công tác chăm sóc hô hấp, tuần hoàn, thân nhiệt.
- Đặc biệt chú trọng đến chăm sóc NB về truyền thông, giáo dục sức khỏe; phục hồi chức năng cho NB; chăm sóc giấc ngủ và nghỉ ngơi cho NB.
- Khuyến khích ĐD học tập nâng cao trình độ đặc biệt là ý thức tự học.

6.2. Đối với bệnh viện

- Tăng cường và đổi mới phương thức kiểm tra; thực hiện kiểm tra, giám sát các hoạt động CSNB của ĐD cả trong và ngoài giờ hành chính đặc biệt chú trọng công tác truyền thông, giáo dục sức khỏe; phục hồi chức năng cho NB; chăm sóc giấc ngủ và nghỉ ngơi cho NB.
- Xây dựng tài liệu phù hợp, tổ chức đào tạo cho ĐD bằng nhiều hình thức: đào tạo lại, cầm tay chỉ việc, tổ chức các buổi sinh hoạt ngoại khóa hoặc theo chuyên đề để ĐD có thể tự tin, chủ động trong công tác CSNB.
- Xây dựng cơ chế phối hợp hoạt động chặt chẽ giữa các khoa, phòng tạo điều kiện thuận lợi cho ĐD trong công tác CSNB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Thùy Châu, “Thực trạng công tác chăm sóc điều dưỡng qua đánh giá của người bệnh nội trú và các yếu tố liên quan tại bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa năm 2014”, Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện- Trường Đại học Y tế công cộng, 2014.
- [2] Nguyễn Bích Lưu, “Factors related to the quality of nursing care services evaluate by patients discharged from Banpong Hospital”, The thesis for the degree of master, Mahidol University, Ratchaburi province Thailand, 2001.
- [3] Nguyễn Thị Thanh Mai, “Thực trạng công tác chăm sóc người bệnh của điều dưỡng viên và 1 số yếu tố liên quan tại khối Ngoại Bệnh viện K”, Tạp chí Y học Việt Nam. Tập 522- Số 2(2023), .
- [4] Dương Thị Bình Minh, “Thực trạng công tác chăm sóc điều dưỡng người bệnh tại các khoa lâm sàng bệnh viện Hữu nghị”, Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện- Trường Đại học Y tế công cộng, 2012
- [5] Bùi Thị Bích Ngà, “Thực trạng công tác chăm sóc điều dưỡng qua nhận xét của người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện Y học cổ truyền Trung Ương”, Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện- Trường Đại học Y tế công cộng, 2011.
- [6] Đào Văn Đường, Phạm Trí Dũng, Nguyễn Hồng Sơn, “Thực trạng chăm sóc hỗ trợ người bệnh của điều dưỡng viên tại bệnh viện Da liễu Trung Ương năm 2018”, Tạp chí Y học cộng đồng. Số 4 (45), 2018.
- [7] Bộ Y tế, “Thông tư số 31/2021/TT-BYT ngày 31/12/2021 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện”, 2021.
- [8] B. Chaka, “Adult patient satisfaction with nursing care, The Thesis for the Degree of Master, “ Department of Community Health Faculty of Medicine, Addis Ababa University, Ethiopia, 2005.