

ISSN 2354-0613

TẠP CHÍ Y HỌC CỘNG ĐỒNG

VIETNAM JOURNAL OF COMMUNITY MEDICINE

Y HỌC
CỘNG ĐỒNG

VOL. 64, SPECIAL ISSUE 7, 2023



**HỘI NGHỊ KHOA HỌC BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG LẦN THỨ II
CHÀO MỪNG KỶ NIỆM 60 NĂM THÀNH LẬP BỆNH VIỆN**



BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG



Vol. 64, Special Issue 7, 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 - Dai Nam 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: September 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 Epotosid 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 NGHỊ KHOA HỌC BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG LẦN THỨ II CHÀO MỪNG KỶ NIỆM 60 NĂM THÀNH LẬP BỆNH VIỆN

HỘI ĐỒNG KHOA HỌC

CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG

TS.BS. NGUYỄN VĂN THƯỜNG

PHÓ CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG

TS.BS. ĐỖ MINH TRÍ

TS.BS. TRẦN THỊ OANH

TS.BS. NGUYỄN TRỌNG HIẾU

ỦY VIÊN

1. TS.BS. NGUYỄN MẠNH THẮNG

2. TS.BS. NGUYỄN VĂN TUYÊN

3. TS. HOÀNG THÁI HOÀ

4. BSCKII. NGÔ THỊ HIẾU MINH

5. BSCKII. BÙI NAM THẮNG

6. BSCKII. VŨ QUANG LƯỢNG

7. BSCKII. NGUYỄN SƠN HÀ

8. BSCKI. TRẦN ANH LONG

9. THS. NGUYỄN THỊ NGỌC DUNG

THƯ KÝ HỘI ĐỒNG

TS. ĐẶNG VĂN XUYÊN

LỜI NÓI ĐẦU

Bệnh viện Đa khoa Đức Giang (tiền thân là Bệnh viện Đa khoa Gia Lâm) được khởi công xây dựng năm 1961, công trình khánh thành đúng vào ngày giải phóng Thủ đô 10/10/1963. Trải qua 60 năm hình thành và phát triển, đến nay bệnh viện là bệnh viện hạng I, tuyển thành phố với quy mô gần 1000 giường bệnh, đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe người dân trên địa bàn Quận Long Biên và các quận huyện lân cận.

Từ năm 2018 đến nay, Bệnh viện đã chuyển đổi sang công tác tự chủ mức 2, bước đầu cho thấy công tác khám, chữa bệnh được nâng cao. Được sự quan tâm của các cấp Lãnh đạo Thành phố Hà Nội, cơ sở vật chất, trang thiết bị Bệnh viện được đầu tư mới, hiện đại, công tác đào tạo phát triển cán bộ không ngừng nâng cao, nhiều kỹ thuật mới được áp dụng và thực hiện thường quy như: Kỹ thuật lọc máu, kỹ thuật tim phổi nhân tạo, các xét nghiệm PCR,.. Hiện nay, Bệnh viện cũng đang phát triển và nhận chuyển giao một số kỹ thuật cao như ghép tạng. Bệnh viện cũng là đơn vị tiên phong trong các hoạt động phòng, chống dịch bệnh như SARS, COVID-19, H5N1, Sởi,...

Hội nghị Khoa học Bệnh viện là dịp để Bệnh viện tổng kết những hoạt động chuyên môn, cập nhật kiến thức nhằm chào mừng kỷ niệm 60 năm thành lập Bệnh viện. Từ hàng trăm bài gửi về, chúng tôi lựa chọn được 53 bài, là các bài có chất lượng cao bao phủ hầu hết các chuyên khoa, đồng thời là sự cố gắng rất lớn của Lãnh đạo Bệnh viện, nhân viên các khoa, phòng của Bệnh viện.

Qua Hội nghị, chúng tôi xin cảm ơn sự quan tâm của các cấp Lãnh đạo thành phố Hà Nội, ngành Y tế; sự đóng góp các thế hệ nhân viên bệnh viện; các chuyên gia, các nhà khoa học đã quan tâm hỗ trợ chuyên môn và đào tạo cán bộ Bệnh viện.

GIÁM ĐỐC



Nguyễn Văn Thường

CONTENTS

1. **Khảo sát bệnh nhân trào ngược dạ dày - thực quản tại khoa khám bệnh Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2021** 1
Survey the patient with gastroesophageal reflux disease in outpatient department in Duc Giang General Hospital 2021
Phạm Thị Thảo, Nguyễn Đắc Hanh, Trần Thị Trang, Hoàng Thị Thu Hiền, Phương Thị Thanh Nga
2. **Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học của polyp đại trực tràng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2020** 7
Clinical presentation, endoscopic findings and pathological characteristics of colorectal polyp: A study conducted at Duc Giang General Hospital in 2020
Phạm Thị Thảo, Nguyễn Đắc Hanh, Nguyễn Thị Lực, Nguyễn Thị Thùy Hoa, Phương Thị Thanh Nga
3. **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân gây nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2019 - 2020** 14
Clinical, paraclinical characteristics and causes of neonatal sepsis in Duc Giang General Hospital in 2019 - 2020
Nguyễn Trung Phong, Nguyễn Văn Thường, Vũ Thị Thu Nga, Đinh Thị Tường Vi, Nguyễn Thị Ngọc
4. **Thực trạng thiếu máu thiếu sắt ở trẻ em dưới 5 tuổi điều trị tại khoa Nhi Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2020** 20
The situation of iron deficiency anemia in children under 5 years old treated at the Pediatrics department of Duc Giang General Hospital in 2020
Nguyễn Xuân Quang, Phan Thị Thanh Bình, Phạm Thị Lam Liên, Ngô Thanh Tú, Lê Thị Loan
5. **Thực trạng kiểm soát đa yếu tố ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại phòng khám nội tiết Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2022** 24
The situation of multi-factor control in type 2 diabetes outpatients at the endocrinology clinic, Duc Giang General Hospital in 2022
Nguyễn Thu Yên, Trần Thị Oanh, Nguyễn Thị Thu Hoài, Lưu Ngọc Hiền, Nguyễn Thị Thùy Dương
6. **Đánh giá mối liên quan giữa nồng độ natri huyết tương với các biến chứng trong bệnh xơ gan năm 2019 - 2020** 31
Evaluate the relationship between plasma sodium concentration and complications in cirrhosis in 2019 - 2020
Lê Văn Đán, Nguyễn Mạnh Tường, Nguyễn Văn Quang
7. **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị trẻ nhiễm Covid 19 từ 2 tháng đến 5 tuổi điều trị tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2022** 38
Clinical characteristics, cyclinical and results of treatment of children of Covid 19 between 2 months to 5 years old treatment at Duc Giang General Hospital in 2022
Nguyễn Thị Mai, Nguyễn Thị Mai Hương, Phạm Thị Lam Liên, Ngô Thanh Tú, Lê Thị Thu Hiền
8. **Phân tích một loạt ca bệnh trẻ dưới 2 tháng tuổi nhiễm Covid-19 tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2021 - 2022** 43
Analysis of a series of neonatal cases of Coronavirus disease 2019 at Duc Giang General Hospital in 2021 - 2022
Vũ Thị Thu Nga, Trần Thị Thùy Dương, Nguyễn Trung Phong, Nguyễn Hồ Diệu, Phan Tiến Dũng

9. **Thực trạng tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2022** 50
High blood pressure status and some related factors in hemodialysis patients in Duc Giang General Hospital 2022
Nguyễn Văn Tuyên, Phan Thị Thu, Hoàng Thị Thoa, Nguyễn Thị Thu Hà, Nguyễn Thị Thu Hằng
10. **Đánh giá phục hồi khớp gối sau mổ tái tạo dây chằng chéo trước tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2021** 58
Assessment of knee joint rehabilitation after anterior cruciate ligament reconstruction surgery in Duc Giang General Hospital in 2021
Nguyễn Đức Minh, Đỗ Thị Bích Thủy
11. **Mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi do virus hợp bào hô hấp ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ 2019 đến 2021** 65
Description of epidemiological, clinical, and subclinical characteristics and results of treatment of respiratory syncytial virus pneumonitis in newborns at Duc Giang General Hospital from 2019 to 2021
Nguyễn Hồ Diệu, Vũ Thị Thu Nga, Nguyễn Trung Phong
12. **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị co giật do sốt ở trẻ em tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ 01/08/2021 – 31/07/2022** 70
Clinical, paraclinical characteristics and treatment of febrile seizures in children at Duc Giang General Hospital from august 1st 2021 to july 31st 2022
Nguyễn Xuân Vinh, Hoàng Văn Kết, Đặng Ánh Dương, Nguyễn Thị Lan Anh, Lê Mạnh Trường
13. **Bước đầu đánh giá kết quả điều trị dứt bán phần gân trên gai bằng liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu tự thân dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2021** 76
Initial step in assessment of the effectiveness of ultrasound – guided injection of autologous platelet – rich plasma in the treatment of partial supraspinatus tear in Duc Giang General Hospital in 2021
Nguyễn Đình Hiện, Lâm Thị Vân, Nguyễn Thị Quỳnh
14. **Đánh giá hiệu quả của Phenylephrin tiêm tĩnh mạch dự phòng tụt huyết áp trong gây tê tủy sống mổ lấy thai tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2020** 83
Evaluating the efficacy of intravenous Phenylephrine for hypotension prevention in spinal anesthesia cesarean section at Duc Giang General Hospital in 2020
Nguyễn Thị Ngọc Trang, Nguyễn Quang Chính, Lê Vũ Nhật Minh, Trần Hoài Nam, Nguyễn Minh Hiên
15. **Kết quả việc chuyển đổi đường tiêm sang đường uống trong phác đồ kháng sinh dự phòng sau mổ lấy thai tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2021** 89
Results of converting image to oral in protection programs right after cesarean section at Duc Giang General Hospital in 2021
Nguyễn Thùy Trang, Nguyễn Khắc Thủy, Nguyễn Thu Hương, Đặng Thị Thanh Huyền, Đỗ Thị Bích Thủy
16. **Đánh giá kết quả điều trị viêm âm đạo do nấm Candida ở phụ nữ có thai quý II, quý III thai kì tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2022** 95
Evaluation of the results of treatment of Candida vaginosis in pregnant women in the second and third quarter of pregnancy at Duc Giang General Hospital in 2022
Quách Văn Thọ, Trần Văn Cừ, Chu Thị Huyền, Nguyễn Thị Lan Hương, Đặng Thị Hằng
17. **Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy kín liên mấu chuyển xương đùi bằng nẹp khoá có màn tăng sáng hỗ trợ tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ 2019 đến 2021** 101
Analyze the results of the surgical management of intertrochanteric femur fracture by locking compression plate under C-arm direction at Duc Giang General Hospital from 2019 - 2021
Trần Trung Kiên, Nguyễn Văn Toàn, Vũ Mạnh Linh, Nguyễn Tiến Đạt

18. **Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy đầu dưới xương đùi tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2018 - 2019** 107
 Evaluation of the results of surgery to treat distal femur fracture at Duc Giang General Hospital in 2018 - 2019
Trần Trung Kiên, Vũ Mạnh Linh, Nguyễn Văn Khước
19. **Kết quả khởi phát chuyển dạ ở thai đủ tháng tại khoa Sản Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2019 - 2020** 112
 Results of introduction of labor in full month feature at Duc Giang General Hospital's Obstetrics department in 2019 - 2020
Đào Thị Huệ, Nguyễn Thùy Trang, Quách Văn Thọ, Phạm Thế Hùng, Nguyễn Thị Lan Hương, Nguyễn Thị Kim Chung
20. **Đánh giá kết quả giảm đau và tác dụng không mong muốn của phương pháp gây tê ngoài màng cứng với bupivacain 0,125% trong phẫu thuật chỉnh hình chi dưới tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang 2021** 118
 Evaluation of pain relief results and undesirable effects of epidural anesthesia with bupivacain 0.125% in lower limb orthopaedic surgery at Duc Giang General Hospital 2021
Khổng Thị Lan Hương, Lê Nguyễn An, Nguyễn Quang Chính, Trần Hoài Nam, Nguyễn Văn Sơn
21. **Kiến thức và mức độ tuân thủ quy trình thay băng của điều dưỡng khối ngoại tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2022** 125
 Knowledge and compliance with the nursing dressing process at Duc Giang General Hospital 2022
Phạm Thanh Huyền, Bùi Trường Giang, Nguyễn Thị Ngọc Dung, Nguyễn Hương Chà, Nguyễn Thị Hoa
22. **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị chữa sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang 2019 - 2020** 130
 Assessment of clinical characteristics, procolicity characteristics and results of installation in cesarean scar pregnancy at Duc Giang General Hospital 2019 - 2020
Dương Thị Hải Vân, Tạ Bá Ước, Nguyễn Thị Thanh, Đinh Thị Thu Hương
23. **Hiệu quả kiểm soát sâu răng sữa của Silver diamine fluoride 38% tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2021** 135
 The effectiveness of Silver diamine fluoride 38% on control of dental caries, in Duc Giang General Hospital in 2021
Nguyễn Thị Thu Hà
24. **Kỹ năng thực hành quy trình ghi điện tâm đồ và kiến thức nhận biết một số sóng điện tim bất thường của điều dưỡng Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2022** 142
 Practical skills of ECG recording procedure and knowledge of recognizing some abnormal ECG waves of nurses at Duc Giang General Hospital in 2022
Dương Thị Hà Anh, Vũ Thị Duyên, Ngô Thị Lan Trang, Bùi Thị Hồng Mỹ, Nguyễn Thu Trang
25. **Đánh giá kết quả điều trị gãy xương chính mũi đơn thuần tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2021** 147
 Assessment the treatment results of the nasal fractures in Duc Giang General Hospital, 2021
Phạm Ngọc Tuấn, Nguyễn Thị Phương Loan, Cung Đình Hoàn
26. **Nhận xét đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học ở người bệnh ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2021** 154
 Comments on clinical features, endoscopic images, histopathology in patients with colorectal cancer at Duc Giang General Hospital in 2021
Trình Thị Linh Trang, Vũ Thị Duyên, Đoàn Thị Ngọc Quyên, Bùi Thị Hồng Mỹ, Nguyễn Thị Thanh Hương, Nguyễn Thu Hà

27. **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng răng khôn hàm dưới mọc lệch, tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2021** 161
Clinical and paraclinical characteristics of deviated mandibular wisdom teeth, in Duc Giang General Hospital in 2021
Vũ Quang Lượng
28. **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan của bệnh viêm bờ mi tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2020** 168
Research on clinical characteristics and related factors of blepharitis at Duc Giang General Hospital in 2020
Nguyễn Thị Hưng, Nguyễn Tiến Đạt, Trần Thúy Liên, Vũ Văn Trường
29. **Áp dụng Six Sigma nâng cao chất lượng xét nghiệm tại khoa Huyết học-Truyền máu năm 2019 - 2020** 176
Application of Six Sigma to improve the quality of tests at the department of hematology and blood transfusion in 2019 - 2020
Nguyễn Hoài Nam, Đặng Thùy Linh, Lại Hải Hà, Doãn Huy Hoàng, Đỗ Thị Hồng Hạnh
30. **Áp dụng thang Sigma nâng cao chất lượng một số xét nghiệm hoá sinh năm 2020** 187
Using Sigma to increase quality of some biochemistry tests in 2020
Đỗ Thị Hồng Hạnh, Nguyễn Thị Hoa, Nguyễn Văn Hùng, Nguyễn Thị Thùy Dung, Phạm Xuân Nam
31. **Thực trạng thời gian trả kết quả xét nghiệm cho khu khám bệnh yêu cầu tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2019 - 2020** 193
Current situation of testing returning time for on- demand medical examination department at Duc Giang General Hospital in 2019 - 2020
Phan Thị Ngọc Lan, Nguyễn Thị Hương, Nguyễn Thị Hải Yến, Nguyễn Thị Thùy, Lương Hải Yến
32. **Giá trị hình ảnh UIV, CT-scanner và UIV post scanner trong chẩn đoán bệnh lý sỏi đường tiết niệu tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2020** 200
The predictive values of UIV, CT-scanner and UIV post scanner in urolithiasis diagnosis, in Duc Giang General Hospital in 2020
Bùi Nam Thắng
33. **Khảo sát tình trạng đông cầm máu ở phụ nữ mang thai 3 tháng cuối tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2019** 206
Survey of hemostasis clotting status in pregnant women in the last 3 months at Duc Giang General Hospital in 2019
Đặng Thùy Linh, Nguyễn Hoài Nam, Nguyễn Thị Hương, Nguyễn Thị Thảo Linh
34. **Khảo sát vi khuẩn gây bệnh và tính kháng kháng sinh trên bệnh phẩm đường hô hấp của bệnh nhân nhi tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang 2020** 214
Survey of diseases caused bacteriophages and antibiotic resistance on respiratory medical specimens of pediatric patients at Duc Giang General Hospital 2020
Nguyễn Thị Thủy, Đào Quang Trung, Vũ Thị Thu Trang, Nguyễn Ngọc Linh, Nguyễn Thị Hương
35. **Nhận xét tình hình chọc hút kim nhỏ tuyến giáp dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang (giai đoạn từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2020)** 222
The situation of fine needle aspiration (FNA) of the thyroid under ultrasound guidance at Duc Giang General Hospital (from January 2019 to December 2020)
Đào Thị Nguyệt, Lê Tuấn Anh, Lương Thị Thùy Dung, Dương Văn Quang, Nguyễn Thu Hương
36. **Khảo sát nồng độ Ferritin trên nhóm bệnh nhân Covid-19 tử vong tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2022** 229
The change of Ferritin tests on Covid-19 patients who died at Duc Giang General Hospital in 2022
Đỗ Thị Hồng Hạnh, Nguyễn Thị Hoa, Nguyễn Văn Hùng, Cao Văn Hải

37. **Thực trạng sử dụng và sự hài lòng của người bệnh về suất ăn bệnh lý của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2023** 238
Current status of use and patient satisfaction of pathological meals of inpatients at Duc Giang General Hospital in 2023
Nguyễn Thị Thanh Luyến, Nguyễn Trọng Hiếu, Nguyễn Văn Thường, Phạm Thanh Thúy
38. **Khả năng tự quản chăm sóc và một số yếu tố liên quan của người bệnh tăng huyết áp ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2020-2021** 244
The ability to self-management care and a number of related factors hypertension outpatient at Duc Giang General Hospital in 2020-2021
Mai Thị Thu Trang, Nguyễn Mạnh Thắng, Chu Thị Huyền
39. **Kiến thức, kỹ năng chăm sóc của bà mẹ có trẻ bị tiêu chảy cấp dưới 5 tuổi tại khoa Nhi Bệnh viện đa khoa Đức Giang và một số yếu tố liên quan năm 2022** 251
Knowledge, care skills of mothers with a children with acute drainer below 5 years in the Pediatrics department of Duc Giang General Hospital and some related factors in 2022
Lương Hà Mai Phương, Nguyễn Lan Trang, Chu Thị Yến, Nguyễn Thị Nhung, Nguyễn Thị Liễu
40. **Thực trạng kiến thức và kỹ năng tự tiêm insulin của người bệnh đái tháo đường type2 điều trị nội trú tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2021** 257
The curent status of knowledge and skill in self-injection of insulin of type2 diabetes inpatients at the Internal department of Duc Giang General Hospital in 2021
Nguyễn Thị Thúy Lan, Trần Thị Oanh, Nguyễn Thị Thái Hà, Nguyễn Thị Hương, Nguyễn Thị Thùy Dương
41. **Khảo sát thực trạng thời gian trả kết quả xét nghiệm máu tại khu khám bệnh theo yêu cầu Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2021** 265
Survey on the current status of the time return blood test results at the medical examination area at the request of Duc Giang General Hospital in 2021
Vũ Thị Thanh Hoa, Nguyễn Diệu Thúy, Nguyễn Thị Bích Hạnh, Đào Thị Hằng, Lê Thị Bích Thảo
42. **Khảo sát sự hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ khám chữa bệnh tại khu khám bệnh theo yêu cầu Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2020** 270
Patient satisfaction survey for medical examination services at Duc Giang General Hospital in 2020
Đào Thị Hằng, Mai Thái Hà, Nguyễn Thị Bích Hạnh, Vũ Thị Thanh Hoa, Lê Thị Bích Thảo
43. **Khảo sát và thực hành giáo dục sức khỏe về một số kỹ năng cơ bản chăm sóc trẻ sơ sinh của bà mẹ tại khoa Sơ sinh Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2020** 277
Survey and practice of health education some basic skills to care newborn of mother at the Newborn department of Duc Giang General Hospital in 2020
Phan Thị Loan, Chu Thị Huệ, Hoàng Thị Loan, Nguyễn Thị Thu Huyền, Vũ Thị Minh Phương
44. **Thực trạng thời gian trả kết quả xét nghiệm cho khu khám bệnh yêu cầu tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2019 - 2020** 285
Current situation of testing returning time for on- demand medical examination department at Duc Giang General Hospital in 2019 - 2020
Phan Thị Ngọc Lan, Nguyễn Thị Hương, Nguyễn Thị Hải Yến, Nguyễn Thị Thùy, Lương Hải Yến
45. **Xây dựng danh mục - triển khai cảnh báo tương tác thuốc với bệnh lý mắc kèm của nhóm thuốc tim mạch và đái tháo đường tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2022** 293
Building a list - implementing drug interaction warnings for cardiovascular and diabetes medication in Duc Giang General Hospital in 2022
Trần Duy Khanh, Hoàng Thái Hà, Nguyễn Thu Hương, Đặng Thị Thanh Huyền, Nguyễn Mai Hoa, Nguyễn Hoàng Anh
46. **Động lực làm việc của điều dưỡng các khoa lâm sàng và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2022** 301
Working motivation of nurses of clinical departments and some related factors at Duc Giang General Hospital in 2022
Chu Thị Huyền, Nguyễn Thị Ngọc Dung, Tạ Vũ Bảo Quyên, Trương Thúy Hằng

47. **Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sức khỏe tâm thần nhân viên y tế trong bối cảnh đại dịch Covid-19 tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2022** 308
Mental health and its associated factors among of medical employees in the Covid-19 pandemic, Duc Giang General Hospital in 2022
Hoàng Thị Thùy Dương, Trần Thị Hạnh, Phạm Thị Hồng Gấm
48. **Thực trạng báo cáo sự cố y khoa của điều dưỡng các khoa lâm sàng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2020** 314
The status of nursing medical incident reporting clinical departments at Duc Giang General Hospital in 2020
Chu Thị Huyền, Nguyễn Thị Ngọc Dung, Phạm Quốc Tuấn, Nguyễn Hồng Diên, Đặng Thị Việt Anh
49. **Đánh giá việc ứng dụng công nghệ trong khai báo, lưu trữ và cảnh báo phản ứng có hại của thuốc (ADR) tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2019 - 2020** 321
Evaluating the application of technology in reporting, storing, and alerting adverse drug reactions (ADR) at Duc Giang General Hospital in 2019 - 2020
Trần Duy Khanh, Hoàng Thái Hòa, Nguyễn Thu Hương, Đặng Thị Thanh Huyền, Nguyễn Mai Hoa, Nguyễn Hoàng Anh
50. **Khảo sát sự tuân thủ quy trình đặt thông tiểu của điều dưỡng khối ngoại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2020** 330
Assess the adherence to catheterization procedure of nurses at Duc Giang General Hospital in 2020.
Phạm Thanh Huyền, Nguyễn Thị Ngọc Dung, Nguyễn Thị Hoa, Lương Thị Thùy Dương, Nguyễn Hương Chà
51. **Kỹ năng thực hành quy trình ghi điện tâm đồ và kiến thức nhận biết một số sóng điện tim bất thường của điều dưỡng Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2022** 338
Practical skills of ECG recording procedure and knowledge of recognizing some abnormal ECG waves of nurses at Duc Giang General Hospital in 2022
Dương Thị Hà Anh, Vũ Thị Duyên, Ngô Thị Lan Trang, Bùi Thị Hồng Mỹ, Nguyễn Thu Trang
52. **Tình hình bệnh tật của trẻ sơ sinh được sinh ra từ bà mẹ nhiễm Covid-19 tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2021 - 2022** 344
Disease characteristics of neonates born to mothers with Covid-19 in Duc Giang General Hospital in 2021 - 2022
Vũ Thị Thu Nga, Đinh Thị Tường Vi, Nguyễn Trung Phong, Chu Thị Huệ, Phan Thị Loan
53. **Kết quả điều trị phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính bằng phương pháp khoan một lỗ tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ 2015 đến 2021** 351
Surgical results of chronic subdural hematoma by burr hole technique at Duc Giang General Hospital from 2015 to 2021
Trần Minh Tân, Đỗ Minh Trí, Nguyễn Phú Hải, Phạm Ngọc Dũng, Lê Thị Tâm, Nguyễn Thùy Trang

SURVEY THE PATIENT WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN OUTPATIENT DEPARTMENT IN DUC GIANG GENERAL HOSPITAL 2021

Pham Thi Thao*, Nguyen Dac Hanh,
Tran Thi Trang, Hoang Thi Thu Hien, Phuong Thi Thanh Nga

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 24/07/2023; Accepted: 25/08/2023

ABSTRACT

Objectives: (1) Evaluating the gastroesophageal reflux disease by Gerd-Q scale score, (2) Survey the relationship between Gerd-Q scale score in patient having lesions in upper endoscopy.

Subjects and methods: Prospective descriptive research and evaluating in 469 patients who were performed upper endoscopy from Feb 1st to Oct 31th 2021.

Results: 53% was the rate of patients who were with gastroesophageal reflux disease according to Gerd-Q, the proportion of women was more than men, accounting for 69.3%, mainly in patients aged 30 to 49, made up 57.4%. Clinical symptoms are abdominal pain (73.6%), regurgitation (58.1%), heartburn (44.9%), the percentage of men with GERD was more than women, accounting for 63.2%, there is relationship between impact score (question 5-6 according to GERD-Q scale score with clinical symptoms including choking and dysphagia, made up the highest rate. The extent of lesions on upper endoscopy according to Los Angeles GERD A, accounting for the highest percentage, about 20%. There was relationship between esophageal injury and GERD- Q scale score which illustrated that injury grade A had the highest percentage of patients with gastroesophageal reflux disease at 37.2%.

Conclusions: The average GERD-Q score was 8.14 ± 3.5 and there was statistically significant relationship between the extent of lesion A and B grade on upper endoscopy and Gerd-Q scale score, between Gerd-Q scale score and the degree of gastroesophageal injuries according to Los Angeles 1999.

Keyword: Regurgitation, heartburn, GERD.

*Corresponding author
Email address: doanthaopt1979@gmail.com
Phone number: (+84) 974395171
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



KHẢO SÁT BỆNH NHÂN TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY - THỰC QUẢN TẠI KHOA KHÁM BỆNH BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2021

Phạm Thị Thảo*, Nguyễn Đức Hạnh,
Trần Thị Trang, Hoàng Thị Thu Hiền, Phương Thị Thanh Nga

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 24/07/2023; Ngày duyệt đăng: 25/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu:(1) Đánh giá tình trạng trào ngược dạ dày – thực quản bằng thang điểm Gerd-Q, (2) Khảo sát mối liên quan GERD – Q ở bệnh nhân có tổn thương trên nội soi thực quản dạ dày.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu có mô tả và đánh giá trên 469 bệnh nhân được nội soi dạ dày từ 01/02/ 2021 đến 31/10/ 2021.

Kết quả: 53% đối tượng nghiên cứu có trào ngược dạ dày theo thang điểm GERD- Q, tỉ lệ nữ nhiều hơn nam chiếm 69.3%, chủ yếu gặp trong độ tuổi từ 30-49 chiếm 57.4%. lâm sàng hay gặp đau bụng(73.6%), ợ chua(58.1%), nóng rát(44.9%), nam có tỉ lệ bị GERD cao hơn nữ chiếm 63.2%, có mối liên quan giữa điểm tác động(câu 5, 6 theo thang điểm GERD- Q với triệu chứng lâm sàng cảm giác nghẹn ở cổ và nuốt khó chiếm tỉ lệ cao nhất. Mức độ tổn thương trên nội soi theo tiêu chuẩn Los Angeles GERD A chiếm tỉ lệ cao nhất khoảng 20%, có mối liên quan giữa tổn thương thực quản và thang điểm GERD- Q cho thấy mức độ tổn thương A có số lượng người bị dạ dày trào ngược cao nhất chiếm 37,2%.

Kết luận: Điểm trung bình GERD-Q là 8.14±3,5 và có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ tổn thương trên nội soi độ A và B với thang điểm GERD-Q, có mối liên quan tỷ lệ thuận có ý nghĩa thống kê giữa giữa điểm GERD-Q với mức độ tổn thương dạ dày thực quản theo tiêu chuẩn Los Angeles 1999.

Từ khóa: Ợ chua, nóng rát, GERD.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trào ngược dạ dày – thực quản (GERD) là một trong những bệnh về đường tiêu hóa phổ biến nhất ở các nước phương Tây và đang có chiều hướng gia tăng ở các nước châu Á trong đó có Việt Nam [1]. Theo tác giả Lê Văn Dũng, nghiên cứu tại khoa thăm dò chức năng Bệnh viện Bạch Mai, tỷ lệ viêm thực quản do trào ngược là 7,8% [1]. Tỷ lệ GERD trên thế giới ở các nước phương tây là 10 – 20%, còn tỷ lệ ở các nước châu Á thường thấp hơn 10% [2].

Bệnh trào ngược dạ dày – thực quản (GERD) là một bệnh mạn tính, có ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng

cuộc sống, cản trở hoạt động thể chất, suy giảm chức năng xã hội và giảm năng suất lao động.

Bảng câu hỏi về bệnh trào ngược dạ dày – thực quản (Gerd-Q) được thiết kế bởi Dent và cộng sự (2007) [4], đây là bảng gồm sáu câu hỏi giúp xác định bệnh nhân bị GERD.

Nội soi dạ dày – thực quản hiện đang là lựa chọn ban đầu trong điều tra, chẩn đoán bệnh GERD trong thực hành và nghiên cứu lâm sàng.

Nội soi được khuyến cáo khi có các triệu chứng báo động của bệnh, đánh giá mức độ tổn thương và các biến chứng của bệnh. Các đặc điểm nội soi của GERD được

*Tác giả liên hệ

Email: doanthaopt1979@gmail.com

Điện thoại: (+84) 974395171

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

xác định trong hệ thống phân loại của Los Angeles [6].

Tại phòng khám Nội tiêu hóa Bệnh viện đa khoa Đức Giang thường xuyên gặp nhóm bệnh nhân bị trào ngược dạ dày thực quản, do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Khảo sát bệnh nhân trào ngược dạ dày – thực quản tại khoa Khám bệnh Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2021.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu: Gồm tất cả các bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên đến khám và làm nội soi đường tiêu hóa trên.

- Địa điểm nghiên cứu: Tại khoa Khám bệnh – Bệnh viện đa khoa Đức Giang

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 2/2021 đến tháng 10/2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tất cả các bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên đến khám tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang và được làm nội soi đường tiêu hóa trên

- Bệnh nhân có khả năng nghe và trả lời phỏng vấn.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Bệnh nhân bị ung thư thực quản, dạ dày – tá tràng.

- Tổn thương thực quản – dạ dày do nguyên nhân tắc nghẽn.

- Bệnh nhân có u, loét, hẹp thực quản.

- Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật đường tiêu hóa trên.

- Bệnh nhân có bệnh lý nặng kết hợp: suy tim, tăng huyết áp, bệnh đường tiêu hóa trên do viêm, acid...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Trong nghiên cứu này chúng tôi lựa chọn cỡ mẫu thuận tiện, kết quả n= 469

2.2.3. Công cụ thu thập số liệu

- Phỏng vấn theo mẫu bệnh án nghiên cứu

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

3.1.1. Đặc điểm theo tuổi và giới

Bảng 1. Phân bố theo tuổi (n=469)

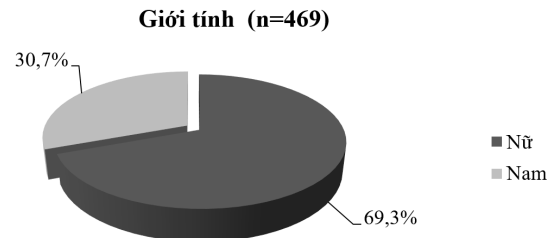
| Nhóm tuổi | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|-----------|----------|-----------|
| 18 – 29 | 63 | 13,4 |
| 30 – 39 | 143 | 30,5 |
| 40 – 49 | 126 | 26,9 |
| 50 – 59 | 97 | 20,7 |
| 60 – 69 | 17 | 3,6 |
| ≥ 70 | 23 | 4,9 |

Nhận xét:

- Tuổi trung bình của bệnh nhân là 43,04±13,22

- Lứa tuổi gặp nhiều nhất từ 30 đến 60, tuổi cao nhất là 83 tuổi, tuổi thấp nhất là 20 tuổi.

Biểu đồ 1. Phân bố về giới (n=469)



Nhận xét: Biểu đồ trên cho thấy nữ giới chiếm tới 69,3% tỉ lệ nữ/nam là 2,26.

3.1.2. Phân bố các triệu chứng cơ năng trên đối tượng tham gia nghiên cứu

Bảng 2. Các triệu chứng cơ năng xuất hiện của đối tượng tham gia nghiên cứu (n=469)

| Triệu chứng | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------------------|----------|-----------|
| Đau thượng vị | 346 | 73,6 |
| Ợ chua | 273 | 58,1 |
| Nóng rát | 211 | 44,9 |
| Buồn nôn | 128 | 27,2 |
| Cảm giác nghẹn ở cổ | 176 | 37,4 |
| Viêm họng mạn tính | 83 | 17,7 |
| Ho dai dẳng, kéo dài (nhất là về đêm) | 78 | 16,6 |
| Nuốt khó hoặc nuốt đau | 33 | 7,0 |
| Khàn giọng | 6 | 1,3 |

Nhận xét: Các triệu chứng cơ năng bị than phiền nhiều bao gồm: Đau thượng vị (73,6%), ợ chua (58,1), nóng rát (44,9).

3.2. Áp dụng bảng điểm GERD-Q trong chẩn đoán trào ngược dạ dày thực quản

3.2.1. Đặc điểm sự phân bố bộ câu hỏi GERD-Q

Bảng 3. Điểm của các thành phần trong bảng hỏi GERD-Q (n=469)

| Triệu chứng | 0 ngày n (%) | 1 ngày n (%) | 2-3 ngày n (%) | 4 ngày n (%) |
|--|-----------------|-----------------|----------------------|-----------------|
| 1. Ông (bà) có thường xuyên cảm giác nóng rát sau ức | 144 (44,2) | 33 (10,1) | 59 (18,1) | 89 (27,3) |
| 2. Ông (bà) có thường xuyên bị dịch dạ dày trào ngược lên họng hoặc miệng? (Ợ chua) | 118 (36,2) | 35 (10,7) | 52 (16,0) | 120 (36,8) |
| 3. Ông (bà) có thường xuyên bị đau vùng thượng vị? | 62 (19,0) | 55 (16,9) | 75 (23,0) | 133 (40,8) |
| 4. Ông (bà) có thường xuyên bị buồn nôn? | 194 (59,5) | 75 (23,0) | 34 (10,4) | 22 (6,7) |
| 5. Ông (bà) có thường xuyên bị khó ngủ bởi các triệu chứng ợ nóng và hoặc ợ chua? | 181 (55,5) | 14 (4,3) | 48 (14,7) | 82 (25,2) |
| 6. Ông (bà) có thường xuyên sử dụng thuốc điều trị triệu chứng ợ nóng và hoặc trào ngược (như zantac, maalox...) | 273 (83,7) | 9 (2,8) | 9 (2,8) | 34 (20,4) |
| Tổng điểm GERD-Q (Giá trị trung bình±Độ lệch chuẩn) | 8,14±3,5 | | | |

Nhận xét: Từ bảng trên ta thấy có tới 40,8% người bệnh có triệu chứng đau vùng thượng vị trên 4 ngày. Tiếp sau đó là tới 36,8% người có triệu chứng ợ chua trên 4 ngày. Tổng điểm trung bình GERD-Q là 8,14± 3,5.

3.2.2. Mối liên quan giữa điểm tác động (câu 5,6 của bảng điểm GERD-Q ≥3) với các triệu chứng tiêu hóa

Bảng 4. So sánh mối liên quan giữa điểm tác động (câu 5,6 của bảng điểm GERD-Q ≥8) với các triệu chứng tiêu hóa

| Triệu chứng | Tổng câu 5,6 của GERD-Q<3 n (%) | Tổng câu 5,6 của GERD-Q≥3 n (%) | P |
|---------------------------------------|--|--|--------|
| Cảm giác nghẹn ở cổ | 81 (26,2) | 95 (59,4) | <0,001 |
| Nuốt khó hoặc nuốt đau | 12 (3,9) | 21 (13,1) | <0,001 |
| Ho dai dẳng, kéo dài (nhất là về đêm) | 35 (11,3) | 43 (26,9) | <0,001 |
| Viêm họng mạn tính | 31 (10,0) | 52 (32,5) | <0,001 |
| Khàn giọng | 2 (0,6) | 4 (2,5) | 0,091 |

Nhận xét: Các triệu chứng ợ chua, nóng rát, buồn nôn, đau thượng vị, cảm giác nghẹn ở cổ, nuốt khó hoặc nuốt đau, ho dai dẳng kéo dài và viêm họng mạn tính có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,005.

3.3. Liên quan giữa GERD-Q và mức độ tổn thương trào ngược dạ dày thực quản theo tiêu chuẩn Los Angeles trên nội soi đường tiêu hóa trên

3.3.1. Đặc điểm nội soi của bệnh nhân theo tiêu chuẩn Los Angeles

Bảng 5. Kết quả nội soi về mức độ tổn thương (n=469)

| Đặc điểm | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|---------------------|------------|------------|
| Không có tổn thương | 346 | 73,9 |
| Độ A | 94 | 20,0 |
| Độ B | 24 | 5,1 |
| Độ C | 3 | 0,6 |
| Độ D | 2 | 0,4 |
| Tổng | 469 | 100 |

Nhận xét:

Mức độ tổn thương trong kết quả nội soi, với mức độ A là 20,0%, mức độ B là 5,1% và mức độ C và D thì không đáng kể.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

4.1.1. Đặc điểm về tuổi và giới

Nghiên cứu của chúng tôi thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là 43,04±13,22. Lứa tuổi gặp nhiều nhất từ 30 đến 50 tuổi chiếm 57,4%. Kết quả này tương đương một số tác giả, như tác giả Kim Chunghouy tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu của là 45,41±13,6, nhóm tuổi hay gặp nhất từ 40 – 49 tuổi [3]

Trong tổng số 469 đối tượng tham gia nghiên cứu thì kết quả cho thấy nữ chiếm tỷ lệ 69,3% cao hơn so với nam giới 30,7%. Tuy nhiên tỷ lệ mắc bệnh GERD ở nam giới là 63,2%, cao hơn so với nữ giới là 48,9%.

4.1.2. Sự phân bố các triệu chứng cơ năng của đối tượng tham gia nghiên cứu

Trong quá trình làm nghiên cứu này, chúng tôi thấy rằng triệu chứng cơ năng làm bệnh nhân than phiền nhiều nhất là đau thượng vị 73,6%, sau đó đến ợ chua 58,1%, nóng rát vùng thượng vị chiếm 44,9%. Kết quả các triệu chứng cơ năng xuất hiện trong nghiên cứu của chúng

tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của Vũ Kim Ngọc năm 2014.

4.1.3. Đặc điểm bảng điểm GERD-Q và hình ảnh nội soi ở nhóm đối tượng nghiên cứu

4.1.3.1. Đặc điểm bảng điểm GERD-Q

Trong nghiên cứu này của chúng tôi có hơn một nửa đối tượng tham gia nghiên cứu có GERD-Q lớn hơn 8 điểm chiếm tỷ lệ 53%, còn số lượng bệnh nhân tham gia nghiên cứu có GERD-Q < 8 chiếm 47%, tỷ lệ này gần giống với nghiên cứu của Vũ Kim Ngọc năm 2014 là 55,2% số bệnh nhân có GERD-Q ≥ 8.

Trong một nghiên cứu của Zavala-González và cộng sự [8], có điểm trung bình GERD-Q là 8±3, tỷ lệ GER-Q ≥ 8 chiếm 48%, nghiên cứu này cũng có kết quả gần tương tự với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi.

4.1.3.2. Đặc điểm của tổn thương thực quản trên nội soi

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ các mức độ tổn thương thực quản theo phân loại Los Angeles phần lớn ở tổn thương ở mức độ nhẹ, mức độ tổn thương trong kết quả nội soi, với mức độ A là 76,4%, mức độ B là 19,5% và mức độ C và D thì không đáng kể. Như vậy có thể thấy bệnh trào ngược dạ dày thực quản không phát triển quá nhanh, mà kéo dài nhiều năm.

4.2. Áp dụng bảng điểm GERD-Q trong chẩn đoán trào ngược dạ dày thực quản

Nghiên cứu này cho thấy rằng điểm cắt tốt nhất để chẩn đoán bệnh trào ngược dạ dày thực quản trong nghiên cứu này là 8, giống với bảng điểm GERD-Q nguyên thủy của Jones và cộng sự [4]. Với điểm cắt này thì độ nhạy và độ đặc hiệu chuyên biệt để chẩn đoán GERD lần lượt là 99% và 62,8%, đối với kết quả này độ nhạy cao hơn trong nghiên cứu của Jones [4] là 65%, còn độ đặc hiệu tương đương ~71%.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy rằng có ý nghĩa thống kê khi so sánh mối liên quan giữa giới và điểm GERD-Q. Nam có tỉ lệ bị GERD-Q≥8 cao hơn nữ giới với 63,2% trong khi nữ giới chỉ 48,9%. Kết quả này tương đương với kết quả của tác giả Wang và cộng sự [5], điều này cho thấy cần có sự kiểm soát và theo dõi bệnh nhân nam giới bị trào ngược dạ dày thực quản. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của Vũ Kim Ngọc lại cho tỷ lệ bị trào ngược dạ dày thực quản ở nữ nhiều hơn nam lần lượt là 58,3% và 41,7%, sự khác biệt này có thể là do đối tượng đến thăm khám tại hai thời điểm là khác nhau, và do cách chọn đối tượng nghiên cứu.

4.3. Đối chiếu bảng câu hỏi GERD-Q với tổn thương thực quản trên nội soi

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy tỉ lệ viêm trào ngược dạ dày thực quản là 26,2%, trong khi đó bệnh trào ngược dạ dày thực quản chiếm ~53%. Các nghiên

cứ trên thế giới nói chung và nghiên cứu tại Châu Á nói riêng đều cho thấy viêm trào ngược dạ dày thực quản chỉ chiếm 1/3 số trường hợp bệnh trào ngược dạ dày thực quản được chẩn đoán.

Tỷ lệ mức độ tổn thương trên nội soi với 123 bệnh nhân chiếm 26.2% có tổn thương viêm trào ngược dạ dày thực quản trên nội soi theo tiêu chuẩn Los Angeles. Trong đó, tổn thương độ A là 94 trường hợp chiếm 76.4%, tổn thương độ B là 24 trường hợp chiếm 19,5%, tổn thương độ C là 3 trường hợp chiếm 2,4%, tổn thương độ D là 2 trường hợp chiếm 1.7%. Trong đó tổn thương độ A và B có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Theo nghiên cứu của Man Wang thì tỷ lệ bệnh nhân có trào ngược dạ dày thực quản khoảng 44%, tương ứng các độ tổn thương trên nội soi lần lượt là Độ A: 76,58%, độ B: 14,12%, độ C: 5,95%, độ D: 3,35%, như vậy có thể thấy rằng kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Man Wang [5].

Trong nghiên cứu này cũng cho thấy điểm GERD-Q càng tăng thì mức độ tổn thương do viêm trào ngược dạ dày thực quản càng tăng, kết quả này giống với nghiên cứu của Man Wang và cộng sự, như vậy điểm GERD-Q có mối tương quan thuận với mức độ nghiêm trọng của viêm trào ngược dạ dày thực quản.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu "Áp dụng bảng điểm Gerd-Q trong chẩn đoán trào ngược dạ dày – thực quản ở người cao tuổi" trên 469 bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang, chúng tôi rút ra kết luận sau:

5.1. Đánh giá tình trạng trào ngược dạ dày – thực quản bằng thang điểm GERD-Q

- Có 53% đối tượng tham gia nghiên cứu có trào ngược dạ dày thực quản theo thang điểm GERD-Q, trong đó trào ngược dạ dày thực quản trên nam là 63,2% và nữ là 48,9%..

- Tổng điểm trung bình GERD-Q là $8,14 \pm 3,5$.

- Điểm GERD-Q tại ngưỡng chẩn đoán tốt nhất là 8 điểm với độ nhạy là 99% và độ đặc hiệu là 62,8%.

5.2. Khảo sát mối liên quan GERD – Q ở bệnh nhân có tổn thương trên nội soi thực quản dạ dày

- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ tổn thương trên nội soi độ A và B với thang điểm GERD-Q

- Có mối liên quan tỷ lệ thuận có ý nghĩa thống kê giữa điểm GERD-Q với mức độ tổn thương dạ dày thực quản theo tiêu chuẩn Los Angeles 1999

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Dũng LV, Nhận xét hình ảnh nội soi - mô bệnh học thực quản ở những bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng trào ngược dạ dày - thực quản, Trường ĐH Y Hà Nội, 2001.
- [2] Ngọc VK, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi của bệnh nhân trào ngược dạ dày thực quản ở người cao tuổi. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2014.
- [3] Kimhouy C, Nghiên cứu hình ảnh nội soi thực quản bằng ánh sáng dải hẹp (NBI) ở bệnh nhân có hội chứng trào ngược dạ dày - thực quản, Luận văn thạc sĩ y học, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2009.
- [4] Jones R et al., Development of the GerdQ, a tool for the diagnosis and management of gastro-oesophageal reflux disease in primary care. *Aliment Pharmacol Ther*, 2009, 30(10): p. 1030-8.
- [5] Wang M et al., Relevance between GerdQ score and the severity of reflux esophagitis in Uyghur and Han Chinese. *Oncotarget*, 2017, 8(43): p. 74371-74377.
- [6] WHO, Redefining obesity and its treatment; 2000: p. 3-24.
- [7] Sakata Y et al., Clinical characteristics of elderly patients with proton pump inhibitor-refractory non-erosive reflux disease from the G-PRIDE study who responded to rikkunshito. *BMC Gastroenterol*, 2014. 14: p. 116.
- [8] Zavala-Gonzales MA et al., Validation and diagnostic usefulness of gastroesophageal reflux disease questionnaire in a primary care level in Mexico. *J Neurogastroenterol Motil*, 2014. 20(4): p. 475-82.

CLINICAL PRESENTATION, ENDOSCOPIC FINDINGS AND PATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF COLORECTAL POLYP: A STUDY CONDUCTED AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2020

Pham Thi Thao*, Nguyen Dac Hanh,
Nguyen Thi Luc, Nguyen Thi Thuy Hoa, Phuong Thi Thanh Nga

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 28/07/2023; Accepted: 28/08/2023

ABSTRACT

Objective:(1) This study aimed to provide a comprehensive analysis of the clinical features, endoscopic images, and pathology of colorectal polyps. (2) Additionally, factors related to the pathological characteristics of colorectal polyps were assessed to enhance our understanding of this common condition.

Subjects and method: A descriptive and evaluative study was conducted at Duc Giang General Hospital, involving 190 patients who underwent colonoscopy and were diagnosed with colorectal polyps between February 1, 2020, and October 31, 2020.

Results: Among the study participants, the age group most commonly affected was 45-59 years, accounting for 49% of cases. Males exhibited a higher prevalence of colorectal polyps compared to females. The predominant clinical symptom reported was abdominal pain, observed in 42.6% of patients. Other frequently reported symptoms included digestive disorders (32.1%) and bloody stools (15.8%), while a notable proportion of patients (9.5%) remained asymptomatic. The rectum emerged as the most commonly affected location, accounting for 33.2% of cases. There are no accompanying lesions, displaying smooth surface characteristics. Histologically, adenomatous polyps constituted the most prevalent type (48.8%), followed closely by benign hyperplastic polyps (47.7%).

Conclusion: This study underscores the predominance of colorectal polyps in the rectum and sigmoid colon (33.2% and 28%, respectively). Polyps are commonly solitary (72.6%), non-pedunculated in form (84.5%), with a predominant occurrence of small sizes (<1cm) comprising 82.1% of cases. Smooth polyp surfaces have the highest prevalence (97.7%). Histological analysis revealed adenomatous polyps as the most prevalent type (51.6%), followed by non-adenomatous polyps (50.5%). Mild dysplasia was the most common level of dysplasia (40%), while non-adenomatous polyps had the highest proportion at 79.6%.

Keywords: Polyps, colorectal, rectum, dysplasia.

*Corresponding author
Email address: doanthaopt1979@gmail.com
Phone number: (+84) 974395171
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH NỘI SOI, MÔ BỆNH HỌC CỦA POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2020

Phạm Thị Thảo*, Nguyễn Đức Hanh,
Nguyễn Thị Lực, Nguyễn Thị Thùy Hoa, Phương Thị Thanh Nga

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 28/07/2023; Ngày duyệt đăng: 28/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học của polyp đại trực tràng, (2) Nhận xét một số yếu tố liên quan với đặc điểm mô bệnh học của polyp đại trực tràng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu có mô tả và đánh giá trên 190 bệnh nhân được chẩn đoán Polyp đại trực tràng qua nội soi đại tràng từ 01/02/ 2020 đến 31/10/ 2020.

Kết quả: Tuổi hay gặp từ 45-59 tuổi chiếm 49%, Nam gặp nhiều hơn nữ, Triệu chứng hay gặp nhất là đau bụng với 81 bệnh nhân (42,6%). Rối loạn tiêu hóa chiếm 32,1%, đi ngoài phân máu chiếm 15,8% và không có triệu chứng chiếm 9,5%. Vị trí hay gặp là trực tràng chiếm tỷ lệ cao nhất 33,2%. Thường không có tổn thương đi kèm, tính chất bề mặt polyp nhẵn. Mô bệnh học thường là polyp u tuyến (48,8%) và tăng sản lành tính (47,7%).

Kết luận: PLĐTT thường gặp ở trực tràng và đại tràng Sigma (33,2% và 28%), các vị trí khác ít gặp hơn. Polyp thường là dạng đơn độc (72,6%), không cuống (84,5%), kích thước chủ yếu là nhỏ (<1cm) chiếm 82,1%, bề mặt polyp nhẵn chiếm tỉ lệ cao nhất (97,7%). Các type mô bệnh học là: polyp u tuyến 51,6%, polyp không u tuyến 50,5%. Mức độ loạn sản nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất: 40%, trong đó loạn sản của polyp không cuống chiếm tỉ lệ cao 79,6%.

Từ khóa: Polyp, đại tràng, trực tràng, loạn sản.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại trực tràng (PLĐTT) là một bệnh lý tương đối phổ biến trong nhóm bệnh ở bệnh đường tiêu hóa dưới. Tỷ lệ gặp ở châu Âu nhiều hơn châu Á (châu Âu: 26%, châu Á 12%) [1]. Diễn biến của PLĐTT khá phức tạp, đã có nhiều nghiên cứu cho thấy hơn 95% ung thư đại trực tràng có nguồn gốc từ polyp [2].

Tuy nhiên, biểu hiện lâm sàng của bệnh thường kín đáo, không điển hình và không đặc hiệu, bệnh thường diễn biến trong một thời gian dài không có triệu chứng hoặc với các dấu hiệu mà bệnh nhân thường ít quan tâm đến

như đau bụng, rối loạn tiêu hóa, đi ngoài phân máu không thường xuyên, do vậy việc phát hiện và chẩn đoán PLĐTT thường khó khăn. Trong những năm gần đây nội soi đại trực tràng ống mềm đã trở nên khá thông dụng nên số bệnh nhân PLĐTT được phát hiện sớm ngày càng nhiều, những nghiên cứu về hình ảnh đại thể và vi thể của polyp đã có những bước tiến mới, nội soi kết hợp với sinh thiết để làm rõ bản chất của polyp, từ đó đề ra phương pháp điều trị cũng như tiên lượng, theo dõi sau điều trị. Tại Việt Nam, nghiên cứu về PLĐTT đã có những bước tiến mới. Theo tác giả Mai Thị Hội ở bệnh viện Việt Đức năm 1995 trong 110 lượt bệnh nhân nội soi đại tràng ống mềm phát hiện 38,9% bệnh nhân

*Tác giả liên hệ

Email: doanthaopt1979@gmail.com

Điện thoại: (+84) 974395171

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

có polyp [5]. Theo Tổng Văn Lược tỉ lệ mắc là 11,7% [6]. Xuất phát từ tình hình thực tế chúng tôi thực hiện đề tài “Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học của polyp đại trực tràng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2020”.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm tất cả bệnh nhân có PLĐTT được phát hiện qua nội soi ĐTT tại khoa Thăm dò chức năng Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 2 năm 2020 đến tháng 10 năm 2020.

Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân được chẩn đoán PLĐTT qua nội soi ống mềm.
- Mẫu bệnh phẩm được xét nghiệm giải phẫu bệnh khẳng định là polyp.

Tiêu chuẩn loại trừ các bệnh nhân

- Bệnh nhân ung thư ĐTT.
- Bệnh nhân có polyp nhưng không làm xét nghiệm mô bệnh học.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

- Nghiên cứu tiền cứu có mô tả
- Chọn mẫu thuận tiện: Thuận tiện, n = 190 bệnh nhân
- Thu thập số liệu theo bộ câu hỏi sẵn có.

2.2.2. Xử lý số liệu: Trên phần mềm SPSS 20.0

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu theo tuổi và giới

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu theo tuổi và giới

| Tuổi \ Giới | Nam | | Nữ | | Tổng | |
|-------------|-----|------|----|------|------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| 15 - 44 | 28 | | 16 | | 44 | 23,2 |
| 45 - 59 | 45 | | 31 | | 76 | 40 |
| 60 - 74 | 34 | | 22 | | 56 | 29,5 |
| 75 - 89 | 6 | | 8 | | 14 | 7,3 |
| Tổng | n | % | n | % | 190 | |
| | 113 | 59,5 | 77 | 40,5 | | |

Nhận xét: Số bệnh nhân trong độ tuổi từ 45 – 59 tuổi chiếm phần lớn với 76 bệnh nhân (40%). Hay gặp ở nam nhiều hơn nữ.

3.1.2. Triệu chứng cơ năng

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng

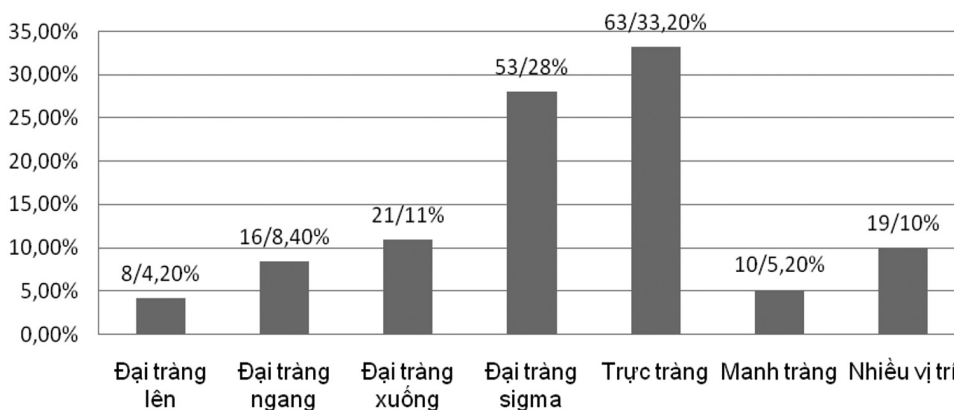
| Triệu chứng | Bệnh nhân | Tỉ lệ% |
|-------------------|-----------|--------|
| Đau bụng | 81 | 42,6 |
| Rối loạn tiêu hóa | 61 | 32,1 |
| Đi ngoài phân máu | 30 | 15,8 |
| Không triệu chứng | 18 | 9,5 |

Nhận xét: Triệu chứng hay gặp nhất là đau bụng với 81 bệnh nhân (42,6%). Rối loạn tiêu hóa chiếm 32,1%, đi ngoài phân máu chiếm 15,8% và không có triệu chứng chiếm 9,5%.

3.2. Đặc điểm polyp trên nội soi

3.2.1. Phân bố vị trí u

Biểu đồ 1. Vị trí polyp trên nội soi



Nhận xét: Tỉ lệ polyp gặp ở trực tràng cao nhất chiếm 33,2%, sau đó đến đại tràng Sigma chiếm 27,9%, vị trí

ít gặp nhất là đại tràng lên gặp ở 8 BN chiếm tỉ lệ 4,2%.

3.2.2. Đặc điểm thể polyp

Bảng 3. Các thể polyp

| Thể | Bệnh nhân | Tỉ lệ% |
|-------------|-----------|--------|
| Không cuống | 161 | 84,5 |
| Có cuống | 25 | 13,2 |
| Nửa cuống | 2 | 1,15 |
| Dạng dẹt | 2 | 1,15 |

Nhận xét: Thể không cuống gặp nhiều nhất với 161 BN chiếm 84,5%. Sau đó là thể có cuống gặp ở 25 BN chiếm 13,2%. Thể nửa cuống và dạng dẹt đều gặp ở 2 BN chiếm 1,15%.

3.3. Đặc điểm mô bệnh học Polyp ĐTT và mối liên quan

3.3.1. Đặc điểm nhóm polyp u tuyến

Bảng 4. Đặc điểm nhóm polyp u tuyến

| Các đặc điểm | | Polyp u tuyến | Tỉ lệ% |
|------------------|-------------------|---------------|--------|
| Số lượng polyp | Đơn polyp | 65 | 66,3 |
| | Đa polyp | 33 | 33,7 |
| Đường kính polyp | Nhỏ (<1cm) | 73 | 74,5 |
| | Vừa (1-2cm) | 18 | 18,4 |
| | To (>2cm) | 7 | 7,1 |
| Thể polyp | Polyp không cuống | 78 | 79,6 |
| | Polyp có cuống | 17 | 17,3 |
| | Polyp nửa cuống | 1 | 1,1 |
| | Polyp dạng dẹt | 2 | 2 |

Nhận xét: Polyp u tuyến chủ yếu gặp là Polyp đơn độc chiếm 66,3%, Đường kính kích thước nhỏ <1cm chiếm 74,5% và thể polyp không cuống chiếm 79,6%.

3.3.2. Đặc điểm nhóm polyp không u tuyến

Bảng 5. Đặc điểm polyp không u tuyến

| Các đặc điểm | | Polyp viêm | | Polyp tăng sản | | So sánh |
|------------------|--------------------------|------------|--------|----------------|--------|-------------------------------|
| | | n=7 | Tỉ lệ% | n=96 | Tỉ lệ% | |
| Số lượng polyp | Đơn polyp | 4 | 57,1 | 77 | 80,2 | $\chi^2 = 0,17$ $p > 0,05$ |
| | Đa polyp | 3 | 42,9 | 19 | 19,8 | |
| Đường kính polyp | Nhỏ (<1cm) | 5 | 71,4 | 86 | 89,6 | $\chi^2 = 0,19$ $p > 0,05$ |
| | Vừa và to (≥ 1 cm) | 2 | 28,6 | 10 | 10,4 | |
| Thê polyp | Polyp không cuống | 6 | 85,7 | 87 | 90,6 | |
| | Polyp có cuống | 1 | 14,3 | 8 | 8,3 | |
| | Polyp nửa cuống | 0 | 0 | 1 | 1,1 | |
| | Polyp dạng dẹt | 0 | 0 | 0 | 0 | |

Nhận xét: Polyp viêm thường gặp là những polyp đơn độc (57,1%) hơn là đa polyp (42,9%), đường kính nhỏ (71,4%) và không cuống (85,7%). Polyp tăng sản là những polyp đơn độc chiếm 80,2%; có đường kính nhỏ (89,6%) và là polyp không cuống 90,6%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

4.1.1. Đặc điểm về tuổi và giới

Trong nghiên cứu của chúng tôi polyp của bệnh nhân ở lứa tuổi 45 – 59 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (40%), sau đó là nhóm 60 – 74 tuổi với 30%. Điều này cho thấy bệnh chủ yếu gặp ở lứa tuổi >45 tuổi. Đây chưa phải là những số liệu điều tra dịch tễ học, nên chưa phản ánh đúng tỉ lệ mắc trong cộng đồng. Tuy nhiên, so với một số tác giả nước ngoài tỉ lệ này có sự khác biệt: Theo Crespi tại Pháp tỉ lệ BN có PLĐTT trong cộng đồng tăng dần theo tuổi, cụ thể từ 7% ở lứa tuổi 45 – 49 tuổi tăng lên 19% ở lứa tuổi 65 – 69. Tỉ lệ nam/nữ có PLĐTT theo các nghiên cứu khác của Tống Văn Lược: 2,09 [6]; Đinh

Đức Anh là 1,92 [1]. Nhiều công trình nghiên cứu trong nước và nước ngoài cho thấy nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả tương tự. Tuy nhiên, tỉ lệ này của chúng tôi thấp hơn các tác giả do số lượng bệnh nhân của chúng tôi còn ít.

4.1.2. Triệu chứng lâm sàng

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi đau bụng không rõ nguyên nhân (42,6%) với các mức độ khác nhau chiếm tỷ lệ cao nhất. Những polyp có đường kính vừa và to có thể làm cho nhu động ruột của bệnh nhân rối loạn gây nên triệu chứng này. Tỉ lệ đau bụng trong PLĐTT trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Đỗ Nguyệt Ánh, Nguyễn Thúy Vinh (39,5%) [2].

Các dấu hiệu khác như đi ngoài ra máu, rối loạn tiêu hóa chiếm tỷ lệ 15,8% và 32,1%. Tỉ lệ đi ngoài phân máu trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của Tống Văn Lược (91,18%) [6]. Nhưng, cao hơn Đỗ Nguyệt Ánh, Nguyễn Thúy Vinh (10,5%) [2]. Có thể do bệnh nhân đã được chẩn đoán các bệnh lý tiêu hóa khác khi có các dấu hiệu trên nên đã không được chỉ định nội soi xác định polyp.

4.2. Đặc điểm của polyp trên nội soi

4.2.1. Vị trí Polyp

Vị trí hay gặp nhất của polyp là trực tràng (32,1%), sau đó ở đại tràng Sigma (28,9%), ít gặp nhất là ở đại tràng lên (4,2%) và manh tràng (5,2%). Tỷ lệ polyp TT trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với tỷ lệ polyp TT của Tổng Văn Lược 59,84% [6].

Nhiều công trình nghiên cứu trong nước cũng như trên thế giới đã chỉ ra rằng vị trí phân bố ung thư ĐTT cũng gần tương tự với tỷ lệ phân bố của PLĐTT. Như trong nghiên cứu của Lê Đình Roanh phát hiện 79,9% ung thư ĐT Sigma và trực tràng [4]. Theo Đỗ Đức Vân thì các PLĐTT không được điều trị xác suất trở thành ung thư là 2,5% trong 5 năm, 8% trong 10 năm và 24% trong 20 năm [3].

4.2.2. Thể polyp

Trong nghiên cứu của chúng tôi polyp không cuống chiếm tỷ lệ cao nhất (84,5%), polyp nửa cuống và polyp dạng dẹt có tỷ lệ ít nhất và đều là 1,15%. Trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Tổng Văn Lược [6]. Sự khác biệt khá lớn trong từng nghiên cứu có thể là do tính chất cuống khó xác định chính xác nếu kích thước polyp <1cm và còn tùy thuộc vào nhận định chủ quan của bác sỹ nội soi, mà trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ polyp <1cm chiếm tỷ lệ khá cao 82,1%.

4.2.3. Tính chất bề mặt polyp

Khi quan sát polyp trên nội soi ống mềm có 97,7% số polyp có bề mặt nhẵn, màu sắc gần giống màu sắc của niêm mạc ĐTT, 1,6% số polyp có bề mặt sần sùi, một số polyp có hình dạng múi hoặc súp lơ.

Ranh giới polyp đều phân biệt rõ với xung niêm mạc ĐTT xung quanh khi quan sát trên nội soi.

4.3. Các type mô bệnh học

Theo hình ảnh mô bệnh học xác định trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi tỷ lệ polyp u tuyến chiếm tỷ lệ 51,6% cao hơn nhóm polyp tăng sản (48,4%). Trong nghiên cứu này chúng tôi chủ yếu là nhóm polyp u tuyến, trong nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng đây là nhóm có khả năng ung thư hóa cao hơn loại không u tuyến. Tỷ lệ gặp polyp u tuyến trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Lê Quang Thuận (52,47%) [5].

4.3.1. Đặc điểm nhóm polyp u tuyến

Theo vị trí polyp: Vị trí gặp nhiều nhất ở đại tràng Sigma (15,3%) và ít nhất ở manh tràng (2,6%).

Số lượng đơn polyp chiếm phần lớn trong nhóm polyp u tuyến với 66,3%.

Về kích thước polyp, chúng tôi nhận thấy polyp loại nhỏ

có tỷ lệ u tuyến cao nhất chiếm 74,5%, tỷ lệ này thấp hơn ở polyp loại vừa (18,4%) và thấp nhất ở polyp loại to (7,1%). Như vậy, kết quả trong nghiên cứu cho thấy tỷ lệ u tuyến không tăng theo kích thước polyp, vì vậy không thể coi thường những polyp kích thước nhỏ. Theo Ros-sini (Italia) thì những polyp có kích thước <6mm vẫn có tới 2,4% ung thư hóa [8].

Những kết quả và nhận xét trên đây đã chứng tỏ trong quá trình cắt polyp qua nội soi hình ảnh polyp trên nội soi và kết quả mô bệnh học của polyp có vai trò tiên lượng rất quan trọng, là cơ sở để quyết định phương thức kiểm tra, tiến hành thủ thuật cắt và theo dõi sau cắt.

4.3.2. Đặc điểm nhóm polyp không u tuyến

Theo nghiên cứu xác định được polyp thuộc nhóm không u tuyến chiếm 50,5% tổng số polyp. Trong nhóm này polyp tăng sản chiếm tỷ lệ cao nhất 100%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với kết quả của Đinh Đức Anh [1]. Nhiều công trình nghiên cứu trên thế giới đã khẳng định: không thể quan niệm tất cả polyp tăng sản đều “lành tính” mà chỉ có polyp tăng sản đơn thuần mới “lành tính” hoặc ít có khả năng ung thư hóa. Trong nghiên cứu của chúng tôi polyp tăng sản đơn thuần chiếm 88,5% và có polyp tăng sản có u tuyến (4,2%), đây là những polyp vẫn có khả năng tiến triển thành ung thư.

4.4. Polyp loạn sản

MBH xác định polyp loạn sản (51,6%), tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ loạn sản của Đinh Đức Anh 38,8% [1], Rembecken 20,4% [7].

4.4.1. Loạn sản theo hình ảnh nội soi polyp

Tỷ lệ loạn sản của polyp tăng từ polyp nửa cuống (1%) sang polyp có cuống (17,4%) đến polyp không cuống (79,6%). Tỷ lệ polyp loạn sản cho thấy mức độ nguy hiểm tăng dần từ polyp nửa cuống sang polyp có cuống và polyp không cuống thì nguy hiểm nhất, kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Đinh Đức Anh [1].

4.4.2. Loạn sản với loại mô bệnh học polyp

Tỷ lệ loạn sản của polyp tăng từ polyp tăng sản 4% (có 4 BN có polyp tăng sản trong số 98 BN loạn sản) sang polyp viêm 7,1% (có 7 BN có polyp viêm trong 98 BN loạn sản) và cao nhất ở polyp u tuyến với 100%. Rõ ràng tỷ lệ loạn sản cho thấy mức độ nguy hiểm của polyp tăng từ polyp tăng sản sang polyp viêm và mức độ nguy hiểm tăng cao khi tỷ lệ loạn sản đến 100% ở polyp u tuyến. Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả của Đinh Đức Anh [1]. Có lẽ viêm sẽ làm cho quá trình kích thích tế bào.

Khẳng định được mức độ nguy hiểm của từng loại polyp là điều hết sức cần thiết và có ý nghĩa thực tiễn trong tiên lượng và theo dõi sau khi cắt bỏ polyp. Kết

quả này cho thấy sau khi cắt polyp vẫn phải theo dõi sát những polyp thuộc loại u tuyến và đặc biệt là polyp đã ung thư hóa. Một lần nữa chúng tôi khẳng định: hình ảnh polyp trên nội soi và mô bệnh học của polyp có vai trò tiên lượng rất quan trọng, là cơ sở để quyết định phương thức kiểm tra theo dõi sau khi cắt polyp.

5. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm lâm sàng, nội soi của polyp đại trực tràng.

- PLĐTT gặp chủ yếu ở nam giới: Tỷ lệ nam/nữ là 1,46. Bệnh mắc cao nhất ở nhóm tuổi 45 – 59 tuổi (40%). Đau bụng là triệu chứng chính và nổi bật nhất chiếm tỷ lệ 42,6%.

- PLĐTT thường gặp ở TT và đại tràng Sigma (33,2% và 28%), các vị trí khác ít gặp hơn. Polyp thường là dạng đơn độc (72,6%), không cuống (84,5%), kích thước chủ yếu là nhỏ (<1cm) chiếm 82,1%, bề mặt polyp nhẵn chiếm tỷ lệ cao nhất (97,7%).

- Tỷ lệ polyp u tuyến và polyp không u tuyến trong nhóm tuổi 45-59 cao hơn so với tỷ lệ này ở các nhóm tuổi khác.

5.2. Đặc điểm mô bệnh học của polyp đại trực tràng và yếu tố liên quan

- Các type mô bệnh học là: polyp u tuyến 51,6%, polyp không u tuyến 50,5%.

- Tỷ lệ polyp u tuyến gặp ở trực tràng nhiều nhất và polyp không u tuyến gặp ở ĐT Sigma nhiều nhất, không thấy sự khác biệt về tỷ lệ polyp u tuyến và polyp không u tuyến theo hình dạng, kích thước polyp.

- Mức độ loạn sản nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất: 40%, trong đó loạn sản của polyp không cuống chiếm tỷ lệ cao 79,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Đinh Đức Anh, Nguyễn Khánh Trạch, Lê Đình Roanh và CS, “Đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học của polyp trực tràng - đại trực tràng Sigma”, Tạp chí Y học thực hành, 2000.
- [2] Đỗ Nguyệt Ánh, Nguyễn Thúy Vinh, “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học polyp đại trực tràng và kết quả điều trị cắt polyp qua nội soi tại Bệnh viện E”, tóm tắt các báo cáo, Hội nghị khoa học tiêu hóa toàn quốc lần thứ 17, Đà Nẵng tháng 10 – 2011, tr. 39.
- [3] Đỗ Đức Vân, Polyp đại tràng, Triệu chứng học ngoại khoa, NXB Y học, Hà Nội, 2000, tr.187-199.
- [4] Lê Đình Roanh, Bệnh học các khối u, NXB Y học, Hà Nội, 2001.
- [5] Lê Quang Thuận, Vũ Văn Khiên, “Đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh học polyp đại trực tràng”, Tạp chí Y học Việt Nam, 1, 2008, tr. 43-46.
- [6] Tống Văn Lược, Nghiên cứu kết quả cắt polyp đại trực tràng bằng thông lộng điện theo hình ảnh nội soi mềm và xét nghiệm mô bệnh học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, 2002.
- [7] Rembacken BJ, Fujii T, Caruns A et al., “Flat and depressed colonic neoplasms: a prospective study of 1000 colonscopies in the UK”, Lancet, 335, 2000, pp: 1211-1214.
- [8] Rossini G, Averbach M, Zanoni EC et al., High resolution chromoendoscopy in the differential diagnosis of neoplastic and non-neoplastic polyps, Arq Gastroenterol; 40(2), 2003, pp: 99-103



CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND CAUSES OF NEONATAL SEPSIS IN DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2019 - 2020

Nguyen Trung Phong^{1*}, Nguyen Van Thuong¹,
Vu Thi Thu Nga¹, Dinh Thi Tuong Vi¹, Nguyen Thi Ngoc²

¹Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

²Phuong Dong Hospital – No. 9 Vien, Co Nhue, Bac Tu Liem, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 01/08/2023; Accepted: 28/08/2023

ABSTRACT

Neonatal infection remains one of the most leading cause of morbidity and mortality in developing countries.

Objectives: To evaluate clinical and subclinical symptoms and find the causes of sepsis in newborns in Duc Giang General Hospital.

Methods: Analysis was evaluated based on data obtained from 35 patients diagnosed with neonatal sepsis as recommended by Anaes from January 2019 to August 2020.

Results: 77.1% (27 patients) had early-onset neonatal sepsis, 54.2% of patients had temperature disturbance. Cyanosis was the most common symptom in 32 patients (91.4%). The percentage of positive blood cultures was low (25.7%) of which the most common bacteria were Gram-negative bacilli *Klebsiella pneumoniae* and intestinal Gram-negative bacteria *Enterobacter aerogenes*.

Conclusion: The clinical and subclinical manifestations of neonatal sepsis are not clear and specific, so the diagnosis process is still difficult. The procalcitonin index is more valuable than the C-reactive protein in the diagnosis of disease. Gram-negative bacteria remain the most common cause of neonatal sepsis.

Keywords: Neonatal Sepsis.

*Corresponding author

Email address: dr.trungphong@gmail.com

Phone number: (+84) 989225188

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, NGUYÊN NHÂN GÂY NHIỄM KHUẨN HUYẾT Ở TRẺ SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2019 - 2020

Nguyễn Trung Phong^{1*}, Nguyễn Văn Thường¹,
Vũ Thị Thu Nga¹, Đinh Thị Tường Vi¹, Nguyễn Thị Ngọc²

¹Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Phương Đông - Số 9 P. Viên, Cổ Nhuế, Bắc Từ Liêm, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 01/08/2023; Ngày duyệt đăng: 28/08/2023

TÓM TẮT

Nhiễm trùng sơ sinh vẫn là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây bệnh và tử vong ở các nước đang phát triển.

Mục tiêu: Đánh giá triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và tìm nguyên nhân gây nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Phương pháp: Phân tích được đánh giá dựa trên số liệu thu được từ 35 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết sơ sinh theo khuyến nghị của Anaes từ 1/2019 – 8/2020.

Kết quả: Có 77.1% (27 bệnh nhân) nhiễm khuẩn sơ sinh khởi phát sớm, 54.2% bệnh nhân có rối loạn thân nhiệt. Tím là triệu chứng gặp nhiều nhất ở 32 bệnh nhân (91.4%). Cây máu dương tính đạt tỷ lệ thấp (25.7%) trong đó gặp nhiều nhất là trực khuẩn Gram âm *Klebsiella pneumoniae* và vi khuẩn Gram âm đường ruột *Enterobacter aerogenes*.

Kết luận: Các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh không rõ ràng và đặc hiệu nên quá trình chẩn đoán bệnh còn gặp nhiều khó khăn. Chỉ số procalcitonin có giá trị hơn CRP trong theo dõi, chẩn đoán bệnh. Vi khuẩn Gram âm vẫn là tác nhân gây bệnh thường gặp nhất trong nhiễm khuẩn huyết sơ sinh.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn huyết sơ sinh.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng huyết sơ sinh có nguyên nhân từ vi khuẩn, vi rút hoặc nấm, liên quan đến những thay đổi về huyết động học và các dấu hiệu lâm sàng, đồng thời gây ra bệnh tật và tử vong nghiêm trọng. Tỷ lệ mắc bệnh theo các nghiên cứu và năm trong khoảng từ 1 đến 5 trên 1000 ca sinh sống, tỷ lệ tử vong còn cao. Trong một nghiên cứu người ta xác định rằng 2,8 triệu trẻ tử vong trong thời kỳ sơ sinh và 430.000 trẻ sơ sinh trong số này tử vong do nhiễm trùng huyết và nhiễm trùng nặng [1].

Việc chẩn đoán sớm NKH sơ sinh còn gặp rất nhiều khó

khăn vì các triệu chứng lâm sàng đến cận lâm sàng của bệnh thường đa dạng, không đặc hiệu [2]. Trẻ sơ sinh mắc NKH nhanh chóng rơi vào tình trạng nguy kịch khó kiểm soát nếu không có chẩn đoán kịp thời. Vì vậy khám lâm sàng cẩn thận và xét nghiệm cận lâm sàng phù hợp sẽ giúp chẩn đoán tốt hơn, từ đó tiên lượng và điều trị hiệu quả hơn. Với mong muốn có cái nhìn tổng quát về đặc điểm nhiễm khuẩn huyết sơ sinh, cũng như giúp cho việc chẩn đoán và điều trị hiệu quả hơn, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu đánh giá triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và tìm nguyên nhân gây nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện đa

*Tác giả liên hệ

Email: dr.trungphong@gmail.com

Điện thoại: (+84) 989225188

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



khoa Đức Giang.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả trẻ sơ sinh dưới 28 ngày tuổi được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết khi điều trị tại khoa Sơ sinh Bệnh viện đa khoa Đức Giang dựa theo khuyến nghị của Anaes, thuộc một trong 3 nhóm:

- Nhóm 1: Nhiễm khuẩn huyết chắc chắn: Có dấu hiệu lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết biểu hiện trên ít nhất hai cơ quan và cấy máu dương tính.

- Nhóm 2: Nhiễm khuẩn huyết nhiều khả năng: Có dấu hiệu lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết biểu hiện trên ít nhất hai cơ quan và / hoặc xét nghiệm sinh học bất thường và cấy dịch ngoại biên* dương tính. (Xét nghiệm bất thường: Số lượng BC $\geq 30G/l$ hoặc $\leq 5G/l$. BCDNTT $< 1.5G/l$, CRP ≥ 10 mg/l).

(*Cấy dịch ngoại biên gồm: cấy dịch dạ dày, dịch ống tai ...).

- Nhóm 3: Nhiễm khuẩn huyết có thể: Có dấu hiệu lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết biểu hiện trên ít nhất hai cơ quan và/hoặc xét nghiệm sinh học bất thường nhưng cấy dịch ngoại biên âm tính.

Các triệu chứng lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết:

Triệu chứng lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh: Biểu hiện lâm sàng thường không điển hình, tuy nhiên nghĩ đến nhiễm khuẩn huyết khi:

- + Trẻ có sốt hoặc hạ thân nhiệt
- + Suy hô hấp: Khi trẻ có thở nhanh ($>60l/ph$), thở chậm ($<30l/ph$), thở rên, ngừng thở dài >20 giây, co rút cơ hô hấp, tím môi hoặc đầu chi.
- + Tiêu hóa: Bú kém hoặc bỏ bú, nôn, dịch dạ dày bản, chướng bụng, ỉa máu.
- + Thần kinh: Li bì, co giật, thóp phồng, giảm trương lực cơ đặc biệt ở trẻ non tháng.
- + Thận tiết niệu: Tiểu đục, tiểu máu, tiểu ít...
- + Biểu hiện da: Da tái, da nổi vân tím.
- + Biểu hiện suy tuần hoàn: Da tái, refill >3 giây, nhịp tim nhanh >180 lần/phút hoặc nhịp tim chậm <100 lần/phút, hạ huyết áp (huyết áp tâm thu $<50mmHg$ (sơ sinh 1 ngày tuổi), huyết áp tâm thu $<65mmHg$ (sơ sinh ≤ 1 tháng) hay huyết áp trung bình thấp hơn tuần tuổi thai (có hiệu chỉnh) đối với trẻ non tháng và cần hồi sức với dịch truyền hay thuốc vận mạch).

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân > 1 tháng tuổi hoặc gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Được lấy theo cỡ mẫu thuận tiện.

Thời gian nghiên cứu: Từ 1/2019 đến 8 /2020.

Các số liệu được thu thập và xử lý theo phương pháp thống kê y học trên phần mềm SPSS 20.0

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ 1/2019 đến 8 /2020 có tổng số 35 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết sơ sinh theo khuyến nghị của Anaes. Trong đó nam có 26 (74.3%), nữ có 9 (25.7%), thời gian mắc bệnh sau sinh ≤ 72 giờ có 27 bệnh nhân (77.1%) và > 72 giờ có 8 bệnh nhân (22.9%). Tuổi thai < 37 tuần có 21 bệnh nhân (60%) và ≥ 37 tuần có 14 bệnh nhân (40%).

Bảng 1. Thay đổi thân nhiệt

| Thay đổi thân nhiệt | | n | % |
|---------------------|-------|----|------|
| Sốt | Có | 13 | 37.1 |
| | Không | 22 | 62.9 |
| Hạ thân nhiệt | Có | 6 | 17.1 |
| | Không | 29 | 82.9 |

Nhận xét: Dựa theo kết quả nghiên cứu, triệu chứng sốt gặp ở 37.1% trẻ NKH sơ sinh, còn triệu chứng hạ thân nhiệt gặp ở 17.1% số trẻ nghiên cứu.

Bảng 2. Triệu chứng hô hấp

| Triệu chứng hô hấp | | n | % |
|--------------------|-------|----|------|
| Tím | Có | 32 | 91.4 |
| | Không | 3 | 8.6 |
| Thở nhanh | Có | 29 | 82.9 |
| | Không | 6 | 17.1 |
| Thở gắng sức | Có | 28 | 80 |
| | Không | 7 | 20 |
| Thở rên | Có | 15 | 42.9 |
| | Không | 20 | 57.1 |
| Con ngừng thở | Có | 14 | 40 |
| | Không | 21 | 60 |

Nhận xét: Dựa theo kết quả nghiên cứu, triệu chứng hô hấp gặp tỉ lệ khá cao ở 35 bệnh nhân nghiên cứu, trong

đó tím là triệu chứng hay gặp nhất, chiếm tới 91,4%. Thở rên và cơn ngừng thở ít gặp hơn, chiếm lần lượt là 42,9% và 40%.

Bảng 3. Triệu chứng tiêu hóa

| Triệu chứng tiêu hóa | | n | % |
|----------------------|-------|----|------|
| Nôn, bú kém | Có | 22 | 62.9 |
| | Không | 13 | 37.5 |
| Chướng bụng | Có | 23 | 65.7 |
| | Không | 12 | 34.3 |
| Dịch dạ dày bẩn | Có | 19 | 54.3 |
| | Không | 16 | 41.7 |
| Gan lách to | Có | 7 | 20 |
| | Không | 28 | 80 |
| Ỉa máu | Có | 2 | 5.7 |
| | Không | 33 | 94.3 |

Nhận xét: Dựa theo kết quả nghiên cứu, triệu chứng rối loạn tiêu hóa thường gặp là nôn bú kém và bụng chướng. Ỉa máu là triệu chứng ít gặp nhất (5,7%).

Bảng 4. Số lượng bạch cầu và bạch cầu trung tính

| Số lượng bạch cầu (G/l) | n | % |
|---|----|------|
| Số lượng bạch cầu tổng (G/l) | | |
| <5 | 5 | 14.3 |
| 5-30 | 28 | 80 |
| >30 | 2 | 5.7 |
| Số lượng bạch cầu trung tính (G/l) | | |
| <1.5 | 5 | 14.3 |
| 1.5-25 | 29 | 82.9 |
| >25 | 1 | 2.9 |

Nhận xét: Số lượng bạch cầu trong giới hạn bình thường chiếm tỉ lệ 80%. Số lượng bạch cầu đa nhân trung tính tăng lớn hơn 25G/l chiếm tỷ lệ 2,9%, tỷ lệ bệnh nhân có số lượng bạch cầu giảm nhỏ hơn 1.5G/l chiếm tỷ lệ 14,3%. Trong 35 bệnh nhân nghiên cứu có 82,9% bệnh nhân có số lượng bạch cầu trung tính bình thường từ 1.5 – 25G/l.

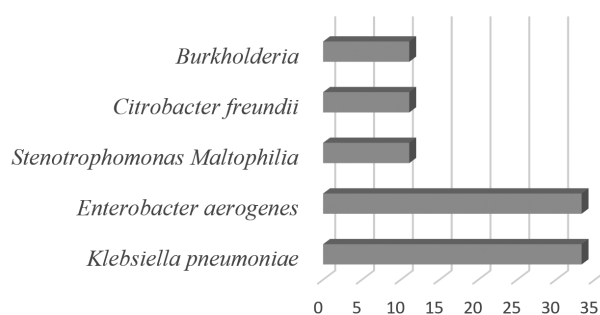
Bảng 5. Chỉ số CRP và Procalcitonin

| Chỉ số CRP và Procalcitonin | n | % |
|-------------------------------------|----|------|
| Chỉ số CRP (mg/l) | | |
| <10 | 19 | 54.3 |
| ≥10 | 16 | 45.7 |
| Chỉ số Procalcitonin (ng/ml) | | |
| <0.5 | 0 | 0 |
| 0.5-2 | 3 | 8.6 |
| 2-10 | 1 | 2.9 |
| >10 | 12 | 34.3 |

Nhận xét: Theo kết quả nghiên cứu, có khoảng 45,7% trong số 35 bệnh nhân nghiên cứu có chỉ số CRP tăng.

Bệnh nhân được chỉ định xét nghiệm Procalcitonin sau 72 giờ tuổi. Trong số 35 bệnh nhân nghiên cứu có khoảng 16 bệnh nhân (45,8%) bệnh nhân được làm xét nghiệm định lượng Procalcitonin. Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số Procalcitonin lớn hơn 10 ng/ml chiếm tới 34,3%. Các bệnh nhân có chỉ số CRP bình thường khi xét nghiệm Procalcitonin đều tăng ≥ 0,5 ng/ml.

Biểu đồ 1. Các tác nhân gây bệnh trên kết quả nuôi cấy



Nhận xét: Trong số 9 bệnh nhân có kết quả cấy máu dương tính 1 mẫu và 2 mẫu. Trong đó dương tính 1 mẫu có 4 bệnh nhân (11,5%), dương tính 2 mẫu có 5 bệnh nhân (14,3%). Các vi khuẩn tìm thấy có 5 vi khuẩn, trong đó gặp nhiều nhất là trực khuẩn Gram âm *Klebsiella pneumoniae* và vi khuẩn Gram âm đường ruột *Enterobacter aerogenes*.

4. BÀN LUẬN

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng biểu hiện lâm sàng của NKH sơ sinh đa dạng, không đặc hiệu, nhiều khi triệu chứng rất nghèo nàn, dễ làm ta nhầm lẫn với triệu chứng của bệnh khác [3]. Ở trẻ sơ sinh mắc NKH, triệu chứng sốt không phải là triệu chứng điển hình, ngược lại trẻ còn có thể hạ thân nhiệt, đặc biệt là trẻ đẻ non. Dựa theo kết quả nghiên cứu, triệu chứng sốt gặp ở 37,1% trẻ NKH sơ sinh, còn triệu chứng hạ thân nhiệt gặp ở 17,1% số trẻ nghiên cứu. Kết quả này của chúng tôi tương đương với kết quả của Trần Thị Chuyên [4] (31,5% trẻ có sốt, 13,6% trẻ hạ thân nhiệt).

Triệu chứng hô hấp gặp tỉ lệ khá cao ở 35 bệnh nhân nghiên cứu, trong đó tím là triệu chứng hay gặp nhất, chiếm tới 91,4%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trần Thị Chuyên (81% bệnh nhân có biểu hiện suy hô hấp) và nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh Mai (65,7% trẻ NKH có triệu chứng suy hô hấp) [4], [5]. Từ kết luận trên ta thấy ở trẻ sơ sinh NKH cần được theo dõi kịp thời triệu chứng hô hấp để hỗ trợ thông khí kịp thời.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng rối loạn tiêu hóa thường gặp là nôn, bú kém và bụng chướng. Ỉa máu là triệu chứng ít gặp nhất (chỉ 2 trường hợp chiếm 5,7%). Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh Mai (83,8% trẻ NKH có triệu chứng nôn) [5].

Những thay đổi số lượng bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính phản ánh khả năng phản ứng của cơ thể với tình trạng nhiễm trùng. Tăng bạch cầu là biểu hiện đáp ứng của cơ thể để chống lại tác nhân gây nhiễm khuẩn, ngược lại giảm bạch cầu thể hiện tình trạng trẻ quá yếu không phản ứng được với các yếu tố nhiễm khuẩn. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng 14,3% số trẻ có số lượng bạch cầu lon hơn 30.000/mm³, và 5,7% số trẻ có số lượng bạch cầu nhỏ hơn 5000/mm³. Nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra rằng tăng bạch cầu không được phát hiện trong một phần ba số trường hợp được chẩn đoán nhiễm trùng huyết [2]. Sự hiện diện của giảm bạch cầu trung tính có giá trị hơn so với tăng bạch cầu trung tính, đặc biệt là trong 48 giờ đầu sau sinh trong chẩn đoán nhiễm trùng huyết. Ngoài ra, tăng huyết áp, mẹ sốt, ngạt, hội chứng hít phân su, cách sinh, xuất huyết quanh não thất, tăng hồng cầu lưới, tràn khí màng phổi được biết là có ảnh hưởng đến số lượng bạch cầu trung tính.

CRP được kích thích tổng hợp bởi các cytokine, chủ yếu là interleukin-6 (IL-6), IL-1 và yếu tố hoại tử khối u- α (TNF- α). Thời gian bán hủy của nó là từ 24-48 giờ. Phải mất 10-12 giờ để nó đạt đến mức có thể đo được trong huyết thanh, vì vậy độ tin cậy của nó thấp trong chẩn đoán sớm nhiễm trùng sơ sinh. Các phép đo CRP nối tiếp đã được chứng minh là làm tăng độ nhạy trong chẩn đoán nhiễm trùng huyết từ 24 đến 48 giờ sau khi xuất hiện các triệu chứng. Mặc dù nồng độ CRP trong

huyết thanh tăng chủ yếu khi bị nhiễm trùng, nó cũng có thể tăng lên do các nguyên nhân không nhiễm trùng, chẳng hạn như vỡ ối sớm, mẹ sốt, suy thai, sinh khó và ngạt chu sinh. Điều này khiến CRP có độ đặc hiệu thấp đối với nhiễm trùng sơ sinh sớm. Theo kết quả nghiên cứu, có khoảng 45,7% trong số 35 bệnh nhân nghiên cứu có chỉ số CRP tăng.

Mức độ PCT tăng nhanh sau 2-4 giờ sau khi tiếp xúc với nội độc tố của vi khuẩn, đạt mức cao nhất trong 6-8 giờ và duy trì ở mức cao trong 24 giờ. Thời gian bán hủy của PCT là 24-30 giờ. Do sự gia tăng nhanh chóng của nó khi bắt đầu nhiễm trùng huyết do vi khuẩn, nó được coi là một dấu hiệu tốt hơn để chẩn đoán sớm nhiễm trùng sơ sinh so với CRP. Ở trẻ sơ sinh khỏe mạnh, nồng độ PCT trong huyết tương tăng dần sau khi sinh, đạt mức cao nhất trong khoảng 24 giờ (trong khoảng 0,1-20 ng/mL), sau đó giảm xuống giá trị bình thường dưới 0,5 ng/mL trong 48-72 giờ [6]. Theo nghiên cứu của chúng tôi: Trong số 35 bệnh nhân nghiên cứu có khoảng 45,7% bệnh nhân được làm xét nghiệm định lượng Procalcitonin, hầu hết các bệnh nhân này không có chỉ số CRP tăng cao và tất cả các bệnh nhân được làm xét nghiệm này đều có kết quả Procalcitonin > 0,5 ng/ml. Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số Procalcitonin lớn hơn 10 ng/ml chiếm tới 34,3. Đây có thể là xét nghiệm giúp chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết khi CRP không tăng, nó cũng giúp theo dõi điều trị nhiễm khuẩn huyết bằng kháng sinh.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có tới 74,2% số trẻ trong nhóm nghiên cứu có kết quả cấy máu âm tính, chỉ có 14,3% trong số 35 trẻ có kết quả cấy máu dương tính 2 mẫu. Tỷ lệ cấy máu dương tính tương đối thấp cho thấy rằng tuy là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết nhưng do độ nhạy thấp nên không thể hoàn toàn dựa vào xét nghiệm này để chẩn đoán và điều trị NKH sơ sinh. Theo các nghiên cứu khác tỷ lệ cấy máu dương tính cũng không cao lần lượt là 10,3% và 24,4% với nhiễm khuẩn sơ sinh khởi phát sớm và muộn và gặp nhiều nhất là vi khuẩn Gram âm [7].

Trong số 9 bệnh nhân có kết quả cấy máu dương tính 1 mẫu và 2 mẫu, các vi khuẩn tìm thấy có 5 vi khuẩn, trong đó gặp nhiều nhất là trực khuẩn Gram âm *Klebsiella pneumoniae* và vi khuẩn Gram âm đường ruột *Enterobacter aerogenes*.

Trước đây nhiễm khuẩn huyết sơ sinh thường đề cập đến nguyên nhân liên cầu nhóm B hay E.coli... Tuy nhiên các nghiên cứu gần đây đã nói tới trực khuẩn Gram âm là nguyên nhân thường gặp nhất. Nghiên cứu của Trần Thị Chuyên cũng cho thấy *Klebsiella pneumonia* chiếm tỷ lệ cao nhất là 47,7% [4].

5. KẾT LUẬN

Các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng hơn nữa tiêu

chuẩn vàng để chẩn đoán là cấy máu dương tính đạt tỷ lệ thấp không điển hình nên quá trình chẩn đoán bệnh còn gặp nhiều khó khăn.

Procalcitonin có giá trị hơn CRP trong chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết sơ sinh. Hai chỉ số này cũng được sử dụng trong quá trình theo dõi đáp ứng với liệu pháp điều trị bệnh.

Vì khuẩn Gram âm là nguyên nhân gây bệnh thường gặp trong nghiên cứu của chúng tôi cũng như các nghiên cứu khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Wang H, Liddell CA, Coates MM et al., Global, regional, and national levels of neonatal, infant, and under-5 mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet Lond Engl*, 384(9947), 2014, 957–979.
- [2] Odabasi IO, Bulbul A, Neonatal Sepsis. *Med Bull Sisli Etfal Hosp*, 54(2), 2020, 142–158.
- [3] Singh M, Alsaleem M, Gray CP, Neonatal Sepsis. *StatPearls*. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL), 2023.
- [4] Trần Thị Chuyên, Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và rối loạn đông máu ở trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn huyết tại khoa Sơ sinh Bệnh viện Nhi Trung ương, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú chuyên ngành nhi khoa trường Đại học Y Hà Nội, 2012.
- [5] Nguyễn Thị Quỳnh Mai, Một số nhận xét về đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh tại khoa Sơ sinh Bệnh viện Nhi Trung ương, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, chuyên ngành nhi khoa Đại học Y Hà Nội, 2012.
- [6] Stocker M, Fontana M, El Helou S et al., Use of procalcitonin-guided decision-making to shorten antibiotic therapy in suspected neonatal early-onset sepsis: prospective randomized intervention trial. *Neonatology*, 97(2), 2010, 165–174.
- [7] Jatsho J, Nishizawa Y, Pelzom D et al., Clinical and Bacteriological Profile of Neonatal Sepsis: A Prospective Hospital-Based Study. *Int J Pediatr*, 2020, 1835945.



THE SITUATION OF IRON DEFICIENCY ANEMIA IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD TREATED AT THE PEDIATRICS DEPARTMENT OF DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2020

Nguyen Xuan Quang*, Phan Thi Thanh Binh,
Pham Thi Lam Lien, Ngo Thanh Tu, Le Thi Loan

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 28/07/2023; Accepted: 31/08/2023

ABSTRACT

Objective: To assess the situation of iron deficiency anemia treatment in children under 5 years old at the Pediatrics Department of Duc Giang General Hospital.

Subject and method: This was a descriptive study conducted on a series of cases involving 44 patients diagnosed with iron deficiency anemia and receiving treatment at the Pediatrics Department of Duc Giang General Hospital from April 1, 2020, to August 30, 2020.

Results: The age group of 6 to 24 months had the highest proportion (72.7%), with a male-to-female ratio of 1.3:1. Common clinical symptoms observed were pallor (86.4%), mucosal pallor (70.5%), and other symptoms such as irritability (15.9%), poor appetite (13.6%), and spoon-shaped nails (0%). Blood tests showed a mean hemoglobin concentration of 102.7 ± 5.4 g/l, mean corpuscular volume (MCV) of 69.4 ± 9.4 fl, mean corpuscular hemoglobin (MCH) of 23.2 ± 2.7 pg. The average serum iron and Ferritin concentrations showed a significant decrease of 9.6 ± 1.9 μ g/l.

Conclusion: Iron deficiency anemia in children was mainly mild to moderate. Common clinical findings included low hemoglobin, MCV, MCH values, as well as decreased serum iron and Ferritin levels.

Keywords: Iron deficiency anemia, children, nutrition.

*Corresponding author

Email address: quangtam8789@gmail.com

Phone number: (+84) 988748528

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

THỰC TRẠNG THIẾU MÁU THIẾU SẮT Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NHI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2020

Nguyễn Xuân Quang*, Phan Thị Thanh Bình,
Phạm Thị Lam Liên, Ngô Thanh Tú, Lê Thị Loan

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 28/07/2023; Ngày duyệt đăng: 31/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Thực trạng thiếu máu thiếu sắt ở trẻ em dưới 5 tuổi điều trị tại khoa Nhi Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả một loạt ca bệnh gồm 44 bệnh nhân được chẩn đoán thiếu máu thiếu sắt vào điều trị tại khoa Nhi Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ 01/04/2020 đến 30/08/2020.

Kết quả: Nhóm tuổi từ 6 tháng đến 24 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (72,7%), trong đó tỷ lệ mắc bệnh trẻ trai/gái là 1,3:1. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là da xanh (86,4%), niêm mạc nhợt (70,5%), một số triệu chứng khác có thể gặp là quấy khóc (15,9%), ăn kém (13,6), khúa móng (0%). Xét nghiệm máu có nồng độ Hb trung bình $102,7 \pm 5,4$ g/l, chỉ số MCV trung bình $69,4 \pm 9,4$ fl, MCH trung bình $23,2 \pm 2,7$ pg. Nồng độ sắt và Ferritin huyết thanh trung bình giảm rõ rệt $9,6 \pm 1,9$ μ g/l.

Kết luận: Trẻ em thiếu máu thiếu sắt chủ yếu mức độ nhẹ và vừa. Cận lâm sàng thường gặp có nồng độ Hb, MCV, MCH thấp, chỉ số sắt huyết thanh, Ferritin huyết thanh giảm.

Từ khóa: Thiếu máu thiếu sắt, trẻ em, dinh dưỡng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu thiếu sắt là bệnh thiếu hụt dinh dưỡng phổ biến nhất trên thế giới hiện nay tập trung chủ yếu ở trẻ dưới 5 tuổi và phụ nữ có thai. Tỷ lệ hiện mắc thiếu máu thiếu sắt trên toàn thế giới đang ở mức đáng báo động có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng [1], [2]. Tại Việt Nam năm 2018 theo báo cáo của Viện Dinh dưỡng Quốc gia, tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi thiếu máu thiếu sắt là 29,2%, tỷ lệ này cao hơn nhiều ở khu vực trung du và miền núi. Mặc dù tỉ lệ này ở nước ta hiện nay đã giảm so với trước đây nhờ sự phát triển của điều kiện kinh tế xã hội, nhưng vẫn còn tỷ lệ cao [3]. Việc điều trị thiếu máu do thiếu sắt đơn thuần chỉ yêu cầu sử dụng sắt, tuy nhiên, có rất nhiều lý do mà cho đến nay hàng triệu bệnh nhân không được điều trị đầy đủ, tỷ lệ tái phát thiếu máu thiếu sắt cao. Khi thiếu hụt sắt kéo dài dẫn đến thiếu máu, gây

ảnh hưởng lớn đến sức khỏe của trẻ đặc biệt là phát triển của não bộ và hệ miễn dịch [4], [5], vì vậy thiếu máu thiếu sắt cần phải được phát hiện sớm, kiểm soát tốt đặc biệt là phòng ngừa thiếu máu thiếu sắt. Tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang hàng năm trung bình có trên 5000 trẻ nhập viện nội trú, trong đó tỷ lệ trẻ thiếu máu thiếu sắt rất thường gặp. Xuất phát từ vấn đề này chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu khảo sát thực trạng, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ em dưới 5 tuổi điều trị tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang tiến cứu hàng loạt ca.

*Tác giả liên hệ

Email: quangtam8789@gmail.com

Điện thoại: (+84) 988748528

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa Nhi Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ 01/04/2020 đến 30/08/2020.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân là các trẻ từ 1 tháng đến 5 tuổi được chẩn đoán thiếu máu thiếu sắt điều trị nội trú, người chăm sóc trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ là các trường hợp trẻ thiếu máu thiếu sắt điều trị ngoại trú, hoặc người chăm sóc trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Chọn cỡ mẫu thuận tiện các bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được đưa vào nghiên cứu.

2.5. Biến số/ chỉ số/ nội dung/ chủ đề nghiên cứu: Thông tin chung về nhóm đối tượng, đặc điểm lâm sàng của đối tượng, chỉ số xét nghiệm về huyết học về sinh hóa của trẻ trong nghiên cứu.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: Bảng và bộ câu hỏi phỏng vấn được kiểm tra đầy đủ các thông tin và kiểm tra lại thông tin thiếu, nghi ngờ qua điện thoại trước khi nhập số liệu.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng các phép thống kê mô tả cho biến định lượng và định tính.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành dưới sự tuân thủ về mặt y đức, được sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ 01/04/2020 đến 30/08/2020 có 44 trẻ từ 1 tháng đến 5 tuổi thiếu máu thiếu sắt điều trị nội trú tại khoa Nhi, Bệnh viện đa khoa Đức Giang đủ tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào phân tích.

Bảng 1. Các đặc điểm của trẻ trong nghiên cứu

| Các đặc điểm của trẻ | | n/N | % |
|----------------------------|-------------|-------|------|
| Nhóm tuổi | <6 tháng | 3/44 | 6,8 |
| | 6-24 tháng | 32/44 | 72,7 |
| | >24 tháng | 9/44 | 21,5 |
| Giới | Nam | 25/44 | 56,8 |
| | Nữ | 19/44 | 43,2 |
| Tuổi thai | Đủ tháng | 9/44 | 20,5 |
| | Thiếu tháng | 35/44 | 79,5 |
| Cân nặng khi sinh < 2500gr | | 19/44 | 43,2 |

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ em thiếu máu thiếu sắt từ 6 tháng đến 24 tháng chiếm 72,7%. Tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ trai và trẻ gái là 1,3:1, trong đó 79,5% trẻ đẻ non thiếu tháng, 43,2% trẻ có cân nặng khi sinh < 2500 gram.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng của trẻ trong nghiên cứu

| Triệu chứng lâm sàng | n/N | % |
|----------------------|-------|------|
| Da xanh | 38/44 | 86,4 |
| Niêm mạc nhợt | 31/44 | 70,5 |
| Quấy khóc | 7/44 | 15,9 |
| Ăn kém | 6/44 | 13,6 |
| Khí móng | 0/44 | 0 |

Nhận xét: Các triệu chứng lâm sàng hay gặp là da xanh (86,4%), niêm mạc nhợt (70,5%). Tỷ lệ trẻ quấy khóc (15,9%), ăn kém (13,6%). Tỷ lệ trẻ có khí móng chiếm 0%.

Bảng 3. Một số chỉ số huyết học và sinh hóa của trẻ trong nghiên cứu

| Chỉ số | Thiếu máu thiếu sắt | Không thiếu máu | Chung | p |
|-----------------|---------------------|-----------------|------------|--------|
| HC (T/l) | 4,5±0,5 | 4,6±0,5 | 4,6±0,5 | <0,05 |
| Hb (g/l) | 102,7±5,4 | 118,5±8,6 | 113,3±10,7 | <0,001 |
| MCV (fl) | 69,4±9,4 | 75,9±7,8 | 74,3±8,7 | <0,001 |
| MCH (pg) | 23,2±2,7 | 25,6±2,4 | 24,9±2,7 | <0,001 |
| MCHC (g/l) | 327,0±15,4 | 330,9±32,1 | 329,9±27,7 | >0,05 |
| Fe (mmol/l) | 5,6±2,2 | 10,8±4,2 | 9,6±4,3 | <0,001 |
| Ferritin (µg/l) | 9,6±1,9 | 33,5±37,1 | 29,8±37,7 | <0,001 |

Nhận xét: Hb trung bình, MCV, MCH của nhóm thiếu máu thiếu sắt thấp hơn so với nhóm không thiếu máu. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nồng độ sắt huyết thanh trung bình của nhóm TMTS thấp hơn nhóm không thiếu máu (5,6±2,2 so với 10,8±4,2). Nồng độ Ferritin trung bình của nhóm TMTS thấp hơn nhóm không thiếu máu (9,6±1,9 so với 33,5±37,1).

4. BÀN LUẬN

Trong khoảng thời gian từ 01/04/2020 đến 30/08/2020, chúng tôi tiến hành nghiên cứu 44 trẻ thiếu máu thiếu sắt điều trị tại khoa Nhi Bệnh viện đa khoa Đức Giang, kết quả nhóm tuổi từ 6 tháng đến 24 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất (72,7%). Trẻ trai có xu hướng bị bệnh nhiều hơn trẻ gái, với tỷ lệ trẻ trai/gái là 1,3:1. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đinh Kim Điệp tỷ lệ trẻ thiếu máu thiếu sắt gấp cao nhất ở nhóm 6-24 tháng tuổi (chiếm 66,9%), tỷ lệ trẻ trai/gái là 1,3:1 [6]. Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Hà, nhóm tuổi này cũng chiếm tỉ lệ cao 66,3%, tỷ lệ trẻ trai/gái là 1,7:1 [7]. Ở lứa tuổi này lượng sữa mẹ cung cấp cho trẻ ngày một giảm, nhu cầu của trẻ ngày một tăng, trẻ tiếp xúc với môi trường nhiều hơn, tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng đường ruột cao do trẻ bắt đầu tiếp xúc với môi trường bên ngoài, tình trạng bệnh lý cấp đặc biệt là tiêu chảy cũng làm giảm hấp thu dinh dưỡng trong khẩu phần ăn, thêm vào đó là tình trạng nhiễm trùng tăng do đó dễ ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất nói chung và quá trình tạo máu nói riêng, chính vì thế ở giai đoạn này tỷ lệ thiếu máu cao nhất. hơn nên tỷ lệ TMTS ở lứa tuổi này là cao nhất. Tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt ở trẻ dưới 6 tháng thấp hơn trẻ từ 6- 24 tháng tuổi là do ở lứa tuổi này trẻ chỉ bú mẹ nên ít có nguy cơ thiếu máu dinh dưỡng.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy triệu chứng lâm sàng ở trẻ thiếu máu thiếu sắt hay gặp nhất da xanh 86,4%, niêm mạc nhợt 70,5%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà với tỷ lệ da xanh, niêm mạc nhợt lần lượt là 100% và 70,5% [7]. Có thể do nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu gặp ở thể nhẹ và vừa nên có những bệnh nhân chưa ghi nhận triệu chứng da xanh trên lâm sàng, mà chỉ phát hiện được khi trẻ nằm điều trị vì các bệnh cấp tính khác. Điều này hoàn toàn cũng phù hợp với các triệu chứng thiếu máu thiếu sắt đó là da xanh nhiều không tương xứng với niêm mạc nhợt không nhiều. Các triệu chứng ít gặp hơn bao gồm quấy khóc, ăn kém, khía móng có tỷ lệ lần lượt là 15,9%, 13,6% và 0%.

Bảng 3 cho thấy những bất thường trong xét nghiệm máu của trẻ em thiếu máu thiếu sắt. Nhìn chung, chủ yếu trẻ em có thiếu máu thiếu sắt mức độ nhẹ và vừa, không có mức độ nặng. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà tại bệnh viện đa khoa Quảng Ninh, và cũng phù hợp với nghiên cứu của Đinh Kim Điệp và cộng sự [6]. Nồng độ Hb trung bình 113,3 g/l, Hb trung bình của nhóm thiếu máu thiếu sắt là 102,7 và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Ngoài ra nồng độ trung bình của MCV và MCH ở nhóm thiếu máu thiếu sắt cũng thấp hơn rõ rệt so với nhóm không thiếu máu. Điều này cũng phù hợp vì thiếu máu thiếu sắt là thiếu máu thiếu nguyên liệu thật sự, vì vậy khi thiếu sắt sẽ ảnh hưởng tới quá trình tổng hợp hemoglobin, làm cho thể tích hồng cầu MCV sẽ giảm xuống (69,4±9,4

so với 75,9±7,8 fL), và nồng độ Hemoglobin hồng cầu giảm theo (23,2±2,7 so với nhóm không thiếu máu là 25,6±2,4 pg). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Nồng độ sắt huyết thanh của nhóm thiếu máu thiếu sắt giảm rõ rệt so với nhóm không thiếu máu (5,6±2,2 so với 10,8±4,2 mmol/l), chỉ số Ferritin huyết thanh cũng giảm nhiều so với nhóm không thiếu máu (9,6±1,9 so với 33,5±3,7 microgam/l). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Đinh Kim Điệp và cộng sự [6], đồng thời cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà tại Bệnh viện đa khoa Quảng Ninh là nồng độ sắt huyết thanh trung bình là 3,75mmol/l [7].

5. KẾT LUẬN

Trẻ em thiếu máu thiếu sắt chủ yếu mức độ nhẹ và vừa. Nhóm tuổi trẻ em từ 6-24 tháng tuổi thiếu máu thiếu sắt chiếm tỉ lệ cao. Triệu chứng lâm sàng của trẻ em thiếu máu thiếu sắt thường gặp là da xanh, niêm mạc nhợt, một số ít có quấy khóc, ăn kém. Cận lâm sàng có nồng độ Hb, MCV, MCH thấp, chỉ số sắt huyết thanh, Ferritin huyết thanh giảm rõ rệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Stoltzfus RJ, "Iron deficiency: Global prevalence and consequences", Food Nutr Bull, 2003.
- [2] Jennifer Janus and Sarah K Moerschel, "Evaluation of Anemia in Children", American Family Physician, 2010.
- [3] Viện Dinh dưỡng Quốc gia, "Báo cáo tóm tắt Tổng điều tra dinh dưỡng 2009-2010", 2012.
- [4] Jayaweera JAAS, Reyes M. & Joseph A, "Childhood iron deficiency anemia leads to recurrent respiratory tract infections and gastroenteritis", Scientific Reports, 2019.
- [5] Behairy OG, Mohammad OI, Elshaer OS, "Iron-deficiency anemia as a risk factor for acute lower respiratory tract infections in children younger than 5 years", Egypt J Bronchol, 2018.
- [6] Đinh Kim Điệp, Phạm Trung Kiên, "Thiếu máu thiếu sắt ở bệnh nhân dưới 5 tuổi tại khoa Nhi, Bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên", Tạp chí Y học thực hành, số 3, 2010.
- [7] Nguyễn Thị Thu Hà, "Nhận xét đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm thiếu máu thiếu sắt ở trẻ em dưới 5 tuổi tại BV đa khoa Quảng Ninh 2017", Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh, 2017.



THE SITUATION OF MULTI-FACTOR CONTROL IN TYPE 2 DIABETES OUTPATIENTS AT THE ENDOCRINOLOGY CLINIC, DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2022

Nguyen Thu Yen*, Tran Thi Oanh,
Nguyen Thi Thu Hoai, Luu Ngoc Hien, Nguyen Thi Thuy Duong

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 03/08/2023; Accepted: 25/08/2023

ABSTRACT

Objective: To assess glycaemic control and some risk factors in patients with type 2 diabetes and exploring factors related to glycaemic control in type 2 diabetes treated as outpatients at the Endocrinology clinic Duc Giang General Hospital.

Subject and method: This was a cross sectional study.

Results: A total of 500 patients with type 2 diabetes, demographic characteristics: 43,8% male, 56,2% female; 39,4% in the age group 60-69 years, 47,4% in the age group ≥ 70 years, make up the majority. 46,2% had a controlled glycaemic level, controlled HbA1C: 38%, controlled hypertension: 41,3%, controlled lipidemia: LDL-C: 30%; HDL-C: 62%; TG: 41,6%, controlled BMI: 46,6%, 2 factors controlled HbA1C and hypertension: 17,4%, 4 factors controlled HbA1C, huyétáp, LDL-C, BMI: 3%. Factors that affect glycaemic control: This study reveals that poor glycaemic control was common among type 2 diabetes in the group of non-compliance with treatment ($p < 0,01$). Good adherence to diet and exercise will achieve better glycaemic control than the non-compliance group ($p < 0,01$). The longer the duration of type 2 diabetes, the worse the tendency to glycaemic control ($p < 0,05$).

Conclusion: There was a statistically significant relationship between adherence to diet, exercise, medication adherence and duration of diabetes with glycaemic control.

Keywords: Type 2 diabetes, glycaemic control, multi-factor control.

*Corresponding author
Email address: Thuuyen16@gmail.com
Phone number: (+84) 983866400
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

THỰC TRẠNG KIỂM SOÁT ĐA YẾU TỐ Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI PHÒNG KHÁM NỘI TIẾT BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2022

Nguyễn Thu Yên*, Trần Thị Oanh,
Nguyễn Thị Thu Hoài, Lưu Ngọc Hiền, Nguyễn Thị Thùy Dương

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 03/08/2023; Ngày duyệt đăng: 25/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét tình hình kiểm soát đường máu và một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại phòng khám Nội tiết Bệnh viện đa khoa Đức Giang và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kiểm soát glucose máu ở nhóm đối tượng nghiên cứu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Kết quả: 500 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tại phòng khám Nội tiết, tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu kiểm soát glucose đói: 46,2%, kiểm soát HbA1C: 38%, kiểm soát huyết áp: 41,3%, kiểm soát lipid máu: LDL-C: 30%; HDL-C: 62%; TG: 41,6%, kiểm soát BMI: 46,6%, kiểm soát 2 yếu tố HbA1C và huyết áp: 17,4%, kiểm soát 2 yếu tố HbA1C và LDL-C: 11%, kiểm soát 3 yếu tố HbA1C, huyết áp, LDL-C: 5,6%, kiểm soát 4 yếu tố HbA1C, huyết áp, LDL-C, BMI: 3%. Các yếu tố ảnh hưởng đến kiểm soát glucose máu: Tuân thủ tốt chế độ ăn và tập luyện sẽ đạt hiệu quả kiểm soát glucose máu tốt hơn nhóm không tuân thủ ($p < 0,01$), tuân thủ điều trị thuốc ĐTĐ sẽ đạt hiệu quả kiểm soát glucose máu tốt hơn nhóm không tuân thủ ($p < 0,01$), thời gian mắc bệnh càng dài thì kiểm soát glucose máu càng kém ($p < 0,05$).

Kết luận: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa việc tuân thủ chế độ ăn và tập luyện, tuân thủ điều trị thuốc và thời gian mắc bệnh với việc kiểm soát glucose máu.

Từ khóa: Đái tháo đường typ 2, kiểm soát đường máu, kiểm soát đa yếu tố.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một trong những bệnh lý phổ biến đặc trưng bởi tình trạng rối loạn chuyển hoá glucid mạn tính. Sự bùng nổ toàn cầu của ĐTĐ typ 2 đang là một vấn đề sức khỏe cộng đồng lớn, với tỷ lệ mắc ở người trưởng thành trên toàn thế giới vào năm 2014 ước tính khoảng 8,5% dân số thế giới tương ứng với 422 triệu người [1] [2].

ĐTĐ gồm có 2 typ trong đó ĐTĐ typ 2 là phổ biến nhất, tiến triển thầm lặng gây ra nhiều biến chứng ở não, mắt, tim, thận, mạch máu, thần kinh... ảnh hưởng tới tuổi

thọ, chất lượng cuộc sống và đòi hỏi kinh phí điều trị cao trở thành gánh nặng kinh tế cho cá nhân, gia đình, xã hội. Kiểm soát glucose máu chặt chẽ đã được chứng minh giúp ngăn ngừa và làm chậm sự xuất hiện các biến chứng ở bệnh nhân ĐTĐ [3].

Nhằm mục đích hiểu rõ hơn thực trạng kiểm soát đường máu và các yếu tố nguy cơ ở BN ĐTĐ typ 2, từ đó giúp tăng cường hiệu quả trong công tác điều trị, hạn chế các biến chứng ở bệnh nhân ĐTĐ, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Thực trạng kiểm soát đa yếu tố ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại phòng khám Nội tiết Bệnh viện đa khoa Đức Giang”.

*Tác giả liên hệ

Email: Thuuyen16@gmail.com

Điện thoại: (+84) 983866400

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích, nghiên cứu định lượng.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- **Thời gian:** Từ tháng 04/2022 đến hết tháng 09/2022

- **Địa điểm:** Phòng khám Nội tiết – Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán ĐTĐ typ 2 đang được điều trị ngoại trú tại phòng khám Nội tiết Bệnh viện đa khoa Đức Giang đáp ứng với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

- **Tiêu chuẩn chọn lựa bệnh nhân**

Bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường typ 2, tuổi ≥ 18 ở thời điểm nghiên cứu. Chẩn đoán ĐTĐ typ 2 áp dụng tiêu chuẩn của hiệp hội ĐTĐ Mỹ (ADA) 2010 theo hướng dẫn của Bộ Y tế 2020 [4].

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** ĐTĐ thứ phát, ĐTĐ trong thai kỳ, BN mắc bệnh ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose: cường giáp, suy giáp, Cushing, to đầu chi, BN có những biến chứng đường huyết nặng cấp tính như hôn mê toan ceton, hôn mê tăng áp lực thẩm thấu, BN mắc các bệnh nhiễm trùng cấp tính và các bệnh cấp tính khác, BN dùng các thuốc làm ảnh hưởng đến nồng độ glucose máu (corticoid...)

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

$$n = 1,96^2 \times p(1-p)/d$$

Tính được cỡ mẫu làm tròn là 500 BN sau khi đã cộng thêm 5% để giải thích cho bất kỳ lỗi nào trong nghiên cứu.

Chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống: những BN làm xét nghiệm sinh hóa có số thứ tự 1, 5, 10, 15, 20, 25... sẽ được chọn vào nghiên cứu.

2.5. Biến số/ chỉ số/ nội dung/ chủ đề nghiên cứu: Tuổi, giới, thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ, tiền sử tăng huyết áp, tiền sử rối loạn lipid máu, chiều cao, cân nặng, BMI, vòng bụng, vòng hông, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, Glucose đói, HbA1c, Cholesterol toàn phần, Triglycerid, HDL-C, LDL-C.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu:

Tất cả đối tượng nghiên cứu sau khi được lựa chọn vào mẫu nghiên cứu đều được hỏi bệnh, khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cận lâm sàng theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Lấy máu tĩnh mạch vào buổi sáng, sau nhịn đói 8-12h, sau đó li tâm, lấy huyết thanh và tiến hành làm các xét nghiệm glucose, HbA1C, cholesterol toàn

phần, triglycerid, LDL - C, HDL - C trên máy sinh hóa tự động. Định lượng HbA1C (tỷ lệ% của glucosylate hemoglobin) bằng phương pháp sắc ký lỏng cao áp.

Các kết quả được ghi đầy đủ vào bệnh án nghiên cứu.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 16

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu hoàn toàn không gây hại, nguy hiểm cho người bệnh và đối tượng tham gia nghiên cứu đều được tư vấn đầy đủ về sự cần thiết làm các xét nghiệm và đồng ý tham gia nghiên cứu. Các thông tin cá nhân của bệnh nhân hoàn toàn được bảo mật theo quy định của nghiên cứu khoa học. Nghiên cứu được tiến hành sau khi được thông qua đề cương và được sự đồng ý của ban lãnh đạo Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

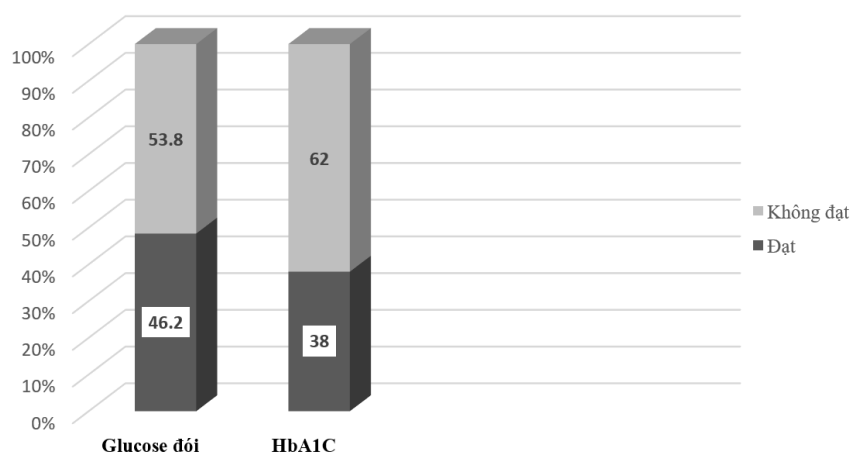
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng chính

| Chỉ số | (X \pm SD) | Thấp nhất | Cao nhất |
|-------------------------|--------------------|-----------|----------|
| Glucose đói (mmol/l) | 7,75 \pm 2,15 | 4,0 | 15,5 |
| HbA1C (%) | 7,69 \pm 1,54 | 5,1 | 15,6 |
| Cholesterol TP (mmol/l) | 5,14 \pm 1,34 | 2 | 10,28 |
| Triglycerid (mmol/l) | 2,56 \pm 2,18 | 0 | 17,9 |
| LDL-C (mmol/l) | 3,09 \pm 0,9 | 0 | 6,5 |
| HDL-C (mmol/l) | 1,39 \pm 0,43 | 0,7 | 3,84 |
| Vòng eo (cm) | 88,32 \pm 8,34 | 56 | 118 |
| Chỉ số WHR | 0,93 \pm 0,06 | 0,62 | 1,26 |
| BMI | 23,4 \pm 2,86 | 17,44 | 23,4 |
| HATT (mmHg) | 135,76 \pm 13,63 | 100 | 170 |
| HATTr (mmHg) | 74,66 \pm 8,51 | 60 | 100 |

Bảng 1 cho thấy Nồng độ Glucose máu đói trung bình là 7,75 \pm 2,15 mmol/l và HbA1C trung bình là 7,69 \pm 1,54%.

Biểu đồ 1. Kết quả kiểm soát đường máu lúc đói và HbA1C



Biểu đồ 1 cho thấy:

- Kiểm soát glucose lúc đói: Tỷ lệ kiểm soát glucose máu lúc đói đạt mục tiêu chiếm 46,2%, không đạt mục

tiêu chiếm 53,8%.

- Kiểm soát HbA1C: Tỷ lệ kiểm soát HbA1C đạt mục tiêu chiếm 38%, không đạt mục tiêu chiếm 62%.

Bảng 2. Phân bố BN kiểm soát đạt 4 yếu tố HbA1C, HA, LDL-C, BMI

| Chỉ số mục tiêu | Số BN (n) | Tỷ lệ (%) |
|------------------------|-----------|-----------|
| Không đạt chỉ tiêu nào | 77 | 15,4 |
| HbA1C | 190 | 38 |
| HbA1C, HA | 87 | 17,4 |
| HbA1C, LDL-C | 55 | 11,0 |
| HbA1C, HA, LDL-C | 28 | 5,6 |
| Cả 4 yếu tố | 15 | 3 |

Bảng 2 cho thấy:

- Có 15,4% bệnh nhân không đạt kiểm soát yếu tố nào.
- Đa số chỉ đạt 1 yếu tố HbA1C chiếm 38%.

- Có 5,6% đạt kiểm soát 3 yếu tố HbA1C, HA, LDL-C.

- Chỉ có 3% đạt kiểm soát cả 4 yếu tố HbA1C, HA, LDL-C, BMI.

Bảng 3. Liên quan giữa kiểm soát glucose máu với thực hiện chế độ ăn

| Mục tiêu | | Không thực hiện | | Không thường xuyên | | Thường xuyên | | p |
|---------------------|-----------|-----------------|------|--------------------|------|--------------|------|-------|
| | | n | % | n | % | n | % | |
| Glucose máu lúc đói | Đạt | 12 | 34,3 | 46 | 36,2 | 173 | 51,3 | 0,005 |
| | Không đạt | 23 | 65,7 | 81 | 63,8 | 164 | 48,7 | |
| HbA1C | Đạt | 5 | 14,3 | 38 | 29,9 | 147 | 43,6 | 0,000 |
| | Không đạt | 30 | 85,7 | 89 | 70,1 | 190 | 56,4 | |
| Tổng | | 35 | 100 | 127 | 337 | 337 | 100 | |

Bảng 3 cho thấy: Tỷ lệ đạt glucose máu lúc đói và HbA1C ở nhóm thực hiện chế độ ăn thường xuyên cao hơn nhóm không thường xuyên và không thực hiện với $p < 0,01$.

Bảng 4. Liên quan giữa kiểm soát glucose máu với tập luyện

| Mục tiêu | | Không thực hiện | | Không thường xuyên | | Thường xuyên | | p |
|---------------------|-----------|-----------------|-----|--------------------|------|--------------|------|-------|
| | | n | % | n | % | n | % | |
| Glucose máu lúc đói | Đạt | 8 | 40 | 45 | 34,1 | 178 | 51,1 | 0,003 |
| | Không đạt | 12 | 60 | 87 | 65,9 | 170 | 48,9 | |
| HbA1C | Đạt | 5 | 25 | 39 | 29,5 | 146 | 42 | 0,02 |
| | Không đạt | 15 | 75 | 93 | 70,5 | 202 | 58 | |
| Tổng | | 20 | 100 | 132 | 100 | 348 | 100 | |

Bảng 4 cho thấy: Tỷ lệ đạt glucose máu lúc đói và HbA1C ở nhóm tập luyện thường xuyên cao hơn nhóm không thường xuyên và không thực hiện với $p < 0,01$.

Bảng 5. Liên quan giữa kiểm soát glucose máu với tuân thủ điều trị

| Chỉ số | | Bỏ thuốc n (%) | Dùng thuốc không đều n (%) | Dùng thuốc đều n (%) | p |
|---------------------|-----------|-------------------|-------------------------------|-------------------------|------|
| Glucose máu lúc đói | Đạt | 1 (50) | 95 (44,4) | 136 (47,9) | 0,45 |
| | Không đạt | 1 (50) | 119 (55,6) | 148 (52,1) | |
| Tổng | | 2 (100) | 214 (100) | 284 (100) | |
| HbA1C | Đạt | 0 (0) | 50 (23,4) | 140 (49,3) | 0,00 |
| | Không đạt | 2 (100) | 164 (76,6) | 144 (50,7) | |
| Tổng | | 2 (100) | 214 (100) | 284 (100) | |

Bảng 5 cho thấy:

$p < 0,01$.

- Tỷ lệ đạt mục tiêu HbA1C ở nhóm dùng thuốc đều cao hơn nhóm dùng thuốc không đều và bỏ điều trị với

- Tỷ lệ đạt glucose máu lúc đói không khác biệt giữa các nhóm với $p > 0,05$.

Bảng 6. Liên quan giữa kiểm soát glucose máu với thời gian mắc bệnh

| Chỉ số | | < 5 năm | 5-10 năm | > 10 năm | p |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|------------|------|
| | | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Glucose máu lúc đói | Đạt | 97 (59,9) | 66 (43,4) | 68 (36,6) | 0,00 |
| | Không đạt | 65 (40,1) | 86 (56,6) | 118 (63,4) | |
| HbA1C | Đạt | 84 (51,9) | 57 (37,5) | 49 (26,3) | 0,00 |
| | Không đạt | 78 (48,1) | 95 (62,5) | 137 (73,7) | |
| Tổng | | 162 (100) | 152 (100) | 186 (100) | |

Bảng 6 cho thấy: Nhóm bệnh nhân mắc bệnh > 10 năm có tỷ lệ không đạt kiểm soát glucose máu lúc đói và HbA1C cao hơn 2 nhóm còn lại, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

4. BÀN LUẬN

Kết quả kiểm soát đường huyết

Kết quả kiểm soát glucose máu lúc đói trung bình trung nghiên cứu: $7,74 \pm 2,16$ mmol/l. Theo mục tiêu kiểm soát glucose lúc đói của ADA 2020, nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 48,4% bệnh nhân có mức glucose lúc đói đạt mục tiêu (4,4-7,2 mmol/l).

Qua các kết quả trên cho thấy tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát HbA1C còn kém, do đó việc hạn chế các biến chứng và tỷ lệ tử vong liên quan đến ĐTĐ là một vấn đề còn rất khó khăn.

Kết quả kiểm soát lipid máu

Tỷ lệ kiểm soát lipid máu đạt mục tiêu điều trị của chúng tôi là: LDL-C 30%, HDL-C 62%, TG 41,6%. Kết quả này, tương đương với các nghiên cứu của: Nguyễn Việt Chiến LDL-C 32,2%, HDL-C 39,4%, TG 40,1% [5]; Trần Thị Lịch LDL-C 57,8%, HDL-C 44,6%, TG 42,1% và Tào Thị Minh Thúy LDL-C 36,63%, HDL-C 33,66%, TG 27,72% [6], [7].

Kiểm soát rối loạn lipid máu chưa đạt do nhiều nguyên nhân, trong đó kiểm soát cân nặng có vai trò quan trọng. Người có BMI càng cao thì khả năng kháng insulin càng cao, tình trạng rối loạn lipid máu càng tăng. Béo trung tâm liên quan đến tăng nồng độ acid béo tự do trong máu làm kích thích gan tăng sản xuất và bài tiết Lipoprotein tỷ trọng rất thấp dẫn đến tăng triglycerid máu. Nắm bắt được tỷ lệ này sẽ giúp bác sỹ điều trị nâng cao công tác tư vấn về chế độ ăn, tập luyện, giảm cân của bệnh nhân trong thời gian tới, nhằm giúp bệnh

nhân kiểm soát cân nặng, thực hành chế độ dinh dưỡng phù hợp hơn.

Kết quả kiểm soát đa yếu tố

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 15,4% bệnh nhân không đạt chỉ tiêu nào. 38% bệnh nhân chỉ đạt kiểm soát HbA1C. Bệnh nhân đạt kiểm soát HbA1C và huyết áp chiếm 17,4%. Tỷ lệ bệnh nhân đạt kiểm soát HbA1C và LDL-C là 11%. Tỷ lệ bệnh nhân đạt kiểm soát 3 yếu tố HbA1C, huyết áp và LDL-C là 5,6%. Chỉ có 3% đạt kiểm soát cả 4 yếu tố.

Nghiên cứu của Nguyễn Việt Chiến tỷ lệ đạt cả 4 mục tiêu là 12,6%, 6% không đạt mục tiêu nào, Chỉ có 4,1% bệnh nhân đạt được tất cả các mục tiêu [5].

Như vậy có thể thấy tỷ lệ đạt kiểm soát đa yếu tố trên bệnh nhân ĐTĐ typ 2 ở hầu hết các nghiên cứu đều thấp cho thấy việc quản lý bệnh hết sức khó khăn, việc đạt được nhiều mục tiêu kiểm soát các yếu tố ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 vẫn là một thách thức lớn đối với các bác sỹ lâm sàng nội tiết. Đặc biệt trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng bệnh nhân cao tuổi, thời gian mắc bệnh kéo dài, thừa cân béo phì chiếm tỷ lệ cao. Mặt khác, có thể do thầy thuốc và bệnh nhân mới chỉ chú trọng điều trị kiểm soát đường máu mà chưa quan tâm đúng tới điều trị tăng huyết áp, lipid máu cũng như kiểm soát cân nặng.

Liên quan giữa kiểm soát glucose máu với thực hiện chế độ ăn và luyện tập

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mối liên quan giữa kiểm soát glucose máu với việc tuân thủ chế độ ăn và luyện tập, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát glucose máu lúc đói và HbA1C ở nhóm thực hiện chế độ ăn thường xuyên là 51,3% và 43,6% cao hơn rõ rệt nhóm không thực hiện chế độ ăn là 34,3% và 14,3% với $p < 0,01$. Tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát glucose máu lúc đói và HbA1C ở nhóm thực

hiện chế độ luyện tập thường xuyên là 51,3% và 43,6% cao hơn rõ rệt nhóm không thực hiện chế độ luyện tập là 34,3% và 14,3% với $p < 0,01$. Nguyễn Việt Chiến và cộng sự cũng nhận thấy, tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát glucose máu lúc đói và HbA1C ở nhóm tuân thủ chế độ ăn là 77,9% và 83,7%, cao hơn so với các nhóm còn lại. Tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát glucose máu đói và HbA1C ở nhóm có tuân thủ tập luyện là 51,7% và 49,6% cao hơn so với các nhóm còn lại [5].

Liên quan giữa kiểm soát glucose máu với tuân thủ điều trị thuốc ĐTD

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận có sự liên quan chặt chẽ giữa kiểm soát HbA1C với việc tuân thủ chế độ điều trị. Ở nhóm dùng thuốc đều tỷ lệ đạt mục tiêu HbA1C là 49,3% cao hơn nhóm dùng thuốc không đều (23,4%), cao hơn nhóm bỏ thuốc (0%) với khác biệt có ý nghĩa $p < 0,01$.

Tỷ lệ kiểm soát glucose máu lúc đói đạt mục tiêu ở nhóm dùng thuốc đều (47,9%) cũng cao hơn nhóm dùng thuốc không đều (44,4%), tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

Nguyễn Việt Chiến cho kết quả tỷ lệ đạt mục tiêu glucose máu và HbA1C ở nhóm bệnh nhân dùng thuốc đều là 96,0% và 95,75% cao hơn nhóm dùng thuốc không đều và bỏ thuốc, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [5].

Liên quan giữa kiểm soát glucose máu với thời gian mắc bệnh

Tỷ lệ đạt kiểm soát glucose lúc đói và HbA1C giảm dần theo thời gian phát hiện bệnh có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Cụ thể, tỷ lệ đạt mục tiêu glucose đói ở nhóm < 5 năm, 5-10 năm và >10 năm lần lượt là 59,9%, 43,4% và 36,6%.

Tỷ lệ đạt mục tiêu HbA1C ở các nhóm < 5 năm, 5-10 năm, >10 năm lần lượt là 51,9%, 37,5%, 26,3%. Các nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự: Nguyễn Thị Lịch, Nguyễn Việt Chiến [5], [6].

5. KẾT LUẬN

Đánh giá thực trạng kiểm soát đa yếu tố trên 500 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại phòng khám Nội tiết Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 04 năm 2022 đến tháng 09 năm 2022, chúng tôi rút ra kết luận như sau: Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu kiểm soát glucose đói: 46,2%, kiểm soát HbA1C: 38%, kiểm soát huyết áp: 41,3%, kiểm soát lipid máu: LDL-C: 30%; HDL-C: 62%; TG: 41,6%, kiểm soát BMI: 46,6%, kiểm soát 2 yếu tố HbA1C và huyết áp: 17,4%, kiểm soát 2 yếu tố HbA1C và LDL-C: 11%, kiểm soát 3 yếu tố HbA1C, huyết áp, LDL-C: 5,6%, kiểm soát 4 yếu tố HbA1C, huyết áp, LDL-C, BMI: 3%. Tuân thủ tốt chế độ ăn và tập luyện sẽ đạt hiệu quả kiểm soát glucose máu tốt hơn nhóm không tuân thủ ($p < 0,01$), tuân thủ điều trị thuốc ĐTD sẽ đạt hiệu quả kiểm soát glucose máu tốt hơn nhóm không tuân thủ ($p < 0,01$), thời gian mắc bệnh càng dài thì kiểm soát glucose máu càng kém ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Guariguata L, Whiting DR, Hambleton I et al., Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035; *Diabetes Res Clin Pract*, 103(2), 2014, 137–149.
- [2] Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants. *Lancet*, 387(10027), 1513–1530.
- [3] Adler AI Stratton IM, W Neil HA et al., Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ*, 321(6), 2000, 405–412.
- [4] Bộ Y tế, Bệnh đái tháo đường, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết - chuyên hóa; Hà Nội, 2015, 174–246.
- [5] Nguyễn Việt Chiến, Thực trạng kiểm soát đa yếu tố ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có tăng huyết áp tại Bệnh viện C Thái Nguyên, Nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, 2019.
- [6] Trần Thị Lịch, Thực trạng về kiểm soát đa yếu tố ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên, 2019.
- [7] Tào Thị Minh Thúy, Thực trạng về kiểm soát đa yếu tố ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tại Bệnh viện Châm cứu TU, Luận văn chuyên khoa 2, Đại học Y Hà Nội, 2020.

EVALUATE THE RELATIONSHIP BETWEEN PLASMA SODIUM CONCENTRATION AND COMPLICATIONS IN CIRRHOSIS IN 2019 - 2020

Le Van Dan*, Nguyen Manh Tuong, Nguyen Van Quang

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 28/07/2023; Accepted: 31/08/2023

ABSTRACT

Aims: To evaluate the relationship between plasma sodium concentration and complications in cirrhosis.

Methods: A cross-sectional descriptive study was performed on 80 patients admitted to the Department of Internal Medicine, Duc Giang General Hospital.

Results: There was a statistically significant difference between Child Pugh index (CP) and MELD, ascites with plasma sodium concentration, in which blood sodium less than 130mmol/l was significant with CP index, MELD and ascites. No difference was found between plasma sodium concentration and hepatic encephalopathy syndrome, esophageal varices. There are insufficient data on complications related to hepatorenal syndrome and infection with ascites.

Conclusions: Plasma sodium concentration is related to the degree of complications, graded ascites, prognosis table of cirrhosis according to CP and MELD.

Keywords: Cirrhosis, sodium, electrolyte disorder.

*Corresponding author
Email address: drdanbvdg@gmail.com
Phone number: (+84) 383528857
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



ĐÁNH GIÁ MỐI LIÊN QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ NATRI HUYẾT TƯƠNG VỚI CÁC BIẾN CHỨNG TRONG BỆNH XƠ GAN NĂM 2019 - 2020

Lê Văn Đán*, Nguyễn Mạnh Tường, Nguyễn Văn Quang

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 28/07/2023; Ngày duyệt đăng: 31/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa nồng độ natri huyết tương với các biến chứng trong bệnh xơ gan.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 80 bệnh nhân nhập viện tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Kết quả: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa chỉ số Child Pugh (CP) và MELD, phân độ cổ trướng với nồng độ natri huyết tương, trong đó natri máu dưới 130mmol/l có ý nghĩa với chỉ số CP, MELD và phân độ cổ trướng. Không thấy sự khác biệt giữa nồng độ natri huyết tương với hội chứng não gan, giãn tĩnh mạch thực quản. Chưa đủ dữ liệu về biến chứng liên quan đến hội chứng gan thận và nhiễm trùng dịch cổ trướng.

Kết luận: Nồng độ natri huyết tương có liên quan tới mức độ các biến chứng phân độ cổ trướng, bằng tiên lượng xơ gan theo CP và MELD.

Từ khóa: Xơ gan, natri huyết tương, rối loạn điện giải.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hạ natri huyết tương thường gặp trong bệnh xơ gan. Nguyên nhân chính do giữ lại lượng dịch tự do khiến natri bị pha loãng. Khi thể tích dịch ngoại bào tăng lên (như giảm Albumin) trong khi thể tích tuần hoàn hiệu quả giảm dẫn đến tái hấp thu natri ở ống lượn gần và tái hấp thu nước ở ống góp. Tuy nhiên nước được tái hấp thu nhiều hơn. Vì vậy natri huyết tương giảm nhưng tổng lượng natri toàn cơ thể không giảm. Hiện nay, bằng chứng về mối quan hệ giữa hạ natri huyết tương và mức độ nghiêm trọng các biến chứng trong bệnh xơ gan đã được chứng minh [1]. Trong đó một số biến chứng nghiêm trọng có liên quan hạ thấp nồng độ natri huyết tương dưới 125mmol/l như hội chứng não gan, nhiễm trùng dịch cổ trướng, hội chứng gan thận. Chính vì vậy, đề tài này có hai mục tiêu. *Mục tiêu 1: Mô tả đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng của bệnh nhân xơ gan điều trị tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang. Mục tiêu 2: Đánh giá mối liên quan giữa nồng độ natri huyết tương với các*

biến chứng trong bệnh xơ gan.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan nhập viện, dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng: hội chứng suy tế bào gan, hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

- Bệnh nhân đã thực hiện xét nghiệm điện giải đồ khi nhập viện.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có ung thư tế bào gan phát hiện lúc nhập viện và trong thời gian điều trị.

- Bệnh nhân có các bệnh ảnh hưởng kết quả điện giải đồ

*Tác giả liên hệ

Email: drdanbvdg@gmail.com

Điện thoại: (+84) 383528857

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

như suy tim, bệnh cầu thận mạn.

- Bệnh nhân đã sử dụng thuốc lợi tiểu trong vòng 1 tháng trước khi nhập viện điều trị.
- Bệnh nhân đang điều trị thuốc kháng vi rút viêm gan B,C.

2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

- **Thời gian nghiên cứu** Từ tháng 6/2019 đến tháng 09/2020.

- **Địa điểm nghiên cứu** khoa Nội tổng hợp Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Thiết kế hồi cứu và tiến cứu.

2.4. Các bước tiến hành nghiên cứu

2.4.1. Khám lâm sàng

Khai thác tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng và các triệu chứng của bệnh xơ gan. Tra cứu hồ sơ và theo dõi điều trị quá trình diễn biến các triệu chứng biến chứng xơ gan.

2.4.2. Cận lâm sàng

Xét nghiệm sinh hóa máu lấy 2ml với ống chống đông làm xét nghiệm điện giải đồ tại khoa Sinh hóa. Các xét nghiệm khác đánh giá xơ gan và các biến chứng: Đông máu cơ bản, Protein, Albumin, HCV, HbsAg, Bilirubin, Nội soi dạ dày thực quản, Xét nghiệm dịch cổ trướng... Các kết quả xét nghiệm điện giải đồ lấy thời điểm nhập viện, các kết quả hình ảnh học lấy tại thời điểm nhập viện hoặc trong vòng ba tháng trở lại đây.

2.5. Các chỉ số nghiên cứu

- Giới, tuổi.
- Nguyên nhân xơ gan: HbsAg, HCV, rượu, nguyên nhân khác.
- Phân loại xơ gan theo bảng điểm Child Pugh (CP) và MELD.
- Cổ trướng: Theo phân loại Câu lạc bộ cổ trướng quốc tế 2007 chia ba độ I, II, III.
- Nhiễm trùng dịch cổ trướng: Theo định nghĩa của Câu lạc bộ cổ trướng quốc tế 2007.
- Xuất huyết tiêu hóa do giãn tĩnh mạch thực quản/dạ dày: Theo phân loại của hội Nội soi Nhật Bản.
- Hội chứng não gan: Theo tiêu chuẩn West Haven từ giai đoạn 0 đến giai đoạn IV.

- Các biến chứng hội chứng gan thận và cổ trướng kháng trị không ghi nhận bệnh nhân trong nghiên cứu này.

- Nồng độ natri huyết tương thời điểm nhập viện được chia thành ba nhóm: Natri > 135 mmol/l, Natri: 130 – 135 mmol/l, Natri < 130 mmol/l.

3. KẾT QUẢ

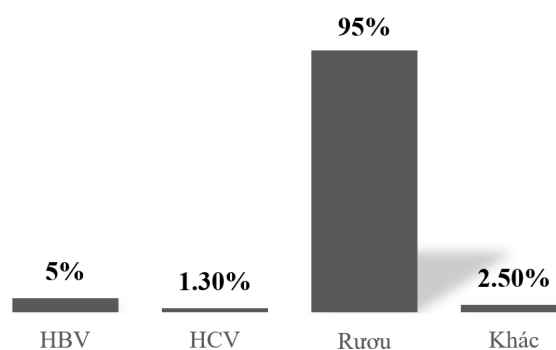
Trong thời gian từ tháng 6/2019 đến tháng 09/2020 nghiên cứu thu tuyển được 80 bệnh nhân.

Bảng 1. Tuổi trung bình theo giới

| Tuổi \ Giới | Số bệnh nhân | TB±SD | P value |
|-------------|--------------|-----------|---------|
| Nam | 77 | 56,6±10,6 | 0,1 |
| Nữ | 3 | 72,0±19,1 | |

Nhận xét: Nam giới chiếm đa số, không có sự khác biệt về tuổi.

Biểu đồ 1. Nguyên nhân xơ gan nhập viện



Nhận xét: Rượu là nguyên nhân phổ biến chiếm 95% bệnh nhân xơ gan nhập viện.

Bảng 2. Bảng điểm Child Pugh và MELD

| | Chỉ số | Số bệnh nhân | Tỷ lệ% |
|--------------|--------------|--------------|--------|
| Phân loại CP | Child-Pugh A | 1 | 16,3 |
| | Child-Pugh B | 35 | 43,8 |
| | Child-Pugh C | 32 | 40 |
| MELD | ≤ 9 | 8 | 10 |
| | 10-19 | 54 | 67,5 |
| | 20-29 | 17 | 21,3 |
| | 30-39 | 1 | 1,2 |

Nhận xét: Child Pugh B và MELD 10-19 chiếm đa số gan mức độ trung bình. trong nghiên cứu. Nghiên cứu chủ yếu bệnh nhân xơ

Bảng 3. Phân nhóm Natri huyết tương

| Phân nhóm natri HT | Số BN | Tỷ lệ |
|--------------------|-------|-------|
| <130 mmol/l | 12 | 15% |
| 130-135 mmol/l | 28 | 35% |
| >135 mmol/l | 40 | 50% |
| Tổng | 80 | 100% |

Nhận xét: Nghiên cứu chia thành ba nhóm, nhóm nhẹ 130-135mmol/l chiếm 35%, nhóm giảm nặng natri bình thường > 135mmol/l chiếm 50%, nhóm giảm < 130mmol/l chiếm 15%.

Bảng 4. Tỷ lệ các biến chứng trên bệnh nhân xơ gan nhập viện

| | Chỉ số | Số bệnh nhân | Tỷ lệ% |
|----------------------------|--------|--------------|--------|
| Cổ trướng | Không | 30 | 37,5 |
| | Độ I | 16 | 20,0 |
| | Độ II | 15 | 18,8 |
| | Độ III | 19 | 23,8 |
| Giãn tĩnh mạch thực quản | Không | 13 | 16,3 |
| | Độ I | 12 | 15 |
| | Độ II | 33 | 41,3 |
| | Độ III | 22 | 27,5 |
| Xuất huyết tiêu hóa | Có | 11 | 13,8 |
| | Không | 69 | 86,3 |
| Hội chứng não gan | Có | 15 | 15 |
| | Không | 68 | 85 |
| Nhiễm trùng dịch cổ trướng | Có | 7 | 20 |
| | Không | 29 | 80 |

Nhận xét: Có sự tương đồng các mức độ cổ trướng. Giãn tĩnh mạch thực quản gặp nhiều nhất ở độ II. Xuất huyết tiêu hóa chỉ ghi nhận có 11 bệnh nhân. Hội chứng não gan có 15 bệnh nhân. Biến chứng Nhiễm trùng dịch cổ trướng có 7 bệnh nhân. Các biến chứng do hồi cứu nên đánh giá không đầy đủ.

Bảng 5. Mối liên quan giữa các biến chứng xơ gan và nồng độ natri huyết tương

| Chỉ số | | Na < 130 | 130 -135 | Na > 135 | P-value |
|---------------------------------------|--------|------------|------------|------------|---------|
| Phân loại CP Số BN (%) | A | 0 (0%) | 3 (10,7%) | 10 (25%) | 0,000 |
| | B | 2 (16,7%) | 9 (32,1%) | 24 (60%) | |
| | C | 10 (83,3%) | 16 (57,1%) | 6 (15%) | |
| MELD (TB±SD) | | 18,75±4,0 | 16,68±5,95 | 13,88±5,64 | 0,016 |
| Cổ trướng Số BN (%) | Không | 0 (0%) | 9 (32,1%) | 21 (52,5%) | 0,000 |
| | Độ I | 2 (16,7%) | 4 (14,3%) | 10 (25%) | |
| | Độ II | 1 (8,3%) | 7 (25%) | 7 (17,5%) | |
| | Độ III | 9 (75%) | 8 (28,6%) | 2 (5,0%) | |
| Giãn TMTQ Số BN (%) | Không | 4 (33,3%) | 5 (17,9%) | 4 (10%) | 0,049 |
| | Độ I | 0 (0,0%) | 2 (7,1%) | 10 (25%) | |
| | Độ II | 4 (33,3%) | 16 (57,1%) | 13 (32,5%) | |
| | Độ III | 4 (33,3%) | 5 (17,9%) | 13 (32,5%) | |
| XHTH Số BN (%) | Có | 1 (8,3%) | 2 (7,1%) | 8 (20%) | 0,305 |
| | Không | 11(91,7%) | 26 (92,9%) | 32 (80%) | |
| Hội chứng não gan Số BN (%) | Có | 5 (41,7%) | 2 (7,1%) | 5 (12,5%) | 0,024 |
| | Không | 7 (58,3%) | 26 (92,9%) | 35 (87,5%) | |
| NTDCT Số BN (%) | Có | 1 (11,1%) | 3 (18,8%) | 3 (27,3%) | 0,759 |
| | Không | 8 (88,9%) | 13 (81,2%) | 8 (72,7%) | |

Giãn TMTQ: Giãn tĩnh mạch thực quản, XHTH: xuất huyết tiêu hóa, NTDCT: nhiễm trùng dịch cổ trướng.

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa cổ trướng, bảng điểm CP, MELD và hội chứng não gan. Không có sự khác biệt ở các biến chứng XHTH, giãn TMTQ, NTDCT với nồng độ natri huyết tương.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 80 bệnh nhân, nam giới có 77 bệnh nhân chiếm 96.3%, nữ giới có 3 bệnh nhân chiếm 3.8%. Nguyên nhân chủ yếu do tình trạng xơ gan do rượu chiếm chủ yếu. Nam giới là nhóm sử dụng rượu phổ biến gây xơ gan. Nguyên nhân xơ gan

hay gặp nhất trong nghiên cứu này là nguyên nhân do rượu, chiếm tỷ lệ 95% với 76 bệnh nhân. Viêm gan B có 4 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 5%. Chỉ có 1 bệnh nhân viêm gan C chiếm tỷ lệ 1,3%. Ngoài ra có 2 bệnh nhân không tìm ra được nguyên nhân xơ gan chiếm tỷ lệ 2,5%.

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi bằng 57,24±11.26, nhỏ nhất 32 tuổi, lớn nhất 84 tuổi. Trong đó, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất từ 41-60 tuổi chiếm 63,8%, nhóm 20-40 tuổi chiếm tỷ lệ ít nhất 5%. Có thể thấy rằng các trường hợp xơ gan do rượu sẽ xuất hiện các biến chứng cần nhập viện điều trị hay gặp nhất trong khoảng tuổi 41-60 tuổi.

Child Pugh (CP) và MELD là hai chỉ số dùng để tiên lượng mức độ nặng trong bệnh xơ gan. Đối với chỉ số CP, chúng tôi thu được kết quả điểm CP trung bình ở ba phân nhóm natri giảm nặng, giảm nhẹ và bình thường lần lượt là $11 \pm 1,3$; $9,29 \pm 2,29$ và $7,68 \pm 1,60$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99% ($p = 0,000$). Trong đó có sự khác biệt rõ ràng giữa nhóm natri huyết tương bình thường và nhóm giảm natri huyết tương. Qua kết quả như vậy, nghiên cứu này chỉ ra rằng hạ natri huyết tương có thể tiên lượng mức độ bệnh xơ gan. Đối với chỉ số MELD, điểm trung bình ở ba phân nhóm natri huyết tương lần lượt là $18,75 \pm 4,00$; $16,68 \pm 5,95$ và $13,88 \pm 5,64$, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Bùi Hữu Hoàng về hạ natri máu mạn trên bệnh xơ gan [2]. Nghiên cứu chỉ ra có mối liên quan giữa hạ natri máu với chỉ số Child Pugh và MELD. Nghiên cứu của Võ Ngọc Khánh Vân, tác giả chỉ so sánh nồng độ natri huyết tương với chỉ số CP và cũng cho kết quả tương tự với nghiên cứu của chúng tôi [3]. Trên thế giới đã có rất nhiều nghiên cứu về CP và MELD, như nghiên cứu của Enaifer và cs, nhận thấy hạ natri huyết tương liên quan tới tiên lượng mức độ nặng bệnh xơ gan [4]. Một nghiên cứu khác tại Hàn, thực hiện trên cỡ mẫu lớn hơn chúng tôi với 188 bệnh nhân, nghiên cứu này cũng chỉ ra nồng độ natri huyết tương có liên quan với chỉ số MELD và CP ($p < 0,05$) [5].

Trong ba phân nhóm natri < 130 mmol/l; $130-135$ mmol/l và > 135 mmol/l, kết quả có mối liên quan giữa phân độ cổ trướng với nồng độ natri ($p = 0,00$). Trong đó cổ trướng độ III gặp tỷ lệ cao nhất ở nhóm natri < 130 mmol/l, và không có cổ trướng gặp tỷ lệ nhiều nhất ở nhóm natri > 135 mmol/l. Như vậy nồng độ natri đã ảnh hưởng rõ ràng tới biến chứng cổ trướng. Điều này có lẽ đã được dự báo trước vì natri có tham gia trong cơ chế hình thành cổ trướng. Bùi Hữu Hoàng năm 2012 với 150 bệnh nhân cũng đã so sánh natri với cổ trướng và đưa ra kết quả có mối liên quan giữa hai yếu tố này ($p=0,04$). Nghiên cứu của Jong Hoon Kim Hàn Quốc 2009, so sánh cổ trướng ở ba phân nhóm natri, kết luận có mối liên quan với $p= 0,04$ [5]. Hầu hết các nghiên cứu khác cùng cho kết quả tương tự.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, với $p=0,049$ kết luận có mối liên quan giữa giãn tĩnh mạch thực quản với nồng độ natri huyết tương. Nhưng kết quả của nghiên cứu của chúng tôi không rõ ràng, do sai số khi hồi cứu. Không có sự liên quan rõ ràng ở nhóm giãn tĩnh mạch thực quản độ II và độ III với nồng độ natri. Tại Việt Nam chưa thấy nghiên cứu về natri máu và mức độ giãn tĩnh mạch thực quản. Trên thế giới đã có nghiên cứu về vấn đề này. Một nghiên cứu tại Hàn Quốc với cỡ mẫu lớn hơn nghiên cứu của chúng tôi, chỉ ra rằng không có mối liên quan nào giữa nồng độ natri với mức độ giãn tĩnh mạch thực quản ($p=0,223$) [5]. Các nghiên cứu đánh giá khác hầu như đều chỉ ra rằng không có mối liên quan giữa nồng độ natri máu với mức độ giãn TMTQ [6].

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do tăng áp lực tĩnh mạch cửa là một biến chứng nặng của bệnh xơ gan. Trong nghiên cứu này có 11 bệnh nhân có và 59 bệnh nhân không có XHTH, không có mối liên quan giữa XHTH và nồng độ natri huyết tương ($p = 0,305$). Nghiên cứu của Bùi Hữu Hoàng và cộng sự cũng có kết quả trùng hợp với nghiên cứu của chúng tôi. Các nghiên cứu khác như nghiên cứu của Kim và cộng sự tại Hàn quốc cũng đưa ra kết quả tương tự ($p=0,352$). Trong nghiên cứu của chúng tôi vì lấy mẫu tại một khoa nội chung nên sẽ khó khách quan trong đánh giá mối liên quan giữa XHTH và natri.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng có mối liên quan giữa hội chứng não gan và nồng độ natri máu ($p=0,024$). Kết quả này tương tự các nghiên cứu tại Việt Nam và thế giới [5]. Tuy nhiên có sự khác biệt khi nghiên cứu của chúng tôi chỉ có hội chứng não gan độ I theo phân loại West Heaven. Trong khi các nghiên cứu trên thế giới với cỡ mẫu lớn hơn và đa dạng bệnh nhân hơn nhận được các nhóm hội chứng não gan từ nhẹ đến nặng. Dù vậy, hầu hết các nghiên cứu đều tìm thấy sự liên quan giữa hội chứng não gan và nồng độ natri. Đặc biệt, trong nhóm natri thấp < 130 mmol/l có tỷ lệ có hội chứng não gan cao hơn nhóm natri giảm nhẹ và bình thường. Natri huyết tương giảm cũng tham gia vào cơ chế phù não, và với trường hợp hạ natri máu mạn là yếu tố tiên lượng các biến chứng nặng của gan như cổ trướng kháng trị, nhiễm khuẩn, và thúc đẩy hình thành hội chứng não gan.

Mối liên quan giữa nồng độ natri và biến chứng nhiễm trùng dịch cổ trướng. Một nguyên nhân lớn nhất đó là chúng tôi chỉ thu thập được 36 mẫu nghiên cứu trên tổng số 80 mẫu có chọc hút dịch màng bụng xét nghiệm. Khi phân tích 36 trường hợp này cho kết quả không có mối liên quan. Tuy nhiên các nghiên cứu khác lại cho kết quả khác. Tác giả Bùi Hữu Hoàng, kết quả của nghiên cứu nhận thấy có liên quan giữa natri huyết tương với tình trạng nhiễm trùng dịch cổ trướng ($p=0,04$). Hoặc của tác giả Kim (Hàn Quốc) cũng ghi nhận mối liên quan giữa natri với nhiễm trùng dịch cổ trướng [5]. Một vài nghiên cứu khác về natri máu và cổ trướng, nhiễm trùng dịch cổ trướng đều đánh giá mối liên quan [8], [7]. Đặc điểm chung của các nghiên cứu này là có đầy đủ số lượng bệnh nhân chẩn đoán về dịch cổ trướng, thuần nhất. Do vậy, nhược điểm của nghiên cứu chúng tôi sẽ cần thêm thời gian để lấy đủ số mẫu nghiên cứu về dịch ổ bụng để phân tích chính xác hơn.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 80 bệnh nhân từ tháng 6/2019 đến tháng 9/2020 tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang, chúng tôi rút ra được các kết luận sau đây:

- Chia natri huyết tương thành ba nhóm: < 130 mmol/l;

130-135mmol/l và >135mmol/l có tỷ lệ lần lượt là 15%, 35% và 50%. Không có mối liên quan giữa tuổi, giới, với nồng độ natri huyết tương.

- Hay gặp nhất phân loại Child Pugh nhóm B và MELD ở 10-19 điểm, đây là các nhóm có tiên lượng trung bình. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa phân nhóm natri huyết tương với điểm số trung bình của chỉ số Child-Pugh ($p=0,000$) và MELD ($p=0,016$). Trong đó, có mối liên quan rõ rệt giữa phân loại Child-Pugh C với nhóm hạ natri máu < 130mmol/l và nhóm hạ natri máu 130-135mmol/l.

- Có mối liên quan giữa phân độ cổ trướng với nồng độ natri huyết tương với mức ý nghĩa 99%. Trong đó, cổ trướng độ III có tỷ lệ gặp nhiều nhất (75%) ở nhóm natri giảm thấp <130 mmol/l, tương tự ở nhóm natri giảm nhẹ 130-135mmol/l. Không có cổ trướng gặp nhiều nhất ở nhóm natri bình thường > 135mmol/l (52,5%).

- Có mối liên quan giữa biến chứng hội chứng não gan với nồng độ natri máu ($p=0,024$). Trong đó, tỷ lệ có hội chứng não gan ở nhóm natri giảm thấp <130 mmol/l là 41,7%, cao hơn so với hai nhóm natri 130-135mmol/l và > 135mmol/l với tỷ lệ lần lượt là 7,1% và 12,5%.

- Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa biến chứng xuất huyết tiêu hóa do tăng áp lực tĩnh mạch cửa, nhiễm trùng dịch cổ trướng ở ba nhóm natri huyết tương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] R N Pugh, I M Murray-Lyon, J L Dawson et al., Transection of the Oesophagus for Bleeding Oesophageal Varices. *Br J Surg*, 60(8), 1973, 646–9.
- [2] Bùi Hữu Hoàng, Nguyễn Khoa Tiến, Hạ natri máu và tiên lượng tử vờn ở bệnh nhân xơ gan mất bù. *Học TP Hồ Chí Minh*, 19(1), 2015, 103–107.
- [3] Võ Ngọc Khánh Vân, Kha Hữu Nhân, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng xơ gan và mối liên quan giữa natri, kali máu với mức độ suy gan ở bệnh nhân xơ gan tại Bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ năm 2014-2015; Trường Đại Học Dược Cần Thơ, 2016
- [4] Ennaifer R, Cheikh M, Romdhane H et al., Hyponatremia in cirrhosis: Risk factors and prognostic value. *Tunis Med*, 94(5), 2016, 401–405.
- [5] Kim JH, Lee JS, Lee SH et al., The association between the serum sodium level and the severity of complications in liver cirrhosis. *Korean J Intern Med*, 24(2), 2009, 106–112.
- [6] Garcia-Tsao G, Abraldes JG, Berzigotti A et al., Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: Risk stratification, diagnosis, and management: 2016 practice guidance by the American Association for the study of liver diseases. *Hepatology*, 65(1), 2017, 310–335.
- [7] Tarsila CR Ribeiro, Julio MF Chebli, Mario Kondo et al., Spontaneous bacterial peritonitis: How to deal with this life-threatening cirrhosis complication? *Ther Clin Risk Manag*, 4(5), 2008, 919–925.
- [8] Sundaram V, Manne V, Al-Osaimi AMS, Ascites and spontaneous bacterial peritonitis: recommendations from two United States centers. *Saudi J Gastroenterol Off J Saudi Gastroenterol Assoc*, 20(5), 2014, 279–287.



CLINICAL CHARACTERISTICS, CYCLICAL AND RESULTS OF TREATMENT OF CHILDREN OF COVID 19 BETWEEN 2 MONTHS TO 5 YEARS OLD TREATMENT AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2022

Nguyen Thi Mai*, Nguyen Thi Mai Huong,
Pham Thi Lam Lien, Ngo Thanh Tu, Le Thi Thu Hien

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 24/07/2023; Accepted: 28/08/2023

ABSTRACT

Objective: Clinical, paraclinical characteristics and treatment results of children infected with Covid-19 from 2 months to 5 years of age treated at Duc Giang General Hospital.

Subject and method: A prospective study describing a series of cases including 116 patients diagnosed with Covid-19 who were treated at the Pediatric Covid-19 unit of Duc Giang General Hospital from January 1, 2022 to August 31, 2022.

Results: The mean age of the disease was 22.4 ± 14.3 months (2-62 months), in which 54.3% of cases were under two years old. The ratio of boys to girls is 1.8:1. Common clinical symptoms are fever (81.9%). In addition, some other symptoms may be encountered are cough, vomiting, diarrhea, difficulty breathing. Blood tests showed an increase in white blood cell counts, CRP, D-dimer, Ferritin and LDH by 5.2%, 29.3%, 18.1%, 5.2% and 90.5%, respectively. The rate of children having chest x-ray with lesions accounted for 69.0%. There were 89.7% and 38.8% of children receiving antipyretics and antibiotics during hospital stay, the proportion of children using antiretroviral drugs, anticoagulants, corticosteroids, IVIG and oxygen support was 4.3%, respectively. 1.7%, 16.4%, 0.1% and 9.5%. The average length of stay in the hospital was 6.8 ± 3.2 days.

Conclusion: Children infected with Covid -19 have a common symptom of fever. Common laboratory tests have increased CRP, LDH and lung lesions on X-ray. Most children with Covid-19 have a mild form.

Keywords: Covid-19, children, respiratory infection.

*Corresponding author
Email address: nguyenthimai.hmu@gmail.com
Phone number: (+84) 387493243
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRẺ NHIỄM COVID 19 TỪ 2 THÁNG ĐẾN 5 TUỔI ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2022

Nguyễn Thị Mai*, Nguyễn Thị Mai Hương,
Phạm Thị Lam Liên, Ngô Thanh Tú, Lê Thị Thu Hiền

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 24/07/2023; Ngày duyệt đăng: 28/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị trẻ nhiễm Covid-19 từ 2 tháng đến 5 tuổi điều trị tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu mô tả một loạt ca bệnh gồm 116 bệnh nhân được chẩn đoán Covid-19 vào điều trị tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ 01/01/2022 đến 31/08/2022.

Kết quả: Tuổi trung bình mắc bệnh là $22,4 \pm 14,3$ tháng tuổi, trong đó 54,3% trường hợp mắc bệnh dưới hai tuổi. Tỷ lệ mắc bệnh trẻ trai/gái là 1,8:1. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là sốt (81,9%), một số triệu chứng khác có thể gặp là ho, nôn, ỉa lỏng, khó thở. Xét nghiệm máu có tăng các chỉ số bạch cầu, CRP, D-dimer, Ferritin và LDH lần lượt là 5,2%, 29,3%, 18,1%, 5,2% và 90,5%. Tỷ lệ trẻ chụp x-quang phổi có tổn thương chiếm 69,0%. Có 89,7% và 38,8% trẻ được dùng hạ sốt và kháng sinh khi nằm viện, tỷ lệ trẻ dùng thuốc kháng virus, thuốc chống đông, corticosteroid, IVIG và hỗ trợ thở oxy lần lượt là 4,3%, 1,7%, 16,4%, 0,1% và 9,5%. Thời gian nằm viện trung bình của trẻ là $6,8 \pm 3,2$ ngày.

Kết luận: Trẻ nhiễm Covid-19 có triệu chứng thường gặp là sốt. Cận lâm sàng thường gặp có tăng chỉ số CRP, LDH và có tổn thương phổi trên Xquang. Đa phần trẻ mắc Covid-19 ở thể nhẹ.

Từ khóa: Covid-19, trẻ em, nhiễm khuẩn hô hấp.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Covid-19 là bệnh do vi rút SARS-CoV-2 phát hiện cuối năm 2019, tính đến tháng 2/2022 thế giới có 215 triệu người mắc và 4,48 triệu người tử vong [1]. Tại Việt Nam đến tháng 2/2022 có 2555713 ca mắc và tử vong là 1,5% [1]. Tỷ lệ mắc của trẻ em dưới 18 tuổi so với mắc chung toàn quốc là: 19,2%, trong đó tỷ lệ tử vong là 0,42% so với tử vong chung [1]. Theo tác giả Bộ Y Tế Việt Nam trẻ em mắc chủ yếu biểu hiện bệnh ở mức độ nhẹ và trung bình [2]. Tuy nhiên Covid 19 lan

nhANH trong thời gian gần đây gây ra nỗi sợ hãi cho bệnh nhân và gia đình. Tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang đã và đang điều trị bệnh nhân trẻ em nhiễm Covid-19 tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này. Xuất phát từ vấn đề này chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị của trẻ nhiễm Covid-19 từ 2 tháng đến 5 tuổi điều trị tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

*Tác giả liên hệ

Email: nguyenthimai.hmu@gmail.com

Điện thoại: (+84) 387493243

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang hồi cứu hàng loạt ca.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ 01/01/2022 đến 31/08/2022.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân là các trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi được chẩn đoán là ca bệnh xác định nhiễm Covid-19 theo quyết định 405/QĐ-BYT ngày 22 tháng 02 năm 2022 của Bộ Y Tế và được làm đầy đủ xét nghiệm công thức máu, CRP, LDH, Ferritin, d-dimer, x-quang phổi ở thời điểm nghiên cứu, điều trị nội trú, người chăm sóc trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ là các trường hợp trẻ nhiễm Covid-19 điều trị ngoại trú, hoặc người chăm sóc trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Chọn cỡ mẫu thuận tiện các bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được đưa vào nghiên cứu.

2.5. Biến số/ chỉ số/ nội dung/ chủ đề nghiên cứu: Đặc điểm chung của trẻ trong nghiên cứu, triệu chứng lâm sàng của trẻ trong nghiên cứu, chỉ số cận lâm sàng của

trẻ, biện pháp điều trị và kết quả điều trị của trẻ trong nghiên cứu.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: Thu thập số liệu bằng mẫu bệnh án nghiên cứu dựa vào phỏng vấn trực tiếp thông tin về tiền sử, bệnh sử cần thiết, khám các triệu chứng lâm sàng và bệnh nhân được làm đầy đủ xét nghiệm ở thời điểm nghiên cứu.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng các phép thống kê mô tả cho biến định lượng và định tính.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành dưới sự tuân thủ về mặt y đức, được sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ 01/01/2022 đến 31/08/2022 có 116 trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi nhiễm Covid-19 nhập viện đơn nguyên Covid Nhi, Bệnh viện đa khoa Đức Giang đủ tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào phân tích.

Bảng 1. Các đặc điểm của trẻ trong nghiên cứu

| Các đặc điểm của trẻ | | N | % |
|-------------------------------------|-------------|-----|------|
| Nhóm tuổi | 2-12 tháng | 31 | 26,7 |
| | 13-24 tháng | 32 | 27,6 |
| | >24 tháng | 53 | 45,7 |
| Giới | Nam | 74 | 63,8 |
| | Nữ | 42 | 36,2 |
| Cân nặng khi sinh < 2500 gram | | 8 | 6,9 |
| Suy dinh dưỡng nhẹ | | 2 | 1,7 |
| Tiêm chủng mở rộng đầy đủ theo tuổi | | 115 | 99,1 |

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 22,4±14,3 tháng, trong đó trẻ em dưới 2 tuổi chiếm 54,3%. Tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ trai và trẻ gái là 1,8: 1, trong đó 6,9% trẻ có cân nặng khi sinh < 2500

gram, 1,7% trẻ có suy dinh dưỡng nhẹ. Tỷ lệ tiêm chủng mở rộng đầy đủ theo tuổi của trẻ chiếm tỷ lệ 99,1%.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng của trẻ trong nghiên cứu

| Triệu chứng lâm sàng | N | % | |
|---|-----------|------|------|
| Sốt, co giật | 54 | 46,6 | |
| Sốt, không co giật | 49 | 42,2 | |
| Khó thở, thở rít | 13 | 11,2 | |
| Ho | 8 | 6,9 | |
| Nôn, ỉa lỏng | 7 | 6,0 | |
| Mệt | 4 | 3,4 | |
| Ngạt mũi | 3 | 2,6 | |
| Ban đỏ | 2 | 1,7 | |
| Số ngày trẻ có triệu chứng khởi phát trước khi vào viện | < 3 ngày | 114 | 98,3 |
| | >= 3 ngày | 2 | 1,7 |

Nhận xét: Các triệu chứng lâm sàng hay gặp là sốt (84,6%), sốt có co giật (46,2%), sốt không co giật (42,2%), trong đó tỷ lệ trẻ sốt nhẹ (23,3%), sốt vừa (15,5%), sốt cao (47,4%), sốt rất cao (2,6%). Tỷ lệ trẻ khó thở, thở rít (11,2%), ho (6,9%), nôn, ỉa lỏng (6,0%), mệt (3,4%), ngạt mũi (2,6%), nổi ban đỏ (1,7%). Số ngày trẻ có triệu chứng khởi phát trước khi vào viện < 3 ngày chiếm tỷ lệ 98,3%.

Bảng 3. Sự thay đổi các chỉ số xét nghiệm máu của trẻ trong nghiên cứu

| Các chỉ số sinh hóa, huyết học | N | % |
|--------------------------------|-----|------|
| Thiếu máu | 32 | 27,6 |
| Tăng bạch cầu trong máu | 6 | 5,2 |
| Tăng CRP (>10 mg/L) | 34 | 29,3 |
| Tăng Ferritin (>600 ug/L) | 6 | 5,2 |
| Tăng LDH (>250 U/L) | 105 | 90,5 |
| Tăng D-Dimer (>1000 mcg/L) | 21 | 18,1 |
| Phim X-quang có tổn thương | 80 | 69,0 |

Nhận xét: 27,6% trẻ có thiếu máu. Tỷ lệ trẻ có tăng bạch cầu và CRP là 5,2% và 29,3%. Tỷ lệ trẻ có tăng LDH chiếm 90,5%. Tỷ lệ trẻ có tăng Ferritin và D-Dimer trong máu là 5,2% và 18,1%. Tổn thương phổi trên x-quang là 69,0%, trong đó tổn thương dạng kính mờ chiếm tỷ lệ 7,8%.

Bảng 4. Biện pháp điều trị và kết quả điều trị của trẻ trong nghiên cứu

| | N | % | |
|--------------------|----------------|-----|------|
| Biện pháp điều trị | Hạ sốt | 104 | 89,7 |
| | Kháng sinh | 45 | 38,8 |
| | Corticosteroid | 19 | 16,4 |
| | Chống virus | 5 | 4,3 |
| | Chống đông | 2 | 1,7 |
| | IVIG | 1 | 0,1 |
| | Truyền dịch | 3 | 2,6 |
| | Thở oxy | 11 | 9,5 |
| Kết quả điều trị | Khỏi bệnh | 115 | 99,1 |
| | Chuyển viện | 1 | 0,9 |

Nhận xét: 38,8% trẻ dùng kháng sinh khi nằm viện trong đó có 19,6% dùng poltraxol, 3,8% dùng Imipenem, 15,4% dùng kháng sinh uống, 61,2% trẻ không dùng kháng sinh. Tỷ lệ trẻ dùng thuốc corticosteroid và kháng virus là 16,4% và 4,3%. Tỷ lệ trẻ dùng thuốc chống đông và IVIG khi nằm viện là 1,7% và 0,1%. Tỷ lệ trẻ có thở Oxy khi nằm viện là 9,5%. Kết quả điều trị không ca nào tử vong, chỉ có 1 ca chuyển viện chiếm 0,9%, 99,1% ca khỏi ra viện với số ngày điều trị trung bình là 6,8± 3,2 ngày.

4. BÀN LUẬN

Trong khoảng thời gian từ 01/01/2022 đến 31/08/2022, chúng tôi tiến hành nghiên cứu 116 trẻ nhiễm Covid-19 điều trị tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang, kết quả tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 22,4±14,3 (2-62 tháng), trong đó trẻ em dưới 2 tuổi chiếm 54,3%. Trẻ trai có xu hướng bị bệnh nhiều hơn trẻ gái, với tỷ lệ trẻ trai/gái là 1,8:1. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Leila Shahbaznejad tại Bắc Iran cho tỷ lệ trẻ trai/gái là 1,3:1 [3] và Cheng-Xian Guo ở Trung Quốc, tỷ lệ trẻ trai/gái

là 1,2:1 [4].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy triệu chứng phổ biến nhất ở trẻ nhiễm Covid-19 khi nhập viện sốt (81,9%). Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Leila Shahbaznejad với tỷ lệ sốt (77%). Theo nghiên cứu của Cheng-Xian tỷ lệ trẻ nhiễm Covid-19 có triệu chứng lâm sàng sốt chiếm tỷ lệ cao (77,9%). Các triệu chứng ít gặp hơn bao gồm nôn, tiêu chảy, ngạt mũi, mệt mỏi, khó thở, thờ rít, ban đỏ (thay đổi từ 2,6% đến 11,2%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Cheng-Xian Guo với tỷ lệ ngạt mũi (2,2%), nôn (2,9%), tiêu chảy (4,4%), mệt mỏi (2,2%) [4]. Theo nghiên cứu của tác giả Xiaoxia Lu khi nghiên cứu 1391 trẻ nhiễm Covid 19 điều trị tại bệnh viện Nhi đồng Vũ Hán, trẻ có sốt chiếm tỷ lệ cao (41,5%), ngạt mũi (5,3%), nôn (6,4%), tiêu chảy (8,8%), mệt mỏi (7,6%) [5].

Bảng 3 cho thấy những bất thường trong xét nghiệm máu của trẻ em bị Covid-19. Nhìn chung, tỉ lệ tăng bạch cầu và CRP trong máu chiếm 5,2% và 29,3%. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Maryam Najafinejad với tỷ lệ CRP tăng chiếm 49,5% [6]. Tỷ lệ tăng Ferritin và tăng LDH trong máu của trẻ nhiễm Covid-19 chiếm 5,2% và 90,5%.

Tỉ lệ xu hướng tăng D-dimer >1000 mcg/L được ghi nhận ở trẻ em Covid-19 trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ chiếm tỷ lệ 18,1%, điều này khác biệt với những phát hiện được báo cáo ở bệnh nhân người lớn, được cho là dấu hiệu của tình trạng tăng đông được đánh dấu gần đây ở những bệnh nhân bị bệnh nặng [7]. 69,0% trẻ em Covid-19 có tổn thương trên x-quang phổi. Tỷ lệ tổn thương trên x-quang phổi trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng so với nghiên cứu của Xiaoxia Lu là 64,9% [5], nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Cheng-Xian Guo với tỷ lệ 30% [4].

Kết quả từ Bảng 4 cho thấy có 38,8% trẻ được dùng thuốc kháng sinh. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Cheng-Xian Guo với tỷ lệ dùng kháng sinh là 27,4% [4], nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Leila Shahbaznejad với tỷ lệ dùng kháng sinh 100% [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ dùng thuốc kháng virus và IVIG lần lượt là 4,3% và 0,1% thấp hơn nghiên cứu Cheng-Xian Guo với trẻ được dùng kháng virus và IVIG lần lượt là 53,2%, 6,5%. Tuy nhiên tỷ lệ trẻ trong nghiên cứu dùng corticosteroid (16,4%), thuốc chống đông (1,7%) lại cao hơn so với kết quả của Cheng-Xian Guo với tỷ lệ dùng corticosteroid là 1,6% và không ca nào dùng thuốc chống đông. Tỷ lệ trẻ không cần hỗ trợ hô hấp chiếm tỷ lệ cao (chiếm 90,5%), kết quả này tương đồng so với nghiên cứu của Cheng-Xian Guo tới 99% không cần hỗ trợ hô hấp [4]. Tỷ lệ trẻ khỏi bệnh và ra viện chiếm 99,1%, và không có trường hợp nào tử vong. Kết quả này tương đồng so với nghiên cứu của Cheng-Xian Guo với tỷ lệ tử vong là 0% [4].

5. KẾT LUẬN

Trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi nhiễm Covid-19 hầu hết có triệu chứng lâm sàng nhẹ, thường có biểu hiện sốt, một số ít có ho, rối loạn tiêu hóa, ban trên da. Cận lâm sàng thường gặp có tăng CRP, LDH và tổn thương X-quang phổi. Điều trị chủ yếu hỗ trợ triệu chứng. Đa phần trẻ mắc Covid-19 ở thể nhẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Wikipedia, Dữ liệu đại dịch Covid-19, 02/2022.
- [2] Bộ Y tế, "Quyết định số 405/QĐ-BYT Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Covid-19 trẻ em 22/02/2022", 2022.
- [3] Leila S, Mohammad RN, Fatemeh H, "Clinical Characteristics and Outcomes of Covid-19 in Children in Northern Iran", *Int J Pediatr*, 2021.
- [4] Cheng-Xian G, Ji-Ye Y, Xiang-Guang M, "Epidemiological and clinical features of pediatric Covid-19", *BMC Med*, 2020.
- [5] Xiaoxia L, Hui D, Jingjing Z, "SARS-CoV-2 Infection in Children", *N Engl J Med*, 2020.
- [6] Maryam N, Bahman A, Abdolhalim R, "Covid-19 in Pediatrics: Demographic, Clinical, Laboratory, and Radiological Characteristics of Infected Patients With SARS-CoV-2", *Front Pediatr*, 2022.
- [7] Henry B, Benoit S, Oliveira M, "Laboratory abnormalities in children with mild and severe Coronavirus disease 2019 (Covid-19): A pooled analysis and review", *Clin Biochem*, 2020.

ANALYSIS OF A SERIES OF NEONATAL CASES OF CORONAVIRUS DISEASE 2019 AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2021 - 2022

Vu Thi Thu Nga*, Tran Thi Thuy Duong,
Nguyen Trung Phong, Nguyen Ho Diu, Phan Tien Dung

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 24/07/2023; Accepted: 30/08/2023

ABSTRACT

Objective: Evaluation of clinical, and subclinical characteristics, treatment results, and some related factors in newborns under 2 months of age treated with Covid-19 at Duc Giang General Hospital.

Methods: A retrospective, prospective, descriptive study on a series of cases.

Research subjects: 47 children under 2 months old with Covid-19 treated at Duc Giang General Hospital from September 1, 2021, to September 30, 2022.

Results: Clinical characteristics were varied and non-specific: high fever 48.9%, cough 36.2%, and poor feeding 25.5%. Ferritin increased above 600 U/L in 53.2% of cases and D-Dimer increased above 1000 ng/mL in 55.3% of cases but there were uncorrelated with disease. Most of the patients were discharged from the hospital at 91.5%; the mild-moderate level is 74.4%. Common complications were respiratory failure at 31.9% and ARDS at 6.4%. The respiratory support rate is 31.57%, many children need more than 1 type of respiratory support method. The severe-critical group included 12 children, 4 children receiving IVIG, and 2 children receiving antiretroviral drugs.

Conclusion: Most children under 2 months of age have mild-moderate Covid-19 with diverse and non-specific clinical manifestations. Ferritin and D-Dimer scores do not correlate with disease severity. A high percentage of children need respiratory support.

Keywords: Covid-19, children under 2 months old, clinical characteristics of Covid-19, subclinical characteristics of Covid-19, Ferritin, D-dimer.

*Corresponding author
Email address: nganguyethang@gmail.com
Phone number: (+84) 913569646
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



PHÂN TÍCH MỘT LOẠT CA BỆNH TRẺ DƯỚI 2 THÁNG TUỔI NHIỄM COVID-19 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2021 - 2022

Vũ Thị Thu Nga*, Trần Thị Thùy Dương,
Nguyễn Trung Phong, Nguyễn Hồ Diệu, Phan Tiến Dũng

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 24/07/2023; Ngày duyệt đăng: 30/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan ở trẻ dưới 2 tháng tuổi mắc Covid-19 điều trị tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu, tiến cứu mô tả qua một loạt ca bệnh.

Đối tượng nghiên cứu: 47 trẻ dưới 2 tháng tuổi mắc Covid-19 điều trị tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ 01/09/2021 đến 30/9/2022.

Kết quả: Biểu hiện lâm sàng của trẻ dưới 2 tháng rất đa dạng và không đặc hiệu: Sốt cao 48,9%, ho 36,2%, bú kém 25,5%. Ferritin tăng trên 600 U/L (53,2%) và D-Dimer tăng trên 1000 ng/mL (55,3%) không tương quan với mức độ nặng của bệnh. Phần lớn khỏi bệnh ra viện 91,5%; chủ yếu ở mức độ nhẹ-trung bình (74,4%). Biến chứng hay gặp là suy hô hấp (31,9%), ARDS (6,4%). Có 31,57% trẻ cần hỗ trợ hô hấp, nhiều trẻ cần nhiều hơn 1 loại hỗ trợ hô hấp. Nhóm mức độ nặng-nguy kịch có 12 trẻ, 4 trẻ dùng IVIG và 2 trẻ dùng thuốc kháng vi-rút.

Kết luận: Phần lớn trẻ dưới 2 tháng tuổi mắc Covid-19 ở mức độ nhẹ-trung bình, biểu hiện lâm sàng đa dạng và không đặc hiệu. Chỉ số Ferritin và D-Dimer không tương quan với mức độ nặng của bệnh. Tỷ lệ cao trẻ cần được hỗ trợ hô hấp.

Từ khóa: Covid-19, trẻ dưới 2 tháng tuổi, đặc điểm lâm sàng của Covid-19, đặc điểm cận lâm sàng của Covid-19, Ferritin, D-Dimer.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chủng vi rút SARS-CoV-2 gây ra đại dịch trên thế giới từ năm 2019 với khả năng lây lan ngày càng tăng với những biến chủng mới. Hiện tại các nghiên cứu trên thế giới về lứa tuổi trẻ nhỏ dưới 2 tháng tuổi mắc Covid-19 chủ yếu là các báo cáo thống kê từ nhiều báo cáo đơn lẻ khác. Tại Việt Nam hầu như chưa có nghiên cứu nào đi sâu vào nghiên cứu đối tượng này nên việc điều trị bệnh vẫn gặp nhiều khó khăn. Bệnh viện đa khoa Đức Giang là bệnh viện tầng ba của Sở Y tế Hà Nội nên chúng tôi đã nhận điều trị ca trẻ mắc Covid-19 dưới 2 tháng tuổi đầu tiên của thành phố Hà nội ngay từ tháng 9/2021.

Trong quá trình điều trị, có nhiều trẻ sơ sinh diễn biến từ nhẹ đến nặng với các bệnh cảnh khác nhau. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Mô tả dịch tễ học, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị trẻ sơ sinh nhiễm Covid-19 tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang” để từ đó rút ra ra các bài học kinh nghiệm, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị cho bệnh viện và các đơn vị điều trị trẻ sơ sinh nhiễm Covid-19 khác trên toàn quốc. Chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm hai mục tiêu: 1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở trẻ dưới 2 tháng tuổi nhiễm Covid-19 điều trị tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang*; 2. *Nhận xét kết quả điều trị và*

*Tác giả liên hệ

Email: nganguyethang@gmail.com

Điện thoại: (+84) 913569646

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

một số yếu tố liên quan ở đối tượng trẻ này.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, tiền cứu mô tả một loạt ca bệnh

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện ĐK Đức Giang từ tháng 01/09/2021 đến 30/09/2022

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là 1 loạt ca bệnh gồm 47 trẻ dưới 2 tháng tuổi mắc Covid-19 đến khám và theo dõi điều trị nội trú tại bệnh viện.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Tất cả bệnh nhi ở độ tuổi dưới 2 tháng tuổi được chẩn đoán xác định nhiễm Covid-19 dựa theo QĐ/BYT405 của Bộ Y Tế [1] và QĐ/BYT5155 [2], đến khám và điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang. Xét nghiệm test nhanh SARS-COVID 2 và RT-PCR Covid-19 là tiêu chuẩn chính để chẩn đoán bệnh.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân không nhập viện điều trị nội trú tại bệnh viện hoặc bố, mẹ, người giám hộ từ chối tham gia nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Mẫu thuận tiện gồm 47 trẻ dưới 2 tháng tuổi phù hợp tiêu chuẩn.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

2.5. Biến số/ chỉ số/ nội dung/ chủ đề nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của nhóm NC: Tuổi thai, giới...

- Đặc điểm lâm sàng – cận lâm sàng: các biểu hiện lâm sàng, các biến chứng, các chỉ số xét nghiệm sinh hóa máu, các chỉ số xét nghiệm công thức máu, các chỉ số xét nghiệm đông máu, đánh giá chỉ số Ferritin và D-Dimer.

- Kết quả nghiên cứu và một số yếu tố liên quan: kết quả điều trị, hỗ trợ hô hấp, điều trị thuốc và một số yếu tố liên quan

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: Thu thập số liệu qua mẫu bệnh án nghiên cứu.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Nhập và xử lý số liệu theo SPSS 20.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này không làm ảnh hưởng xấu đến bệnh nhi tham gia. Nghiên cứu luôn giữ bảo mật tối đa thông tin cá nhân và bệnh trình bằng cách sử dụng mã số cho từng đối tượng và không công bố danh tính trong bất cứ văn bản xuất bản nào có liên quan đến nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng

| | | Số trẻ n = 47 (%) | Mean±SD (min - max) |
|-----------------------|------------------------|----------------------|--------------------------------|
| Giới | Nam | 31 (34) | |
| | Nữ | 16 (66) | |
| Tuổi vào viện | Sơ sinh | 21 (44,7) | 31±17 (2 - 59) ngày |
| | Từ 1-dưới 2 tháng tuổi | 26 (55,3) | |
| Tuổi thai khi sinh | Non tháng (< 37 tuần) | 5 (10,6) | |
| | Đủ tháng (≥ 37 tuần) | 42 (89,4) | |
| Cân nặng lúc vào viện | | | 3910±896 (2000 - 6200) gram |

Trong 47 trẻ trong nhóm nghiên cứu có 21 trẻ sơ sinh, 26 trẻ từ 1 đến dưới 2 tháng tuổi, có 31 trẻ nam và 16

trẻ nữ. 01 trẻ mắc SARS-Cov-2 sớm nhất sau khi sinh 48 giờ.

Bảng 2. Các biểu hiện lâm sàng

| | Số bệnh nhân n = 47 (100%) | Thời gian diễn biến triệu chứng Mean – SD (min-max) (ngày) |
|-----------------|-------------------------------|---|
| Sốt | 23 (48,9) | 3,5±2,2 (1-8) |
| Ho | 17 (36,2) | 6,2 ±2,3 (3-10) |
| Bú kém | 12 (25,5) | 3,2±1,9 (1-8) |
| Ngạt mũi | 9 (19,1) | 4,9±2,8 (2-11) |
| Quấy khóc | 24 (51,1) | 2,5±0,9 (1-4) |
| Sốt cao co giật | 2 (4,3) | 1±0,5 (1-2) |
| Tiêu chảy | 2 (4,3) | 2±1 (1-3) |

Các triệu chứng lâm sàng khởi phát đa dạng và không đặc hiệu: Sốt là triệu chứng khởi phát ở nhiều trẻ, kéo dài khoảng 3,5 ngày. Triệu chứng ho tồn tại lâu nhất kéo dài khoảng 6,2 ngày

Biến chứng hay gặp nhất là suy hô hấp 15/47 (chiếm

31,9%) trẻ với thời gian trung bình xuất hiện sốt vào 3,6±2,1 (min 1- max 8) ngày, ARDS và cơn bão Cytokin đều gặp 3/47 (6,4%) trẻ. Biến chứng sốc có 2/47 (4,3%) trẻ. Thời gian trung bình trẻ xuất hiện ARDS và sốc diễn ra vào ngày thứ 7±1 (ngày) và 7±0,5 (ngày).

Bảng 3. Các chỉ số xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu

| Giá trị bình thường | | | n= 47 | Tỷ lệ% | |
|---------------------|---------------|------------------|--------------|--------|------|
| CTM | BC | 9.0-30,0 G/l* | Tăng | 0/47 | 0 |
| | | | Giảm | 6/47 | 12,8 |
| | BC TT | 1.0-28,0 G/l* | Tăng | 0/47 | 0 |
| | | | Giảm | 9/47 | 19,1 |
| BC Lympho | 2.0-17,0 G/l* | Giảm | 1/47 | 21,3 | |
| SHM | PCT | 0-0,02 ng/ml | Tăng | 1/23 | 2,1 |
| | CRP | < 6 mg/l | Tăng | 4/43 | 8,5 |
| | GOT | 0-37 U/l | Tăng > 2 lần | 12/47 | 25,5 |
| | GPT | 0-37 U/l | Tăng > 2 lần | 8/47 | 17 |
| | Ferritin | 23,9-336,2 ng/mL | Tăng | 36/40 | 76,6 |
| | LDH | 256-1017 ng/ml | Tăng | 5/34 | 10,6 |

* Số lượng bạch cầu bình thường theo lứa tuổi theo Dallamn P.R, 197

Các chỉ số viêm (PCT, CRP) không tăng trong 43/44 (93%) trường hợp. Men gan tăng gấp 2 lần giá trị bình

thường ở 12/47 (25,5%) trường hợp. LDH không có rối loạn đáng kể.

Bảng 4. Đánh giá chỉ số Ferritin và D-Dimer và tổn thương Xquang ngực theo các mức độ

| | | Mức độ nặng-nguy kịch | Mức độ nhẹ-trung bình | P |
|--------------------------------|-------|-----------------------|-----------------------|---------|
| Ferritin trên 600 U/L | Có | 6/12 (50,0) | 19/35 (54,3) | > 0,05* |
| | Không | 6/12 (50,0) | 16/35 (45,7) | |
| D-Dimer trên 1000 ng/mL | Có | 5/12 (41,7) | 21/35 (60,0) | > 0,05* |
| | Không | 7/12 (58,3) | 14/35 (40,0) | |
| Tổn thương mô kẽ | Có | 10/12 (83,3) | 12/34 (34,3) | < 0,05* |
| | Không | 2/12 (16,7) | 22/34 (65,7) | |
| Tổn thương kính mờ | Có | 11/12 (91,7) | 9/34 (26,5) | < 0,05* |
| | Không | 1/12 (8,3) | 25/34 (73,5) | |

* Fisher's exact test

Nồng độ D-Dimer, Ferritin tăng đáng kể khi biểu hiện lâm sàng đạt đỉnh. Ferritin tăng trên 600 U/L ở 25/47 (53,2%) trẻ và D-Dimer tăng cao trên 1000 ng/mL ở 26/47 (55,3%) trẻ.

Những bệnh nhân mắc SARS-Cov-2 mức độ nặng nguy kịch 10/12 trẻ có tổn thương dạng mô kẽ và 11/12 trẻ có hình ảnh kính mờ. Có sự khác biệt giữa 2 nhóm nặng nguy kịch và nhẹ - trung bình trong tổn thương phim XQ phổi ($p < 0,05$)

Bảng 5. Hỗ trợ hô hấp

| | | Sơ sinh n = 21 (%) | Từ 1-dưới 2 tháng tuổi n = 26 (%) | P |
|--|-----------|--------------------|-----------------------------------|---------|
| HTHH | Có | 6 (28,5) | 8 (30,8) | > 0,05 |
| | Không | 15 (71,5) | 18 (69,2) | |
| HTHH | Oxy | 6 (28,5) | 8 (30,7) | > 0,05* |
| | Thở máy** | 2 (9,5) | 4 (15,3) | |
| Thời gian HTHH Mean±SD (min-max) (ngày) | | 6,6±1,1 (5 - 8) | 3,3±1,8 (1 - 6) | < 0,05 |

* Fisher's exact test

** Thở máy (NCPAP, TMKXN, TMXN)

Tỷ lệ cao trẻ nhập viện cần hỗ trợ hô hấp là 12/38 trẻ (31,5%). Tỷ lệ dùng oxy gọng mũi là nhiều nhất, có 12/38 trẻ (31,6%). Thời gian trung bình trẻ sơ sinh cần

hỗ trợ hô hấp cao hơn đáng kể là 6,6±1,1 ngày, so với lứa tuổi từ 1 tháng đến dưới 2 tháng là 3,3± 1,8 ngày ($p < 0,05$).

Bảng 6. Điều trị thuốc

| | | Số bệnh nhân n = 47 (%) | Số ngày dùng trung bình Mean±SD (min-max) |
|-----------------------|------------------|-------------------------|---|
| Corticosteroid | Liều điều trị | 9 (19,1) | 6,7±3,2 (1-11) |
| | Liều cao | 3 (6,4) | 3±1 (3-5) |
| Chống đông | Liều dự phòng | 0 (0) | - |
| | Liều điều trị | 10 (21,3) | 6,56±2,5 (1-10) |
| Kháng sinh | Dự phòng | 4 (8,5) | 8,2±3,6 (1-14) |
| | Có bằng chứng NK | 13 (27,7) | |
| Thuốc chống VR | | 2 (4,3) | 5 (5) |
| IVIG | | 4 (8,5) | 2±0,8 (1-3) |



Trong 12 trẻ mắc SARS-CoV-2 mức độ nặng nguy kịch, có 4/12 trẻ dùng Immunoglobulin. Có 2 trẻ trong nhóm này điều trị thuốc chống vi-rút.

Kết quả điều trị: Phần lớn trẻ khỏi bệnh và ra viện chiếm 91,5%. Có 2 trẻ sơ sinh mắc SARS-Cov-2 mức độ nặng nguy kịch chuyển viện nhi trung ương điều trị, 1 trẻ 1 tháng gia đình xin chuyển viện mắc SARS-Cov-2 có đồng nhiễm với virus hợp bào hô hấp.

4. BÀN LUẬN

Đây là báo cáo đánh giá có hệ thống đầu tiên tại nước ta tập trung chủ yếu vào lứa tuổi trẻ dưới 2 tháng tuổi nhiễm SARS-CoV-2. Đánh giá này cung cấp thông tin hữu ích để giúp các bác sĩ lâm sàng trong việc điều trị và chăm sóc trẻ.

Đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi mô tả và đánh giá kết quả điều trị của 47 trẻ dưới 2 tháng tuổi mắc Covid-19 điều trị tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ ngày 01/09/2021 đến ngày 30/09/2022 gồm: 21 trẻ sơ sinh, 26 trẻ từ 1 đến dưới 2 tháng tuổi. Đánh giá thời điểm lúc sinh của các đối tượng nghiên cứu: có 5 trẻ sinh non (3 trẻ sinh non nhẹ cân dưới 2500 gram, 1 trẻ sinh non muộn cân nặng trên 2500 gram), 42 trẻ sinh đủ tháng đều nặng trên 2500 gram. Cân nặng trung bình lúc vào viện là 3910 ± 896 gram. Ngày tuổi trung bình lúc vào viện là 31 ± 17 ngày.

Chúng tôi phát hiện trẻ mắc SARS-Cov-2 sớm nhất lúc 2 ngày tuổi bằng test PCR SARS-Cov-2 lấy dịch hầu họng lần 2 (sau khi sinh 48 giờ). Trẻ này được cách ly ngay sau sinh, nuôi dưỡng hoàn toàn bởi nhân viên y tế. Đây cũng là trẻ duy nhất lây truyền dọc từ mẹ sang con. Chủ yếu các trẻ không có bệnh lý nên chỉ có 1 trẻ mắc bệnh lý tim bẩm sinh.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

Các triệu chứng lâm sàng khởi phát của bệnh ở lứa tuổi trẻ dưới 2 tháng đa dạng và không đặc hiệu (Bảng 2): Sốt cao 23/47 (48,9%), ho 17/47 (36,2%), bú kém 12/47 (25,5%), quấy khóc 24/47 (51,1%), ngạt mũi 9/47 (19,1%), sốt cao co giật 2/47 (4,3%), tiêu chảy 2/47 (4,3%). Biểu hiện sốt cao là triệu chứng khởi phát ở 48,9% trẻ và kéo dài khoảng 3,5 ngày. Triệu chứng ho xuất hiện ở 36,2% trẻ nhưng lại là triệu chứng kéo dài lâu nhất khoảng 6,2 ngày, tiếp theo là triệu chứng ngạt mũi có ở 19,1% trẻ và kéo dài khoảng 4,9 ngày. Nghiên cứu của tác giả Raschetti tổng hợp và đánh giá có hệ thống các trường hợp nhiễm SARS-CoV-2 sơ sinh qua nhiều báo cáo gồm 176 trường hợp trẻ sơ sinh thấy: Trẻ có biểu hiện suy hô hấp (thở nhanh, rút lõm lồng ngực và viêm mũi) chiếm 52,5%, sốt là 44,3%, biểu hiện tiêu hóa (rối loạn tiêu hóa: Tiêu chảy, nôn mửa) chiếm 36% [3]. Sự khác biệt này liên quan đến sự khác nhau trong

chính sách điều trị nội trú, ngoại trú của từng quốc gia và lứa tuổi lựa chọn bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng, các chỉ số viêm (PCT, CRP) không tăng trong 44/47 (93%) trường hợp. Không có rối loạn đáng kể nào được quan sát thấy ở chức năng của thận và LDH. Bạch cầu Lympho tăng trong hầu hết các ca bệnh. Điều này phù hợp với báo cáo của tác giả Antonietta Giannattasio nghiên cứu trên 35 trẻ em mắc Covid-19 [4].

D-Dimer và Ferritin tăng cao. D-Dimer tăng từ 1497 ± 1419 ng/mL lên tới 1854 ± 1503 ng/mL. Ferritin trung bình tăng từ 929 ± 1310 ng/mL lên tới 1293 ± 2206 ng/mL. Theo Bộ Y Tế khuyến cáo Ferritin tăng trên 600 U/L và D-Dimer tăng cao trên 1000 ng/mL là những dấu hiệu gợi ý nguy cơ cao tiến triển dẫn đến bão cytokine [1]. Nồng độ D-Dimer, Ferritin tăng đáng kể khi biểu hiện lâm sàng đạt đỉnh. Tuy nhiên, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm nặng nguy kịch và nhẹ - trung bình khi Ferritin trên 600 U/l và D-Dimer trên 1000ng/ml ($p > 0,05$) (Bảng 4)

Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Giovanni Del Borrello nghiên cứu trên bệnh nhi dưới <14 tuổi, cho thấy D-dimer không có ý nghĩa thống kê khi đánh giá giữa các nhóm mức độ nhiễm bệnh (mức độ nhẹ, trung bình, nặng và nguy kịch). Nồng độ D-dimer tăng nhẹ khi biểu hiện lâm sàng đạt đỉnh. Các giá trị fibrinogen cũng ở mức cao hơn bình thường trong suốt quá trình bệnh. Tiểu cầu không thay đổi trong suốt quá trình của bệnh. Giá trị PT bình thường tại mọi thời điểm. Tăng Ferritin ở những trẻ này không liên quan mức độ nghiêm trọng của bệnh [5].

Khi đánh giá tổn thương phổi trên Xquang ngực thấy rằng, ở 12 bệnh nhân mắc SARS-Cov-2 mức độ nặng nguy kịch có 10/12 trẻ có tổn thương dạng mô kẽ và 11/12 trẻ có hình ảnh kính mờ. Trong số đó có 7 trẻ có tổn thương phổi trên 50%.

Điều trị và kết quả điều trị

Tỷ lệ cao trẻ dưới 2 tháng tuổi nhập viện cần hỗ trợ hô hấp là 14/47 trẻ (29,7%). Có nhiều trẻ cần nhiều hơn 1 loại hỗ trợ hô hấp (bảng 5). Tỷ lệ dùng oxy gọng mũi là nhiều nhất, có 14/47 trẻ (29,1%). Thời gian trung bình trẻ sơ sinh cần hỗ trợ hô hấp cao hơn đáng kể là $6,6 \pm 1,1$ ngày, so với lứa tuổi từ 1 tháng đến dưới 2 tháng là $3,3 \pm 1,8$ ngày. Tỷ lệ hỗ trợ hô hấp thấp hơn so với báo cáo của tác giả Chris Gale nghiên cứu trên 53 trẻ sơ sinh mắc Covid-19: 33% trẻ nhận được một hoặc nhiều loại hỗ trợ hô hấp: 6,8% trẻ được thông khí xâm nhập, 22,7% được thông khí không xâm nhập, và 50% trẻ được hỗ trợ oxy [6]. Sự khác biệt này liên quan đến sự khác nhau trong chính sách điều trị nội trú, ngoại trú của từng quốc gia và lứa tuổi lựa chọn bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

Bảng 6 cho thấy có 12/47 (25,5%) trẻ dùng Corticosteroid. Thời gian dùng thuốc trung bình là $6,36 \pm 3,2$ ngày, 3 trẻ

dùng Dexamethasone liều cao nhất đã dùng là 0,3 mg/kg/ngày. Có 10/47 (21,3%) trẻ dùng thuốc chống đông, toàn bộ đều có chỉ định dùng liều điều trị, thời gian trung bình dùng là $6,56 \pm 2,5$ ngày. Mức độ nặng-nguy kịch có 12 trẻ, có 3 trẻ cần dùng IVIG và 2 trẻ được dùng thuốc kháng vi-rút.

Theo quy định phân tầng điều trị của Sở Y tế Hà Nội, tại thời điểm thực hiện nghiên cứu, Bệnh viện đa khoa Đức Giang nhận thu dung điều trị nhóm bệnh nhi mức độ nhẹ - trung bình, nên phần lớn trẻ tham gia nghiên cứu của chúng tôi thuộc nhóm này là 35/47 (74,4%), tỷ lệ bệnh nhân chúng tôi điều trị khỏi bệnh và ra viện chiếm tới 91,5%. Tỷ lệ khỏi ra viện của trẻ ở lứa tuổi sơ sinh và từ 1 tháng đến dưới 2 tháng tuổi chênh lệch không đáng kể. Có 2 trẻ mắc SARS-Cov-2 mức độ nặng nguy kịch chuyển viện nhi trung ương điều trị, 1 trẻ 1 tháng tuổi gia đình xin chuyển viện mắc SARS-Cov-2 đồng nhiễm với virus hợp bào hô hấp.

Trong các đối tượng thuộc nhóm nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 1 trẻ viêm phổi Covid-19 mức độ nguy kịch, suy đa tạng, bệnh diễn biến rất nhanh, trẻ nhập viện vào ngày thứ 7 của bệnh trong tình trạng sốt cao, ho khó thở, bú kém xét nghiệm dịch tỵ hầu dương tính với SARS-Cov-2, xét nghiệm máu thấy CRP tăng cao tới 100 mg/l, PCT tăng rất cao tới 38,5 ng/ml, LDH tăng 1342 ng/ml, Ferritin tăng 2370 tăng ng/ml, D-Dimer tăng 1300 ng/mL, tăng men gan GOT 285 U/l, GPT 113 U/l, đông máu cơ bản trong giới hạn bình thường. Sau khi nhập viện 12 giờ, tình trạng của trẻ nặng hơn, trẻ suy hô hấp, suy tuần hoàn, suy gan cấp. PCT tăng rất cao tới 100 ng/ml, Ferritin tăng tới 13286 ng/ml, D-Dimer tăng 4065 ng/mL, BNP tăng 1101.9 ng/L, GOT tăng lên 1964 U/l, GPT tăng 503 U/l. Sau đó, trẻ ngừng tim phổi, tử vong vào ngày thứ 8 của bệnh.

Nhìn chung, tiên lượng của trẻ dưới 2 tháng tuổi nhiễm SARS-CoV-2 là tốt, đa số trẻ sống sót và ra viện sau thời gian nằm viện trung bình là 8.4 ngày. Nhiều giả thuyết đưa ra để giải thích cho việc này tuy nhiên cần có nhiều nghiên cứu với quy mô lớn hơn để nghiên cứu được xác thực hơn nữa.

Một số hạn chế của nghiên cứu

Cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ, chưa đại diện được cho toàn bộ quần thể

5. KẾT LUẬN

Phần lớn trẻ dưới 2 tháng tuổi mắc Covid-19 ở mức độ nhẹ-trung bình, biểu hiện lâm sàng đa dạng và không đặc hiệu. Chỉ số Ferritin và D-Dimer không tương quan với mức độ nghiêm trọng của bệnh. Tỷ lệ cao trẻ cần được hỗ trợ hô hấp. Trẻ sinh non có nguy cơ mắc Covid-19 nặng hơn trẻ đủ tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Quyết định số 405/QĐ-BYT Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Covid-19 trẻ em, 2022.
- [2] Bộ Y tế, Quyết định số 5155/QĐ-BYT Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Covid-19 trẻ em, 2021.
- [3] Roberto R, Christelle VF, Barbara L, Synthesis and systematic review of reported neonatal SARS-CoV-2 infections. *Nature Communications*; 2020. 5th page.
- [4] Antonietta G, Stefania M, Angela M, Is Covid-19 a hyperferritinemic syndrome in children? *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*; 2021. 2th - 3th page.
- [5] Giovanni DB, Isaac G, Claudia B, SARS-COV-2 associated coagulopathy and thromboembolism prophylaxis in children: A single-center observational study. *Journal of thrombosis and haemostasis*; 2020. 3th - 5th page
- [6] Chris G, Anna P, Marian K, Characteristics and outcomes of neonatal SARS-CoV-2 infection in the UK: a prospective national cohort study using active surveillance. *The European Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*; 2020. 6th page.



HIGH BLOOD PRESSURE STATUS AND SOME RELATED FACTORS IN HEMODIALYSIS PATIENTS IN DUC GIANG GENERAL HOSPITAL 2022

Nguyen Van Tuyen*, Phan Thi Thu,
Hoang Thi Thoa, Nguyen Thi Thu Ha, Nguyen Thi Thu Hang

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 01/08/2023; Accepted: 31/08/2023

ABSTRACT

Objective: To understand relationships between hypertension and related risk factors among hemodialysis patients in Duc Giang General Hospital in 2022.

Subject and method: This was a cross-sectional study on 145 hemodialysis patients.

Results: Among patients with hypertension, average weight gain between 2 dialysis cycles: Group $>2\text{kg}$ (58.3%) were higher group $\leq 2\text{kg}$ (41.7%), $p < 0,001$. Heart size on X-ray film: Big heart shape (47.09%), were lower normal heart shape (53.91%), $p < 0.05$. Ventricular morphology on electrocardiogram: Increased left ventricular load (71.3%), were higher normal (28.70%), $p < 0,05$.

Conclusion: There relationship between hypertension with average weight gain between 2 dialysis cycles, heart size on X-ray film and ventricular morphology on electrocardiogram.

Keywords: Hypertension, hemodialysis.

*Corresponding author

Email address: Tuyenbvdkdg@gmail.com

Phone number: (+84) 912852322

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

THỰC TRẠNG TĂNG HUYẾT ÁP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2022

Nguyễn Văn Tuyền*, Phan Thi Thu,
Hoàng Thị Thoa, Nguyễn Thị Thu Hà, Nguyễn Thị Thu Hằng

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 01/08/2023; Ngày duyệt đăng: 31/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2022.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 145 ca lọc máu chu kỳ.

Kết quả: Ở nhóm bệnh nhân tăng huyết áp tăng cân trung bình giữa 2 chu kỳ lọc máu >2kg (58,3%) cao hơn nhóm tăng \leq 2kg (41,7%), $p < 0,001$. Kích thước tim trên phim chụp XQuang: hình tim to (46,09%) thấp hơn tim bình thường (53,91%) $p < 0,05$. Hình thái thất trên điện tâm đồ: Tăng gánh thất trái (71,3%), cao hơn không tăng gánh thất trái (28,70%), $p < 0,05$.

Kết luận: Có mối liên quan giữa tăng huyết áp với tăng cân trung bình giữa hai kỳ lọc máu, kích thước tim trên phim chụp và hình thái thất trên điện tâm đồ ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ.

Từ khoá: Tăng huyết áp, lọc máu chu kỳ

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một trong những biến chứng thường gặp ở bệnh nhân bị bệnh thận mạn tính, nhưng thận cũng lại là nạn nhân của THA, THA là một trong những yếu tố thúc đẩy nhanh quá trình suy thận mạn [1]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Nguyên Khôi và cộng sự tỉ lệ bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ (TNTCK) bị THA là 76.3% [2]. Theo nghiên cứu của Chu Thị Dự tỉ lệ bệnh nhân THA tại thời điểm nghiên cứu là 63% [3]. Nhiều nghiên cứu khác cũng cho thấy tỉ lệ THA gặp từ 80-90% ở giai đoạn bắt đầu lọc máu [4]. THA là nguyên nhân chính của các bệnh lý tim mạch và cũng là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong ở bệnh nhân TNTCK. Sinh bệnh học của THA ở bệnh nhân TNTCK phức tạp, bao gồm nhiều yếu tố, tác động qua lại lẫn nhau: Thừa thể tích dịch ngoại bào, tăng hoạt tính hệ

giao cảm, sản xuất rennin không thích hợp, ứ đọng các độc tố gây co mạch quá mức ... Trong đó thừa thể tích dịch ngoại bào (quá tải muối và nước) và sự hoạt hóa bất thường hệ renin – angiotensin – aldosteron có vai trò chủ yếu gây nên THA [1],[9].

Hiện tại ở nước ta, đã có nhiều trung tâm điều trị TNTCK cho bệnh nhân bị bệnh thận giai đoạn cuối, đã có một số nghiên cứu về tình trạng THA trên bệnh nhân TNTCK. Khoa Nội thận- Tiết niệu Bệnh viện đa khoa Đức Giang đã đi vào hoạt động được hơn 10 năm với thường xuyên trên 200 bệnh nhân TNTCK. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu tổng kết, đánh giá tình trạng THA ở bệnh nhân TNTCK tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang. Chính vì vậy chúng tôi đã tiến hành đề tài “Thực trạng tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang

*Tác giả liên hệ
Email: Tuyenbvdkdg@gmail.com
Điện thoại: (+84) 912852322
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



năm 2022”.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối, được chạy thận chu kỳ ≥ 3 tháng, lọc máu đủ 3 lần/tuần.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian từ 03/2022 - 09/2022.

- Địa điểm: Khoa Nội thận- Tiết niệu Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

2.3. Thiết kế nghiên cứu:

Sử dụng phương pháp nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu thuận tiện: Tất cả bệnh nhân điều trị TNTCK tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang đủ điều kiện thì lấy vào nghiên cứu.

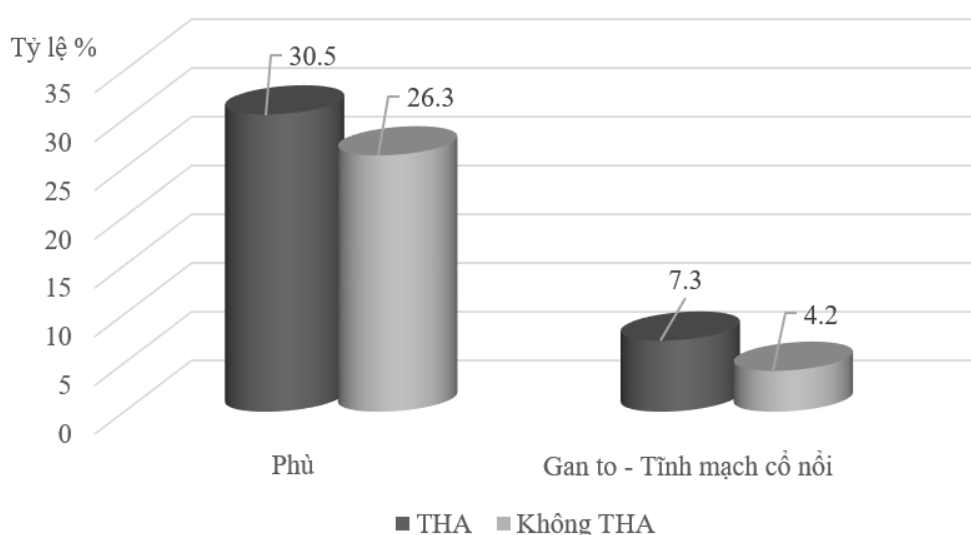
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

| Tuổi \ Giới | Nam | Nữ | Tổng | |
|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------|
| | | | n | % |
| < 40 tuổi | 10 | 11 | 21 | 14,5 |
| 40 đến < 60 tuổi | 34 | 36 | 70 | 48,3 |
| ≥ 60 tuổi | 27 | 27 | 54 | 37,2 |
| Tổng | 71 | 74 | 145 | 100 |
| (X \pm SD) | 56,55 \pm 13,34 | 58,46 \pm 13,24 | 57,51 \pm 13,26 | |
| P | > 0,05 | | | |

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 57,51, nhỏ nhất là 20 tuổi, lớn nhất là 84 tuổi, không có sự khác biệt về tuổi trung bình của 2 giới.

Biểu đồ 1. Phân bố một số triệu chứng lâm sàng ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu



Triệu chứng phù và gan to – tĩnh mạch cổ nổi gặp nhiều hơn ở bệnh nhân THA so với ở bệnh nhân không THA (30.5% so với 26.3% và 7.3% so với 4.2%). Tuy nhiên sự khác biệt này không có nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Bảng 2. So sánh giá trị của huyết áp giữa 2 giới của nhóm nghiên cứu

| Giới | HATT (X±SD) | HATTr (X±SD) | HATB (X±SD) |
|------------|--------------|--------------|--------------|
| Nam (n=71) | 165,64±29,36 | 101,58±16,81 | 122,93±19,68 |
| Nữ (n=74) | 158,21±32,63 | 93,50±14,83 | 115,41±19,67 |
| P | >0,05 | <0,05 | >0,05 |

Có sự khác biệt về giá trị của huyết áp giữa 2 giới sự khác biệt này chỉ có ý nghĩa thống kê với huyết áp tâm trương $p < 0,05$, còn huyết áp tâm thu và huyết áp trung bình không có ý nghĩa.

Bảng 3. So sánh giá trị huyết áp giữa các nhóm tuổi của nhóm nghiên cứu

| | HATT (X±SD) | HATTr (X±SD) | HATB (X±SD) |
|------------------|--------------|--------------|--------------|
| < 40 tuổi | 165,10±32,44 | 93,94±15,31 | 117,78±19,88 |
| 40 đến < 60 tuổi | 158,28±30,77 | 98,76±16,19 | 118,60±20,16 |
| ≥ 60 tuổi | 166,44±26,44 | 109,0±17,21 | 128,15±20,02 |
| P | >0,05 | <0,05 | >0,05 |

Kết quả cho thấy theo nhóm tuổi của bệnh nhân của nhóm nghiên cứu có sự khác biệt về cả huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương và huyết áp trung bình. Tuy nhiên chỉ giá trị của huyết áp tâm trương sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. So sánh giá trị của huyết áp giữa còn và mất bảo tồn nước tiểu nhóm nghiên cứu

| Tình trạng nước tiểu | HATT | HATTr | HATB |
|-----------------------|--------------|-------------|--------------|
| Còn bảo tồn nước tiểu | 155,13±28,27 | 92,30±14,78 | 113,25±17,73 |
| Mất bảo tồn nước tiểu | 164,31±31,36 | 99,86±16,46 | 120,68±20,20 |
| P | > 0,05 | > 0,05 | > 0,05 |

Cả huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương và huyết áp trung bình ở nhóm còn bảo tồn nước tiểu đều thấp hơn nhóm mất bảo tồn nước tiểu. tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

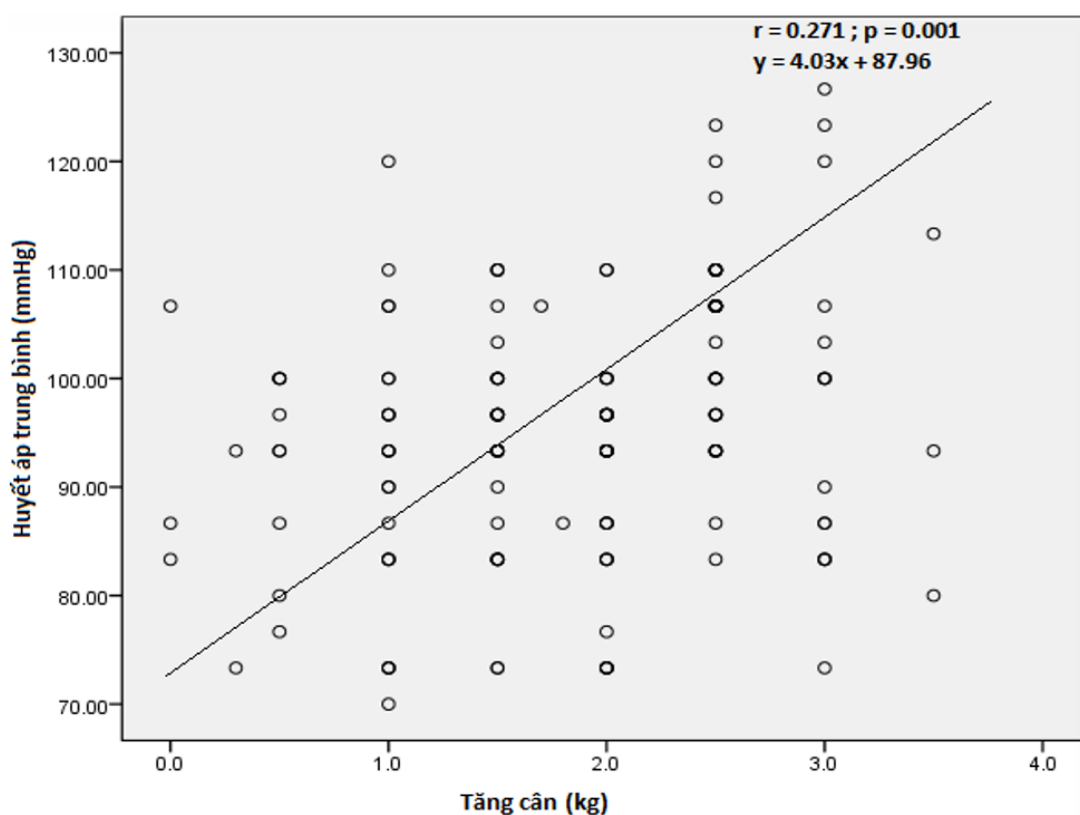
Bảng 5. Mối liên quan giữa huyết áp và sự tăng cân giữa hai kỳ lọc máu

| Huyết áp | Tăng cân | | Tăng > 2kg | | P |
|-----------|----------|-----------|------------|-----------|--------|
| | N | Tỉ lệ (%) | N | Tỉ lệ (%) | |
| Không THA | 24 | 80,0 | 6 | 20,0 | <0.001 |
| THA | 48 | 41,7 | 67 | 58,3 | |
| Tổng | 72 | 49,7 | 73 | 50,3 | |

Ở nhóm bệnh nhân THA tỉ lệ người có tăng cân giữa hai kỳ lọc máu trên 2kg là 58.26%, gấp nhiều hơn so với nhóm không THA là 20.0%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.



Biểu đồ 2. Mối tương quan giữa trị số huyết áp trung bình và sự tăng cân



Giữa trị số huyết áp trung bình và sự tăng cân giữa hai kỳ lọc máu có mối tương quan tuyến tính thuận với $r = 0.271$ và $p = 0.001$, nghĩa là càng tăng cân giữa hai kỳ lọc thì trị số huyết áp trung bình càng cao.

Bảng 6. Mối liên quan giữa HA và một số xét nghiệm đánh giá số lượng tế bào máu ngoại vi

| Chỉ số | Không THA (n = 30) | THA (n = 115) | X±SD (n=145) | P |
|------------|--------------------|---------------|--------------|-------|
| Hồng cầu | 3.04±0.54 | 2.93±0.41 | 3.01±0.51 | >0.05 |
| Hemoglobin | 91.91±18.42 | 90.81 ±12.99 | 91,65±17,25 | >0.05 |

Kết quả nghiên cứu cho biết không có sự khác biệt về hematocrit giữa nhóm bệnh nhân THA và không THA với $p > 0.05$ một số kết quả xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin và

Bảng 7. Mối liên quan giữa huyết áp và một số chỉ số xét nghiệm sinh hóa khác

| Chỉ số | Không THA (n=30) | THA (n=115) | X±SD (n=154) | P |
|-----------|------------------|---------------|---------------|-------|
| Canxi | 2.28±0.24 | 2.26±0.24 | 2.27±0.24 | >0.05 |
| Phospho | 1.78±0.61 | 1.75±0.55 | 1,76±0,6 | >0.05 |
| Acid uric | 462,31±137,61 | 477.89±112.84 | 474,24±118,62 | >0.05 |
| PTH | 32.68±36.41 | 33.37±45.25 | 32.95±39.89 | >0.05 |
| Albumin | 39,19±4,15 | 38,91±3,45 | 38,97±3,6 | >0.05 |
| Natri | 134,29±5,05 | 134,43±4,67 | 134,39±4,74 | >0.05 |

Không có sự khác biệt về kết quả một số xét nghiệm đánh giá cường cận giáp trạng giữa nhóm bệnh nhân THA và không THA với $p > 0.05$.

Bảng 8. Liên quan giữa huyết áp và hình thái quai động chủ trên phim chụp Xquang ngực thẳng

| Dấu hiệu | THA | Không THA | P |
|--------------------------------|--------|-----------|-------|
| Quai động mạch chủ nổi | 26,96% | 26,67% | >0.05 |
| Quai động mạch chủ bình thường | 73,04% | 73,33% | |

Không có mối liên quan giữa huyết áp và hình thái quai động mạch chủ trên phim chụp Xquang ngực thẳng ($p > 0.05$).

Bảng 9. Liên quan giữa huyết áp và kích thước tim trên phim chụp Xquang ngực thẳng

| Dấu hiệu | THA | Không THA | P |
|----------------------|--------|-----------|-------|
| Hình tim to | 46,09% | 26,67% | <0.05 |
| Hình tim bình thường | 53,91% | 73,33% | |

Có sự khác biệt về hình thái tim to trên phim chụp Xquang giữa người THA và không THA. Và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$

Bảng 10. Liên quan giữa huyết áp và hình thái thất trái trên điện tâm đồ

| Chỉ số | THA | Không THA | P |
|---|--------|-----------|-------|
| Tăng gánh thất trái ($RV5+SV1 \geq 3.5$ mV) | 71,30% | 46,67% | <0.05 |
| Không tăng gánh thất trái ($RV5+SV1 < 3.5$ mV) | 28,70% | 53,33% | |

Có sự khác biệt sự hình thái thất trái trên điện tâm đồ trong đó tăng gánh thất trái hay gặp ở nhóm bệnh nhân THA (71.19%) so với nhóm bệnh nhân không THA (48.42%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

4. BÀN LUẬN

Theo giả thuyết của Guyton thận điều hòa huyết áp thông qua sự điều hòa bài tiết muối – nước, từ đó kiểm soát thể tích tuần hoàn và cung lượng tim [5]. Thừa thể tích dịch ngoại bào là biến chứng thường gặp ở bệnh nhân suy thận. Biểu hiện lâm sàng của tình trạng thừa nước là phù ở các mức độ từ phù nhẹ kín đáo ở mi mắt hoặc mắt cá chân cho đến phù nặng toàn thân kèm theo tràn dịch các màng, THA, suy tim, phù phổi cấp. Qua nghiên cứu của chúng tôi cho thấy biểu hiện phù là thường gặp, chiếm tỉ lệ 30,5%. Tỉ lệ này thấp hơn so

với nghiên cứu của Chu Thị Dự [3], tác giả nghiên cứu trên 50 bệnh nhân TNTCK có THA ở bệnh viện Thanh Nhân, biểu hiện hiện phù chiếm 52%. Tỉ lệ bệnh nhân có suy tim phải là 7,2% với biểu hiện lâm sàng là gan to, tĩnh mạch cổ nổi, phản hồi gan – tĩnh mạch cổ dương tính. Đa số bệnh nhân có gan to nhẹ, ở mức mấp mé bờ sườn; một số bệnh nhân có gan to khoảng 1 – 2 cm dưới bờ sườn. Tỉ lệ này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của tác giả Chu Thị Dự [3], với số bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng của suy tim phải chiếm tỉ lệ 38%. Khi so sánh biểu hiện lâm sàng phù và gan to, tĩnh mạch cổ nổi giữa hai nhóm bệnh nhân THA và không THA cho thấy có sự khác biệt nhỏ, trong đó các triệu chứng này thường gặp hơn ở nhóm THA (30.5% so với 26.3% và 7.3% so với 4.2%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Tuổi là yếu tố nguy cơ hàng đầu dẫn tới tăng huyết áp ở cả hai giới nam và nữ nói chung và ở bệnh nhân TNTCK nói riêng. Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.2 cho thấy có sự khác biệt về giá trị của cả huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương và huyết áp trung bình giữa hai giới nam và nữ. Tuy nhiên chỉ có giá trị huyết áp tâm trương là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Giá trị huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương và huyết áp trung bình liên quan đến còn hay mất bảo tồn nước tiểu. Nhóm bệnh nhân mất bảo tồn nước tiểu có giá trị huyết áp cao hơn hẳn so với nhóm còn bảo tồn nước tiểu, tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$. Ở bệnh nhân thận nhân tạo trong năm đầu tiên đã có một loạt vấn đề xảy ra bao gồm cả những vấn đề liên quan đến kỹ thuật thận nhân tạo và sự thích nghi của bệnh nhân với thận nhân tạo. Các yếu tố liên quan đến điều trị có thể góp phần vào những thay đổi này bao gồm khả năng tiếp cận mạch máu và chăm sóc trước thận nhân tạo, kê đơn điều trị thận nhân tạo và việc điều chỉnh môi trường bên trong không đầy đủ bằng các kỹ thuật thận nhân tạo hiện tại. Các yếu tố liên quan đến bệnh nhân bao gồm mất chức năng thận còn lại đang diễn ra và sự tiến triển của bệnh kèm theo. Chức năng thận bảo tồn liên quan đến cứng mạch, huyết áp và các biến cố tim mạch được nhiều nghiên cứu khẳng định [6]. Hầu hết bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối vẫn giữ được một phần chức năng thận trước khi thận nhân tạo, tuy nhiên, nó sẽ giảm dần và có thể mất hoàn toàn trong quá trình điều trị thận nhân tạo. Chức năng thận bảo tồn sẽ thúc đẩy kiểm soát phospho, cải thiện tình trạng dinh dưỡng và giảm tỷ lệ tử vong [6]. Việc duy trì chức năng thận bảo tồn rất quan trọng để giảm các biến cố tim mạch, nâng cao chất lượng cuộc sống bệnh nhân thận nhân tạo [7]. Lợi ích của còn bảo tồn chức năng thận được giả thuyết là nhờ sự kiểm soát thể tích, khoáng chất và chất điện giải được cải thiện, ít viêm hơn và thanh thải tốt hơn các chất hòa tan liên kết với protein và các phân tử trung bình, qua đó giúp kiểm soát huyết áp được tốt hơn. TNTCK chỉ được áp dụng ngắt quãng, trong khi chức năng thận tự nhiên là

liên tục. Vì lý do này, ngay cả một lượng nhỏ chức năng còn sót lại cũng làm giảm nồng độ trong huyết tương của các chất hòa tan kém bằng thẩm tách máu, chẳng hạn như các protein trọng lượng phân tử trung bình như β_2 -microglobulin và các chất hòa tan gắn với protein cũng như các chất khác bao gồm Hcy [7].

Kết quả nghiên cứu theo bảng 3.5 cho thấy có 72 bệnh nhân (49,7%) có tăng cân trung bình ≤ 2 kg giữa hai kỳ lọc và 73 bệnh nhân (51,3%) có tăng cân trung bình trên 2kg giữa hai kỳ lọc. Kết quả này cũng tương đương so với nghiên cứu của tác giả Chu Thị Dự [6], tăng cân trung bình trên 2 kg giữa hai kỳ lọc là 50%. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy nhóm bệnh nhân không THA, số bệnh nhân có sự tăng cân trung bình giữa hai kỳ lọc ≤ 2 kg chiếm đa số 80,0% so với tăng > 2 kg chỉ chiếm có 20,0%; còn ở nhóm bệnh nhân có THA, thì số bệnh nhân có tăng cân > 2 kg (58,26%) nhiều hơn so với số bệnh nhân tăng ≤ 2 kg. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$. Tác giả Inrig JK và cộng sự [8] nhận thấy có mối liên quan giữa tăng cân giữa hai kỳ lọc và huyết áp, cứ tăng 1% cân nặng giữa hai kỳ lọc có liên quan với tăng 1mmHg huyết áp tâm thu và 0.65 mmHg huyết áp tâm trương, tuy nhiên mối liên quan này còn hạn chế và chịu ảnh hưởng của các yếu tố lâm sàng khác. Ở nghiên cứu của chúng tôi khi xét mối tương quan giữa huyết áp và sự tăng cân giữa hai kỳ lọc cho thấy có mối tương quan tuyến tính thuận, tuy nhiên không chặt chẽ với $r = 0.281$, với mức ý nghĩa $p < 0.01$. Điều đó có nghĩa là huyết áp trung bình càng tăng thì tăng cân trung bình giữa hai kỳ lọc càng nhiều, tuy nhiên mối tương quan này không chặt chẽ và còn chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng khác.

Thiếu máu là dấu hiệu thường gặp ở bệnh nhân bị bệnh thận mạn, nguyên nhân của thiếu máu trong bệnh thận mạn do nhiều yếu tố phối hợp. Thiếu máu sẽ làm nặng thêm các biến chứng tim mạch, tăng nguy cơ cho bệnh mạch vành, tăng tỉ lệ tử vong do suy tim xung huyết và tử vong tim mạch khác [9]. Thiếu máu mạn tính có ảnh hưởng xấu tới cơ tim và sự biến đổi của các mạch máu lớn, dẫn tới phì đại và thay đổi động mạch. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ có 3,5% bệnh nhân không có thiếu máu và tương ứng với 96,5% bệnh nhân còn lại có thiếu máu ở các mức độ khác nhau từ mức độ nhẹ đến thiếu máu nặng. Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự chênh lệch về mức độ thiếu máu giữa hai nhóm bệnh nhân có THA và không có THA, theo đó ở bệnh nhân có THA mức độ thiếu máu nhiều hơn so với nhóm bệnh nhân không có THA, thể hiện trên cả hai chỉ số xét nghiệm định lượng hồng cầu, hemoglobin. Cụ thể ở nhóm bệnh nhân có THA: hồng cầu là $2,93 \pm 0,41$ T/l, hemoglobin là $90,81 \pm 12,99$ g/l; so với nhóm không THA: hồng cầu là $3,04 \pm 0,54$ T/l, hemoglobin là $91,91 \pm 18,42$ g/l. Như vậy có thể đặt câu hỏi “Liệu rằng tình trạng thiếu máu có liên quan đến huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương của bệnh nhân không?”. Trong

nghiên cứu của chúng tôi trên 145 bệnh nhân, đều có mức ý nghĩa $p > 0.05$, như vậy không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên chưa thể khẳng định là không có mối liên quan giữa huyết áp và tình trạng thiếu máu, có thể cần phải làm thêm các nghiên cứu trên quy mô lớn hơn, sẽ cho câu trả lời về sự có hay không có mối liên quan này.

Thận có vai trò quan trọng trong điều hoà nồng độ canxi và phospho huyết thanh. Ở những bệnh nhân bị CKD, do thận tạo không đủ $1,25(\text{OH})_2\text{D}_3$ do đó thường làm nồng độ canxi huyết thanh giảm. Khi nồng độ canxi máu giảm kéo dài sẽ gây hiệu quả thông báo ngược gây cường cận giáp thứ phát làm tăng nồng độ calci huyết thanh và gây bệnh xương, hậu quả cuối cùng là gây cường tuyến cận giáp thứ phát, gây nhiều hậu quả nghiêm trọng như: nguyên nhân chính dẫn đến canxi hóa mạch máu ở nhóm bệnh nhân đang TNTCK, đặc biệt là canxi hóa gây hẹp mạch vành, đưa đến suy vành, nhồi máu cơ tim, là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở các trung tâm thận nhân tạo trên thế giới. Kể từ đầu những năm 1970, việc tăng chỉ số canxi x phospho đã được coi là một yếu tố nguy cơ canxi hóa cơ tim gây gián đoạn dẫn truyền xung động của hệ dẫn truyền nhĩ thất, từ đó gây rối loạn nhịp tim và đột tử. Ngoài ra, việc tăng chỉ số canxi x phospho sẽ gây rối loạn hệ thống vi mạch ở tim do làm tăng sức đề kháng ngoại mạch và gây giảm lưu lượng tuần hoàn mạch vành. Theo nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy nồng độ canxi huyết thanh là $2,27 \pm 0,24$ mmol/L, nồng độ canxi huyết thanh này trong giới hạn bình thường của người Việt Nam. Điều này có thể được giải thích là do các bệnh nhân được điều trị bổ sung canxi hợp lý, nên khi xét nghiệm cho kết quả bình thường trong giới hạn. Tuy nhiên nồng độ phospho huyết thanh có tăng hơn so với giới hạn bình thường, trung bình là $1,76 \pm 0,6$ mmol/L. Nồng độ PTH huyết thanh tăng rất cao so với giới hạn bình thường, kết quả nghiên cứu cho thấy trung bình là $32,95 \pm 39,89$ pmol/L, cho thấy dấu hiệu cường tuyến cận giáp trạng thứ phát khá rõ ràng. Theo nghiên cứu của tác giả Hà Hoàng Kiệm [10], ở nhóm bệnh nhân suy thận giai đoạn IV có kết quả nồng độ canxi máu là $1,2 \pm 0,4$ mmol/L và nồng độ phospho máu là $2,4 \pm 0,8$ mmol/L. Khi phân tích sự thay đổi của nồng độ canxi, phospho và PTH huyết thanh giữa hai nhóm bệnh nhân có THA và không THA của chúng tôi, cho thấy có sự chênh lệch không nhiều và sự chênh lệch này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. về một số chỉ số xét nghiệm hóa sinh máu như: acid uric, albumin, sắt, Ferritin... giữa hai nhóm bệnh nhân có THA và không THA đều có sự khác biệt, tuy nhiên sự khác biệt này đều không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Bệnh thận mạn tính gây nhiều biến chứng ở các cơ quan trong cơ thể, trong đó biến chứng tim mạch là phổ biến và nặng nề. Biến chứng tim mạch gặp ở 50 – 80% số bệnh nhân CKD bao gồm THA, suy tim ứ huyết, vữa xơ động mạch, bệnh cơ tim và bệnh van tim, viêm màng trong tim, màng ngoài tim, loạn nhịp... Biến chứng tim

mạch trở nên nặng nề và là nguyên nhân tử vong ở 48% số bệnh nhân lọc máu định kỳ (theo The United States Renal Data System 1993). Tăng huyết áp ở bệnh nhân CKD và ESRD điều trị thay thế thận bằng lọc máu TNTCK cũng dẫn tới hàng loạt các biến chứng nặng nề ở tim, não, mắt ... làm tăng tỉ lệ tử vong ở những bệnh nhân này [1]. Về biến chứng phì đại thất trái: Theo nghiên cứu của chúng tôi hình thái tim to (tỉ lệ tim/ lồng ngực > 0.5) trên phim chụp Xquang ngực thẳng gặp ở 46,09% bệnh nhân có THA, và chỉ gặp ở 26,01% bệnh nhân không có THA, trên điện tâm đồ dấu hiệu tăng gánh thất trái gặp ở 71,3% bệnh nhân có THA nhiều hơn so với 46,67% ở bệnh nhân không THA. Sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Theo nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Việt Hà [11], ở nhóm bệnh nhân TNTCK, cho kết quả gần tương tự về tỉ lệ bệnh nhân có chỉ số tim/ngực >0.5 là 39.66%, tỉ lệ bệnh nhân có biểu hiện tăng gánh thất trái trên điện tâm đồ thì thấp hơn với 29.31%. Chúng tôi chưa tìm được mối liên quan chặt chẽ giữa các biến đổi hình thái và huyết động của thất trái và sự THA, vì vậy cần phải nghiên cứu vấn đề này sâu và rộng hơn.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu mô tả cắt ngang 145 ca lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang, kết quả cho thấy:

Có mối tương quan về tăng cân trung bình giữa hai kỳ lọc với tình trạng huyết áp, nghĩa là càng tăng cân giữa hai kỳ lọc máu thì trị số huyết áp trung bình càng tăng, mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$.

Có mối liên quan giữa tăng huyết áp với biểu hiện phì đại thất trái: chỉ số tim / ngực > 0.5 gặp ở 46.09% bệnh nhân. dấu hiệu tăng gánh thất trái gặp ở 71.30%. Sự khác biệt này so với nhóm không THA đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Đỗ Gia Tuyền, Điều trị tăng huyết áp trong bệnh thận mạn, Bệnh học nội khoa Thận-Tiết niệu, Tập 2, Nhà xuất bản Y học, 2021.
- [2] Nguyễn Nguyên Khôi, Nghiên cứu tỉ lệ tăng huyết áp và điều trị tại khoa thận nhân tạo bệnh viện Bạch Mai, Hội thảo khoa học chuyên đề điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân suy thận mạn, Bệnh viện Bạch Mai, 2006.
- [3] Chu Thị Dự, Đánh giá ảnh hưởng của tình trạng thừa nước lên việc kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội, 2008.
- [4] D'Amico M. and Locatelli F., Hypertension in dialysis: pathophysiology and treatment. *J Nephrol*, 15(4), 2002, 438–445.
- [5] Guyton AC, Renal function curve-a key to understanding the pathogenesis of hypertension. *Hypertension*, 10(1), 1987, 1–6.
- [6] Lu W, Ren C, Han X et al., The protective effect of different dialysis types on residual renal function in patients with maintenance hemodialysis: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 97(37), 2018, e12325.
- [7] Mathew AT, Fishbane S, Obi Y et al., Preservation of residual kidney function in hemodialysis patients: reviving an old concept. *Kidney Int*, 90(2), 2016, 262–271.
- [8] Inrig JK, Patel UD, Gillespie BS et al., Relationship Between Interdialytic Weight Gain and Blood Pressure Among Prevalent Hemodialysis Patients. *Am J Kidney Dis Off J Natl Kidney Found*, 50(1), 2007, 108-118.e4.
- [9] Toto RD, Anemia of chronic disease: past, present, and future. *Kidney Int Suppl*, (87), 2003, S20-23.
- [10] Hoàng Hà Kiệt, Biến đổi nồng độ Phospho và Canxi máu ở bệnh nhân suy thận mạn. Tạp chí Y học thực hành, số 5, 2003.
- [11] Đặng Thị Việt Hà, Nghiên cứu tổn thương động mạch cảnh, động mạch đùi bằng siêu âm doppler ở bệnh nhân suy thận mạn tính, Luận án Tiến sỹ, Đại học Y Hà Nội, 2011.



ASSESSMENT OF KNEE JOINT REHABILITATION AFTER ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT RECONSTRUCTION SURGERY IN DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2021

Nguyen Duc Minh*, Do Thi Bich Thuy

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 03/08/2023; Accepted: 28/08/2023

ABSTRACT

Objective: To assess knee joint rehabilitation following anterior cruciate ligament reconstruction surgery in Duc Giang General Hospital from January to October in 2021.

Subject and method: This is a descriptive cross-sectional study on 30 patients treated by physical therapy and rehabilitation exercises after anterior cruciate ligament reconstruction surgery.

Results: Range of motion and muscle strength of the knee: After one month of surgery, the patient's knee flexion reached the full range, over 120 degrees, and after two months, 100% of the patients achieved knee flexion of 130 degrees. The muscle strength of the knee flexors and extensors reached level 5 after one month. The mobility of the knee according to Lysholm: The average Lysholm score in both genders after surgery was poor and average (below 50 points), but after one month of exercise, the average Lysholm score was over 84 and 84 points; and after three months, this index in both genders was 94 and 95 points (good). Knee function activity score according to Cincinnati (maximum 420 points): According to the chart, the average knee function activity score of men improved over time: 172 points after surgery, and after 1 month, 2 months and 3 months respectively 259 - 329 - 363 / 420 points, $p < 0.0001$.

Conclusions: Patients recovered their knee function after anterior cruciate ligament reconstruction surgery with high effectiveness at Duc Giang General Hospital.

Keywords: Knee joint rehabilitation, Duc Giang General Hospital.

*Corresponding author
Email address: ducminhnguyenbs@gmail.com
Phone number: (+84) 965168268
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

ĐÁNH GIÁ PHỤC HỒI KHỚP GỐI SAU MỔ TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2021

Nguyễn Đức Minh*, Đỗ Thị Bích Thùy

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 03/08/2023; Ngày duyệt đăng: 28/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá phục hồi chức năng khớp gối sau mổ tái tạo dây chằng chéo trước tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 1-2021 đến tháng 10-2021.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 30 bệnh nhân sau mổ tái tạo dây chằng chéo trước, được phục hồi chức năng bằng vật lý trị liệu và tập phục hồi chức năng.

Kết quả:

* *Tầm vận động gập gối và cơ lực khớp gối*

Sau mổ 1 tháng, gập gối của BN thực hiện hết tầm, đạt trên 120 độ, và sau 2 tháng 100% BN đều đạt gập gối 130 độ. Cơ lực các cơ gập và duỗi gối đều đạt bậc 5 sau 1 tháng. Khả năng vận động của khớp gối theo Lysholm: Điểm Lysholm trung bình ở cả hai giới sau mổ đều ở mức kém và trung bình (dưới 50 điểm), nhưng sau 1 tháng tập, điểm Lysholm trung bình đều trên 84 và 84 điểm; và sau 3 tháng chỉ số này ở cả hai giới đều là 94 và 95 điểm (tốt).

* *Điểm hoạt động chức năng khớp gối theo Cincinnati (tối đa 420 điểm)*

Theo biểu đồ, điểm hoạt động chức năng trung bình của khớp gối ở nam giới cải thiện theo thời gian: sau mổ 172 điểm, và sau 1 tháng, 2 tháng và 3 tháng lần lượt là 259 - 329 - 363 / 420 điểm. $p < 0,0001$.

Kết luận: Bệnh nhân phục hồi chức năng khớp gối sau mổ tái tạo dây chằng chéo trước mang lại hiệu quả cao tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Từ khóa: Phục hồi chức năng khớp gối, Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương dây chằng chéo trước (DCCT) là một trong những tổn thương hay gặp nhất trong chấn thương khớp gối. Theo ước tính mỗi năm, tỷ lệ tổn thương chằng chéo trước tại Mỹ là từ 80000 đến 250000 ca; hầu hết xảy ra ở độ tuổi 15-45 t và 70% số đó là do chấn thương thể thao [1].

Phẫu thuật nội soi tái tạo chằng chéo trước đã phát triển mạnh mẽ và ngày càng hoàn thiện [4]. Mục tiêu của

phẫu thuật là tái tạo lại dây chằng chéo trước giống với đặc điểm giải phẫu và chức năng của chằng chéo trước nguyên bản, nhằm phục hồi tối đa chức năng khớp gối. Về kỹ thuật mổ, mảnh ghép được dùng phổ biến hiện nay là gân cơ bán gân và gân cơ thon (cơ chân ngỗng) [2,3] và được cố định bằng vis tự tiêu theo kỹ thuật “tắt cả bên trong”. Chương trình PHCN trên thế giới [4] đều nhấn mạnh đến sự phù hợp của chương trình PHCN với kỹ thuật cố định và mảnh ghép. Chương trình PHCN khớp gối của Brigham Women’s Hospital của Đại học

*Tác giả liên hệ

Email: ducminhnguyenbs@gmail.com

Điện thoại: (+84) 965168268

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



Harward (BWHH) [6] được thiết kế dành riêng cho phẫu thuật tái tạo DCCT với mảnh ghép gân cơ bán gân và gân cơ thon. Hiện nay ở Việt Nam, hầu hết bệnh nhân (BN) sau phẫu thuật đều được phục hồi chức năng nhưng chưa quan tâm đúng mức đến kỹ thuật lấy và cố định mảnh ghép, và việc tái rèn luyện cảm giác bản thể và hoạt động chức năng hoàn toàn của khớp gối [7,8]. Chương trình PHCN khớp gối sau mổ tạo hình DCCT của Bệnh viện Brigham Women's Harward được thiết kế cho phẫu thuật này. Sự khác biệt chính của Chương trình tập này là đưa BN vào việc tập luyện sức mạnh cơ và tầm vận động khớp gối và các bài tập bản thể thần kinh cơ, tập chức năng vận động cũ cho BN sớm hơn, nên phục hồi chức năng đạt hiệu quả cao hơn.

nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1-2021 đến tháng 10-2021, thực tế chọn 30 bệnh nhân

2.5. Nội dung nghiên cứu: Xác định hiệu quả phục hồi chức năng bệnh nhân sau mổ tái tạo dây chằng chéo trước.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: Bệnh nhân được điều trị vật lý trị liệu và tập phục hồi chức năng, được khám định kỳ đánh giá lâm sàng.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Tuân thủ các quy định đạo đức của Bệnh viện đa khoa Đức Giang

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 1-2021 đến tháng 10-2021

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân sau mổ tái tạo dây chằng chéo trước, được phục hồi chức năng bằng vật lý trị liệu và tập phục hồi chức năng

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Chọn chủ đích toàn bộ bệnh

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số 30 BN, 16 nam (chiếm 53,33%) và 14 nữ (46,67%). Lứa tuổi mắc chính là người trẻ tuổi (18-44t) chiếm 86,58% ở nam giới và 67,85% ở nữ giới. Nguyên nhân mắc ở nam giới nhiều nhất là do chấn thương thể thao- 62,5% và ở nữ là tai nạn trong công việc- 50,0%. Lý do BN đi mổ phần lớn do đau (87,5% BN nam và 85,7% BN nữ) và do gối mất vững, trở ngại sinh hoạt (68,7% nam và 92,85% ở BN nữ).

3.1. Tầm vận động gập gối (độ) và cơ lực khớp gối (bậc cơ theo Kellidan)

Bảng 1. Tầm vận động gập khớp gối (thụ động) sau mổ

| Thời điểm Biến số | Sau mổ | | Sau 1 tháng | | Sau 2 tháng | | Sau 3 tháng | | P (Fridman test) |
|---|-----------|------|-------------|------|-------------|-----|-------------|-----|---------------------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| 1. Mức độ gập gối | | | | | | | | | |
| | Sau mổ | | 1 tháng | | 2 tháng | | 3 tháng | | p |
| Tốt | 0 | | 21 | 70,0 | 30 | 100 | 27 | 100 | |
| Khá | 0 | | 9 | 30,0 | 0 | | 0 | | |
| Vừa | 3 | 10,0 | 0 | | 0 | | 0 | | |
| Kém | 27 | 90,0 | 0 | | 0 | | 0 | | |
| p (Z-test) | 0,0001 | | 0,0001 | | - | | - | | |
| 2. Độ gập khớp gối theo giới tính (tính theo độ) | | | | | | | | | |
| Nam = 16 | 41,4±11,6 | | 120,1±6,7 | | 130 | | 130 | | 0,0001 |
| Nữ = 14 | 41,7±8,0 | | 120,5±6,3 | | 130 | | 130 | | 0,0001 |

Sau mổ có 90% BN có TVĐ gập gối kém (dưới 60°); Sau 1 tháng có tới 70% BN đạt mức gập gối tốt (trên 120°); số còn lại 30% là gập gối khá (TVĐ gập từ 90-

120°); Tầm vận động gập gối của BN sau 1 tháng đã đạt được gần tối đa (120°) ở cả hai giới. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. Thay đổi sức mạnh cơ khớp gối, theo 6 bậc thử cơ

| Giới | | Thời điểm | | Sau 1 tháng | Sau 2 tháng | Sau 3 tháng | P |
|------|---------|-----------|--|-------------|-------------|-------------|--------|
| | | Sau mổ | | | | | |
| Nam | Tứ đầu | 4,05±0,93 | | 5,0±0,0 | 5,0±0,0 | 5,0±0,0 | 0,0001 |
| | Nhị đầu | 4,05±0,93 | | 5,0±0,0 | 5,0±0,0 | 5,0±0,0 | 0,0001 |
| Nữ | Tứ đầu | 4,04±0,92 | | 5,0±0,0 | 5,0±0,0 | 5,0±0,0 | 0,0001 |
| | Nhị đầu | 4,04±0,92 | | 5,0±0,0 | 5,0±0,0 | 5,0±0,0 | 0,0001 |

Nhận xét:

- Ở cả hai giới, cơ lực đều phục hồi nhanh sau 1 tháng: Đạt bậc 4 lên bậc 5.

- Cả cơ tứ đầu đùi và nhị đầu đùi đều có sự hồi phục tốt như nhau về cơ lực; mặc dù mảnh ghép ở gân cơ thon và cơ bán gân, khiến BN được gập gối chủ động muộn hơn.

3.2. Khả năng vận động của khớp gối theo Lysholm

Bảng 3. Tổng điểm hoạt động khớp gối theo Lysholm

| Thời điểm | Sau mổ | | Sau 1 tháng | | Sau 2 tháng | | Sau 3 tháng | | p |
|------------|-----------|-------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|--------|
| | Tổng điểm | | | | | | | | |
| Nam | 50,3±21,7 | | 85,8±5,6 | | 92,8±3,6 | | 95,0±3,3 | | 0,0001 |
| Nữ | 48,3±21,9 | | 84,3±5,3 | | 92,7±3,7 | | 94,4±3,5 | | 0,0001 |
| p (t-test) | 0,668 | | 0,194 | | 0,922 | | 0,403 | | |
| Mức độ | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Tốt | 0 | | 4 | 13,33 | 19 | 63,33 | 24 | 88,88 | 0,0001 |
| Khá | 0 | | 23 | 76,66 | 11 | 36,67 | 3 | 11,12 | |
| Trung bình | 5 | 16,67 | 2 | 6,66 | 0 | | 0 | | |
| Kém | 25 | 83,33 | 1 | 3,35 | 0 | | 0 | | |
| p (Z-test) | 0,0001 | | 0,0001 | | 0,002 | | 0,0001 | | |

Nhận xét

- Điểm Lysholm trung bình ở cả hai giới sau mổ đều ở mức kém và trung bình (dưới 50 điểm), nhưng sau 1

tháng tập, điểm Lysholm trung bình đều trên 84 và 84 điểm; và sau 3 tháng chỉ số này ở cả hai giới đều là 94 và 95 điểm (tốt). Sự khác biệt về kết quả tập giữa hai giới không có ý nghĩa thống kê.



- Sau mổ, 83,33% BN đạt mức điểm Lysholm kém, nhưng sau 1 tháng, 76,66% BN đạt điểm Lysholm mức khá, và sau 3 tháng có tới 88,88% BN đạt mức tốt (trên 95 điểm).

3.3. Điểm hoạt động chức năng khớp gối theo Cincinnati (tối đa 420 điểm)

Bảng 4. Tổng điểm hoạt động chức năng khớp gối theo Cincinnati

| Thời điểm Điểm | Sau mổ | Sau 1 tháng | Sau 2 tháng | Sau 3 tháng | p |
|-------------------|------------|-------------|-------------|-------------|--------|
| Nam | 172,2±49,4 | 259,8±45,3 | 329,0±39,8 | 363,7±25,7 | 0,0001 |
| Nữ | 169,6±47,8 | 246,8±42,6 | 317,1±36,0 | 352,5±32,9 | 0,0001 |
| p (t-test) | 0,812 | 0,187 | 0,165 | 0,067 | |

Điểm hoạt động chức năng trung bình của khớp gối ở nam cải thiện theo thời gian: sau mổ 172 điểm, và sau 1 tháng, 2 tháng và 3 tháng lần lượt là 259 - 329 - 363 / 420 điểm. $p < 0,0001$

Tương tự, điểm hoạt động chức năng của khớp gối ở nữ tăng dần ở 3 thời điểm: Từ 169 điểm lên 246 – 317 – 352 / 420 điểm. $p < 0,0001$. Sự khác biệt về chức năng khớp giữa hai giới là không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$

4. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi giới và nguyên nhân chấn thương:

Trong tổng số 30 BN, 16 nam (chiếm 53,33%) và 14 nữ (46,67%). Tỷ lệ nam/nữ = 1,14/1. Nam giới thường bị chấn thương DCCT nhiều hơn nữ. Tác giả Nguyễn Hoài Nam [7] thấy tỷ lệ này là 1,6/1 còn Nguyễn Văn Vĩ [8] gặp ở nam 71,9% so với nữ là 28,1%. Về lứa tuổi mắc chủ yếu là người trẻ tuổi (độ 15-44t) chiếm 87,5% ở nam giới và 92,86% ở nữ giới. Nguyễn Hoài Nam thấy độ tuổi trung bình của 52 BN nghiên cứu là 33,1t. Còn Nguyễn Văn Vĩ hay gặp nhất là BN cả nam và nữ độ tuổi 18-39t chiếm 87,4%.

Chúng tôi thấy nguyên nhân gặp nhiều nhất ở nam giới là chấn thương thể thao 62,5% (10/16BN) và ở nữ là tai nạn trong công việc 50,0% (7/14BN). Điều này giải thích vì sao tỷ lệ đứt DCCT hay xảy ra ở nam giới: họ chơi thể thao, thực hiện công việc nặng nhọc và dễ chấn thương hơn nữ giới. Nguyễn Hoài Nam thấy nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông (40,4%) và tai nạn thể thao (32,7%). Còn theo Nguyễn Văn Vĩ chấn thương thể thao chiếm 60,9% và tai nạn giao thông chỉ đứng thứ hai với tỷ lệ 26,6% BN.

4.2. Lý do đi mổ:

Lý do BN đi mổ phần lớn do đau (87,5% BN nam và 85,7% BN nữ) và do gối mất vững, gây trở ngại sinh hoạt, đặc biệt đi cầu thang (68,7% nam và 92,85% ở BN nữ). Thời gian bị thương tới lúc mổ dưới 6 tháng: có 21/30BN chiếm 70%; còn Nguyễn Hoài Nam thấy thời gian từ lúc chấn thương tới phẫu thuật trung bình là 5 tháng. Tác giả Nguyễn Văn Vĩ thấy tỷ lệ BN mổ trước 6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 64%.

4.3. Thay đổi lực cơ và tầm vận động khớp:

BN được tập khớp gối theo tầm vận động và di động xương bánh chè ngay sau mổ, cả khi khớp gối còn sưng và đau, mục tiêu sau 4 tuần, khớp gối gập được 90o. Số liệu chúng tôi cho thấy, sau 1 tháng cả hai giới đều đạt trên 120o (thiếu 10o) và sau 2 tháng, 100% BN đều gập gối được 130o. Các tác giả khác như Nguyễn Hoài Nam sau 6 tuần thấy gập gối thiếu 10,8o độ và duỗi gối thiếu 2,5o so với tầm vận động tối đa của khớp. Nguyễn Văn Vĩ thấy sau 1 tháng có 65,6% BN (42/64) gập gối thiếu trên 25o và sau 3 tháng vẫn còn 57,8% bệnh nhân (37/64) gập gối thiếu 6-15o. Jonkergouw Avà cộng sự 2019 [9] thấy sau mổ tạo hình DCCT cho 52 bệnh nhân ở thời điểm 1 tuần sau mổ gập gối đạt 89°±18 và sau 1 tháng, đạt 125°±14. Như vậy có thể thấy BN trong NC của chúng tôi có kết quả tốt tương đương với Jonkergouw Avà CS. Sự khác biệt trong chương trình tập của chúng tôi so với 2 tác giả Việt Nam kể trên là cho BN tập các bài tập gập gối thụ động tiến tới gập chủ động sớm, ngay ở 4 tuần đầu tiên, không e ngại vị trí lấy mảnh ghép có thể đau.

Về cơ lực các cơ gập và duỗi gối, chúng tôi thấy sau mổ cơ lực chỉ đạt bậc 4, nhưng sau 4 tuần BN đã bắt

đầu được tập tập mạnh cơ tứ đầu đùi bằng các bài tập chuỗi động đóng và gia tăng cường độ nếu BN chịu được (tập ngồi dựa tường, bước lên bậc, đứng tấn nhẹ, nằm ngửa tập duỗi gối có kháng trở trong tầm 90-30 độ, bước ra trước 1 bước rồi chân trước quỳ gối xuống vuông góc). Những bài tập này giúp bảo vệ mảnh ghép, nơi lấy mảnh ghép nhưng lại có tác dụng mạnh cơ tứ đầu đùi và cơ gập gối. Do vậy sau 2 tháng, cơ lực các cơ gập và duỗi gối của BN đã đều đạt bậc 5. Còn theo Nguyễn Hoài Nam [7], sau 9 tuần tập chỉ có 84,6% BN (44/52) đạt cơ lực bậc 5 ở cơ gập và duỗi gối. Nguyễn Văn Vĩ [8] sau 3 tháng mới có 85,9% BN (55/64) có cơ duỗi gối và 71,9% BN (46/64) có cơ gập gối đạt bậc 5.

4.4. Thay đổi điểm Lysholm:

Điểm Lysholm trung bình ở nam và nữ sau mổ đều ở mức kém (50,3 và 48,3 điểm), nhưng sau 1 tháng tập, điểm Lysholm ở hai giới tương ứng với 85,8 và 84,3 điểm (mức khá); và sau 3 tháng chỉ số này là 95,0 và 94,4 điểm (mức tốt). Sau mổ, 83,33% BN đạt mức điểm Lysholm kém, nhưng sau 1 tháng điều trị, 76,66% BN đạt điểm Lysholm mức khá, và sau 3 tháng có tới 88,88% BN đạt mức tốt (trên 95 điểm). Sự khác biệt về kết quả tập giữa hai giới không có ý nghĩa thống kê. Nguyễn Hoài Nam theo dõi sau 9 tuần thấy điểm Lysholm chung của hai giới là 86,4 điểm, còn theo Nguyễn Văn Vĩ, sau 3 tháng tập chỉ có 51,6% BN (33/64) đạt điểm Lysholm từ 84-94 điểm (mức khá). Todor A và CS 2019 [10] theo dõi BN sau mổ 2 năm dùng mảnh ghép gân cơ bán gân và cơ thon ở 33 BN đứt DCCT đơn thuần, thấy điểm Lysholm của nhóm là 91.33±6.65 điểm. Những BN này đều không đeo nẹp gối trong tháng đầu, chỉ dùng nạng khi đứng và dồn trọng lượng, sau 1 tháng bỏ nạng đi bình thường. BN được hướng dẫn tập ngoại viện theo chương trình tập có sẵn với xe đạp, đi bộ và bơi, không được tập với kỹ thuật viên. Sau 9 tháng được phép chơi thể thao...

4.5. Thay đổi hoạt động chức năng khớp gối theo Cincinnati

Biểu đồ 2 cho thấy điểm hoạt động chức năng trung bình của khớp gối ở nam giới cải thiện theo thời gian: sau mổ 172 điểm, và sau 1 tháng, 2 tháng và 3 tháng lần lượt là 259 - 329 - 363 / 420 điểm. Tương tự, điểm hoạt động chức năng của khớp gối ở nữ tăng dần ở 3 thời điểm: Từ 169 điểm lên 246 - 317 - 352 / 420 điểm $p < 0,0001$. Sự khác biệt về chức năng khớp giữa hai giới là không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$. Todor Avà CS 2019 [10] ghi nhận được điểm Cincinnati ở BN sau mổ 2 năm là 93.00±7.20 điểm (trên thang điểm 100). Tác giả cho rằng phương pháp dùng mảnh ghép bằng gân cơ tứ đầu hay gân cơ bán gân và gân cơ thon thì kết quả chức năng sau 2 năm cũng không có sự khác biệt.

Như vậy, nếu so với các tác giả khác, BN trong nghiên cứu của chúng tôi đạt được kết quả như vậy ở thời điểm 3 tháng là tương đối tốt. Chúng tôi cho rằng tập sớm

với các bài tập chịu trọng lượng, tập mạnh cơ và các hoạt động bản thể (đứng tấn dựa tường hoặc dồn trọng lượng hai chân trước-sau...) đều tốt cho hồi phục chức năng khớp gối.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 30 BN được vật lý trị liệu và tập theo Chương trình của BV BWH-H sau mổ tái tạo DCCT chúng tôi có một số kết luận sau:

- Tầm vận động khớp gối đạt loại tốt (trên 120o) sau 1 tháng điều trị và đạt 130o sau 2 tháng tập ở cả nam và nữ. Cơ lực cơ gập và duỗi gối đều đạt bậc 5 sau 2 tháng điều trị.

- Sau 1 tháng tập, điểm Lysholm ở hai giới tương ứng với 85,8 và 84,3 điểm (mức khá); và sau 3 tháng chỉ số này là 95,0 và 94,4 điểm (mức tốt).

- Điểm Cincinnati ở nam sau mổ đạt 172 điểm, và sau 1 tháng, 2 tháng và 3 tháng điều trị lần lượt là 259 - 329 - 363 / 420 điểm. Tương tự, điểm hoạt động chức năng của khớp gối ở nữ tăng dần ở 3 thời điểm: Từ 169 điểm sau mổ lên 246 - 317 - 352 / 420 điểm. Kết quả này tốt hơn rõ ràng so với các nghiên cứu tập khớp gối trước đó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Prodromos CC, Han Y, Rogowski J et al., A meta-analysis of the incidence of anterior cruciate ligament tears as a function of gender, sport, and a knee injury-reduction regimen.; 2007 Dec;23(12):1320-1325.e6.
- [2] Lê Mạnh Sơn, Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT hai bó bằng gân cơ bán gân và gân cơ thon tự thân, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, 2016.
- [3] Trần Trung Dũng, Ngô Văn Toàn, Sử dụng mảnh ghép gân Achille đồng loại tạo hình dây chằng chéo trước khớp gối qua nội soi, Tạp chí Nghiên cứu Y học. 85(5), 2013.
- [4] Kevin Syam, Devendra K. Chouhan, Mandeep Singh Dhillon et al., Outcome of ACL Reconstruction for Chronic ACL Injury in Knees without the Posterior Horn of the Medial Meniscus: Comparison with ACL Reconstructed Knees with An Intact Medial Meniscus Knee Surg Relat Res; 2017 Mar; 29(1): 39-44.
- [5] Doo HK, Sang JY, Jeong KH, Validation of Functional Performance Tests after Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. Knee Surg Relat Res 2012;24(1):40-45
- [6] Brigham and Women's Hospital, ACL Hamstring Tendon Autograft Reconstruction Protocol. Accessed <https://www.brighamandwomens>.

- org/assets/BWH/patients-and-families/rehab dated 10/3/2003
- [7] Nguyễn Hoài Nam, Vũ Thị Bích Hạnh, Đánh giá kết quả PHCN khớp gối sau phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước bằng hai dải gân cơ bán gân và gân cơ thon qua nội soi; Y học thực hành, Số chuyên đề HNKH BV ĐHY Hà Nội, Tháng 12 (799), 2011.
- [8] Nguyễn Văn Vĩ, Đánh giá kết quả PHCN khớp gối sau phẫu thuật tái tạo DCCT một bó bằng kỹ thuật tất cả bên trong “All-inside”, Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
- [9] Jonkergouw A, van der List JP, DiFelice GS, Arthroscopic primary repair of proximal anterior cruciate ligament tears: outcomes of the first 56 consecutive patients and the role of additional internal bracing, *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*; 2019 Jan;27(1):21-28.
- [10] Adrian Todor et al., Clinical outcomes after ACL reconstruction with free quadriceps tendon autograft versus hamstring tendons autograft. A retrospective study with a minimal follow-up two years. *Acta Orthop Traumatol Turc*, 2019 May;53(3):180-183.

DESCRIPTION OF EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL, AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF TREATMENT OF RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS PNEUMONITIS IN NEWBORNS AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL FROM 2019 TO 2021

Nguyen Ho Diu*, Vu Thi Thu Nga, Nguyen Trung Phong

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 01/08/2023; Accepted: 25/08/2023

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiological, clinical, and paraclinical characteristics and results of treatment for pneumonia caused by a lower respiratory syncytial virus in infants at Duc Giang General Hospital.

Methods: A retrospective, prospective descriptive study of a series of infants with respiratory syncytial virus pneumonia from June 1, 2019, to July 31, 2021.

Results: Neonatal RSV pneumonia was mainly seen in boys (56%), most common in winter-spring in October and December. Common clinical symptoms are cough, runny nose, wheezing, rapid breathing, and chest indrawing all account for a high rate (> 70%). Patients with auscultation had rale 79,2%. All patients had normal white blood cell counts and CRP. 58.3% of patients have interstitial infiltrates on chest X-ray film. 91.7% of patients had respiratory failure of which 63.7% received oxygen support. The average length of hospital stay was 10.02 ± 3.54 days.

Conclusion: RSV pneumonia is common in winter and spring. Common symptoms: cough, runny nose, wheezing, rapid breathing, chest indrawing. The white blood cell count and CRP are usually normal.

Keywords: Respiratory syncytial virus pneumonia.

*Corresponding author
Email address: nguyenhodiu@gmail.com
Phone number: (+84) 944506685
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC, LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI DO VIRUS HỢP BÀO HÔ HẤP Ở TRẺ SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG TỪ 2019 ĐẾN 2021

Nguyễn Hồ Diệu*, Vũ Thị Thu Nga, Nguyễn Trung Phong

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 01/08/2023; Ngày duyệt đăng: 25/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi do virus hợp bào hô hấp dưới ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, tiến cứu mô tả hàng loạt trẻ sơ sinh viêm phổi do virus hợp bào hô hấp từ 1/6/2019 – 31/7/2021.

Kết quả: Viêm phổi do RSV ở trẻ sơ sinh chủ yếu gặp ở trẻ nam (56%), thường gặp mùa đông xuân cao nhất tháng 10 và tháng 12. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là ho, chảy mũi, khô khè, thở nhanh, rút lõm lồng ngực đều chiếm tỷ lệ cao (> 70%). Bệnh nhân nghe phổi có rale chiếm 79,2%. Tất cả bệnh nhân có số lượng bạch cầu và CRP bình thường. 58,3% bệnh nhân có hình ảnh tổn thương thâm nhiễm kẽ trên phim Xquang phổi. 91,7% bệnh nhân có suy hô hấp trong đó 63,7% được hỗ trợ thở oxy. Thời gian nằm viện trung bình $10,02 \pm 3,54$ ngày.

Kết luận: Viêm phổi do RSV thường gặp mùa đông xuân. Triệu chứng hay gặp: ho, chảy mũi, khô khè, thở nhanh, rút lõm lồng ngực. Số lượng bạch cầu và CRP thường bình thường.

Từ khóa: Viêm phổi virus hợp bào hô hấp

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi (VP) là một trong những bệnh phổ biến có mức độ ảnh hưởng lớn trên toàn thế giới với tỷ lệ mắc bệnh và tử vong cao đặc biệt ở nhóm trẻ dưới 5 tuổi và người trên 75 tuổi. Nó xuất hiện nhiều gấp 5 ở các nước đang phát triển so với các nước phát triển [1]. Mỗi năm trên thế giới có khoảng 750000 đến 1,2 triệu trẻ sơ sinh tử vong do VP, chiếm 10% tỷ lệ tử vong ở trẻ em trên toàn cầu [2].

Các nghiên cứu về căn nguyên viêm phổi trẻ em cho thấy virus hợp bào đường hô hấp (RSV) là nguyên nhân gây bệnh hàng đầu, sau đó là cúm A và B, parainfluenza, metapneumovirus ở người và adenovirus [3]. Nguy cơ viêm phổi hoặc viêm phế quản do virus hợp bào hô hấp

gây ra là cao nhất ở trẻ dưới 2 tuổi với bệnh nặng nhất xảy ra ở trẻ từ 3 tuần đến 3 tháng tuổi. Trong đó tỷ lệ viêm phổi do nhiễm RSV ở trẻ sơ sinh trên 20% [4].

Ở Việt Nam có nhiều nghiên cứu về viêm phổi có nhiễm RSV ở trẻ em, tuy nhiên những nghiên cứu về viêm phổi có nhiễm RSV ở trẻ sơ sinh còn rất ít.

Tại khoa sơ sinh bệnh viện Đức Giang số lượng trẻ sơ sinh bị viêm phổi có nhiễm RSV đến khám và điều trị nội trú ngày càng tăng. Trẻ sơ sinh viêm phổi có nhiễm RSV có xu hướng nghiêm trọng hơn, đặc biệt là trẻ sinh non, bệnh tim bẩm sinh, và thiếu hụt miễn dịch. Khoa Sơ sinh cũng chưa có đề tài nghiên cứu về viêm phổi ở trẻ sơ sinh do RSV. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng,

*Tác giả liên hệ

Email: nguyenhodiu@gmail.com

Điện thoại: (+84) 944506685

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

cận lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị viêm phổi do virus hợp bào hô hấp ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân nhập viện tại khoa Sơ sinh Bệnh viện đa khoa Đức Giang ≤ 28 ngày tuổi được chẩn đoán viêm phổi do RSV từ 01/6/2019 – 31/7/2021.

Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi (nhiễm trùng đường hô hấp dưới):

- Lâm sàng: Bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi theo tiêu chuẩn của WHO năm 2013 cho trẻ sơ sinh [5]. Trẻ ho hoặc khó thở, kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu:

- Thở nhanh: ≥ 60 lần/phút

- Rút lõm lồng ngực

- Nghe phổi: ran ẩm nhỏ hạt, có thể có ran rít, ran ngày hoặc rì rào phế nang giảm.

- Xquang: hình ảnh nốt mờ nhỏ, rải rác, tập trung nhiều vùng rốn phổi và cạnh tim, có thể tập trung ở một thùy hoặc phân thùy phổi

Tiêu chuẩn nhiễm RSV: Test nhanh RSV dương tính trong 24h đầu nhập viện.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Trẻ > 28 ngày tuổi

- Trẻ viêm phổi có xét nghiệm H.influenzae A/ B dương tính đồng thời.

- Trẻ viêm phổi có một trong các bệnh lý khác kèm theo như: Bệnh phổi mạn tính, tim bẩm sinh, bệnh não bẩm sinh, bệnh lý thần kinh cơ....

- Gia đình không tham gia đồng ý nghiên cứu.

- Không đủ các biến nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, tiến cứu mô tả qua bệnh án.

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu: Được lấy theo cỡ mẫu thuận tiện.

2.4. Thời gian nghiên cứu: Từ 6/2019 – 7/2021.

2.5. Xử lý số liệu: Các số liệu được thu thập và xử lý theo phương pháp thống kê y học trên phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

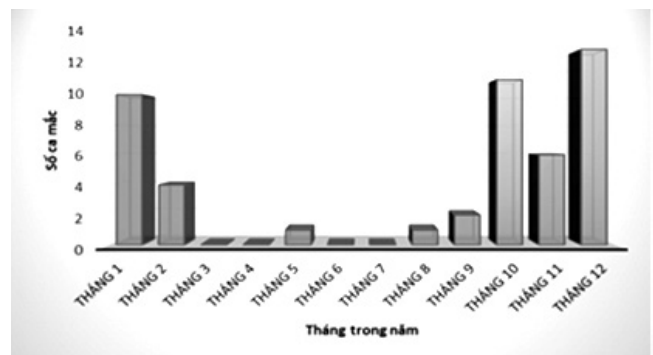
Trong thời gian từ tháng 06/ 2019 đến tháng 07/ 2021 có tổng số 48 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu. Trong đó có 25 bệnh nhân hồi cứu và 23 bệnh nhân tiến cứu.

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm chung | | Tổng số bệnh nhân (n= 48) | Tỷ lệ (%) |
|------------------------|-----------|---------------------------|-----------|
| Giới tính | Nam | 27 | 56,3 |
| | Nữ | 21 | 43,7 |
| Cân nặng | < 2500g | 2 | 4,2 |
| | ≥ 2500g | 46 | 95,8 |
| Tuổi thai | < 37 tuần | 3 | 6,3 |
| | ≥ 37 tuần | 45 | 93,7 |
| Tuổi trung bình (ngày) | | 17,5±6,6 | |
| Tuổi trung vị (ngày) | | 19 (11,2 – 23) | |

Nhận xét: Trẻ nam mắc bệnh nhiều hơn nữ. Trong 48 bệnh nhân trẻ nam có 27 (56,3%), nữ có 21 (43,7%), tỷ lệ nam/nữ là 1,2. Tuổi nhập viện trung bình 17,5±6,6 ngày tuổi.

Biểu đồ 1. Tỷ lệ mắc bệnh theo tháng



Nhận xét: Tỷ lệ mắc bệnh chủ yếu mùa đông xuân, tập trung tháng 10 và tháng 12.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng

| Triệu chứng | Số bệnh nhân (n=48) | Tỷ lệ (%) |
|-------------------|---------------------|-----------|
| Ho | 42 | 87,5 |
| Khò khè | 45 | 93,8 |
| Chảy mũi | 43 | 89,6 |
| Sốt | 3 | 6,3 |
| Thở nhanh | 40 | 83,3 |
| Rút lõm lồng ngực | 34 | 70,8 |
| Ran ẩm nhỏ hạt | 38 | 79,2 |
| Tím | 11 | 22,9 |

Nhận xét: Các triệu chứng thường gặp nhất ở viêm phổi do RSV ở trẻ sơ sinh là khò khè (93,8%), chảy mũi (89,6%), ho (87,5%), ran ẩm nhỏ hạt (79,2%), sốt chiếm tỷ lệ ít (6,3%).

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng

| Cận lâm sàng | Số bệnh nhân | Giá trị |
|----------------|---------------------|-------------|
| Bạch cầu (G/l) | 48 | 10,23±3,47 |
| ĐNTT (%) | 48 | 26,8±13,8 |
| Lympho (%) | 48 | 48,7±12,7 |
| CRP (mg/l) | 48 | 1,4±1,8 |
| Xquang phổi | Thâm nhiễm kẽ | 28 58,3% |
| | Thâm nhiễm phế nang | 13 27,1% |
| | Xẹp phổi | 7 14,6% |

Nhận xét: Tất cả số bệnh nhân vào viện có số lượng bạch cầu và nồng độ CRP bình thường. Đặc điểm xquang của bệnh nhân chủ yếu là thâm nhiễm kẽ (58,3%). Biến chứng xẹp phổi chiếm 14,6%.

Bảng 4. Tỷ lệ hỗ trợ hô hấp

| Phương pháp hỗ trợ hô hấp | Số bệnh nhân (n=44) | Tỷ lệ (%) | Số ngày hỗ trợ hô hấp trung bình (X±SD) |
|---------------------------|---------------------|-----------|---|
| Thở oxy | 28 | 63,7 | 4,02±1,6 |
| Thông khí áp lực dương | 15 | 34,1 | 3,58±2,3 |
| Thở máy | 1 | 2,2 | |

Nhận xét: Thở oxy là biện pháp hỗ trợ hô hấp chủ yếu, chiếm khoảng (63,7%), thời gian hỗ trợ oxy trung bình là 4,02±1,6 ngày. Có 1 bệnh nhân thở máy xâm nhập 2 ngày sau khi nhập viện vào ngày thứ 7.

Bảng 5. Kết quả điều trị

| Kết quả điều trị | Số bệnh nhân (n=48) | Tỷ lệ (%) |
|------------------|---------------------|-----------|
| Khỏi, ra viện | 47 | 97,9% |
| Chuyển viện | 1 | 2,1 |

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân điều trị khỏi, đỡ (97,9%), không có bệnh nhân tử vong. Thời gian điều trị trung bình là 10,02±3,54 ngày.

4. BÀN LUẬN

Tỷ lệ nam và nữ trong nhóm viêm phổi do RSV lần lượt là 56% và 44%. Tuổi trung bình vào viện là 17,5±6,6. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng gần tương đương với kết quả của tác giả Trần Anh Tuấn và cộng sự (2010) là nam 62,5%, nữ 37,5% [6].

Tỷ lệ mắc RSV tăng cao ở tháng 12 do thời tiết lạnh ẩm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ có nhiễm RSV rải rác quanh năm, đỉnh điểm nhất vào tháng 10 và tháng 12. Như vậy RSV xuất hiện đỉnh điểm vào mùa đông - xuân. Nghiên cứu của Lu L và cộng sự (2014), tỷ lệ nhiễm RSV cao nhất vào mùa đông - xuân [4].

Các triệu chứng lâm sàng là các triệu chứng điển hình của viêm phổi, trong đó triệu chứng ho, khò khè, chảy mũi chiếm tỷ lệ cao (>80%). Nghiên cứu của tác giả Trần Anh Tuấn và các cộng sự (2010), tỷ lệ xuất hiện triệu chứng chảy nước mũi là 69,4%, khò khè là 74,4% [6]. Các triệu chứng thực thể thường gặp nhất là thở nhanh (83,3%) và rút lõm lồng ngực (70,8%). 79,2%

bệnh nhân trong nghiên cứu có tiếng ran bệnh lý, trong đó chủ yếu là ran ẩm. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu của giả Lê Thị Hồng Hạnh (2020) các triệu chứng thở nhanh so với tuổi chiếm tỷ lệ (100%), rút lõm lồng ngực (94,4%), rale bệnh lý chủ yếu rale ẩm và ran rít (96,8%) [7].

Chỉ số nhiễm trùng gồm số lượng BC, tỷ lệ% bạch cầu lympho trung bình tăng cao chiếm ưu thế so với tỷ lệ% bạch cầu Neutrophile và CRP thường không tăng cao trong tại thời điểm trẻ nhập viện, phù hợp với cơ chế bệnh sinh do virus gây ra. Nghiên cứu của tác giả Võ Công Bình (2011) [8], và Đoàn Thị Mai Thanh và cộng sự (2005) [9] cũng cho kết quả tương tự.

Tổn thương trên phim chụp Xquang phổi cho thấy, tỷ lệ thâm nhiễm kẽ (58,3%) trên X – quang chiếm ưu thế hơn tỷ lệ thâm nhiễm phế nang (27,1%), tỷ lệ xẹp phổi chiếm (14,6%). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Trần Kiên Hảo và cộng sự (2016), ở nhóm có nhiễm RSV tỷ lệ thâm nhiễm kẽ là (53,33%), thâm nhiễm phế nang là 46,67% [10].

Trong số 48 bệnh nhân có 44 bệnh nhân cần hỗ trợ hô hấp bằng các phương pháp khác nhau trong đó, thở oxy chiếm chủ yếu (63,7%). Số ngày thở oxy trung bình là 4 ngày, số ngày thở máy không xâm nhập là 3 ngày.

97,9% trẻ được điều trị khỏi hoặc đỡ với thời gian nằm viện trung bình là 10,02±3,54 ngày. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Lê Thị Hồng Hạnh và cộng sự (2020) trung bình là 6,2±7,4 ngày [7]. Trong khi nghiên cứu của tác giả hầu hết các bệnh nhân bỏ oxy được 1-2 ngày sẽ được xuất viện về nhà hoặc chuyển tuyến do tình trạng quá tải, cần giải phóng bệnh nhân tại Trung tâm hô hấp. Chỉ có 2,1% chuyển viện theo nguyện vọng gia đình, không có ca bệnh tử vong.

5. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ nhập viện do RSV ở trẻ sơ sinh chủ yếu là trẻ trai, chiếm 56%. Mùa nhiễm RSV chủ yếu vào mùa đông- xuân, cao nhất là tháng 10 và tháng 12. Trẻ sơ sinh nhập viện vì RSV có dấu hiệu lâm sàng rất đa dạng, thường gặp nhất là ho, chảy mũi, khô khè.

2. Thở oxy là biện pháp hỗ trợ hô hấp chủ yếu chiếm 63,7% và thường kéo dài 4 ngày. Thời gian nằm viện trung bình là 10 ngày. Đa số bệnh nhân khỏi bệnh (97,9%), tỉ lệ chuyển viện chiếm tỉ lệ thấp (2,1%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Ruuskanen O, Lahti E, Jennings LC et al., Viral pneumonia. *The Lancet*, 377(9773), 2011, 1264–1275.
- [2] Duke T, Neonatal pneumonia in developing countries. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 90(3), 2005, F211–F219.
- [3] Hall CB, Respiratory syncytial virus and parainfluenza virus. *N Engl J Med*, 344(25), 2001, 1917–1928.
- [4] Lu L, Yan Y, Yang B et al., Epidemiological and clinical profiles of respiratory syncytial virus infection in hospitalized neonates in Suzhou, China. *BMC Infect Dis*, 15(1), 2015, 431.
- [5] WHO, Pocket Book of Hospital Care for Children: Guidelines for the Management of Common Childhood Illnesses, World Health Organization, Geneva, 2013.
- [6] Tuan TA, Thanh TT, Hai NT et al., Characterization of hospital and community-acquired respiratory syncytial virus in children with severe lower respiratory tract infections in Ho Chi Minh City, Vietnam, 2010. *Influenza Other Respir Viruses*, 9(3), 2015, 110–119.
- [7] Hanh LTH, Hang HTT, Le NT et al., Epidemiological and Clinical Features of Patients Suffering from Severe Pneumonia Caused by RSV in the Respiratory Center of Vietnam National Children’s Hospital, Tạp chí Nghiên cứu và Thực hành Nhi khoa, 4(5), 2020.
- [8] Võ Công Bình, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ từ 2 tháng đến 2 tuổi, Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ, ĐHY Dược Huế, 2011.
- [9] Đào Thị Mai Thanh, Đào Minh Tuấn, Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng nhiễm trùng hô hấp cấp do virus hợp bào hô hấp tại Khoa Hô hấp Bệnh viện Nhi Trung ương, Tạp chí nghiên cứu Y học, 2005, 214–218.
- [10] Trần Kiên Hảo, Huỳnh Duy Thám, Nguyễn Hữu Sơn, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi có nhiễm virus hợp bào hô hấp ở trẻ em dưới 5 tuổi, Tạp chí Nhi khoa, 2016, 30–35.



CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OF FEBRILE SEIZURES IN CHILDREN AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL FROM AUGUST 1ST 2021 TO JULY 31ST 2022

Nguyen Xuan Vinh^{1,2*}, Hoang Van Ket¹, Dang Anh Duong²,
Nguyen Thi Lan Anh¹, Le Manh Truong¹

¹Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

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

Received: 04/07/2023

Revised: 28/07/2023; Accepted: 31/08/2023

ABSTRACT

Objective: In this report, we conducted statistics on the characteristics of children from 6 to 60-month-old with febrile convulsions, a common emergency in infants, treated at Duc Giang General Hospital in the period from August 1st 2021 to July 31st 2022.

Subject and method: A retrospective descriptive study of a series of cases based on medical records collected from 43 pediatric patients. The data on age, gender, epidemiological characteristics, clinical symptoms, paraclinical characteristics and treatment were collected and processed by SPSS 20.0.

Results: 22(51.2%) boys and 21 (48.8%) girls participated in the study, the most patient was in age group 6 - 36 months (83.7%). Fever 39 – 39.9°C (62.8%), generalized convulsions (95.3%) were the most common symptoms in children with febrile seizures. Elevation of total and/or ionized calcium was observed in 30 cases and hyperglycemia in 5 patients. Treatment regimens for children with febrile seizures are not complicated. The overall prognosis of pediatric patients is benign with good recovery.

Conclusion: Like previous studies, the most children with febrile seizures were under 36 months of age. At the time of the study, our patient group consisted mainly of benign febrile seizures with high fever and generalized convulsion, which was self-limited before admitted to the hospital.

Keywords: Febrile convulsions, Pediatrics, Duc Giang General Hospital

*Corresponding author

Email address: drxvinh.hubt@gmail.com

Phone number: (+84) 946803552

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ CO GIẬT DO SỐT Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG TỪ 01/08/2021 – 31/07/2022

Nguyễn Xuân Vinh^{1,2*}, Hoàng Văn Kết¹, Đặng Ánh Dương²,
Nguyễn Thị Lan Anh¹, Lê Mạnh Trường¹

¹Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam
²Đại học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội - 29A Ngõ 124 Phố Vĩnh Tuy, Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 28/07/2023; Ngày duyệt đăng: 31/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Trong báo cáo này, chúng tôi đã tiến hành thống kê các đặc điểm của trẻ em từ 6 – 60 tháng tuổi bị co giật do sốt, một cấp cứu nhi khoa thường gặp, điều trị tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang trong giai đoạn 01/08/2021 – 31/07/2022.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu một loạt ca bệnh dựa trên mẫu bệnh án được thu thập từ 43 bệnh nhi. Các số liệu về tuổi, giới, đặc điểm dịch tễ, triệu chứng lâm sàng, triệu chứng cận lâm sàng, quá trình điều trị được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Kết quả: 22 (51,2%) trẻ trai và 21 (48,8%) trẻ gái tham gia nghiên cứu. Độ tuổi 6 – 36 tháng (83,7%) có số trẻ mắc bệnh nhiều nhất. Sốt 39 – 39,9°C (62,8%), cơn co giật toàn thể (95,3%) là các triệu chứng thường gặp nhất ở trẻ em mắc co giật do sốt. Định lượng calci toàn phần và/hoặc calci ion hóa tăng được ghi nhận ở 30 trường hợp và tăng glucose máu ở 5 bệnh nhân. Phương thức điều trị cho trẻ mắc co giật do sốt không phức tạp. Tiên lượng chung của bệnh nhi là lành tính với khả năng hồi phục tốt.

Kết luận: Tương tự các nghiên cứu trước đó, tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ dưới 36 tháng tuổi chiếm ưu thế. Tại thời điểm nghiên cứu, nhóm bệnh nhân của chúng tôi chủ yếu là các trường hợp co giật do sốt lành tính với triệu chứng lâm sàng chủ yếu là sốt và co giật đơn thuần dạng co giật toàn thể, đã tự giới hạn trước khi vào viện, không ghi nhận các biến chứng và chưa cần các điều trị can thiệp hỗ trợ.

Từ khóa: Co giật do sốt, nhi khoa, Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Co giật do sốt (CGDS) là một cơn co giật xảy ra ở trẻ sơ sinh và trẻ em từ 6 tháng đến 60 tháng tuổi. Co giật do sốt xảy ra ở nhiệt độ từ 38°C theo bất kỳ phương pháp đo nào, trên bệnh nhân không có nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương [1].

Co giật do sốt xảy ra ở 2-5% trẻ em, là căn nguyên co giật phổ biến nhất ở trẻ dưới 60 tháng tuổi [2]. Nguyên nhân gây ra co giật do sốt chưa thực sự được xác định. Nhiều khả năng các bệnh nhiễm trùng do vi rút liên quan đến co giật do sốt nhiều hơn so với căn nguyên vi khuẩn. Ở Mỹ và Châu Âu, căn nguyên hay gặp nhất là vi-rút HHV-6, còn Châu Á là cúm A [3].

*Tác giả liên hệ
Email: drxvinh.hubt@gmail.com
Điện thoại: (+84) 946803552
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



Cơ giật do sốt được chia thành 2 loại là cơ giật do sốt đơn thuần và cơ giật do sốt phức hợp. Cơ giật do sốt đơn thuần được chẩn đoán khi là cơn cơ giật toàn thể, kéo dài dưới 15 phút, chỉ có 1 cơn giật trong vòng 24 giờ. Cơ giật do sốt phức hợp được công nhận khi cơn cơ giật đi kèm ít nhất một trong ba dấu hiệu là cơn giật cục bộ, thời gian cơn giật kéo dài trên 15 phút, có trên một cơn cơ giật trong 24 giờ [4].

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu một loạt ca bệnh

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa hồi sức tích cực Nhi, Bệnh viện đa khoa Đức Giang

- Thời gian nghiên cứu: Từ 01/08/2021 đến 31/07/2022.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhi trong độ tuổi 6 – 60 tháng được chẩn đoán cơ giật do sốt dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán cơ giật do sốt của Bộ Y tế năm 2015 [4], điều trị tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ 01/08/2021 – 31/07/2022.

Tiêu chuẩn chẩn đoán CGDS của Bộ Y tế năm 2015 [4]:

- Tất cả các cơn cơ giật đều xảy ra khi sốt trên 38°C.

- Ở trẻ 6 tháng - 5 tuổi.

- Không có bằng chứng của nhiễm trùng thần kinh trung ương.

- Không có bằng chứng của rối loạn chuyển hóa cấp tính.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các BN có bệnh lý nền nặng: suy hô hấp, suy tuần hoàn, chấn thương thần kinh trung ương hay các bệnh rối loạn chuyển hóa bẩm sinh.

- Những BN cơ giật có sốt có kèm các nguyên nhân có thể gây cơ giật: rối loạn điện giải, u não, bất thường hệ thần kinh, hạ đường huyết, hạ calci,...

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện bao gồm tất cả hồ sơ bệnh án đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, không tính cỡ mẫu.

2.5. Biến số/ chỉ số/ nội dung/ chủ đề nghiên cứu:

- Các đặc điểm dịch tễ lâm sàng: Giới tính, nhóm tuổi, nguyên nhân gây sốt.

- Các đặc điểm lâm sàng: Nhiệt độ sốt khi cơ giật, kiểu CGDS.

- Các đặc điểm cận lâm sàng: Tình trạng thiếu máu, biến đổi calci máu, biến đổi đường huyết

- Các đặc điểm về điều trị: số lần sử dụng thuốc cắt cơn giật, sử dụng thuốc dự phòng tái phát cơn giật

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: Hồi cứu hồ sơ bệnh án điện tử và bệnh án giấy của tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán cơ giật do sốt (ICD: R56.0) điều trị tại khoa HSTC Nhi – BVĐK Đức Giang trong 1 năm từ 01/08/2021 đến 31/07/2022. Các thông tin liên quan được ghi chép và tổng hợp vào phiếu nghiên cứu.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu:

- Thu thập số liệu và nhập liệu bằng phần mềm Excel

- Xử lý số liệu và các phép thống kê bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

2.8. Đạo đức nghiên cứu:

- Nghiên cứu đã thông qua hội đồng y đức và được Ban giám đốc BVĐK Đức Giang cho phép tiến hành nghiên cứu tại bệnh viện.

- Đây là một nghiên cứu hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án, không có can thiệp trực tiếp trên bệnh nhân nên không có nguy cơ xảy ra can thiệp bất lợi ở nhóm đối tượng nghiên cứu.

- Các thông tin về đặc trưng cá nhân của các đối tượng nghiên cứu đều được giữ bảo mật. Các thông tin được thu thập chỉ sử dụng cho nghiên cứu, không được sử dụng với bất kỳ mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ

Chúng tôi đã tiến hành thu thập các số liệu nghiên cứu trên 43 bệnh nhân thỏa mãn các điều kiện của nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ nam/nữ = 1,1/1 (22 trẻ trai và 21 trẻ gái). Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân này là 24,5±9,9 tháng.

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi

| Tuổi trung bình | 24,5±9,9 tháng | |
|-----------------|----------------|------|
| Nhóm tuổi | n | % |
| 6 – 36 tháng | 36 | 83,7 |
| 36 – 60 tháng | 7 | 16,3 |
| Tổng | 43 | 100 |

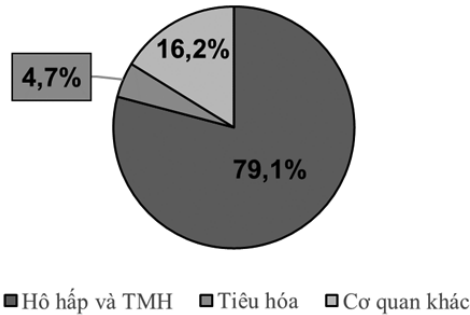
Bảng 1 cho thấy:

- Nhóm tuổi 6-36 tháng tuổi chiếm tỷ lệ ưu thế (36 bệnh

nhân; 83,7%). Nhóm 36-60 tháng tuổi chiếm 16,3% (7 bệnh nhân).

- Tuổi trung bình lúc nhập viện là 24,5±9,9 tháng (nhỏ nhất là 7 tháng, lớn nhất là 42 tháng).

Biểu đồ 1. Nguyên nhân gây sốt ở trẻ CGDS



Biểu đồ 1 cho thấy:

- Nguyên nhân gây sốt trong CGDS chủ yếu là các bệnh lý về đường hô hấp chiếm 79,1% (34 bệnh nhân).
- Bệnh lý đường tiêu hóa chiếm 4,7% (2 bệnh nhân) số lượng trẻ CGDS điều trị nội khoa.
- Các nguyên nhân khác là 16,2% (7 bệnh nhân).

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Chúng tôi ghi nhận 27 (62,8%) bệnh nhi khởi phát cơn co giật khi thân nhiệt của trẻ ở trong khoảng 39 – 39,9°C. Cơn co giật ở trẻ co giật do sốt thường là các cơn toàn thể chiếm (95,3%), cơn co giật do sốt đơn thuần (90,3%) là các triệu chứng thường gặp nhất ở nhóm bệnh nhi được theo dõi. Tần suất biểu hiện các triệu chứng lâm sàng được mô tả chi tiết trong Bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của cơn co giật do sốt (N=43)

| Đặc điểm | | Tỷ lệ (%) |
|------------------------------------|--------------|-----------|
| Thân nhiệt lúc cơn co giật | 38 – 38,9°C | 23,3 |
| | 39 – 39,9°C | 62,8 |
| | ≥ 40°C | 13,9 |
| Các dạng biểu hiện của cơn co giật | Cơn toàn thể | 93,0 |
| | Cơn cục bộ | 7,0 |

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3. Biến đổi calci và đường máu (N=43)

| Đặc điểm | Nồng độ Ca ²⁺ | | Glucose máu | |
|----------------|--------------------------|------|-------------|------|
| | n | % | n | % |
| Không chỉ định | 3 | 7,0 | 15 | 34,9 |
| Bình thường | 10 | 23,3 | 23 | 53,4 |
| Hạ | 0 | 0 | 0 | 0,0 |
| Tăng | 30 | 69,7 | 5 | 11,7 |

Bảng 3 cho thấy:

- Có 40 bệnh nhân (93%) được chỉ định làm xét nghiệm đánh giá nồng độ calci máu, trong đó 30 bệnh nhân (69,7%) có kết quả định lượng calci toàn phần và/hoặc calci ion hóa tăng và 10 bệnh nhân (23,3%) có kết quả định lượng calci máu bình thường.
- Có 34,9% tổng số trường hợp không có chỉ định xét nghiệm định lượng nồng độ glucose máu. Những trường hợp có chỉ số này bình thường chiếm 53,4%. Glucose máu tăng ở 5 trường hợp (11,7%).

3.4. Điều trị và kết quả điều trị

Có 01 trường hợp (chiếm 2,3%) cần sử dụng thuốc cắt cơn giật trong vòng 24 giờ từ 2 lần trở lên. Có 42 trường hợp (97,7%) được chỉ định dùng thuốc dự phòng cơn giật Phenobarbital khi có sốt. Có 1 trường hợp (2,3%) có tái phát cơn giật trong 24 giờ đầu mặc dù có sử dụng thuốc dự phòng. Các kết quả này được thể hiện trong Bảng 4.

Bảng 4. Điều trị cơn co giật do sốt và kết quả (N = 43)

| | | n | % | |
|--|---------------------------------|-------|------|------|
| Sử dụng thuốc cắt cơn giật (Midazolam/ Diazepam) | Không (cơn co giật tự giới hạn) | 42 | 97,7 | |
| | Dùng 1 lần | 0 | 0,0 | |
| | Dùng ≥ 2 lần | 1 | 2,3 | |
| Dự phòng tái phát cơn giật (Phenobarbital) | Chỉ định | Không | 1 | 2,3 |
| | | Có | 42 | 97,7 |
| | Tái phát cơn giật | Không | 42 | 97,7 |
| | | Có | 1 | 2,3 |

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ

Trong nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 43 bệnh nhân, ghi nhận tỷ lệ nam/nữ = 1,1/1. Có sự khác nhau so với báo cáo của tác giả Nguyễn Thị Thu (2013) [5] với tỷ lệ nam/nữ là 1,99/1 và của tác giả Nguyễn Văn Bắc (3/2022) [6] với tỷ lệ tương ứng là 1,8/1. Sự khác biệt này có liên quan đến sự khác biệt về đặc điểm dịch tễ của nhóm đối tượng nghiên cứu, thời gian, địa điểm cũng như cỡ mẫu của nghiên cứu. Cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế do ảnh hưởng của dịch Covid-19.

Tuổi nhỏ nhất nhập viện vì CGDS là 7 tháng tuổi, tuổi lớn nhất là 42 tháng tuổi. Tuổi trung bình lúc nhập viện là 24,5±9,9 tháng. Nhóm tuổi 6 – 36 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (83,7%). Kết quả này tương đồng với báo cáo của Ram Prasad Pokhrel và cộng sự nghiên cứu tại Nepal với tỷ lệ nhóm tuổi 6 - 36 tháng là 83% [7] và báo cáo của Nguyễn Văn Bắc và cộng sự nghiên cứu tại bệnh viện trung ương Thái Nguyên với tỷ lệ này là 81,5% [6]. Có thể lý giải việc nhóm tuổi 6 - 36 tháng là nhóm tuổi dễ phát sinh cơn giật do sốt vì đây là giai đoạn hệ thần kinh của trẻ chưa phát triển hoàn thiện, cấu tạo tế bào não chưa hoàn chỉnh nên dễ nhạy cảm với các kích thích.

Các nguyên nhân gây sốt thường gặp được mô tả bao gồm: Bệnh lý đường hô hấp và tai mũi họng (34 bệnh nhân; 79,1%), bệnh lý đường tiêu hóa chiếm 4,7%, các nguyên nhân khác chiếm 16,2%. Kết quả này tương đồng với đa số các tài liệu đã được công bố trước đó tại Việt Nam. Các báo cáo đều cho thấy nguyên nhân gây sốt thường gặp ở bệnh nhi được chẩn đoán CGDS chủ yếu là các bệnh lý đường hô hấp. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu (2013), bệnh lý hô hấp và tai mũi họng chiếm 76% [5]. Trong báo cáo của Nguyễn Văn Bắc (3/2022) tỷ lệ này là 82,5% [6]; còn theo kết quả nghiên cứu của Cao Xuân Đĩnh (2007) tỷ lệ bệnh lý hô hấp ở trẻ cơn giật do sốt lên tới 86,59% [8]. Điều này phù hợp với thực tế được ghi nhận trong nghiên cứu của Bùi Quang Nghĩa (2020) và Trần Duy Vinh (2020) rằng nhóm bệnh lý nhiễm khuẩn hô hấp luôn đứng đầu trong mô hình bệnh tật Nhi khoa tại Việt Nam trong nhiều năm qua [9, 10].

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Về thời điểm sốt xảy ra cơn giật, kết quả nghiên cứu cho thấy thân nhiệt trung bình khi xuất hiện cơn cơn giật là 39,2±0,6°C. Mốc thân nhiệt 39 – 39,9°C được ghi nhận với tần suất cao nhất ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu, chiếm 62,8%. Bên cạnh đó, mốc thân nhiệt dưới 39°C được ghi nhận ở 23,3% bệnh nhân tại thời điểm khởi phát cơn cơn giật và chỉ có 13,9% bệnh nhân có mức thân nhiệt trên 40°C. Kết quả này phù hợp với hầu hết một số tác giả trong nước. Trong các nghiên cứu trước đó

đều ghi nhận rằng CGDS hay xảy ra nhất là ở khoảng nhiệt độ 39 – 39,9°C [5, 6, 8]. Tương tự, các nghiên cứu trước đây ghi nhận tỷ lệ xuất hiện cơn cơn giật ở mức thân nhiệt dưới 39°C dao động từ 20,2% [6] đến 22,26% [8], trong đó với kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng là 23,3%.

Các dạng biểu hiện cơn cơn giật được mô tả, trong đó cơn cơn giật toàn thể chiếm 95,3%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Cao Xuân Đĩnh (2007) ghi nhận tỷ lệ cơn cơn giật toàn thể trong nhóm nghiên cứu là 90,2% [8]. Có lẽ đặc điểm này cũng rất phù hợp với cơ chế bệnh sinh của CGDS đó là do thời kỳ này các tế bào não chưa biệt hóa, tình trạng myelin hóa các neuron chưa hoàn toàn, thành phần hóa học có nhiều nước, não trẻ em dễ bị kích thích gây cơn cơn giật và có xu hướng lan tỏa.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mắc CGDS đơn thuần chiếm ưu thế với 93%, trong khi CGDS phức hợp chỉ chiếm 7%. Kết quả này có sự khác biệt với các báo cáo trong nước đã công bố trước đó. Nghiên cứu của tác giả Cao Xuân Đĩnh và cộng sự (2007) thống kê tỷ lệ CGDS đơn thuần và CGDS phức hợp lần lượt là 63,72% và 33,23% [8]. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Phạm Thị Lệ Quyên (2006) tương ứng là 66,91% và 33,09% [10]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến sự thay đổi trong dịch tễ học của các nhóm bệnh nhân nghiên cứu và quy mô nghiên cứu. Để đánh giá chính xác tỷ lệ trong cộng đồng cần có các nghiên cứu diện rộng và quy mô lớn hơn hay các nghiên cứu đa trung tâm để đánh giá chính xác tỷ lệ phân loại của bệnh lý gặp trong cộng đồng.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Không có trường hợp ghi nhận hạ calci và glucose máu. Kết quả định lượng giúp loại trừ các cơn cơn giật do nguyên nhân hạ canxi huyết, hạ đường huyết.

4.4. Điều trị và kết quả điều trị

Theo kết quả đã mô tả, có 97,7% số trẻ không cần sử dụng thuốc cắt cơn cơn giật vì chỉ có 01 cơn cơn giật ngắn và tự giới hạn tại nhà, đã hết cơn khi vào viện. Chỉ có 01 trường hợp (2,3%) cần sử dụng thuốc cắt cơn vì tái phát cơn cơn giật kéo dài tại bệnh viện. Điều này chứng tỏ phần lớn CGDS là lành tính và thường tự giới hạn như tác giả Xixis và cộng sự đã mô tả [3].

Có 97,7% số HSBA nghiên cứu được chỉ định dùng thuốc dự phòng cơn cơn giật Phenolbarbital khi có sốt. Trong đó có 1 trường hợp (2,3%) trẻ sử dụng thuốc dự phòng nhưng vẫn có 2 cơn cơn giật trong vòng 24 giờ. Các thử nghiệm lâm sàng cũng đã ghi nhận hiệu quả của các thuốc điều trị dự phòng tái phát cơn cơn giật ở bệnh nhân CGDS lành tính. Tỷ lệ tái phát giảm đối với những bệnh nhân được điều trị dự phòng bằng diazepam ngắt quãng và phenobarbital liên tục. Levetiracetam (Depakine) cũng cho thấy lợi ích và an toàn trong điều trị dự phòng trong đợt sốt [12].

5. KẾT LUẬN

Co giật do sốt là tình trạng cấp cứu khá phổ biến ở trẻ em, thường xảy ra chủ yếu ở trẻ từ 6 – 36 tháng tuổi, chủ yếu là cơn giật đơn thuần. Nguyên cơ cao xuất hiện cơn giật khi thân nhiệt ở trẻ cao trên 39°C, nhiễm trùng đường hô hấp trên và bệnh lý tai mũi họng là yếu tố nguy cơ hàng đầu gây cơn giật do sốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] American Academy of Pediatrics, “Guideline for the Neurodiagnostic Evaluation of the Child with a Simple Febrile Seizure”. Clinical Practice Guideline; 2011, pp 389-394.
- [2] Gillberg C et al., “Febrile Seizures and Epilepsy: Association with Autism and other Neurodevelopmental Disorders”. Pediatric Neurology, 2017, DOI: 10.1016/j.pediatrneurol.2017.05.027.
- [3] Xixis KL, Samanta D, Keenaghan M., “Febrile Seizure”. In: Stat Pearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2022, Truy cập tại: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448123/>.
- [4] Bộ Y tế., “Co giật do sốt”, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em - Ban hành kèm theo Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế, 2015.
- [5] Nguyễn Thị Thu, “Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của cơn giật do sốt và hình ảnh điện não đồ của cơn giật do sốt tái phát ở trẻ em”, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, 2013.
- [6] Nguyễn Văn Bắc và cộng sự, “Đặc điểm và một số nguy cơ cơn giật do sốt ở trẻ em tại Bệnh viện trung ương Thái Nguyên”; Tạp chí Y học Việt Nam; 512,2022 137-141
- [7] Ram Prasad Pokhrel et al., “Study of Febrile Seizure among Hospitalized Children of a Tertiary Centre of Nepal: A Descriptive Cross-sectional Study”. Journal of Nepal Medical Association 2021, 59(238): 526-530.
- [8] Cao Xuân Đĩnh, “Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả dự phòng cơn giật do sốt ở trẻ em”; Luận văn Bác Sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội, 2007.
- [9] Bùi Quang Nghĩa, “Khảo sát mô hình bệnh tật và tử vong của trẻ em tỉnh Vĩnh Long”, Luận văn Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, 2020.
- [10] Trần Duy Vinh và cộng sự, “Mô hình bệnh tật trẻ em tại khoa Nhi Bệnh viện trung ương Huế cơ sở 2 trong ba năm 2017 – 2019”; Tạp chí Y học lâm sàng; số 59/2020: 44-52.
- [11] Phạm Thị Lệ Quyên, Nguyễn Văn Thắng, “Một số đặc điểm dịch tễ của cơn giật do sốt ở trẻ em tại BV Nhi Trung ương”, Tạp chí Nghiên cứu y học; 43 (4), 2006, 38-42.
- [12] Offringa M. et al., “Prophylactic drug management for febrile seizures in children”. Cochrane Database of Systematic Reviews 2021, Issue 6. Art. No.: CD003031.



INITIAL STEP IN ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF ULTRASOUND - GUIDED INJECTION OF AUTOLOGOUS PLATELET - RICH PLASMA IN THE TREATMENT OF PARTIAL SUPRASPINATUS TEAR IN DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2021

Nguyen Dinh Hien*, Lam Thi Van, Nguyen Thi Quynh

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 24/07/2023; Accepted: 31/08/2023

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness of ultrasound - guided injection of autologous platelet-rich plasma in the treatment of partial supraspinatus tear.

Subject and method: Controlled clinical trials were followed up to 8 weeks in 20 patients partial supraspinatus tear received two injections, every 4 weeks, ultrasound-guided injections of PRP into the supraspinatus tendon.

Results: After 8 weeks of treatment, there was an improvement in the VAS score from 7.4 ± 0.99 points to 0.5 ± 0.4 points. The SPADI score was decreased from 57.3 ± 7.8 to 25.7 ± 5.8 , the average abduction angle of the shoulder joint was increased from 70 ± 24.1 degrees to 167 ± 11.2 degrees ($p < 0.05$). Averse effect was increased pain at the injection site (25%). No signs of bleeding, hot flash, headache, dizziness, infection.

Conclusion: Ultrasound - guided injection of autologous platelet-rich plasma in the treatment of partial supraspinatus tear is an effective and safe therapy.

Keywords: Autologous platelet-rich plasma, partial supraspinatus tear.

*Corresponding author
Email address: hienhunga@gmail.com
Phone number: (+84) 943849119
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐỨT BÁN PHẦN GÂN TRÊN GAI BẰNG LIỆU PHÁP HUYẾT TƯƠNG GIÀU TIỂU CẦU TỰ THÂN DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2021

Nguyễn Đình Hiện*, Lâm Thị Vân, Nguyễn Thị Quỳnh

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 24/07/2023; Ngày duyệt đăng: 31/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị đứt bán phần gân trên gai bằng liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu tự thân dưới hướng dẫn của siêu âm.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp theo dõi dọc trong 8 tuần với 20 bệnh nhân đứt bán phần gân trên gai được tiêm PRP 2 mũi, cách nhau mỗi 4 tuần vào gân trên gai dưới hướng dẫn siêu âm.

Kết quả: Sau 8 tuần điều trị, có sự cải thiện thang điểm VAS giảm từ $7,4 \pm 0,99$ điểm xuống $0,5 \pm 0,4$. Điểm SPADI giảm từ $57,3 \pm 7,8$ xuống $25,7 \pm 5,8$ góc dạng khớp vai trung bình tăng từ $70 \pm 24,1$ độ lên $167 \pm 11,2$ độ ($p < 0,05$) Tác dụng không mong muốn đau tăng sau tiêm (25%). Không có dấu hiệu chảy máu, nóng bừng, đau đầu chóng mặt, nhiễm trùng.

Kết luận: Liệu pháp tiêm huyết tương giàu tiểu cầu tự thân dưới hướng dẫn siêu âm trong điều trị đứt bán phần gân trên gai là một liệu pháp có hiệu quả và an toàn.

Từ khóa: Huyết tương giàu tiểu cầu tự thân, đứt bán phần gân trên gai.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đứt bán phần gân trên gai là một trong những nguyên nhân gây đau vai. Bệnh hay gặp hơn ở những bệnh nhân trên 50 tuổi.

Huyết tương giàu tiểu cầu tự thân (PRP) chứa các yếu tố tăng trưởng và các cytokine chống viêm mở ra một hướng mới trong điều trị các bệnh lý thoái hóa cơ xương khớp nói chung và bệnh lý gân nói riêng, nó giúp phục hồi mô tổn thương một cách tự nhiên và sinh lý nhất. Hơn nữa, tiêm dưới hướng dẫn của siêu âm sẽ giúp cho đưa thuốc vào vị trí tổn thương một cách chính xác do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *Bước đầu*

đánh giá kết quả điều trị đứt bán phần gân trên gai bằng liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu tự thân dưới hướng dẫn của siêu âm tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2021 với mục tiêu nhận xét kết quả điều trị đứt bán phần gân trên gai bằng liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu tự thân dưới hướng dẫn của siêu âm.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

*Tác giả liên hệ
Email: hienhunggha@gmail.com
Điện thoại: (+84) 943849119
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

- Địa điểm nghiên cứu: Tại đơn nguyên cơ xương khớp Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

- Thời gian nghiên cứu từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 9 năm 2022

2.1.2. Chọn mẫu

- Sử dụng mẫu thuận tiện trong nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Tiến cứu can thiệp, theo dõi dọc.

2.2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân > 18 tuổi, không phân biệt giới tính

- Chẩn đoán xác định đứt gân trên gai dựa vào tiêu chuẩn lâm sàng và MRI

Lâm sàng:

Có điểm đau dưới mỏm cùng vai ngoài hoặc ngay trước mỏm cùng vai.

Đau tăng khi vận động, tăng khi làm động tác giạng hoặc đối kháng.

Hạn chế góc dạng cánh tay.

Nghiệm pháp Jobe dương tính.

Cộng hưởng từ: Hình ảnh rách gân trên gai trên cộng hưởng từ

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có tổn thương da tại vị trí tiêm.

Tiền sử phẫu thuật khớp vai, bệnh lý thần kinh ảnh hưởng đến vận động khớp vai.

Bệnh toàn thân nặng như: nhiễm trùng, suy giảm miễn dịch, bệnh tim mạch, bệnh lý ác tính, đang dùng chống đông.

- Hb < 110g/l.

- Tiểu cầu < 150.000 /mm³.

- Có thai.

2.3 Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 16.0

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐỨT BÁN PHẦN GÂN TRÊN GAI BẰNG LIỆU PHÁP PRP DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM

3.1. Sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng

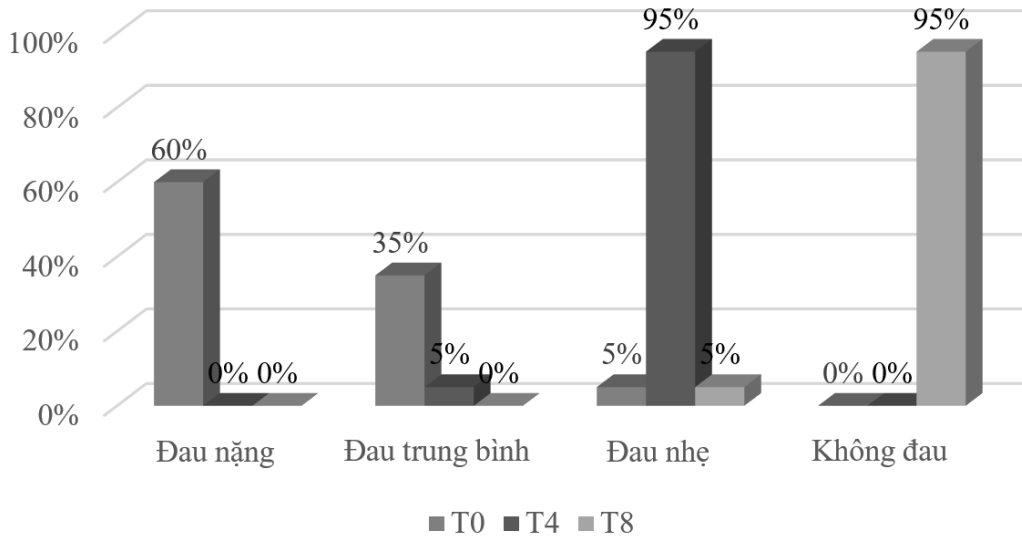
Bảng 1. Sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng sau 8 tuần điều trị

| Triệu chứng | T0 | | T4 | | T8 | |
|------------------------|----|------|----|-----|----|----|
| | n | % | n | % | n | % |
| Đau chói | 15 | 75% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Đau quanh khớp vai | 18 | 90% | 2 | 10% | 0 | 0% |
| Đau lan xuống cánh tay | 15 | 75% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Dơ tay lên cao | 20 | 100% | 1 | 5% | 0 | 0% |
| Giạng tay | 19 | 95% | 1 | 5% | 0 | 0% |
| Nghiệm pháp jobe | 20 | 100% | 3 | 15% | 0 | 0% |

Nhận xét: Các triệu chứng lâm sàng đều giảm sau 4 tuần điều trị và duy trì ở tuần thứ 8 sau điều trị.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị theo thang điểm VAS

Biểu đồ 1. Mức độ đau VAS trước và sau điều trị 8 tuần.



Nhận xét: Trước điều trị đau nặng chiếm tỷ lệ 60%, đau trung bình chiếm tỷ lệ 35%. Sau điều trị 8 tuần không còn đau nặng đau trung bình giảm từ 35% xuống còn 5%. Sau điều trị 8 tuần thì không đau chiếm tỷ lệ 95%, đau nhẹ chiếm tỷ lệ 5%.

3.3. Đánh giá kết quả điều trị theo điểm VAS, chỉ số SPADI

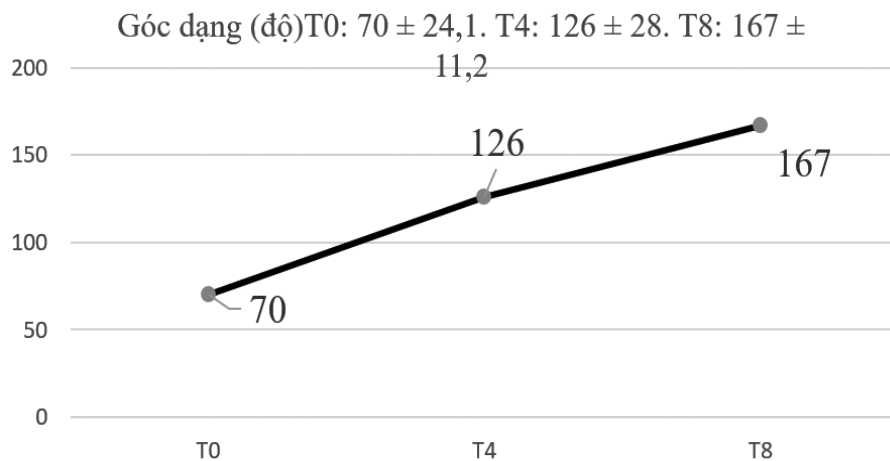
Bảng 2. Mức cải thiện điểm VAS, chỉ số SPADI sau 8 tuần điều trị

| Thời điểm | X±SD | | p |
|-----------|----------|-----------|----------|
| | VAS | SPADI | |
| T0 | 7,4±0,99 | 57,3±7,8 | p < 0,05 |
| T4 | 3,5±0,68 | 38,6± 6,2 | |
| T8 | 0,5±0,4 | 25,7± 5,8 | |

Nhận xét: Chỉ số VAS và SPADI đều giảm qua các thời điểm đánh giá có ý nghĩa thống kê p < 0,05

3.4. Đánh giá kết quả điều trị theo góc dạng khớp vai

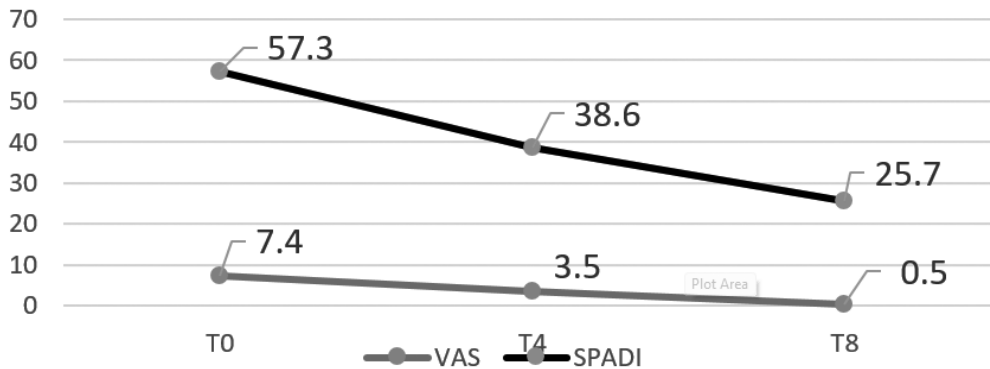
Biểu đồ 2. Mức cải thiện góc dạng sau 8 tuần điều trị



Nhận xét: Sau 4 tuần điều trị, bệnh nhân bắt đầu có cải thiện góc dạng khớp vai, mức độ cải thiện góc dạng khớp vai tăng dần, duy trì đến tuần thứ 8 sau điều trị ($p < 0.05$).

3.5. Đánh giá kết quả điều trị theo thang điểm VAS và chỉ số SPADI

Biểu đồ 3. Mức cải thiện thang điểm VAS và chỉ số SPADI



Nhận xét: Chức năng khớp vai đánh giá theo thang điểm SPADI và thang điểm đau VAS bắt đầu cải thiện ngay từ tuần thứ 4 sau điều trị và mức độ cải thiện tăng dần, duy trì đến tuần thứ 8 sau điều trị ($p < 0,05$).

3.6. Tác dụng không mong muốn của liệu pháp

Bảng 3. Các tác dụng không mong muốn của liệu pháp

| Vị trí | Tác dụng không mong muốn | Nhóm PRP | |
|-----------|------------------------------|----------|-----|
| | | n | % |
| Tại chỗ | Đau tăng trên 24h | 5 | 25% |
| | Nhiễm trùng | 0 | 0% |
| Toàn thân | Sốt | 0 | 0% |
| | Nóng bừng, đau đầu chóng mặt | 0 | 0% |
| Khác | Chảy máu | 0 | 0% |

Nhận xét: Có 5 bệnh nhân đau tăng sau tiêm (25%). Không có dấu hiệu chảy máu, nóng bừng, đau đầu chóng mặt, nhiễm trùng.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đánh giá kết quả điều trị dứt bán phần gân trên gai theo thang điểm VAS

Trong nghiên cứu của chúng tôi với 20 khớp vai điểm

đau VAS có sự cải thiện ngay sau 4 tuần điều trị, giảm dần và duy trì tới tuần 8 ($p < 0,05$). Mức độ cải thiện điểm VAS giảm từ $7,4 \pm 0,99$ xuống còn $3,5 \pm 0,68$ đến tuần thứ 8 còn $0,5 \pm 0,4$. Trước điều trị đau nặng chiếm tỷ lệ 60%, đau trung bình chiếm tỷ lệ 35%. Sau điều trị 8 tuần không còn đau nặng đau trung bình giảm từ 35% xuống còn 5%. Sau điều trị 2 tháng thì không đau chiếm tỷ lệ 95%, đau nhẹ chiếm tỷ lệ 5%. Kết quả này cũng tương tự ở nhiều nghiên cứu khác. Serdar và cs (2013) tiến hành nghiên cứu trên 20 bệnh nhân chẩn đoán dứt bán phần gân trên gai được điều trị tiêm PRP tự thân điểm đau VAS giảm dần từ 8 điểm xuống 3 điểm sau 12 tuần theo dõi. Ihanli và cs (2015) nghiên cứu 30 bệnh nhân dứt bán phần gân trên gai tiêm PRP tự thân, sau 12 tuần theo dõi mức độ đau đánh giá theo thang điểm VAS trước tiêm $7,80 \pm 1,78$ giảm xuống còn $2,7 \pm 1,78$ sau 12 tuần theo dõi ($p < 0,05$). Mức độ đau theo thang điểm VAS vận động, lúc nghỉ ngơi, khi ngủ đánh giá tại các thời điểm trước và sau 12 tuần theo dõi đều giảm có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Nghiên cứu của Sengodan và cs (2017) thực hiện trên 20 bệnh nhân dứt bán phần gân trên gai, điểm VAS tuần thứ 8 và tuần thứ 12 sau điều trị PRP tự thân giảm từ $5,4 \pm 0,9$ xuống còn $3,2 \pm 0,9$ và $2,6 \pm 0,8$.

Như vậy, tất cả các nghiên cứu về điều trị tiêm huyết tương giàu tiểu cầu tự thân trong điều trị dứt bán phần gân trên vai là một phương pháp hiệu quả đặc biệt ý nghĩa trong giảm đau. Liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu tự thân có tác dụng giảm đau, chống viêm hiệu quả.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị dứt bán phần gân trên gai theo thang điểm SPADI

Mặc dù có nhiều thang điểm để đánh giá chức năng vận động khớp vai nhưng trong đề tài này chúng tôi áp dụng thang điểm SPADI (Shoulder Pain and Disability

Index). SPADI là chỉ số đánh giá mức độ đau và chức năng riêng của khớp vai. Chỉ số SPADI được đánh giá qua 13 câu hỏi. Điểm SPADI càng cao thì mức độ giảm chức năng của khớp vai càng nhiều.

Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy rằng chức năng khớp vai đánh giá theo thang điểm SPADI cải thiện ngay từ tuần thứ 4 sau điều trị và mức độ cải thiện tăng dần, duy trì đến 8 tuần sau điều trị. Điểm SPADI giảm từ $57,3 \pm 7,8$ tại thời điểm trước điều trị xuống còn $38,6 \pm 6,2$ sau điều trị 4 tuần đến tuần thứ 8, giảm còn $25,7 \pm 5,8$ với $p < 0,05$. Kết quả này tương tự kết quả của Serdar và cộng sự (2013) điểm SPADI ở nhóm sử dụng PRP tự thân điều trị bệnh nhân đứt bán phần gân trên gai sau 12 tuần theo dõi giảm từ $77,5 \pm 17,2$ xuống $27,6 \pm 13,4$ điểm ($p < 0,05$). Dong-wook và cộng sự (2013) trên 39 bệnh nhân có tổn thương gân trên gai hoặc đứt bán phần dưới 1cm cho thấy điểm SPADI sau 12 tuần điều trị viêm gân trên gai bằng PRP tự thân giảm từ $62,3$ xuống còn $21,1$ điểm hiệu quả hơn so với dùng phương pháp châm cứu ($p < 0,05$).

Tiêm huyết tương giàu tiểu cầu tự thân trong điều trị đứt bán phần gân trên vai là một phương pháp hiệu quả cải thiện mức độ đau và chức năng vận động khớp vai, được đánh giá bằng sự cải thiện thang điểm SPAIDI ($p < 0,05$). Cơ chế huyết tương giàu tiểu cầu chứa đựng các yếu tố đông máu, các Cytokines, các yếu tố phát triển, có chức năng điều hòa miễn dịch, sửa chữa, tái tạo từ các yếu tố phát triển: (VEGF, PDGF, TGF-B, IGF-I, HGF). Đồng thời thúc đẩy tân tạo mạch máu, tái cấu trúc, sẹo hóa tổ chức, chủ yếu ở xương, da cơ và gân.

4.3. Đánh giá kết quả điều trị đứt bán phần gân trên gai theo góc dạng khớp vai

Sự cải thiện góc dạng khớp vai là một trong những tiêu chí đánh giá đáp ứng điều trị của tổn thương gân trên gai. Bệnh nhân bắt đầu có cải thiện góc dạng khớp vai sau 4 tuần điều trị, mức độ cải thiện góc dạng khớp vai tăng dần và duy trì đến tuần thứ 8 ($p < 0,05$). Góc dạng của khớp vai trung bình sau 8 tuần theo dõi tăng từ $70 \pm 24,1$ độ lên lần lượt là 126 ± 28 và 167 ± 11 độ Serdar và cộng sự (2013) nghiên cứu trên bệnh nhân đứt bán phần gân trên gai cho thấy, sau 4 tuần, 8 tuần và 12 tuần theo dõi PRP tự thân, góc dạng khớp vai tăng từ 90 độ lên lần lượt 110, 140 và 160 độ ($p < 0,05$). Nghiên cứu của DongWook (2013) trên 49 bệnh nhân đứt bán phần gân trên gai cho thấy nhóm PRP có hiệu quả cải thiện góc vận động khớp vai tốt hơn nhóm châm cứu tại thời điểm 6 tháng sau điều trị ($p < 0,05$). Năm 2015 Ihanli và cs nghiên cứu 30 bệnh nhân đứt bán phần gân trên gai tiêm PRP tự thân nhận thấy tầm vận động khớp vai được cải thiện đáng kể được đánh giá bằng góc dạng khớp vai được tăng từ $84,66 \pm 38,41$ độ tại thời điểm trước tiêm lên $109,83 \pm 30,32$ độ sau 12 tuần theo dõi ($p < 0,05$). Tác giả Sengodar và cs (2017) nghiên cứu trên 20 bệnh nhân đứt bán phần gân trên gai điều trị bằng phương pháp tiêm PRP tự thân dưới hướng dẫn siêu âm, sau 3 tháng

theo dõi thấy sự cải thiện có ý nghĩa thống kê khi đánh giá tầm vận động của khớp ($< 0,001$).

Qua các nghiên cứu trên nhận thấy: Tiêm huyết tương giàu tiểu cầu tự thân trong điều trị đứt bán phần gân trên vai là một phương pháp hiệu quả cải thiện chức năng và tầm vận động của khớp vai, được đánh giá bằng sự tăng biên độ góc dạng khớp vai.

4.4. Tác dụng không mong muốn của liệu pháp

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ thấy tác dụng phụ duy nhất là đau tăng sau tiêm trong 24h đầu chiếm tỷ lệ 25%. Trong số các trường hợp đau tăng sau tiêm, nhiều trường hợp tự khỏi không cần dùng thuốc giảm đau hoặc nếu phải dùng thì chỉ uống từ 1 đến tối đa 3 viên thuốc giảm đau paracetamol 500 mg. Các triệu chứng tại chỗ khác như chày máu khớp, nhiễm khuẩn khớp, nhiễm khuẩn phần mềm quanh khớp... không gặp trong nghiên cứu của chúng tôi. Những triệu chứng trên xảy ra chủ yếu phụ thuộc yếu tố chủ quan, liên quan đến kỹ thuật tiêm không đúng, thủ thuật được thực hiện tại phòng tiêm không đảm bảo vô khuẩn. Trong khi đó tất cả các bệnh nhân của chúng tôi đều được tiêm theo đúng quy trình hướng dẫn của Bộ Y tế, thực hiện bởi các bác sĩ có kinh nghiệm và được tiến hành trong phòng vô khuẩn nên ngăn ngừa được các tác dụng phụ trên. Tác dụng gây mẫn ngứa hay sốc không được ghi nhận trong nghiên cứu này cũng như nhiều tác giả khác. Đây cũng là một ưu điểm của phương pháp điều trị bằng huyết tương giàu tiểu cầu tự thân vì sản phẩm sử dụng trong điều trị được tách từ máu của bản thân người bệnh thoái hóa rồi tiêm cho chính chính bệnh nhân. Các nghiên cứu của nhiều tác giả đã được chúng tôi đề cập ở trên đều ghi nhận không có các tác dụng phụ như chày máu khớp, nhiễm khuẩn khớp hay phần mềm quanh khớp. Vì vậy có thể khẳng định liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu là một lựa chọn điều trị an toàn cho bệnh nhân đứt bán phần gân trên gai.

Tác giả Nguyễn Trần Trung có 54,8% bệnh nhân sau tiêm PRP đau tăng tại vị trí tiêm, trong đó 38,7% bệnh nhân hết đau sau 3 ngày và 16,1% bệnh nhân hết đau sau 1 tuần. Theo ghi nhận của Sengodar và cộng sự (2017) thấy tác dụng phụ gặp nhiều nhất sau tiêm PRP tự thân là đau và 1 bệnh nhân hoa mắt chóng mặt sau tiêm, tuy nhiên thường nhẹ và tự khỏi.

5. KẾT LUẬN

Liệu pháp tiêm huyết tương giàu tiểu cầu tự thân dưới hướng dẫn siêu âm trong điều trị đứt bán phần gân trên gai là một liệu pháp có hiệu quả và an toàn.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bùi Hải Bình, Nghiên cứu điều trị bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát bằng liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu tự thân. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, 2016.
- [2] Nguyễn Đình Hiên, Nhận xét đặc điểm lâm sàng viêm quanh khớp vai và đánh giá kết quả điều trị bằng tiêm corticoid tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang, 2015
- [3] Nguyễn Trần Trung, Đánh giá kết quả liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu ở bệnh nhân viêm điểm bám lõi cầu ngoài xương cánh tay, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, 2016.
- [4] Kesikburun S, Tan AK, Yilmaz B et al., Platelet-rich plasma injections in the treatment of chronic rotator cuff tendinopathy: a randomized controlled trial with 1-year follow-up. *Am J Sports Med.* Nov 2013;41(11):2609-16.
- [5] Rha DW, Park GY, Kim YK et al., Comparison of the therapeutic effects of ultrasound-guided platelet-rich plasma injection and dry needling in rotator cuff disease: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil;* Feb 2013;27(2):113-22.
- [6] Rocco Z, Salvatore C, Nicola L, Marco Senesi%J *European Journal of Integrative Medicine.* Effectiveness of integrated medicine in the control of pain in vertebral disorders: an observational study, 2012;(4):140.
- [7] Sengodan VC, Kurian S, Ramasamy R, Treatment of Partial Rotator Cuff Tear with Ultrasound-guided Platelet-rich Plasma. *J Clin Imaging Sci,* 2017. 7: p. 32.DOI:10.4103/jcis.JCIS_26_17.
- [8] İlhanlı I, Guder N, Gul M, Platelet-Rich Plasma Treatment With Physical Therapy in Chronic Partial Supraspinatus Tears. *Iranian Red Crescent medical journal,* Sep 2015;17(9):e23732.

EVALUATING THE EFFICACY OF INTRAVENOUS PHENYLEPHRINE FOR HYPOTENSION PREVENTION IN SPINAL ANESTHESIA CESAREAN SECTION AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2020

Nguyen Thi Ngoc Trang*, Nguyen Quang Chinh,
Le Vu Nhat Minh, Tran Hoai Nam, Nguyen Minh Hien

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 03/08/2023; Accepted: 05/09/2023

ABSTRACT

Objective: The study aimed to evaluate the effectiveness of intravenous Phenylephrin in preventing hypotension in spinal anesthesia for cesarean section at Duc Giang General Hospital.

Method: We did a prospective, self-controlled clinical analysis of 120 women divided into 2 groups, 1 group with prophylactic injection and 1 group without prophylactic 100 µg Phenylephrine, all of which were indicated for anesthesia cesarean section with spinal anesthesia. Lives at Duc Giang General Hospital. The study also analyzed and evaluated cyclic changes at important time points.

Result: Through a study of 120 women who indicated an anesthesia cesarean section with spinal anesthesia to prevent hypotension with 100 g of Phenylephrine intravenously, the intraoperative BP level of the group receiving Phenylephrine prophylactic injection was more stable during surgery., the rate of pregnant women who had to be treated to raise BP during surgery in the group injecting Phenylephrine prophylactic before surgery was 20% lower than in the group without intraoperative prophylaxis, accounting for 83.3%. Percentage of relapse without BP reduction in the Phenylephrine prophylaxis group (0%) compared with 16.7% in the non-preventive group.

Conclude: This is an effective measure to prevent hypotension, so it should be widely applied widely used in GTTS, especially GTTS for cesarean section. In our country, there needs to be more research on Phenylephrine, to be able to give the optimal dose, the best time to inject the drug. That will enable clinicians to use Phenylephrine effectively and safely.

Keywords: Cesarean section, pregnant women, neonate, spinal anesthesia.

*Corresponding author
Email address: ngoctrang0405@gmail.com
Phone number: (+84) 962369733
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHENYLEPHRIN TIÊM TĨNH MẠCH DỰ PHÒNG TỤT HUYẾT ÁP TRONG GÂY TÊ TỦY SỐNG MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2020

Nguyễn Thị Ngọc Trang*, Nguyễn Quang Chính
Lê Vũ Nhật Minh, Trần Hoài Nam, Nguyễn Minh Hiến

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 03/08/2023; Ngày duyệt đăng: 05/09/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả của Phenylephrin tiêm tĩnh mạch dự phòng tụt huyết áp trong gây tê tủy sống để mổ lấy thai tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Phương pháp: Chúng tôi đã phân tích tiền cứu lâm sàng, tự đối chứng gồm 120 sản phụ chia làm 2 nhóm, 1 nhóm có tiêm dự phòng và 1 nhóm không tiêm dự phòng 100 μ g Phenylephrin, đều có chỉ định mổ lấy thai vô cảm bằng tê tủy sống tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang. Bài nghiên cứu cũng đã phân tích, đánh giá sự thay đổi tuần hoàn tại các thời điểm quan trọng.

Kết quả: Qua nghiên cứu 120 sản phụ có chỉ định mổ lấy thai vô cảm bằng tê tủy sống dự phòng tụt huyết áp bằng 100 μ g Phenylephrin tiêm tĩnh mạch đã được phân tích mức HA trong mổ của nhóm được tiêm dự phòng Phenylephrin ổn định hơn trong mổ, tỷ lệ sản phụ phải điều trị nâng HA trong mổ ở nhóm tiêm Phenylephrin dự phòng trước mổ là 20% thấp hơn ở nhóm không được dự phòng trong mổ chiếm 83.3%. Tỷ lệ% tái tụt HA không có ở nhóm dự phòng Phenylephrin (0%) so với 16.7% ở nhóm không dự phòng tụt HA.

Kết luận: Đây là một biện pháp dự phòng tụt HA hiệu quả, nên áp dụng rộng rãi trong GTTS, đặc biệt là GTTS để mổ lấy thai. Ở nước ta cần có nhiều nghiên cứu về Phenylephrin hơn nữa, để có thể đưa ra được liệu tối ưu, thời điểm tiêm thuốc đạt hiệu quả tốt nhất. Điều đó sẽ giúp cho các nhà lâm sàng có thể sử dụng Phenylephrin một cách hiệu quả và an toàn.

Từ khóa: Mổ lấy thai, sản phụ, sơ sinh, tê tủy sống.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô cảm trong sản khoa là vấn đề luôn được các bác sỹ gây mê hồi sức sản khoa quan tâm vì cùng một lúc phải đảm bảo an toàn cho hai đối tượng đó là sản phụ và thai nhi. Phương pháp vô cảm trong phẫu thuật lấy thai phổ biến nhất là gây tê tủy sống (GTTS), đây là phương pháp hữu hiệu, tránh được các tai biến gây mê trên sản phụ và sơ sinh, dễ thực hiện, tỷ lệ thành công cao, vô cảm và giãn cơ tốt trong mổ. Trong quá trình phẫu thuật, mẹ

trầm tảo được chứng kiến sự ra đời của con, con được bú mẹ sớm và quá trình theo dõi hậu phẫu đơn giản. Tuy nhiên, một trong những biến chứng nguy hại và thường gặp nhất của GTTS mổ lấy thai là hạ huyết áp (HA) với tỉ lệ báo cáo khoảng 80% nếu các biện pháp dự phòng tụt HA không được áp dụng.

Có rất nhiều thuốc vận mạch được sử dụng để nâng HA khi GTTS để phẫu thuật lấy thai tuy nhiên những thuốc này phải có tác dụng nhanh, dễ sử dụng, thời gian hoạt

*Tác giả liên hệ
Email: ngoctrang0405@gmail.com
Điện thoại: (+84) 962369733
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

động ngắn, dễ dàng điều chỉnh, có thể được sử dụng dự phòng và không có bất kỳ tác động bất lợi cho SP và thai nhi. Ephedrin là thuốc co mạch được coi là kinh điển trong điều trị cũng như trong dự phòng tụt HA trong GTTS để phẫu thuật nói chung cũng như để phẫu thuật lấy thai nói riêng. Tuy nhiên, hiện có Phenylephrin mới được đưa vào sử dụng với nhiều ưu việt hơn, trên thế giới và Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu và ứng dụng Phenylephrin trong điều trị và dự phòng tụt HA do GTTS để phẫu thuật nói chung và phẫu thuật mổ lấy thai nói riêng.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 120 sản phụ có chỉ định phẫu thuật lấy thai dưới vô cảm bằng tê tủy sống từ tháng 1 đến hết tháng 6 năm 2020 tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu lâm sàng, tự đối chứng.

Cỡ mẫu: tất cả sản phụ đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu (gồm 120 bệnh nhân).

3.1. Đặc điểm chung của sản phụ

Bảng 1. Phân bố sản phụ theo tuổi, chiều cao, cân nặng, tuổi thai

| Đặc điểm | | Nhóm I (n=60) | Nhóm II (n=60) | Chung (n=120) | p |
|-------------------------|-----------------|------------------|-------------------|------------------|-------|
| Tuổi (năm) | $\bar{x}\pm SD$ | 27.0 \pm 4.0 | 27.8 \pm 3.8 | 27.4 \pm 3.9 | >0.05 |
| | Min-Max | 18-38 | 19-40 | 18-40 | |
| Chiều cao (cm) | $\bar{x}\pm SD$ | 156.4 \pm 3.4 | 156.7 \pm 3.0 | 156.3 \pm 3.2 | |
| | Min-Max | 150-168 | 155-163 | 150-168 | |
| Cân nặng khi mổ (kg) | $\bar{x}\pm SD$ | 46.1 \pm 5.6 | 62.9 \pm 4.6 | 60.5 \pm 5.2 | |
| | Min-Max | 42-60 | 51-81 | 42-81 | |
| Tuổi thai (tuần) | $\bar{x}\pm SD$ | 39.8 \pm 0.8 | 39.9 \pm 1.1 | 39.9 \pm 1.0 | |
| | Min-Max | 38-41 | 38-42 | 38-42 | |

Nhận xét: Sản phụ ở hai nhóm đồng nhất về tuổi, chiều cao, cân nặng, tình trạng sức khỏe và tuổi thai trung

Các sản phụ trong nghiên cứu được chia làm 2 nhóm đối chứng

- Nhóm 1 (nhóm nghiên cứu): Tiêm tĩnh mạch 100 μ g Phenylephrin khi bác sĩ gây mê bắt đầu tiêm thuốc gây tê tủy sống.

- Nhóm 2 (nhóm chứng): nhóm không tiêm Phenylephrin.

- Liều thuốc gây tê tủy sống ở cả 2 nhóm dùng liều đồng nhất thuốc gây tê là 7.5 mg bupivacain phối hợp với 30 mcg fentanyl.

Thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và ghi vào phiếu số liệu nghiên cứu. Kết quả được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS for Windows 22.0. Các thuật toán thống kê được áp dụng bao gồm: Tính tỷ lệ phần trăm (%), tính trung bình, độ lệch chuẩn (SD), Giá trị p < 0.05 được coi là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ

Qua nghiên cứu 120 sản phụ mổ lấy thai tại khoa Gây mê - Hồi sức Bệnh viện đa khoa Đức Giang chúng tôi thu được các kết quả như sau:

binh với p>0.05.

3.2. Đánh giá hiệu quả dự phòng tụt HA của Phenylephrin

3.2.1. Tỷ lệ sản phụ tụt HA sau GTTS

Bảng 2. Tỷ lệ sản phụ tụt HA sau GTTS

| Tụt HA | Nhóm I | | Nhóm II | | p |
|--------------------|--------|------|---------|------|--------|
| | n | % | n | % | |
| Không tụt HA | 48 | 80.0 | 10 | 16.7 | < 0.05 |
| 20% ≤ Tụt HA < 30% | 12 | 20.0 | 40 | 66.6 | |
| Tụt HA ≥ 30% | 0 | 0 | 10 | 16.7 | |
| Tổng tụt HA | 12 | 20.0 | 50 | 83.3 | |

Nhận xét:

- Tỷ lệ tụt HA 20% ≤ Tụt HA < 30%: Nhóm I là 12 ca chiếm 20% và nhóm II là 40 ca chiếm 66.6% trong đó nhóm 2 cao hơn nhóm I.

-Tỷ lệ tụt HA ≥ 30%: Nhóm I là 0% và nhóm II là 10 ca chiếm 16.7% trong đó chủ yếu là nhóm II.

- Tỷ lệ tụt HA ở nhóm I thấp hơn ở nhóm II, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với p<0.01 cho thấy HA nhóm I ổn định hơn nhóm II.

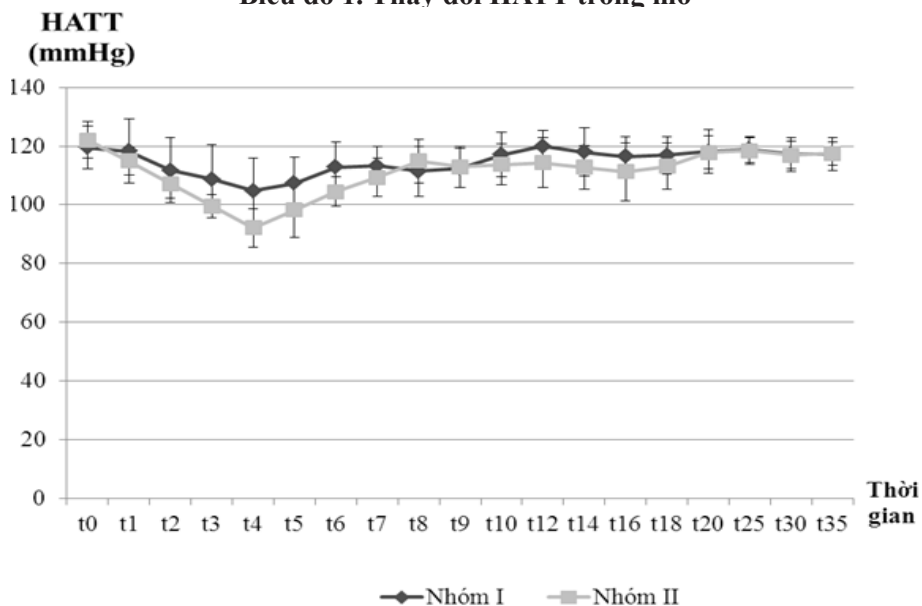
Trên bảng 3.10. thì tỷ lệ tụt HA giữa 2 nhóm sản phụ là khác nhau (nhóm I có 12 sản phụ, nhóm II có 50 sản phụ) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0.05.

Bảng 3. Tỷ lệ tái tụt huyết áp

| Tái tụt HA | Nhóm I | | Nhóm II | | p |
|------------------|--------|-----|---------|------|-------|
| | n | % | n | % | |
| Không tái tụt HA | 60 | 100 | 50 | 83.3 | <0.05 |
| Tái tụt HA | 0 | 0 | 10 | 16.7 | |

Nhận xét: Tỷ lệ tái HA giữa 2 nhóm sản phụ là khác nhau, ở nhóm II có 5 sản phụ bị tái tụt trong khi nhóm I không có sản phụ nào với p<0.05.

Biểu đồ 1. Thay đổi HATT trong mô



Nhận xét:

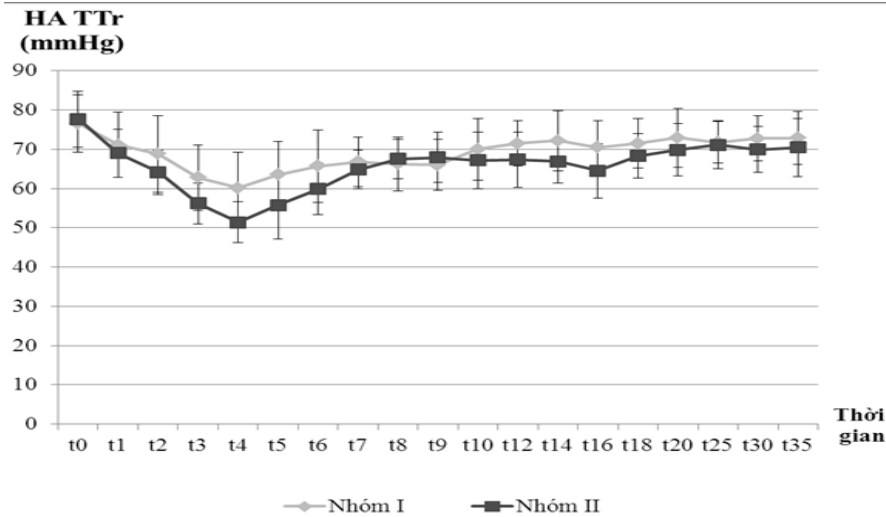
- Tại thời điểm trước GTTS (t0), HA tâm thu giữa 2 nhóm nghiên cứu tương đương nhau ($p > 0.05$).

- Sau GTTS HA nhóm I ổn định hơn nhóm II, HA tâm thu nhóm I giảm nhiều nhất ở t3, t4, t5 trong khi HA tâm thu nhóm II giảm nhiều nhất từ t3 đến t7 so với t0.

Sự khác biệt HA tâm thu 2 nhóm tại các thời này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

- Các thời điểm sau HA tâm thu 2 nhóm tăng dần về thời điểm trước gây tê (t0), sự khác biệt 2 này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$).

Biểu đồ 2. Thay đổi huyết áp tâm trương trong mổ



Nhận xét:

- HATr nhóm I tương đối ổn định trong suốt cuộc mổ.

- HATr nhóm II thấp hơn nhóm I có ý nghĩa thống kê từ phút thứ 2 đến phút thứ 6 và phút thứ 12 đến thứ 18 với $p < 0.05$

hạn hằng số bình thường của người Việt Nam [6]. Khi so sánh với chiều cao của người Việt Nam bình thường có tuổi 20 - 39 [7] thì chiều cao của các đối tượng nghiên cứu nằm trong giới hạn chiều cao bình thường của người Việt Nam [6].

* Tuổi thai trung bình của hai nhóm tương đối giống nhau, và đều là thai đủ tháng. Ở nhóm 1 tuổi thai trung bình là 39.8 ± 0.8 tuần, nhóm 2 là 39.9 ± 1.1 tuần, khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm với $p > 0.05$. Như vậy về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu cho thấy: Các sản phụ của hai nhóm có đặc điểm hình thể, tình trạng sức khỏe, tuổi thai khá đồng đều cho nên các kết quả nghiên cứu đảm bảo tính khách quan.

* Tỷ lệ con so, con ọc: Trong nghiên cứu của chúng tôi, là mổ lấy thai lần đầu nên đa số là con so, tỷ lệ con ọc ít hơn - Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm nghiên cứu ($p > 0.05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 120 sản phụ được lựa chọn ngẫu nhiên theo tiêu chí của nghiên cứu, mỗi nhóm gồm 60 người.

* Tuổi: Các sản phụ trong nghiên cứu của chúng tôi đều ở độ tuổi sinh đẻ từ 18 đến 40 tuổi, tuổi trung bình nhóm I là 27.0 ± 4.0 , nhóm II là 27.8 ± 3.8 không có sự khác biệt giữa hai nhóm với $p > 0.05$. Đối tượng nghiên cứu trẻ, đồng nhất giữa hai nhóm thuận lợi cho việc GTTS, tất cả đối tượng đều nằm trong tuổi sinh đẻ của người Việt Nam.

* Chiều cao, cân nặng: Đối tượng nghiên cứu được chúng tôi lấy theo tiêu chuẩn lựa chọn nên các chỉ số về: Chiều cao trung bình ở 2 cả nhóm là: 156.3 ± 3.2 cm và cân nặng trung bình ở 2 cả nhóm là: 60.5 ± 5.2 kg tương đối đồng nhất giữa hai nhóm và nằm trong giới

4.2. Hiệu quả dự phòng tụt huyết áp của Phenylephrin

* Xử lý tụt HA trong mổ:

Theo kết quả bảng 2, tỷ lệ sản phụ phải điều trị hạ HA trong mổ ở nhóm I được tiêm Phenylephrin dự phòng tụt HA trước khi làm thủ thuật GTTS là rất thấp (20%) trong khi đó ở nhóm II không được tiêm Phenylephrin dự phòng thì hầu như các sản phụ đều phải dùng thuốc

nâng HA đường tĩnh mạch rất nhiều (83.3%). Sự khác biệt trong nghiên cứu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Ở nhóm tiêm Phenylephrin dự phòng không thấy có sản phụ nào phải điều trị nâng HA từ lần 2 trở đi như vậy việc tiêm Phenylephrin dự phòng mang lại hiệu quả ổn định cho HA hơn nên lượng thuốc ephedrin trung bình dùng để nâng HA của 2 nhóm cũng khác nhau với $p < 0,05$.

Kết quả này của chúng tôi cũng tương đương với nghiên cứu của Neves và cộng sự [9], nghiên cứu của tác giả cho thấy tỷ lệ sử dụng thuốc co mạch ở nhóm tiêm Phenylephrin dự phòng là 30% còn nhóm không dự phòng là 70%. Sự khác biệt trong nghiên cứu của tác giả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

* Sự thay đổi HA:

Tụt HA trong GTTS là do sự ức chế thần kinh giao cảm của thuốc GTTS gây giãn động mạch và tĩnh mạch từ vùng tê trở xuống gây giảm lưu lượng tuần hoàn tương đối và giảm lưu lượng tim dẫn đến tụt HA. Tụt HA là khi HATT giảm $\geq 20\%$ so với HA nền tâm thu của sản phụ hoặc khi HATT < 100 mmHg.

Theo số liệu ở bảng 2. cho thấy ở nhóm I là có 12 sản phụ bị tụt HA chiếm 20% trong khi nhóm II có 50 sản phụ chiếm 83.3% như vậy tỷ lệ tụt HA của nhóm I ít hơn nhóm II với $p < 0,05$.

Tỷ lệ tụt HATT trong khoảng $20\% \leq$ Tụt HA $< 30\%$ ở nhóm I có 6 sản phụ (20%) nhóm II có 20 sản phụ (66.6%), phần lớn sản phụ tụt HA là nằm trong nhóm này. Như vậy sự khác biệt về tỷ lệ tụt HA giữa 2 nhóm nghiên cứu có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tỷ lệ tụt HATT $\geq 30\%$ ở nhóm I là 0 sản phụ (0%), nhóm II là 5 sản phụ (16.7%) sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Theo nghiên cứu của Nguyễn Đức Lam [10] ở nhóm GTTS đẻ mổ lấy thai, tỷ lệ tụt huyết áp trên 30% so với mức huyết áp nền là 21.67%. Do vậy, đòi hỏi bác sỹ gây mê hồi sức phải tránh không để cho sản phụ bị tụt huyết áp trong mổ lấy thai

Như vậy, tỷ lệ tụt huyết áp nhóm II thường xảy ra nặng hơn ở nhóm I khi không được dự phòng Tụt HA là tác dụng không mong muốn nguy hiểm và đáng sợ nhất trong GTTS phẫu thuật lấy thai vừa nguy hiểm cho mẹ và cho cả sơ sinh do vậy cần phải kiểm soát được huyết động của sản phụ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy dự phòng tụt HA trong GTTS đẻ mổ lấy thai bằng Phenylephrin cho hiệu quả tốt và giảm tác dụng phụ nôn và buồn nôn như các tác giả đã nghiên cứu.

5. KẾT LUẬN

Theo mục tiêu nghiên cứu

Qua nghiên cứu 120 sản phụ mổ lấy thai với gây tê tủy sống dự phòng tụt huyết áp bằng 100 μ g Phenylephrin tiêm tĩnh mạch chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Mức HA trong mổ của nhóm được tiêm dự phòng Phenylephrin ổn định hơn trong mổ ($p < 0,05$).

- Tỷ lệ sản phụ phải điều trị nâng HA trong mổ ở nhóm tiêm Phenylephrin dự phòng trước mổ là 20% thấp hơn ở nhóm không được dự phòng trong mổ chiếm 83.3% ($p < 0,05$).

- Tỷ lệ% tái tụt HA không có ở nhóm dự phòng Phenylephrin (0%) so với 16.7% ở nhóm không dự phòng tụt HA với $p < 0,05$).

Kiến nghị: Ở nước ta cần có nhiều nghiên cứu về Phenylephrin hơn nữa, để có thể đưa ra được liều tối ưu, thời điểm tiêm thuốc đạt hiệu quả tốt nhất. Điều đó sẽ giúp cho các nhà lâm sàng có thể sử dụng Phenylephrin một cách hiệu quả và an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Phan Đình Kỳ, Gây mê mê lấy thai, Bài giảng gây mê hồi sức, tập II, Nhà xuất bản Y học, 2002, 274 – 310
- [2] Đào Văn Phan, Thuốc tê, Dược lý học, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 2001, 145- 151.
- [3] Nguyễn Thụy, Đào Văn Phan, Công Quyết Thắng, Các thuốc giảm đau họ Morphin, Thuốc sử dụng trong gây mê, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 2000, 180-233.
- [4] Nguyễn Quang Quyền, ATLAT giải phẫu người, Nhà xuất bản Y học thành phố Hồ Chí Minh, 1999.
- [5] Trường Đại học Y Hà Nội, Bài giảng sản phụ khoa, 2004, 352.
- [6] Đỗ Văn Lợi, Nghiên cứu gây tê tủy sống bằng Bupivacain kết hợp Morphine trong mổ lấy thai, Luận văn thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, 2007.
- [7] Nguyễn Hoàng Ngọc, Đánh giá tác dụng vô cảm và giảm đau sau mổ trong mổ lấy thai của gây tê tủy sống bằng Bupivacain kết hợp với Morphine ở các liều khác nhau, Luận văn chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội, 2010.
- [8] Nguyễn Hữu Tú, “Biến chứng gây tê”, Bài giảng GMHS Bộ môn GMHS, Trường đại học Y Hà Nội, 2010.

RESULTS OF CONVERTING IMAGE TO ORAL IN PROTECTION PROGRAMS RIGHT AFTER CESAREAN SECTION AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2021

Nguyen Thuy Trang*, Nguyen Khac Thuy,
Nguyen Thu Huong, Dang Thi Thanh Huyen, Do Thi Bich Thuy

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 01/08/2023; Accepted: 26/08/2023

ABSTRACT

Objective: To investigate some clinical characteristics of pregnant women and the results of switching from parenteral to oral route in prophylactic antibiotic regimens after cesarean section.

Subjects and methods: A prospective descriptive study of pregnant women with indications for cesarean section at the Department of Obstetrics and Gynecology at Duc Giang General Hospital from April 1, 2021 to September 30, 2021.

Results: There were 166 women who received oral antibiotics after cesarean section at the hospital. The mean BMI of the study group was: 23.07 ± 3 ; the second womb accounted for the majority: 59%; indication for cesarean section because of old caesarean section: 56.2%; surgery time is less than 60 minutes, accounting for 85%; average hospital stay 3.6 ± 0.4 days; Prophylactic use of antibiotics was successful 93.4% of oral antibiotics were used, saving more than 30% of the cost of drugs and medical supplies, bringing high economic efficiency.

Conclusion: The conversion of prophylactic antibiotics from parenter to oral route in the KSDP regimen after cesarean section is recommended for clinical use with good results, less infectious complications, reduced hospital stay and efficacy high economic returns.

Keywords: Prophylactic antibiotics; Caesarean section.

*Corresponding author
Email address: drtrang79@gmail.com
Phone number: (+84) 989192679
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



KẾT QUẢ VIỆC CHUYỂN ĐỔI ĐƯỜNG TIÊM SANG ĐƯỜNG UỐNG TRONG PHÁC ĐỒ KHÁNG SINH DỰ PHÒNG SAU MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2021

Nguyễn Thùy Trang*, Nguyễn Khắc Thủy,
Nguyễn Thu Hương, Đặng Thị Thanh Huyền, Đỗ Thị Bích Thủy

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 01/08/2023; Ngày duyệt đăng: 26/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng các sản phụ và kết quả chuyển đổi đường tiêm sang đường uống trong phác đồ kháng sinh dự phòng sau mổ lấy thai.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu các sản phụ có chỉ định mổ lấy thai tại khoa Sản BVĐK Đức Giang từ 1/4/2021 đến 30/9/2021.

Kết quả: Có 166 sản phụ sau mổ lấy thai tại bệnh viện được dùng kháng sinh đường uống. BMI trung bình của nhóm nghiên cứu là: $23,07 \pm 3$; con dạ lần 2 chiếm đa số: 59%; chỉ định mổ lấy thai vì vết mổ đẻ cũ: 56.2%; thời gian phẫu thuật dưới 60 phút chiếm 85%; thời gian nằm viện trung bình $3,6 \pm 0,4$ ngày; sử dụng kháng sinh dự phòng thành công 93,4% sử dụng kháng sinh đường uống giúp tiết kiệm trên 30% chi phí thuốc và vật tư y tế, đem lại hiệu quả kinh tế cao.

Kết luận: Việc chuyển đổi kháng sinh dự phòng từ đường tiêm sang đường uống trong phác đồ KSDP sau mổ lấy thai được khuyến cáo sử dụng trên lâm sàng với kết quả tốt, ít biến chứng nhiễm trùng, giảm thời gian nằm viện và hiệu quả kinh tế cao.

Từ khóa: Kháng sinh dự phòng; Mổ lấy thai.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo trang Statics, từ năm 2000 đến năm 2015, tỷ lệ sinh mổ tăng ở tất cả các khu vực trên thế giới, trong đó tỷ lệ sinh mổ cao nhất ở Mỹ Latinh và Caribe. Tại Việt Nam, tỷ lệ MLT cũng ngày càng tăng cao. Cùng với tăng tỷ lệ mổ lấy thai, việc sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật ngày càng được quan tâm. Tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang, kháng sinh dự phòng đã được áp dụng từ năm 2010 với kháng sinh dự phòng 24h. Trong chương trình quản lý kháng sinh, bên cạnh việc lựa chọn kháng sinh và thời gian sử dụng hợp lý thì việc chuyển đổi đường dùng IV sang PO cũng đem lại nhiều lợi ích như: giảm tỷ lệ tái sử dụng kháng sinh

đường tiêm; cải thiện sự thoải mái cho bệnh nhân (đi lại hay xuất viện); giảm thời gian nằm viện; giảm phơi nhiễm với các mầm bệnh bệnh viện xâm nhập qua vị trí tiêm IV; giảm nguy cơ viêm tĩnh mạch; giảm thời gian pha chế và tiêm; giảm thiểu các chi phí thứ cấp [7],[1]. Trước tình hình đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Đánh giá kết quả việc chuyển đổi đường tiêm sang đường uống trong phác đồ kháng sinh dự phòng sau mổ lấy thai tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang” với mục tiêu: Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng sản phụ và đánh giá kết quả chuyển đổi đường tiêm sang đường uống trong phác đồ kháng sinh dự phòng sau mổ lấy thai.

*Tác giả liên hệ

Email: drtrang79@gmail.com

Điện thoại: (+84) 989192679

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: khoa sản Bệnh viện đa khoa Đức Giang.
- Thời gian nghiên cứu: Từ 1/4/2021 đến 30/9/2021.

2.3. Đối tượng nghiên cứu:

2.3.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Các sản phụ có chỉ định mổ lấy thai tại khoa Sản BVĐK Đức Giang từ 1/4/2021 đến 30/9/2021.

2.3.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

Trước phẫu thuật

- Hút thuốc lá
- Béo phì (BMI trước mang thai > 30)
- Đái tháo đường (bao gồm cả đái tháo đường thai kỳ)
- Hen phế quản
- Tăng huyết áp
- Thiếu máu (hematocrit trước phẫu thuật < 30% hoặc có chẩn đoán thiếu máu)
- Suy giảm miễn dịch (HIV, sử dụng thuốc ức chế miễn dịch (như corticoid) kéo dài...)
- Điểm ASA ≥ 3
- Tiền sử dị ứng
- Tiền sử mổ lấy thai ≥ 2 lần
- Tiền sản giật
- Vỡ ối sớm > 6 giờ
- Chuyển dạ kéo dài > 24 giờ
- Nhau bong non
- Nhau tiền đạo
- Suy thai, ối bẩn.

Trong phẫu thuật

- Nước ối xanh bẩn
- Vết mổ dính nhiều
- Chảy máu, thời gian phẫu thuật kéo dài

2.4. Cơ mẫu: Lấy mẫu thuận tiện: Tất cả sản phụ sinh mổ tại khoa trong thời gian nghiên cứu từ 1/4/2021 đến 30/09/2021.

2.5. Nội dung nghiên cứu

2.5.1. Xây dựng quy trình đảm bảo vô khuẩn

- Phòng mổ: Bảo đảm vô khuẩn theo quy định chung
- Dụng cụ: phòng mổ được diệt khuẩn, khử khuẩn và đảm bảo vô khuẩn theo quy định.
- Bệnh nhân được vệ sinh âm đạo, âm hộ trước mổ.
- Sát trùng vùng mổ theo quy định (bằng dung dịch Povidin 10%).
- Phẫu thuật viên và dụng cụ viên khi vào phòng mổ: quần áo, mũ phải được sạch, rửa tay theo quy định của Bộ Y tế.
- Sau mổ được chăm sóc tại phòng riêng: Vệ sinh bệnh phòng ngày 2 lần, ít người nhà vào (1bệnh nhân- 1 người nhà).

2.5.2. Phác đồ sử dụng kháng sinh dự phòng

| Thuốc | Liều dùng | Thời gian dùng | Cách dùng |
|-----------------|-----------|--|---|
| Cefuroxim 750mg | 1500 mg | Trước thời điểm rạch da trong vòng 60 phút | -Rút ít nhất 16ml nước cất pha tiêm vào bơm tiêm 20ml -Bơm ít nhất 8ml nước cất pha tiêm vào mỗi lọ thuốc - Lắc nhẹ đều để được dung dịch tan hoàn toàn, trong suốt - Rút toàn bộ dung dịch đã pha ở các lọ vào bơm tiêm 20ml - Tiêm tĩnh mạch ít nhất trong 3 phút |
| Cefuroxim 500mg | 500 mg | Sau thời điểm đóng da cách nhau mỗi 12 giờ | Uống 2 lần, mỗi lần 1 viên sau khi ăn |

2.5.3. Các biến số nghiên cứu: Tuổi sản phụ, nghề nghiệp, tiền sử phụ khoa, tiền sử phẫu thuật, số lần đẻ, các chỉ định mổ, thời gian phẫu thuật, diễn biến cuộc mổ, số ngày điều trị, tình trạng vết mổ, các thuốc sử dụng, chi phí thuốc, chi phí vật tư tiêu hao.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu: Dữ liệu được ghi chép vào mẫu thu thập số liệu. Phân tích số liệu bằng chương trình SPSS16.0.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả sản phụ vào viện khi đủ tiêu chuẩn lựa chọn đều được tư vấn sử dụng kháng sinh dự phòng.

Sản phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Các thông tin cá nhân được đảm bảo không sử dụng cho mục đích khác.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của các sản phụ mổ lấy thai có áp dụng việc chuyển đổi đường dùng kháng sinh sau mổ

3.1.1. Độ tuổi của sản phụ

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

| Tuổi | N | % |
|----------------|------------|------------|
| < 20 | 2 | 1.2 |
| 21 – 35 | 130 | 78.3 |
| ≥ 35 | 34 | 20.5 |
| Tổng số | 166 | 100 |

Nhóm sản phụ trong độ tuổi 21-35 tuổi chiếm 78.3%, sản phụ trẻ < 20 tuổi chiếm 1.2%, số sản phụ lớn tuổi 20.5%

3.1.2. Thời gian mổ

Bảng 3.2. Thời gian mổ

| Thời gian mổ (phút) | N | % |
|---------------------|------------|------------|
| ≤ 30 | 25 | 15 |
| 30 < t ≤ 60 | 141 | 85 |
| >60 | 0 | 0 |
| Tổng số | 166 | 100 |

Tất cả các bệnh nhân sử dụng KSDP đường uống thời gian phẫu thuật đều dưới ≤ 60 phút, thời gian phẫu thuật trung bình 40±5, không có bệnh nhân nào mổ trên 60 phút.

3.2. Kết quả sử dụng kháng sinh dự phòng đường uống

Tổng số có 166 ca sử dụng kháng sinh dự phòng đường uống không có ca nào phải chuyển kháng sinh điều trị.

3.2.1. Các biến cố sau mổ

Khoảng 6.6% có các biến cố nhất định sau mổ. Trong 11 bệnh nhân có biến cố NK sau mổ để 42 ngày, chúng tôi nhận định có 2 ca có nhiễm khuẩn nông vết mổ. Có 2 trường hợp có bế sản dịch. Các trường hợp này cũng tương đương với mức nguy cơ nhiễm khuẩn hậu sản thông thường sau đẻ.

Bảng 3.3. Xử trí NKVM và kết quả sau xử trí

| Đặc điểm (N=11) | | Kết quả, n (%) |
|--------------------------|------------------------------------|----------------|
| Biện pháp xử trí biến cố | Dùng kháng sinh điều trị | 3 (27,27%) |
| | Dùng povidon, nước muối sinh lý | 2 (18,19%) |
| | Dùng các biện pháp khác | 3 (27,27%) |
| | Không cần xử trí | 3 (27,27%) |
| Kết quả sau xử trí | Đã khỏi hoàn toàn, vết mổ khô sạch | 11 (100%) |

Với các biến cố trên có 8 trường hợp phải dùng thuốc và vệ sinh tại chỗ, còn lại đều ổn định mà không phải xử trí gì, chưa phải xét nghiệm cận lâm sàng khác.

3.2.2. Hiệu quả kinh tế

| Đặc điểm | Kết quả |
|--|------------------------|
| Thời gian nằm viện (ngày), trung vị (IQR) | 3,0 (3,0-4,0) |
| Số lần thực hiện kháng sinh | 3 (3-3) |
| Chi phí liên quan tới kháng sinh cho phẫu thuật (VNĐ), trung vị (IQR) | |
| Chi phí kháng sinh trước phẫu thuật | 23.680 (23.680-23.680) |
| Chi phí kháng sinh sau phẫu thuật | 40.692 |
| Chi phí VTYT liên quan khi sử dụng kháng sinh | 3.468 |
| Tổng chi phí liên quan tới kháng sinh cho phẫu thuật | 44.160 |

3.2.3. Chi phí điều trị

Bảng 3.4. Chi phí điều trị

| Chi phí | KSDP Uống | KSDP | KS điều trị |
|-----------------|-----------|------------|-------------|
| Kháng sinh | 40.692 | 59.200 | 118.400 |
| Vật tư tiêu hao | 3.468 | 10.404 | 34.680 |
| Tổng | 44.160 | 69.604 | 153.080 |
| N = 166 | 7.330.560 | 11.554.264 | 25.411.280 |

Qua bảng trên, ta thấy tổng chi phí kháng sinh dùng trong dự phòng đường uống là ít nhất giảm 50% so với

dùng với kháng sinh điều trị.

Qua so sánh nhanh ở trên cho thấy hiệu quả của kháng sinh đường uống so với các phác đồ sử dụng kháng sinh khác, tiết kiệm đường tiền kháng sinh và tiết kiệm được công chăm sóc, vật tư tiêu hao đi kèm.

4. BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu từ 1/4/2021 đến 30/09/2021 tại khoa Sản Bệnh viện đa khoa Đức Giang có 1185 sản phụ đến sinh, trong đó có 728 sản phụ sinh mổ chiếm 61.4%. Trong 728 Sản phụ được mổ lấy thai nhóm nghiên cứu thu thập được 166 sản phụ đủ tiêu chuẩn lựa chọn, đồng ý tham gia vào nghiên cứu và được theo dõi thời gian hậu phẫu 42 ngày sau ra viện. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật lấy thai chiếm tỷ lệ cao, trong đó kháng sinh đường uống chiếm 22.8% tổng số phẫu thuật.

4.1. Đặc điểm lâm sàng của các sản phụ mổ lấy thai có áp dụng việc chuyển đổi đường dùng kháng sinh sau mổ

4.1.1. Tuổi của sản phụ

Theo nghiên cứu của chúng tôi số sản phụ sử dụng KSDP đường uống sau phẫu thuật sản phụ khoa chiếm tỷ lệ cao nhất ở độ tuổi 21-35 chiếm 78.3%. Đây là độ tuổi sinh đẻ → điều này cũng phù hợp với nghiên cứu Bệnh viện đa khoa Đức Giang 2014 (tỷ lệ này là 86,5%) và nhiều nghiên cứu khác.

4.1.2. Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật liên quan đến tỉ lệ nhiễm khuẩn, thời gian phẫu thuật càng dài khả năng nhiễm khuẩn càng cao. Thời gian phẫu thuật ngắn thì khả năng nhiễm khuẩn thấp. Do đó với các trường hợp mổ chủ động, thời gian phẫu thuật ngắn thì việc sử dụng kháng sinh đường uống là rất phù hợp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có trường hợp phẫu thuật nào thời gian phẫu thuật kéo dài >60 phút.

4.2. Kết quả chuyển đổi đường tiêm sang đường uống kháng sinh dự phòng trên các sản phụ này

4.2.1. Kết quả điều trị

Tổng số có 166 ca sử dụng kháng sinh dự phòng đường uống không có ca nào phải chuyển kháng sinh điều trị. Tình trạng Mẹ và bé trước khi ra viện đều ổn định, vết mổ khô.

Sau khi sản phụ ra viện chúng tôi có tiến hành phỏng vấn bệnh nhân qua điện thoại đánh giá gồm các yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn. Có 155 sản phụ chiếm 93.4% ổn định không có vấn đề gì về vết mổ. Có 11 trường hợp xảy ra biến cố sau mổ qua phỏng vấn. Trong 11 bệnh

nhân có biến cố sau mổ đề 42 ngày, chúng tôi nhận định có 2ca chiếm 1.2% có nhiễm khuẩn vết mổ, vết mổ tấy đỏ chảy dịch mũ phải xử trí bằng kháng sinh uống thêm và vệ sinh tại chỗ vết mổ, toàn trạng ổn định. Sau xử trí BN ổn định. Có 2 trường hợp có bé sản dịch, có sốt và ứ dịch buồng tử cung. Tuy nhiên các trường hợp như này chúng tôi cũng có thể gặp ở các trường hợp sau mổ có sử dụng kháng sinh dự phòng tiêm hoặc điều trị, tương đương với mức nguy cơ nhiễm khuẩn hậu sản thông thường sau đẻ.

Kết quả NKVM của chúng tôi cũng thấp hơn với tỷ lệ nhiễm khuẩn chung sau mổ lấy thai theo tác giả Nguyễn Thị Thu Hà và cộng sự thực hiện tại bệnh viện Từ Dũ năm 2019, Tỷ lệ NK sau MLT là 5%, NKVM nông (da và mô dưới da) chiếm 1,5% (21). Olsen MA và cs năm 2008, nghiên cứu tại Bệnh viện giảng dạy 1250 giường, trên 1605 trường hợp MLT, nhận thấy: Tỷ lệ NKVM chung là 5% (22). Charrier L và cs 2009, nghiên cứu trên 430 trường hợp được mổ lấy thai, theo dõi sau xuất viện bằng gọi điện thoại mỗi 10 ngày, tương tự thiết kế của chúng tôi, cho thấy tỉ lệ NKVM là 4,7%, trong đó 85% trường hợp NKVM được xác định sau xuất viện. Tỷ lệ NKVM của chúng tôi thấp hơn là do lựa chọn đối tượng nghiên cứu chặt chẽ, loại bỏ nhiều các yếu tố có nguy cơ gây nhiễm khuẩn.

4.2.2. Hiệu quả kinh tế

Chi phí tiền kháng sinh là chiếm tỷ lệ cao trong chi phí điều trị cho bệnh nhân. Và so với điều trị thì kháng sinh dự phòng đường uống (1 liều tiêm trước mổ, 2 lần uống sau mổ) chỉ bằng 1/3 tiền kháng sinh điều trị (tiêm kháng sinh 5-7 ngày). Ngoài những chi phí thuốc kháng sinh khi sử dụng đường uống sẽ giảm được chi phí vật tư đi kèm (bơm tiêm, bông gạc), công chăm sóc cho bệnh nhân. Và hơn nữa là sự hài lòng của BN, cơ thể phục hồi sớm sau sinh, mẹ có nhiều sữa cho con hơn.

5. KẾT LUẬN

Độ tuổi 21-35 chiếm tỉ lệ cao 78.3%. Hầu hết thời gian phẫu thuật lấy thai đều nhỏ hơn 60 phút. Trong 166 sản phụ tham gia nghiên cứu không có trường hợp nào phải chuyển kháng sinh điều trị trong quá trình theo dõi tại viện. Tất cả các bệnh nhân đều được gọi điện lấy thông tin sau 6 tuần hậu sản. Có 2 trường hợp NKVM (chiếm 1.2%) trong 42 ngày sau ra viện, các biến cố khác trong quá trình hậu sản thường nhẹ và tự điều trị. Chi phí tiền kháng sinh dự phòng đường uống đem lại hiệu quả kinh tế cao nhất so với dự phòng đường tiêm và điều trị.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Lê Quý Cương, Trần Khánh Hoàng, Nghiên cứu nhiễm khuẩn tại phòng mổ Bệnh viện Quân y 354, Ngoại khoa. 6/1993: Tr 41 – 44.
- [2] Hoàng Kim Huyền, "Nguyên tắc sử dụng kháng sinh", Dược lý học lâm sàng, Nhà xuất bản Y học, 2001, tt 171-181.
- [3] Nguyễn Ngọc Khuyên, Hiệu quả kháng sinh dự phòng Cefotaxime so với kháng sinh điều trị trong phẫu thuật sản phụ khoa có chọn lọc, Kỷ yếu Hội nghị Khoa học bệnh viện An Giang – Số tháng 10/2011.
- [4] Đào Thị Thảo và cộng sự, Đánh giá kết quả sử dụng KSDP tại khoa Sản Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2014.
- [5] Lê Thị Thiện và cộng sự, Đánh giá hiệu quả việc sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật mổ lấy thai tại khoa Sản Bệnh viện đa khoa Ba Tri năm 2013.
- [6] Bùi Sương và cộng sự, Kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật sản phụ khoa, Kỷ yếu nghiên cứu khoa học BVPS Hà Nội năm 1998.
- [7] Nguyễn Thị Thu Hà, Tỷ lệ và các yếu tố liên quan của nhiễm khuẩn vết mổ sau mổ lấy thai tại Bệnh viện Từ Dũ, Y Học TP. Hồ Chí Minh, Phụ bản Tập 23, Số 2, 2019
- [8] Olsen MA, Butler AM, Willers DM et al., "Risk factors for surgical site infection after low transverse cesarean section". Infect Control Hosp Epidemiol, 29, 2008, 477-484.

EVALUATION OF THE RESULTS OF TREATMENT OF CANDIDA VAGINOSIS IN PREGNANT WOMEN IN THE SECOND AND THIRD QUARTER OF PREGNANCY AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2022

Quach Van Tho*, Tran Van Cu,
Chu Thi Huyen, Nguyen Thi Lan Huong, Dang Thi Hang

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 29/07/2023; Accepted: 28/08/2023

ABSTRACT

Objective: The study aims to evaluate "the outcome of treatment of Candida vaginosis in women in the second and third trimesters of pregnancy." according to the treatment regimen for fungus.

Subject and method: Longitudinal prospective study was conducted on 84 pregnant women in the second and third trimesters of Candida vaginosis who visited Duc Giang General Hospital from 5/2022 to 10/2022.

Results: Common clinical symptoms are itching of the vulva, vagina, thick white discharge, red inflamed mucous membranes, the above symptoms associated with significant Candida vaginosis ($p < 0.01$). Of the 84 cases of thrush vaginosis in our study, third-term pregnancies accounted for 53.6% compared to second-term pregnancies at 46.4% ($p < 0.01$). After a course of treatment for Candida vaginosis, 87.4 percent of cases recovered with improved clinical symptoms.

Conclusion: Candida vaginosis is a common gynecological disease in pregnant women in the second and third trimester of pregnancy with unpleasant symptoms such as itching, vulvovaginitis, thick white discharge. The treatment according to the fungus treatment regimen helps to reduce clinical symptoms markedly after one course of treatment with the cure rate after the 1st treatment is 87.7%, after the 2nd treatment is 100%.

Keywords: Candidiasis, Pregnant women in the second quarter, third quarter, clinical symptoms of vaginitis.

*Corresponding author
Email address: vantho0903@gmail.com
Phone number: (+84) 789633399
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM ÂM ĐẠO DO NẤM CANDIDA Ở PHỤ NỮ CÓ THAI QUÝ II, QUÝ III THAI KÌ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2022

Quách Văn Thọ*, Trần Văn Cừ,
Chu Thị Huyền, Nguyễn Thị Lan Hương, Đặng Thị Hằng

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 29/07/2023; Ngày duyệt đăng: 28/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá “kết quả điều trị viêm âm đạo do nấm Candida ở phụ nữ có thai quý II, quý III thai kì” theo phác đồ điều trị nấm.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu dọc được tiến hành trên 84 sản phụ mang thai quý II, quý III thai kì viêm âm đạo do nấm Candida đến khám tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 5/2022- 10/2022

Kết quả: Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là ngứa âm hộ, âm đạo, khí hư trắng đặc sệt, da niêm mạc viêm đỏ, các triệu chứng trên liên quan đến viêm âm đạo do nấm Candida có ý nghĩa ($p < 0,01$). Trong 84 trường hợp viêm âm đạo do nấm trong nghiên cứu của chúng tôi thai phụ quý III chiếm tỷ lệ cao hơn với 53,6% so với thai phụ quý II chiếm 46,4% ($p < 0,01$). Sau một đợt điều trị viêm âm đạo do nấm Candida có 87,4% trường hợp khỏi bệnh với các triệu chứng lâm sàng được cải thiện.

Kết luận: Viêm âm đạo do nấm Candida là một bệnh lý phụ khoa hay gặp ở phụ nữ có thai trong quý II, quý III thai kì với các triệu chứng gây khó chịu cho người bệnh như ngứa, viêm âm hộ âm đạo, khí hư trắng đặc sệt. Việc điều trị theo phác đồ điều trị nấm giúp cho các triệu chứng lâm sàng giảm rõ rệt sau một đợt điều trị với tỷ lệ khỏi bệnh sau điều trị đợt 1 là 87,7%, sau điều trị đợt 2 là 100%.

Từ khóa: Nấm Candida, Sản phụ có thai quý II, quý III, triệu chứng lâm sàng viêm âm đạo.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm âm đạo do nấm Candida là bệnh lý phụ khoa phổ biến, thường biểu hiện với các triệu chứng như ngứa, viêm âm hộ, âm đạo kèm với khí hư màu trắng đặc sệt, tạo thành từng mảng như sữa chua bám vào thành âm đạo. Nguyên nhân là do sự tăng sinh quá mức vi nấm Candida, vốn là một loài nấm men tồn tại trong hệ khuẩn chí bình thường của âm đạo với số lượng rất ít, kết quả gây nên viêm âm đạo[1]. Mang thai là một yếu tố

tăng nguy cơ viêm âm đạo do nấm Candida do cơ chế giảm miễn dịch qua trung gian tế bào và gia tăng nồng độ nội tiết tố trong thai kì[1][2]. Trên thế giới cũng như ở Việt Nam, nhiều tác giả đã nghiên cứu về viêm âm đạo do nấm Candida trong thai kỳ, tuy vậy, phần lớn các nghiên cứu này được tiến hành trên các thai phụ ở quý III của thai kỳ, chưa có nhiều nghiên cứu ở các thai phụ quý II. Do đó, với mong muốn tiến hành nghiên cứu trên nhóm đối tượng là các thai phụ ở quý II, quý III, nhằm góp phần làm rõ hơn tình trạng viêm âm đạo do nấm

*Tác giả liên hệ
Email: vantho0903@gmail.com
Điện thoại: (+84) 789633399
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

Candida trong thai kỳ, tư vấn và điều trị cho sản phụ tình trạng viêm nhiễm giúp cải thiện chất lượng cuộc sống cho sản phụ, tránh một số biến chứng như ôi vỡ non, viêm màng ối, hoàn thiện quy trình khám và quản lí thai nghén đặc biệt là ở các thai phụ đến khám vì ra khí hư âm đạo, chúng tôi thực hiện đề tài: “Đánh giá kết quả điều trị viêm âm đạo do nấm Candida ở phụ nữ có thai quý II, quý III thai kì tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang”, với hai mục tiêu:

1. *Mô tả triệu chứng lâm sàng viêm âm đạo do nấm Candida trên phụ nữ có thai trong quý II, quý III thai kì tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang*

2. *Đánh giá kết quả điều trị viêm âm đạo do nấm Candida trên phụ nữ có thai trong quý II, quý III thai kì tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.*

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 84 sản phụ có thai quý II, quý III thai kì viêm âm đạo do nấm Candida đến khám tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 5/2022 – 10/2022.

2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Sản phụ mang thai quý II, quý III (Sản phụ mang thai từ tuần 14 trở đi)

- Có các triệu chứng như ra khí hư âm đạo, ngứa, viêm đỏ âm đạo

- Bệnh nhân được làm các xét nghiệm:

+ Xét nghiệm soi tươi dịch âm đạo có nấm khi khám lần đầu.

+ Xét nghiệm soi tươi dịch âm đạo khi tái khám

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Có ra máu âm đạo hay vỡ ối

- Có dấu hiệu chuyển dạ

- Nhiễm nấm đang điều trị

- Thụt rửa hoặc đặt thuốc âm đạo trong vòng 1 tuần trước khi khám.

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu dọc. Các sản phụ được khám và xét nghiệm soi tươi dịch âm đạo để chẩn đoán viêm âm đạo do nấm Candida. Các trường hợp được chẩn đoán xác định sẽ được điều trị theo phác đồ của Bộ Y tế: Polygynax (Nystatin 100000 đv/ngày) đặt âm đạo ngày 1 viên x 14 ngày và hẹn tái khám sau khi hết thuốc 1 tuần. Khi tái khám bệnh nhân được đánh giá kết quả điều trị thông qua sự

cải thiện về triệu chứng lâm sàng và kết quả soi tươi dịch âm đạo. Nếu sau điều trị một đợt không cải thiện tốt bệnh nhân sẽ được lặp lại điều trị và đánh giá kết quả sau đó.

2.5. Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn cỡ mẫu thuận tiện những sản phụ đưa vào nghiên cứu.

2.6. Xử lí số liệu: Xử lí số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Tất cả các đối tượng được giải thích rõ ràng về mục tiêu và nội dung nghiên cứu từ đó có sự đồng thuận của các đối tượng. Các thông tin thu thập được từ đối tượng nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu thông qua hội đồng đạo đức.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

| | | | |
|----|--|---------------------------|------------|
| 1. | Độ tuổi (trung bình) | | 27,5± 5.7 |
| 2. | Nơi ở | Thành phố | 77,4% (65) |
| | | Nông thôn | 23,6% (19) |
| 3. | Tuổi thai | Quý II | 46,4% (39) |
| | | Quý III | 53,6% (45) |
| 4. | Tiền sử viêm âm đạo do nấm Candida trong thai kì | Có | 58,8% (51) |
| | | Không. | 41,2% (33) |
| 5. | Triệu chứng lâm sàng thường gặp của viêm âm đạo do nấm Candida | Ngứa âm hộ âm đạo. | 80,9% (68) |
| | | Khí hư trắng, đặc sệt. | 64,2% (54) |
| | | Da, niêm mạc viêm đỏ. | 67,6% (56) |
| 6. | Trình độ học vấn | Tiểu học, trung học cơ sở | 2,4% (2) |
| | | Trung học phổ thông | 60,7% (51) |
| | | Đại học, cao đẳng | 36,9% (31) |

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 27,5±5,7 vì đối tượng là phụ nữ có thai. Sự phân bố của các đối tượng tập trung chủ yếu ở thành phố 77,4% so với vùng nông thôn chiếm 23,6%. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì các thai phụ có thai quý III

chiếm tỉ lệ cao hơn với 53,6%, các thai phụ quý II chiếm 46,4%. Trong 84 trường hợp thai phụ viêm âm đạo do nấm có 58,5% sản phụ có tiền sử viêm âm đạo do nấm. Các triệu chứng cơ năng thường gặp ở những thai phụ viêm âm đạo do nấm là ngứa âm hộ âm đạo 80,9%, khí

hư trắng, đặc sệt 64,2% và da niêm mạc viêm đỏ chiếm 67,6%. Các sản phụ có trình độ từ cao đẳng trở lên có tỉ lệ viêm âm đạo do nấm (36,9%) thấp hơn các sản phụ chỉ học phổ thông trung học và trung học cơ sở (63,1%).

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 2. Kết quả sau điều trị đợt 1 (theo kết quả soi tươi)

| Kết quả | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|-----------------|--------------|------------|
| Khỏi bệnh | 64 | 87.7 |
| Không khỏi bệnh | 9 | 12.3 |
| Tổng | 73 | 100 |

Nhận xét: Trong 73 trường hợp viêm âm đạo do nấm được điều trị và tái khám theo hẹn (11 trường hợp vì các lí do cá nhân không tái khám sau điều trị), có 64/73 trường hợp khỏi bệnh với giảm hoặc hết triệu chứng

lâm sàng và xét nghiệm soi tươi khí hư âm đạo sau điều trị nấm (-). Tuy nhiên, vẫn còn 9/73 trường hợp triệu chứng lâm sàng giảm ít, soi tươi khí hư âm đạo vẫn còn nấm.

Bảng 3. Cải thiện triệu chứng lâm sàng (sau điều trị đợt 1)

| Triệu chứng lâm sàng | | Trước điều trị | Tỷ lệ (%) | Sau điều trị | Tỷ lệ (%) | P |
|-----------------------|-------|----------------|-----------|--------------|-----------|-------|
| Ngứa | Có | 64 | 87,7 | 7 | 9.6 | <0,01 |
| | Không | 9 | 24.7 | 66 | 90.4 | |
| | Tổng | 73 | 100 | 73 | 100 | |
| Khí hư trắng, đặc sệt | Có | 46 | 63 | 8 | 11.0 | <0,01 |
| | Không | 27 | 37 | 65 | 89.0 | |
| | Tổng | 73 | 100 | 73 | 100 | |
| Da, niêm mạc viêm đỏ | Có | 51 | 69,9 | 3 | 4.1 | >0,05 |
| | Không | 22 | 30,1 | 70 | 95.9 | |
| | Tổng | 73 | 100 | 73 | 100 | |

Nhận xét: Qua bảng trên ta thấy các triệu chứng lâm sàng thường gặp như: ngứa âm hộ âm đạo, da niêm mạc viêm đỏ, khí hư trắng đặc sệt được cải thiện rõ rệt sau

điều trị đợt 1, sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng sau điều trị đợt 1 có ý nghĩa ($p < 0,01$).

Bảng 4. Liên quan giữa điều trị viêm âm đạo do nấm và tiền sử viêm âm đạo do nấm trong thai kì (Sau điều trị đợt 1)

| Tiền sử viêm âm đạo do nấm | Khỏi bệnh sau một đợt điều trị | | | | | | P |
|----------------------------|--------------------------------|------|-------|------|------|-----|-------|
| | Có | | Không | | Tổng | | |
| | n | % | n | % | n | % | |
| Có | 35 | 87,5 | 5 | 12,5 | 40 | 100 | >0,05 |
| Không | 29 | 93,5 | 2 | 6,5 | 31 | 100 | |

Nhận xét: Qua bảng 4 ta thấy chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả điều trị giữa nhóm thai phụ có tiền sử viêm âm đạo do nấm và nhóm thai phụ không có tiền sử viêm âm đạo do nấm Candida trong thai kì ($p > 0,05$).

Bảng 5. Kết quả sau điều trị đợt 2

| Kết quả điều trị | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|------------------|--------------|-----------|
| Khỏi bệnh | 9 | 100 |
| Không khỏi bệnh | 0 | 0 |
| Tổng | 9 | 100 |

Nhận xét: Sau điều trị đợt 2, 9 thai phụ chưa khỏi sau điều trị đợt 1 được tiếp tục điều trị và hẹn tái khám. Sau điều trị đợt 2, các thai phụ viêm âm đạo do nấm đều hết các triệu chứng lâm sàng và soi tươi khí hư nấm (-).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 84 thai phụ quý II, III viêm âm đạo do nấm Candida đến khám và điều trị tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 5/2022-9/2022.

Các đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình là $27,5 \pm 5,7$ phân bố chủ yếu ở vùng thành phố (77,6%) so với vùng nông thôn (23,4%). Về trình độ học vấn của các đối tượng nghiên cứu thì nhóm có trình độ từ trung học phổ thông và trung học cơ sở chiếm tỉ lệ lớn với 63,1%, nhóm có trình độ từ cao đẳng trở lên chiếm tỉ lệ thấp với 36,9%.

Trong 84 sản phụ thuộc đối tượng nghiên cứu, sản phụ mang thai quý III cao hơn (53.6%) các sản phụ mang thai quý II (46.4%). Sự xuất hiện viêm âm đạo do nấm có ý nghĩa giữa quý II và quý III ($p < 0,01$). Kết quả ng-

hiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Nnadi [9] với viêm âm đạo cao nhất ở các thai phụ quý III (152/288 sản phụ). Một số nghiên cứu cũng như y văn đã ghi nhận tỉ lệ viêm âm đạo do nấm thường gặp nhất ở các thai phụ quý II, quý III nguyên nhân được giải thích là do tăng nồng độ Estrogen trong máu và sự gia tăng nồng độ của progesteron và Estrogen trong máu của sản phụ cho đến khi đủ tháng [1][4][7].

Các triệu chứng lâm sàng chiếm tỉ lệ cao trong viêm âm đạo do nấm Candida ở các đối tượng nghiên cứu là ngứa âm hộ âm đạo (80,9%), khí hư trắng đặc sệt (64,2%), da niêm mạc viêm đỏ (67,6%). Các triệu chứng trên liên quan đến viêm âm đạo do nấm Candida có ý nghĩa ($p < 0,01$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với ghi nhận của y văn với ngứa, da niêm mạc viêm đỏ, khí hư trắng đặc sệt là triệu chứng thường gặp của viêm âm đạo do nấm [1][2][5].

Các thai phụ có tiền sử viêm âm đạo do nấm trong thai kì cũng có tỉ lệ viêm âm đạo do nấm Candida cao hơn (58,8%) so với các thai phụ không có tiền sử viêm âm đạo do nấm (41,2%) sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,01$). Nghiên cứu này cũng tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Hải Yến [3] và nghiên cứu của Nguyễn Thị Luyện [5].



4.2. Kết quả điều trị viêm âm đạo do nấm Candida

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 84 sản phụ được chẩn đoán viêm âm đạo do nấm và được điều trị và hẹn tái khám. Tuy nhiên chỉ có 73 sản phụ tái khám theo hẹn sau điều trị đợt 1 chiếm 86,9%.

Từ kết quả bảng 2 cho thấy sau điều trị đợt 1, có 64 thai phụ viêm âm đạo do nấm Candida được điều trị khỏi bệnh, chiếm 87,7%. Tuy nhiên vẫn còn 9 thai phụ sau điều trị chưa khỏi bệnh, chiếm 12,3% (do tự ý ngưng thuốc, không hoàn thành liệu trình điều trị, rửa sâu vào trong âm đạo trong quá trình vệ sinh,...). Các kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với y văn với tỷ lệ khỏi bệnh sau điều trị với các thuốc kháng nấm thông thường khi điều trị viêm âm đạo do nấm từ 80% [7].

Theo kết quả bảng 3, sau một đợt điều trị các triệu chứng lâm sàng giảm rõ sau một đợt điều trị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của Lê Thị Hải Yên [3] cho thấy sự giảm rõ rệt của các triệu chứng lâm sàng, khác biệt có ý nghĩa với triệu chứng ngứa âm hộ, âm đạo ($p < 0,01$), khí hư trắng đặc sệt ($p < 0,01$), khác biệt chưa có ý nghĩa với da niêm mạc viêm đỏ ($p > 0,05$).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 4 cho thấy chưa có sự khác biệt về kết quả điều trị viêm âm đạo giữa các sản phụ có tiền sử viêm âm đạo do nấm trong thai kỳ và các sản phụ không có tiền sử viêm âm đạo do nấm trong thai kỳ ($p > 0,05$). Chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này nên chúng tôi nghĩ cần có thêm các nghiên cứu về vấn đề này.

Kết quả bảng 5 cho thấy, sau điều trị đợt 1 có 9 bệnh nhân chưa khỏi bệnh, những bệnh nhân này được tiếp tục điều trị thêm một đợt thuốc kháng nấm và hẹn tái khám, đánh giá sau 1- 2 tuần. Sau điều trị đợt 2 trong nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 7 tất cả các bệnh nhân đều khỏi bệnh.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Viêm âm đạo do nấm Candida là một bệnh lý phụ khoa thường gặp ở phụ nữ có thai trong quý II, quý III thai kỳ, tỉ lệ viêm âm đạo do nấm Candida ở thai phụ quý III cao hơn thai phụ quý II ($p < 0,01$).

Các triệu chứng thường gặp là ngứa âm hộ âm đạo, khí hư trắng đặc sệt, da, niêm mạc viêm đỏ, các triệu chứng này liên quan với viêm âm đạo do nấm Candida.

($p < 0,01$)

Tỷ lệ khỏi bệnh sau điều trị một đợt là 87,7%. Các triệu chứng lâm sàng giảm rõ sau một đợt điều trị có ý nghĩa thống kê với các triệu chứng như ngứa âm hộ âm đạo, ra khí hư trắng đặc sệt ($p < 0,01$).

Khuyến nghị: Nên thực hiện khám lâm sàng và xét nghiệm soi tươi dịch âm đạo thường quy ở các thai phụ mang thai quý II, quý III có ra dịch âm đạo bất thường để chẩn đoán và điều trị hiệu quả viêm âm đạo do nấm trong thai kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược Hồ Chí Minh, “Viêm sinh dục”, Giáo trình Sản Phụ khoa- Tập 2, NXB Y học, 2014, tr. 752-754.
- [2] Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược Huế, “Thay đổi giải phẫu và sinh lý thai phụ”, Giáo trình Sản Phụ khoa- Tập 1, NXB Y học, 2013, tr. 42-49.
- [3] Lê Thị Hải Yên, “Nghiên cứu tình hình nhiễm nấm Candida albicans ở phụ nữ mang thai vào ba tháng cuối của thai kỳ và đánh giá kết quả điều trị tại Bệnh viện Trung ương Huế”, Luận văn thạc sĩ Y học, chuyên ngành Sản phụ khoa, Trường Đại học Y Dược Huế, 2007.
- [4] Nguyễn Khoa Nguyên, “Nghiên cứu giá trị dự báo của các triệu chứng lâm sàng trong một số bệnh lý viêm âm đạo tại Bệnh viện Trung ương Huế”, Luận văn thạc sĩ Y học, Chuyên ngành Sản phụ khoa, Trường Đại học Y Dược Huế, 2007.
- [5] Nguyễn Thị Luyện, Lê Hồng Cẩm, “Tỉ lệ viêm âm đạo do 3 tác nhân thường gặp và các yếu tố liên quan ở phụ nữ từ 18 đến 49 tuổi tại huyện Côn Đảo, tỉnh Bà Rịa-Vũng Tàu năm 2013”, Tạp chí Y Học TP.Hồ Chí Minh, 18(6), 2014, tr. 481-485.
- [6] Altayyar IA, Alsanosi AA, Osman NA, “Prevalence of vaginal candidiasis among pregnant women attending different gynecological clinic at South Libya”, European Journal of Experimental Biology, 6(3), 2016, pp. 25-29.
- [7] Nnadi DC, Singh S, “The prevalence of genital Candida species among pregnant women attending antenatal clinic in a tertiary health center in North-west Nigeria”, Sahel Medical Journal, 20(1), 2017, pp. 33-37.

ANALYZE THE RESULTS OF THE SURGICAL MANAGEMENT OF INTERTROCHANTERIC FEMUR FRACTURE BY LOCKING COMPRESSION PLATE UNDER C-ARM DIRECTION AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL FROM 2019 - 2021

Tran Trung Kien*, Nguyen Van Toan, Vu Manh Linh, Nguyen Tien Dat

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 24/07/2023; Accepted: 05/09/2023

ABSTRACT

Objective: Analyze the results of the surgical management of intertrochanteric femur fracture by locking compression plate under C-arm direction at Duc Giang General Hospital.

Subject and method: During 26 months from 01/2019 to 03/2021, 32 cases of intertrochanteric femur fractures have been treated using locking plate under C-arm direction at Duc Giang General Hospital.

Results: Woman occupied 65,62%, according to AO classification: 16/32 cases fracture classified as type A2, 12/32 cases classified as type A1. 15/32 cases showed a very good result of implanting. Good and Excellent implanting results found in all patients. 100% of patients healed the wound and no complications during the hospital stay.

Conclusion: Locking proximal femoral plate treatment under C-arm direction is safe and effective method.

Keywords: Intertrochanteric femur fractures, femur surgery.

*Corresponding author
Email address: Bskienducgiang@gmail.com
Phone number: (+84) 904318124
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT GỠ LIÊN MẮU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI BẰNG NẸP KHOÁ CÓ MÀN TĂNG SÁNG HỖ TRỢ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG TỪ 2019 ĐẾN 2021

Trần Trung Kiên*, Nguyễn Văn Toàn, Vũ Mạnh Linh, Nguyễn Tiên Đạt

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 24/07/2023; Ngày duyệt đăng: 05/09/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, Xquang và kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng nẹp khoá có màn tăng sáng hỗ trợ tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 32 bệnh nhân gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng nẹp khoá dưới hướng dẫn màn tăng sáng tại BVĐK Đức Giang từ tháng 1/2019 đến 3/2021.

Kết quả: Tỷ lệ nữ chiếm 65,62%, nam 34,38%, trong đó theo phân loại AO có 16/32 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 50% gãy liên mấu chuyển thuộc nhóm A2, 12/32 bệnh nhân chiếm 37,5% thuộc nhóm A1. Kết quả nắn chỉnh: 15/32 bệnh nhân đạt kết quả rất tốt, 17/32 bệnh nhân đạt kết quả tốt. 100% bệnh nhân liền vết mổ kỳ đầu, không có biến chứng trong thời gian nằm viện.

Kết luận: Điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng nẹp khoá dưới hướng dẫn màn tăng sáng là phương pháp an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Gãy liên mấu chuyển xương đùi, phẫu thuật xương đùi.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy liên mấu chuyển (LMC) xương đùi là một chấn thương gãy xương thường gặp, chiếm 50 - 55% các loại gãy đầu trên xương đùi, gặp nhiều ở người cao tuổi, với nhiều bệnh lý nền kèm theo. Tỷ lệ nữ nhiều gấp 2 - 3 lần nam giới. Việc điều trị gặp rất nhiều khó khăn, thách thức và mặc dù đã có nhiều phương án nhưng kết quả nhận được vẫn chưa khả quan. Nhận thấy vấn đề đó, chúng tôi đã triển khai phẫu thuật gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng nẹp khoá dưới hướng dẫn màn tăng sáng cho 32 bệnh nhân. Để nghiên cứu các ưu nhược điểm của phương pháp, nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu với mục tiêu:

1. Mô tả được đặc điểm lâm sàng, hình ảnh Xquang của

phẫu thuật gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng nẹp khoá có màn tăng sáng hỗ trợ tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng nẹp khoá có màn tăng sáng hỗ trợ.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả lâm sàng, hồi cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu tại BVĐK Đức Giang, thời gian từ tháng 1/2019 đến 3/2021.

*Tác giả liên hệ

Email: Bskienducgiang@gmail.com

Điện thoại: (+84) 904318124

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

2.3. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Bệnh nhân gãy kín liên mấu chuyển xương đùi do các nguyên nhân chấn thương được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa có màn tăng sáng hỗ trợ từ tháng 01/2019 đến tháng 03/2021, bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân gãy xương bệnh lý hoặc bệnh nhân bị liệt trước khi gãy liên mấu chuyển xương đùi.

2.4. Cơ mẫu, chọn mẫu: Cơ mẫu thuận tiện, chọn tất cả bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn từ tháng 01/2019 đến tháng 03/2021.

2.5. Biến số/ chỉ số/ nội dung/ chủ đề nghiên cứu: Mô tả đặc điểm chung như: Tuổi, giới tính, nguyên nhân chấn thương. Hình ảnh XQ: phân loại gãy xương theo AO/ASIF. Kết quả điều trị: kết quả sớm gồm liền vết mổ thì đầu; đánh giá kết quả nắn chỉnh ở gãy dựa vào phim XQ góc cổ thân sau mổ; đánh giá kết quả xa bao gồm kết quả liền xương trên lâm sàng và XQ, phim XQ góc cổ thân, kết quả phục hồi chức năng dựa vào thang

điểm Merle D’aubigne’.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: Số liệu thu thập theo một biểu mẫu được thiết kế sẵn.

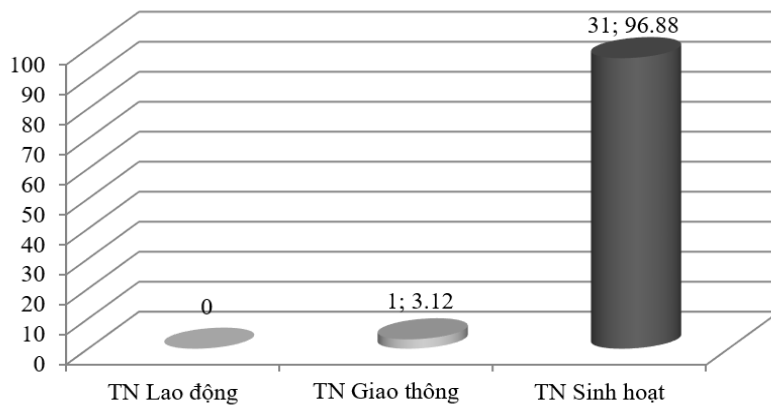
2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Kết quả nghiên cứu được xử lý trên phần mềm SPSS 20.0, Các kết quả được tính toán: Tỷ lệ phần trăm, so sánh các tỷ lệ, mối tương quan giữa các biến số. Các test nghiên cứu: χ^2 test, T test với $p < 0,05$ là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Vấn đề đạo đức có mặt xuyên suốt trong quá trình nghiên cứu, điều chỉnh hành vi của người nghiên cứu theo hướng phục sự sự phát triển xã hội và con người, nâng cao năng lực của nhà khoa học, khắc phục những tiêu cực trong nghiên cứu và ứng dụng khoa học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Trong 32 bệnh nhân có 21 bệnh nhân nữ, chiếm tỉ lệ 65,62%. Độ tuổi trung bình: $81,31 \pm 12,01$. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 52T, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 110T.



Biểu đồ 1 cho thấy tai nạn sinh hoạt là nguyên nhân chủ yếu gây ra các thương tổn (96,88%), có 1 bệnh nhân do

TNGT (3,12%) và không có bệnh nhân nào do tai nạn lao động.

Bảng 1. Phân loại loãng xương theo chỉ số Singh

| Chỉ số Singh | Số bệnh nhân | Tỷ lệ% |
|--------------|--------------|--------|
| IV | 2 | 6,25 |
| V | 30 | 93,75 |
| Tổng | 32 | 100 |

Có 2 bệnh nhân (6,25%) bị loãng xương độ 4; trong đó số bệnh nhân được xếp vào nhóm mức độ 5 là 30 bệnh

nhân (93,75%) theo phân loại của Singh.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh Xquang

3.2.1. Phân loại gãy LMC theo A

Bảng 2. Phân loại gãy LMC theo A.O (cách tính theo David A).

| Phân loại | A1 | | | A2 | | | A3 | | | Tổng |
|-----------|--------|------|------|--------|------|------|------|------|------|------|
| | A1.1 | A1.2 | A1.3 | A2.1 | A2.2 | A2.3 | A3.1 | A3.2 | A3.3 | |
| Số lượng | 11 | 1 | 0 | 16 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 32 |
| | 28 | | | 4 | | | | | | |
| Tỉ lệ | 87,50% | | | 12,50% | | | | | | 100% |

Bảng 2 cho thấy loại gãy xương chủ yếu là A2 16/32 chiếm 50%, tiếp đến là A1 với 12/32 chiếm 37,5%, nhóm A3 chiếm tỉ lệ thấp nhất với 4/32 BN (12,5%)

3.3. Kết quả phẫu thuật

3.3.1. Kết quả gắn

Liên vết mổ thì đầu: Trong nghiên cứu 32 bệnh nhân, 100% bệnh nhân liên vết mổ thì đầu tốt, không có nhiễm trùng vết mổ, không có biến chứng trong thời gian nằm viện.

Kết quả Xquang sau mổ

Bảng 3. Kết quả nắn chỉnh phục hồi xương về vị trí giải phẫu (N = 32)

| Kết quả nắn chỉnh | Số bệnh nhân | Tỷ lệ% |
|-------------------|--------------|--------|
| Tốt | 15 | 46,88 |
| Chấp nhận được | 17 | 53,12 |
| Không tốt | 0 | 0,0 |
| Tổng | 32 | 100,0 |

Bảng 3 cho thấy 100% bệnh nhân có kết quả nắn chỉnh tốt và rất tốt, không có trường hợp nào kém.

3.3.2. Kết quả xa

Đánh giá mức độ PHCN theo thang điểm Merle D'aubigne': Tại thời điểm 1 năm sau mổ (n=25)

Bảng 4. Đánh giá kết quả xa theo

Merle D'aubigne' (n=25)

| Điểm số | Mức độ | Bệnh nhân | Tỷ lệ (%) |
|-----------|------------|-----------|-----------|
| 17 -18 | Rất tốt | 12 | 48,00 |
| 15 - 16 | Tốt | 5 | 20,00 |
| 13 - 14 | Trung bình | 6 | 24,00 |
| < 13 điểm | Kém | 2 | 8,00 |
| Cộng | | 25 | 100,0 |

Bảng 4 cho thấy đánh giá kết quả phục hồi chức năng theo Merle D'aubigne' có 12/25 BN đạt kết quả rất tốt chiếm 48%, có 2/25 BN đạt kết quả kém chiếm 8%, trong 2 BN này có 1 bệnh nhân khớp giả, 1 bệnh nhân tiêu chỏm xương đùi sau mổ kết xương.

Kết quả xa dựa vào Xquang

Bảng 5. Kết quả liên xương theo trục giải phẫu (n=25)

| Kết quả liên xương | | Số BN | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------------|-------------|-------|-----------|
| Liên xương, góc cổ thân xương | 120° - 130° | 11 | 44 |
| | 110° - 119° | 13 | 52 |
| | < 110° | 0 | 0 |
| Không liên xương khớp giả | | 1 | 4 |
| Cộng | | 25 | 100,0 |

Bảng 5 cho thấy có 11/25 bệnh nhân liên xương chắc, thẳng trục, góc cổ thân từ xương từ 120 – 1300, xếp loại rất tốt. Có 13/25 BN liên chắc nhưng góc cổ thân đo được là 1100 – 1190. Không có BN nào có góc cổ thân < 1100, 1 BN khớp giả không liên xương.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi có được độ tuổi trung bình là 81,31 ± 12,01 (độ tuổi thấp nhất là 52 tuổi - cao nhất là 110 tuổi), tỷ lệ bệnh nhân nam gãy LMC xương đùi thấp hơn bệnh nhân nữ (có 11 bệnh nhân nam và 21 bệnh nhân nữ). Trong hầu hết các nghiên cứu khác, tỉ lệ bệnh nhân nữ gãy LMC xương đùi cao hơn bệnh nhân nam do đặc điểm mức độ loãng xương ở bệnh nhân nữ cao tuổi nặng nề hơn bệnh nhân nam, nên tai nạn gãy xương thường gặp nhiều hơn.

Có nhiều tác giả đã đưa ra nhiều cách phân loại trong

gãy LMC xương đùi, nhằm phân biệt cũng như tiên lượng cho quá trình điều trị, chúng tôi lựa chọn cách phân loại của AO/ASIF vì tính phù hợp và khoa học. Đánh giá về phân loại gãy LMC xương đùi theo AO, nghiên cứu của chúng tôi có 12/32 bệnh nhân (37,50%) gãy A1, 16/32 bệnh nhân gãy A2 và 4/32 bệnh nhân gãy A3. Gãy vững A1 và A2.1 có 28/32 bệnh nhân (87,50%) và gãy không vững (A2.2, A2.3 và A3) có 4/32 bệnh nhân (12,50%). Chúng tôi nhận thấy rằng thương tổn được phân loại A2 là thường gặp nhất, điều này cũng phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân, vì bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đa số là người cao tuổi (> 75 tuổi), nguyên nhân chủ yếu là tai nạn sinh hoạt thường gặp nhất là ngã đập vùng hông xuống nền cứng.

Đánh giá về mức độ loãng xương trên Xquang theo Singh, Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 2 bệnh nhân (6,25%) bị loãng xương độ 4; trong đó số bệnh nhân được xếp vào nhóm mức độ 5 là 30 bệnh nhân (93,75%). Nhóm ≤ 75 tuổi có 9 bệnh nhân loãng xương mức độ 5, ở nhóm BN > 75 tuổi có 21/23 BN (91,30%) loãng xương mức độ 5 và 2/23 BN (8,70%) loãng xương mức độ 4.

4.2. Kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng nẹp khoá có màn tăng sáng hỗ trợ

Kết quả gần:

Trong 32 bệnh nhân nghiên cứu, thời gian nằm viện trung bình của tất cả các bệnh nhân là $14,16 \pm 2,89$ ngày. Trong đó có 21 bệnh nhân nằm viện từ 11 - 15 ngày (65,63%), 4 bệnh nhân nằm viện dưới 10 ngày (12,50%) và có 7 bệnh nhân nằm viện trên 15 ngày (21,87%).

Đánh giá kết quả nắn chỉnh phục hồi xương về vị trí giải phẫu kiểm tra lại sau mổ, trên hình ảnh X quang thấy các nẹp, vis ở vị trí đạt yêu cầu; nắn chỉnh tốt, trục xương thẳng, góc của cổ với thân xương đùi từ 1200 đến 1300 đạt 15/32 BN (46,88%). Ổ gãy còn di lệch ít, còn lệch một vỏ xương, góc cổ thân xương từ 1100 đến dưới 1190 là 17/32 BN (53,12%).

Như vậy đánh giá kết quả gần trong 32 BN nghiên cứu, có 15/32 BN đạt kết quả rất tốt, 17/32 BN đạt kết quả tốt, không có BN đạt kết quả trung bình và kém. Điều này cho thấy việc sử dụng kỹ thuật KHX ít xâm lấn bằng nẹp khoá có màn tăng sáng hỗ trợ cho gãy liên mấu chuyển xương đùi đem lại kết quả gần rất khả quan với khả năng cố định tốt, chỉnh góc cổ thân tốt, hạn chế biến chứng trong và sau mổ.

Kết quả xa:

Việc đánh giá kết quả xa phụ thuộc vào số lượng bệnh nhân tái khám. Trong nghiên cứu của chúng tôi số lượng bệnh nhân khám lại nhiều nhất sau 6 tháng đến 12 tháng sau mổ (chiếm khoảng 78,13%), trong khi số lượng

khám lại sau 18 tháng phẫu thuật chỉ chiếm 28,13%. Thời gian khám lại xa dài nhất là 21 tháng, ngắn nhất là 8 tháng.

Đánh giá sau 6 tháng, tất cả các bệnh nhân mà chúng tôi phẫu thuật đều còn sống. Theo dõi sau mổ trên 12 tháng, chúng tôi ghi nhận có 7 BN tử vong trong vòng một năm, 4 BN tử vong sau 18 tháng, các BN này tử vong vì lý do tuổi già chiếm 34,38%. Theo kết quả đánh giá biến chứng xa của Phí Mạnh Công [52]: Trong 46 bệnh nhân được theo dõi, có 6/46 bệnh nhân tử vong (13,0%). Trong đó 21 bệnh nhân thuộc nhóm ASA3-4; và tỷ lệ tử vong trong nhóm này là: 23,8%.

Đánh giá kết quả xa trên 25 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tại thời điểm 1 năm sau phẫu thuật, chúng tôi đánh giá chức năng khớp háng theo thang điểm Merle D'aubigne' (3 yếu tố: khả năng đi lại, biên độ vận động khớp háng, mức độ đau) và mức độ liền xương.

Theo Merle D'aubigne' đánh giá kết quả chức năng khớp háng sau mổ 1 năm trên 25 bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi có 48% rất tốt, 20% tốt, 24% Trung bình và 8% kém. Trong 2 BN đạt kết quả kém, có 1 BN bị khớp giả, 1 BN tiêu chỏm xương đùi sau mổ KHX

Đánh giá kết quả liền xương sau mổ 1 năm dựa vào Xquang chúng tôi có 11/25 BN liền xương chắc, thẳng trục, góc cổ thân xương từ 120 – 1300, xếp loại rất tốt. Có 13/25 BN liền chắc nhưng góc cổ thân đo được là 1100 – 1190. Không có BN nào có góc cổ thân < 1100, 1 BN khớp giả không liền xương.

5. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm chung về lâm sàng và hình ảnh Xquang

Tuổi: Tuổi trung bình là: 81,31 (52-11-). Nguyên nhân chủ yếu là TNSH 96,88%, 30/32 bệnh nhân (93,75%) loãng xương độ 5 theo Sighn. Phân độ gãy xương (theo AO): có 16/32 BN thuộc nhóm A2, 12/32 BN thuộc nhóm A1.

5.2. Kết quả phẫu thuật

100% bệnh nhân liền vết mổ thì đầu tốt. Không có bệnh nhân nhiễm trùng, 100% không có biến chứng trong quá trình nằm viện. Kết quả nắn chỉnh: 46,88% rất tốt, 53,12% tốt.

25/32 bệnh nhân được theo dõi, đánh giá đầy đủ sau 6 tháng đến 1 năm, đánh giá kết quả liền xương sau mổ 1 năm: 11/25 BN rất tốt, 13/25 liền chắc nhưng góc cổ thân < 1100, kết quả chung rất tốt và tốt 68%, trung bình 24%, kém 8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Johansen AW, Wakeman R, Boulton C et al., The National Hip Fracture Database National Report 2013. Available at: <http://www.nhfd.co.uk/>. Accessed December 8, 2014)
- [2] Burge RT, Worley D, Johansen A et al., The cost of osteoporotic fractures in the UK: projections for 2000-2020. *J Med Econ*, 2001; 4:51-62.
- [3] Bukata SV, Digiovanni BF, Friedman SM et al., Tyler WK
Geriatr Orthop Surg Rehabil. A guide to improving the care of patients with fragility fractures; 2011 Jan; 2(1): 5-37.
- [4] Nguyễn Tiến Bình và cs, Giải phẫu ứng dụng mạch, thần kinh, khớp chi trên - chi dưới; Hà Nội: Nxb Quân đội Nhân dân, 2011, 255-301.
- [5] Frank H. Netter, Atlas Giải phẫu Người; Nhà xuất bản Y học, 2007, 490-504.
- [6] Đỗ Xuân Hợp, Giải phẫu và thực dụng ngoại khoa chi trên - chi dưới, NXB Y học, 1976, tr. 315 - 319.
- [7]

EVALUATION OF THE RESULTS OF SURGERY TO TREAT DISTAL FEMUR FRACTURE AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2018 - 2019

Tran Trung Kien*, Vu Manh Linh, Nguyen Van Khuoc

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 28/07/2023; Accepted: 25/08/2023

ABSTRACT

Objective: Evaluation of the results of surgery to treat distal femur fracture at Duc Giang General Hospital.

Subject and method: Patients over 18 years old with fracture of the lower head of the femur were operated at Duc Giang General Hospital from January 2018 to December 2019, method of clinical description, retrospective study.

Results: The male/female ratio is 2/3, the average age is 48, in which, according to AO classification, there are 7 patients in group A, 4 patients in group B, 16 patients in group C, the rate of bone healing after surgery is 100%, postoperative infection rate was 7.4%, good and very good postoperative rehabilitation accounted for 63%, average 29.6%.

Conclusion: Combining strong bones, early postoperative rehabilitation exercise will give better results than patients who exercise late. Age does not affect the outcome of treatment.

Keywords: Distal femur fracture, femur surgery,...

*Corresponding author
Email address: Bskienducgiang@gmail.com
Phone number: (+84) 904318124
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GỠ ĐẦU DƯỚI XƯƠNG ĐÙI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2018 - 2019

Trần Trung Kiên*, Vũ Mạnh Linh, Nguyễn Văn Khước

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 28/07/2023; Ngày duyệt đăng: 25/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy đầu dưới xương đùi tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Bệnh nhân trên 18t gãy đầu dưới xương đùi được phẫu thuật tại BV ĐK Đức Giang từ tháng 1/2018- tháng 12/2019, phương pháp mô tả lâm sàng, nghiên cứu hồi cứu.

Kết quả: Tỷ lệ nam/nữ là 2/3, độ tuổi trung bình là 48, trong đó theo phân loại AO có 7 bệnh nhân nhóm A, 4 bệnh nhân nhóm B, 16 bệnh nhân nhóm C, tỷ lệ liền xương sau phẫu thuật là 100%, tỷ lệ nhiễm trùng sau mổ là 7,4%, phục hồi chức năng sau mổ tốt và rất tốt chiếm 63%, trung bình 29,6%.

Kết luận: Kết hợp xương vững chắc, tập luyện phục hồi chức năng sau mổ sớm sẽ cho kết quả tốt hơn những bệnh nhân tập luyện muộn. Tuổi không ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

Từ khóa: Gãy đầu dưới xương đùi, phẫu thuật xương đùi.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu dưới xương đùi là gãy phần xương đùi tính từ khe khớp gối lên phía trên 9cm, gồm có gãy lồi cầu đùi, gãy trên lồi cầu và liên lồi cầu. Trong đó loại gãy xương phạm khớp chiếm 60%. Gãy đầu dưới xương đùi phổ biến là gãy phức tạp và thường gặp trong các tai nạn hàng ngày. Di chứng sau gãy xương rất nặng nề như cứng duỗi gối, đau do viêm thoái hóa khớp gối và biến dạng khớp.

Tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang, trong những năm gần đây khoa chấn thương chỉnh hình đã có nhiều tiến bộ trong điều trị các bệnh nhân gãy đầu dưới xương đùi bước đầu thu được kết quả khả quan. Để rút kinh nghiệm và nâng cao chất lượng điều trị gãy đầu dưới xương đùi ở cơ sở của mình, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy đầu dưới xương đùi tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang"

Mục Đích:

*Tác giả liên hệ
Email: Bskienducgiang@gmail.com
Điện thoại: (+84) 904318124
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

Nhận xét đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh gãy đầu dưới xương đùi của nhóm nghiên cứu;

Đánh giá kết quả phẫu thuật gãy đầu dưới xương đùi của nhóm nghiên cứu.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả lâm sàng, hồi cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu tại BV ĐK Đức Giang, thời gian từ tháng 3/2020 đến tháng 10/2020.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh Nhân từ 18 tuổi trở lên bị gãy đầu dưới xương đùi đã được phẫu thuật kết hợp xương tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 1/2018 đến hết tháng 12/2019.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Tất cả bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên bị gãy đầu dưới xương đùi do chấn thương bao gồm cả gãy kín và gãy hở, có chỉ định phẫu thuật kết hợp xương.

Tiêu chuẩn loại trừ

Không chọn bệnh nhân gãy xương bệnh lý, bệnh nhân có đa chấn thương (chấn thương sọ não, chấn thương cột sống có liệt), không có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện, chọn tất cả bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2019. Nghiên cứu theo dõi xa trên 27 bệnh nhân.

2.5. Biến số/ chỉ số/ nội dung/ chủ đề nghiên cứu: Mô tả đặc điểm chung như: Tuổi, giới tính, nguyên nhân chấn thương; Hình ảnh XQ: phân loại gãy xương theo AO/ASIF. Kết quả điều trị: kết quả sớm gồm liền vết mổ thì đầu; đánh giá kết quả ngắn chính ở gãy dựa vào phim XQ sau mổ theo Larson-Bostman; đánh giá kết quả xa bao gồm kết quả liền xương dựa vào phim XQ theo tiêu chuẩn của JL Haas và JY De La Caffiniere, kết quả phục hồi chức năng dựa vào tiêu chuẩn của Ter-Schiphort.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: Số liệu thu thập theo một biểu mẫu được thiết kế sẵn.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Kết quả nghiên cứu được xử lý trên phần mềm SPSS 20.0

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Tôn trọng cộng sự, tôn trọng đối tượng nghiên cứu, trung thực trong nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung

Tuổi, giới, nguyên nhân tai nạn

Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 48,04 ± 3,976 (Min 19 – Max 78), số BN dưới 60 tuổi chiếm 74,1%, số BN trên 60 tuổi chiếm 25,9%.

Trong số 27 BN nghiên cứu, tỷ lệ giữa nam và nữ là 2/3.

Về nguyên nhân tai nạn: chủ yếu là do TNGT chiếm 74,1%.

Phân bố bên chân bị gãy xương

Trong tổng số 27 BN thì bị tổn thương chi bên phải có 40,7%, chi bên trái có 59,3%. Điều này phù hợp với cơ chế và nguyên nhân của gãy đầu dưới xương đùi chủ yếu là do TNGT, nạn nhân điều khiển xe máy hoặc ngồi sau xe máy bị va đập vùng gối vào vật cản là các phương tiện giao thông đi ngược chiều hoặc giải phân cách.

Về thương tổn phối hợp

- Theo kết quả, các thương tổn phối hợp chúng tôi gặp

đều là cùng bên với chân bị gãy. Các thương tổn đó là: vỡ xương bánh chè 5 BN, gãy mâm chày 4 BN, tổn thương động mạch khoeo 1 BN, Gãy hở độ II,III 5 BN

- Các tổn thương về xương đều được xử trí đồng thời và thực hiện KHX vững chắc. Trong 4 BN gãy mâm chày, đều được tiến hành KHX bằng nẹp vis. Trong 5 trường hợp gãy xương bánh chè được tiến hành buộc chỉ thép và buộc vicryl. Các thương tổn phối hợp không cho phép BN tập vận động sớm khớp gối, ảnh hưởng đến kết quả PHCN sau mổ.

- 1 BN tổn thương động mạch khoeo phối hợp được phát hiện và xử lý cấp cứu ghép đoạn mạch và KHX vững cho kết quả sau mổ tốt

- Có 5 trường hợp gãy hở được phẫu thuật 2 thì.

Về phân loại gãy đầu dưới xương đùi

- Trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng hệ thống phân loại của AO/ASIF, phân loại được sử dụng phổ biến hiện nay

Bảng 1. Phân độ gãy xương theo AO

| Phân loại | | Số bệnh nhân | Tỷ lệ (%) |
|------------------|------|--------------|------------|
| Nhóm A | A1 | 2 | 7,4 |
| | A2 | 4 | 14,8 |
| | A3 | 1 | 3,7 |
| | Cộng | 7 | 25,9 |
| Nhóm B | B1 | 1 | 3,7 |
| | B2 | 2 | 7,4 |
| | B3 | 1 | 3,7 |
| | Cộng | 4 | 14,8 |
| Nhóm C | C1 | 5 | 55,6 |
| | C2 | 8 | 29,6 |
| | C3 | 3 | 11,1 |
| | Cộng | 16 | 59,3 |
| Tổng cộng | | 27 | 100 |

Nhóm C chiếm đa số và C2 chiếm tỷ lệ nhiều nhất. Nhóm C3 tuy có ít nhưng tổn thương thuộc nhóm C3 là tổn thương rất nặng nề, đối với mặt khớp và lõi cầu đùi thường gây ra rất nhiều khó khăn trong phẫu thuật và để lại kết quả điều trị kém sau phẫu thuật.

Thời điểm phẫu thuật

Theo David L.H., (1992), phẫu thuật được tiến hành tốt nhất trong vòng 48h đầu sau khi bị tổn thương.

Đặng Kim Châu (1976), đối với gãy đầu xương, dù là phạm khớp hay không thì cần được xử trí sớm nhất trong điều kiện có thể để đảm bảo liền xương đúng hình

thể và phục hồi được cử động bình thường của khớp.

Theo bảng kết quả thì số BN được mổ trong 48h đầu là 16 BN (59,3%), từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 7 là 9 BN (33,3%), từ ngày thứ 8 đến ngày thứ 14 là 2 BN (7,4%), không có BN nào được mổ sau 14 ngày.

Như vậy, 100% số BN của chúng tôi được mổ trong phạm vi 2 tuần đầu, số BN được mổ trong tuần đầu là 92.6%. Theo chúng tôi, trong điều kiện hiện nay ở nước ta thì việc phẫu thuật nên tiến hành trong tuần đầu là tốt nhất.

Sử dụng phương tiện kết hợp xương

Lựa chọn phương tiện kết xương sao cho có khả năng cố định vững chắc ở gãy để cho BN tập vận động sớm. Sự lựa chọn này dựa vào tính chất tổn thương xương và tuổi của người bệnh. Theo Mize R.D., (1989), Shewring D.J., (1992), đối với gãy TLC – LLC xương đùi thì nẹp gấp góc 95°, nẹp DCS là phù hợp nhất. Tuy nhiên, đối với BN cao tuổi, loãng xương, gãy phức tạp thì nên sử dụng nẹp khóa ổ lõm cầu đùi hoặc dùng thêm một nẹp ở phía trong để chống lại hiện tượng uốn nẹp gây gấp góc vào trong.

Đối với vỡ LCN và LCT đều được KHX bằng nhiều vis xóp 6.5 mm. Việc KHX này đủ vững và cho phép BN tập vận động khớp gối sớm

Theo kết quả nghiên cứu, trong số 27 BN bị gãy TLC, TLC – LLC:

- + 4 BN sử dụng vít xóp 6.5 thuộc loại B
- + Nẹp khóa ổ lõm cầu đùi được sử dụng cho 18 BN
- + Nẹp Buttress được sử dụng cho 5 BN gãy loại C

3.2. Về kết quả điều trị

Kết quả liền xương

Qua 27 BN được theo dõi và kiểm tra chúng tôi thấy:

Bệnh nhân có thời gian theo dõi sau mổ ngắn nhất là 4 tháng, dài nhất là 30 tháng. Tất cả các BN đều liền xương.

Kết quả theo tuổi bệnh nhân

Nhóm từ 18 tuổi đến 60 tuổi có 20 BN, kết quả tốt và rất tốt là 13 BN (65%).

Nhóm tuổi trên 60 có 7 BN, BN tuổi cao nhất là 78, kết quả tốt và rất tốt là 4 BN (57%).

Qua so sánh chúng tôi thấy không có sự khác biệt về kết quả điều trị giữa các nhóm tuổi

Biên độ vận động của khớp gối

Sự phục hồi khả năng vận động của khớp gối là một

trong những mục đích cơ bản của phẫu thuật KHX trong điều trị gãy đầu dưới xương đùi. Đây cũng là một vấn đề khó khăn trong điều trị. Việc phục hồi tốt hình thể giải phẫu, tương quan giữa các diện khớp và cố định xương vững chắc tạo điều kiện cho BN vận động sớm tạo điều kiện cho xương liền nhanh và PHCN tốt.

Khả năng gấp duỗi của khớp gối còn phụ thuộc vào loại gãy. Gãy càng phức tạp thì khả năng phục hồi càng kém.

Kết quả nghiên cứu có: 8/27 BN (29.6%) đạt gấp gối trên 120°, 9/27 BN (33.3%) đạt gấp gối từ 90° đến 120°, 8/27 BN (29,6%) đạt gấp gối dưới 90° và có 2 BN (7.4%) cứng gối hoàn toàn.

Kết quả phục hồi về giải phẫu

Việc kiểm tra, đánh giá kết quả phục hồi giải phẫu chúng tôi dựa trên hai chỉ tiêu là biến dạng gấp góc và ngắn chi.

Theo kết quả nghiên cứu, trong số 27 BN có 20 BN (74,1%) không có biến dạng gấp góc, 5 BN (18,5%) có biến dạng gấp góc dưới 10°, 2 BN (7,4%) có biến dạng gấp góc từ 10° đến 15°. Không có BN nào có biến dạng gấp góc trên 15°.

Về ngắn chi, theo kết quả nghiên cứu, trong số 27 BN có 10 BN (37,1%) không có ngắn chân, 11 BN (40.7%) có ngắn chân dưới 1.5 cm, 5 BN (18.5%) có ngắn chân từ 1.5cm đến 2.5 cm và có 1 BN (3,7%) có ngắn chân trên 2.5 cm.

Bảng 2. Phân loại kết quả PHCN chung theo phân loại tổn thương

| Kết quả | Rất tốt | Tốt | TB | Kém | Cộng |
|-----------|---------|------|------|-----|------|
| Nhóm A | 4 | 3 | 0 | 0 | 7 |
| Nhóm B | 1 | 2 | 1 | 0 | 4 |
| Nhóm C | 3 | 4 | 7 | 2 | 16 |
| Tổng cộng | 8 | 9 | 8 | 2 | 27 |
| Tỷ lệ | 29,6 | 33,4 | 29,6 | 7,4 | 100 |

Biến dạng gấp góc và ngắn chân xảy ra phần lớn ở những BN bị gãy TLC-LLC loại C2 và C3, những loại gãy xương này rất phức tạp do vậy khả năng KHX vững chắc và hoàn chỉnh về giải phẫu là khó đạt được.

3.3. Chỉ định phẫu thuật

Nguyên nhân gãy kín đầu dưới xương đùi phần lớn là do TNGT, xảy ra ở người trẻ, đang độ tuổi lao động, xương gãy thường phức tạp, dễ có tổn thương phối hợp như vỡ xương bánh chè, gãy mâm chày, đứt hoặc rách các dây chằng vùng khớp gối. Điều trị phẫu thuật có ưu điểm:

- Phẫu thuật cho phép nắn chỉnh trực tiếp, phục hồi tốt cấu trúc giải phẫu ổ gãy, phục hồi được các diện khớp

hạn chế được liền lệch, ngắn chi.

- KHX vững chắc, cho phép BN tập vận động sớm tránh được các biến chứng như teo cơ, cứng khớp, phục hồi tốt chức năng khớp gối. Đối với người cao tuổi, hạn chế nguy cơ biến chứng do nằm lâu, tỷ lệ tử vong giảm.

- Xử trí được đồng thời các thương tổn phối hợp vùng khớp gối, cho phép BN tập vận động sớm, tạo điều kiện cho quá trình PHCN của khớp gối.

- Rút ngắn được thời gian điều trị.

- Hạn chế được các biến chứng teo cơ, cứng khớp do bất động kéo dài.

- Giảm được thời gian PHCN sau mổ.

Tuy nhiên, điều trị phẫu thuật cũng có những khó khăn như:

- Với gãy xương phức tạp, phẫu thuật viên cần phải có kinh nghiệm.

- Phải có phương tiện KHX bên trong phù hợp với từng loại gãy đảm bảo KHX được vững chắc.

- Phòng mổ phải đảm bảo vô trùng tốt.

- BN phải được tập luyện PHCN sau mổ sớm, đúng kỹ thuật.

Từ kết quả nghiên cứu đã đạt được với tỷ lệ tốt và rất tốt là 63%, trung bình là 29,6%, kém là 7,4%.

Chúng tôi rút ra một số nhận xét sau:

- Đối với gãy TLC, lồi cầu đơn thuần và gãy TLC-LLC đơn giản (loại C1). Kết quả thu được của chúng tôi là tương đối tốt. Với gãy lồi cầu đơn giản việc KHX bằng hai vis xóp hoặc nẹp chữ T đủ vững chắc để cho phép BN tập vận động sớm. Với gãy TLC-LLC loại C1, KHX chủ yếu bằng nẹp vis DCP, hiện nay nước ta, các phương tiện KHX khác như nẹp DCS, nẹp góc 95° còn hiếm, chưa áp dụng rộng rãi được (do giá thành còn cao, vượt khả năng chi trả của đa số người bệnh) nên kết quả điều trị không thật cao.

- Với loại gãy C2, C3 kết quả thu được không cao bởi vì đây là loại gãy phức tạp, ngoài thương tổn về xương, phần mềm cũng bị tổn thương nghiêm trọng. Ở kết xương không được vững chắc, nên BN thường tập vận động khớp ở giai đoạn muộn sau PT. Mặc dù kết quả thu được không cao nhưng việc phẫu thuật đảm bảo phục hồi hình thể giải phẫu tối đa của các diện khớp, tránh được những hạn chế của phương pháp điều trị không phẫu thuật. Những hạn chế về vận động khớp gối sẽ được giải quyết bằng phẫu thuật gỡ dính lúc tháo nẹp.

4. KẾT LUẬN

Nhóm C chiếm đa số (59,3%) và C2 chiếm tỷ lệ nhiều nhất

Kết quả gần: Tỷ lệ liền xương: 100%, tỷ lệ nhiễm khuẩn sau mổ là: 2/27 BN (7.4%).

Kết quả xa: Rất tốt và tốt chiếm 63%, trung bình 29,6%, kém 7.4%.

Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị: Kết hợp xương vững chắc, tập luyện phục hồi chức năng sau mổ sớm sẽ cho kết quả tốt hơn những bệnh nhân tập luyện muộn. Tuổi không ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Boehler L, Kỹ thuật điều trị gãy xương T3, Tài liệu dịch của Nguyễn Quang Long, Nhà xuất bản Y học, 1982, tr.152-162.
- [2] Bộ môn giải phẫu Trường Đại học Y Hà Nội, Giải phẫu học, tập 1, Nhà xuất bản Y học, 1992, tr.140 - 141.
- [3] Đặng Kim Châu, Điều trị gãy xương ở Bệnh viện Việt Đức, Hội nghị khoa học chấn thương chỉnh hình Việt - Úc lần thứ nhất, Hà Nội 11/1995, tr.30.
- [4] Đoàn Lê Dân, Đoàn Việt Quân, Xơ cứng duỗi gối ở người lớn, Tạp chí Ngoại khoa số 5/1992, tr.15-20
- [5] Bùi Văn Đức, Gãy đầu dưới xương đùi, Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập V, Trường Đại học Y dược TP.Hồ Chí Minh, 1989, tr. 270 - 276.
- [6] Lê Quốc Huy, Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương điều trị gãy kín phạm khớp đầu dưới xương đùi người lớn tại Bệnh viện Việt Đức, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa 2, Trường Đại học Y Hà Nội, 2003.
- [7] Nguyễn Đức Phúc, Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình T1, Bộ môn Ngoại Trường Đại học Y Hà Nội, 2002, tr.8.
- [8] David LH, Supracondylar and Intercondylar of the femur fractures. Vol.2. The skeletal trauma. W.B. Saunders company, 1992, pp.1643 - 1683.
- [9] Shewring DJ, Megitt BF, Fractures of the distal femur treated with AO dynamic condylar screw. J.Bone & joint surg. 74B, 1992, p.122.
- [10] Chapman WM, Supracondylar and articular fractures of the distal femur. Operative orthopaedics. Vol 1, pp.651-661 J.B. Lippincott Company. Philadelphia, 1993.



RESULTS OF INTRODUCTION OF LABOR IN FULL MONTH FEATURE AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL'S OBSTETRICS DEPARTMENT IN 2019 - 2020

Dao Thi Hue*, Nguyen Thuy Trang, Quach Van Tho,
Pham The Hung, Nguyen Thi Lan Huong, Nguyen Thi Kim Chung

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 03/08/2023; Accepted: 30/08/2023

ABSTRACT

Objective: Results and factors affecting the outcome of labor induction in full-term pregnant women at the Department of Obstetrics of Duc Giang General Hospital from April 2019 to April 2020.

Subjects and method: Prospective description of 70 women with a pregnancy of more than 37 weeks who were not in labor who were able to give birth vaginally, with an indication for termination of pregnancy, who were induced by improved balloon placement or oxytocin infusion.

Results: The rate of childbirth compared to 51.43%, the rate of giving birth to children was 48.57%. Gestational age 40 - 41 weeks accounted for 61.43%. The average Bishop index is 3.72 ± 1.31 points. The average cervical length is 22.42 ± 7.45 mm. Induction of labor by improved balloon placement accounted for 55.71%, with oxytocin infusion 44.29%. The rate of successful induction of labor was 94.28%. The actual success rate (vaginal delivery) accounted for 75.71% of which oxytocin infusion was 72.97%, improved balloon placement was 78.79%. the rate of postpartum complications was 5,72%. Factors that increase the success rate of labor induction are: The chicken group has a 6.57 times higher rate of successful induction of labor compared with the subgroup (OR=6.57; 95% CI=1,68-25.65), with Bishop index ≥ 4 , the success rate increased by 2.62 times (OR=2.62; 95% CI=1.25-4.65), cervical length ≤ 29 mm increased the success rate by 3.42 times (OR=3.42; 95% CI=1.02-11.39).

Conclusion: The study showed that 2 methods of labor induction by improved catheterization and oxytocin infusion applied at the Obstetrics Department of Duc Giang General Hospital were safe and highly effective, reducing the rate of cesarean section, the rate low accident.

Keywords: Labor induction, oxytocin infusion, improved catheterization.

*Corresponding author
Email address: daothuhue89@gmail.com
Phone number: (+84) 389973918
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

KẾT QUẢ KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ Ở THAI ĐỦ THÁNG TẠI KHOA SẢN BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2019 - 2020

Đào Thị Huế*, Nguyễn Thùy Trang, Quách Văn Thọ,
Phạm Thế Hùng, Nguyễn Thị Lan Hương, Nguyễn Thị Kim Chung

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 03/08/2023; Ngày duyệt đăng: 30/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Kết quả và các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả khởi phát chuyển dạ trên sản phụ có thai đủ tháng tại khoa Sản Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 4/2019 đến tháng 4/2020.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiến cứu trên 70 sản phụ có thai trên 37 tuần chưa chuyển dạ có khả năng sinh thường, có chỉ định kết thúc thai nghén được khởi phát chuyển dạ bằng đặt bóng Cook cải tiến hoặc truyền oxytocin.

Kết quả: Tỷ lệ sinh con so 51,43%, tỷ lệ sinh con ọc 48,57%. Tuổi thai 40 – 41 tuần chiếm 61,43%. Chỉ số Bishop trung bình $3,72 \pm 1,31$ điểm. Chiều dài cổ tử cung trung bình $22,42 \pm 7,45$ mm. Khởi phát chuyển dạ bằng đặt bóng cải tiến chiếm 55,71%, bằng truyền oxytocin 44,29%. Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công 94,28%. Tỷ lệ thành công thực sự (đề đường âm đạo) chiếm 75,71% trong đó truyền oxytocin là 72,97%, đặt bóng Cook cải tiến là 78,79%. Tỷ lệ tai biến sau sinh 5,72%. Các yếu tố làm tăng tỷ lệ thành công khởi phát chuyển dạ là: nhóm con ọc có tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công cao gấp 6,57 lần so với nhóm con so (OR=6,57; 95% CI=1,68-25,65), với chỉ số Bishop ≥ 4 tăng tỷ lệ thành công gấp 2,62 lần (OR=2,62; 95% CI=1,25-4,65), chiều dài cổ tử cung ≤ 29 mm tăng tỷ lệ thành công lên 3,42 lần (OR=3,42; 95% CI=1,02-11,39).

Kết luận: Nghiên cứu cho thấy 2 phương pháp khởi phát chuyển dạ bằng đặt bóng Cook cải tiến và truyền oxytocin được áp dụng tại khoa Sản Bệnh viện đa khoa Đức Giang an toàn và mang lại hiệu quả cao, giảm tỷ lệ mổ lấy thai, tỷ lệ tai biến thấp.

Từ khóa: Khởi phát chuyển dạ, truyền oxytocin, đặt bóng thông cải tiến.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khởi phát chuyển dạ (KPCD) là sự tác động của thầy thuốc làm cho cuộc chuyển dạ bắt đầu mà không phải là cuộc chuyển dạ tự nhiên để chấm dứt thai kỳ nhằm rút ngắn thời gian chuyển dạ, tránh rủi ro cho mẹ và thai.

Ở Việt Nam, tại các bệnh viện lớn BV Phụ Sản Trung Ương, BV Phụ sản Hà Nội, BV Từ Dũ đã có nhiều đề tài nghiên cứu (NC) về hiệu quả của các phương pháp KPCD, hiện tại các kỹ thuật được sử dụng chủ yếu tại các bệnh viện chuyên ngành sản khoa để gây KPCD ở

thai đủ tháng là truyền oxytocin với những trường hợp ối vỡ non hoặc cổ tử cung thuận lợi, đặt bóng Cook hoặc bóng Cook cải tiến với thai phụ ối chưa vỡ cổ tử cung không thuận lợi. Tại khoa Sản BVĐK Đức Giang chưa có NC nào đánh giá về hiệu quả áp dụng các phương pháp KPCD ở thai đủ tháng, đặc biệt chưa áp dụng phương pháp đặt bóng cook cải tiến. Do đó, chúng tôi tiến hành làm đề tài nghiên cứu “Kết quả can thiệp khởi phát chuyển dạ ở thai đủ tháng tại khoa Sản Bệnh viện đa khoa Đức Giang” với mục tiêu mô tả kết quả KPCD của sản phụ thai đủ tháng được KPCD tại khoa Sản Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 4/2019

*Tác giả liên hệ

Email: daothehue89@gmail.com

Điện thoại: (+84) 389973918

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

đến tháng 4/2020 và xác định yếu tố liên quan đến khởi phát chuyển dạ thành công.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các SP chẩn đoán một thai ≥ 37 tuần có thể đẻ được đường âm đạo, có chỉ định KPCD vì những lý do thai quá ngày sinh, thiếu ối, ối vỡ non, mẹ có bệnh lý cần kết thúc thai nghén tại khoa Sản BVĐK Đức Giang từ tháng 4/2019 đến tháng 4/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiền cứu.

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu: Được tính theo công thức

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

n: Cỡ mẫu tối thiểu dành cho người nghiên cứu.

$Z^2 (1-\alpha/2)$: hệ số tin cậy 95% ($\alpha=0,05$, $Z=1,96$).

p: Tỷ lệ thành công của khởi phát chuyển dạ.

Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Kiều Oanh (2014), tỷ lệ thành công của khởi phát chuyển dạ là 79% [1].

ε : khoảng cách sai lệch tương đối (chúng tôi lấy giá trị là 0,13). (p. ε) là độ chính xác mong muốn. Thay vào công thức chúng tôi chọn được cỡ mẫu cho nghiên cứu ≥ 61

2.4. Các bước tiến hành nghiên cứu

Phỏng vấn: lấy các thông tin chung của đối tượng nghiên cứu, khai thác các dữ liệu cần thiết theo mẫu bệnh án

Khám lâm sàng: Tình trạng CTC, tính chỉ số Bishop trước chuyển dạ, tình trạng ối

Khám cận lâm sàng: Làm các xét nghiệm máu cơ bản: huyết học, đông máu, sinh hóa máu, CRP. Siêu âm: Thai, đo chỉ số nước ối. Monitoring sản khoa theo dõi tim thai, CCTC.

* Truyền oxytocin để chỉ huy với sản phụ ối vỡ non, hoặc gây chuyển dạ với CTC thuận lợi. Cho 5 đơn vị oxytocin pha với 500ml dung dịch glucose 5%, truyền tĩnh mạch 5-6 giọt phút, sau đó điều chỉnh theo cơn co tử cung. Theo dõi CCTC, độ mở CTC, tim thai phù hợp với tiến trình cuộc CD.

* Gây chuyển dạ bằng đặt bóng Cook cải tiến sản phụ có thai quá ngày dự sinh, thai chậm phát triển trong tử cung, thai thiếu ối, đại tháo đường thai nghén, tăng huyết áp. Kỹ thuật đưa ống thông có bóng qua đường âm đạo vào lỗ trong cổ tử cung. Bơm nước muối sinh lý 80ml vào bóng trong lỗ trong cổ tử cung và 50ml vào bóng ngoài lỗ ngoài cổ tử cung. Theo dõi monitoring

30 phút, theo dõi cơn co tử cung, tim thai, độ mở cổ tử cung 4 - 6 giờ/lần, thời gian lưu bóng 12 giờ.

2.5. Công cụ thu thập thông tin: Mẫu bệnh án NC

2.6. Xử lý số liệu: Tất cả SP được thu thập vào mẫu bệnh án đã thiết kế sẵn, số liệu được mã hóa và xử lý bằng chương trình SPSS20.0

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Tất cả các đối tượng được giải thích rõ ràng về mục tiêu và nội dung nghiên cứu từ đó có sự đồng thuận của các đối tượng. Các thông tin thu thập được từ đối tượng nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu thông qua hội đồng đạo đức.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi đã tiến hành NC lấy được 70 sản phụ đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn đề ra để chọn lựa vào NC.

3.1. Kết quả khởi phát chuyển dạ

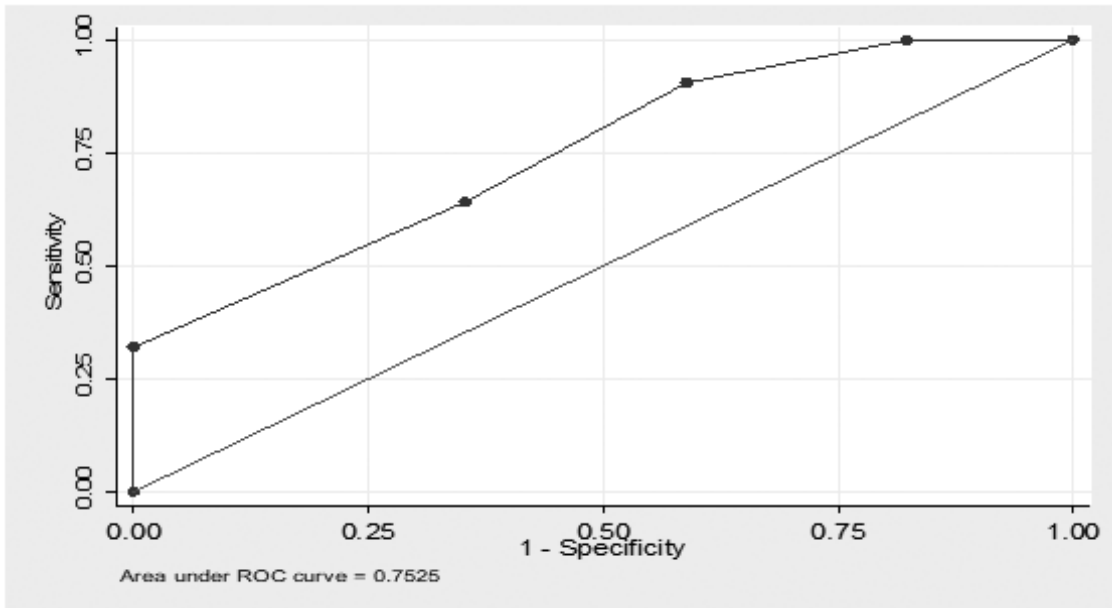
Bảng 1. Kết quả khởi phát chuyển dạ

| | |
|--|-------------|
| 1. Phương pháp khởi phát CD | |
| Truyền oxytocin | 44,28% (31) |
| Đặt bóng đôi cải tiến | 55,72% (39) |
| 2. Phân nhóm mức độ thành công | |
| Thành công mức 1 (gây được CD, CTC mở 3 cm, Bishop ≥ 8 điểm) | 94,42% (66) |
| Thành công mức 2 (gây được CD, CTC mở 10 cm) | 80% (56) |
| Thành công thực sự (gây được CD, đẻ được đường âm đạo) | 75,71% (53) |
| Thất bại (không gây được chuyển dạ trong vòng 24 giờ sau khi khởi phát CD) | 5,71% (4) |
| 3. Cách đẻ | |
| Đẻ thường | 75,71% (53) |
| Mổ lấy thai | 24,29% (17) |
| 4. Tai biến sau sinh | |
| Băng huyết sau sinh | 4,29% (3) |
| Hít phân xu | 1,43% (1) |
| Sốt | 0% (0) |
| Không | 94,28% (66) |

Nhận xét: Tỷ lệ thành công ở mức 1 (gây được CD, CTC mở 3 cm, Bishop ≥ 8 điểm) 94,42% trong đó tỷ lệ thành công thực sự (BN đẻ đường âm đạo) là 75,71%, tỷ lệ thất bại 5,71%. Tỷ lệ tai biến sau sinh chiếm 5,72% trong đó có 3 trường hợp mẹ bị băng huyết, 1 trường hợp con bị hít phân su.

3.2. So sánh mối tương quan giữa chỉ số Bishop và chiều dài CTC với khởi phát CD thành công

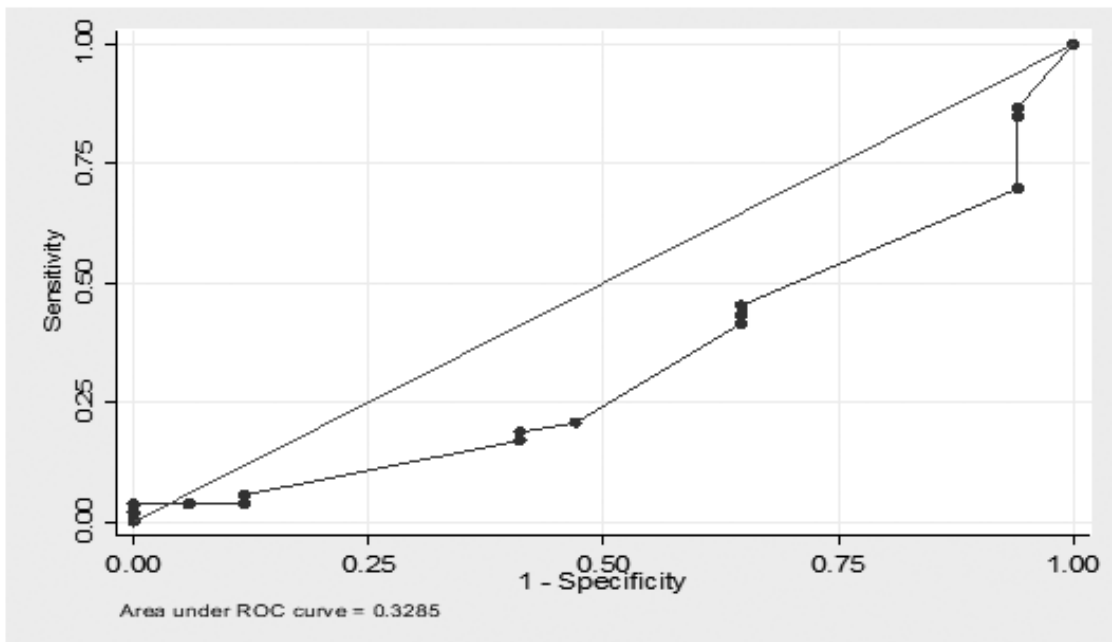
Biểu đồ 1. Đường cong ROC biểu diễn mối liên hệ giữa chỉ số Bishop với KPCD thành công



Nhận xét: Với đường cong ROC của chỉ số Bishop, diện tích dưới đường cong là 0,7525. Giá trị này của chỉ số Bishop > 0,7, nên giá trị dự báo cho khởi phát CD thành công là tốt và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Dựa vào biểu đồ, điểm cắt của chỉ số Bishop được chọn là 4 điểm. Tại đây, độ nhạy là 64,15%, độ đặc hiệu là 64,71%.

Biểu đồ 2. Đường cong ROC biểu diễn mối liên hệ giữa chiều dài CTC với tỷ lệ khởi phát CD thành công



Nhận xét: Với đường cong ROC của chiều dài CTC, diện tích dưới đường cong là 0,33, không có giá trị chẩn đoán.



3.3. Phân tích đa biến một số yếu tố liên quan đến khởi phát CD thành công

Bảng 2. Phân tích hồi quy logistic một số yếu tố liên quan đến khởi phát CD thành công

| Các yếu tố | | OR | 95% CI |
|-------------------------------|--------------|-------|--------------|
| Tuổi của sản phụ | <25 | 1 | |
| | 25-29 | 0,42 | 0,1 – 1,6 |
| | 30-34 | 2,14 | 0,33 – 13,58 |
| | ≥35 | - | - |
| Số lần đẻ con | Con so | 1 | |
| | Con rạ | 6,57* | 1,68 – 25,65 |
| Chỉ số Bishop | < 4 | 1 | |
| | ≥ 4 | 2.62* | 1,45 - 4,65 |
| Chiều dài CTC | > 29 mm | 1 | |
| | ≤ 29 mm | 3,42 | 1,02 – 11,39 |
| BMI | < 18,5 | 1 | - |
| | 18,5 - 24,99 | 8,64 | 0,19 – 1,85 |
| | 25 - 29,99 | - | - |
| Tuổi thai | 37 – 39 | 1 | 0,35 – 3,24 |
| | 40 – 41 | 1,06 | |
| Cân nặng thai | ≤ 3500g | 1 | 0,22 – 2,3 |
| | > 3500g | 0,72 | |
| Chỉ số ối | < 40 mm | 1 | 0,63 – 2,96 |
| | ≥ 41 mm | 0,99 | |
| Tình trạng ối trước chuyển dạ | Ối còn | 1 | 0,11 – 2,84 |
| | Ối vỡ | 0,93 | |

* $p < 0,05$

Nhận xét: Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến về một số yếu tố liên quan đến tăng khả năng thành công khởi phát chuyển dạ. Những yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) là: nhóm con rạ có tỷ lệ khởi phát

chuyển dạ thành công cao gấp 6,57 lần so với nhóm con so (OR=6,57; 95% CI=1,68-25,65), với chỉ số Bishop ≥ 4 (OR=2,62; 95% CI=1,25-4,65), chiều dài CTC ≤ 29 mm (OR=3.42; 95% CI=1,02-11,39).

4. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả khởi phát chuyển dạ

Trong NC của chúng tôi, kết quả được đánh giá là thành công khi cổ tử cung mở được đến 3 cm (hết giai đoạn tiềm tàng, giai đoạn Ia).

Theo kết quả bảng 3.2 thì tỷ lệ thành công của KPCD là 94,42%. Trong số 66 SP được gây CD thành công thì có 39 SP được đặt bóng gây CD, và 31 SP được truyền oxytocin. Theo kết quả bảng 3.2 tỷ lệ khởi KPCD thành công theo từng phương pháp gây CD thì tỷ lệ thành công ở nhóm đặt bóng là 78,79%, còn ở nhóm truyền oxytocin đơn thuần là 72,97%.

So với nghiên cứu của một số tác giả khác thì tỷ lệ thành công theo Dede [2] là 87,8%, theo Lê Hoài Chương[3] là 88,89%, theo Lê Thị Quyên[4] là 81,6%, theo Nguyễn Thị Kiều Oanh[1] là 79,35% năm 2014 và 70,68% năm 2004. Như vậy kết quả nghiên cứu của tôi cũng tương tự như các tác giả khác. Theo nghiên cứu của chúng tôi, có 4 nguyên nhân gây thất bại KPCD do thai suy chiếm tỷ lệ 5,71%

4.2. Tỷ lệ thành công và các yếu tố liên quan

Bảng 3.3 cho thấy con rạ có tỷ lệ KPCD thành công cao gấp 6,57 lần so với nhóm con so ($p < 0,05$). Bảng 3.3 cho thấy điểm Bishop thấp nhất là 1 điểm, cao nhất là 5 điểm, trung bình là $3,72 \pm 1,31$ điểm. Tỷ lệ thành công tăng dần theo chỉ số Bishop và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả của một số nghiên cứu khác như: Lê Hoài Chương chỉ số Bishop trung bình là $2,01 \pm 1,6$ điểm, tỷ lệ thành công là 88,89%[3]. Nguyễn Thị Kiều Oanh chỉ số Bishop trung bình là $2,96 \pm 0,84$ điểm (2014), tỷ lệ thành công là 79,35%[5]. Theo NC của chúng tôi, chiều dài CTC ngắn nhất là 10mm, dài nhất là 41 mm, trung bình là $22,42 \pm 7,45$ mm. Bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ thành công KPCD cao gấp 3,42 lần khi chiều dài CTC ≤ 29 mm (OR=3.42; 95% CI=1,02-11,39)

4.3. Mối liên quan giữa chỉ số Bishop với phương pháp gây khởi phát chuyển dạ.

Theo biểu đồ 3.1 chỉ số Bishop có giá trị tiên lượng cao KPCD thành công, và điểm cắt tìm được là 4 điểm. Qua bảng 3.2, với chỉ số Bishop ≥ 4 điểm, chúng tôi so sánh thấy tỷ lệ thành công của truyền oxytocin thấp hơn đặt bóng gây CD, tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Những trường hợp truyền oxytocin với chỉ số Bishop từ 4 – 5 điểm đều là những trường hợp ối vỡ non, chống chỉ định với truyền đặt bóng, nguy cơ nhiễm khuẩn, thai suy khó khăn trong quá trình theo dõi chuyển dạ. Đối với phương pháp đặt bóng với chỉ số Bishop từ 4 – 5 điểm cho kết quả khởi phát chuyển dạ cao. Với chỉ số Bishop < 4 điểm, chúng tôi NC thấy tỷ lệ thành công của truyền oxytocin là 64,71%, của đặt bóng gây CD là 61,54%, tuy nhiên sự

khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Như vậy những trường hợp có chỉ định KPCD mà Bishop thấp ối còn nên sử dụng phương pháp đặt bóng để có kết quả khởi phát chuyển dạ cao.

5. KẾT QUẢ VÀ KIẾN NGHỊ

Kết quả khởi phát chuyển dạ: Thành công KPCD của người con rạ gấp 6,57 người con so. Tỷ lệ KPCD bằng đặt bóng 55,71%, bằng truyền oxytocin là 44,29%. Tỷ lệ KPCD thành công là 94,28% (thành công mức 1, mức 2, thành công thực sự). Tỷ lệ KPCD thành công thực sự (BN đẻ thường) của truyền oxytocin là 72,97%, của đặt bóng là 78,79%. Điểm cắt của chỉ số Bishop 4 điểm có độ nhạy 64,15% và độ đặc hiệu 64,71%. Với chỉ số Bishop ≥ 4 điểm, tỷ lệ KPCD thành công của phương pháp đặt bóng + truyền oxytocin là 90%, của phương pháp truyền oxytocin 80%. Với chỉ số Bishop < 4 điểm, tỷ lệ KPCD thành công của đặt bóng là 61,65%, của oxytocin 67,47%

Kiến nghị: Cần có những nghiên cứu lớn hơn về áp dụng đặt bóng gây chuyển dạ tại khoa sản BVĐK Đức Giang. Bước đầu áp dụng điểm cắt chỉ số Bishop 4 điểm vào thực hành lâm sàng để lựa chọn phương pháp gây KPCD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Dede FS et al., misoprostol for cervical ripening and labor induction in pregnancies with oligohydramnios, Gynecologic & Obstetric investigation, 2004. 57: p. 139 - 143.
- [2] Lê Hoài Chương, Nghiên cứu tác dụng làm mềm mở cổ tử cung và gây chuyển dạ của Misoprostol, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2005.
- [3] Lê Thị Quyên, Đánh giá hiệu quả gây chuyển dạ đẻ bằng Cytotec cho thai thiếu ối trên 38 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 01/01/2006 đến 30/10/2006, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội, 2006.
- [4] Nguyễn Thị Kiều Oanh, Nghiên cứu hiệu quả gây chuyển dạ ở thai phụ có tuổi thai trên 40 tuần trong 2 năm 2004 và 2014 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội, 2015.

EVALUATION OF PAIN RELIEF RESULTS AND UNDESIRABLE EFFECTS OF EPIDURAL ANESTHESIA WITH BUPIVACAINE 0.125% IN LOWER LIMB ORTHOPAEDIC SURGERY AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL 2021

Khong Thi Lan Huong*, Le Nguyen An,
Nguyen Quang Chinh, Tran Hoai Nam, Nguyen Van Son

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 01/08/2023; Accepted: 05/09/2023

ABSTRACT

Objective: The study aims to evaluate anti-pain results after surgery and the undesirable effects of epidural anesthesia applied to lower limb orthopedic surgery at Duc Giang General Hospital in 2021.

Method object: Subjects assigned to perform lower limb orthopedic surgery at the Department of Resuscitation Anesthesiology at Duc Giang General Hospital from April 2021 to November 2021.

Results: A total of 50 lower limb orthopedic surgery patients in the hospital had indications for pain relief by epidural anesthesia with bupivacaine 0.125%. Among 50 patients, the percentage of patients having femoral surgery is the highest, which is the surgical area with the highest risk of causing postoperative pain in lower limb orthopedic surgery. We poked the needle at the intersection of the line between the spine and the L1-L2, L2-L3, or L3-L4 interstitial slit at 56 percent. The average bupivacaine intake was 275.5 ± 44.6 mg, while the average fentanyl intake was 415.1 ± 58.7 mcg. The wait time for analgesic action was calculated at the start of dosing until VAS 4 averaged 11.1 ± 1.2 minutes. There were no cases of cardiac frequency <60 times/minute or >100 times/minute, and blood pressure was completely stable during postoperative pain relief. Breathing frequency was also little changed during postoperative pain relief, we did not experience any cases of respiratory failure. Of the 50 patients in the study, most had no mild nausea or vomiting, 82%, and only 9 had mild and moderate nausea or vomiting, 18%, and responded well to Ondansetron. 100% of patients are satisfied with this method of pain reduction. 100% of patients do not require additional pain relief.

Conclusion: This is an effective pain relief method, which should be widely applied in pain relief after lower limb orthopedic injury surgery. The person performing the epidural anesthesia technique must be well-trained and experienced in anesthesia and anesthesia must always respect the Test dose to avoid dangerous complications such as: injecting drugs into blood vessels, injecting drugs into the subarachnoid cavity,... which can be dangerous to the patient's life.

Keywords: Epidural pain relief, lower limb orthopedic surgery.

*Corresponding author
Email address: lanhuongkhong@icloud.com
Phone number: (+84) 3682084535
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ GIẢM ĐAU VÀ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG VỚI BUPIVACAIN 0,125% TRONG PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH CHI DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG 2021

Khổng Thị Lan Hương*, Lê Nguyễn An,
Nguyễn Quang Chính, Trần Hoài Nam, Nguyễn Văn Sơn

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 01/08/2023; Ngày duyệt đăng: 05/09/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả chống đau sau mổ và tác dụng không mong muốn của phương pháp gây tê ngoài màng cứng áp dụng cho phẫu thuật chỉnh hình vùng chi dưới tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2021.

Đối tượng và phương pháp: Đối tượng được chỉ định mổ chấn thương chỉnh hình chi dưới tại khoa Gây mê hồi sức Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 4/2021 đến tháng 11/2021.

Kết quả: Tổng cộng có 50 bệnh nhân phẫu thuật chỉnh hình chi dưới tại bệnh viện có chỉ định giảm đau bằng phương pháp gây tê ngoài màng cứng với bupivacain 0,125%. Trong số 50 bệnh nhân, tỉ lệ bệnh nhân có phẫu thuật vùng xương đùi là nhiều hơn cả, đây là vùng phẫu thuật có nguy cơ gây đau sau mổ cao nhất trong phẫu thuật chỉnh hình chi dưới. Chúng tôi chọn kim ở giao điểm của đường giữa cột sống và các khe liên đốt L1-L2, L2-L3, hoặc L3-L4, vị trí hay chọn nhất là khe liên đốt L3-L4 chiếm 56%. Lượng bupivacain 0,125% trung bình là $275,5 \pm 44,6$ mg, lượng fentanyl trung bình là $415,1 \pm 58,7$ mcg. Thời gian chờ tác dụng giảm đau được tính khi bắt đầu dùng thuốc cho đến khi VAS 4 trung bình là $11,1 \pm 1,2$ phút. Không có trường hợp nào tần số tim <60 lần/phút hoặc >100 lần/phút, HA hoàn toàn ổn định trong suốt quá trình giảm đau sau mổ. Tần số thở cũng ít thay đổi trong suốt quá trình giảm đau sau mổ, chúng tôi không gặp bất cứ một trường hợp nào có suy hô hấp. Trong 50 bệnh nhân tham gia nghiên cứu hầu hết đều không thấy buồn nôn/ nôn nhẹ chiếm 82%, chỉ có 9 bệnh nhân buồn nôn/nôn nhẹ và vừa chiếm 18% và đáp ứng tốt với thuốc chống nôn Ondansetron. 100% bệnh nhân hài lòng với phương pháp giảm đau này. 100% bệnh nhân không yêu cầu thêm phương pháp giảm đau khác.

Kết luận: Đây là một phương pháp giảm đau hiệu quả, nên được áp dụng rộng rãi trong giảm đau sau mổ chấn thương chỉnh hình chi dưới. Người thực hiện kỹ thuật gây tê ngoài màng cứng phải là người được đào tạo bài bản và có kinh nghiệm trong gây tê và trong gây tê phải luôn tôn trọng liều Test để tránh các biến chứng nguy hiểm như: Bơm thuốc vào mạch máu, bơm thuốc vào khoang dưới nhện,... có thể gây nguy hiểm tính mạng bệnh nhân.

Từ khóa: Giảm đau ngoài màng cứng, phẫu thuật chỉnh hình chi dưới.

*Tác giả liên hệ

Email: lanhuongkhong@icloud.com

Điện thoại: (+84) 3682084535

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau sau mổ là một trong những vấn đề được các bác sỹ hết sức quan tâm đặc biệt là sau mổ chấn thương chỉnh hình vì nó thường gây ra những ảnh hưởng xấu đến chức năng của nhiều cơ quan như: làm hạn chế hô hấp, giảm vận động... dẫn đến hậu quả là suy hô hấp, nhiễm trùng đường hô hấp, xẹp phổi..., từ đó làm kéo dài thời gian nằm viện, để lại các di chứng cho phổi, tăng chi phí điều trị và có thể dẫn tới tử vong. Đau sau mổ còn làm ảnh hưởng nặng nề đến tâm lý của bệnh nhân khi phải phẫu thuật. Vì vậy giảm đau sau mổ là hết sức quan trọng, nó làm giảm đi những đau đớn về thể xác và tâm lý, hạn chế những tác động xấu cho cơ thể, nhanh chóng phục hồi sức khỏe, giúp bệnh nhân sớm vận động trở lại, giảm đi nhiều biến chứng và rút ngắn thời gian nằm viện.

Phẫu thuật chấn thương chỉnh hình chi dưới là phẫu thuật gây đau nhiều, chống đau sau mổ cho loại phẫu thuật này luôn gặp những vấn đề khó khăn, kỹ thuật gây tê ngoài màng cứng (NMC) liên tục bằng thuốc tê phối hợp với thuốc họ morphin được coi là kỹ thuật giảm đau hiệu quả nhất. Nhưng gây tê NMC lại là một kỹ thuật khó, có thể gây biến chứng cho bệnh nhân nhất vì vậy đòi hỏi phải cân nhắc lợi, hại và bác sỹ gây mê phải có kỹ thuật tốt.

Bệnh viện đa khoa Đức Giang Hà Nội là một trong ít nơi thực hiện chống đau sau mổ một cách hệ thống. Từ cuối năm 2012 tất cả các bệnh nhân phẫu thuật lớn nhỏ đều được chống đau tích cực tại đơn vị chống đau của bệnh viện. Phương pháp giảm đau ngoài màng cứng cũng là một trong các phương pháp giảm đau được nhiều bệnh nhân lựa chọn. Mặc dù tại viện chúng tôi áp dụng phương pháp giảm đau sau mổ bằng gây tê ngoài màng cứng từ cuối năm 2012 trong phẫu thuật chỉnh hình chi dưới, nhưng chưa có điều kiện nghiên cứu và đánh giá cụ thể về hiệu quả vượt trội, tầm quan trọng của giảm đau sau phẫu thuật. Để tiếp tục nâng cao chất lượng chống đau cũng như đánh giá, rút kinh nghiệm khi áp dụng kỹ thuật này chúng tôi tiến hành nghiên cứu với 2 mục tiêu chính sau:

1. Đánh giá kết quả chống đau sau mổ của gây tê ngoài màng cứng áp dụng cho phẫu thuật chỉnh hình vùng chi dưới tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2021.

2. Đánh giá tác dụng không mong muốn của phương pháp gây tê ngoài màng cứng áp dụng trên bệnh nhân mổ chỉnh hình chi dưới tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2021.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Đối tượng được chỉ định mổ chấn thương chỉnh hình chi

dưới tại khoa Gây mê hồi sức Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 4/2021 đến tháng 11/2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân tình táo đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích.

- Tuổi ≥ 18

- Tình trạng sức khỏe ASA: I, II

- Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật chỉnh hình chi dưới: Gãy liên mấu chuyên xương đùi, gãy thân xương đùi, chấn thương gối, gãy 2 xương cẳng chân.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân từ chối.

- Bệnh nhân có rối loạn đông máu, đang sử dụng thuốc chống đông.

- Bệnh nhân có nhiễm trùng vùng lưng, nhiễm trùng toàn thân.

- Bệnh nhân có tiền sử dị ứng thuốc tê.

- Suy tim nặng, cao huyết áp nặng.

- Bệnh nhân suy hô hấp.

- Bệnh nhân động kinh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thời gian và địa điểm: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 4/2021 đến tháng 11/2021 tại khoa Gây mê hồi sức Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu tiền cứu.

Cỡ mẫu: Tất cả bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu (gồm 50 bệnh nhân).

Thu thập và xử lý số liệu: Tất cả các số liệu nghiên cứu thu thập trong quá trình theo dõi giảm đau sau mổ được ghi vào mẫu bệnh án đã thiết kế sẵn, sau đó được xử lý trên chương trình SPSS 22.0.

Các biến liên tục được mô tả dưới dạng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, phương sai. Các biến rời rạc được mô tả dưới dạng tỷ lệ%. Dùng thuật toán T ghép cặp, test T- Student để so sánh hai giá trị trung bình. Dùng test% để so sánh 2 tỷ lệ.

Với giá trị $p < 0,05$ sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này chỉ được thực hiện khi có sự đồng ý tham gia của bệnh nhân và gia đình bệnh nhân thể hiện bằng đơn tự nguyện, giấy cam đoan làm thủ thuật. Các bệnh nhân chuẩn bị phẫu thuật

chính hình chi dưới đều được tư vấn về các phương pháp giảm đau sau mổ việc chọn lựa phương pháp nào là do bệnh nhân tự quyết định. Bệnh nhân phẫu thuật chính hình chi dưới nhưng không đồng ý tham gia vào nghiên cứu này sẽ được giảm đau tối đa bằng các phương pháp khác mà họ đã được tư vấn một cách đầy đủ. Đề tài nghiên cứu đã được thông qua hội đồng chấm đề cương cấp cơ sở của Sở Y tế Hà Nội nhằm đảm bảo tính khoa học và an toàn cho người bệnh.

Kỹ thuật gây tê NMC giảm đau trong phẫu thuật cũng đã được thông qua theo theo quyết định của Sở Y tế Hà Nội và Giám đốc bệnh viện.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các đặc điểm chung của bệnh nhân

Đối tượng được chỉ định mổ chấn thương chính hình chi dưới tại khoa Gây mê hồi sức Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 4/2021 đến tháng 11/2021

Nghiên cứu này được thực hiện tại khoa Phẫu thuật gây mê và hồi sức, Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 04 năm 2021 đến tháng 11 năm 2021.

Bảng 1. Tuổi, chiều cao, cân nặng
($\bar{X} \pm SD$: Trung bình \pm độ lệch chuẩn)

| n = 50 | Nam (n=33) $\bar{X} \pm SD$ | Nữ (n=17) $\bar{X} \pm SD$ | Chung (n=50) $\bar{X} \pm SD$ | p |
|------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|----------|
| Tuổi (năm) | 42,82 \pm 18,3 | 57,82 \pm 18,25 | 47,92 \pm 19,4 | p > 0,05 |
| Chiều cao (m) | 1,69 \pm 0,04 | 1,55 \pm 0,04 | 1,65 \pm 0,08 | p < 0,05 |
| Cân nặng (kg) | 60,06 \pm 6,41 | 49,35 \pm 6,44 | 56,42 \pm 8,16 | p < 0,05 |

Nhận xét:

- Về tuổi: Với nam là 42,82 \pm 18,3; nữ là 57,82 \pm 18,25; tuổi trung bình của 50 bệnh nhân là 47,92 \pm 19,4 trong đó bệnh nhân ít tuổi nhất là 18 tuổi và lớn tuổi nhất là 85. Sự khác biệt về tuổi giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

- Về chiều cao: Với nam là 1,69 \pm 0,04; nữ là 1,55 \pm 0,04 trung bình là 1,65 \pm 0,08; trong đó bệnh nhân có chiều cao thấp nhất là 1,48m và cao nhất là 1,78m. Sự khác biệt về chiều cao giữa nam và nữ có ý nghĩa thống

kê (p < 0,05).

- Về cân nặng: Cân nặng trung bình của 50 bệnh nhân là 56,42 \pm 8,16; trong đó bệnh nhân nhẹ nhất là 39 kg và nặng nhất 72 kg. Sự khác biệt về cân nặng giữa nam và nữ có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

3.2. Hiệu quả giảm đau

Bảng 2. Lượng thuốc dùng để giảm đau sau mổ của một bệnh nhân

| Thuốc | n=50 | | |
|---------------------------|---------|------------|------------------|
| | Ít nhất | Nhiều nhất | $\bar{X} \pm SD$ |
| Bupivacain 0,125% (mg) | 168,5 | 381,2 | 275,5 \pm 44,6 |
| Fentanyl (mcg) | 250,6 | 597,7 | 415,1 \pm 58,7 |

Nhận xét:

Lượng bupivacain 0,125% trung bình là 275,5 \pm 44,6 mg; thấp nhất là 168,5 mg; cao nhất là 381,2 mg

Lượng fentanyl trung bình là 415,1 \pm 58,7 mcg; thấp nhất là 250,6 mcg; cao nhất là 597,7mcg

Bảng 3. Thời gian chờ tác dụng giảm đau

| Thời gian (phút) | Nam (n= 33) | Nữ (n=17) | Chung (n=50) |
|----------------------------|----------------|----------------|-----------------|
| $\bar{X} \pm SD$ (phút) | 10,9 \pm 1,4 | 11,4 \pm 1,2 | 11,1 \pm 1,2 |
| Chậm nhất (phút) | 14 | 14 | 14 |
| Nhanh nhất (phút) | 6 | 8 | 6 |

Nhận xét:

Thời gian chờ tác dụng giảm đau được tính khi bắt đầu dùng thuốc cho đến khi VAS 4. Thời gian chờ tác dụng giảm đau trung bình là 11,1 \pm 1,2 phút. Thời gian nhanh nhất là 6 phút; thời gian chậm nhất là 14 phút.

3.3. Tác dụng không mong muốn

Bảng 4. Các thông số hô hấp và tuần hoàn tại các thời điểm nghiên cứu

| Thông số Thời gian | Tần số tim (lần/phút) $\bar{X} \pm SD$ | HA tâm thu (mm Hg) $\bar{X} \pm SD$ | HA tâm trương (mm Hg) $\bar{X} \pm SD$ | Tần số thở (lần/phút) $\bar{X} \pm SD$ | SpO ₂ (%) $\bar{X} \pm SD$ |
|-----------------------|--|--|---|--|---|
| H ₀ | 83,6 ± 13,1 | 115,8 ± 10,6 | 72,4 ± 10,2 | 19,1 ± 1,8 | 99,1 ± 1,2 |
| H _a | 84,6 ± 14,8 | 115,2 ± 10,1 | 72,3 ± 10,9 | 19,3 ± 1,9 | 98,8 ± 1,4 |
| H _b | 85,6 ± 14,6 | 116,5 ± 10,5 | 72,9 ± 10,5 | 19,2 ± 1,7 | 99,2 ± 0,9 |
| H ₁ | 85,2 ± 14,1 | 115,2 ± 10,3 | 71,7 ± 10,1 | 19,6 ± 1,5 | 99,5 ± 0,8 |
| H ₂ | 86,6 ± 13,7 | 115,8 ± 10,6 | 71,6 ± 9,8 | 19,5 ± 1,2 | 99,5 ± 1,0 |
| H ₄ | 85,3 ± 13,5 | 114,8 ± 10,1 | 72,8 ± 10,2 | 19,7 ± 1,0 | 98,6 ± 1,1 |
| H ₆ | 85,6 ± 13,1 | 114,5 ± 10,0 | 72,6 ± 9,9 | 19,2 ± 0,8 | 98,2 ± 1,3 |
| H ₈ | 85,8 ± 13,0 | 115,1 ± 9,1 | 71,8 ± 9,7 | 19,1 ± 0,8 | 98,7 ± 1,2 |
| H ₁₆ | 85,1 ± 12,8 | 115,6 ± 9,8 | 72,4 ± 9,2 | 19,2 ± 0,8 | 98,7 ± 1,1 |
| H ₂₄ | 85,7 ± 12,5 | 114,8 ± 10,4 | 72,3 ± 10,0 | 19,7 ± 0,9 | 97,1 ± 1,2 |
| H ₃₆ | 85,3 ± 11,9 | 113,5 ± 10,6 | 71,5 ± 9,1 | 19,6 ± 0,7 | 97,8 ± 1,1 |
| H ₄₈ | 85,5 ± 11,2 | 115,5 ± 10,2 | 72,3 ± 8,9 | 19,5 ± 0,8 | 97,8 ± 1,0 |

Nhận xét:

- Tần số tim từ thời điểm H1 cho đến thời điểm H48 luôn dao động trong giới hạn an toàn. Tại thời điểm H1, tần số tim có tăng lên nhưng không có ý nghĩa. Không có trường hợp nào tần số tim <60 lần/phút hoặc >100 lần/phút.

- HATT và HATT_r đều ít thay đổi hay có thể nói là HA hoàn toàn ổn định trong suốt quá trình giảm đau sau mổ. Không có trường hợp nào HATT < 90 mmHg.

- Tần số thở cũng ít thay đổi trong suốt quá trình giảm đau sau mổ, chúng tôi không gặp bất cứ một trường hợp nào có suy hô hấp.

- SpO₂ cũng ít thay đổi tại các thời điểm nghiên cứu.

3.4. Các tác dụng không mong muốn và các biến chứng khác

- Ngứa: 3 bệnh nhân, chiếm 6%

- Trong nghiên cứu này, chúng tôi không gặp trường hợp nào có đau đầu, run, nhiễm trùng, đau tại nơi chọc kim, tai biến về kỹ thuật (đứt, cong, gập catheter...).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu phương pháp gây tê NMC để giảm đau sau phẫu thuật chỉnh hình chi dưới bằng hỗn hợp bupivacain - fentanyl (BF 0,125/2) của chúng tôi được thực hiện với 50 bệnh nhân tại khoa Phẫu thuật gây mê hồi sức của Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 04 năm 2021 đến tháng 11 năm 2021, chúng tôi có một số ý kiến bàn luận như sau:

4.1. Bàn luận về các đặc điểm chung của bệnh nhân

- Về tuổi

Tuổi trung bình của bệnh nhân là $47,92 \pm 19,4$; trong đó bệnh nhân ít tuổi nhất là 18 và lớn tuổi nhất là 85; đa số bệnh nhân trong nghiên cứu này là ở độ tuổi lao động. Tuổi trung bình của nam là $42,82 \pm 18,3$; tuổi trung bình của nữ là $57,82 \pm 18,25$; tuổi trung bình của nam không có sự khác biệt so với tuổi trung bình của nữ với $p > 0,05$.

- Về giới tính

Bệnh nhân nam gặp nhiều hơn bệnh nhân nữ (33/17), số lượng bệnh nhân nữ chiếm 17% so với nam chiếm 33%.

- Về chiều cao

Chiều cao trung bình là $1,66 \pm 0,04$ m; cao nhất là 1,78 m; thấp nhất là 1,48m. Số bệnh nhân có chiều cao từ 1,60m trở lên có 37 người (74%), có chiều cao 1,60m trở xuống có 13 người (26%).

- Về cân nặng và thể trạng bệnh nhân

Cân nặng trung bình là $56,42 \pm 8,16$ kg. Cân nặng trung bình của nữ là $49,35 \pm 6,43$ kg; của nam là $60,06 \pm 6,41$ kg. Cân nặng của nam so với nữ khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Với chiều cao và cân nặng như vậy hầu hết các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều có sức khỏe ở mức trung bình. Đây là một yếu tố thuận lợi để tiến hành phẫu thuật, gây tê tủy sống và gây tê NMC giảm đau sau mổ.

4.2. Bàn luận về hiệu quả giảm đau

4.2.1. Về vấn đề lựa chọn và kết hợp thuốc

Nhiều tác giả đã thừa nhận về tính ưu việt của fentanyl so với morphin khi dùng đường NMC, tác dụng giảm đau của fentanyl mạnh hơn kể cả khi nghỉ ngơi cũng như khi vận động, giảm biến chứng suy hô hấp gấp 50 lần, giảm tác dụng không mong muốn (nôn, buồn nôn, ngứa, gây ngủ, bí đái) nhưng tác dụng giảm đau, tổng

liều thuốc sử dụng, tỷ lệ biến chứng và tác dụng không mong muốn của fentanyl tiêm liên tục vào khoang NMC và tiêm tĩnh mạch là tương đương nhau. Chính vì vậy chúng tôi chọn nghiên cứu về hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật chỉnh hình chi dưới và về độ an toàn khi sử dụng hỗn hợp fentanyl - bupivacain bơm liên tục qua catheter NMC. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi một lần nữa đã cho thấy đây là sự phối hợp hiệu quả, rẻ tiền và dễ áp dụng trên lâm sàng.

4.2.2. Về liều lượng của hỗn hợp giảm đau

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tốc độ truyền hỗn hợp giảm đau trung bình là $4,7 \pm 0,7$ ml/giờ tương ứng với lượng bupivacain 0,125% trung bình là $6 \pm 0,8$ mg/giờ và fentanyl trung bình là $9,5 \pm 1,3$ mcg/giờ, với liều này chúng tôi thấy kết quả giảm đau tốt và ít tác dụng không mong muốn.

4.3. Bàn luận về các tác dụng không mong muốn

4.3.1. Về tác dụng trên tuần hoàn

4.3.1.1. Về tần số tim

Trên bảng 3.4, tần số tim tại thời điểm HI cho đến thời điểm H48 hầu như không thay đổi. Tại thời điểm HI dường như tần số tim có tăng lên hơn so với thời điểm HO (có thể do đau) nhưng sự tăng này không gây nguy hiểm cho người bệnh. Sau thời điểm HI gần như tần số tim nằm trong mức độ ổn định, dao động của tần số tim luôn nằm ở giới hạn an toàn trong suốt quá trình giảm đau sau mổ. Không có trường hợp nào tần số tim < 60 lần/phút hoặc > 100 lần/phút.

4.3.1.2. Về huyết áp

Trên bảng 3.4, HATT và HATTr đều rất ít thay đổi hay có thể nói là HA hoàn toàn ổn định trong suốt quá trình giảm đau sau mổ, trong mọi thời điểm gần như HATT và HATTr dao động không đáng kể. Trong nghiên cứu của chúng tôi tần số tim, HATT và HATTr, tần số thở, mức độ an thần gần như không thay đổi so với trước khi sử dụng thuốc nhưng điểm đau chỉ giảm xuống từ từ, hiệu quả giảm đau cũng tốt lên dần qua từng thời điểm nghiên cứu. Phương pháp giảm đau này hầu như không có ảnh hưởng gì đến sự an toàn của người bệnh.

4.3.2. Về tác dụng gây nôn và buồn nôn

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 9 trường hợp nôn/buồn nôn (9%), trong đó có 6 bệnh nhân nôn/buồn nôn nhẹ thoáng qua, 3 bệnh nhân nôn ở mức độ vừa phải, điều trị bằng thuốc chống nôn ondansetron và đáp ứng rất tốt.

4.3.3. Về tác dụng gây ngứa

Trong nghiên cứu của chúng tôi hiện tượng ngứa gặp ở 3 bệnh nhân, chiếm 3,7%.

4.3.4. Về tai biến chọc thủng màng cứng

Chọc thủng màng cứng là một tai biến nặng trong kỹ thuật này. Tỷ lệ này hoàn toàn phụ thuộc vào trình độ kỹ thuật của người thực hiện. Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào có lẽ do số lượng nghiên cứu của chúng tôi chưa nhiều.

4.3.5. Về biến chứng nhiễm trùng

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào có biểu hiện nhiễm trùng tại vị trí luồn catheter, không có trường hợp nào nhiễm trùng cột sống, tuỷ sống, màng não.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu và ứng dụng phương pháp gây tê NMC liên tục để giảm đau sau phẫu thuật chỉnh hình chi dưới ở người lớn bằng hỗn hợp bupivacain 0,125% và fentanyl 2mcg/ml được thực hiện trên 50 bệnh nhân tại khoa Phẫu thuật gây mê hồi sức của Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 04/2021 nă đến tháng 11 năm 20201, bước đầu chúng tôi rút ra các kết luận như sau:

5.1. Hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật

- Với liều ngắt quãng 6-8ml và tốc độ truyền là $4,7 \pm 0,7$ ml/giờ tương ứng với lượng bupivacain $6 \pm 0,8$ mg/giờ và fentanyl $9,5 \pm 1,3$ mcg/giờ thời gian chờ tác dụng giảm đau tính bằng phút. Thời gian nhanh nhất là 6 phút; thời gian chậm nhất là 14 phút.

Thời gian chờ tác dụng giảm đau trung bình là $11,1 \pm 1,2$.

5.2. Hạn chế được các tác dụng không mong muốn

- Không có trường hợp nào bị suy tuần hoàn hoặc suy hô hấp. Trạng thái an thần ở mức độ 1 (S1) chiếm 8%, nôn/buồn nôn chiếm 18%, ngứa chiếm 6%. Tác dụng không mong muốn do tê ngực cao mất đi khi rút bớt catheter hoặc giảm liều thuốc.

Không có trường hợp nào gặp tai biến như: chọc thủng màng cứng, nhiễm trùng tại vị trí luồn catheter...

- Về bệnh nhân 100% BN không có yêu cầu dùng thêm phương pháp giảm đau khác và 100% bệnh nhân hài lòng với phương pháp giảm đau sau mổ bằng gây tê ngoài màng cứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, “Quy trình gây tê ngoài màng cứng”, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Bệnh viện, Tập 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2001, tr. 552 -556.
- [2] Phạm Gia Cường, “Sinh lý đau”, Đau, Nhà xuất bản Y học, 2001, tr. 8 - 22.
- [3] Cao Thị Anh Đào, Nguyễn Thu, “Giảm đau sau mổ bụng trên bằng gây tê NMC ngực liên tục với hỗn hợp bupivacain - morphin”, Hội thảo Gây mê hồi sức Pháp-Việt lần thứ nhất, Hà Nội, 2002.
- [4] Nguyễn Ngọc Độ, “Gây tê ngoài màng cứng”, Khóa luận chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội, 1980.
- [5] Phạm Thị Minh Đức, “Sinh lý đau”, Chuyên đề sinh lý học, tập 1 Bộ môn Sinh lý, Trường Đại học Y Hà Nội, 1996, 53 -138
- [6] Nguyễn Thị Hà, “Đánh giá tác dụng giảm đau sau mổ của phương pháp gây tê NMC với hỗn hợp bupivacain và morphin bơm ngắt quãng qua catheter”, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 1998.

KNOWLEDGE AND COMPLIANCE WITH THE NURSING DRESSING PROCESS AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL 2022

Pham Thanh Huyen*, Bui Truong Giang,
Nguyen Thi Ngoc Dung, Nguyen Huong Cha, Nguyen Thi Hoa

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 29/07/2023; Accepted: 31/08/2023

ABSTRACT

Background: Healthcare-associated infection (HAI) is one of the major threats to patients' safety besides being among the principal causes of patient morbidity and mortality. Surgical site infection is reported to be the most common HAI worldwide. Surgical site infection can be prevented with appropriate practice and care by healthcare personnel, especially nurses. Nurses' knowledge and attitude are considered to be important factors that influence their practice.

Objectives: (1) Assess the adherence to the nursing unination procedure, (2) Identify factors related to nursing' adherence to pratice.

Methodology: A descriptive cross-sectional study conducted at 6 departments in Duc Giang General Hospital from May 2022 to October 2022 with 96 nurses. The validity of the questionnaire was assessed by medical experts prior to data collection. The reliability of the questionnaire is acceptable with the Cronbach alpha =7,25

Results: 96 research subjects, average knowledge score is 16.0 (\pm 2.22), good knowledge is 60.4%. The mean score of compliance with dressing change procedure of study subjects was 18.5 ± 1.02 , good ($>80\%$) 85.4%, bad ($\leq 80\%$) 14.6%.

Conclusion: Research confirms the importance of nurses' knowledge and adherence to dressing change procedures to prevent surgical site infections.

Keywords: Nurses, surgical site infection; knowledge; practice.

*Corressponding author
Email address: phamhuyen82vn@gmail.com
Phone number: (+84) 915921135
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



Kiến thức và mức độ tuân thủ quy trình thay băng của điều dưỡng khối ngoại tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2022

Phạm Thanh Huyền*, Bùi Trường Giang,
Nguyễn Thị Ngọc Dung, Nguyễn Hương Chà, Nguyễn Thị Hoa

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 29/07/2023; Ngày duyệt đăng: 31/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Đánh giá kiến thức, mức độ tuân thủ quy trình thay băng của điều dưỡng khối Ngoại, (2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan tới công tác thay băng của điều dưỡng.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 96 điều dưỡng thực hiện quy trình thay băng tại khoa Ngoại tổng hợp, Ngoại chấn thương chỉnh hình, Ngoại thận tiết niệu, Sản, Phụ, Gây mê hồi sức Ngoại, Bệnh viện đa khoa Đức Giang. Thời gian từ tháng 4/2022 đến tháng 10/2022.

Kết quả: Trong 96 đối tượng nghiên cứu, điểm trung bình về kiến thức $16,0 \pm 2,22$, kiến thức tốt đạt 60,4%. Điểm trung bình về tuân thủ quy trình thay băng của đối tượng nghiên cứu là $18,5 \pm 1,02$, mức độ tuân thủ tốt ($>80\%$) chiếm 85,4%, chưa tốt ($\leq 80\%$) chiếm 14,6%.

Kết luận: Nghiên cứu khẳng định tầm quan trọng về kiến thức và tuân thủ quy trình thay băng của điều dưỡng nhằm ngăn ngừa nhiễm trùng vết mổ.

Từ khóa: Kiến thức, quy trình thay băng, điều dưỡng ngoại.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong điều trị bệnh nhân sau phẫu thuật, thủ thuật thay băng giữ một vai trò quan trọng, là biện pháp giữ cho vết mổ sạch sẽ, nhanh liền, phòng chống nhiễm khuẩn, chảy máu [1]. Thông qua việc thay băng, người điều dưỡng còn phát hiện được những bất thường của vết mổ để kịp thời xử trí. Thay băng không đảm bảo quy trình kỹ thuật có thể là một trong các nguyên nhân dẫn đến nhiễm khuẩn vết mổ, để lại nhiều hậu quả như tăng thời gian điều trị, tăng chi phí điều trị cho người bệnh [2]. Hiện nay, số lượng người bệnh sau phẫu thuật gia tăng, việc thiếu kiến thức và không tuân thủ quy trình thay băng làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ cho người bệnh. Do vậy nhóm nghiên cứu tiến hành nghiên cứu: "Kiến thức và mức độ tuân thủ quy trình thay băng của điều dưỡng khối Ngoại tại BVĐK Đức Giang năm 2022" với hai mục tiêu:

1. Đánh giá kiến thức, mức độ tuân thủ quy trình thay

băng của điều dưỡng khối Ngoại.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan tới công tác thay băng của điều dưỡng.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Điều dưỡng viên ở 6 khoa ngoại Bệnh viện đa khoa Đức Giang: Ngoại thận-tiết niệu, Ngoại chấn thương chỉnh hình, Ngoại tổng hợp, Sản, Phụ, GMHS ngoại từ tháng 4 đến tháng 10 năm 2022.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn:

Điều dưỡng tham gia điều trị tại 6 khoa trên, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

*Tác giả liên hệ

Email: phamhuyen82vn@gmail.com

Điện thoại: (+84) 915921135

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

Nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Chọn mẫu và cỡ mẫu: Chọn cỡ thuận tiện, lấy toàn bộ mẫu đủ tiêu chuẩn của 6 khoa Ngoại tổng hợp, Ngoại chấn thương chỉnh hình, Ngoại thận tiết niệu, Sản, Phụ, GMHS ngoại.

Công cụ thu thập:

| Nội dung | Công cụ | Phương pháp thu thập | Phân loại |
|-----------------|--|----------------------|--|
| Kiến thức | Bộ câu hỏi được xây dựng dựa theo kiến thức điều dưỡng cơ bản gồm 20 câu. Tối đa 20 điểm | Phỏng vấn | >16 điểm: Tốt ≤16 điểm: Chưa tốt |
| Mức độ tuân thủ | Bảng kiểm quy trình thay băng rửa của Bệnh viện đa khoa Đức Giang | Quan sát trực tiếp | ≥80% (tương đương ≥ 8 điểm): Tốt < 80% (tương đương < 8 điểm): Chưa tốt |

Câu hỏi đánh giá về kiến thức có 20 câu hỏi. Mỗi câu trả lời đúng được 1 điểm. Câu trả lời sai hoặc không trả lời 0 điểm, tổng số điểm kiến thức cao nhất là 20, tổng số điểm kiến thức thấp nhất là 0. Điểm càng cao thì kiến thức của điều dưỡng về thay băng càng tốt và ngược lại điểm càng thấp thì kiến thức của điều dưỡng về thay băng càng kém. Độ tin cậy của bộ công cụ được đánh giá trên chỉ số Cronbach alpha =7,25.

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi được làm sạch được nhập vào máy tính và quản lý bằng phần mềm Epidata Sử dụng phần mềm SPSS 22.0 để phân tích. Phân tích mô tả thể hiện tần số và trung bình của các biến nghiên cứu. Test thống kê T Test, Anova, Chi Square hoặc Spearman correlation sẽ được áp dụng để kiểm định mối liên quan giữa biến độc lập và biến phụ thuộc.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

| Tuổi: Nhỏ nhất 22, lớn nhất 44; trung bình 33,6 (4,7) | | |
|---|-----------------|-----------|
| Đặc điểm | Tần số (n = 96) | Tỷ lệ (%) |
| Nhóm tuổi | | |
| ≤ 30 tuổi | 29 | 30,2% |
| >30 tuổi | 67 | 69,8% |
| Giới | | |
| Nam | 23 | 24% |
| Nữ | 73 | 76% |
| Trình độ chuyên môn | | |
| Đại học | 27 | 28,1% |
| Cao đẳng | 69 | 71,9% |
| Thâm niên công tác | | |
| Dưới 5 năm | 24 | 8,3% |
| Từ 5 đến 10 năm | 29 | 54,2% |
| >10 năm | 12 | 37,5% |
| Tập huấn | | |
| Đã tập huấn | 96 | 100% |
| Chưa tập huấn | 0 | 0% |

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 33,6 (4,7). Nhóm ≤ 30 tuổi đạt 30,2%, >30 tuổi chiếm 69,8%. Nữ chiếm tỷ lệ cao gấp 3,17 lần Nam, trình độ Cao đẳng cao gấp 2,56 lần Đại học, thâm niên công tác từ 5 đến 10 năm chiếm tỷ lệ 54,2%. 100% điều dưỡng đã được tập huấn về thay băng.

3.2. Kiến thức và mức độ tuân thủ quy trình thay băng

Bảng 2. Kiến thức và mức độ tuân thủ quy trình thay băng

| Nội dung | Kiến thức | Mức độ tuân thủ QTTB |
|-----------|-----------|----------------------|
| Mean ± SD | 16 ± 2,22 | 16 ± 1,43 |
| Mức độ | Tỷ lệ% | Tỷ lệ (%) |
| Tốt | 60,4% | 85,4% |
| Chưa tốt | 39,4% | 14,6% |

Nhận xét: Điểm trung bình về kiến thức của điều dưỡng về thay băng là 16 ± 2,22, điểm số cao nhất là 19 thấp nhất là 10. Tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức thay băng Tốt là 60,4%. Điểm trung bình về mức độ tuân thủ quy trình thay băng 16 ± 1,43, tỷ lệ điều dưỡng tuân thủ quy trình thay băng chưa tốt còn 14,6%.

Mối liên quan giữa kiến thức, mức độ tuân thủ quy trình với các yếu tố

Bảng 3. Mối liên quan giữa kiến thức với các yếu tố

| Đặc điểm | | Kiến thức | | OR (CI 95%, p) |
|--------------|-------------|-----------|----------|--|
| | | Tốt | Chưa tốt | |
| Giới | Nam | 65,2% | 34,8% | 1,30 (0,05 – 0,59)* |
| | Nữ | 58,9% | 41,1% | |
| Nhóm tuổi | ≤ 30 | 69,0% | 31,0% | 1,70 (0,18 – 1,56) |
| | >30 | 56,7% | 43,3% | |
| Trình độ | Cao đẳng | 59,4% | 40,6% | 0,86 (0,10 – 0,32)* |
| | Đại học | 63,0% | 37,0% | |
| Thâm niên CT | < 5 năm | 87,5% | 12,5% | 0,51 (0,03 – 0,39) 0,86 (0,01 – 0,38) |
| | Từ5 -10 năm | 63,5% | 36,5% | |
| | > 10 năm | 50,0% | 50,0% | |

*: $p < 0,05$.

Nhận xét: Mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính, trình độ chuyên môn với kiến thức của điều dưỡng trong nghiên cứu. Điều dưỡng nam có kiến thức tốt cao hơn 1,1 lần so với điều dưỡng nữ (OR: 1,30 95%CI từ

0,05-0,59). Nhóm điều dưỡng có trình độ đại học có kiến thức tốt cao hơn 1,06 lần so với nhóm điều dưỡng có trình độ đại học (OR 0,86, 95%CI từ 0,10 – 0,32).

Bảng 4. Mối liên quan giữa tuân thủ quy trình với các yếu tố

| Đặc điểm | | Tuân thủ quy trình | | OR (CI 95%, p) |
|--------------|-------------|--------------------|----------|------------------------|
| | | Tốt | Chưa tốt | |
| Giới | Nam | 62,2% | 37,8% | 1,14 (0,74 – 1,69)* |
| | Nữ | 58,9% | 41,1% | |
| Nhóm tuổi | ≤ 30 | 79,35% | 20,7% | 0,52 (0,18 – 1,56) |
| | >30 | 88,1% | 11,9% | |
| Trình độ | Cao đẳng | 82,6% | 17,4% | 0,38 (0,51 – 1,40)* |
| | Đại học | 92,6% | 7,4% | |
| Thâm niên CT | < 5 năm | 100% | 0 | 0,34 (0,08– 1,35) |
| | Từ5 -10 năm | 78,8% | 21,2% | |
| | > 10 năm | 91,7% | 14,6% | |

Nhận xét: Điều dưỡng nam có mức độ tuân thủ quy trình tốt gấp điều dưỡng nữ 1,05 lần (OR: 1,14; 95% CI từ 0,75 – 1,69). Điều dưỡng có trình độ đại học có

mức độ tuân thủ quy trình tốt gấp 1,12 lần điều dưỡng có trình độ cao đẳng (OR: 0,38; 95% CI từ 0,51 – 1,40)

Mối liên quan giữa kiến thức và mức độ tuân thủ quy trình thay bằng

Bảng 5. Mối liên quan giữa kiến thức và mức độ tuân thủ quy trình thay bằng

| Nội dung | | Mức độ tuân thủ quy trình | | OR (CI 95%, p) |
|-----------|--------------|---------------------------|--------------|-----------------------|
| | | Tốt (%) | Chưa tốt (%) | |
| Kiến thức | Tốt (%) | 60,9% | 39,1% | 1,17 (0,37-3,69)** |
| | Chưa tốt (%) | 57,1% | 42,9% | |

** $p < 0,005$.

Nhận xét: Điều dưỡng có kiến thức tốt có mức độ tuân thủ quy trình gấp 1,42 lần điều dưỡng có kiến thức chưa tốt.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ tuổi trung bình của là 33,6, đa phần đối tượng là nữ 76%, tương đồng với các nghiên cứu khác [5], [6], [7]. Tỷ lệ điều dưỡng có trình độ cao đẳng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với một số nghiên cứu.

Thâm niên công tác từ 5 đến 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất, 54,2%, có sự khác biệt với các nghiên cứu khác, tuổi nghề của các điều dưỡng trong nghiên cứu cao hơn các đơn vị khác [5], [6], [7].

96 đối tượng nghiên cứu, điểm lý thuyết trung bình về kiến thức của điều dưỡng trong công tác thay băng là $16 (\pm 2,22)$. Tỷ lệ điều dưỡng có điểm kiến thức tốt là 60,4% ($\geq 80\%$). Tương tự, tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức tốt về quy trình thay băng của tác giả Ngô Thị Huyền năm 2012 tại bệnh viện Việt Đức là 52,5 [10] Có sự khác biệt với nghiên cứu khác [5], [6], [7], [8], [9].

Qua đánh giá trên 96 đối tượng nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy điểm trung bình về tuân thủ quy trình thay băng của đối tượng nghiên cứu là $18,5 \pm 1,02$. Nhóm đối tượng có mức độ tuân thủ tốt ($>80\%$) chiếm 85,4%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Hamuan Kabir Sickder với tỷ lệ thực hành tốt của điều dưỡng trong ngăn ngừa nhiễm trùng vùng phẫu thuật là 51,7%. Tuy nhiên kết quả này vẫn thấp hơn trong nghiên cứu của tác giả Phùng Thị Huyền (94,6%) [9]. Kết quả nghiên cứu cho thấy dấu hiệu đáng mừng khi phần lớn điều dưỡng đã có mức độ tuân thủ tốt và tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu khác. Tuy nhiên, tỷ lệ 85,4% vẫn cần tiếp tục được cải thiện và quan tâm chú ý.

Nghề điều dưỡng là nghề đặc trưng về chăm sóc người bệnh. Tỷ lệ nữ giới chiếm đa số là 76% là hoàn toàn phù hợp bởi đặc điểm nghề điều dưỡng luôn cần sự tỉ mỉ, cẩn thận và phù hợp với đối tượng nữ giới. Tỷ lệ điều dưỡng nam thực hiện chưa tốt công tác thay băng là 34,8%. Trong khi đó tỷ lệ điều dưỡng nữ thực hiện chưa tốt công tác thay băng 41,1%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

Trong nghiên cứu của nhóm, tỷ lệ điều dưỡng có độ tuổi trên 30 thực hiện tốt đạt 88,1%, cao hơn tỷ lệ điều dưỡng có độ tuổi dưới 30 tuổi, đạt 79,3%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thủy Trâm cho thấy điều dưỡng dưới 30 tuổi thì có mức hoàn thiện nhiệm vụ chăm sóc người bệnh cao gấp 2 lần so với điều dưỡng lớn hơn hoặc bằng 30 tuổi. Điều dưỡng có thâm niên dưới 5 năm thì mức độ hoàn thành công việc cao hơn điều dưỡng có thâm niên công tác trên 10 năm và cao hơn điều dưỡng có thâm niên công tác từ 5 năm đến 10 năm. Tuy nhiên

sự khác biệt về mức độ tuân thủ giữa thâm niên làm việc trong nghiên cứu của chúng tôi không có ý nghĩa thống kê.

5. KẾT LUẬN

Trong 96 lượt quan sát nhóm nghiên cứu thấy số lượt điều dưỡng có kiến thức tốt về thay băng chiếm tỷ lệ 60,4% tuân thủ tốt quy trình thay băng chiếm tỷ lệ 84,5%. Có mối liên quan giữa kiến thức và mức độ tuân thủ quy trình thay băng của điều dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ, Ban hành kèm theo Quyết định số: 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012 của Bộ Y tế, Bộ Y tế, Hà Nội, 2012.
- [2] Chăm sóc vết thương (Điều dưỡng ngoại khoa), Tài liệu thí điểm giảng dạy điều dưỡng trung học), Đề án hỗ trợ hệ thống đào tạo 03- SIDA, Hà Nội, 1994.
- [3] Điều dưỡng ngoại khoa Bộ Y tế - Nhà XB Y học, trang 12 bài các vấn đề cơ bản trong điều dưỡng ngoại khoa, 1997.
- [4] Bộ Y tế, Chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam Quyết định 1352/QĐ-BYT ngày 21 tháng 4 năm 2012.
- [5] Samia Noureldeen Suliman, Assessment of Nurses Knowledge about Pre and Post- Operative Care in Pediatric Surgical Unit in Eiddamer City, 2011.
- [6] Sadia H, Kousar R, Azhar M et al., Assessment of Nurses' Knowledge and Practices Regarding Prevention of Surgical Site Infection. Saudi Journal of Medical and Pharmaceutical Sciences, (6B), 2017, 585-595
- [7] Sickder HK, Sae-Sia W, Petpichetchian W., Nurses' Knowledge and Practice Regarding Prevention of Surgical Site Infection in Bangladesh, Thesis of Master of Nursing Science at Songkla University, Thailand, 2014.
- [8] Elif Akyuz, "Surgical nurses" knowledge and practices about informed consent"; Nursing Ethics 2019, Vol. 26(7-8), 2172-2184.
- [9] Phùng Thị Huyền, Nguyễn Hoa Pháp và CS, Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ quy trình thay băng thường quy của điều dưỡng bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2012.
- [10] Ngô Thị Huyền, Kiến thức, thái độ, thực hành thay băng vết thương của Điều dưỡng, Kỹ thuật viên và tìm hiểu một số yếu tố liên quan tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Việt Đức năm 2012, Luận văn thạc sĩ Y tế công cộng, trường Đại học Y tế công cộng, 2012.



ASSESSMENT OF CLINICAL CHARACTERISTICS, PROCOLICITY CHARACTERISTICS AND RESULTS OF INSTALLATION IN CESAREAN SCAR PREGNANCY AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL 2019 - 2020

Duong Thi Hai Van*, Ta Ba Uoc,
Nguyen Thị Thanh, Dinh Thi Thu Huong

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 28/07/2023; Accepted: 31/08/2023

ABSTRACT

Objective: Description of clinical and subclinical characteristics, assessment of treatment results of cases of implantation in cesarean scar cases at Duc Giang General Hospital 2019-2020.

Methods: Cross-sectional descriptive study design.

Results: The common age is 32.5 ± 11.5 years old, the youngest is 21 years old and the oldest is 44 years old.

History of cesarean section 2 times accounted for the highest rate of 55.3%, while cesarean section ≥ 3 times accounted for 21.2%.

Clinical symptoms: 70.2% of patients have no clinical symptoms. The most common symptom was abdominal pain, accounting for 21.2%, vaginal bleeding was low, 8.5%, and bleeding was 0.1%.

Gestational age when detected: The rate of gestational age < 6 weeks accounted for 42.6%, gestational age 6-7 weeks accounted for 38.3%, gestational age 8-10 weeks accounted for 14.9%, gestational age > 10 weeks accounted for 4, 3%.

β HCG before treatment by suction method, the average concentration of β HCG before treatment was 34,7686 mIU/ml, after 1 day of treatment, the average concentration was 10,068 mIU/ml. With surgical treatment, the mean pre-treatment β HCG concentration was 92,987 mIU/ml, and the average 1-day post-treatment was 58,977 mIU/ml.

Conclusions: Patients coming to Duc Giang General Hospital had an average age of 32.5 ± 11.5 years. The majority of patients have no clinical symptoms, detected when going to the doctor because of delayed menstruation. The majority of patients had a history of 2 or more cesarean deliveries. 95.7% of patients were treated with ultrasound-guided aspiration, the success rate was 97.7%. 4.3% of patients had to have cesarean section surgery, redo surgical scars, 100% success rate.

Keyword: Cesarean scar pregnancy.

*Corresponding author
Email address: duongthihaivana3@gmail.com
Phone number: (+84) 917409668
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHỮA SỢ MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG 2019 - 2020

Dương Thị Hải Vân*, Tạ Bá Ước,
Nguyễn Thị Thanh, Đinh Thị Thu Hương

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 28/07/2023; Ngày duyệt đăng: 31/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, đánh giá kết quả điều trị của các trường hợp chữa sợ mổ lấy thai tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang 2019 - 2020.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang 47 bệnh nhân tại khoa Phụ sản Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ 1/1/2019 - 31/12/2020.

Kết quả:

Tuổi hay gặp là lứa tuổi trẻ $32,5 \pm 11,5$, tuổi nhỏ nhất là 21 tuổi và lớn nhất là 44 tuổi.

Tiền sử mổ lấy thai 2 lần chiếm tỉ lệ cao nhất 55,3%, còn mổ đẻ ≥ 3 lần chiếm 21,2%.

Triệu chứng lâm sàng: 70,2% bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng. 29,8% bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng như đau bụng chiếm 21,2%, ra máu âm đạo chiếm tỉ lệ 8,5%, băng huyết chiếm tỉ lệ 0,1%.

Kết quả cận lâm sàng: Siêu âm phát hiện tuổi thai < 6 tuần chiếm tỉ lệ 42,6%, tuổi thai 6 - 7 tuần 38,3%, tuổi thai 8 - 10 tuần chiếm 14,9%, tuổi thai > 10 tuần chiếm 4,3%; β HCG trước điều trị bằng phương pháp hút thai, nồng độ β HCG trung bình trước điều trị là 34.768 mIU/ ml, sau điều trị 1 ngày trung bình là 10.068 mIU/ ml. Với phương pháp điều trị bằng phẫu thuật, nồng độ HCG trước điều trị trung bình là 92.987 mIU/ ml, sau điều trị 1 ngày trung bình là 58.977 mIU/ ml.

Kết quả điều trị chữa sợ mổ lấy thai: Phương pháp điều trị thai chữa sợ mổ lấy thai bằng hút thai có 45 trường hợp, chiếm 95,7%, tỉ lệ thành công 97,7%. Phương pháp điều trị bằng phẫu thuật lấy túi thai và làm lại sợ mổ lấy thai có 2 trường hợp, chiếm 4,3%, tỉ lệ thành công 100%.

Kết luận: Bệnh nhân đến Bệnh viện đa khoa Đức Giang có tuổi trung bình là $32,5 \pm 11,5$. Phần lớn bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng, phát hiện khi đi khám vì chậm kinh. Đa số bệnh nhân có tiền sử mổ đẻ từ 2 lần trở lên. 95,7% bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp hút thai dưới hướng dẫn bằng siêu âm, tỉ lệ thành công 97,7%. 4,3% bệnh nhân phải phẫu thuật mổ lấy túi thai, làm lại sợ mổ, tỉ lệ thành công 100%.

Từ khóa: Chữa sợ mổ lấy thai.

*Tác giả liên hệ
Email: duongthihaivana3@gmail.com
Điện thoại: (+84) 917409668
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa sẹo mô lấy thai là một dạng thai ngoài tử cung do thai làm tổ trong vết sẹo mô trên cơ tử cung. Đây là dạng bệnh lý hiếm gặp của thai ngoài tử cung gây các nguy cơ sảy thai sớm, rau cài răng lược, vỡ tử cung Tỷ lệ thai làm tổ tại sẹo mô lấy thai ngày càng tăng. Tần số chửa sẹo mô lấy thai được báo cáo từ 1/2.226 tới 1/8.000 (0,04% - 0,05%) tất cả trường hợp có thai. Ở phụ nữ sau khi mổ đẻ, tỉ lệ chửa sẹo mô lấy thai xấp xỉ 0,15% và khoảng 6,1% tất cả trường hợp chửa ngoài tử cung ở những bệnh nhân sau ít nhất 1 lần mổ lấy thai. Tuy nhiên, với tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng có khuynh hướng gia tăng nên tỷ lệ chửa sẹo mô lấy thai cũng gia tăng.

Bệnh viện đa khoa Đức Giang đã tiếp nhận và xử trí nhiều ca thai chửa sẹo mô lấy thai. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị chửa sẹo mô lấy thai tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang 2019 - 2020 giúp đánh giá điều trị chửa sẹo mô lấy thai tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ 2019 - 2020. Mục tiêu của nghiên cứu là nhằm: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị của các trường hợp chửa sẹo mô lấy thai tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.*

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh chẩn đoán chửa sẹo mô lấy thai điều trị tại khoa Phụ sản Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ 1/1/2019 - 31/12/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Chọn tất cả các thai phụ nhập viện được chẩn đoán thai chửa sẹo mô lấy thai, được thu thập thông tin:

Đặc điểm thông tin chung: Tuổi, nơi ở, dân tộc, nghề nghiệp.

Đặc điểm thai kì: hút nạo sảy thai, số con, số lần mổ lấy thai, tiền sử mổ sản phụ khoa cũ

Đặc điểm khi nghiên cứu: Tuổi thai, tim thai, nồng độ β HCG trước và sau khi điều trị, độ mỏng sẹo mô lấy thai

Kết quả sau điều trị chửa sẹo mô lấy thai

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng SPSS 16

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu có 47 bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm | | Tần số | Tỉ lệ |
|--------------------------|--------------------------------|--------|-------|
| Nhóm tuổi | < 25 | 3 | 6,4% |
| | 25-29 | 7 | 14,9% |
| | 30-34 | 12 | 25,5% |
| | 35-39 | 14 | 29,8% |
| | ≥ 40 | 11 | 23,4% |
| Tiền sử sản khoa | Chửa sẹo mô | 4 | 11% |
| | Không có tiền sử sản khoa khác | 14 | 29,8% |
| | Nạo hút thai | 29 | 59,2% |
| Số lần mổ lấy thai | 1 lần | 11 | 23,4% |
| | 2 lần | 26 | 55,3% |
| | ≥ 3 lần | 10 | 22,3% |
| Thời gian mổ đẻ gần nhất | < 1 năm | 2 | 4,3% |
| | 1 - 2 năm | 9 | 19,1% |
| | > 2 năm | 36 | 76,6% |

Nhận xét: Tuổi hay gặp là lứa tuổi trẻ $32,5 \pm 11,5$, nhỏ nhất 21, lớn nhất 44 tuổi. 59,2% bệnh nhân hút thai, 11% có tiền sử chửa sẹo mô, 29,8% tiền sử bình thường. Tiền sử mổ lấy thai một lần 23,4%, 2 lần là 55,3%, ≥ 3 lần là 22,3%. Thời gian mổ < 1 năm 4,3%, 1-2 năm 19,1%, > 2 năm 76,6%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân

| Đặc điểm | | Tần số | Tỉ lệ |
|---|-------------------|--------|-------|
| Triệu chứng | Không triệu chứng | 33 | 70,2% |
| | Đau bụng | 9 | 19,2% |
| | Ra máu âm đạo | 4 | 8,5% |
| | Băng huyết | 1 | 0,1% |
| Tuổi thai trên siêu âm | < 6 tuần | 20 | 42,6% |
| | 6 - < 8 tuần | 18 | 38,3% |
| | 8 - 10 tuần | 7 | 14,9% |
| | >10 tuần | 2 | 4,2% |
| Xu thế phát triển túi thai trên siêu âm (độ dày sẹo mô) | Độ dày < 3 mm | 4 | 8,5% |
| | Độ dày 3 - 5 mm | 23 | 48,9% |
| | Độ dày > 5 mm | 20 | 42,6% |

Nhận xét: 70,2% bệnh nhân không có triệu chứng, 19,2% đau bụng, 8,5% ra máu âm đạo, 0,1% băng huyết. Kết quả siêu âm cho thấy: Tuổi thai < 6 tuần chiếm tỉ lệ cao nhất 42,6%, tuổi thai 6 - < 8 tuần 38,3%, tuổi thai 8 - <10 tuần chiếm 14,9%, tuổi thai từ 10 tuần

chiếm 4,3%. 8,5% trường hợp độ dày cơ tử cung < 3 mm, 48,9% trường hợp độ dày cơ tử 3 - 5 mm, và 42,6% trường hợp độ dày cơ > 5 mm.

Bảng 3. Kết quả điều trị

| Phương pháp điều trị | Tần số | Tỉ lệ |
|--|--------|-------|
| Hút thai dưới hướng dẫn siêu âm | 45 | 95,7% |
| Phẫu thuật lấy túi thai và làm lại sẹo mổ lấy thai | 2 | 4,3% |

Nhận xét: 95,7% bệnh nhân hút thai dưới hướng dẫn siêu âm, 4,3% phẫu thuật lấy túi thai và làm lại sẹo mổ lấy thai.

Bảng 4. Mức độ giảm β HCG sau phương pháp điều trị

| Phương pháp | β HCG trung bình trước điều trị | β HCG trung bình sau điều trị 1 ngày |
|-------------|---------------------------------------|--|
| Hút thai | 34.786 mIU/ ml | 10.068 mIU/ ml |
| Phẫu thuật | 92.987 mIU/ ml | 59.077 mIU/ml |

Nhận xét: Nồng độ β HCG trước điều trị hút thai 34.786 mIU/ ml, sau điều trị 1 ngày là 10.068 mIU/ ml. Nồng độ β HCG trước điều trị mổ là 92.987 mIU/ ml, sau điều trị 1 ngày là 59.077 mIU/ml.

Bảng 5. Mô tả thành công, thất bại của phương pháp điều trị

| Phương pháp | Số ca thành công | Số ca thất bại | Tổng |
|-------------|------------------|----------------|------|
| Hút thai | 44 (97,7%) | 1 (2,3%) | 45 |
| Phẫu thuật | 2 (100%) | 0 (0%) | 2 |

Nhận xét: 45 ca được điều trị bằng hút thai, thành công 44 ca (97,7%), 2 ca điều trị bằng phẫu thuật, thành công 2 ca (100%).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu 47 trường hợp chữa sẹo mổ có tuổi trung bình là $32,5 \pm 11,5$, thấp nhất là 21 tuổi, cao nhất là 44 tuổi. Trong đó, nhóm có độ tuổi từ 35 - 39 chiếm tỉ lệ cao nhất (29,8%). Đây vẫn là độ tuổi trong lứa tuổi sinh

đẻ, cần thiết bảo tồn chức năng sinh sản và đảm bảo chất lượng cho cuộc sống người phụ nữ. Kết quả này tương tự với kết quả của một số tác giả như Phạm Thị Hải Yến (2014), Đinh Quốc Hưng (2011), Tạ Thị Thanh Thủy (2013). Tiền sử thai sản: 55,3% bệnh nhân có tiền sử mổ đẻ 2 lần, còn trên ≥ 3 lần chiếm 22,2%. Thời gian mổ đẻ > 2 năm chiếm tỉ lệ cao nhất (76,6%) trong khi chỉ có khoảng 4,3% mổ đẻ < 1 năm. Đa số bệnh nhân có tiền sử mổ đẻ từ 2 lần trở lên, thời gian mổ đẻ từ 2 năm trở lên. Bệnh nhân phần lớn đã đủ con. Thời gian mổ đẻ < 2 năm ảnh hưởng đến chất lượng sẹo mổ. Sẹo mổ cũ chưa kịp phục hồi dễ gây vỡ tử cung quá trình mang thai hoặc gây rau cài răng lược, rau tiền đạo gây nguy cơ mất tử cung, ảnh hưởng đến chất lượng sống của người bệnh. Nguyên nhân có thể phụ thuộc vào sự hiểu biết, áp dụng biện pháp tránh thai sau lần có thai trước của người phụ nữ, thời gian 24 tháng là thời gian thích hợp có thai < 12 tháng so với lần có thai trước đều là có thai ngoài ý muốn. 29 bệnh nhân có tiền sử nạo hút thai ít nhất 1 lần chiếm 59,2%. Số bệnh nhân có tiền sử phụ khoa như chữa vết mổ có 4 bệnh nhân, chiếm 11%, không rõ tiền sử chiếm 14 bệnh nhân tương đương 29,8%. Số bệnh nhân có tiền sử hút thai chiếm 59,2%. Hiểu biết về chữa sẹo mổ lấy thai còn nhiều hạn chế, có giả thiết gây ra các vi tổn thương trên tử cung là nguyên nhân gây chữa sẹo mổ lấy thai do can thiệp vào buồng tử cung ảnh hưởng chất lượng niêm mạc tử cung.

Triệu chứng lâm sàng: 70,2% bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng, đau bụng chiếm 19,2%, ra máu âm đạo chiếm tỉ lệ 8,5%, băng huyết chiếm tỉ lệ 0,1%. Bệnh nhân trong nghiên cứu có 70,2% trường hợp không triệu chứng, cao hơn một số tác giả như Đinh Quốc Hưng, Đỗ Thị Ngọc Lan, Diễm Thị Thanh Thủy, Phạm Thị Hải Yến. Triệu chứng của chữa sẹo mổ không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn với bất thường khác như thai ngoài tử cung, thai trong buồng tử cung, dọa sảy thai... Số người bệnh không triệu chứng cao chứng tỏ chẩn đoán thai chữa sẹo mổ ở giai đoạn sớm tốt hơn, khả năng chẩn đoán bệnh tốt hơn. Khuyến cáo thai phụ đi khám sớm ngay khi mới chậm kinh 1 tuần. Những trường hợp ra máu âm đạo cũng thấp hơn so với nhiều tác giả, triệu chứng này có thể gặp trong một số bệnh cảnh khác như dọa sảy thai, thai ngoài tử cung... Băng huyết chiếm tỉ lệ nhỏ, điều này có thể do nghiên cứu đã loại trừ các trường hợp trước đó đã can thiệp như nạo buồng tử cung, phá thai nội khoa.

Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân: Siêu âm phát hiện tỷ lệ tuổi thai < 6 tuần chiếm tỉ lệ cao nhất 42,6%, tuổi thai 6 - < 8 tuần 38,3%, tuổi thai 8 - < 10 tuần chiếm 14,9%, tuổi thai từ 10 tuần chiếm 4,3%. Theo Zhang và cộng sự phân loại chữa sẹo mổ thành 2 nhóm là nhóm có nguy cơ thấp hoặc ổn định và chữa sẹo mổ nguy cơ cao. Trong khi các bệnh nhân chữa sẹo mổ ổn định, không có chảy máu âm đạo rõ ràng hoặc chảy máu âm đạo ít và cũng tăng không đáng kể β HCG. Chữa sẹo mổ nguy cơ cao có nguy cơ xuất huyết trầm trọng và cần điều

trị ngay lập tức. Trong nhóm này chia làm 3 type dựa vào khoảng cách giữa túi ối và bàng quang: Type I < 3 mm; type II 3 - 5 mm, type III > 5 mm. Từ cách phân loại này sẽ đưa ra hướng điều trị. 8,5% trường hợp độ dày cơ tử cung < 3 mm, 48,9% trường hợp độ dày cơ tử cung từ 3 - 5 mm, và 42,6% trường hợp độ dày cơ tử cung > 5 mm. Tuổi thai được phát hiện sớm phần lớn < 6 tuần tuổi. Kết quả này tương đương kết quả của một số tác giả khác như Phạm Thị Nhung, Đinh Quốc Hưng, Tạ Thị Thanh Thủy, Phạm Thị Hải Yến. Tuổi thai khi được phát hiện sớm có thể liên quan đến kết cục thai kì. Phát hiện sớm khi thai nhỏ thì mức độ phát triển, ăn vào sẹo mổ sẽ nhỏ hơn, giảm mất máu, can thiệp cắt tử cung sẽ giảm. Theo Timor - Triitsch, tuổi thai phát hiện < 8 tuần chiếm 73%. Tuổi thai phát hiện khá muộn có thể do cố gắng theo dõi thai đến khi thai đã lớn.

Xu thế phát triển túi thai trên siêu âm rất có giá trị trong điều trị, tiên lượng bệnh. Nghiên cứu có tỉ lệ lớn thai phát triển về buồng tử cung giúp giảm lượng rau bám vào sẹo mổ, nên xử trí giảm chảy máu, lượng β HCG giảm nhanh, khối rau sẹo mổ ít.

Hiệu quả điều trị: 45 trường hợp hút thai, chiếm 95,7%, tỉ lệ thành công 97,7%. Phương pháp điều trị bằng phẫu thuật lấy túi thai và làm lại sẹo mổ lấy thai có 2 trường hợp, chiếm 4,3%, thành công 100%. Hiệu quả điều trị: Hiện tại BV đa khoa Đức Giang đang áp dụng 2 phương pháp điều trị chính là hút thai dưới hướng dẫn siêu âm và phẫu thuật mở bụng lấy khối thai, làm lại sẹo mổ lấy thai. Hút thai là thủ thuật phá thai ngoại khoa sử dụng bơm hút chân không nạo phá thai trong những tháng đầu. Đây là phương pháp nhiều ưu điểm như: Nhanh chóng, đơn giản, đòi hỏi vật tư và con người ít, thời gian nằm viện rút ngắn, có thể áp dụng với những thai nhỏ. Nhược điểm: Khó áp dụng với thai lớn, sẹo mổ mỏng, có thể còn sót thai, gây tổn thương đoạn dưới tử cung... 95,7% bệnh nhân nghiên cứu được sử dụng phương pháp hút thai dưới hướng dẫn siêu âm, tỉ lệ thành công 97,7%. Phẫu thuật được lựa chọn khi tuổi thai lớn hoặc cơ tử cung mỏng và hoặc nguy cơ chảy máu cao khi siêu âm. Hiệu quả điều trị tốt nhưng đòi hỏi thời gian nằm viện lâu hơn, phương pháp phức tạp hơn, đội ngũ gây mê, phẫu thuật viên. Nghiên cứu có 2 bệnh nhân mổ và 1 ca hút thai thất bại chuyển mổ với tỉ lệ thành công là 100%, bảo tồn được tử cung của bệnh nhân. Những kết quả này tương tự với kết quả của nhiều tác giả.

5. KẾT LUẬN

Bệnh nhân đến Bệnh viện đa khoa Đức Giang có tuổi trung bình là $32,5 \pm 11,5$. Phần lớn bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng, phát hiện khi đi khám vì chậm kinh. Đa số bệnh nhân có tiền sử mổ đẻ từ 2 lần trở lên. 95,7% bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp hút thai dưới hướng dẫn bằng siêu âm, tỉ lệ thành công 97,7%. 4,3% bệnh nhân phải phẫu thuật mổ lấy túi thai,

làm lại sẹo mổ, tỉ lệ thành công 100%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, 2015.
- [2] Diêm Thị Thanh Thủy, Nghiên cứu chữa sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện phụ sản Hà Nội, Đại học Y Hà Nội, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, 2013.
- [3] Đinh Quốc Hưng, Nghiên cứu chữa ở sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương, Trường đại học Y Hà Nội, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, 2011.
- [4] E. I. Timor-Tritsch, A. Monteagudo, Unforeseen consequences of the increasing rate of cesarean deliveries: early placenta accreta and cesarean scar pregnancy. A review. Am J Obstet Gynecol, 207 (1), 2012, 14-29.
- [5] Đào Thị Hồng Nhung, Nghiên cứu xử trí những trường hợp túi thai làm tổ tại eo tử cung trên những thai phụ có sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Đại học Y Hà Nội, Luận văn thạc sĩ y học, 2019.
- [6] Phạm Thị Nhung, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng và kết quả điều trị chữa sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện phụ sản Trung ương, Đại học Quốc gia Hà Nội, Khoa Y dược, 2020.
- [7] Phạm Thị Hải Yến, Đánh giá kết quả điều trị chữa sẹo mổ lấy thai bằng MTX/ hút thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 01 năm 2014 đến tháng 9 năm 2014, 2014.
- [8] ACOG, ACOG Practice Bulletin No. 191: Tubal Ectopic Pregnancy. Obstet Gynecol 131 (65 - 77), 2018.

THE EFFECTIVENESS OF SILVER DIAMINE FLUORIDE 38% ON CONTROL OF DENTAL CARIES, IN DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2021

Nguyen Thi Thu Ha*

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 09/08/2023; Accepted: 05/09/2023

ABSTRACT

Objective: The aim of the study was to evaluate effectiveness of silver diamine fluoride 38% on control of dental caries, in Duc Giang General Hospital in 2021.

Subject and method: Uncontrolled clinical trial, we evaluated outcomes according to pre-post model on 75 children with dental caries progression in primary teeth.

Results: Treatment after 3 months, 65 children (87%) had all teeth well controlled and stable; 10 children (13%) had dental caries progression, 293 decayed teeth (90.7%) were stable; 30 decayed teeth (9.3%) were progressive. The successful rate of treatment by diamine fluoride 38% after 3 months was 90.7%.

Conclusion: Silver diamine fluoride 38% was highly effective on control of dental caries in primary teeth.

Keywords: Silver diamine fluoride 38%, dental caries.

*Corresponding author
Email address: n.thuha76@yahoo.com
Phone number: (+84) 982190976
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



HIỆU QUẢ KIỂM SOÁT SÂU RĂNG SỮA CỦA SILVER DIAMINE FLUORIDE 38% TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2021

Nguyễn Thị Thu Hà*

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 09/08/2023; Ngày duyệt đăng: 05/09/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả kiểm soát sâu răng sữa của Silver diamine fluoride 38% tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2021.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng không đối chứng đánh giá kết quả theo mô hình "trước- sau", trên 75 trẻ em có ít nhất một tổn thương sâu răng sữa tiên triển.

Kết quả: Sau 3 tháng, 65 trẻ (87%) có các răng đều được kiểm soát ổn định, 10 trẻ (13%) có răng sâu ở tình trạng tiên triển; 293 răng sâu (90,7%) có tình trạng ổn định, 30 răng sâu (9,3%) tiên triển. Tỷ lệ thành công của silver diamine fluoride 38% sau 3 tháng là 90,7%.

Kết luận: Silver diamine fluoride 38% mang lại hiệu quả cao trong kiểm soát sâu răng sữa.

Từ khóa: Silver diamine fluoride 38%, sâu răng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), bệnh răng miệng đang là vấn đề sức khỏe chính của nhiều nước trên thế giới, ảnh hưởng trên gần 3,5 tỷ người trong đó hơn 2,3 tỷ người bị sâu răng vĩnh viễn và trên 530 triệu trẻ em bị sâu răng sữa [1]. Tại Mỹ, cứ 7 trẻ em trong độ tuổi từ 2 đến 8 tuổi sẽ có 1 trẻ bị sâu răng sữa không được điều trị [2]. Tại Việt nam, Trương Mạnh Dũng và cộng sự (2011) nghiên cứu 7.775 trẻ 4 - 8 tuổi 81,4% trẻ em bị sâu răng sữa [3]. Nguyễn Thị Thu Hà, Trần Thị Mỹ Hạnh (2019) nghiên cứu 293 trẻ trường mầm non Đức Giang, Long biên, Hà nội cho thấy 60,1% trẻ có sâu răng sữa [4].

Các phương pháp hàn răng truyền thống đều có giá thành tương đối cao, yêu cầu trang thiết bị nha khoa phức tạp, một đội ngũ nhân viên y tế phải được đào tạo bài bản, cần sự hợp tác rất tốt của trẻ hoặc phải làm dưới gây mê toàn thân rất tốn kém phức tạp. Do vậy chuyên ngành Răng trẻ em rất cần có một biện pháp can thiệp tạm thời, không xâm lấn, nhằm kiểm soát ức chế quá trình tiến triển của lỗ sâu trước khi bệnh nhân hội đủ điều kiện cho phép tiến hành phục hồi cả hình thể giải

phẫu và chức năng của răng tổn thương tại cơ sở khám chữa bệnh của nha sĩ.

SDF 38% là muối Silver fluoride tan trong dung dịch Ammonia với đậm độ Fluor 44.800 ppm cao gấp đôi các chế phẩm vecni Fluor (5%) hiện có trên thị trường, đã được sản xuất và sử dụng tại Nhật từ năm 1969 [5], được FDA cấp phép sản xuất và lưu hành tại Mỹ từ 8/2014. Fluoride thúc đẩy tái tạo khoáng chất, bạc hỗ trợ cho hoạt động khử khuẩn. Các nghiên cứu cho thấy có ít nhất 80% số lỗ sâu ngà được kiểm soát thành công bởi chế phẩm rẻ tiền, không xâm lấn này [6]. Tại Việt Nam, SDF 38% chỉ mới được giới thiệu lần đầu tiên vào năm 2017 và hiện tại vẫn chưa được nhiều nha sĩ biết đến và sử dụng. Trên thế giới đã có các nghiên cứu đánh giá kết quả kiểm soát sâu ngà răng sữa của SDF 38% và mức độ hài lòng của bản thân trẻ và người chăm sóc trẻ tại nhiều nước như Mỹ, Canada, Brazil, Australia, China, Cuba, Nepal, Nhật bản, Thái Lan... Tuy nhiên đến thời điểm này tại Việt nam chưa có nhiều công trình nghiên cứu về SDF 38% được tiến hành và công bố kết quả. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Hiệu quả kiểm soát sâu răng

*Tác giả liên hệ

Email: n.thuha76@yahoo.com

Điện thoại: (+84) 982190976

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

sữa của Silver diamine fluoride 38% tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2021”

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng thiết kế nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không đối chứng đánh giá kết quả theo mô hình "trước- sau"

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Địa điểm: Khoa Răng hàm mặt Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 10 năm 2021.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Trẻ em có ít nhất một tổn thương sâu răng sữa tiến triển được kiểm soát bằng SDF 38%.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Phương pháp, cách thức chọn mẫu và công thức tính cỡ mẫu được áp dụng trong nghiên cứu.

2.5. Biến số nghiên cứu: Sâu răng; số răng sâu, tác dụng phụ khi bôi SDF 38%, số lần chải răng trong ngày, kết quả kiểm soát sâu răng, kiểm soát sâu răng theo vùng răng, kích thước lỗ sâu răng.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu:

a - Khám sơ bộ lấy các bạn có ít nhất 1 tổn thương sâu răng sữa đang tiến triển có chỉ định dùng SDF 38%.

b - Gửi tới cha mẹ của trẻ bản thông tin về sản phẩm SDF 38%, thông tin về nghiên cứu, bản cam kết tự nguyện cho con tham gia nghiên cứu.

c - Kiểm tra bản cam kết đã nhận lại.

d - Nha sĩ làm toàn bộ các bước sau: Khám lâm sàng lấy thông tin vào bệnh án nghiên cứu; Làm sạch lỗ sâu bằng bông gạc hoặc chổi cước; Đeo kính bảo vệ mắt, bôi Vaseline bảo vệ môi, cách ly lưỡi và niêm mạc miệng bằng bông gòn; Đặt SDF 38% lên lỗ sâu trong 1 phút, lấy bỏ phần dư bằng bông, cách ly thêm cho đủ 3 phút; Dạy trẻ không súc miệng, không ăn uống trong ít nhất 30 phút sau bôi.

Tất cả các tổn thương sâu răng có nghi ngờ ảnh hưởng tới tủy đều bị loại trừ.

Cha mẹ trẻ được đề nghị liên lạc ngay với nghiên cứu viên nếu có bất cứ thắc mắc nào cần giải đáp hoặc tư vấn và đưa trẻ tới cơ sở y tế ngay khi có các dấu hiệu nghi ngờ.

e - Sau 1 tuần khám lại lâm sàng, bôi lại SDF 38% những tổn thương có nghi ngờ chưa đạt yêu cầu, lấy thông tin vào mẫu phiếu nghiên cứu.

f - Sau 3 tháng, khám lại lâm sàng lần cuối thu nhận thông tin. Bôi SDF 38% lần 2 cho trẻ theo thỏa thuận hợp tác nghiên cứu.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Nhập liệu bằng epidata 3.1, phân tích số liệu bằng SPSS 20.0

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức của Đại học Y Hà Nội và quy trình nghiên cứu tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

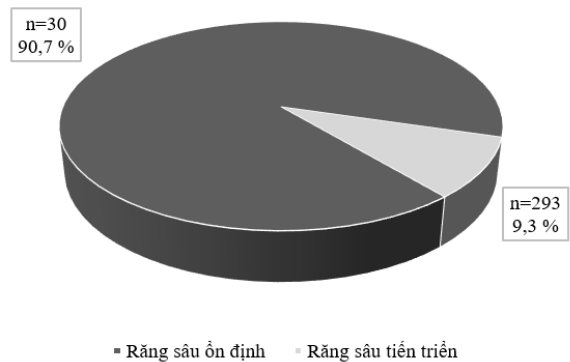
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Các tác dụng phụ sau bôi SDF 38%

| Tác dụng phụ | Có | | Không | | Tổng | |
|---------------------------|----|---|-------|-----|------|-----|
| | n | % | n | % | n | % |
| Vị đắng trong miệng | 5 | 7 | 70 | 93 | 75 | 100 |
| Đau lợi | 0 | 0 | 75 | 100 | 75 | 100 |
| Sưng lợi | 0 | 0 | 75 | 100 | 75 | 100 |
| Nốt kích ứng màu trắng | 1 | 1 | 74 | 99 | 75 | 100 |
| Mùi kim loại gây khó chịu | 0 | 0 | 75 | 100 | 75 | 100 |
| Buồn nôn, nôn | 1 | 1 | 74 | 99 | 75 | 100 |

Tác dụng phụ vị đắng trong miệng chiếm tỷ lệ cao nhất (7%), nốt kích ứng màu trắng và buồn nôn, nôn chiếm 1%.

Biểu đồ 1. Kết quả kiểm soát sâu răng sau 6 tháng.



Trong tổng số 323 răng nghiên cứu, sau 3 tháng có:

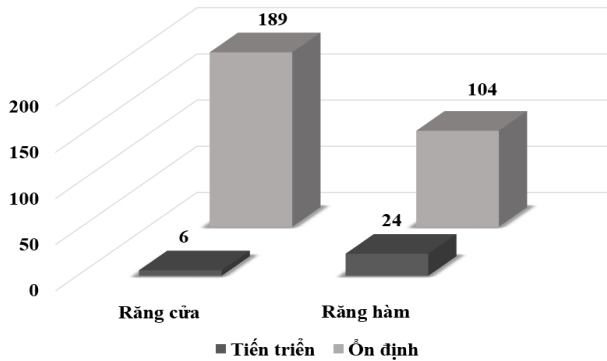
30 răng có lỗ sâu ở tình trạng tiến triển, chiếm 9,3%; 293 răng có lỗ sâu được kiểm soát ở trạng thái ổn định, chiếm 90,7%.

Bảng 2. Kết quả kiểm soát sâu răng theo vùng

| Kết quả | Răng cửa | | Răng hàm | | Tổng | |
|------------|----------|------|----------|------|------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Ổn định | 189 | 96,9 | 104 | 81,2 | 293 | 90,7 |
| Tiến triển | 6 | 3,1 | 24 | 18,8 | 30 | 9,3 |
| Tổng | 195 | 100 | 128 | 100 | 323 | 100 |

Nhận xét: Trong 195 răng sâu vùng cửa có 6 răng có lỗ sâu tiến triển chiếm tỷ lệ 3,1% và 189 răng ổn định chiếm tỷ lệ 96,9%. Trong 128 răng sâu vùng răng hàm có 24 răng có lỗ sâu tiến triển chiếm tỷ lệ 18,8% và 104 răng ổn định chiếm tỷ lệ 81,2%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,01$. OR = 7,269; 95% CI: 2,879-18,351

Biểu đồ 2. Kết quả kiểm soát sâu răng theo vùng



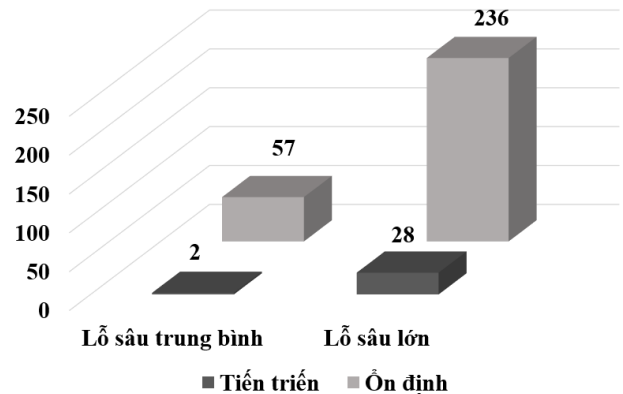
Kết quả kiểm soát sâu răng số răng cửa ổn định 189, tiến triển 6; răng hàm ổn định 104, tiến triển 24.

Bảng 3. Kết quả kiểm soát sâu răng theo kích thước lỗ sâu

| Kết quả | Kích thước Trung bình | | Kích thước lớn | | Tổng | |
|------------|-----------------------|------|----------------|------|------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Ổn định | 57 | 96,6 | 236 | 89,4 | 293 | 90,7 |
| Tiến triển | 2 | 3,4 | 28 | 10,6 | 30 | 9,3 |
| Tổng | 59 | 100 | 264 | 100 | 323 | 100 |

Trong 59 răng sâu kích thước trung bình có 57 răng ở tình trạng ổn định chiếm tỷ lệ 96,6%, 2 răng tiến triển thuộc về trẻ không chịu đánh răng. Trong 264 răng sâu kích thước lớn có 236 răng tình trạng ổn định chiếm 89,4%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$.

Biểu đồ 3. Kết quả kiểm soát sâu răng theo kích thước lỗ sâu



Kết quả kiểm soát lỗ sâu lớn ổn định 236, tiến triển 28; kiểm soát lỗ sâu trung bình ổn định 57 và tiến triển 2.

Bảng 4. Kết quả kiểm soát sâu răng theo số lần chải răng trong ngày

| Kết quả | Chải răng 2 lần mỗi ngày | | Chải răng dưới 2 lần mỗi ngày | | Tổng | |
|------------|--------------------------|------|-------------------------------|------|------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Ổn định | 267 | 91,8 | 26 | 81,2 | 293 | 90,7 |
| Tiến triển | 24 | 8,2 | 6 | 18,8 | 30 | 9,3 |
| Tổng | 291 | 100 | 32 | 100 | 323 | 100 |

Kết quả 267/291 răng sâu của trẻ chải răng 2 lần/ ngày ổn định (91,8%); 26/32 răng sâu của trẻ chải răng dưới 2 lần/ngày ổn định (81,2%); Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$.

Bảng 5. Kết quả kiểm soát sâu răng sau 3 tháng theo số răng sâu có trong miệng trẻ tại thời điểm bắt đầu

| Số răng sâu trong miệng | Số trẻ mắc | Số răng sâu ổn định | | Số răng sâu tiến triển | | Tổng số răng sâu | |
|-------------------------|------------|---------------------|-----|------------------------|---|------------------|-----|
| | | n | % | n | % | n | % |
| 1 | 6 | 6 | 100 | 0 | 0 | 6 | 100 |
| 2 | 10 | 20 | 100 | 0 | 0 | 20 | 100 |
| 3 | 15 | 45 | 100 | 0 | 0 | 45 | 100 |
| 4 | 12 | 48 | 100 | 0 | 0 | 48 | 100 |

| Số răng sâu trong miệng | Số trẻ mắc | Số răng sâu ổn định | | Số răng sâu tiến triển | | Tổng số răng sâu | |
|-------------------------|------------|---------------------|------|------------------------|------|------------------|-----|
| | | n | % | n | % | n | % |
| 5 | 10 | 48 | 96 | 2 | 4 | 50 | 100 |
| 6 | 11 | 60 | 90,1 | 6 | 9,9 | 66 | 100 |
| 7 | 4 | 23 | 82,1 | 5 | 17,9 | 28 | 100 |
| 8 | 5 | 31 | 77,5 | 9 | 22,5 | 40 | 100 |
| 10 | 2 | 12 | 60 | 8 | 40 | 20 | 100 |
| Tổng | 75 | 293 | 90,7 | 30 | 9,3 | 323 | 100 |

Số răng sâu có trong miệng trẻ khi bắt đầu nghiên cứu tối thiểu là 1, tối đa là 10 răng. Sau 6 tháng, tất cả 43 trẻ em có số răng sâu trong miệng ban đầu ≤ 4 đều không bị răng nào sâu tiến triển; 10/32 trẻ trong miệng có trên 4 răng sâu bị sâu răng tiến triển.

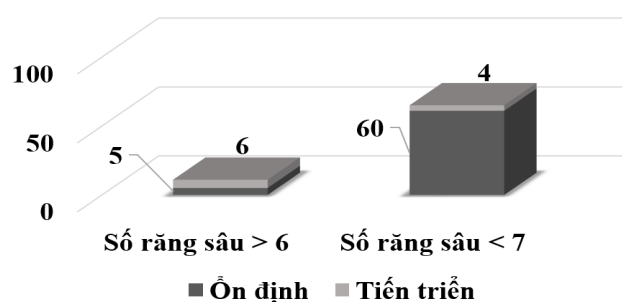
Bảng 6. Kết quả kiểm soát sâu răng theo số răng sâu trong miệng

| Kết quả | Số răng sâu trong miệng > 6 | | Số răng sâu trong miệng ≤ 6 | | Tổng | |
|------------|-----------------------------|-----|----------------------------------|------|------|-----|
| | n | % | n | % | n | % |
| Ổn định | 66 | 75 | 227 | 96,6 | 293 | 97 |
| Tiến triển | 22 | 25 | 8 | 3,4 | 30 | 3 |
| Tổng | 88 | 100 | 235 | 100 | 323 | 100 |

Kết quả 227/235 răng sâu của trẻ có ≤ 6 răng sâu trong miệng đều ở trạng thái ổn định, chiếm 96,6%; 66/88 răng sâu của trẻ có > 6 răng sâu trong miệng ở trạng thái

ổn định chiếm tỷ lệ 75%. Còn lại 22 răng sâu tiến triển chiếm 25%. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$, OR = 9,458; 95% CI: 4,025 – 22,226.

Biểu đồ 4. Kết quả kiểm soát sâu răng theo số răng sâu trong miệng



Kết quả cho thấy 5/11 trẻ có số răng sâu trong miệng > 6 có các lỗ sâu ổn định chiếm 45,5%; 60/64 trẻ có số răng sâu ≤ 6 có các lỗ sâu ổn định chiếm 94%; $P < 0,001$, OR = 18,3; 95% CI: 3,848 – 87,038.

Bảng 7. Kết quả kiểm soát sâu răng sau 3 tháng theo tình trạng hoạt động của tổn thương ban đầu

| Tình trạng hoạt động của lỗ sâu | | Sau 3 tháng | | | | | |
|---------------------------------|------------|-------------|------|------------|------|------|-----|
| | | Ổn định | | Tiến triển | | Tổng | |
| | | n | % | n | % | n | % |
| Khởi điểm | Ổn định | 203 | 96,2 | 8 | 3,8 | 211 | 100 |
| | Tiến triển | 90 | 80,4 | 22 | 19,6 | 112 | 100 |
| | Tổng | 293 | 90,7 | 30 | 9,3 | 323 | 100 |

Kết quả cho thấy 90/112 Răng sâu từ tình trạng tiến triển ban đầu chuyển sang tình trạng ổn định, chiếm 80,4%; 203/211 Răng sâu ổn định ban đầu vẫn giữ nguyên trạng thái ổn định, chiếm 96,2%; Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$, OR = 6,203; 95% CI: 2,661 -14,460.

4. BÀN LUẬN

* Tác dụng không mong muốn của SDF 38%

Trong số 75 trẻ tham gia nghiên cứu, có 5 cháu (7%) thấy có vị đắng trong miệng lúc bôi nhưng không khó chịu nhiều, ngói dậy súc miệng ngay. Cả 5 trường hợp này đều xảy ra khi bôi SDF 38% vào răng hàm dưới.

Nguyên nhân do răng hàm dưới nằm thấp sát lưỡi, trong lúc bôi lưỡi động đập nhiều gây xô lệch bong cách ly, lưỡi ướt chạm vào lỗ sâu vừa bôi SDF nên thấy đắng. Những ca này các cháu súc miệng cho hết đắng xong chúng tôi đều cho lau khô cách ly răng cẩn thận và bôi lại lần nữa ngay. Các cháu đều hợp tác tốt. Tỷ lệ trẻ thấy vị khó chịu trong nghiên cứu của Rutchada Kittiprawong là 5% [8].

Không có cháu nào bị đau lợi hay sung lợi. Trong nghiên cứu của Rutchada Kittiprawong 15% cha mẹ báo trẻ có đau và 9% trẻ có sung lợi, tuy nhiên không có phản hồi chính xác xem đau và sung lợi có do nguyên nhân từ răng và tổ chức quanh răng hay không [8].

Vết kích ứng màu trắng có 1 ca (1%) tại lợi hàm trên mặt má giữa 2 răng có lỗ sâu mặt bên giáp nhau, tự hết sau 3 ngày, không đau, không sung. Nguyên nhân do thao tác chạm đầu tăm bông vào thành khay nhựa cho chảy bột dung dịch SDF 38% dư trước khi áp vào lỗ sâu chưa được thực hiện thích đáng, SDF dư tràn xuống lợi nhiều gây kích ứng. Tỷ lệ trẻ có kích ứng lợi trong nghiên cứu của Rutchada Kittiprawong 79 là 10%, tỷ lệ này cao có thể do thao tác kỹ thuật của nghiên cứu viên chưa thực sự hoàn hảo, lượng dung dịch SDF 38% đưa vào miệng dư nhiều nên chảy tràn ra lợi gây kích ứng.

Không có ca nào thấy khó chịu vì mùi kim loại trong miệng.

Có 1 trẻ thấy buồn nôn chiếm 1% trong lúc bôi SDF 38%. Cháu là trẻ dễ bị ọe khan, nôn khi ở nhà. Tư thế nằm ngửa, há miệng, có bong sát lưỡi làm cháu khó chịu. Tỷ lệ trẻ bị nôn trong nghiên cứu của Rutchada Kittiprawong là 2% [8].

*** Kết quả chung sau 3 tháng**

Nghiên cứu được tiến hành trên 323 răng của 75 trẻ. Sau 3 tháng, 65 trẻ có 100% các răng đều được kiểm soát trong trạng thái ổn định chiếm tỷ lệ 87%. Chỉ có 10 trẻ có răng sâu ở tình trạng tiến triển chiếm tỷ lệ 13%. 293 răng sâu giữ trong tình trạng ổn định chiếm 90,7%, 30 răng sâu tiến triển chiếm 9,3%. Như vậy tỷ lệ thành công của SDF 38% sau 3 tháng là 90,7%. Kết quả này của chúng tôi tương tự với kết quả của Zhi năm 2012 nghiên cứu trên 239 trẻ mầm non với tỷ lệ thành công là 91% [7].

*** Kết quả kiểm soát sâu răng theo vị trí lỗ sâu.**

Trong 195 răng sâu vùng cửa có 3 răng sâu tiến triển chiếm tỷ lệ 3,1% và 189 răng ổn định chiếm tỷ lệ 96,9%. Trong 128 răng sâu vùng răng hàm có 24 răng có lỗ sâu tiến triển chiếm tỷ lệ 18,8% và 104 răng ổn định chiếm tỷ lệ 81,2%. Tỷ lệ thành công của vùng răng cửa cao hơn hẳn vùng răng hàm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,01$. OR = 7,269; 95% CI: 2,879-18,351

Nghiên cứu của M.H.T. Fung trên 222 trẻ mầm non tại Hong Kong năm 2009-2010 cho thấy tỷ lệ thành công tại thời điểm 24 tháng là 86,58% cho vùng răng cửa cao hơn tỷ lệ thành công 61,68% của vùng răng hàm. Tại thời điểm 30 tháng tỷ lệ thành công là 85,9% vùng răng cửa cao hơn tỷ lệ 60,65% của vùng răng hàm [9].

Răng hàm nằm sâu trong miệng sát thành họng, có hình thể giải phẫu nhiều múi rãnh, dễ rất đọng thức ăn, khó chải răng sạch, khó quan sát kiểm tra hơn các răng vùng

cửa phía trước. Do đó việc giữ gìn vệ sinh răng hàm gặp nhiều khó khăn hơn răng cửa, nguy cơ thất bại sẽ cao hơn.

*** Kết quả kiểm soát sâu răng theo kích thước lỗ sâu**

Trong 59 răng sâu kích thước trung bình có 57 răng ở tình trạng ổn định chiếm tỷ lệ 96,6%, 2 răng tiến triển thuộc về trẻ không chịu đánh răng. Trong 264 răng sâu kích thước lớn có 236 răng tình trạng ổn định chiếm 89,4%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$.

Nghiên cứu của M.H.T. Fung cho thấy nhóm các lỗ sâu kích thước lớn (rộng hơn 1/2 chiều gần xa và hơn 1/3 chiều trong ngoài) trên mặt nhai vùng răng hàm bị phủ kín bởi mảng bám quan sát được bằng mắt thường có tỷ lệ thất bại cao hơn hẳn các răng còn lại với $P < 0,001$ [9]. Nhưng trong mẫu nghiên cứu này của chúng tôi không có các răng vỡ lớn rất đọng nhiều thức ăn như vậy, các răng vỡ lớn nguy cơ hỏng tùy không được lựa chọn.

*** Kết quả kiểm soát sâu răng theo số lần chải răng trong ngày.**

Nghiên cứu cho thấy 267/291 răng sâu của trẻ chải răng 2 lần/ ngày ở tình trạng ổn định (91,8%); 26/32 răng sâu của trẻ chải răng dưới 2 lần/ngày ở tình trạng ổn định (81,2%). Sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Nguyên nhân của tình trạng này là do với nhóm trẻ đánh răng 2 lần/ ngày, buổi sáng các con đều đánh răng khi vừa ngủ dậy, chưa ăn sáng. Hàm răng lại bám thức ăn bản ngay lập tức sau bữa sáng. Như vậy lần đánh răng sáng này không có hiệu quả gì nhiều hơn so với nhóm trẻ chỉ đánh răng 1 lần mỗi ngày sau bữa tối. Lỗi đánh răng trước bữa sáng này là thói quen của nhiều người lớn, không chỉ riêng trẻ em. Hay nói cách khác, trẻ em chỉ là học hỏi, làm theo hành động của người lớn trong gia đình.

*** Kết quả kiểm soát sâu răng theo số răng sâu trong miệng**

5/11 trẻ có số răng sâu trong miệng > 6 có các lỗ sâu ổn định chiếm 45,5%. 60/64 trẻ có số răng sâu ≤ 6 có các lỗ sâu ổn định chiếm 94%. $P < 0,001$; OR = 18,3; 95% CI: 3,848 – 87,038. Khi số răng sâu trong miệng từ 7 răng trở lên, số trẻ hoàn toàn không có răng sâu nào tiến triển chỉ đạt còn gần 1/2. Tỷ lệ này tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Peter Milgrom năm 2018 tại bang Oregon, Mỹ. Trong nghiên cứu của Peter, chỉ có 51,7% số trẻ trong nghiên cứu có 100% các răng sâu được kiểm soát trong trạng thái ổn định [10].

227/235 răng sâu của trẻ có ≤ 6 răng sâu trong miệng đều ở trạng thái ổn định, chiếm 96,6%. 66/88 răng sâu của trẻ có > 6 răng sâu trong miệng ở trạng thái ổn định chiếm tỷ lệ 75%. Còn lại 22 răng sâu tiến triển chiếm

25%. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. OR = 9,458; 95% CI: 4,025 – 22,226. Như vậy khi trẻ có trên 6 răng sâu trong miệng thì nguy cơ có 1/4 số răng sâu không kiểm soát được, sẽ tiến triển nặng lên dù đã được xử lý bằng SDF 38%.

Điều này cho thấy ngay khi hội đủ các điều kiện cho phép ví dụ như trẻ hợp tác tốt hơn ... cha mẹ nên đưa con đi hàn răng. SDF 38% là biện pháp điều trị thay thế tạm thời đơn giản, dễ dàng, phạm vi áp dụng rộng rãi, có tác dụng ức chế sâu răng khá tốt nhưng không phải là lựa chọn Tốt tuyệt đối. Quan điểm điều trị hợp lý nhất là dùng rộng rãi SDF 38% để ức chế lỗ sâu trong giai đoạn chờ đợi hội đủ điều kiện cho phép tiến hành điều trị toàn diện cho trẻ như hàn răng, làm chụp tiền chế...

*** Kết quả kiểm soát sâu răng sau 3 tháng theo tình trạng hoạt động của tổn thương ban đầu.**

90/112 Răng sâu từ tình trạng tiến triển ban đầu chuyển sang tình trạng ổn định, chiếm 80,4%. 203/211 Răng sâu ổn định ban đầu vẫn giữ nguyên trạng thái ổn định, chiếm 96,2%. Từ 112 răng sâu tiến triển trong số 323 răng tại thời điểm khởi đầu nghiên cứu giảm xuống còn 30 răng sau 3 tháng sử dụng SDF 38%. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. OR = 6,203; 95% CI: 2,661 -14,460.

Như vậy, với các lỗ sâu tiến triển, 3 tháng sau bôi SDF 38%, có tới 19,6% thất bại. Điều này cho thấy các nha sĩ cần lưu ý khi sử dụng SDF 38% cho các tổn thương đang trong trạng thái tiến triển cần tuân thủ nghiêm theo khuyến cáo của Mỹ: Kiểm tra và bôi lại SDF 38% nếu cần thiết ngay sau bôi lần 1 từ 1-2 tuần; tiếp theo kiểm tra và bôi lại SDF 38% sau 3 tháng; sau đó nhắc lại định kỳ 6 tháng/ lần cho đến khi thay răng hoặc răng được trám kín.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không đối chứng đánh giá kết quả theo mô hình "trước- sau", trên 75 trẻ em có ít nhất một tổn thương sâu răng sữa tiến triển nhằm đánh giá hiệu quả kiểm soát sâu răng sữa của Silver diamine fluoride 38% tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2021.

Kết quả sau 3 tháng, 65 trẻ (87%) có các răng đều được kiểm soát ổn định, 10 trẻ (13%) có răng sâu ở tình trạng tiến triển; 293 răng sâu (90,7%) có tình trạng ổn định, 30 răng sâu (9,3%) tiến triển. Tỷ lệ thành công của silver diamine fluoride 38% sau 3 tháng là 90,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] World Health Organization, "Oral health," 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health> (accessed Jul. 09, 2023).

[2] B. A. Dye, G. Thornton-Evans, X. Li, and T. J. Iafolla, "Dental caries and sealant prevalence in children and adolescents in the United States, 2011-2012," NCHS Data Brief, no. 191, pp. 1–8, Mar. 2015.

[3] Trương Mạnh Dũng, Vũ Mạnh Tuấn, "Thực trạng bệnh răng miệng và một số yếu tố liên quan ở trẻ 4-8 tuổi tại 5 tỉnh thành của Việt Nam năm 2010," Tạp chí Y học Thực hành, vol. 97 (12), pp. 56–59, 2011.

[4] Nguyễn Thị Thu Hà, Trần Thị Mỹ Hạnh, "Nghiên cứu thực trạng sâu răng trên trẻ 4-6 tuổi tại trường mầm non Đức Giang, Long Biên, Hà Nội," Tạp chí Y học Thực hành, vol. 1141 (7), 2020.

[5] A. Rosenblatt, T. C. M. Stamford, and R. Niederman, "Silver diamine fluoride: a caries 'silver-fluoride bullet,'" J. Dent. Res., vol. 88, no. 2, pp. 116–125, Feb. 2009, doi: 10.1177/0022034508329406.

[6] R. J. Wilding and C. S. Solomon, "Arrested caries: a review of the repair potential of the pulp-dentine," J. Dent. Assoc. South Afr. Tydskr. Van Tandheelkd. Ver. Van Suid-Afr., vol. 51, no. 12, pp. 828–833, Dec. 1996.

[7] Q. H. Zhi, E. C. M. Lo, and H. C. Lin, "Randomized clinical trial on effectiveness of silver diamine fluoride and glass ionomer in arresting dentine caries in preschool children," J. Dent., vol. 40, no. 11, pp. 962–967, Nov. 2012, doi: 10.1016/j.jdent.2012.08.002.

[8] R. Kittiprawong, K. Kitsahawong, W. Pitiphat, A. Dasanayake, and P. Pungchanchaikul, "Parent-Child Satisfaction and Safety of Silver Diamine Fluoride and Fluoride Varnish Treatment," Jan. 2018.

[9] M. H. T. Fung, D. Duangthip, M. C. M. Wong, E. C. M. Lo, and C. H. Chu, "Randomized Clinical Trial of 12% and 38% Silver Diamine Fluoride Treatment," J. Dent. Res., vol. 97, no. 2, pp. 171–178, Feb. 2018, doi: 10.1177/0022034517728496.

[10] P. Milgrom et al., "Topical silver diamine fluoride for dental caries arrest in preschool children: A randomized controlled trial and microbiological analysis of caries associated microbes and resistance gene expression," J. Dent., vol. 68, pp. 72–78, Jan. 2018, doi: 10.1016/j.jdent.2017.08.015.



PRACTICAL SKILLS OF ECG RECORDING PROCEDURE AND KNOWLEDGE OF RECOGNIZING SOME ABNORMAL ECG WAVES OF NURSES AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2022

Duong Thi Ha Anh*, Vu Thi Duyen,
Ngo Thi Lan Trang, Bui Thi Hong My, Nguyen Thu Trang

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 03/08/2023; Accepted: 28/08/2023

ABSTRACT

Objective: Describe the skills of practicing the ECG recording process and the knowledge to recognizing some abnormal electrocardiogram waves of nurses at Duc Giang General Hospital in 2022.

Subjects and methods: Cross-sectional description, over 38 nurses in 2 departments of Emergency and Functional Exploration who take responsibility for directly recording electrocardiograms for patients, conducted from April to October 2022 at Duc Giang General Hospital.

Results: The percentage of nurses who properly practice the electrocardiogram procedure is 84.2% (in which, the Emergency Department is 82.1% and the Functional Exploration Department is 90.0%); 39.5% of nurses have a total score of knowledge of recognizing some abnormal ECG waves 7.5 points (In which, the Emergency Department is 42.9% and the Functional Investigation Department is 30.0%). The rate of correctly recognizing signs of ST-segment elevation myocardial infarction on the electrocardiogram was 73.7% (In which, the Emergency Department was 82.1% and the Department of Functional Exploration was 50.0%) with $p < 0.05$.

Conclusion: The skill of practicing the ECG recording procedure and the knowledge of recognizing some abnormal ECG waves of the nurses at Duc Giang General Hospital are at an average level. The hospital should organize training sessions to improve the knowledge of electrocardiograms for other departments in the hospital. Regularly supervise and check the practice of nursing electrocardiogram recording procedures; Thereby, contributing to improving the quality of examination and treatment for patients.

Keywords: Electrocardiogram, knowledge, skills, nursing, Duc Giang General Hospital.

*Corresponding author
Email address: duonghaanh1993@gmail.com
Phone number: (+84) 962944678
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

KỸ NĂNG THỰC HÀNH QUY TRÌNH GHI ĐIỆN TÂM ĐỒ VÀ KIẾN THỨC NHẬN BIẾT MỘT SỐ SÓNG ĐIỆN TIM BẤT THƯỜNG CỦA ĐIỀU DƯỠNG BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2022

Dương Thị Hà Anh*, Vũ Thị Duyên,
Ngô Thị Lan Trang, Bùi Thị Hồng Mỹ, Nguyễn Thu Trang

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 03/08/2023; Ngày duyệt đăng: 28/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kỹ năng thực hành quy trình ghi điện tâm đồ và kiến thức nhận biết một số sóng điện tim bất thường của điều dưỡng Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2022.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, trên 38 điều dưỡng tại 2 khoa Cấp cứu và Thăm dò chức năng có nhiệm vụ trực tiếp ghi điện tâm đồ cho người bệnh, được tiến hành từ tháng 04 – 10/2022 tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Kết quả: Tỷ lệ điều dưỡng thực hành đúng quy trình điện tâm đồ là 84,2% (Trong đó, Khoa Cấp cứu là 82,1% và Khoa Thăm dò chức năng là 90,0%); 39,5% điều dưỡng có tổng điểm kiến thức nhận biết một số sóng điện tim bất thường $\geq 7,5$ điểm (Trong đó, Khoa Cấp cứu là 42,9% và Khoa Thăm dò chức năng 30,0%). Tỷ lệ nhận biết đúng dấu hiệu nhồi máu cơ tim ST chênh lên trên điện tâm đồ là 73,7% (Trong đó, Khoa Cấp cứu là 82,1% và Khoa Thăm dò chức năng là 50,0%) với $p < 0,05$.

Kết luận: Kỹ năng thực hành quy trình ghi điện tâm đồ và kiến thức nhận biết một số sóng điện tim bất thường của điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang đang ở mức trung bình. Bệnh viện cần tổ chức các buổi đào tạo để nâng cao kiến thức về điện tâm đồ cho khác khoa trong bệnh viện. Thường xuyên giám sát, kiểm tra việc thực hành quy trình ghi điện tâm đồ của điều dưỡng; Qua đó, góp phần nâng cao chất lượng khám và điều trị cho người bệnh.

Từ khóa: Điện tâm đồ, kiến thức, kỹ năng, điều dưỡng, Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điện tâm đồ (Electrocardiogram - ECG) là một đường cong, đồ thị tuần hoàn, ghi lại các biến thiên của các điện lực do tim phát ra trong một hoạt động cơ bóp [1]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, hiện nay tỷ lệ người bệnh mắc bệnh tim mạch có xu hướng ngày càng tăng [7]. Do đó, cơ sở y tế khám chữa bệnh phải sàng lọc và tầm soát các người bệnh có yếu tố nguy cơ mắc các bệnh tim mạch [6]. Đối với điều dưỡng - người trực tiếp thực hiện quy trình ghi điện tâm đồ nếu có kỹ năng thực hành và kiến thức tốt sẽ giúp các bác sĩ đọc kết quả có độ

chính xác cao hơn hay có thể tham gia cấp cứu ngay lập tức khi cần thiết [3]. Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy, tỷ lệ điều dưỡng có kỹ năng thực hành đạt yêu cầu quy trình ghi điện tâm đồ khoảng 50-75%; tỷ lệ điều dưỡng phát hiện ra những điện tim bất thường khoảng 46- 81,2% [4],[5],[6].

Bệnh viện đa khoa Đức Giang là bệnh viện Hạng I của Sở y tế Hà Nội, mỗi ngày tiếp nhận khám chữa bệnh trung bình khoảng 2000 lượt người bệnh ngoại trú và khoảng 800 lượt người bệnh điều trị nội trú; trong đó, có khoảng hơn 200 lượt người bệnh có chỉ định thực

*Tác giả liên hệ
Email: duonghaanh1993@gmail.com
Điện thoại: (+84) 962944678
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

hiện quy trình ghi điện tâm đồ và hầu hết được thực hiện tại Khoa Cấp cứu và Khoa Thăm dò chức năng. Nhằm tìm hiểu kỹ năng thực hành quy trình ghi điện và kiến thức nhận biết một số sóng bất thường của điều dưỡng tại bệnh viện đang ở mức độ như thế nào? Góp phần hỗ trợ tốt cho chẩn đoán bệnh và cứu chữa cho người bệnh kịp thời, đồng thời nâng cao chất lượng dịch vụ, tăng cường sự hài lòng của người bệnh. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Kỹ năng thực hành quy trình ghi điện tâm đồ và kiến thức nhận biết một số sóng điện tim bất thường của điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2022”. Với 2 mục tiêu:

- *Mô tả kỹ năng thực hành quy trình ghi điện tâm đồ của điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2022.*

- *Mô tả kiến thức nhận biết một số sóng điện tim bất thường khi thực hành quy trình ghi điện tâm đồ của điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2022.*

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ tháng 04 – 10/2022 tại Khoa Cấp Cứu và Khoa Thăm Dò Chức Năng - Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Toàn bộ Điều dưỡng Khoa Cấp Cứu và Khoa Thăm Dò Chức Năng hàng ngày được phân công nhiệm vụ ghi điện tim cho người bệnh tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang. Ngoại trừ: (i) Điều dưỡng không tự nguyện tham gia nghiên cứu; (ii) Điều dưỡng đang đi học, nghỉ thai sản, nghỉ phép dài hạn tại thời điểm thu thập số liệu.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Trong thời gian thu thập số liệu đã chọn mẫu thực hành của 38 điều dưỡng đang làm việc tại 2 Khoa Cấp Cứu và Khoa Thăm Dò Chức Năng ghi điện tâm đồ cho người bệnh thỏa mãn tiêu chí lựa chọn đã đưa vào nghiên cứu.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Bộ câu hỏi được xây dựng dựa trên công cụ đo lường thực hành quy trình ghi điện tâm đồ và kỹ năng nhận biết được một số sóng điện tim bất thường theo nghiên cứu của tác giả Nabil Malk và cộng sự [5], tác giả Rahimpour và cộng sự (2021) [6] và Quy trình Hướng dẫn thực hành ghi điện tâm đồ đang được áp dụng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Giá trị và độ tin cậy của bộ câu hỏi được tác giả

Rahimpour và cộng sự (2021) đánh giá Alpha Cronbach là 0,71 đã đạt được [6] và thông qua cho thấy bộ công cụ có giá trị sử dụng tốt.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được tổng hợp, làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0. Mức điểm Thang điểm đánh giá nội dung thực hành quy trình ghi điện tim và kiến thức nhận biết được một số sóng điện tim bất thường với tổng 10 điểm (Trường hợp mắc sai điện cực sẽ bị đánh không đạt toàn bộ phần đánh giá) nếu $\geq 7,5$ điểm: Đạt; $<7,5$ điểm: Không đạt [5], [6].

3. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm | | Khoa Thăm dò chức năng n (%) | Khoa Cấp cứu n (%) | Trung bình n (%) |
|---------------------|----------------|------------------------------|--------------------|------------------|
| Giới | Nữ | 9 (90,0) | 14 (50,0) | 23 (60,5) |
| | Nam | 1 (10,0) | 14 (50,0) | 15 (39,5) |
| Kinh nghiệm | < 5 năm | 1 (10,0) | 2 (7,1) | 3 (7,9) |
| | 5- 10 năm | 3 (30,0) | 13 (46,4) | 16 (42,1) |
| | > 10 năm | 6 (60,0) | 13 (46,4) | 19 (50,0) |
| Trình độ chuyên môn | Đại học | 5 (50,0) | 5 (17,8) | 10 (26,3) |
| | Cao đẳng | 5 (50,0) | 23 (82,2) | 28 (73,7) |
| Tuổi | ≤ 35 tuổi | 3 (30,0) | 10 (35,7) | 21 (55,3) |
| | > 35 tuổi | 7 (70,0) | 18 (64,2) | 17 (44,7) |

Nhận xét: Nghiên cứu được thực hiện trên 38 điều dưỡng đang làm việc tại Khoa Cấp Cứu và Khoa Thăm Dò Chức Năng có nhiệm vụ ghi điện tâm đồ cho người bệnh tại BVĐK Đức Giang cho kết quả như sau: Điều dưỡng nữ giới tỷ lệ là 60,5%; có ½ (50%) điều dưỡng có kinh nghiệm làm việc >10 năm; Điều dưỡng có trình độ Cao đẳng là 73,7% và 55,3% điều dưỡng có độ tuổi ≤ 35 tuổi.

3.2. Kỹ năng thực hành quy trình ghi điện tâm đồ

Bảng 2. Tỷ lệ điều dưỡng thực hiện đúng quy trình ghi điện tim

| Khoa | Tổng (%) | Đạt (%) | Chưa đạt (%) |
|------------------------|----------|-----------|--------------|
| Khoa cấp cứu | 28 (100) | 23 (82,1) | 5 (17,9) |
| Khoa thăm dò chức năng | 10 (100) | 9 (90,0) | 1 (10,0) |
| Chung | 38 (100) | 32 (84,2) | 6 (15,8) |
| p | p < 0,05 | | |

Nhận xét: Tỷ lệ thực hiện đúng quy trình điện tim ở cả 2 khoa chiếm 84,2%. Tỷ lệ thực hiện quy trình ghi điện tim đạt tại Khoa cấp cứu: là 82,1% và Khoa thăm dò chức năng đạt là 90%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Bảng 3. Tỷ lệ điều dưỡng thực hiện đúng quy trình ghi điện tim

| Trình độ | Tổng | Đạt (%) | Chưa đạt (%) |
|----------|----------|-----------|--------------|
| Đại học | 10 (100) | 9 (90) | 1(10) |
| Cao đẳng | 28 (100) | 23 (82,1) | 5 (17,9) |
| p | p > 0,05 | | |

Nhận xét: Tỷ lệ điều dưỡng thực hiện đúng quy trình ghi điện tim ở cả 2 trình độ tương đối cao trên 80%. Tuy nhiên sự khác biệt giữa 2 nhóm chưa cho thấy có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

3.3. Kiến thức nhận biết một số sóng điện tim bất thường

Bảng 4. Tỷ lệ điều dưỡng nhận biết rung nhĩ trên điện tâm đồ

| Khoa | Số lượng | Đúng (%) | Sai (%) |
|------------------------|----------|-----------|----------|
| Khoa Cấp Cứu | n = 28 | 24 (85,7) | 4 (14,3) |
| Khoa thăm dò chức năng | n = 10 | 8 (80) | 2 (20) |
| Chung | n = 38 | 32 (84,2) | 6 (15,7) |
| p | p > 0,05 | | |

Nhận xét: Tỷ lệ nhận biết đúng sóng rung nhĩ trên điện tâm đồ chung là 84,2%. Tỷ lệ nhận biết đúng sóng điện tim rung nhĩ tại Khoa Cấp cứu là 85,7% và Khoa Thăm dò chức năng 80%. Tuy nhiên sự khác biệt giữa 2 khoa chưa có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Bảng 5. Tỷ lệ điều dưỡng nhận biết dấu hiệu nhồi máu cơ tim có ST chênh lên trên điện tâm đồ

| Khoa | Số lượng | Đúng (%) | Sai (%) |
|------------------------|----------|-----------|-----------|
| Khoa Cấp cứu | n = 28 | 23 (82,1) | 5 (17,9) |
| Khoa Thăm dò chức năng | n = 10 | 5 (50,0) | 5 (50) |
| Chung | n = 38 | 28 (73,7) | 10 (26,3) |
| p | p < 0,05 | | |

Nhận xét: Tỷ lệ nhận biết đúng dấu hiệu nhồi máu cơ tim ST chênh lên trên điện tâm đồ chung là 73,7%. Tỷ lệ điều dưỡng nhận biết đúng dấu hiệu nhồi máu cơ tim ST chênh lên Khoa Cấp cứu là 82,1% và Khoa Thăm dò chức năng là 50%. Sự khác biệt giữa 2 khoa cho thấy có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Bảng 6. Tổng điểm kiến thức nhận biết một số sóng điện tim bất thường

| Khoa | Số lượng | Điểm kỹ năng (<7,5) | Điểm kỹ năng (≥7,5) |
|------------------------|----------|---------------------|---------------------|
| Khoa Cấp cứu | n = 28 | 16 (57,1) | 12 (42,9) |
| Khoa Thăm dò chức năng | n = 10 | 7 (70,0) | 3 (30,0) |
| Chung | n = 38 | 23 (60,5) | 15 (39,5) |
| p | p < 0,05 | | |

Nhận xét: Tổng điểm kiến thức nhận biết một số sóng điện tim bất thường của điều dưỡng ≥ 7,5 điểm là 39,5%. Trong đó, tỷ lệ điều dưỡng có điểm ≥ 7,5 điểm của khoa Cấp cứu là 42,9% và khoa Thăm dò chức năng 30,0%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Kỹ năng thực hành quy trình ghi điện tâm đồ

Khi tiến hành nghiên cứu trên toàn bộ nhóm điều dưỡng trực tiếp đang làm việc ở Khoa Cấp Cứu và Khoa Thăm Dò Chức Năng có nhiệm vụ ghi điện tâm đồ cho người bệnh tại BVĐK Đức Giang cho kết quả như sau: Tỷ lệ điều dưỡng thực hành đúng quy trình ghi điện tâm đồ là 80%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho cao nghiên cứu của tác giả Khunti và cộng sự (2014) (đạt tỷ lệ 50%) [4].

Trong đó, Khoa Thăm dò chức năng có tỷ lệ điều dưỡng thực hiện đúng quy trình ghi điện tâm đồ là 90% cao hơn so với khoa cấp cứu (82,1%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Điều này có thể giải thích một phần là do tại khoa cấp cứu, điều dưỡng phải làm việc với nhiều người bệnh đặc biệt với những người bệnh nặng, trong tình trạng cấp cứu, đòi hỏi ở điều dưỡng

phải làm xử lý nhanh chóng có thể dẫn đến bị sai sót trong quá trình thực hiện quy trình ghi điện tâm đồ cho người bệnh. Khoa thăm dò chức năng lượng người bệnh đến làm điện tâm đồ trong đối đa dạng ngoài các người bệnh có bệnh lý liên quan tới khám ngoại trú, khám định kỳ, còn những người bệnh nằm nội trú thông thường người bệnh có thời gian chuẩn bị cũng chu đáo hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, đây là một vấn đề mà lãnh đạo bệnh viện cần lưu tâm trong việc bố trí sắp xếp và giám sát tại các khoa trọng điểm để tránh làm ảnh hưởng tới quá trình chăm sóc và điều trị cho người bệnh.

4.2. Kiến thức nhận biết một số sóng điện tim bất thường

Kết quả cho thấy, tỷ lệ điều dưỡng có tổng điểm kiến thức nhận biết một số sóng điện tim bất thường của điều dưỡng $\geq 7,5$ điểm là 39,5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của tác giả Rahimpour và cộng sự (2021) cho kết quả là 38,1% [6] và nghiên cứu của tác giả Nabil Malk và cộng sự (2018) cho kết quả là 21,9% [5]. Trong đó, tỷ lệ điều dưỡng có Tổng điểm kiến thức nhận biết một số sóng điện tim bất thường của điều dưỡng $\geq 7,5$ điểm của Khoa Cấp cứu là 42,9% và Khoa Thăm dò chức năng 30,0%. Kết quả nghiên cứu cho thấy, kiến thức về nhận biết một số sóng điện tim bất thường của điều dưỡng hiện nay chưa cao. Đây là một điều cần lưu ý và cần có một kế hoạch triển khai ở thời gian sắp tới của các bệnh viện.

Tỷ lệ điều dưỡng nhận biết đúng điện tâm đồ nhồi máu cơ tim có ST chênh bất thường là 73,7%. Tuy nhiên, tại khoa cấp cứu điều dưỡng nhận biết đúng điện tâm đồ nhồi máu cơ tim có ST chênh lên chiếm 82,1%, trong khi ở khoa thăm dò chức năng chỉ có 50% điều dưỡng nhận biết đúng. Sự khác biệt này cho thấy có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Người bệnh nhồi máu cơ tim có ST chênh lên là một trường hợp nguy hiểm có chỉ định can thiệp cấp cứu nên điều dưỡng là người tiếp cận ban đầu cần nhận biết nhanh để sớm báo lại cho bác sĩ và có thái độ xử trí cấp cứu cho bệnh nhân. Khuyến cáo của Hội tim mạch Việt Nam (2022) dựa theo đồng thuận Hội tim mạch Châu Âu (ESC 2019 – 2022), Hội tim mạch Hoa Kỳ và Trường môn Tim Mạch Hoa Kỳ (2020 – 2022), nhồi máu cơ tim cấp được chẩn đoán xác định khi có 2 trong 3 tiêu chuẩn: lâm sàng, điện tim và men tim [2]. Do đó, phát hiện những dấu hiệu bất thường trên sóng điện tâm đồ là yếu tố quan trọng giúp chẩn đoán và chẩn đoán vị trí nhồi máu cơ tim. Vì vậy, người điều dưỡng cần thực hiện ghi điện tim một cách nhanh chóng, chính xác và đầy đủ các chuyển đạo, thậm chí làm nhiều lần để so sánh, chẩn đoán. Qua đó, chúng ta thấy điều dưỡng của 2 khoa Thăm dò chức năng và khoa cấp cứu rất cần thiết phải được tập huấn lại các kiến thức để có thể phát hiện nhanh, chính xác và có thái độ xử trí kịp thời cấp cứu người bệnh.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu Kỹ năng thực hành quy trình ghi điện tâm đồ và kiến thức nhận biết một số sóng điện tim bất thường của điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2022 như sau: Tỷ lệ điều dưỡng thực hành đúng quy trình điện tâm đồ là 84,2%. Tỷ lệ thực hiện quy trình ghi điện tim đạt tại Khoa Cấp cứu là 82,1% và Khoa Thăm dò chức năng đạt là 90%. Tổng điểm kiến thức nhận biết một số sóng điện tim bất thường của điều dưỡng $\geq 7,5$ điểm là 39,5%. Trong đó, tỷ lệ điều dưỡng có điểm $\geq 7,5$ điểm của Khoa Cấp cứu là 42,9% và Khoa Thăm dò chức năng 30,0%. Tỷ lệ nhận biết đúng dấu hiệu nhồi máu cơ tim ST chênh lên trên điện tâm đồ chung là 73,7%. Tỷ lệ điều dưỡng nhận biết đúng dấu hiệu nhồi máu cơ tim ST chênh lên Khoa Cấp cứu là 82,1% và Khoa Thăm dò chức năng là 50% ($p < 0,05$).

Từ kết quả nghiên cứu, Bệnh viện cần đào tạo cho điều dưỡng Kỹ năng thực hành quy trình ghi điện tâm đồ và kiến thức nhận biết một số sóng điện tim bất thường; Thường xuyên giám sát, kiểm tra việc thực hiện quy trình ghi điện tâm đồ của điều dưỡng tại các khoa; Qua đó, góp phần nâng cao chất lượng khám và điều trị cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Quyết định số: 1904 /QĐ-BYT Về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức- Cấp cứu và Chống độc”, ngày 30/5/2014.
- [2] Hội Tim mạch Việt Nam, Khuyến cáo của Hội tim mạch Việt Nam về Chẩn đoán và Quản lý Hội chứng động mạch vành mạn, 2022, pp: 4-7.
- [3] Bộ Y tế, Hướng dẫn thực hành 55 kỹ thuật điều dưỡng cơ bản, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, 2010, pp: 174 - 182.
- [4] Khunti, Kirti%J Health Education Journal, Accurate interpretation of the 12-lead ECG electrode placement: A systematic review, 2014, 73(5), tr. 610-623.
- [5] Nabil Malk, Rasha et al., Effect of an Education Program on Nurses Performance Regarding Electrocardiography, 2018, 9(1), tr. 38-49.
- [6] Rahimpour, Maryam et al., Electrocardiogram interpretation competency among emergency nurses and emergency medical service (EMS) personnel: A cross-sectional and comparative descriptive study, 2021, 8(4), tr. 1712-1719.
- [7] WHO, World Health Organization cardiovascular disease risk charts: Revised models to estimate risk in 21 global regions, The Lancet Global Health, 7 (10), 2019, e1332-e1345. [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(19\)30318-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(19)30318-3/fulltext).

ASSESSMENT THE TREATMENT RESULTS OF THE NASAL FRACTURES IN DUC GIANG GENERAL HOSPITAL, 2021

Pham Ngoc Tuan, Nguyen Thi Phuong Loan*, Cung Dinh Hoan

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 24/07/2023; Accepted: 30/08/2023

ABSTRACT

Objective: Evaluation initial results of treatment of simple nasal fracture in the otolaryngology department of Duc Giang General Hospital

Subjects and methods: A descriptive study on patients diagnosed with simple nasal fracture with indications for surgery at the otolaryngology department of Duc Giang General Hospital from 4/2021 to 11/2021.

Results: A total of 30 patients with primary nasal fracture alone were included in the study. 70% patients were male and most of them are 15-60 years (86.7%). The most common cause is traffic accidents, accounting for 40%, trauma 33.3%. Clinical symptoms: 100% nasal pain and bleeding, nasal asphyxia 76.7%, nasal spine deformity 26/30 (86.7%), bruising and swelling 22/30 (73.3%), painful pressure 21/30 (70%), bone scraping 5/30 (16.7%), open wounds 6/30 (20%). Primary nasal fractures type IIB accounted for the majority with 14/30 (53.8%), followed by type IIA with 7/30 (26.9%). Postoperative hospital stay for 3 days accounted for 19/30 (63.3%), patients need to stay up to 4-7 days is 11/30 (36.7%). The treatment results after 1 months were 92.9% good in breathing and smelling functions, 71.4% in aesthetics. The treatment results after 3 months were 100% good in breathing and smelling functions, 89.7% in aesthetics.

Conclusion: Fracture of the nasal is common due to traffic accidents and trauma. Simple nasal fractures are usually mild and do not affect the overall condition, the postoperative period is short After surgery, the majority of patients recovered well in terms of function and aesthetics.

Keywords: Surgery, nasal fracture.

*Corresponding author
Email address: phuongloan1192@gmail.com
Phone number: (+84) 395409311
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG CHÍNH MŨI ĐƠN THUẦN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2021

Phạm Ngọc Tuấn, Nguyễn Thị Phương Loan*, Cung Đình Hoàn

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 24/07/2023; Ngày duyệt đăng: 30/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả hình thái lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của gãy xương chính mũi. (2) Kết quả điều trị gãy xương chính mũi tại khoa tai mũi họng Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả trên các bệnh nhân được chẩn đoán gãy xương chính mũi có chỉ định phẫu thuật tại khoa tai mũi họng Bệnh viện đa khoa Đức Giang, chọn mẫu thuận tiện thời gian từ tháng 4/2021 đến tháng 11/2021.

Kết quả: Tổng cộng có 30 bệnh nhân gãy xương chính mũi đơn thuần được đưa vào nghiên cứu, nam giới chiếm 70% và 86.7% gặp ở 15-60 tuổi. Nguyên nhân thường do tai nạn giao thông chiếm 40%, đá thương 33.3%. Triệu chứng lâm sàng: 100% đau và chảy máu mũi, ngạt mũi 76.7%, biến dạng sống mũi 26/30 (86.7%), bầm tím sung nề 22/30 (73.3%), ấn có điểm đau chói 21/30 (70%), lẹo xẹp xương 5/30 (16.7%), vết thương hở 6/30 (20%). Gãy xương chính mũi loại IIB chiếm phần lớn với 14/30 (53.8%), tiếp đến là loại IIA với 7/30 (26.9%). Thời gian hậu phẫu 3 ngày 19/30 (63.3%), 4-7 ngày là 11/30 (36.7%). Kết quả điều trị sau 1 tháng đạt tốt 92.9% về chức năng thở và ngửi, 71.4% về thẩm mỹ. Kết quả điều trị sau 3 tháng đạt tốt 100% về chức năng thở và ngửi, 89.7% về thẩm mỹ.

Kết luận: Gãy xương chính mũi thường gặp ở nam giới, trong độ tuổi thanh thiếu niên và lao động; nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông và đá thương. Gãy xương chính mũi đơn thuần thường nhẹ và không ảnh hưởng đến toàn trạng, thời gian hậu phẫu ngắn. Kết quả điều trị đa số bệnh nhân phục hồi tốt về chức năng và thẩm mỹ.

Từ khóa: Phẫu thuật, gãy xương chính mũi.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xương chính mũi là phần nằm ở giữa và nhô cao nhất trên khuôn mặt mỗi người, ảnh hưởng đáng kể đến hình dáng, sự hài hòa thẩm mỹ của mặt và chức năng hô hấp, khứu giác, phát âm của hốc mũi [1].

Do có cấu trúc và vị trí đặc biệt như vậy nên xương chính mũi là bộ phận rất dễ bị chấn thương. Tỷ lệ gãy xương chính mũi đứng thứ 3 sau gãy xương đòn và gãy xương cổ tay; gần 40% các trường hợp gãy xương trên khuôn mặt liên quan đến xương chính mũi[2]. Gãy xương chính mũi tuy ít nguy hiểm đến tính mạng nhưng nếu không xử lý kịp thời và đúng đắn sẽ để lại di chứng

dị hình tháp mũi ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ [3].

Tại khoa tai mũi họng, Bệnh viện đa khoa Đức Giang hàng năm tiếp nhận điều trị khoảng 30-50 bệnh nhân gãy xương chính mũi. Chính vì vậy, nhằm nâng cao hiệu quả điều trị gãy xương chính mũi, chúng tôi tiến hành đề tài này với hai mục tiêu sau:

- Mô tả hình thái lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của gãy xương chính mũi đơn thuần.

- Kết quả phẫu thuật điều trị gãy xương chính mũi tại khoa tai mũi họng, Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

*Tác giả liên hệ

Email: phuongoan1192@gmail.com

Điện thoại: (+84) 395409311

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa tai mũi họng Bệnh viện đa khoa Đức Giang, từ tháng 4/2021 đến tháng 11/2021

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân gãy xương chính mũi được điều trị tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Đức Giang.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Cỡ mẫu 30, chọn cỡ mẫu thuận tiện.

2.5. Biến số/ chỉ số/ nội dung/ chủ đề nghiên cứu:

- Thông tin về bệnh nhân: Tuổi, giới, thời gian vào viện, hoàn cảnh chấn thương.

- Hình thái lâm sàng: Toàn trạng, triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể

- Hình thái tổn thương trên nội soi.

- Chẩn đoán hình ảnh: X quang mũi nghiêng, CT scan.

- Quá trình điều trị: Thời gian từ khi chấn thương đến khi tiến hành phẫu thuật, các phương pháp điều trị, các phương pháp vô cảm, thời gian điều trị tại bệnh viện

-Đánh giá kết quả điều trị: Thẩm mỹ, chức năng thở và chức năng ngửi

- Đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân về kết quả điều trị: Có hài lòng hoặc không hài lòng.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu:

- Sử dụng bệnh án mẫu nghiên cứu.

- Quy trình thu thập số liệu được tiến hành theo các bước sau:

+ Bước 1: Thu thập thông tin điền vào bệnh án mẫu.

+ Bước 2: Khám lâm sàng, làm các cận lâm sàng để chẩn đoán xác định gãy xương chính mũi đơn thuần

+ Bước 3: Làm các xét nghiệm cơ bản để đảm bảo điều kiện phẫu thuật

+ Bước 4: Tham gia phẫu thuật nâng xương chính mũi và các phẫu thuật phối hợp. Ghi cách thức phẫu thuật.

+ Bước 5: Đánh giá kết quả khoảng thời gian 1 đến 3 tháng sau điều trị.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Nhập số liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Thông qua hội đồng đạo đức bệnh viện.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng có 30 bệnh nhân gãy xương chính mũi được đưa vào nghiên cứu, chúng tôi đã thu được các kết quả sau:

3.1. Dịch tễ học:

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ của đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm | | N | % |
|-------------|--------------------|----|------|
| Giới tính | Nam | 21 | 70.0 |
| | Nữ | 9 | 30.0 |
| Nhóm tuổi | < 15 | 3 | 10.0 |
| | 15- 29 | 18 | 60.0 |
| | 30 - 49 | 8 | 26.7 |
| | > 50 | 1 | 3.3 |
| Nguyên nhân | Tai nạn giao thông | 12 | 40.0 |
| | Tai nạn sinh hoạt | 3 | 10.0 |
| | Tai nạn lao động | 5 | 16.7 |
| | Bạo lực | 10 | 33.3 |

Bảng 1 cho thấy: Phần lớn bệnh nhân gãy xương chính mũi là nam giới 70% và đa số gặp ở độ tuổi lao động 86.7%.

Nguyên nhân gây gãy xương chính mũi chủ yếu là tai nạn giao thông, có 12/30 bệnh nhân (40%), bạo lực cũng là một nguyên nhân khá phổ biến, có 10/30 bệnh nhân (33.3%).

3.2. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của gãy xương chính mũi

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng

| Triệu chứng lâm sàng | | N = 30 | % |
|----------------------|--------------------|--------|------|
| Triệu chứng cơ năng | Đau chói | 30 | 100 |
| | Chảy máu | 30 | 100 |
| | Ngạt mũi | 23 | 76.7 |
| | Rối loạn khứu giác | 4 | 13.3 |
| Triệu chứng thực thể | Bầm tím sung nề | 22 | 73.3 |
| | Biến dạng sống mũi | 26 | 86.7 |
| | Vết thương hở | 6 | 20.0 |
| | Điểm đau chói | 21 | 70.0 |

Bảng 2 cho thấy:

- Tất cả bệnh nhân có triệu chứng đau nhức và chảy máu mũi 30/30 bệnh nhân (100%). Các triệu chứng khác chảy ngạt mũi, giảm và mất ngủ gặp ít hơn.

- Các dấu hiệu thực thể hay gặp là: Biến dạng sống mũi 26/30 BN (86.7%), bầm tím sung nề 22/30 (73.3%), tiếp đến là ấn có điểm đau chói 21/30 (70%), lạo xạ xương 5/30 (16.7%), vết thương hở chiếm tỷ lệ thấp 6/30 (20%).

Bảng 3. Kết quả nội soi mũi

| Nội soi mũi | N = 30 | % |
|--------------------|--------|------|
| Vẹo lệch vách ngăn | 8 | 26.7 |
| Hẹp hốc mũi | 19 | 63.3 |
| Chảy máu mũi | 25 | 83.3 |
| Máu xuống họng | 0 | - |

Bảng 3 cho thấy: Kết quả nội soi mũi cho thấy chảy máu mũi chiếm tỷ lệ cao 25/30 (83.3%), hẹp hốc mũi 19/30 (63.3%), Vẹo lệch vách ngăn 8/30 (26.7%), không thấy hình ảnh máu xuống họng tại thời điểm nội soi.

Bảng 4. Phân loại gãy mũi theo Hwang 2006 dựa trên CT scan

| Loại tổn thương | N = 26 | % |
|--|--------|------|
| Loại I: Gãy đơn giản, không di lệch | 0 | - |
| Loại IIA: Gãy 1 bên, đơn giản, di lệch | 7 | 26.9 |
| Loại IIAs: Gãy 1 bên, đơn giản, di lệch, gãy vách ngăn | 1 | 3.8 |
| Loại IIB: Gãy 2 bên, đơn giản, di lệch | 14 | 53.8 |
| Loại IIBs: Gãy 2 bên, đơn giản, di lệch, gãy vách ngăn | 2 | 7.7 |
| Loại III: Gãy phức tạp (vỡ vụn, cài nhau) | 2 | 7.7 |

Bảng 4 cho thấy: Gãy xương chính mũi loại IIB chiếm phần lớn với 14/30 (53.8%), tiếp đến là loại IIA với 7/30 (26.9%), các loại khác rất ít và loại I không có bệnh nhân nào.

3.3. Kết quả điều trị gãy xương chính mũi

Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị trong 3 ngày đầu chiếm tỷ lệ cao nhất có 21/30 bệnh nhân (70.0%), có 8/30 bệnh nhân (26.7%) bệnh nhân vào viện điều trị sau chấn

thương 4-7 ngày.

Các bệnh nhân được gây tê khi làm phẫu thuật chiếm phần lớn với 24/30 BN (80.0%), còn lại gây mê 6/30 BN (20.0%).

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trong 3 ngày chiếm 19/30 (63.3%). Có 11/30 (36.7%) bệnh nhân nằm điều trị tại bệnh viện trong vòng 4-7 ngày. Không có trường hợp nào phải nằm viện quá 1 tuần.

Bảng 5. Các phương pháp phẫu thuật được áp dụng tại bệnh viện

| Phẫu thuật | N | % |
|---|----|------|
| Nâng xương chính mũi đơn thuần | 19 | 63.3 |
| Nâng xương chính mũi + khâu vt | 6 | 20.0 |
| Nâng xương chính mũi + chỉnh hình vách ngăn | 3 | 10.0 |
| Nâng xương chính mũi + chỉnh hình vách ngăn + nẹp | 2 | 6.7 |

Bảng 5 cho thấy: Các bệnh nhân được phẫu thuật nâng xương chính mũi đơn thuần chiếm tỷ lệ cao 19/30 BN (63.3%), có 6/30 BN (20.0%) được nâng xương chính

mũi khâu vết thương, các phẫu thuật còn lại chiếm tỷ lệ thấp hơn.



Bảng 6. Đánh giá kết quả phẫu thuật sau ra viện 1 tháng

| Đánh giá | Chức năng thở | | Chức năng ngủ | | Thẩm mỹ | |
|------------|---------------|------|---------------|------|---------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Tốt | 13 | 92.9 | 13 | 92.9 | 10 | 71.4 |
| Trung bình | 1 | 7.1 | 1 | 7.1 | 4 | 28.6 |
| Không đạt | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Bảng 6 cho thấy: Tất cả bệnh nhân được PT đều đạt về chức năng và thẩm mỹ. Trong đó, đạt mức phục hồi tốt về chức năng chiếm 92.9% và thẩm mỹ chiếm 71.4%;

đạt trung bình về chức năng chiếm 7.1% và thẩm mỹ chiếm 28.6%.

Bảng 7. Đánh giá kết quả phẫu thuật sau ra viện 3 tháng

| Đánh giá | Chức năng thở | | Chức năng ngủ | | Thẩm mỹ | |
|------------|---------------|-----|---------------|-----|---------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Tốt | 29 | 100 | 29 | 100 | 26 | 89.7 |
| Trung bình | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 10.3 |
| Không đạt | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Bảng 7 cho thấy: Tất cả bệnh nhân đều đạt tốt về chức năng thở và ngủ, chỉ có 3 bệnh nhân chiếm 10.3% đạt kết quả trung bình về thẩm mỹ.

mốc giải phẫu và các triệu chứng khác.

4. BÀN LUẬN

4.1. Hình thái lâm sàng và cận lâm sàng của gãy xương chính mũi

Về toàn trạng, tất cả bệnh nhân gãy xương chính mũi vào viện không có rối loạn ý thức, không có dấu hiệu nhiễm trùng hay thiếu máu. Như vậy, gãy xương chính mũi đơn thuần có thể là một chấn thương nhẹ ít ảnh hưởng đến tình trạng toàn thân.

Đau chói và chảy máu mũi gặp tại thời điểm xảy ra tai nạn gặp ở tất cả các bệnh nhân, đây là 2 triệu chứng cơ năng điển hình bệnh nhân gãy xương chính mũi. Kết quả này cũng tương tự của các tác giả Phó Hồng Điệp 85,7%[3], Nguyễn Duy Sơn 87,6%[4]. Ngạt tắc mũi gặp 23/30 BN(76.7%) do tình trạng hốc mũi bị hẹp gây ra.

Biến dạng sống mũi được thấy rõ ngay trong những giờ đầu sau khi xảy ra chấn thương. Sung nề bầm tím thường xuất hiện sau chấn thương vài giờ và tăng dần trong những ngày sau làm khó khăn trong việc xác định

Soi mũi thấy hình ảnh hẹp hốc mũi, vẹo lệch vách ngăn và máu đọng. Vẹo lệch vách ngăn là tổn thương thường gặp trong các trường hợp chấn thương tháp mũi, tỷ lệ gặp trong nghiên cứu của chúng tôi 19/30 bệnh nhân (63.3%), cao hơn kết quả nghiên cứu của Phó Hồng Điệp 44,9%, Trần Thị Phương 44,44%[5], Hà Hữu Hùng, Đỗ Thế Tùng 47,37%[6], nhưng thấp hơn kết quả của Rhee S.C 96,2%[9].

Về phân loại bệnh nhân theo phim CT scan, số bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao nhất là tổn thương loại IIB với 14/26 bệnh nhân chiếm 53.8%, trong khi đó ở nghiên cứu của Hwang và cộng sự tổn thương loại này có tỷ lệ thấp hơn 18% (n = 503) [13]. Loại tổn thương chiếm tỷ lệ cao thứ 2 là loại IIA với 14 bệnh nhân (26.9%), chênh lệch không nhiều so với nghiên cứu của Hwang là 21%. Tổn thương loại IIA thường là kết quả của tai nạn sinh hoạt hoặc do đánh nhau với lực tác động không quá mạnh. Không có tổn thương loại I, do tổn thương loại này thường được điều trị ngoại trú bằng nội khoa mà không cần nâng xương chính mũi. Tổn thương loại IIBs và loại III chúng tôi cũng gặp ít hơn với 2 bệnh nhân (7.7%), thường gặp trong các trường hợp chấn thương rất nặng nên không còn tổn thương xương chính mũi đơn thuần mà có thể có chấn thương sọ não, hàm mặt. Tương tự, loại IIAs cũng chỉ gặp 1 bệnh nhân (3.8%),

do cơ chế chấn thương gãy vách ngăn thường do lực mạnh và nhanh, với cơ chế này thường gãy cả 2 bên ít khi gãy 1 bên.

4.2. Điều trị gãy xương chính mũi

Thời gian điều trị từ khi chấn thương đến khi được phẫu thuật ở Bệnh viện Đức Giang đa số trong 3 ngày đầu có tỷ lệ 70.0%, 4-7 ngày chiếm 26.7%. Theo Arden và Mathog nắn xương chính mũi cần thực hiện trước 3 - 7 ngày sau chấn thương (ở trẻ em), 5 - 10 ngày (ở người lớn) vì sau thời gian đó xương chính mũi sẽ can lệch. Vikas Sinha cho rằng nắn sớm có lợi vì sắp xếp, phục hồi hình dáng khuôn mặt tốt hơn khi chưa can xương, giảm đau và giảm nhiễm trùng sau mổ tốt hơn.

Kết quả điều trị sau 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật, tất cả bệnh nhân được đều đạt về chức năng và thẩm mỹ. Trong đó, đạt mức phục hồi tốt về chức năng chiếm 100% và thẩm mỹ chiếm 86% cao hơn so với các nghiên cứu của Tiêu Phương Lâm (2014) là 96.2% [7] và Mahmut S. Y. (2013) là 72% [10]

5. KẾT LUẬN

Gãy xương chính mũi gặp chủ yếu ở nam giới, chiếm tỷ lệ cao trong tai nạn giao thông và ngã thương.

Kết quả sau phẫu thuật cho thấy đa số bệnh nhân phục hồi tốt về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ, bệnh nhân được phẫu thuật sớm trong 3 ngày đầu thì kết quả phục hồi thẩm mỹ tốt hơn.

Cần nghiên cứu với mẫu lớn và thời gian theo dõi dài để có đánh giá toàn diện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nhan Trùng Sơn, Tai Mũi Họng Quyển 2, Nhà xuất bản Y học Hồ Chí Minh
- [2] Bùi Duy Vũ, Nghiên cứu đặc điểm hình thái lâm sàng của dị hình tháp mũi mắc phải và biện pháp can thiệp, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội; 2011.
- [3] Phó Hồng Điệp, Gãy xương chính mũi: Nhận xét về nguyên nhân, triệu chứng, chẩn đoán và điều trị qua 49 bệnh nhân gặp tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ 01/2005 đến 04/2007, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ y khoa, Đại học Y Hà Nội, 2007.
- [4] Nguyễn Duy Sơn, "Góp phần vào công tác chẩn đoán - xử trí các tổn thương mũi xoang trong chấn thương vùng sọ mặt", Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú bệnh viện, Đại học Y Hà Nội, 1992.
- [5] Trần Thị Phương, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính của chấn thương tháp mũi tại Viện TMH trung ương, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ, Đại học Y Hà Nội, 2009.
- [6] Hà Hữu Tùng, Đỗ Thế Hùng, Nhận xét về nguyên nhân, triệu chứng, chẩn đoán và điều trị các bệnh nhân gãy xương chính mũi gặp tại Bệnh viện đa khoa Nông Nghiệp từ 2011-2016, Y học Việt Nam, 451, 2017, 163-169.
- [7] Tiêu Phương Lâm, Trần Thị Bích Liên, "Chỉnh hình biến dạng mũi do chấn thương", Tạp chí Y học TP.Hồ Chí Minh; 18(1), 2014, tr. 181-182.
- [8] Reilly MJ, Davison SP, Open vs closed approach to the nasal pyramid for fracture reduction. Arch Facial Plast Surg; 2007;9(2):82-86.
- [9] Seung Chul Rhee, Yoo Kyung Kim, "Septal Fracture in simple Nasal Bone Fracture". Department of plastic and reconstructive surgery, 2008, pp 45-52
- [10] Mahmut Sinan Yilmaz, Mehmet Guven, Ali Fuat Varli, "Nasal fractures: is closed reduction satisfying?", J Craniofac Surg; 24(1), 2013, tr. e36-8.



COMMENTS ON CLINICAL FEATURES, ENDOSCOPIC IMAGES, HISTOPATHOLOGY IN PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2021

Trinh Thi Linh Trang*, Vu Thi Duyen, Doan Thi Ngoc Quyen,
Bui Thi Hong My, Nguyen Thi Thanh Huong, Nguyen Thu Ha

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 01/08/2023; Accepted: 25/08/2023

ABSTRACT

Objective: The study aimed to evaluate the clinical characteristics, endoscopic images, histopathology in colorectal cancer patients at Duc Giang General Hospital.

Subjects and methods: A cross-sectional, prospective description of all colorectal cancer patients detected by colonoscopy at the Department of Functional Exploration, conducted from January 2021 to October 2021 at Duc Giang General Hospital.

Results: The average age of colorectal cancer patients is 65.1± 15.1; The incidence rate in male/female patients is 1.33/1. Common clinical symptoms of the disease are abdominal pain (85.7%); bloody stools (64.3%); bowel disorders (61.9%). Most of the patients came to the doctor after the first symptom < 6 months (78.5%). sigmoid colon cancer has the highest rate of 50%; the second is rectal cancer with 26.2%; the last is cecal cancer: 2.4%. Up to 78.6% of colorectal cancer patients have tumors occupying 3/4 of the circumference of the colorectal lumen. The morphological forms of colorectal cancer with vegetation and ulcer with vegetation accounted for the majority with the rate of 61.9% and 21.4%. Respectively, cancerous polyp is 9.5% and ulcer is 7.1%. The highest rate is adenocarcinoma: 97,6%; mucinous carcinoma 2.4%.

Conclusion: From the research results, it shows that colorectal cancer mostly occurs in people > 50 years old; People with symptoms such as abdominal pain, blood in the stool. For those with risk factors, it is necessary to carry out early cancer screening, combining clinical symptoms with endoscopic images to help diagnose early and confirm the diagnosis of colonrectal cancer in order to make specific and appropriate treatment guidelines.

Keywords: Colorectal cancer-CRC, colonoscopy, symptoms, Duc Giang General Hospital.

*Corresponding author
Email address: linh.trang221093@gmail.com
Phone number: (+84) 376335886
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH NỘI SOI, MÔ BỆNH HỌC Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2021

Trình Thị Linh Trang*, Vũ Thị Duyên, Đoàn Thị Ngọc Quyên,
Bùi Thị Hồng Mỹ, Nguyễn Thị Thanh Hương, Nguyễn Thu Hà

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 01/08/2023; Ngày duyệt đăng: 25/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm nhận xét đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học ở người bệnh Ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, tiến cứu trên toàn bộ người bệnh ung thư đại trực tràng được phát hiện qua nội soi đại trực tràng tại khoa Thăm dò chức năng, tiến hành từ tháng 1/2021 đến tháng 10/2021 tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Kết quả: Người bệnh Ung thư đại trực tràng có tuổi trung bình là 65,1±15,1; tỷ lệ mắc phải ở người bệnh nam/nữ là 1,33/1. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp của bệnh là đau bụng (85,7%); đi ngoài ra máu (64,3%); rối loạn đại tiện (61,9%). Đa số người bệnh đến khám bệnh sau khi có triệu chứng đầu tiên < 6 tháng đầu (78,5%). Ung thư đại tràng Sigma có tỉ lệ cao nhất 50%; ung thư trực tràng đứng thứ 2 là 26,2%; thấp nhất là ung thư manh tràng 2,4%. 78,6% người bệnh ung thư đại trực tràng có khối u chiếm từ 3/4 chu vi lòng đại trực tràng. Hình thái ung thư đại trực tràng thể sùi và loét sùi chiếm đa số với tỷ lệ lần lượt là 61,9% và 21,4%; polyp ung thư hoá 9,5% và thể loét là 7,1%. Ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất 97,6%; ung thư biểu mô nhày 2,4%.

Kết luận: Từ kết quả nghiên cứu cho thấy, Ung thư đại trực tràng đa số gặp ở người > 50 tuổi; người có các triệu chứng như đau bụng, đi ngoài ra máu. Đối những người có yếu tố nguy cơ, cần triển khai khám sàng lọc ung thư sớm, kết hợp giữa triệu chứng lâm sàng với hình ảnh nội soi giúp chẩn đoán sớm và chẩn đoán xác định của ung thư đại trực tràng, từ đó đưa ra hướng dẫn điều trị cụ thể và phù hợp.

Từ khóa: Ung thư đại tràng, nội soi, triệu chứng, Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là bệnh ác tính phổ biến thứ ba và là nguyên nhân đứng thứ tư gây tử vong trong các bệnh ung thư trên thế giới [9]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), Ung thư đại trực tràng gây ra khoảng 1,8 triệu ca tử vong trên toàn thế giới vào năm 2018, dự kiến tới năm 2030 có khoảng 2,2 triệu trường hợp mắc mới [8]. Tại Việt Nam, ung thư đại trực tràng

nằm trong số 10 bệnh ung thư thường gặp và có xu hướng gia tăng. Tỷ lệ mắc theo tuổi là 10,1/100.000 dân, đứng hàng thứ sáu trong các bệnh ung thư của cả nam và nữ [1]. Biểu hiện lâm sàng của ung thư đại trực tràng ở giai đoạn sớm không rõ ràng nên đa số người bệnh được phát hiện ở giai đoạn muộn. Tỷ lệ chẩn đoán muộn và tử vong cao cho thấy sự cần thiết trong việc đánh giá đặc điểm lâm sàng, hình ảnh, tính chất của tổn thương của Ung thư đại trực tràng giúp chẩn đoán và

*Tác giả liên hệ

Email: linh.trang221093@gmail.com

Điện thoại: (+84) 376335886

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

điều trị được chính xác và kịp thời [7].

Bệnh viện đa khoa Đức Giang là bệnh viện Hạng I của Sở y tế Hà Nội mỗi ngày tiếp nhận khám chữa bệnh trung bình khoảng 2000 lượt người bệnh ngoại trú và khoảng 800 lượt người bệnh điều trị nội trú. Trong đó, có hơn 20 người bệnh có chỉ định nội soi đại trực tràng và tất cả đều được thực hiện tại khoa Thăm dò chức năng của bệnh viện. Thực tế này đặt ra câu hỏi: Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học ở người bệnh Ung thư đại trực tràng như thế nào?. Nhằm cung cấp các bằng chứng khoa học hỗ trợ chẩn đoán và điều trị, đồng thời nâng cao chất lượng dịch vụ, đảm bảo an toàn người bệnh. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “*Nhận xét đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học ở người bệnh Ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang*”. Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học ở người bệnh Ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ tháng 01 – 10/2021 tại khoa Thăm dò chức năng - Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Toàn bộ người bệnh Ung thư đại trực tràng được phát hiện qua nội soi đại trực tràng tại khoa Thăm dò chức năng - Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 1/2021 đến tháng 10/2021. Ngoại trừ: (i) Người bệnh không tự nguyện tham gia nghiên cứu; (ii) Hồ sơ không đầy đủ thông tin nghiên cứu tại thời điểm thu thập số liệu.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: cỡ mẫu 42, chọn cỡ mẫu thuận lợi.

2.5. Biến số/ chỉ số/ nội dung/ chủ đề nghiên cứu:

- Các chỉ số lâm sàng

+ Tiền sử bản thân và gia đình

+ Tuổi và giới tính

+ Triệu chứng lâm sàng: Mệt mỏi, thiếu máu, gầy sút cân, đi ngoài ra máu, rối loạn tiêu hoá, đau bụng, các triệu chứng lâm sàng khác.

- Đặc điểm hình ảnh nội soi: Vị trí, kích thước, hình dạng.

- Mô bệnh học: Ung thư biểu mô và Ung thư không

phải biểu mô

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu:

Các bước tiến hành

- Bước 1: Người bệnh được thăm khám lâm sàng

- Bước 2: Chuẩn bị người bệnh nội soi đại trực tràng

+ Người bệnh được khám toàn thân để loại trừ chống chỉ định nội soi đại trực tràng, được giải thích đồng ý và viết cam kết nội soi đại trực tràng.

+ Người bệnh được dùng thuốc làm sạch đại tràng.

- Bước 3: Nội soi đại trực tràng

+ Chuẩn bị kiểm tra máy nội soi, hệ thống điều khiển ống nội soi đạt yêu cầu.

+ Tiến hành thủ thuật nội soi: người bệnh nằm tư thế nghiêng trái, hai chân co nhẹ, đầu nằm trên gối mỏng. Đưa ống nội soi từ từ vào hậu môn, đến trực tràng và đại tràng quan sát. Đánh giá hình ảnh Ung thư đại trực tràng theo các đặc điểm: vị trí, hình dạng, kích thước, số lượng, bề mặt...

+ Tiến hành sinh thiết làm mô bệnh học.

- Bước 4: Xét nghiệm mô bệnh học Ung thư đại trực tràng

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được tổng hợp, làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Tính tỷ lệ phần trăm của các nhóm, nhận xét đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học của Ung thư đại trực tràng tại khoa Thăm dò chức năng - Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Các thông tin thu thập chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được bảo vệ, tôn trọng quy tắc riêng tư và bảo mật (Luật khám chữa bệnh)

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố về tuổi, giới và tiền sử bệnh

| Biến số | | Kết quả |
|------------------|----------------------------------|--------------|
| Tổng số | | 42 |
| Tuổi | Trung bình | 65,1+/- 15,1 |
| | Giao động | 39 - 84 |
| Giới tính | Nam | 24 (57,1) |
| | Nữ | 18 (42,9) |
| | Tỉ lệ (nam/nữ) | 1,33/1 |
| Tiền sử bản thân | Polyp đại trực tràng | 2 (4,8) |
| Tiền sử gia đình | Có người bị UTĐTT | 3 (7,1) |
| | Có người bị polyp đại trực tràng | 3 (7,1) |

Nhận xét: Nghiên cứu trên 42 người bệnh UTĐTT được phát hiện qua nội soi đại trực tràng cho thấy: người bệnh có tuổi trung bình: 65,1+/- 15,1; tỷ lệ mắc phải ở người

bệnh nam/nữ là 1,33/1. Có 4,8% người bệnh tiền sử polyp đại trực tràng và 7,1% có người nhà bị UTĐTT.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng

| Triệu chứng lâm sàng | Số trường hợp | Tỷ lệ% |
|----------------------|---------------|------------|
| Gầy sút cân | 11 | 26,2 |
| Thiếu máu | 15 | 23,7 |
| Phân lẫn máu tươi | 27 | 64,3 |
| Rối loạn đại tiện | 26 | 61,9 |
| Đau bụng | 36 | 85,7 |
| Mệt mỏi | 7 | 16,7 |
| Chướng bụng | 5 | 11,9 |
| Tổng | 42 | 100 |

Nhận xét: Các triệu chứng thường gặp là đau bụng (85,7%), đi ngoài ra máu (64,3%), rối loạn đại tiện (61,9%).

Bảng 3. Thời gian xuất hiện triệu chứng lâm sàng

| Thời gian (tháng) | Số trường hợp | Tỷ lệ% |
|-------------------|---------------|------------|
| <1 tháng | 5 | 7,1 |
| 1-3 tháng | 17 | 40,5 |
| 3-6 tháng | 13 | 30,9 |
| 6-12 tháng | 2 | 4,8 |
| >12 tháng | 5 | 16,7 |
| Tổng | 42 | 100 |

Nhận xét: Đa số người bệnh đến khám bệnh sau khi có triệu chứng đầu tiên < 6 tháng đầu (tỷ lệ là 78,5%).

3.3. Hình ảnh nội soi ung thư đại trực tràng

Bảng 4. Đặc điểm vị trí Ung thư đại trực tràng

| Vị trí | Số trường hợp | Tỷ lệ% |
|-----------------|---------------|------------|
| Manh tràng | 1 | 2,4 |
| Đại tràng lên | 3 | 7,1 |
| Đại tràng ngang | 2 | 4,8 |
| Đại tràng xuống | 3 | 7,1 |
| Đại tràng Sigma | 21 | 50,0 |
| Trực tràng | 12 | 28,6 |
| Tổng | 42 | 100 |

Nhận xét: Ung thư đại tràng Sigma có tỉ lệ cao nhất là ung thư manh tràng 2,4%. 50%; ung thư trực tràng đứng thứ 2 là 28,6%; thấp nhất

Bảng 5. Kích thước của u theo chu vi đại trực tràng

| Kích thước u theo chu vi đại trực tràng | Số trường hợp | Tỷ lệ% |
|---|---------------|------------|
| Chiếm 1/4 chu vi | 3 | 7,1 |
| Chiếm $\geq 1/2$ chu vi | 6 | 14,3 |
| Chiếm $\geq 3/4$ chu vi | 17 | 40,5 |
| Chiếm toàn chu vi | 16 | 38,1 |
| Tổng | 42 | 100 |

Nhận xét: 78,6% người bệnh ung thư đại trực tràng có khối u chiếm từ 3/4 chu vi lòng đại trực tràng.

Bảng 6. Hình dạng Ung thư đại trực tràng theo mô bệnh

| Hình dạng | Số trường hợp | Tỷ lệ% |
|-------------------|---------------|------------|
| Polyp ung thư hoá | 4 | 9,5 |
| Không polyp | - Sùi | 26 |
| | - Loét | 3 |
| | - Loét sùi | 9 |
| Tổng | 42 | 100 |

Nhận xét: Trong 4 loại hình thái ung thư đại trực tràng trên, thể sùi và loét sùi chiếm đa số với tỉ lệ lần lượt là 61,9% và 21,4%; polyp ung thư hoá 9,5% và thể loét chiếm 7,2%.

3.4. Đặc điểm mô bệnh học của Ung thư đại trực tràng

Bảng 7. Phân loại về mô bệnh học

| Loại MBH | Số trường hợp | Tỷ lệ% |
|----------------------------|---------------|------------|
| Ung thư biểu mô tuyến | 41 | 97,6 |
| Ung thư biểu mô nhầy | 1 | 2,4 |
| Ung thư biểu mô không biệt | 0 | 0 |
| Tổng | 42 | 100 |

Nhận xét: Ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ 97,6%, ung thư biểu mô nhầy 2,4%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Khi tiến hành nghiên cứu trên 42 người bệnh Ung thư đại trực tràng trong tổng số 1648 người bệnh có chỉ định nội soi đại trực tràng ở khoa Thăm dò chức năng tại BVĐK Đức Giang trong thời gian nghiên cứu cho kết quả như sau: người bệnh mắc Ung thư đại trực tràng có tuổi trung bình là 65,1 \pm 15,1 tuổi (thấp nhất 39 tuổi và cao nhất 84 tuổi). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với những nghiên cứu trước đó như tác giả McFarlane và cộng sự (2004) tuổi mắc bệnh trung bình là 65,5 (thấp nhất 19 tuổi và cao nhất 94 tuổi) [5], tác giả Rosenberg R.R. và cộng sự (2008) tuổi mắc bệnh trung bình là 65 (thấp nhất 15 tuổi và cao nhất 93 tuổi) [6]. Người bệnh trên 50 tuổi của chúng tôi chiếm tỉ lệ rất cao (92,9%) tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Văn Hiếu (2002) [2], Moreno và cộng sự (2016) tuổi trên 50 là nguy cơ cho UTĐTT [4]. Tuổi là một trong những yếu tố nguy cơ quan trọng trong UTĐTT. Tuổi càng cao nguy cơ mắc căn bệnh này càng cao.

Về giới, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng tỷ lệ nam/nữ là 1,33/1. Kết quả này cũng có xu hướng tương tự của Trần Thắng (2012) số nam nhiều hơn nữ tương ứng

là 1,3/1 [3]. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng 4,8% người bệnh tiền sử bản thân có polyp đại trực tràng và 7,1% tiền sử gia đình có người ung thư đại trực tràng. Đây là một thông tin làm cơ sở góp phần xây dựng chiến lược sàng lọc UTĐTT vào nhóm đối tượng lớn tuổi, nhất là nhóm có tiền sử bệnh.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Về triệu chứng lâm sàng, trong nghiên cứu của chúng tôi người bệnh có dấu hiệu đau bụng là triệu chứng phổ biến nhất chiếm 85,7% và dấu hiệu phân có máu là triệu chứng phổ biến thứ hai chiếm 64,3% và một số triệu chứng khác. Kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của Trần Thắng (2012) đau bụng chiếm 81,7%, phân có máu 51,4% [3], nhưng thấp hơn nghiên cứu của Moreno và cộng sự (2016) bao gồm: chảy máu trực tràng (37%), đau bụng (34%) [4]. Có thể lý giải rằng ở các nước phát triển, người bệnh được phát hiện UTĐTT rất sớm qua các phương pháp sàng lọc, do đó tỉ lệ người bệnh có triệu chứng lâm sàng thường thấp hơn ở Việt Nam. Tương đồng với thời gian đã xuất hiện triệu chứng lâm sàng, khi đa số người bệnh đến khám bệnh sau khi có triệu chứng đầu tiên < 6 tháng đầu là 78,5%. Vì vậy, Việc tuân thủ các biện pháp sàng lọc sẽ rút ngắn thời gian để chẩn đoán trong phần lớn người bệnh ung thư đại trực tràng, giảm những biến chứng của bệnh.

4.3. Hình ảnh nội soi ung thư đại trực tràng

Đối với người bệnh ung thư đại tràng, nội soi đại tràng

ống mềm là phương tiện chẩn đoán đầu tay giúp quan sát tổn thương u xác định vị trí, hình thái, kích thước, đồng thời giúp sinh thiết chẩn đoán mô bệnh học. Trong nghiên cứu của chúng tôi, Ung thư đại tràng Sigma có tỉ lệ cao nhất 50%; ung thư trực tràng đứng thứ 2 là 26,2%; thấp nhất là ung thư manh tràng 2,38%. Kết quả nghiên cứu tương đồng của Nguyễn Văn Hiếu (2002) cho tỉ lệ gặp ở trực tràng 57,3%; đại tràng Sigma 12,7%; đại tràng lên 10% [2]. Thể sùi chiếm tỉ lệ cao nhất với 63,9%, kế đến là thể loét sùi với 21,4% và cuối cùng là thể loét 9,52%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu Nguyễn Văn Hiếu (2002) cho kết quả thể sùi 55,5%; sùi - loét 25,5% và loét 2,7% [2].

78,6% người bệnh ung thư đại trực tràng có khối u chiếm từ 3/4 chu vi lòng đại trực tràng. Kết quả này thể hiện ý thức của người bệnh trong công tác phòng chống ung thư nói chung và UTĐTT nói riêng còn nhiều hạn chế. Kết quả này phù hợp với giai đoạn và thể u trong nghiên cứu, do phần lớn gặp thể sùi (61,9%), loét sùi (21,4%) polyp ung thư hoá (9,5%) và thể loét chiếm (7,4%) trong 4 loại hình thái UTĐTT.

4.4. Đặc điểm mô bệnh học của Ung thư đại trực tràng

Trong nghiên cứu của chúng tôi người bệnh có giải phẫu bệnh là Ung thư biểu mô tuyến chiếm 97,6% và Ung thư biểu mô nhày là 2,4%. Theo Trần Thắng (2012) có tới 85,3% là Ung thư biểu mô tuyến và 14,7% Ung thư biểu mô chế nhày [3]. Trong khuôn khổ của nghiên cứu còn hạn chế cỡ mẫu chưa lớn nên chúng tôi không gặp hết các thể mô bệnh học theo phân loại của WHO, nghiên cứu của chúng tôi thống kê các thể đã gặp và so sánh tỉ lệ giữa các thể. Nhìn chung có thể thấy, ung thư biểu mô tuyến luôn là thể mô bệnh học chiếm ưu thế trong ung thư đại trực tràng [3], [5].

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học ở người bệnh Ung thư đại trực tràng tại BVĐK Đức Giang cho kết quả như sau: Người bệnh có tuổi trung bình là 65,1±/± 15,1; tỷ lệ mắc phải ở người bệnh nam/nữ là 1,33/1. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp của bệnh là đau bụng (85,7%); đi ngoài ra máu (64,3%); rối loạn đại tiện (61,9%). Đa số người bệnh đến khám bệnh sau khi có triệu chứng đầu tiên < 6 tháng đầu (78,5%). Ung thư đại tràng Sigma có tỉ lệ cao nhất 50%; ung thư trực tràng đứng thứ 2 là 26,2%; thấp nhất là ung thư manh tràng 2,4%. 78,6% người bệnh ung thư đại trực tràng có khối u chiếm từ 3/4 chu vi lòng đại trực tràng. Hình thái ung thư đại trực tràng thể sùi và loét sùi chiếm đa số với tỷ lệ lần lượt là 61,9% và 21,4%; polyp ung thư hoá 9,5% và thể loét là 7,1%. Ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất 97,6%; ung thư biểu mô nhày 2,4%.

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy cần có chương trình quản lý, theo dõi các người bệnh ung thư đại trực tràng. Triển khai khám sàng lọc ung thư sớm đối những người có yếu tố nguy cơ như người >50 tuổi, người có các triệu chứng như đau bụng, đi ngoài ra máu. Kết hợp giữa triệu chứng lâm sàng với hình ảnh nội soi giúp chẩn đoán sớm và chẩn đoán xác định của ung thư đại trực tràng từ đó đưa ra hướng dẫn điều trị cụ thể và phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Mai Trọng Khoa, Kháng thể đơn dòng và phân tử nhỏ trong điều trị bệnh ung thư, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 2016, 285.
- [2] Nguyễn Văn Hiếu, Nghiên cứu độ xâm lấn của ung thư trực tràng qua lâm sàng, nội soi và siêu âm nội trực tràng, Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội, 2002.
- [3] Trần Thắng, Nghiên cứu áp dụng hóa trị hỗ trợ phác đồ FUFA trong điều trị ung thư biểu mô tuyến đại tràng, Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội, 2012.
- [4] C. C. Moreno, P. K. Mittal, P. S. Sullivan et al., Colorectal Cancer Initial Diagnosis: Screening Colonoscopy, Diagnostic Colonoscopy, or Emergent Surgery, and Tumor Stage and Size at Initial Presentation. Clin Colorectal Cancer, 15 (1), 2016, 67-73.
- [5] M. E. McFarlane, A. Rhoden, P. R. Fletcher et al., Cancer of the colon and rectum in a Jamaican population: diagnostic implications of the changing frequency and subsite distribution. West Indian Med J, 53 (3), 2004, 170-173.
- [6] Rosenberg R, Friederichs J, Schuster T et al., Prognosis of patients with colorectal cancer is associated with lymph node ratio: a single-center analysis of 3,026 patients over a 25-year time period. Ann Surg. 248(6), 2008, p. 968-78.
- [7] US Preventive Services Task Force Annals of internal medicine, Screening for colorectal cancer: recommendation and rationale, 137(2), 2002, p 129-131.
- [8] WHO, Cancer tomorrow, Release of the GLOBOCAN 2020 database version 1.0. <https://gco.iarc.fr/tomorrow/en>, 2020.
- [9] WHO, World Health Organization. Health statistics and information systems. Disease burden and mortality estimates Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/. Databases- Last updated: 11 April 2018, 2018.

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF DEVIATED MANDIBULAR WISDOM TEETH, IN DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2021

Vu Quang Luong*

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 29/07/2023; Accepted: 05/09/2023

ABSTRACT

Objective: Description of clinical and paraclinical characteristics of patients with deviated mandibular wisdom teeth, which indicated for surgical tooth extraction, in Duc Giang General Hospital, in 2021.

Subject and method: This was a cross-sectional and prospective cohort study on 47 patients with wisdom teeth that are implicitly misaligned and indicated for surgical tooth extraction.

Results: The gap between the bone and the root of tooth number 8: 4.25% classication I; 78.7% classication II; and 17.08% classication III. The depth position of the chewing surface of tooth 7 and the highest point of tooth 8: 74.47% tooth at position C; 25.53% tooth at position B. Position with the tooth axis: Lower wisdom teeth growing horizontally (position A) were 49.94%. The shape of the root of tooth number 8: 68,08% the root shape with uncurved bifid roots.

Conclusions: Majority of deviated mandibular wisdom teeth had characteristics: Gap between the bone and the root of tooth number were classication II; The depth position of the chewing surface of tooth 7 and the highest point of tooth 8 were tooth at position C. The shape of the root of tooth number 8 were the root shape with uncurved bifid roots.

Keywords: Deviated mandibular wisdom teeth, characteristic.

*Corresponding author
Email address: drvuquangluong@gmail.com
Phone number: (+84) 919268800
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI MỌC LỆCH, TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2021

Vũ Quang Lượng*

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 29/07/2023; Ngày duyệt đăng: 05/09/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân có răng khôn mọc ngầm có chỉ định nhổ răng phẫu thuật, tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2021.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu là mô tả cắt ngang và tiến cứu 47 bệnh nhân có răng khôn mọc ngầm có chỉ định nhổ răng phẫu thuật.

Kết quả: Khoảng rộng xương và thân răng số 8: 4,25% loại I, 78,7% loại II; và 17,08% loại III. Vị trí độ sâu của mặt nhai răng 7 và điểm cao nhất của răng 8: 74,47% răng ở vị trí C, 25,53% răng ở vị trí B. Vị trí với trục răng: Răng khôn hàm dưới mọc ngang (vị trí A) 48,94%. Hình thể chân răng số 8: 68,08% hai chân dạng xuôi chiều hay một chân mảnh.

Kết luận: Phần lớn răng khôn mọc ngầm dưới hàm có đặc điểm: Khoảng rộng xương và thân răng số 8: loại II, vị trí độ sâu của mặt nhai răng 7 và điểm cao nhất của răng 8 là răng ở vị trí C; Vị trí với trục răng hai chân dạng xuôi chiều hay một chân mảnh.

Từ khóa: Răng khôn mọc ngầm, đặc điểm

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng hàm lớn thứ ba hàm dưới hay răng khôn hàng dưới (RKHD) mọc lệch, mọc ngầm là một tình trạng bệnh lý rất hay gặp trong chuyên ngành RHM. Nó gây ảnh hưởng nhiều cho sức khoẻ người bệnh và trong quá trình phẫu thuật nhổ RKHD mọc lệch, mọc ngầm gặp rất nhiều khó khăn do phẫu thuật phức tạp, khó tiên lượng, rất dễ xảy ra các biến cố cho người bệnh.

Đã có các nghiên cứu như về hình thái RKHD mọc lệch gần [1], nhận xét tình hình RKHD mọc lệch ngầm ở sinh viên [2], nghiên cứu sơ bộ qua hình thể ngoài của RKHD[3].

RKHD mọc lệch, mọc ngầm rất dễ dẫn tới các biến chứng như: Túi viêm quanh răng khôn, tai nạn cho niêm mạc, cho xương, viêm hạch, viêm tổ chức liên kết... Hơn nữa, do đa dạng về vị trí, kích thước, hình thái, liên quan phức tạp đến tổ chức xung quanh cho nên việc phẫu thuật nhổ RKHD mọc lệch, mọc ngầm gặp rất

nhều khó khăn do: Không có điều kiện chụp Xquang chuyên dụng, kỹ thuật phẫu thuật phức tạp, tiên lượng trước phẫu thuật còn chưa tốt, trang thiết bị phục vụ cho phẫu thuật còn thiếu thốn, một số thầy thuốc chuyên khoa còn chưa đủ kinh nghiệm để phẫu thuật tốt RKHD mọc lệch, mọc ngầm.

Khoa RHM Bệnh viện đa khoa Đức Giang là nơi phẫu thuật RKHD rất nhiều, hàng năm phẫu thuật khoảng 500 ca răng khôn mọc lệch, mọc ngầm. Nhằm nâng cao hiệu quả và tính an toàn cho phẫu thuật nhổ RKHD mọc lệch, mọc ngầm, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng răng khôn hàm dưới mọc lệch tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang”.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu là mô tả cắt ngang và tiến cứu.

*Tác giả liên hệ

Email: drvuquangluong@gmail.com

Điện thoại: (+84) 919268800

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Từ tháng 04/2022 đến tháng 09/2022, tại khoa Răng, Hàm, Mặt tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Các trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán xác định là răng khôn hàm dưới mọc lệch theo mức độ điếm rất khó (từ 11-15 điếm) của theo điếm nhỏ răng khôn của Pederson và Mai Đình Hưng

2.4. Cơ mẫu, chọn mẫu: Chọn mẫu chủ đích toàn bộ người bệnh có răng khôn mọc ngầm có chỉ định nhổ răng phẫu thuật từ tháng 4/2022 đến tháng 9/2022 đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.5. Biến số: Tuổi, giới; răng khôn mọc lệch, ngầm theo phần hàm; phân loại lý do khám; Tương quan khoảng

rộng xương và thân răng số 8; Vị trí độ sâu của mặt nhai răng 7 và điếm cao nhất của răng 8; Vị trí trục răng số 8; Hình thể chân răng số 8

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: Bệnh nhân được khám lâm sàng, và chụp X-Quang răng

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Nhập liệu trên epidata 3.1, phân tích số liệu trên SPSS 20.0

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Tuân thủ các quy định của Hội đồng nghiên cứu Bệnh viện đa khoa Đức Giang

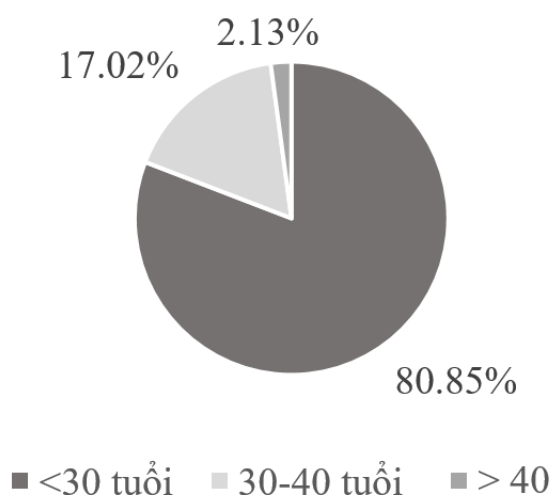
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Sự phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính

| | Số lượng | Tỷ lệ% |
|---------|----------|--------|
| Nam | 21 | 44,68 |
| Nữ | 26 | 55,32 |
| Tổng số | 47 | 100 |

Ở đây chúng tôi gặp 21 bệnh nhân nam chiếm 44,68% ít hơn số bệnh nhân nữ là 26 bệnh nhân chiếm 55,32%.

Biểu đồ 2. Sự phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi



Nhóm đối tượng nghiên cứu ở lứa tuổi dưới 30 chiếm tỷ lệ cao nhất 80,85%, tỷ lệ các nhóm 30-40 tuổi là 17,02% và > 40 tuổi là 2,13%. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 26,38±7,24 tuổi

Đối tượng nghiên cứu lớn tuổi nhất là 47 tuổi và nhỏ tuổi nhất là 18 tuổi.

Bảng 2. Tỷ lệ RKHD mọc lệch, ngầm theo phần hàm

| Phần hàm | Số bệnh nhân (n) | Tỷ lệ (%) |
|-----------|------------------|-----------|
| Hàm trái | 5 | 10,63 |
| Hàm phải | 6 | 12,77 |
| Hai bên | 36 | 76,6 |
| Tổng cộng | 47 | 100 |

Kết quả có 5 bệnh nhân có RKHD mọc bên trái chiếm tỷ lệ 10,63%; có 6 bệnh nhân có RKHD mọc bên phải chiếm tỷ lệ 12,77%. Có 36 bệnh nhân có RKHD mọc ở cả 2 bên chiếm 76,6%. Tỷ lệ RKHD mọc lệch, chìm có ở cả 2 bên chiếm đa số.

Bảng 3. Phân loại lý do đến khám do sung, đau.

| Lý do | Số bệnh nhân (n) | Tỷ lệ (%) |
|----------------|------------------|-----------|
| Sung | 2 | 4,25 |
| Đau | 22 | 46,8 |
| Sung-Đau | 17 | 36,17 |
| Không sung đau | 6 | 12,78 |
| Tổng số | 47 | 100 |

Kết quả có 2 bệnh nhân đến khám với lý do sung chiếm tỷ lệ 4,25%. Có 22 bệnh nhân đến khám với lý do đau đơn thuần chiếm tỷ lệ là 46,8%. Bệnh nhân đến khám với lý do sung và đau có 17 bệnh nhân tỷ lệ 36,17%. Đến khám với lý do không sung và không đau là 6 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 12,78%. Tỷ lệ bệnh nhân đến khám với lý do đau hoặc sung đau gặp nhiều.

Bảng 4. Tương quan khoảng rộng xương và thân răng số 8

| | Số răng | Tỷ lệ% |
|----------------------------------|---------|--------|
| Loại I: KRX lớn hơn thân răng 8 | 2 | 4,25 |
| Loại II: KRX nhỏ hơn thân răng 8 | 37 | 78,7 |
| Loại III: Răng chìm hoàn toàn. | 8 | 17,08 |
| Tổng số | 47 | 100 |

Số lượng bệnh nhân có khoảng rộng xương loại II chiếm tỷ lệ cao nhất là 78,7%. Loại I và loại II có số răng chiếm tỷ lệ lần lượt là 4,25% và 17,08%.

Bảng 5. Vị trí độ sâu của mặt nhai răng 7 và điểm cao nhất của răng 8

| Độ lệch | Số răng | Tỷ lệ% |
|---|---------|--------|
| Vị trí A: Điểm cao nhất của RKHD ở ngang hay ở thấp hơn mặt nhai của RKB (răng 7) | 0 | 0 |
| Vị trí B: Điểm cao nhất của RKHD ở giữa mặt nhai và cổ của RKB (răng 7) | 12 | 25,53 |
| Vị trí C: Điểm cao nhất của RKHD nằm thấp hơn cổ của RKB (răng 7) | 35 | 74,47 |
| Tổng số | 47 | 100 |

Số răng ở vị trí C chiếm tỷ lệ cao nhất 74,47%; số răng ở vị trí B là 25,53%; không có trường hợp nào răng khôn hàm dưới mọc ở vị trí A.

Bảng 6. Vị trí trục răng số 8

| | Số răng | Tỷ lệ% |
|--|---------|--------|
| Mọc lệch gần | 13 | 27,66 |
| Mọc ngang, lệch phía má, lưỡi, xa góc (vị trí A) | 23 | 48,94 |
| Mọc thẳng nhưng thấp (ở vị trí B,C) | 8 | 17,02 |
| Lệch xa (răng thấp hơn vị trí B và C) | 3 | 6,38 |

Số răng mọc ngang (vị trí A) chiếm tỷ lệ cao nhất là 48,94%. Các răng mọc lệch gần có 13 trường hợp chiếm 27,66%. Các răng ở vị trí B,C và thấp hơn lần lượt có tỷ lệ là 17,02% và 6,38%.

Bảng 7. Hình thể chân răng số 8

| Hình thể chân răng số 8 | Số răng | Tỷ lệ% |
|--|---------|--------|
| Một chân, nhiều chân chụm xuôi chiều bầy. | 8 | 17,02 |
| Hai chân dạng, xuôi chiều hay một chân mảnh. | 32 | 68,08 |
| Ba chân dạng, xuôi chiều hay một chân chụm ngược chiều, hay một chân có phần chóp to hoặc móc câu. | 5 | 10,64 |
| Hai hay nhiều chân dạng ngược chiều nhau | 2 | 4,26 |

Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ hai chân dạng xuôi chiều hay một chân mảnh chiếm tỷ lệ cao nhất là

68,08%; Các răng có chân chụm xuôi chiều bầy chiếm 17,02%; 10,64% trường hợp có ba chân dạng hoặc có chân chóp to, móc câu; có 2 trường hợp (4,26%) răng có hai hoặc nhiều chân dạng ngược chiều nhau.

4. BÀN LUẬN

4.1. Sự phân bố về tuổi, giới và phân hàm

Về giới: Trong nghiên cứu có 26 bệnh nhân là nữ chiếm tỷ lệ 55,32% nhiều hơn 21 bệnh nhân là nam chiếm tỷ lệ 44,68%. Sự khác biệt này phụ thuộc vào tỷ lệ nam nữ ở cộng đồng, sự khác biệt về giới tính không có ý nghĩa. Khác biệt với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Phú và cộng sự (2023) trong đó nam giới hơn 60%, nữ gần 40%[4].

Phân bố theo tuổi: Trong nghiên cứu lứa tuổi <30 chiếm tỷ lệ 80,85%, lứa tuổi 30-39 chiếm tỷ lệ 17,02% và trên 40 tuổi chiếm 2,13%. Như vậy lứa tuổi thanh niên là hay gặp nhất. Nên nhớ răng khôn hàm trên từ 20-29 tuổi vì lúc này khoảng quanh răng đang còn rộng, chân răng chưa phát triển hoàn toàn. Răng chưa có tai biến nhiễm trùng từ trước và tình trạng sức khỏe tốt, phẫu thuật sẽ thuận lợi kéo theo sự lành thương là rất tốt và hoàn hảo ở lứa tuổi này. Không nên nhớ răng khôn quá muộn nếu nhớ răng ở lứa tuổi muộn hơn thì chân răng đã phát triển hoàn toàn, răng to, chân răng thường cong, răng đã canxi hóa cứng hơn có các đợt nhiễm trùng từ trước và tình trạng sức khỏe sẽ kém hơn.

Độ tuổi trung bình 26,38 tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi là trung bình và điều này cho thấy rằng bệnh nhân hiện nay ngày càng quan tâm đến vấn đề răng miệng, hiểu rõ được biến chứng của việc mọc răng khôn mặc dù còn nhiều trường hợp đến trễ muộn, chỉ khi đau hoặc có biến chứng nhiều lần mới đi khám và mới được chữa trị. Tuy vậy công tác khám định kỳ phát hiện sớm còn hạn chế do cơ chế và một số yếu tố khác chưa được triển khai, vì vậy vấn đề răng khôn vẫn chưa được sự quan tâm của cả bệnh nhân và y tế.

Sự phân bố theo vị trí phân hàm: Trong nghiên cứu có 5 bệnh nhân chỉ có RKHD mọc bên trái chiếm tỷ lệ 10,63%, có 4 bệnh nhân chỉ có RKHD mọc bên phải chiếm tỷ lệ 6,8% và có 36 bệnh nhân có RKHD mọc ở cả 2 bên chiếm tỷ lệ 76,6%. Răng thuộc hàm phải, hàm trái hoặc mọc cả hai bên được xác định chủ yếu qua khám lâm sàng. Tỷ lệ mọc lệch, chìm cả 2 bên chiếm đa số. Điều này có thể lý giải tình trạng thiếu chỗ đều ở cả 2 bên khi các răng khác đã mọc đầy đủ trên cung hàm.

Về lý do đến khám: Sưng đau là dấu hiệu thường gặp nhất khiến bệnh nhân tìm đến thầy thuốc để khám và điều trị. Dấu hiệu thường gặp trong quá trình mọc răng và lý do đến khám của bệnh nhân có bệnh nhân đến khám với lý do đau chiếm tỷ lệ 46,8%, có 17 bệnh nhân đến khám với lý do vừa sưng vừa đau chiếm tỷ

lệ 36,17%, có 6 trường hợp bệnh nhân đến khám mà không có triệu chứng sưng đau chiếm tỷ lệ 12,18%, trong 6 bệnh nhân trên có 3 bệnh nhân được tư vấn nhổ RKHD để nắn chỉnh răng, 3 bệnh nhân còn lại bệnh nhân đến khám kiểm tra định kỳ được tư vấn nên phẫu thuật lấy RKHD sớm vì răng mọc lệch và có nguy cơ gây biến chứng rất cao, chỉ có 2 trường hợp bệnh nhân đến khám với lý do sưng vùng góc hàm mà không gây đau hay khó chịu gì.

Đau thường do nhét thức ăn vào kẽ giữa RKHD và răng số 7 hàm dưới, đau trong biến chứng nhiễm trùng: viêm lợi trùm, viêm quanh thân răng khôn và răng số 7 do bệnh nhân không thể làm sạch kẽ răng khi có răng khôn mọc lệch, đau do sâu răng khôn hoặc sâu mặt xa răng 7. Ngoài nguyên nhân đau được ghi nhận qua khám lâm sàng, đôi khi cũng cần phải quan sát trên phim X quang để xác định.

Việc tỷ lệ đến khám do đau gặp nhiều nhất cho thấy rằng mặc dù hiện nay bệnh nhân đã hiểu biết hơn nhưng vẫn còn rất nhiều người có tâm lý chủ quan, chỉ khi nào đau hoặc bắt đầu có dấu hiệu biến chứng nặng mới bắt đầu đi khám và điều trị. Điều này một phần cũng do công tác tư vấn sức khỏe cộng đồng về răng miệng còn chưa tốt, nên xem xét việc đi khám sức khỏe cho người dân về răng miệng định kỳ.

4.2. Phân loại răng khôn hàm dưới mọc lệch, ngầm.

Tương quan khoảng rộng xương và thân răng số 8: Số lượng bệnh nhân có khoảng rộng xương loại II (Khoảng rộng nhỏ hơn thân răng 8) chiếm tỷ lệ cao nhất là 78,7%. Loại I chiếm tỷ lệ là 4,25% và có 17,08% răng chìm hoàn toàn trong xương hàm. Điều này có thể được lý giải do công đoạn chọn mẫu nghiên cứu của đề tài là những răng có mức độ rất khó do vậy khoảng rộng xương thường không đủ để đưa răng lên một cách nguyên vẹn.

Trong nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Phú và cộng sự (2023) khoảng cách giữa phía răng xa răng 7 đến bờ trường cạnh lên lớn hơn hoặc bằng kích thước gần xa răng số 8 chiếm số lượng lớn hơn (45 răng) là 70,3%[4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với của Khieu Thanh Tùng (2017) và nghiên cứu của Lê Bá Anh Đức (2014)[5], [6]

Vị trí độ sâu của mặt nhai răng 7 và điểm cao nhất của răng 8: Vị trí răng là yếu tố không kém phần quan trọng, vị trí càng ngầm thì càng khó phẫu thuật thao tác khó, vùng phẫu thuật hẹp, phải bộc lộ răng nhiều. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có răng nào ở vị trí A, răng ở vị trí C chiếm tỷ lệ cao nhất là 74,47% răng ở vị trí B chiếm 25,53%. Theo nghiên cứu năm 2015 của Sandhu và Kaur khi nghiên cứu phẫu thuật lấy 172 RKHD thì vị trí A chiếm 53%, vị trí B chiếm 22% và vị trí C chiếm tỷ lệ 19%. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ RKHD ở vị trí C cao hơn tác giả Sandu và

Kaur trong khi ở vị trí A và B lại thấp hơn[7]. Vị trí A thường được xác định qua thăm khám lâm sàng, vị trí B và C cần được xác định rõ qua phim X quang.

Vị trí với trục răng số 8: Nghiên cứu của chúng tôi trên phim xquang toàn cảnh cho thấy Số răng mọc ngang (vị trí A) chiếm tỷ lệ cao nhất là 48,94%. Các răng mọc lệch gần có 13 trường hợp chiếm 27,66%. Các răng ở vị trí B,C và thấp hơn lần lượt có tỷ lệ là 17,02% và 6,38%. Việc này có thể lý giải vì lý do giải phẫu và sinh lý do răng khôn hàm dưới mọc sau cùng nên không đủ chỗ để mọc. Các răng mọc ngang thường khó nhổ do kẹt vào đường vòng lớn nhất của răng số 7. Các trường hợp mọc lệch xa ít gặp nhất.

Hình thể chân răng số 8: Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ hai chân dạng xuôi chiều hay một chân mảnh

chiếm tỷ lệ cao nhất là 68,08%. Các răng có chân chụm xuôi chiều bầy chiếm 17,02%. 10,64% trường hợp có ba chân dạng hoặc có chân chóp to, móc câu. Có 2 trường hợp (4,26%) răng có hai hoặc nhiều chân dạng ngược chiều nhau.

Mặc dù nghiên cứu của chúng tôi có vị trí các răng khôn hàm dưới khó nhưng hình dạng của các chân răng chủ yếu là các trường hợp chân dạng xuôi chiều bầy do đó việc phẫu thuật cũng không quá khó khăn. Cá biệt có 2 trường hợp chân dạng ngược chiều nhau, các trường hợp này chia chân do đó cũng kéo dài thời gian hơn so với các trường hợp chân răng xuôi chiều bầy hoặc chân dạng chụm.



Hình 1a. Chân răng thẳng

Hình 1b. Chân răng chế

Hình 1c. Chân răng cong

Hình thể chân răng một phần nào đấy cho thấy đây là nguyên nhân làm cho răng không mọc lên được trên cung hàm, nó cũng giúp cho phẫu thuật viên chủ động hơn khi phẫu thuật, tránh gây chân răng khi lấy răng và tiết kiệm tổ chức xương khi vào răng ngầm.

Hình dáng chân răng được xác định qua X quang, thông thường chân răng có thể nghiêng gần hay nghiêng xa hơn khi quan sát, những chân răng nhỏ có thể bị chôn lấp và dễ bị bỏ sót khi quan sát. Qua khảo sát được hình dáng, số lượng, độ cong chân răng ta có thể thiết lập kế hoạch phù hợp cho răng, xác định điểm tựa nhằm bầy lấy chân răng phòng chống gãy cuống răng, hạn chế biến chứng, là yếu tố quyết định thành công của phẫu thuật.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân có răng khôn mọc ngầm có chỉ định nhổ răng phẫu thuật, tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2021, cho thấy:

- Về tuổi, giới và phân hàm của bệnh nhân

+ Bệnh nhân có RKHD mọc lệch, ngầm ở lứa tuổi dưới 30 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 80,85%. Độ tuổi trung bình

là 26,38 tuổi trong nghiên cứu

+ Tỷ lệ nữ giới có RKHD mọc lệch, ngầm chiếm 55,32% cao hơn ở nam giới 44,68%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

+ Tỷ lệ có RKHD mọc lệch ở cả 2 bên chiếm tỷ lệ cao 76,6%.

+ Dấu hiệu lâm sàng thường gặp trong các bệnh nhân đến khám răng là đau chiếm tỷ lệ cao nhất là 46,8%.

- Hình ảnh phim X quang:

+ Tương quan khoảng rộng xương và thân răng số 8: Số lượng bệnh nhân có khoảng rộng xương loại II (Khoảng rộng nhỏ hơn thân răng 8) chiếm tỷ lệ cao nhất là 78,7%. Loại I là 4,25% và 17,08% răng chìm hoàn toàn trong xương hàm.

+ Vị trí độ sâu của mặt nhai răng 7 và điểm cao nhất của răng 8: Răng ở vị trí C chiếm tỷ lệ cao nhất là 74,47% răng ở vị trí B chiếm 25,53%.

+ Vị trí với trục răng: Số răng khôn hàm dưới mọc ngang (vị trí A) chiếm tỷ lệ cao nhất là 48,94%

+ Hình thể chân răng số 8: Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ hai chân dạng xuôi chiều hay một chân mảnh

chiếm tỷ lệ cao nhất là 68,08%. Các răng có chân chụm xuôi chiều bẫy chiếm 17,02%. 10,64% trường hợp có ba chân dạng hoặc có chân chóp to, mọc cầu. Có 2 trường hợp (4,26%) răng có hai hoặc nhiều chân dạng ngược chiều nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Trần Quốc Khánh, “Nhận xét về hình thái răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm ở tuổi trưởng thành và xử trí,” Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, 2002.
- [2] Phạm Như Hải, “Nhận xét tình hình răng khôn dưới hàm mọc lệch ngầm ở sinh viên lứa tuổi 18-25 và xử trí,” Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, 1999.
- [3] Mai Đình Hưng, “Nhận xét hình thể bên ngoài 51 răng khôn hàm dưới lệch,” Nội san sau răng khôn hàm dưới số 2, 1973.
- [4] Nguyễn Mạnh Phú, Nguyễn Thị Phương Thảo, Đinh Thị Thái và cộng sự, “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng răng khôn hàm dưới mọc lệch theo PARANT II-III,” Tạp chí Y học Việt Nam, vol. 525, no. 1B, Art. no. 1B, Apr. 2023, doi: 10.51298/vmj.v525i1B.5098.
- [5] Khiếu Thanh tùng, “Hiệu quả phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm theo Parant II có sử dụng máy siêu âm Piezotome,” Bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội, 2017.
- [6] Lê Bá Anh Đức, “Đánh giá hiệu quả của ghép huyết tương giàu yếu tố tăng trưởng sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới khó,” Luận văn bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội, 2014.
- [7] P. Kaur, “Prevalence of mandibular third molar impaction pattern in a private dental clinic of Sultanpur Lodhi,” Int. J. Health, vol. 3, p. 47, Sep. 2015, doi: 10.14419/ijh.v3i2.5173.



RESEARCH ON CLINICAL CHARACTERISTICS AND RELATED FACTORS OF BLEPHARITIS AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2020

Nguyen Thi Hung*, Nguyen Tien Dat, Tran Thuy Lien, Vu Van Truong

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 03/08/2023; Accepted: 26/08/2023

ABSTRACT

Objective: This article describes the clinical and microbiological characteristics of blepharitis and factors related to blepharitis at Duc Giang General Hospital in 2020.

Subject and method: The cross-sectional descriptive research method was used, All study patients were evaluated according to a uniform sample. Patients who were examined and diagnosed with blepharitis at Duc Giang General Hospital between January 2020 and August 2020 in accordance with the inclusion and exclusion criteria were included in the study. The research process followed the following steps: Patient screening, assessment of clinical symptoms, laboratory tests, examination of complications, assessment of causes, and treatment.

Results: The study was conducted on 220 eyes of 110 patients with blepharitis (VBM). The common age is over 60 years old, the average age is 68.31 ± 8.45 , mainly in women, the female/male ratio is 3/1. The most common functional symptoms of the disease are itchy eyelids and lumps. entangled, secrete foam eyelashes. Less common symptoms in VBM are eyelid edema, periorbital peeling, and eye pain. The most common condition of eyelashes and front lashes is eyelash loss accounting for a high rate of 73.3%, and drooping hair accounts for the second rate of 51%. Manifestations of stye, pustules, or eyelid deformation account for less. Injury to the posterior eyelid is common at level 2: Mildly edematous eyelids account for 41.8%, of the surveyed patients, 50% of patients have normal posterior eyelids. The majority of occlusion of the first level is 84.5%, the disorder of mucus secretion is rare in 15.5%. The characteristics of the microbiological test results of blepharitis showed that the most common cause was bacteria, in which cocci accounted for 48.2%, bacilli accounted for 50.9%, the second most common cause was Demodex accounting for 48% of cases. rate 41.8%, and fungi account for less than 15.5%.

Conclusion: Many factors affect blepharitis such as age, gender, geographical environment, systemic diseases and eyelid hygiene habits. From the above results, it can be seen that blepharitis is a disease that includes a variety of symptoms and related factors affecting the severity of the disease.

Keywords: Clinical symptoms of blepharitis, related factors, Blepharitis, Demode

*Corresponding author
Email address: dr.hungk31@gmail.com
Phone number: (+84) 979937543
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA BỆNH VIÊM BỜ MI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2020

Nguyễn Thị Hưng*, Nguyễn Tiến Đạt, Trần Thúy Liên, Vũ Văn Trường

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 03/08/2023; Ngày duyệt đăng: 26/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bài báo này mô tả đặc điểm lâm sàng, vi sinh của bệnh viêm bờ mi và các yếu tố liên quan đến bệnh viêm bờ mi tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2020.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang được sử dụng, tất cả bệnh nhân nghiên cứu đều được đánh giá theo một mẫu thống nhất. Các bệnh nhân đã được khám và chẩn đoán viêm bờ mi tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang trong thời gian từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 8 năm 2020 phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu. Quy trình nghiên cứu tiến hành theo các bước: Khám sàng lọc bệnh nhân, đánh giá triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng, thăm khám các biến chứng, đánh giá nguyên nhân, điều trị.

Kết quả: Nghiên cứu được tiến hành trên 220 mắt của 110 bệnh nhân viêm bờ mi (VBM). Độ tuổi hay gặp trên 60 tuổi, tuổi trung bình là $68,31 \pm 8,45$, chủ yếu ở nữ giới, tỉ lệ nữ/nam là 3/1. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất của bệnh là ngứa mi và cộm vướng, tiết tố bọt mi. Triệu chứng ít gặp trong VBM là phù nề mi mắt, bong da quanh mắt và đau nhức mắt. Tình trạng lông mi, bờ mi trước hay gặp nhất là rụng lông mi chiếm tỷ lệ cao 73,3%, lông xiêu chiếm tỷ lệ thứ 2 là 51%. Các biểu hiện chắp lẹo, mụn mủ, hoặc biến dạng bờ mi chiếm tỷ lệ ít hơn. Tôn thương bờ mi sau hay gặp mức độ 2: Mi cương tụ nhẹ chiếm tỷ lệ 41,8%, trong số bệnh nhân khảo sát có 50% bệnh nhân bờ mi sau bình thường. Tình trạng bít tắc tuyến độ 1 chiếm đa số 84,5%, rối loạn chất tiết dạng mủ nhày ít gặp 15,5%. Đặc điểm kết quả xét nghiệm vi sinh chất tiết bờ mi cho thấy nguyên nhân hay gặp nhất là vi khuẩn trong đó cầu khuẩn chiếm 48,2%, trực khuẩn chiếm 50,9%, nguyên nhân hay gặp thứ 2 là Demodex chiếm tỷ lệ 41,8%, và nấm chiếm tỷ lệ ít hơn 15,5%. Nhiều yếu tố ảnh hưởng đến bệnh viêm bờ mi như tuổi, giới, môi trường địa dư, các bệnh lý toàn thân và các thói quen vệ sinh mi mắt.

Kết luận: Từ các kết quả trên có thể thấy viêm bờ mi là một bệnh bao gồm đa dạng các triệu chứng và các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến mức độ của bệnh.

Từ Khóa: Triệu chứng lâm sàng bệnh viêm bờ mi, các yếu tố liên quan, viêm bờ mi, Demodex.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm bờ mi là một viêm của phần trước mi, một trong những bệnh phổ biến, có thể gặp ở cả nam và nữ, các lứa tuổi và dân tộc khác nhau. Người ta chia ra hai hình thái của viêm bờ mi: hình thái viêm có bong vẩy đặc

trung bởi sự cương tụ của bờ mi với những vẩy dạng mỡ hay khô, hình thái loét đặc trưng bởi sự phát triển những mụn mủ nhỏ dẫn đến hình thành những hạt hay những loét của bờ mi, các bệnh kèm theo như viêm kết giác mạc là hay gặp... bệnh thường tiến triển mạn tính,

*Tác giả liên hệ
Email: dr.hungk31@gmail.com
Điện thoại: (+84) 979937543
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



hay tái phát [1].

Các triệu chứng đưa người bệnh đến khám thường xuyên là những triệu chứng nhẹ, gây nên những khó chịu nhẹ, bệnh nhân có thể không nhớ thời điểm bắt đầu, thường dùng nhiều loại thuốc tra mắt các triệu chứng dịu đi sau đó lại tái phát có thể nhiều lần. Đôi khi bệnh nhân đến vì những biến chứng như chảy, lẹo, viêm tóa lan rộng trên mí, những biến chứng viêm loét giác mạc, khô mắt, ... Chẩn đoán viêm bờ mí với các dấu hiệu thường ít đặc trưng, tuy nhiên khám kỹ bờ mí, làm các xét nghiệm tìm nguyên nhân cho phép chẩn đoán viêm bờ mí do nấm, do vi khuẩn hay do kí sinh trùng hoặc do các nguyên nhân đặc biệt khác.

Điều trị viêm bờ mí đòi hỏi sự chăm sóc đặc biệt về vệ sinh cá nhân, chăm sóc tại chỗ, toàn thân, các biện pháp sử dụng các thuốc khác nhau cũng như sự duy trì điều trị và điều trị các triệu chứng phối hợp. Kết quả điều trị ban đầu thường tốt tuy nhiên kết quả lâu dài còn nhiều khó khăn.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Những bệnh nhân đã được khám và chẩn đoán viêm bờ mí tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang trong thời gian từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 8 năm 2020.

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang (tất cả bệnh nhân nghiên cứu đều được nghiên cứu theo một mẫu thống nhất).

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Những bệnh nhân đã được khám và chẩn đoán viêm bờ mí tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang trong thời gian từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 8 năm 2020.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Các tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán viêm bờ mí với các triệu chứng điển hình, cận lâm sàng soi phát hiện nguyên nhân các mức độ: (+), (++) , (+++). Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu và ký giấy chấp nhận những lợi ích và nguy cơ mà nghiên cứu có thể đem lại. Các tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có kèm theo bệnh khác của mắt cần điều trị: glôcôm, bong võng mạc, viêm màng bồ đào, ... Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Mẫu nghiên cứu được tính theo công thức:

$$N = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \cdot p \cdot q}{(p \cdot \varepsilon)^2} \quad (1)$$

Trong đó:

N: Cỡ mẫu nghiên cứu (số mắt nghiên cứu)

Z: Hệ số tin cậy (lấy $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$) khi $\alpha = 0,05$

α : Mức ý nghĩa thống kê ($\alpha = 0,05$ tương ứng độ tin cậy 95%)

ε : Sai số nghiên cứu lấy mức 0,2

2.5. Nội dung nghiên cứu: Khám sàng lọc bệnh nhân, đánh giá triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng, thăm khám các biến chứng, đánh giá nguyên nhân, điều trị. Các mức độ đánh giá triệu chứng bệnh phân loại thành 4 mức độ: nặng, vừa, nhẹ, không có.

2.5. Biến số/ chỉ số/ nội dung/ chủ đề nghiên cứu: Trình bày các nhóm biến số chỉ số nghiên cứu hoặc các nội dung nghiên cứu.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: Liệt kê và/ hoặc mô tả cách thức, công cụ, các bước thu thập số liệu được áp dụng.

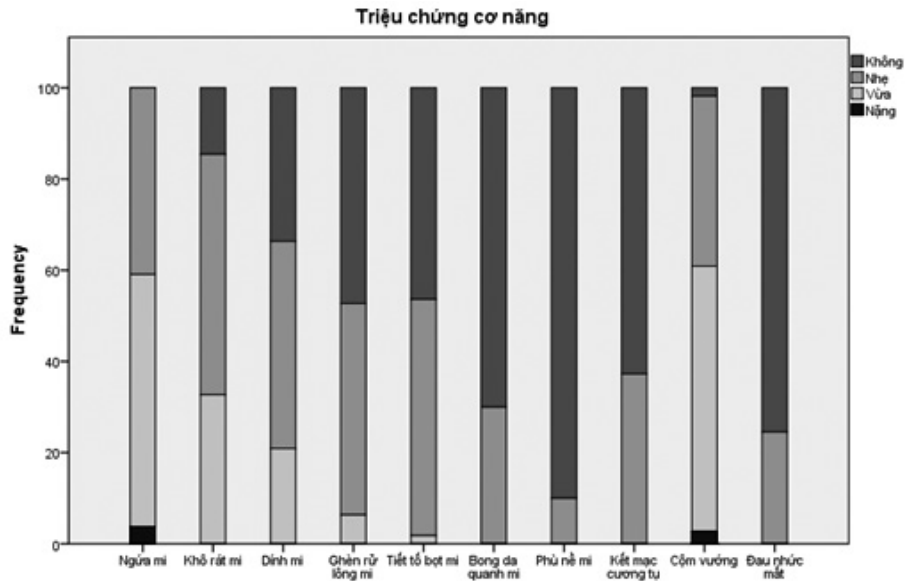
2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Trình bày công cụ và phương pháp quản lý, xử lý và phân tích dữ liệu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 110 bệnh nhân với 220 mắt bị viêm bờ mí tại phòng khám Mắt – Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 03 năm 2020 đến tháng 8 năm 2020.

Tuổi trung bình của 110 bệnh nhân được chẩn đoán VBM là 68,32. Bệnh nhân lớn tuổi nhất là 85, bệnh nhân ít tuổi nhất là 39. Bệnh nhân nữ chiếm đa số, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tỷ lệ bệnh nhân thuộc nhóm hưu trí chiếm đa số (53,6%), bệnh nhân là nông dân đứng thứ 2 (21,8%). Tỷ lệ bệnh nhân là công nhân và trí thức chiếm tỷ lệ thấp hơn. Các bệnh nhân còn lại chủ yếu làm công việc nội trợ (13,6%). Sự khác biệt về nghề nghiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Bệnh nhân ở thành thị chiếm tỷ lệ rất cao (70,9%), số bệnh nhân ở nông thôn chiếm tỷ lệ thấp hơn (29,1%). Sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân ở có vùng địa dư có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Trong số 110 bệnh nhân nghiên cứu, 40,9% bệnh nhân thường xuyên tiếp xúc với khói bụi, 37,3% bệnh nhân tiếp xúc với hóa chất, 12,7% bệnh nhân sống trong môi trường ô nhiễm nước. 49,1% bệnh nhân sống trong môi trường không có yếu tố nguy cơ gây VBM

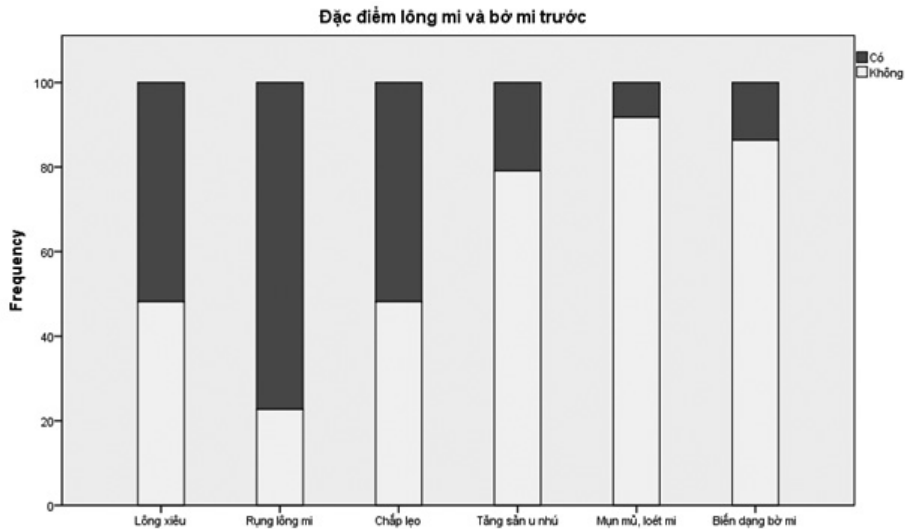
Hình 1. Đặc điểm triệu chứng cơ năng viêm bờ mi.



Bảng 1. Đặc điểm tình trạng lông mi và bờ mi trước

| Dấu hiệu lâm sàng | Có (%) | Không (%) |
|-------------------|--------|-----------|
| Lông xiêu | 51,8 | 48,2 |
| Rụng lông mi | 77,3 | 22,7 |
| Chấp lệ | 51,8 | 48,2 |
| Tăng sản u nhú | 20,9 | 79,1 |
| Mụn mủ, loét mi | 8,3 | 91,7 |
| Biến dạng bờ mi | 13,6 | 86,4 |

Hình 2. Đặc điểm triệu chứng thực thể viêm bờ mi.



Có khoảng 50% trong tổng số 110 bệnh nhân nghiên cứu không có tổn thương bờ mi sau. Chủ yếu là tổn thương độ 1 mi cương tụ nhẹ với tỷ lệ 41,8%. Tổn thương độ 2 mi cương tụ toàn bộ là 8,2%. Sự khác biệt giữa các tỷ lệ này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Trong số 110 bệnh nhân VBM, 84,5% bệnh nhân có bít tắc tuyến độ 1 và 15,5% rối loạn chất tiết tuyến MGD. Sự khác biệt về tỷ lệ VBM có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$

Trong 220 mắt của 110 bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ mắt có thị lực trong khoảng 3/10 đến 6/10 chiếm đa số (45,5%). Tỷ lệ mắt có thị lực thấp 1/10 đến 2/10 chiếm tỉ lệ cũng khá cao (37,3%). Tỷ lệ mắt có thị lực cao từ 7/10 trở lên chiếm tỷ lệ thấp (12,7%). Sự khác biệt giữa có nhóm thị lực có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 2. Đặc điểm kết quả xét nghiệm vi sinh chất tiết bờ mi

| Tác nhân | Số ca | Tỷ lệ% |
|--------------------------|-------|--------|
| Vi khuẩn | 39 | 35,45 |
| Vi khuẩn + Nấm | 17 | 15,45 |
| Vi khuẩn + Demodex | 46 | 41,82 |
| Vi khuẩn + Nấm + Demodex | 8 | 7,28 |
| Tổng | 110 | 100 |

Trong nghiên cứu chúng tôi thấy có sự kết hợp khá thường xuyên của nấm với các vi khuẩn khác như cầu khuẩn và trực khuẩn chiếm tỉ lệ 15,45%, cùng với các trường hợp có cả tỷ lệ cao Demodex với vi khuẩn hay có sự phối hợp cả nấm chiếm tỉ lệ 41,8%, Demodex và vi khuẩn chiếm tỉ lệ 7,28%. Do có sự phối hợp các nguyên nhân nên nhiều khi khó phân biệt các biểu hiện của viêm bờ mi là do nấm hay do các nguyên nhân khác.

Trong kết quả của chúng tôi chỉ ra rằng tỷ lệ nhiễm nấm tăng cao theo nhóm tuổi, nhóm tuổi trên 60 có 15/17 bệnh nhân, trong khi các nhóm tuổi khác số lượng nhiễm nấm ít hơn 2/17 bệnh nhân. Tương tự tỷ lệ bệnh nhân VBM do Demodex cũng chiếm tỷ lệ cao ở nhóm tuổi trên 60 tuổi. Điều này có thể giải thích rằng yếu tố tuổi ảnh hưởng nhiều đến nguy cơ nhiễm các mầm bệnh gây VBM do thói quen sinh hoạt, hạn chế vệ sinh mắt và sức đề kháng kém hơn.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ bệnh nhân VBM do demodex ở thành phố và nông thôn không có sự khác

biệt nhiều, nông thôn chiếm tỷ lệ 40,6% và thành phố chiếm 42,3%. VBM do nấm thường gặp hơn ở nông thôn chiếm tỉ lệ 21,9% trong khi ở thành phố tỉ lệ thấp hơn là 12,8%. Nghiên cứu chỉ ra các nguyên nhân gây VBM chịu ảnh hưởng của yếu tố môi trường (khói bụi) làm tăng tỷ lệ nhiễm vi khuẩn, nấm, Demodex.

Bảng 3. Các bệnh lý liên quan đến viêm bờ mi

| Bệnh lý liên quan | Số bệnh nhân | Tỉ lệ% |
|-------------------------|--------------|--------|
| Tăng huyết áp | 50 | 45,5 |
| Đái tháo đường | 18 | 16,4 |
| Tiền sử dị ứng | 11 | 10,0 |
| Bệnh lý khớp | 14 | 12,7 |
| Tiền sử viêm kết mạc | 17 | 15,5 |
| Hen phế quản | 8 | 7,3 |
| Bệnh lý miễn dịch | 8 | 7,3 |
| Tiền sử chấn thương mắt | 8 | 7,3 |

Trong tổng số 110 bệnh nhân nghiên cứu, 65,5% có bệnh lý toàn thân kèm theo. Chiếm tỷ lệ cao nhất là bệnh nhân tăng huyết áp (45,5%). Bệnh nhân có tiền sử dị ứng là 10,0%, tiền sử viêm kết mạc là 15,5%. Tỷ lệ bệnh nhân không mắc các bệnh lý toàn thân liên quan đến VKM là 34,5%.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi lứa tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ VBM cao nhất 84,5%, thấp nhất là độ tuổi nhỏ hơn 40 chiếm 0,9%. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $68,31 \pm 8,4$. Kết quả này cao hơn so với các kết quả nghiên cứu của tác giả nước ngoài như Louis Tong – 2010, Daniel R. Powell - 2012, Edoardo Villani – 2013. Nhưng khá tương đồng với các kết quả trong nước N.T.Đạt, N.T.Liễu – 2018, Đ.Tùng, P.K.Vân – 2015. Điều này có thể giải thích là do bệnh viêm bờ mi là bệnh mạn tính có thể bệnh nhân đã mắc từ lâu nhưng thường không được quan tâm đúng mực và bệnh nhân chỉ đến khám khi bệnh đã lâu, đã dùng nhiều loại thuốc khác nhau không khỏi mới đến khám hoặc bệnh gây khó chịu nhiều ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.

Trong số 110 bệnh nhân viêm bờ mi có 85 bệnh nhân nữ chiếm (77,3%) trong khi bệnh nhân nam có 25 bệnh nhân (chiếm 22,7%) Có sự khác biệt rõ rệt về giới trong nghiên cứu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Với độ

tuổi từ trên 40 mà đa số lại là nữ, điều này giải thích yếu tố có ý nghĩa trong giai đoạn này của phụ nữ là ở giai đoạn tiền mãn kinh và mãn kinh, đây cũng là nguyên nhân dẫn đến sự rối loạn chuyển hóa các chất trong tuyến bờ mi gây tình trạng viêm mạn tính, tạo cơ hội cho vi khuẩn, ký sinh trùng, nấm phát triển. Ngoài ra, ở nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng giai đoạn tuổi này, có sự thoái hóa, teo các lỗ tuyến bờ mi, sừng hóa mi, cũng là nguyên nhân ảnh hưởng đến tình trạng viêm bờ mi. Nghiên cứu của tác giả Rahul Singh Tonk (2014) viêm bờ mi là bệnh thường gặp nhất trên thực hành lâm sàng, viêm bờ mi có thể gặp từ 37% - 47% bệnh nhân đến khám. Viêm bờ mi có thể gặp ở mọi lứa tuổi, tuy nhiên thường gặp ở tuổi khoảng 50 tuổi, viêm bờ mi do tụ cầu thường gặp ở tuổi trẻ hơn (42 tuổi) và thường gặp nhiều hơn trên phụ nữ (80%). Có 50% viêm bờ mi do tụ cầu có thể gây khô mắt. Nghiên cứu 86 bệnh nhân có khô mắt tác giả thấy 75% có viêm kết mạc và viêm bờ mi do tụ cầu, khoảng 25% - 40% viêm bờ mi do tiết bã nhờn có khô mắt. Trứng cá đỏ gặp ở 20%-42% bệnh nhân của tất cả viêm bờ mi, 30% viêm bờ mi mạn tính có Demodex.

Sự phân bố nghề nghiệp của bệnh nhân VBM trong đề tài nghiên cứu của chúng tôi tập trung chủ yếu là người cao tuổi (84,5%) và nông dân (21,8%). Việc nhóm nghề nông dân và người cao tuổi chiếm tỷ lệ cao do đây là 2 nhóm có khả năng chịu ảnh hưởng nhiều của môi trường (gió bụi, ánh nắng, nguồn nước) ô nhiễm, tình trạng viêm bờ mi mạn tính, mức độ nhận thức bệnh kém (vệ sinh, điều trị) hơn so với các nhóm nghề khác. Tuy nhiên sự phân bố của bệnh nhân VBM theo nghề còn ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố khác như tỷ lệ dân số (nhóm nông dân chiếm tỷ lệ cao trong dân số), hay yếu tố tuổi (tuổi cao là yếu tố nguy cơ của bệnh)

Tỷ lệ bệnh nhân ở thành phố trong nghiên cứu chiếm 70,9%, nông thôn chiếm 29,1%. Có sự khác biệt này có thể do Bệnh viện đa khoa Đức Giang nằm ở nội thành Hà Nội, đối tượng khám chủ yếu là người dân trên địa bàn và các tỉnh Hưng Yên, Bắc Ninh lân cận nên tỷ lệ bệnh nhân thành thị trong nghiên cứu là cao nhất.

Chúng tôi nhận thấy hầu hết các bệnh nhân VBM đều có ít nhất 1 trong các triệu chứng cơ năng (ngứa mi, tiết tổ bọt, khô rát mi, dính mi) chiếm tới 100%. Trong nghiên cứu có 98,1% ngứa mi, 53,63% tiết tổ bọt mi, 85,5% khô rát mi và 66,4% dính mi. Các triệu chứng gặp ở mức độ khác nhau. Ngứa mi gặp nhiều nhất mức độ 3 và là triệu chứng nổi cộm để bệnh nhân phải đi khám. Các triệu chứng dính mi, khô rát mi gặp ở các mức độ nhẹ hơn. Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu của tác giả khác. Theo Ola Rygh có 85% khô rát mi, 56% ngứa mi, 75% có cộm vướng và dính mi hay theo Reiko Arita: Tiết tổ mi 53,3%, khô rát 83,3%, 54,5% ngứa mi. Điều này có thể lý giải là trên các bệnh nhân có VBM thường có tình trạng ngứa bờ mi (triệu chứng ngứa mi) thay đổi tính chất chất tiết (tiết tổ bọt, dính mi) hay hiện tượng sừng hoá bờ mi (triệu chứng khô rát).

Thực tế trên lâm sàng khi thăm khám, bệnh nhân VBM ngoài biểu hiện của viêm bờ mi trước còn kèm theo biểu hiện rối loạn chức năng tuyến Meibomius và bờ mi sau. Biểu hiện viêm bờ mi trước thường gặp là sưng nề lỗ tuyến chân lông mi, mạch máu giãn phía trên đường xám, tiết tổ vẩy mi trước. Các triệu chứng thực thể này thường gây triệu chứng cơ năng nổi bật nhất là cảm giác ngứa nhiều. Chính vì vậy mà triệu chứng cơ năng ngứa mi với mức độ gần hết thời gian trong tuần và hầu như toàn bộ thời gian trong tuần gặp ở rất nhiều bệnh nhân.

Khi nghiên cứu 73 bệnh nhân rối loạn chức năng tuyến Meibomius (viêm bờ mi sau) tác giả Đinh Đăng Tùng (2015) [40] thấy các bệnh nhân đều có ít nhất 1 trong các triệu chứng cơ năng (ngứa mi, tiết tổ bọt, khô rát mi, dính mi) chiếm tới 98,4%; (90,2% ngứa mi, 77,6% tiết tổ mi, 86% khô rát mi và 77,6% dính mi). Các triệu chứng thường nhẹ nhàng, thoáng qua, nhiều bệnh nhân không biết thời điểm khởi phát. Nghiên cứu của một số tác giả cũng thấy như vậy.

Trong nhóm nghiên cứu, bệnh nhân viêm bờ mi do nhiều nguyên nhân. Như vậy, trên cùng một bệnh nhân có thể phối hợp nhiều nguyên nhân gây bệnh. Kết quả của chúng tôi cho thấy viêm bờ mi do vi khuẩn chiếm tỉ lệ cao, trong đó cầu khuẩn chiếm 48,2%, trực khuẩn chiếm 50,9% sự khác biệt giữa các loại vi khuẩn là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Nguyên nhân hay gặp tiếp theo là demodex chiếm tỷ lệ 41,8%. Nguyên nhân nấm ít gặp hơn cả chiếm tỷ lệ 15,5%. Kết quả này phù hợp với kết quả của Ths. Tạ Thị Ngọc – 2019 [22], cầu khuẩn Gram (+) chiếm tỷ lệ cao nhất (nhóm 1 chiếm 58,3%, nhóm 2 chiếm 45,8%), tiếp đến là nấm (nhóm 1 chiếm 45,8%, nhóm 2 chiếm 27,1%), thấp nhất là trực khuẩn Gram (+) (nhóm 1 chiếm 41,7%, nhóm 2 chiếm 22,9%). So sánh kết quả xét nghiệm vi khuẩn và nấm ở cả hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Ở người bình thường vẫn có thể có vi khuẩn và nấm nhưng mức độ ít và không gây viêm bờ mi, bệnh nhân không có cảm giác khó chịu, người ta gọi đó là vi hệ bình thường. Tuy nhiên, khi mức độ của chúng nhiều hơn gây nên tình trạng viêm bờ mi, bệnh cảm giác khó chịu thì lúc này chúng lại là tác nhân gây bệnh và bệnh nhân cần được điều trị.

Ở mắt, người ta cho rằng Demodex folliculorum liên quan đến viêm bờ mi và bệnh trứng cá đỏ [17-19]. Nó cư trú ở nang lông, gây viêm, phá hủy nang lông và là vector truyền các tác nhân khác như vi khuẩn, nấm [17, 20]. Tuy nhiên, điều này vẫn còn gây tranh cãi bởi vì các triệu chứng ở mắt không phải lúc nào cũng có ở các bệnh nhân có Demodex. Người ta vẫn có thể tìm thấy Demodex với số lượng ít ở các bệnh nhân không có triệu chứng [21-23].

Các nhà da liễu học vẫn chưa có sự đồng thuận về sinh lý bệnh học của Demodex. Vẫn có những tranh luận là

liệu ký sinh trùng sống cộng sinh hoặc được tìm thấy một cách trùng hợp ngẫu nhiên trên các bệnh nhân có bệnh da liễu.

Đặc điểm của nhóm nghiên cứu ta thấy viêm bờ mi chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố như tuổi tác, giới, địa dư, nghề nghiệp và môi trường sống. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của Ts. Nguyễn Thị Minh – 2016 [23] có 52,8% là nông dân, tiếp theo là công nhân (25%) còn lại là văn phòng (13,9%), hưu trí (5,6%) khác 1 bệnh nhân. Theo các nghiên cứu nhiễm nấm hay gặp ở người lao động, sống trong môi trường ẩm thấp, tiếp xúc nhiều với đất cát, cây cỏ chính vì vậy đối tượng nông dân, công nhân, những người lao động chân tay, điều kiện làm việc và sống còn nhiều khó khăn. Nấm mi mắt cũng nằm chung trong bệnh cảnh của nấm da, nấm tóc chính vì vậy theo các nghiên cứu thấy tỷ lệ nấm do nấm tóc hay gặp ở đối tượng làm nông nghiệp (nông dân) cũng như những người sống trong môi trường gió bụi, nóng ẩm như các công nhân mỏ than, hầm lò... Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quý Thái (2012): Thấy nấm da hay gặp trên bệnh nhân làm việc trong điều kiện gió bụi, nóng ẩm như khí hậu miền bắc. Cũng từ đặc điểm nghề nghiệp nên yếu tố địa dư cũng là liên quan: nhóm bệnh nhân viêm bờ mi do nấm thì phân bố địa dư chủ yếu ở nông thôn (44,4%) sau đó miền núi (27,8%), ít nhất là vùng biển chỉ chiếm 2,8%.

Ngoài ra, VBM còn ảnh hưởng bởi các bệnh lý toàn thân, tiền sử sử dụng thuốc, dị ứng,.... Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp cao nhất chiếm 45,5%, Đái tháo đường chiếm 16,4%,viêm kết mạc kéo dài chiếm tỷ lệ cao: 15,5%. Bệnh lí về khớp: 12,7%. Tiền sử dị ứng: 10%. Có sự khác biệt lớn giữa bệnh lý tăng huyết áp và đái tháo đường so với các bệnh lý liên quan khác có thể được giải thích do Bệnh viện đa khoa Đức Giang đang điều trị, kiểm soát một số lượng lớn bệnh nhân tăng huyết áp, đái tháo đường nên trong số các bệnh nhân đến khám có bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường chiếm tỷ lệ cao hơn. Nhóm nghiên cứu cũng cho rằng viêm kết mạc kéo dài, tiền sử dị ứng, các bệnh lý miễn dịch toàn thân sẽ gây ra phản ứng dị ứng kích thích thần kinh hoạt hóa các tế bào lympho T giải phóng ra các chất trung gian hóa học gây viêm trên bờ mi và trên bề mặt nhãn cầu, màng phim nước mắt, các mô liên quan....gây ảnh hưởng tới nang tuyến lệ và ống dẫn, mi mắt, các tuyến bờ mi gây ra tình trạng sung huyết mi, biến dạng bờ mi và sừng hoá biểu mô gây bí tắc các tuyến Meibomius và kết quả là làm rối loạn chức năng tuyến Meibomius, bất thường phim nước mắt, tổn thương bề mặt nhãn cầu dần dần dẫn tới bệnh khô mắt.

Trong nghiên cứu cũng chỉ ra rằng trên bệnh nhân có tiền sử dị ứng thì các triệu chứng cơ năng xảy ra rất đa dạng trong số đó ngứa mi là triệu chứng nổi cộm, mức độ hay gặp là vừa tức ngứa hơn 1 nửa thời gian trong ngày. Triệu chứng dính mi và tiết tố bọt mi cũng thường xuyên gặp ở mức độ nhẹ (thỉnh thoảng) và mức

độ vừa(nửa thời gian trong ngày).

Các yếu tố ảnh hưởng đến bệnh lý viêm bờ mi còn nhiều yếu tố khác như cách vệ sinh mắt, thói quen sử dụng thuốc của bệnh nhân, khí hậu của vùng miền.....Nhưng trên khuôn khổ của luận văn và hạn chế về thời gian chúng tôi chưa đề cập được trong đề tài này. Tuy nhiên theo những báo cáo của các bài báo trong nước hay nước ngoài đều có một số đặc điểm chung là: Làm sạch mi mắt ít nhất 1 lần trong ngày, ngay cả khi các triệu chứng viêm bờ mi đã hết. Không đeo kính tiếp xúc khi đang có triệu chứng viêm bờ mi, không dung các sản phẩm trang điểm mắt đặc biệt là kẻ mi trong khi có các triệu chứng viêm bờ mi. Cần hỏi ý kiến của bác sĩ chuyên khoa mắt khi sử dụng các sản phẩm làm sạch mi mắt, và thuốc nhỏ mắt.

5. KẾT LUẬN

Viêm bờ mi là một bệnh bao gồm đa dạng các triệu chứng và các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến mức độ của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Philips Thygeson MD, Sanjose, Calif, "Etiology and treatment of blepharitis," Archives of Ophthalmology, 1946, 445 - 477.
- [2] Lisa M. Nijm, "Blepharitis: Classification". Edward J. Holland MD, Mark J. Mannis MD FACS, W. Barry Lee MD FACS. "Ocular Surface Disease:Cornea, Conjunctivaand Tear Film": 55 - 60
- [3] Mathers WD, Shields WJ, Sachdev MS et al., (Meibomian gland dysfunctionin chronic blepharitis. Cornea 1991;10:277-85.
- [4] Jackson, W.B, "Blepharitis Preferred Practice Pattern." American Academy of Ophthalmology 43.2 (2008): 170-179.
- [5] McCulley JP, Dougherty JM, Deneau DG, Classification of chronic blepharitis. Ophthalmology 1982;89:1173-80.
- [6] McCulley JP, Sciallis GF, Meibomian keratoconjunctivitis. Am J Ophthalmol 1977;84:788-93.
- [7] Smolin G, Okumoto M, Staphylococcal blepharitis. Arch Ophthalmol 1977; 95:812.
- [8] Mathers WD, Choi D, Cluster analysis of patients with ocular surface disease, blepharitis, and dry eye. Arch Ophthalmol 2004;122:11:1700-1704.
- [9] Igami TZ, Holzchuh R, Osaki TH et al., Oral azithromycin for treatment of posterior blepharitis. Cornea 2011; 30:1145.1.
- [10] Đỗ Như Hôn, Lê Minh Thông, Lê Đỗ Thùy Lan, Bệnh của mi mắt, Nhân khoa Tập 2, 2012.
- [11] Phan Dẫn, Bệnh của mi mắt, Nhân khoa giảm

- yếu, Tập 1, Nhà xuất bản Y học, 2007, p: 39
- [12] Huber-Spitzy V, Baumgartner I, Böhler-Sommerregger K et al., Blepharitis - a diagnostic and therapeutic challenge. A report on 407 consecutive cases. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 1991; 229:224-7.
- [13] Raskin EM, Speaker MG, Laibson PR. *Blepharitis Infect Dis Clin North Am* 1992; 6:777-87.
- [14] Kemal M, Sumer Z, Toker MI et al., The prevalence of *Demodex folliculorum* in blepharitis patients and the normal population. *Ophthalmic Epidemiol* 2005; 12:287-90.
- [15] Kheirkhah A, Casa V, Li W et al., Corneal manifestations of ocular *Demodex* infestation. *Am J Ophthalmol* 2007; 143:743-9.
- [16] Seal D, Ficker L, Ramakrishnan M et al., Role of staphylococcal toxin production in blepharitis. *Ophthalmology* 1990; 97:1684-8.
- [17] Edwards RS, Ophthalmic emergencies in a district general hospital casualty department. *Br J Ophthalmol* 1987; 71:938 - 42.
- [18] Ghanem VC, Mehra N, Wong S et al., The prevalence of ocular signs in acne rosacea: comparing patients from ophthalmology and dermatology clinics. *Cornea* 2003; 22:230-3.
- [19] International Council of Ophthalmology/ International Federation of Ophthalmological Societies, *ICO International Clinical Guidelines Blepharitis (Initial and Follow-up Evaluation)*, 2008.
- [20] Đỗ Như Hơn, *Nhãn khoa, Tập 1, Giải phẫu mi mắt (Hoàng Thị Phúc)*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 2012.
- [21] Đinh Đăng Tùng, *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của rối loạn chức năng tuyến Meibomius trên bệnh nhân khô mắt*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, 2015.
- [22] Tạ Thị Ngọc, *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm bờ mi do Demodex bằng Ivermectin*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, 2019



APPLICATION OF SIX SIGMA TO IMPROVE THE QUALITY OF TESTS AT THE DEPARTMENT OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION IN 2019 - 2020

Nguyen Hoai Nam*, Dang Thuy Linh,
Lai Hai Ha, Doan Huy Hoang, Do Thi Hong Hanh

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 03/08/2023; Accepted: 06/09/2023

ABSTRACT

Objective: (1) Evaluation of the methodological performance of a number of hematological tests applying the Sigma scale on the XN1000 and ACLTOP500, (2) Develop a test quality control plan based on the Six Sigma scale, carry out interventions to improve the quality of some tests at the Department of Hematology and Blood Transfusion of Duc Giang General Hospital.

Subject and method: RBC, HGB, PLT, WBC indicators on Sysmex XN 1000 and PTs, aPTTs, Fib-C indicators on IL ACLTOP500CTS from September 2019 to September 2020. Intervention research.

Results: Before the intervention to evaluate the performance of 4 parameters of RBC, HGB, PLT, and WBC on XN1000 machines at 3 concentrations corresponding to 12 indicators, there were: 4/12 indicators (33.3%) achieved Sigma ≥ 6 ; 7/12 indices (58.3%) achieved Sigma ≥ 3 and <6 ; 1/12 of the index (8.3%) scored Sigma <3 ; 3 parameters PTs, aPTTs, Fib-C on ACL TOP 500 machine at 2 concentrations corresponding to 6 indicators have: 6/6 indicators (100%) achieved Sigma ≥ 3 , of which 1/6 indicators (16.7%) achieved Sigma ≥ 6 . Intervention plan is to re-establish control limits and develop internal statistical procedures for each test on each machine, based on the Sigma level obtained. After the intervention, the performance of 18 indicators on XN1000 and ACLTOP500 improved: None of the indicators had a Sigma <3 ; the total Sigma index ≥ 6 increased from 6 to 8 indicators.

Conclusion: The Sigma scale can be used to raise the level of test quality and limit errors that may occur during the testing phase.

Keywords: Six Sigma, hematology, quality.

*Corresponding author
Email address: hoainam10188@gmail.com
Phone number: (+84) 904644895
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

ÁP DỤNG SIX SIGMA NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG XÉT NGHIỆM TẠI KHOA HUYẾT HỌC-TRUYỀN MÁU NĂM 2019 - 2020

Nguyễn Hoài Nam*, Đặng Thùy Linh,
Lại Hải Hà, Doãn Huy Hoàng, Đỗ Thị Hồng Hạnh

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 03/08/2023; Ngày duyệt đăng: 06/09/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Đánh giá hiệu năng phương pháp của một số xét nghiệm huyết học áp dụng thang Sigma trên máy tế bào máu Sysmex XN 1000 và máy đông máu ACL TOP 500, (2) Xây dựng kế hoạch kiểm tra chất lượng xét nghiệm dựa theo thang Six Sigma, tiến hành can thiệp nâng cao chất lượng xét nghiệm của một số xét nghiệm tại khoa Huyết học- Truyền máu Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Các chỉ số RBC,HGB,PLT,WBC trên máy tế bào Sysmex XN 1000 và các chỉ số PTs,aPTTs, Fib-C trên máy đông máu IL ACL TOP 500CTS từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 9 năm 2020. Nghiên cứu can thiệp.

Kết quả: Trước can thiệp đánh giá hiệu năng 4 thông số RBC,HGB,PLT và WBC trên máy XN 1000 ở 3 nồng độ tương ứng 12 chỉ số có: 4/12 chỉ số (33,3%) đạt Sigma ≥ 6 ; 7/12 chỉ số (58,3%) đạt Sigma ≥ 3 và <6 ; 1/12 chỉ số (8,3%) đạt Sigma <3 ; 3 thông số PTs,aPTTs, Fib-C trên máy ACL TOP 500 ở 2 nồng độ tương ứng 6 chỉ số có: 6/6 chỉ số (100%) đạt Sigma ≥ 3 Trong đây có 1/6 chỉ số (16,7%) đạt Sigma ≥ 6 . Can thiệp lên kế hoạch và thiết lập lại các giới hạn kiểm soát và xây dựng các quy trình thống kê nội kiểm cho từng xét nghiệm trên từng máy, từng xét nghiệm dựa trên mức Sigma thu được. Sau can thiệp tiến hành đánh giá lại hiệu năng của 18 chỉ số trên hai máy tế bào XN 1000 và đông máu ACL TOP 500 đều cải thiện: Không có chỉ số nào có Sigma <3 ; Nâng tổng chỉ số đạt Sigma ≥ 6 từ 6 lên 8 chỉ số.

Kết luận: Có thể sử dụng thang điểm Sigma để nâng cao mức chất lượng xét nghiệm nhằm hạn chế sai sót có khả năng xảy ra trong giai đoạn xét nghiệm.

Từ khóa: Six Sigma, huyết học, chất lượng xét nghiệm.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong dịch vụ chăm sóc sức khỏe, phòng xét nghiệm lâm sàng đóng vai trò đặc biệt quan trọng, có liên quan đến quyết định chẩn đoán, điều trị hay tiên lượng của bác sỹ đối với bệnh nhân. Chất lượng xét nghiệm ngày càng quan trọng trong hệ thống quản lý chất lượng tại các cơ sở khám chữa bệnh, trong bối cảnh hiện tại khi

mà 60% đến 70% chuẩn đoán lâm sàng, tiên lượng bệnh và theo dõi điều trị dựa trên kết quả từ phòng xét nghiệm thì việc đảm bảo chất lượng xét nghiệm góp phần không nhỏ vào công cuộc chăm sóc sức khỏe cho người dân[1]. Từ những năm 1980, phương pháp Six Sigma là công cụ hiện đại và hiệu quả trong đánh giá và quản lý chất lượng và được sử dụng rộng rãi trong các ngành

*Tác giả liên hệ

Email: hoainam10188@gmail.com

Điện thoại: (+84) 904644895

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



kinh doanh và công nghiệp giúp giảm chi phí vận hành, loại bỏ các khiếm khuyết và giảm sự biến thiên trong cả quá trình[2]. Mục tiêu đề ra là đạt được 6 Sigma và mức tối thiểu chấp nhận được là 3 Sigma.

Máy tế bào tự động Sysmex XN 1000 tại khoa Huyết học-Truyền máu, Bệnh viện đa khoa Đức Giang tiếp nhận trung bình 450-500 mẫu tổng phân tích tế bào máu ngoại vi /ngày. 60-70 mẫu đông máu /ngày, thực hiện trên máy đông máu tự động ACL TOP 500CTS, chúng tôi đã áp dụng thang Six Sigma đã thực hiện đánh giá một số chỉ số tế bào máu và chỉ số đông máu trên 2 thiết bị XS 1000i và ACLTOP 500 CTS vào năm 2019. Tiếp tục những kết quả và khuyến nghị đã nêu ra và nhận thấy, việc kiểm soát và cải thiện chất lượng xét nghiệm sử dụng thang Sigma là thực sự cần thiết. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu sau:(1)Đánh giá hiệu năng phương pháp của một số xét nghiệm huyết học áp dụng thang Sigma trên máy tế bào máu Sysmex XN 1000 và máy đông máu ACL TOP 500. (2)Xây dựng kế hoạch kiểm tra chất lượng xét nghiệm dựa theo thang Six Sigma, tiến hành can thiệp nâng cao chất lượng xét nghiệm của một số xét nghiệm tại khoa Huyết học- Truyền máu Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa Huyết học-Truyền máu Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ 1/9/2019 đến 1/9/2020.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Trên máy xét nghiệm tế bào tự động Sysmex XN 1000 các chỉ số: RBC (Số lượng hồng cầu), HGB(Lượng huyết sắc tố), PLT(Số lượng tiểu cầu), WBC(Số lượng bạch cầu); Trên máy xét nghiệm đông máu tự động IL ACL TOP 500 CTS các xét nghiệm: PTs(Thời gian Prothrombin), APTTs (Thời gian Thromboplastin một phần hoạt hoá), Fib-C (Định lượng Fibrinogen phương pháp Clauss trực tiếp)

2.4. Cơ mẫu, chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ chọn toàn bộ các xét nghiệm thỏa mãn tiêu chí lựa chọn vào nghiên cứu.

2.5. Biến số/ chỉ số/ nội dung/ chủ đề nghiên cứu: Chứng huyết thanh mức Normal (nồng độ bình thường), mức Abnormal (nồng độ bất thường) của HemosIL®. XN check Lever 1 (nồng độ thấp), Lever 2 (nồng độ bình thường), Lever 3 (nồng độ cao) của hãng Sysmex. Mẫu ngoại kiểm chất lượng xét nghiệm huyết học và đông máu thường quy Riquas của Randox- Anh quốc.

- Máy xét nghiệm tế bào tự động XN 1000, hãng Sysmex, sản xuất tại Nhật Bản. Máy xét nghiệm đông máu tự động ACLTOP 500 CTS, hãng sản xuất: Instrumentation Laboratory (IL) tại Mỹ.

Mã hóa các chỉ số nghiên cứu:

Bảng 1. Mã hóa các chỉ số nghiên cứu theo nồng độ nội kiểm

| Máy xét nghiệm | Chỉ số | Nồng độ nội kiểm | Mã hóa |
|----------------|--------|------------------|--------|
| XN 1000 | RBC | LV1 | RBC1 |
| | | LV2 | RBC2 |
| | | LV3 | RBC3 |
| | HGB | LV1 | HGB1 |
| | | LV2 | HGB2 |
| | | LV3 | HGB3 |
| | WBC | LV1 | WBC1 |
| | | LV2 | WBC2 |
| | | LV3 | WBC3 |
| | PLT | LV1 | PLT1 |
| | | LV2 | PLT2 |
| | | LV3 | PLT3 |

| Máy xét nghiệm | Chỉ số | Nồng độ nội kiểm | Mã hóa |
|----------------|--------|------------------|--------|
| ACL TOP 500 | PT | Abnormal | PT1 |
| | | Normal | PT2 |
| | APTT | Abnormal | APTT1 |
| | | Normal | APTT2 |
| | FibC | Abnormal | FibC1 |
| | | Normal | FibC2 |

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

- Trước can thiệp: Thu thập toàn bộ dữ liệu chạy nội kiểm, ngoại kiểm 2 máy XN 1000 và ACL TOP 500 CTS trong vòng 6 tháng từ tháng 9/2019 đến tháng 2/2020 tại khoa Huyết học-Truyền máu, Bệnh viện đa khoa Đức Giang: Tính toán CV%, Bias% từ dữ liệu nội kiểm, ngoại kiểm. Tính toán giá trị Sigma từng chỉ số xét nghiệm.

- Can thiệp: Xác định quy trình thống kê nội kiểm phù hợp với từng xét nghiệm trên từng máy xét nghiệm, xây dựng kế hoạch kiểm soát chất lượng riêng lẻ (IQCP): Thực hành quy trình IQCP. Đánh giá kết quả sơ bộ áp dụng IQCP cho một số xét nghiệm. Tiến hành thêm các đào tạo (nếu cần thiết).

- Đánh giá lại kết quả sau can thiệp: Thu thập lại toàn bộ dữ liệu chạy nội kiểm, ngoại kiểm 2 máy XN 1000 và ACL TOP 500 trong 5 tháng từ tháng 6/2020 đến 9/2020. So sánh đánh giá CV%, Bias%, Sigma sau can thiệp với trước can thiệp.

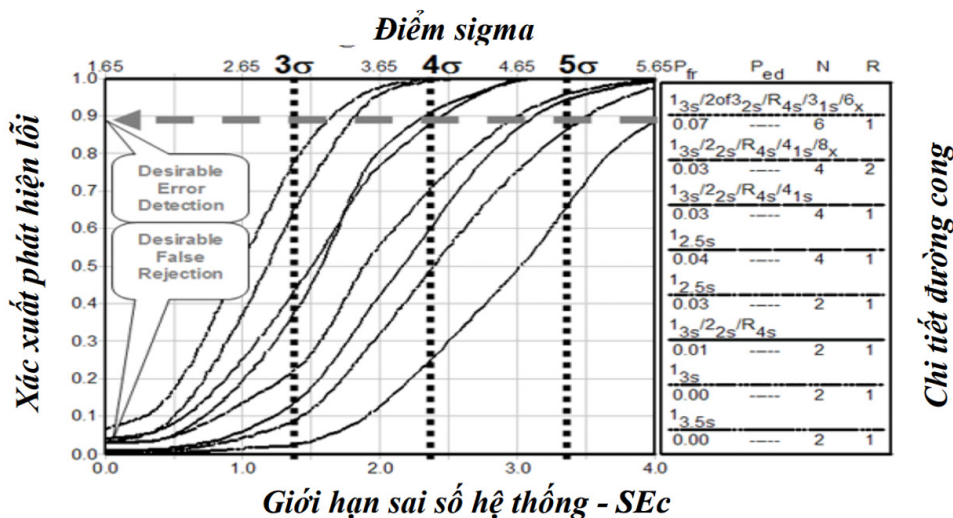
2.7. Xử lý và phân tích số liệu

- Chúng tôi sử dụng phương pháp thống kê mô tả thông qua thông số giá trị trung bình, phương sai, độ lệch chuẩn(SD), hệ số biến thiên(CV), Bias% từng tháng, độ lệch cho phép mức mong muốn được trích dẫn từ trang web của Westgard. $\text{Sigma} = (\text{TEa} - \text{Bias}) / \text{CV}$. Trong đó: TEa là Sai số toàn bộ cho phép được tham khảo từ hai nguồn tiêu chuẩn CLIA Hoa kỳ từ trang web: <http://www.westgard.com/clia.htm> Tất cả các kết quả được thể hiện dưới dạng đồ thị và/hoặc bảng.

- Đánh giá giá trị Sigma: Phương pháp có giá trị Sigma ≥ 6 được coi là có hiệu năng đạt “đẳng cấp quốc tế” (world class). Phương pháp có Sigma bằng 5 thì hiệu năng được xem là “tuyệt vời” (excellent). Phương pháp với giá trị Sigma bằng 4 thì hiệu năng đạt được là “tốt” (good). Phương pháp có Sigma bằng 3 thì hiệu năng có thể xem là “chấp nhận được”. Còn các phương pháp có giá trị Sigma < 3 thì hiệu năng được xem là kém và không chấp nhận được (poor)[3].

- Xác định quy trình nội kiểm phù hợp dựa vào biểu đồ hàm lũy thừa.

Hình 1. Biểu đồ lựa chọn luật IQC – Sigma scale



- Chọn ra quy trình nội kiểm và số lượng phép đo nội kiểm mà có thể cung cấp khả năng phát hiện lỗi cao nhất, mức độ loại bỏ sai thấp nhất, ít phép đo nội kiểm nhất, và sử dụng các quy tắc nội kiểm đơn giản nhất [3][4].

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu thực hiện vì mục đích tìm ra các xét nghiệm có hiệu năng thấp, tìm hiểu ảnh hưởng của các yếu tố liên quan nhằm can thiệp nâng cao chất lượng xét nghiệm tại khoa Huyết học-Truyền máu, Bệnh viện đa khoa Đức Giang. Vật liệu sử dụng là các mẫu QC và mẫu ngoại kiểm, không sử dụng mẫu bệnh phẩm.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Trước can thiệp:

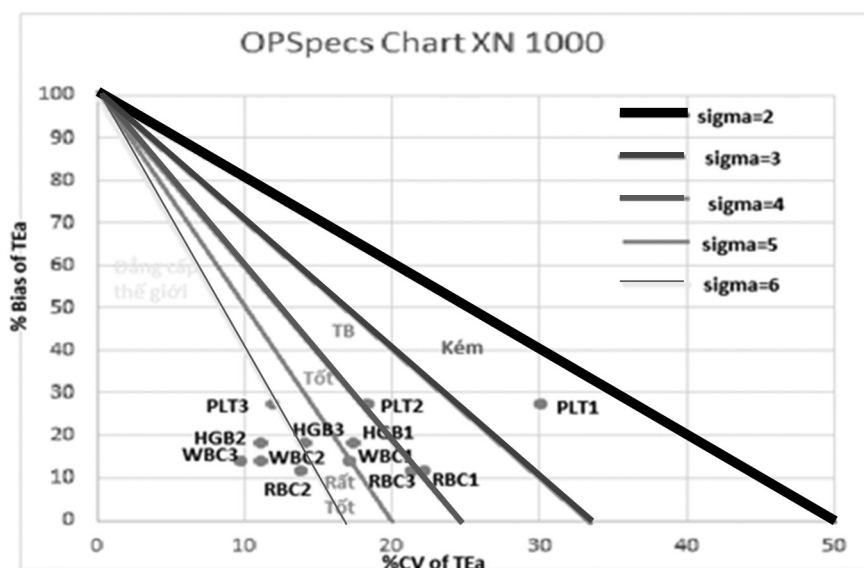
Bảng 2. Điểm Sigma các thông số XN tế bào theo 3 nồng độ trước can thiệp

| Tên thông số | | RBC | HGB | PLT | WBC |
|--------------------------|-------|------|------|------|------|
| TEa% | | 6,0 | 7,0 | 15,0 | 13,4 |
| Bias% | | 0,71 | 1,29 | 4,11 | 1,89 |
| Nồng độ thấp (LV1) | CV% | 1,33 | 1,22 | 4,51 | 2,29 |
| | Sigma | 3,98 | 4,68 | 2,62 | 5,03 |
| Nồng độ bình thường(LV2) | CV% | 0,83 | 0,78 | 2,76 | 1,49 |
| | Sigma | 6,37 | 7,32 | 3,94 | 7,72 |
| Nồng độ cao (LV3) | CV% | 1,28 | 0,99 | 1,8 | 1,30 |
| | Sigma | 4,13 | 5,76 | 6,05 | 8,85 |

Bảng 2 cho thấy 11/12 chỉ số có Sigma >3, trong đây có 4/12 chỉ số là RBC ở LV2, HGB ở LV2, PLT ở LV3, WBC ở LV2 và WBC ở LV3 đạt mức Sigma ≥6. 2/12

WBC ở LV1, HGB ở LV3 có mức Sigma ≥5. Chỉ có 1/12 chỉ số có mức Sigma <3 là PLT ở mức thấp (LV1).

Biểu đồ 1. Phân loại mức chất lượng các XN tế bào theo 3 nồng độ trước can thiệp



Biểu đồ 1 cho thấy 4/12 chỉ số là RBC ở LV2, HGB ở LV2, PLT ở LV3, WBC ở LV2 và WBC ở LV3 đạt mức

Sigma đẳng cấp thế giới. Chỉ có 1/12 chỉ số có mức Sigma hiệu năng kém là PLT1.

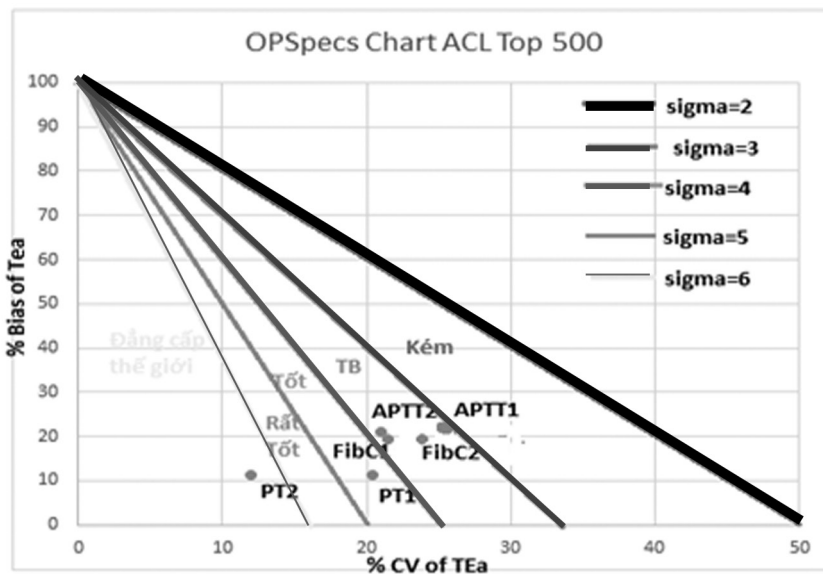
Bảng 3. Điểm Sigma các thông số xét nghiệm đông máu theo 2 mức trước can thiệp

| Tên xét nghiệm | | PT(s) | APTT(s) | Fib C |
|-----------------|-------|-------|---------|-------|
| TEa% | | 15,0 | 15,0 | 20,0 |
| Bias% | | 1,71 | 3,17 | 3,88 |
| Mức bất thường | CV% | 3,06 | 4,52 | 5,89 |
| | Sigma | 5,48 | 3,09 | 3,17 |
| Mức bình thường | CV% | 1,79 | 3,15 | 4,29 |
| | Sigma | 7,43 | 3,76 | 3,76 |

Bảng 3 cho thấy trong 6 chỉ số đông máu ở 2 nồng độ trên máy đông máu ACL TOP 500 có chỉ số PT nồng độ bình thường có điểm Sigma ≥ 6 , không có chỉ số nào

có điểm Sigma < 3 . Điểm Sigma thấp nhất trong các chỉ số đông máu nghiên cứu là APTT ở nồng độ bất thường: 3,09.

Biểu đồ 2. Phân loại mức chất lượng các XN đông máu theo 2 nồng độ trước can thiệp



Biểu đồ 2 cho thấy có 1 chỉ số PT ở nồng độ bình thường (PT2) ở đẳng cấp thế giới. 5 chỉ số còn lại đều nằm trên

mức hiệu suất trung bình, trong đây có chỉ số PT1 xếp loại tốt.

Bảng 4. Tổng kết phân loại mức chất lượng của các XN theo mức nồng độ tại khoa Huyết học - Truyền máu trước can thiệp

| Mức | Thấp | Bình thường | Cao | Chung |
|---------------|-------------|-------------|-------------|---------------|
| Sigma < 3 | 1/7 (14,3%) | 0/7 (0,0%) | 0/4 (0,0%) | 1/18 (5,6%) |
| Sigma 3 đến 6 | 6/7 (85,7%) | 3/7 (42,9%) | 2/4 (50,0%) | 11/18 (61,1%) |
| Sigma > 6 | 0/7 (0,0%) | 4/7 (57,1%) | 2/4 (50,0%) | 6/18 (33,3%) |

Bảng 4 cho thấy trước can thiệp có 1/18 chỉ số nghiên

cứu có mức Sigma < 3 chiếm 5,6% nằm ở nồng độ thấp.

6/18 chỉ số có mức Sigma>6 chiếm 33,3% trong đây ở nồng độ bình thường có 4/7 chỉ số và nồng độ cao có 2/4 chỉ số. Có 11/18 chỉ số (61,1%) nằm ở mức Sigma từ 3 đến 6, trong đây tập trung nhiều ở nồng độ thấp 6/7 chỉ số, nồng độ bình thường có 3 chỉ số và nồng độ cao có 2 chỉ số.

3.2. Xây dựng kế hoạch kiểm tra chất lượng xét nghiệm và can thiệp nâng cao chất lượng xét nghiệm

Bảng 5. Kế hoạch kiểm tra chất lượng dựa trên điểm Sigma máy XN 1000

| Máy XN | Nồng độ | Sigma | Xếp loại chất lượng | Quy luật kiểm soát áp dụng | N | R |
|--------|---------|-------|---------------------|--------------------------------------|---|---|
| RBC | 1 | 3.98 | Chấp nhận được | $1_{3s}/2of3_{2s}/R_{4s}/3_{1s}/6_X$ | 3 | 2 |
| | 2 | 6.37 | Quốc tế | 1_{3s} | 3 | 2 |
| | 3 | 4.13 | Tốt | $1_{3s}/2of3_{2s}/R_{4s}/3_{1s}$ | 3 | 2 |
| HGB | 1 | 4.68 | Tốt | $1_{3s}/2of3_{2s}/R_{4s}/3_{1s}$ | 3 | 2 |
| | 2 | 7.32 | Quốc tế | 1_{3s} | 3 | 2 |
| | 3 | 5.76 | Tuyệt vời | $1_{3s}/2of3_{2s}/R_{4s}$ | 3 | 2 |
| WBC | 1 | 5.03 | Tuyệt vời | $1_{3s}/2of3_{2s}/R_{4s}$ | 3 | 2 |
| | 2 | 7.72 | Quốc tế | 1_{3s} | 3 | 2 |
| | 3 | 8.85 | Quốc tế | 1_{3s} | 3 | 2 |
| PLT | 1 | 2.62 | Kém | $1_{3s}/2of3_{2s}/R_{4s}/3_{1s}/6_X$ | 3 | 2 |
| | 2 | 3.94 | Chấp nhận được | $1_{3s}/2of3_{2s}/R_{4s}/3_{1s}/6_X$ | 3 | 2 |
| | 3 | 6.05 | Quốc tế | 1_{3s} | 3 | 2 |

N: Số lượt QC (số lượng QC)/ 1 lần chạy.

R: Số lần chạy QC/ 1 ngày.

Bảng 5 cho thấy đối với máy tế bào XN 1000 cần chạy QC 3 nồng độ (N=3) với 2 lượt trên 1 ngày (R=2). Các chỉ số đạt mức Quốc tế cần áp dụng quy luật 1_{3s} (RBC2, HGB2, WBC2, WBC3, PLT3), đối với các chỉ số đạt hiệu suất chấp nhận được hoặc kém cần áp dụng ít các luật $1_{3s}, 2of3_{2s}, R_{4s}, 3_{1s}, 6_X$. (RBC1, PLT1, PLT2).

Bảng 6. Kế hoạch kiểm tra chất lượng dựa trên điểm Sigma máy ACL TOP 500

| Máy ACL Top 500 | Nồng độ | Sigma | Xếp loại chất lượng | Quy luật kiểm soát áp dụng | N | R |
|-----------------|---------|-------|---------------------|-----------------------------------|---|---|
| PT(s) | 1 | 5.48 | Tuyệt vời | $1_{3s}/2_{2s}/R_{4s}$ | 2 | 1 |
| | 2 | 7.43 | Quốc tế | 1_{3s} | 2 | 1 |
| APTT(s) | 1 | 3.09 | Chấp nhận được | $1_{3s}/2_{2s}/R_{4s}/4_{1s}/8_X$ | 4 | 2 |
| | 2 | 3.76 | Chấp nhận được | $1_{3s}/2_{2s}/R_{4s}/4_{1s}/8_X$ | 4 | 2 |
| Fib C | 1 | 3.17 | Chấp nhận được | $1_{3s}/2_{2s}/R_{4s}/4_{1s}/8_X$ | 4 | 2 |
| | 2 | 3.76 | Chấp nhận được | $1_{3s}/2_{2s}/R_{4s}/4_{1s}/8_X$ | 4 | 2 |

N: Số lượt QC (số lượng QC)/ 1 lần chạy.

R: Số lần chạy QC/ 1 ngày.

Bảng 6 cho thấy tăng số lần QC của các chỉ số APTT(s) và Fib C thành 2 lần/ ngày và số điểm QC là 4 điểm, áp dụng các quy luật kiểm soát 1_{3s} ; 2_{2s} ; R_{4s} ; 4_{1s} ; 8_X .
3.3. Đánh giá sau can thiệp

số PT(s) đạt xếp loại tuyệt vời và quốc tế chỉ cần 1 lượt QC/ ngày và điểm QC là 2 điểm.

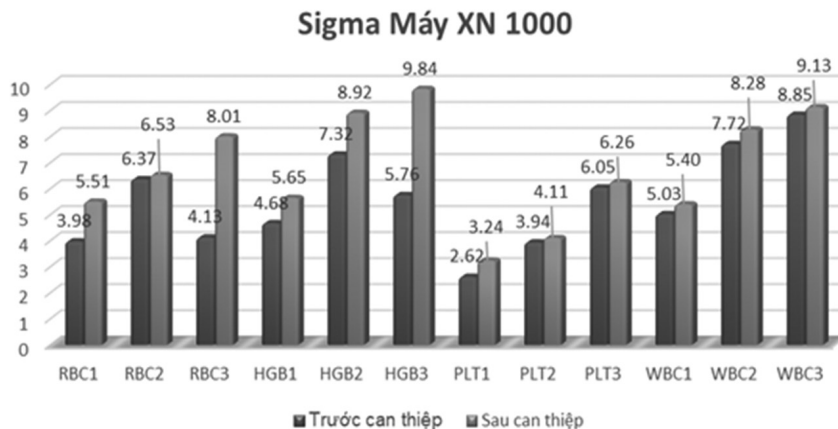
Bảng 7. Số lượng kết quả IQC và EQA của từng thông số XN trước và sau can thiệp

| STT | Tên thông số xét nghiệm | Số lượng IQC | | Số lượng EQA | |
|-----|-------------------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|
| | | Trước can thiệp | Sau can thiệp | Trước can thiệp | Sau can thiệp |
| 1 | RBC | 230 | 572 | 6 | 5 |
| 2 | HGB | 230 | 572 | 6 | 5 |
| 3 | PLT | 230 | 572 | 6 | 5 |
| 4 | WBC | 230 | 572 | 6 | 5 |
| 5 | PT (s) | 349 | 475 | 6 | 5 |
| 6 | APTT(s) | 464 | 820 | 6 | 5 |
| 7 | Fib C | 454 | 668 | 6 | 5 |
| | Tổng số | 2187 | 4251 | 42 | 35 |

Bảng 7 cho thấy thời gian trước can thiệp là 6 tháng từ tháng 9/2019 đến tháng 2/2020, thời gian sau can thiệp là 5 tháng từ tháng 5/2020 đến tháng 9/2020. Số lượng EQA (Ngoại kiểm) do chương trình chỉ tối đa 1 mẫu/ 1 tháng nên số lượng EQA sau can thiệp ít hơn trước can

thiệp. Số lượng IQC (Nội kiểm) dù thời gian lấy sau can thiệp ít hơn trước can thiệp 1 tháng nhưng do áp dụng kế hoạch kiểm tra chất lượng có tăng cường số lần chạy và số điểm QC/ ngày nên tất cả các chỉ số xét nghiệm đều có số lượng sau can thiệp lớn hơn trước can thiệp.

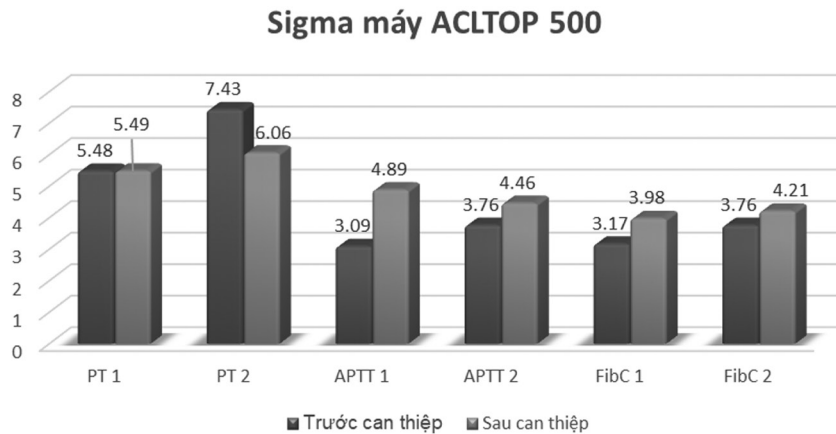
Biểu đồ 3. Biểu đồ hiệu quả cải thiện Sigma máy tế bào XN 1000 trước và sau can thiệp



Biểu đồ 3 cho thấy hiệu năng của tất cả 12 chỉ số nghiên cứu trên máy tế bào XN 1000 đều tăng sau can thiệp. Không còn chỉ số nào có Sigma < 3, thấp nhất sau can

thiệp là Sigma PLT1 3,24. Điểm Sigma cao là HGB3, WBC3, HGB2, WBC2.

Biểu đồ 4. Biểu đồ hiệu quả cải thiện Sigma máy đông máu ACL TOP 500 trước và sau can thiệp



Biểu đồ 4 cho thấy hiệu năng của máy ACLTOP 500 từ các chỉ số nghiên cứu cho thấy có 01 chỉ số Sigma của PT2 sau can thiệp giảm hơn so với trước can thiệp, nhưng vẫn >6. Còn 5 chỉ số còn lại đều có hiệu suất sau

can thiệp cao hơn trước can thiệp. Hiệu suất sau can thiệp cao nhất là chỉ số PT2, thấp nhất là chỉ số FibC1 là 3,98.

Bảng 8. Tổng kết hiệu quả cải thiện hiệu năng phương pháp chung.

| Sigma | Trước can thiệp | | Sau can thiệp | |
|---------|-----------------|--------|---------------|--------|
| | Số lượng | Tỷ lệ% | Số lượng | Tỷ lệ% |
| <3 | 1 | 5.6 | 0 | 0.0 |
| 3 đến 6 | 11 | 61.1 | 10 | 55.6 |
| >6 | 6 | 33.3 | 8 | 44.4 |
| Tổng | 18 | 100.0 | 18 | 100.0 |

Bảng 8 cho thấy sau can thiệp hiệu suất (Sigma) của 18 chỉ số nghiên cứu trên 2 thiết bị giảm từ 1 điểm <3 xuống 0 điểm <3, tăng 2 chỉ số có Sigma >6 sau can thiệp nâng số lượng chỉ số có điểm >6 là 8/18 chiếm 44,4%.

4. BÀN LUẬN

Trước can thiệp từ tháng 9/2019 đến tháng 2/2020 chúng tôi đã thu thập được 2187 kết quả nội kiểm (IQC) và 42 kết quả ngoại kiểm (EQA) của 7 chỉ số nghiên cứu. Trong đây số lượng nội kiểm và ngoại kiểm của 4 chỉ số RBC, HGB, PLT, WBC là giống nhau vì khi phân tích 1 mẫu vật liệu nội kiểm hay ngoại kiểm thì cho ra cả 4 thông số 1 lúc. Số lượng ngoại kiểm (EQA) là 6 do đơn vị cung cấp và thực hiện ngoại kiểm với đơn vị bên ngoài tần suất là một tháng một lần.

Hiệu năng phương pháp ở mức độ 3 Sigma được coi là giá trị nhỏ nhất chấp nhận được, 6 Sigma là giá trị đẳng cấp thế giới. Từ đó suy ra rằng, giá trị Sigma tăng thì tính nhất quán và ổn định của xét nghiệm được cải thiện, do đó giảm chi phí vận hành. Trong phòng xét nghiệm, sử dụng phương pháp Six Sigma bao gồm xác định hiệu năng của các xét nghiệm bằng cách sử dụng các phương pháp kiểm tra chất lượng xét nghiệm, xác định rõ các yêu cầu về chất lượng cho từng xét nghiệm (TEa) và tính toán giá trị Sigma[5].

Kết quả nghiên cứu cho thấy ở 12 chỉ số trên máy XN 1000 có Sigma khá dao động, khác nhau ở các mức nồng độ khác nhau đồng thời ngay trên một thông số xét nghiệm. Từ Bảng 1 và Biểu đồ 1 cho thấy có 4/12 chỉ số là RBC2, HGB2, PLT3, WBC2 và WBC3 đạt mức Sigma ≥6 (đẳng cấp quốc tế). 2/12 WBC1, HGB3 có mức Sigma ≥5 (tuyệt vời). Chỉ số Số lượng tiêu cầu (PLT) có sự dao động lớn ở các mức nồng độ nội kiểm khác nhau, có mức nồng độ LV3 (PLT3) lại có hiệu

năng ≥ 6 , PLT2 ở mức Sigma ≥ 3 , còn PLT1 lại có mức Sigma < 3 . Theo tác giả Đỗ Thị Hồng Hạnh Áp dụng Six Sigma tại khoa Huyết học – Truyền máu Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2019 trên máy tế bào XS 1000i thấy hiệu năng phương pháp ở mức nồng độ cao tốt hơn hai mức nồng độ còn lại. Cụ thể ở mức nồng độ cao không có thông số nào có điểm Sigma dưới 3, có 1 XN (PLT) có hiệu năng xếp loại tốt, 2XN xếp loại rất tốt (RBC, HCT), 3 thông số còn lại đạt đẳng cấp quốc tế. Ở hai mức còn lại thấy có xét nghiệm PLT có mức hiệu năng xếp loại kém (Sigma đạt 2.078 mức thấp và 2.84 mức trung bình). Trong 6 thông số thì PLT luôn là thông số có điểm Sigma thấp nhất tương đương với mức chất lượng kém nhất[5]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quang Tùng trên máy Advia120 tại Bệnh viện Đại học Y đã đánh giá các thông số RBC, HGB, MCV, WBC, PLT cho kết quả tất cả các thông số đều đạt điểm từ 3 Sigma trở lên, trong đó 34% giá trị từ 3-4Sigma, 13% từ 4-5 Sigma, 13% giá trị đạt 5-6 Sigma và 10% trên 6 Sigma [6].

Kết quả của 2 tác giả trên khá tương đồng với kết quả của chúng tôi, nhưng tác nghiên cứu này lại tính Sigma trung bình giữa các nồng độ nên khó quan sát được chi tiết chỉ số đạt hiệu suất Sigma thấp ở nồng độ nào. Kết quả nghiên cứu mà chúng tôi thu được cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu tại bệnh viện Việt Đức 2018.

Đối với 6 chỉ số đông máu ở 2 nồng độ trên máy đông máu ACL TOP 500 từ bảng 2 và Biểu đồ 2 thấy chỉ số PT nồng độ bình thường (PT2) có điểm Sigma ≥ 6 , không có chỉ số nào có điểm Sigma < 3 . Điểm Sigma thấp nhất trong các chỉ số đông máu nghiên cứu là APTT ở nồng độ bất thường (APTT1): 3,09. So với kết quả của tác giả Đỗ Thị Hồng Hạnh (2019) trên cùng địa điểm và cùng thiết bị với đề tài của chúng tôi khá tương đồng “Xét nghiệm Fib C mức bất thường có mức Sigma thấp nhất, các XN còn lại đều có Sigma trên 3. Xét nghiệm PT(s) có mức Sigma cao hơn 2 xét nghiệm còn lại. Nhìn chung mức bình thường có giá trị Sigma cao hơn mức bất thường”. So với nghiên cứu của tác giả Shaikh và cộng sự năm 2016, điểm Sigma ở mức nồng độ bình thường các thông số đều đạt trên 3 Sigma, riêng thông số PT có điểm Sigma < 3 , còn ở mức nồng độ bất thường fibrinogen đạt < 3 Sigma[7]. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi có điểm Sigma xét nghiệm PT cao hơn so với nghiên cứu trên, và chúng tôi không có chỉ số nào có Sigma kém.

Có thể thấy, với phương pháp Six Sigma, việc đo lường chất lượng dựa trên điểm Sigma là rất cụ thể khi đưa ra được số sai sót/ triệu lần thực hiện, đồng thời phân loại mức chất lượng cũng dễ hiểu thông qua biểu đồ OPSpect chart. Xét nghiệm có điểm Sigma càng cao thì phân loại mức chất lượng càng tốt. Việc phân loại mức chất lượng này là bước quan trọng trong quá trình đánh giá chất lượng theo phương pháp Six Sigma. Sự kết hợp giữa điểm Sigma với biểu đồ OPSpect chart

trong nghiên cứu này đã cung cấp thông tin trực quan, dễ hiểu về mức chất lượng của một số xét nghiệm tại khoa Huyết học- Truyền máu BVĐK Đức Giang.

Trước khi tiến hành nghiên cứu, chúng tôi tiến hành và kiểm soát nội kiểm đa quy tắc Westgard trên 1 nồng độ (lever) và trên nhiều nồng độ kết hợp với các luật cơ bản như trên 1 nồng độ là 1:2s, 1:3s, 2:2s, R4s, 4:1s, 10x, trên nhiều nồng độ như: R4s, 4:1s, 10x. Kết quả ngoại kiểm được sử dụng tại phòng xét nghiệm của chúng tôi chấp nhận với tiêu chí thỏa mãn SDI nằm trong khoảng ± 2 . Điều này hoàn toàn cũng giống với thực trạng được mô tả của nhiều phòng xét nghiệm.

Một thói quen khác đang xảy ra tại phòng xét nghiệm của chúng tôi trước khi thực hiện nghiên cứu đó là thói quen sử dụng giới hạn $\pm 2SD$ để kiểm soát. Việc sử dụng thường xuyên giới hạn này là một vấn đề tồn tại trong thực hành kiểm soát chất lượng. Điều rõ ràng là nó có thể tạo ra tỷ lệ loại bỏ sai lên tới 10 đến 20% tùy thuộc vào số lượng mẫu chứng chạy. Việc sử dụng sai giới hạn kiểm soát $\pm 2SD$ thường dẫn đến các mẫu chứng lặp lại sai, xử lý thừa hoặc mở rộng giới hạn giả tạo đến mức các phòng xét nghiệm không phát hiện được các lỗi phân tích nghiêm trọng.

Để thực hiện cho kế hoạch kiểm tra chất lượng mới dựa trên điểm Sigma trước can thiệp từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 2 năm 2020. Chúng tôi đã thiết kế đưa thêm các luật bổ sung vào phần mềm nội kiểm iQC, đồng thời cài đặt định dạng áp lại các luật lên từng chỉ số trong nghiên cứu theo kế hoạch đề ra. Đào tạo, hướng dẫn và ra các quy định về nội kiểm mới cho nhân viên toàn khoa Huyết học- Truyền máu, từ hình thức đào tạo đến dán các cảnh báo chú ý về số lượt và số lượng QC trên từng máy XN 1000 và ACL TOP 500, đào tạo nhân viên kiểm soát chất lượng theo dõi và kịp thời xử lý các chỉ số vi phạm luật.

Sau chúng tôi thu thập kết quả nội kiểm và ngoại kiểm sau can thiệp từ tháng 5 năm 2020 đến tháng 9 năm 2020. Kết quả từ bảng 6 cho thấy số lượng kết quả ngoại kiểm sau can thiệp ít hơn 1 tháng so với trước can thiệp nhưng số lượng kết quả nội kiểm tăng mạnh, nhất là các chỉ số có Sigma thấp do tăng số lần chạy QC trên 1 ngày, như APTT, FibC.

Khi đánh giá hiệu quả cải thiện hiệu năng phương pháp chung qua chỉ số Sigma trước và sau can thiệp, chúng tôi từ có 1 chỉ số có Sigma < 3 trước can thiệp và sau can thiệp thì tất cả 18 chỉ số đều có Sigma > 3 . Nâng tổng chỉ số đạt Sigma > 6 từ 6 chỉ số lên 8 chỉ số, chiếm 44,4% tổng số các chỉ số nghiên cứu.

So với các nghiên cứu của tác giả khác về chất lượng chung



Bảng 9. So sánh tỷ lệ phân mức Sigma của đề tài với các nghiên cứu khác

| Sigma | Chúng tôi 2020 | Đức Giang 2019 | Đại học Y 2014 | Đại học Y 2019 | Chợ rẫy 2017 | Việt Đức 2018 |
|---------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|---------------|
| <3 | 0.0% | 12,5% | 7% | 8,3% | 0% | 14,6% |
| 3 đến 6 | 55.6% | 58,3% | 83% | 66,7% | 15% | 63,4% |
| >6 | 44.4% | 29.2% | 10% | 25% | 75% | 22,0% |

Khi so sánh tổng quan với các nghiên cứu dùng Six Sigma đánh giá chất lượng xét nghiệm khác cho thấy kết quả sau can thiệp của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu cùng chỉ số tế bào và đông máu. Tuy nhiên vẫn thấp hơn kết quả của Chợ rẫy-TP Hồ Chí Minh năm 2017 điều này dễ hiểu vì trung tâm Ung bướu – Bệnh viện Chợ Rẫy đã đạt và duy trì chứng nhận đạt chuẩn Six Sigma cho đơn vị xét nghiệm do trung tâm quản lý chất lượng Westgard (Hoa Kỳ) cấp.

Kết quả đáng khích lệ này cho thấy phòng xét nghiệm hoàn toàn có thể sử dụng thang điểm Sigma để nâng cao mức chất lượng xét nghiệm nhằm hạn chế sai sót có khả năng xảy ra trong giai đoạn xét nghiệm. Phòng xét nghiệm cũng nên xem xét áp dụng rộng rãi hơn thang điểm Sigma cho nhiều xét nghiệm hơn cũng như cho nhiều trang thiết bị hơn. Có thể giai đoạn ban đầu việc áp dụng Sigma khá tốn kém cả về tiền của cũng như công sức, tuy nhiên xét về lâu dài khi mức chất lượng xét nghiệm đã được nâng cao thì những lợi ích mà nó mang lại là vô cùng to lớn, không chỉ giúp phòng xét nghiệm nâng cao uy tín mà còn giúp tiết kiệm hóa chất, vật tư do không phải chạy lại nhiều lần xét nghiệm cũng như chạy nội kiểm.

5. KẾT LUẬN

Trong thời gian từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 2 năm 2020 tại khoa Huyết học-Truyền máu Bệnh viện đa khoa Đức Giang đánh giá hiệu năng: Máy xét nghiệm tế bào XN 1000, đánh giá hiệu năng 4 thông số RBC, HG-B, PLT và WBC ở 3 nồng độ tương ứng 12 chỉ số có: 4/12 chỉ số (33,3%) đạt Sigma ≥ 6 ; 7/12 chỉ số (58,3%) đạt Sigma ≥ 3 và <6; 1/12 chỉ số (8,3%) đạt sigma <3. Máy xét nghiệm đông máu ACL TOP 500 đánh giá hiệu năng 3 thông số ở 2 nồng độ tương ứng 6 chỉ số có: 6/6 chỉ số (100%) đạt Sigma ≥ 3 ; Trong đây có 1/6 chỉ số (16,7%) đạt Sigma ≥ 6 . Can thiệp lên kế hoạch và thiết lập lại các giới hạn kiểm soát và xây dựng các quy trình thống kê nội kiểm cho từng xét nghiệm trên từng máy, từng xét nghiệm dựa trên mức Sigma thu được. Kết quả từ tháng 6 năm 2020 đến tháng 9 năm 2020 tiến hành đánh giá lại hiệu năng của 18 chỉ số trên hai máy tế bào XN 1000 và đông máu ACL TOP 500 đều cải thiện:

Không có chỉ số nào có Sigma <3; Năng tổng chỉ số đạt Sigma ≥ 6 từ 6 lên 8 chỉ số.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Sciacovelli L et al., Quality Indicators in Laboratory Medicine: The status of the progress of IFCC Working Group "Laboratory Errors and Patient Safety" project. Clin Chem Lab Med, 2017. 55(3): p. 348-357.
- [2] Schaik, H.v. Saving money by applying TEa and Six Sigma for internal QC. 2011 July 2011; Available from: <https://www.westgard.com/saving-with-six-Sigma.htm>.
- [3] QuangLab. Đánh giá chất lượng của PXN bằng công cụ Six Sigma. 2018 [cited 2018 15/11]; Available from: <https://chatluongxetnghiem.com/danh-gia-chat-luong-cua-pxn-bang-cong-cu-six-Sigma/>.
- [4] Jams O. Westgard; - Đặng Thị Ngọc Dung dịch, Basic QC Practices - Kiểm soát chất lượng xét nghiệm. 2018, Hà Nội: Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật.
- [5] Đỗ Thị Hồng Hạnh, Sử dụng thang Sigma đánh giá chất lượng một số xét nghiệm huyết học tại khoa Xét nghiệm Bệnh viện đa khoa Đức Giang, luận văn thạc sỹ chuyên ngành xét nghiệm, Đại học Y Hà Nội, 2019.
- [6] Nguyễn Quang Tùng, Nguyễn Thị Lết, Ứng dụng phương pháp Six Sigma trong kiểm tra chất lượng máy đếm tế bào ADVIA 120 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, đề tài cấp cơ sở chuyên ngành huyết học, Đại học Y Hà Nội, 2015.
- [7] Shaikh, M.S. and B. Moiz, Analytical performance evaluation of a high-volume hematology laboratory utilizing Sigma metrics as standard of excellence. International Journal of Laboratory Hematology, 2016. 38(2): p. 193-197.

USING SIGMA TO INCREASE QUALITY OF SOME BIOCHEMISTRY TESTS IN 2020

Do Thi Hong Hanh*, Nguyen Thi Hoa,
Nguyen Van Hung, Nguyen Thi Thuy Dung, Pham Xuan Nam

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 28/07/2023; Accepted: 05/09/2023

ABSTRACT

Objective: (1) Calculate the Sigma value of some biochemical tests on Beckman Coulter AU480 and AU 5800 biochemistry machines. (2) The individual quality control plan (IQCP) were developed. Practise IQCP to increase Sigma values.

Subject and method: We collected all internal quality control and external quality control results of 5 tests (Canci, Direct Billirubin, Iron, Triglycerid, GGT) from September,2019 to February,2020. Then we calculated the Sigma value for each test, each level to find out the weak points. The individual quality control plan (IQCP) were developed for each assay base on Sigma value. practise IQCP and re-measure the Sigma value from 15/5/2020 to 31/3/2020.

Results: Before intervention: AU480: 3/5 of the tests achieved Sigma above 3. Triglycerid test had Sigma 4. Calcium test had Sigma <3. AU5800: 6/10 achieves Sigma above 3. Calcium test has Sigma <3. QC level 1 of GGT and Triglycerid had Sigma <3. IQCP practising helped to increase Sigma values of all 5 tests on both machines. There are no more tests with Sigma <3, there are 4 analytes with Sigma > 6 (20% of the analytes in the study).

Conclusion: IQCP was usefull to increase Sigma value of some biochemical test.

Keywords: Six Sigma, biochemistry, quality, individual quality control plan.

*Corressponding author
Email address: honghanh21991@gmail.com
Phone number: (+84) 356990880
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



ÁP DỤNG THANG SIGMA NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG MỘT SỐ XÉT NGHIỆM HOÁ SINH NĂM 2020

Đỗ Thị Hồng Hạnh*, Nguyễn Thị Hoa,
Nguyễn Văn Hùng, Nguyễn Thị Thùy Dung, Phạm Xuân Nam

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 28/07/2023; Ngày duyệt đăng: 05/09/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1)Đánh giá hiệu năng phương pháp của một số xét nghiệm hóa sinh áp dụng thang Sigma trên máy hoá sinh Beckman Coulter AU480 và AU 5800. (2) Xây dựng kế hoạch kiểm tra chất lượng xét nghiệm dựa theo thang Six Sigma, tiến hành can thiệp nâng cao chất lượng xét nghiệm của một số xét nghiệm tại khoa Hoá sinh Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành thu thập toàn bộ kết quả nội kiểm và ngoại kiểm của 5 thông số xét nghiệm Canxi, Billirubin trực tiếp, Sắt, Triglycerid, GGT trong thời gian từ 1/9/2010 đến 29/2/2020. Từ đó tính giá trị Sigma cho từng xét nghiệm, từng mức qua đó đánh giá chất lượng xét nghiệm tìm ra các điểm yếu kém. Dựa trên kết quả Sigma thu được xây dựng kế hoạch kiểm soát chất lượng riêng lẻ (IQCP) cho từng xét nghiệm. Thực hiện IQCP và đo lường lại chất lượng xét nghiệm theo thang điểm Sigma từ 15/5/2020 đến 31/8/2020.

Kết quả: Trước can thiệp: Máy AU480, 3/5 các xét nghiệm trong nghiên cứu đều đạt Sigma trên 3. Xét nghiệm Triglycerid đạt Sigma trên 4 ở cả hai mức QC. Xét nghiệm Canxi có Sigma nhỏ hơn 3. Máy AU5800, 6/10 chất phân tích đạt Sigma trên 3. Xét nghiệm Canxi có Sigma nhỏ hơn 3. Mức QC 1 có GGT và Triglycerid có Sigma nhỏ hơn 3. Thực hiện IQCP giúp giảm độ phân tán, độ lệch. Kết quả dẫn tới giá trị Sigma thu được của cả 5 xét nghiệm trên cả 2 máy đều tăng hơn so với trước can thiệp. Không còn các xét nghiệm có Sigma <3, Từ không có xét nghiệm nào có Sigma >6 nên tới có 4 chất phân tích có Sigma>6 chiếm 20% số chất phân tích trong nghiên cứu.

Kết luận: Xây dựng kế hoạch kiểm tra chất lượng xét nghiệm riêng lẻ dựa theo thang điểm Sigma và thực hiện sẽ giúp phòng xét nghiệm nâng cao chất lượng xét nghiệm hoá sinh.

Từ khóa: Six Sigma, hoá sinh, chất lượng xét nghiệm, kiểm soát chất lượng riêng lẻ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng chính là an toàn, an toàn cho bệnh nhân và an toàn cho chính nhân viên y tế. Kết quả xét nghiệm trả ra chính xác là cơ sở bằng chứng khoa học cho bác sỹ chẩn đoán bệnh một cách chính xác góp phần đảm bảo an toàn cho người bệnh. Kiểm tra chất lượng xét nghiệm đóng vai trò vô cùng quan trọng, là một hoạt động thiết yếu giúp phòng xét nghiệm có thể đảm bảo được kết quả xét nghiệm là chính xác, tin cậy. Six Sigma là

một cuộc cách mạng trong quản lý chất lượng[1], giúp đánh giá hiệu năng phương pháp dựa trên các dữ liệu nội và ngoại kiểm tra chất lượng. Nhận thấy, áp dụng được thang Sigma vào đánh giá chất lượng xét nghiệm tại khoa sẽ giúp lãnh đạo khoa có cái nhìn chính xác hơn về mức chất lượng của từng xét nghiệm, theo dõi chất lượng các xét nghiệm theo thời gian. Từ đó đề ra các biện pháp can thiệp phù hợp tránh lãng phí nguồn lực không cần thiết [2]. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với 2 mục tiêu: (1)Đánh giá hiệu năng phương

*Tác giả liên hệ

Email: honghanh21991@gmail.com

Điện thoại: (+84) 356990880

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

pháp của một số xét nghiệm hóa sinh áp dụng thang Sigma trên máy hoá sinh Beckman Coulter AU480 và AU 5800. (2) Xây dựng kế hoạch kiểm tra chất lượng xét nghiệm dựa theo thang Six Sigma, tiến hành can thiệp nâng cao chất lượng xét nghiệm của một số xét nghiệm tại khoa Hoá sinh Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Thời gian nghiên cứu từ 1/9/2010 đến 31/10/2020 tại khoa Hoá Sinh, Bệnh viện đa khoa Đức Giang

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Các xét nghiệm hoá sinh thực hiện trên hai máy xét nghiệm AU 480 và AU 5800

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Nghiên cứu lựa chọn các xét nghiệm Hoá sinh đại diện cả 3 nhóm số lượng nhiều, trung bình và ít. Trong mỗi nhóm lại ưu tiên chọn các xét nghiệm có kết quả ngoại kiểm chưa tốt để ưu tiên nâng cao chất lượng. Nếu các kết quả ngoại kiểm tương đương nhau các xét nghiệm được lựa chọn ngẫu nhiên. 5 xét nghiệm được lựa chọn là: Canxi, Billirubin trực tiếp, Sắt, Triglycerid, GGT

2.5. Biến số/ chỉ số/ nội dung/ chủ đề nghiên cứu: Biến số: Hệ số biến thiên, Độ lệch, Độ chụm, Độ xác thực, Giá trị Sigma

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: Tiến hành tính toán giá trị CV(%) từ kết quả nội kiểm, và Bias (%) từ kết quả ngoại kiểm. Tính toán giá trị Sigma theo phương trình Sigma-metric: $\text{Sigma} = (\text{Tea}$

– Bias)/CV[3]. Phương pháp có giá trị Sigma ≥ 6 được coi là có hiệu năng đạt “đẳng cấp quốc tế”. Sigma bằng 5 “tuyệt vời”. Sigma bằng 4 “tốt”. Sigma bằng 3 “chấp nhận được”. Sigma < 3 là “kém” và “không chấp nhận được”[4, 5]. Sau đó tiến hành thiết lập lại các giới hạn kiểm soát và xây dựng các quy trình thống kê nội kiểm cho từng xét nghiệm trên từng máy dựa trên mức Sigma thu được. Áp dụng các giới hạn kiểm soát và kế hoạch kiểm soát chất lượng riêng lẻ cho từng xét nghiệm và đo lường lại chất lượng xét nghiệm trên thang điểm Sigma.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Phương pháp thống kê mô tả thông qua thống số.

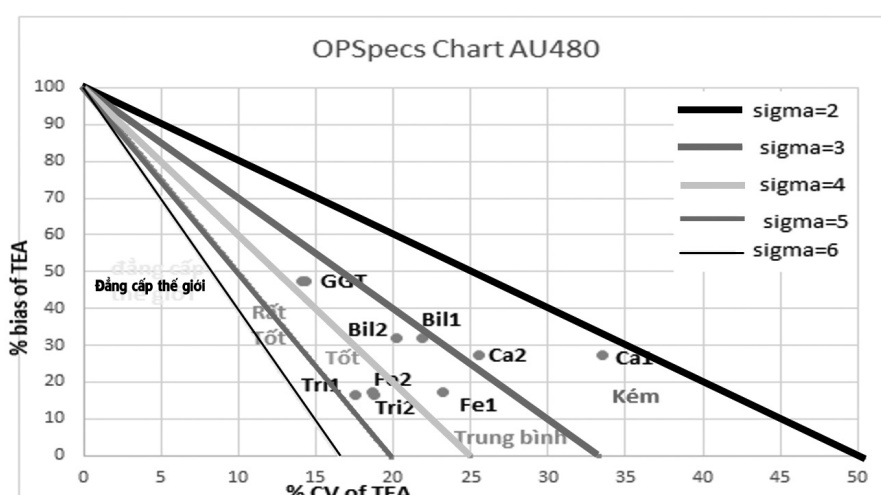
2.8. Đạo đức nghiên cứu: Kết quả của nghiên cứu được phân tích từ số liệu thực hiện kiểm tra chất lượng thường quy tại Khoa Hóa Sinh. Không sử dụng mẫu và dữ liệu từ bệnh nhân.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Sử dụng thang Sigma đánh giá chất lượng một số xét nghiệm

Trong 5 xét nghiệm trong nghiên cứu trên cả 2 máy AU480 và AU 5800 có 4 xét nghiệm có độ chụm nhỏ hơn độ chụm cho phép, có 1 xét nghiệm Canxi có độ chụm lớn hơn mức cho phép. Các xét nghiệm Billirubin trực tiếp và sắt ở cả hai máy AU480 và AU5800 đều có độ lệch nhỏ hơn độ lệch cho phép. Các xét nghiệm Canxi và GGT ở cả hai máy AU480 và AU5800 đều có độ lệch lớn hơn độ lệch cho phép. Triglycerid trên máy AU5800 có độ lệch lớn hơn độ lệch cho phép, trên máy AU480 có độ lệch nhỏ hơn độ lệch cho phép.

Biểu đồ 1. Phân loại hiệu năng phương pháp máy AU 480 trước can thiệp



Bảng 1. Giá trị Sigma các xét nghiệm trên máy AU 5800 trước can thiệp

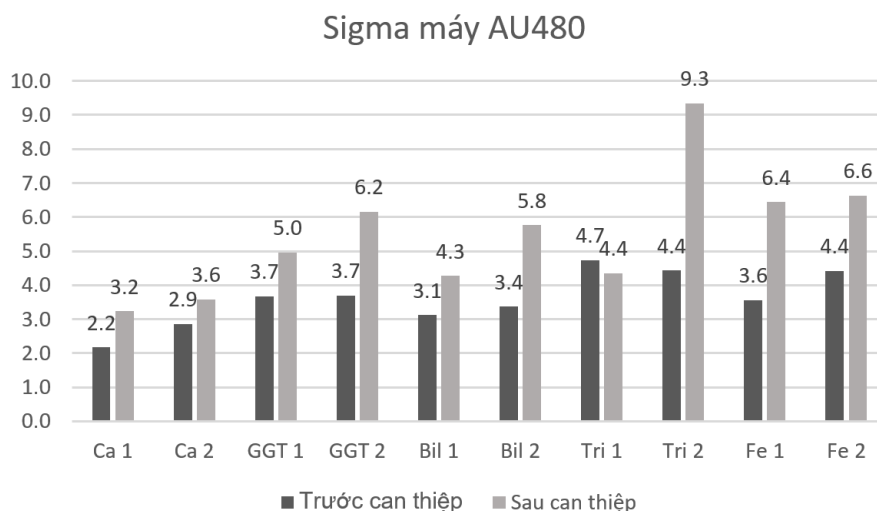
| Xét nghiệm | TEa (%) | Bias (%) | QC mức 1 | | QC mức 2 | |
|----------------------|---------|----------|----------|-------|----------|-------|
| | | | CV (%) | Sigma | CV (%) | Sigma |
| Canxi | 11,3 | 4,2 | 4,269 | 1,66 | 4,271 | 1,66 |
| GGT | 30 | 18,05 | 4,379 | 2,73 | 3,840 | 3,11 |
| Billirubin trực tiếp | 20 | 5,31 | 4,502 | 3,26 | 4,604 | 3,19 |
| Triglycerid | 25 | 10,12 | 5,443 | 2,73 | 4,483 | 3,32 |
| Sắt | 20 | 3,54 | 5,444 | 3,02 | 5,383 | 3,06 |

3.2. Áp dụng kế hoạch kiểm soát chất lượng riêng lẻ nâng cao chất lượng xét nghiệm

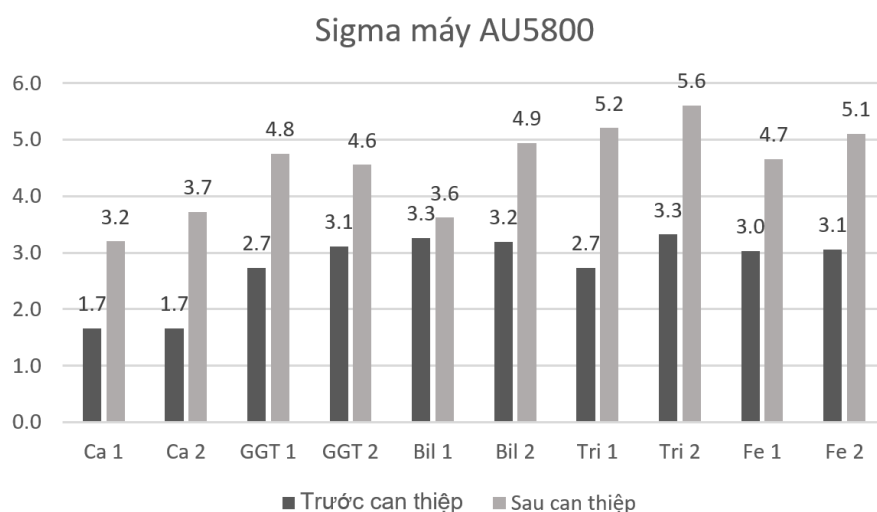
Bảng 2. Kế hoạch kiểm tra chất lượng dựa trên điểm Sigma

| Máy | Xét nghiệm | Sigma | Quy luật Westgard | Mức QC | N (số lượt QC) | R |
|--------|----------------------|-------|-----------------------|--------|----------------|---|
| AU480 | Canxi | 2 | 1:3S/2:2S/R4S/4:1S/8X | 2 | 8 | 1 |
| AU480 | GGT | 3 | 1:3S/2:2S/R4S/4:1S/8X | 2 | 8 | 1 |
| AU480 | Billirubin trực tiếp | 3 | 1:3S/2:2S/R4S/4:1S/8X | 2 | 8 | 1 |
| AU480 | Triglycerid | 4 | 1:3S/2:2S/R4S/4:1S | 2 | 4 | 1 |
| AU480 | Sắt | 3 | 1:3S/2:2S/R4S/4:1S/8X | 2 | 8 | 1 |
| AU5800 | Canxi | 1 | 1:3S/2:2S/R4S/4:1S/8X | 2 | 8 | 1 |
| AU5800 | GGT | 2 | 1:3S/2:2S/R4S/4:1S/8X | 2 | 8 | 1 |
| AU5800 | Billirubin trực tiếp | 3 | 1:3S/2:2S/R4S/4:1S/8X | 2 | 8 | 1 |
| AU5800 | Triglycerid | 2 | 1:3S/2:2S/R4S/4:1S/8X | 2 | 8 | 1 |
| AU5800 | Sắt | 3 | 1:3S/2:2S/R4S/4:1S/8X | 2 | 8 | 1 |

Biểu đồ 2. Hiệu quả cải thiện hiệu năng phương pháp máy AU 480



Biểu đồ 3. Hiệu quả cải thiện hiệu năng phương pháp máy AU 5800



Bảng 3. Hiệu quả cải thiện hiệu năng phương pháp chung

| Sigma | Trước can thiệp | | Sau can thiệp | |
|------------|-----------------|--------|---------------|--------|
| | Số lượng | Tỷ lệ% | Số lượng | Tỷ lệ% |
| <3 | 6 | 30 | 0 | 0 |
| Từ 3 đến 6 | 14 | 70 | 16 | 80 |
| >6 | 0 | 0 | 4 | 20 |
| Tổng | 20 | 100 | 20 | 100 |

4. BÀN LUẬN

4.1. Sử dụng thang Sigma đánh giá chất lượng một số xét nghiệm

Trong 5 xét nghiệm trong nghiên cứu trên cả 2 máy AU480 và AU 5800 có 4 xét nghiệm có độ chụm nhỏ hơn độ chụm cho phép, có 1 xét nghiệm Canxi có độ chụm lớn hơn mức cho phép. Các xét nghiệm Billirubin trực tiếp và sắt ở cả hai máy AU480 và AU5800 đều có độ lệch nhỏ hơn độ lệch cho phép. Các xét nghiệm Canxi và GGT ở cả hai máy AU480 và AU5800 đều có độ lệch lớn hơn độ lệch cho phép. Triglycerid trên máy AU5800 có độ lệch lớn hơn độ lệch cho phép, trên máy AU480 có độ lệch nhỏ hơn độ lệch cho phép. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Lê thị Yên tại viện Nhi Trung ương [6].

Xét nghiệm Canxi trên máy 480 có hiệu năng xếp loại kém. Các xét nghiệm khác có hiệu năng đạt mức trung bình. Xét nghiệm Triglycerid và Sắt mức 2 có hiệu năng đạt mức tốt. Trên máy AU5800, nhìn chung các xét nghiệm trong nghiên cứu đều đạt Sigma trên 3. Xét nghiệm Canxi có Sigma nhỏ hơn 3. Mức QC 1 có GGT và Triglycerid có Sigma nhỏ hơn 3. Kết quả Sigma chúng tôi thu được thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Hoàng Mạnh Cường năm 2019 tại BV E[7].

4.2. Áp dụng kế hoạch kiểm soát chất lượng riêng lẻ nâng cao chất lượng xét nghiệm

Máy AU480 xét nghiệm Triglycerid với Sigma đạt mức 4 cần thực hiện QC hai mức, hai lần một ngày với 4 điểm kiểm soát chất lượng, đồng thời cần áp dụng 4 luật westgard vào đánh giá kết quả nội kiểm. Các xét nghiệm khác cần áp dụng thực hiện QC hai mức, hai lần một ngày với 8 điểm kiểm soát chất lượng, đồng thời cần áp dụng 5 luật westgard vào đánh giá kết quả nội kiểm. Các xét nghiệm trên máy AU5800 cần áp dụng thực hiện QC hai mức, hai lần một ngày với 8 điểm kiểm soát chất lượng, đồng thời cần áp dụng 5 luật westgard vào đánh giá kết quả nội kiểm.

Sau can thiệp thấy rằng độ chụm của hầu hết các xét nghiệm trong nghiên cứu ở cả 2 mức nồng độ đều được cải thiện thể hiện qua độ biến thiên giảm hơn so với trước can thiệp. Xét nghiệm Ca vẫn có độ phân tán lớn hơn mức cho phép. Độ lệch ở 4 trên 5 xét nghiệm trong nghiên cứu trên cả hai máy AU 480 và AU 5800 đều giảm và đều nhỏ hơn độ lệch cho phép. Độ lệch xét nghiệm GGT có giảm nhưng vẫn còn lớn hơn độ lệch cho phép

Sau can thiệp nhận thấy giá trị Sigma ở tất cả 5 xét nghiệm và ở cả hai mức nồng độ đều tăng hơn so với trước can thiệp. Kết quả thu được của chúng tôi tương đương với kết quả của tác giả Hoàng Mạnh Cường tại Bệnh viện E năm 2019 Sau can thiệp cũng cho thấy: “Kết quả giá trị Sigma thu được cao hơn trước khi áp dụng thống kê QC. Giá trị Sigma tăng rõ đối với bilirubin toàn phần trên máy AU680 từ 3.47 lên 8.47 đối với mức QC2, Canxi trên thiết bị Roche c501 tăng từ 2.77 lên 6.23 đối với mức QC2”[7].

Can thiệp đã giúp nâng cao mức Sigma của các xét nghiệm trong nghiên cứu. Cụ thể đã không còn các xét nghiệm có Sigma <3, Từ không có xét nghiệm nào có Sigma >6 nên tới có 4 điểm có Sigma>6 chiếm 20% số xét nghiệm trong nghiên cứu.

5. KẾT LUẬN

Trước can thiệp: Máy AU480, 3/5 các xét nghiệm trong nghiên cứu đều đạt Sigma trên 3. Xét nghiệm Triglycerid đạt Sigma trên 4 ở cả hai mức QC. Xét nghiệm Canxi có Sigma nhỏ hơn 3. Máy AU5800, 6/10 chất phân tích đạt Sigma trên 3. Xét nghiệm Canxi có Sigma nhỏ hơn

3. Mức QC 1 có GGT và Triglycerid có Sigma nhỏ hơn 3. Thực hiện IQCP giúp giảm độ phân tán, độ lệch. Kết quả dẫn tới giá trị Sigma thu được của cả 5 xét nghiệm trên cả 2 máy đều tăng hơn so với trước can thiệp. Không còn các xét nghiệm có Sigma <3, Từ không có xét nghiệm nào có Sigma >6 nên tới có 4 chất phân tích có Sigma>6 chiếm 20% số chất phân tích trong nghiên cứu.

Khuyến nghị: Mở rộng áp dụng tính điểm Sigma cho tất cả các xét nghiệm hóa sinh, miễn dịch, nước tiểu, khí máu. Tăng số máy xét nghiệm được đánh giá bằng thang điểm Sigma. Tăng cường áp dụng các quy trình thống kê nội kiểm riêng cho từng xét nghiệm trên từng trang thiết bị nhằm mục tiêu nâng cao chất lượng các xét nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Westgard, J.O. and G.S. Cembrowski, Relationship of quality goals and measurement performance to the selection of quality control procedures for multi-channel haematology analysers. *European Journal of Haematology*, 45(S53), 2009, 14-18.
- [2] Coskun, A, Six Sigma and Calculated Laboratory Tests, *Clinical Chemistry*, 52(4), 2006, 770-771.
- [3] Harrison, H.H. and J.B. Jones, Using Sigma Quality Control to Verify and Monitor Performance in a Multi-Instrument, Multisite Integrated Health Care Network. *Clin Lab Med*, 37(1), 2017, 207-241.
- [4] James O. Westgard, biên dịch Đặng Thị Ngọc Dung và CS, *Basic QC Practices - Kiểm soát chất lượng xét nghiệm*, Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật, Trung tâm Kiểm chuẩn Đại học Y Hà Nội, 2018.
- [5] Hà Văn Phú, Ứng dụng phương pháp Six Sigma đánh giá chất lượng xét nghiệm khâu phân tích và các yếu tố ảnh hưởng tại khoa xét nghiệm Huyết học Bệnh viện hữu nghị Việt Đức năm 2018, Luận văn thạc sỹ chuyên ngành quản lý bệnh viện, Đại học Y tế công cộng, 2018.
- [6] Lê Thị Yến, Áp dụng thang Sigma trong đánh giá chất lượng xét nghiệm hóa sinh lâm sàng, Khóa luận tốt nghiệp cử nhân y khoa, Đại học Y Hà Nội, 2016.
- [7] Hoàng Mạnh Cường, Nghiên cứu áp dụng thang Sigma trong quản lý chất lượng xét nghiệm hóa sinh lâm sàng, Đại học Y Hà Nội, 2019.

CURRENT SITUATION OF TESTING RETURNING TIME FOR ON- DEMAND MEDICAL EXAMINATION DEPARTMENT AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2019 - 2020

Phan Thi Ngoc Lan*, Nguyen Thi Huong,
Nguyen Thi Hai Yen, Nguyen Thi Thuy, Luong Hai Yen

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 24/07/2023; Accepted: 28/08/2023

ABSTRACT

Objective: (1) Identify the average time to return test results and identify the percentage of test results that are not returned on time as specified at the on-demand medical examination department from September 2019 to March September 2020, (2) Identify some factors affecting the time to return test results.

Subject and method: Eligible specimens were handed over from three departments of Biochemistry, Hematology-Blood Transfusion, and Microbiology to outpatients at the On-Demand medical examination department- Duc Giang General Hospital . Observational research.

Results: Through 69,391 research samples, we found that the average time to return the results of all 3 departments was 37.6 ± 18.1 minutes. Department of Biochemistry had the earliest time to return results ($36.9 \pm 18,6$) minutes; Department of Microbiology had the longest time to return the test results, the average time was 38.7 ± 17.2 minutes. The immunoassay had the longest return time of 61.1 ± 28.9 minutes, followed by the HFMD test of 48.4 ± 21.6 minutes. The survey group had the earliest average time to return Urine at 186 ± 13.5 minutes. From 8 to 9 o'clock is the time of day for the most sample gathering of three departments.

Conclusion: Arrange and increase human resources to perform testing at the time of sample flow and return test results to shorten and reduce waiting time for patients.

Keywords: Time to return results, rate of late returning.

*Corresponding author
Email address: hoahuongduong19486@gmail.com
Phone number: (+84) 936368680
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



THỰC TRẠNG THỜI GIAN TRẢ KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM CHO KHU KHÁM BỆNH YÊU CẦU TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2019 - 2020

Phan Thị Ngọc Lan*, Nguyễn Thị Hương,
Nguyễn Thị Hải Yên, Nguyễn Thị Thùy, Lương Hải Yên

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 24/07/2023; Ngày duyệt đăng: 28/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Xác định thời gian trả kết quả xét nghiệm trung bình và xác định tỷ lệ kết quả xét nghiệm trả không đúng thời gian quy định tại khu khám bệnh theo yêu cầu từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 9 năm 2020; (2) Nhận định một số yếu tố ảnh hưởng đến thời gian trả kết quả xét nghiệm.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mẫu xét nghiệm đủ điều kiện được bàn giao của ba khoa Hóa sinh, Huyết học-Truyền máu, Vi sinh cho nhóm bệnh nhân ngoại trú tại khu Khám bệnh theo yêu cầu - Bệnh viện đa khoa Đức Giang. Nghiên cứu quan sát.

Kết quả: Qua 69.391 mẫu xét nghiệm nghiên cứu, chúng tôi thấy thời gian trả KQXN trung bình của cả 3 khoa là 37.6 ± 18.1 phút. Khoa Sinh hóa có thời gian trả kết quả sớm nhất (36.9 ± 18.6) phút; Khoa Vi sinh có thời gian trả KQXN lâu nhất, thời gian trung bình là 38.7 ± 17.2 phút. Xét nghiệm miễn dịch có thời gian trả kết quả trung bình lâu nhất là 61.1 ± 28.9 phút kế tiếp là xét nghiệm HTHNM 48.4 ± 21.6 phút. Nhóm xét nghiệm có thời gian trả trung bình sớm nhất là Nước tiểu là 186 ± 13.5 phút. Từ 8 - 9 giờ là thời điểm tập trung mẫu nhiều nhất trong ngày của cả 3 khoa.

Kết luận: Sắp xếp, tăng cường nhân lực thực hiện xét nghiệm vào thời điểm có lưu lượng mẫu và trả kết quả xét nghiệm đồng đều rút ngắn và giảm thời gian chờ ở người bệnh.

Từ khóa: Thời gian trả kết quả, tỷ lệ trả muộn.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ lâu, xét nghiệm có vai trò quan trọng trong công tác khám và điều trị bệnh. Các phòng xét nghiệm hỗ trợ bác sỹ đưa ra chẩn đoán, chẩn đoán sớm, đánh giá điều trị, tiên lượng cũng như dự phòng bệnh tật. Tại BVĐK Đức Giang bệnh viện đã có nhiều cải tiến quy trình khám chữa bệnh, trong đó có bộ phận xét nghiệm cận lâm sàng. Tuy nhiên trên thực tế vẫn chưa đáp ứng được nhu cầu của khách hàng, vẫn còn nhiều phàn nàn khiếu nại về việc phải chờ lâu tại khu vực xét nghiệm. Đề góp phần đo lường nguồn thông tin đầu ra của quá

trình thực hiện xét nghiệm chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với 2 mục tiêu: (1) Xác định thời gian trả kết quả xét nghiệm trung bình và xác định tỷ lệ kết quả xét nghiệm trả không đúng thời gian quy định tại khu khám bệnh theo yêu cầu từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 9 năm 2020, (2) Nhận định một số yếu tố ảnh hưởng đến thời gian trả kết quả xét nghiệm.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu quan sát.

*Tác giả liên hệ

Email: hoahuongduong19486@gmail.com

Điện thoại: (+84) 936368680

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 09 năm 2019 đến tháng 09 năm 2020.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Mẫu xét nghiệm đủ điều kiện được bàn giao của ba khoa Hóa sinh, Huyết học-Truyền máu, Vi sinh cho nhóm bệnh nhân ngoại trú tại khu Khám bệnh theo yêu cầu - Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu:

Phương pháp chọn mẫu: Toàn bộ mẫu xét nghiệm của bệnh nhân đến khám ngoại trú tại khu Khám bệnh theo yêu cầu- Bệnh viện đa khoa Đức Giang trong vòng 1 năm. Tổng lượng mẫu trong nghiên cứu là 69.391 mẫu.

2.5. Biến số/ chỉ số/ nội dung/ chủ đề nghiên cứu:

- Nhóm dịch vụ kỹ thuật: Nhóm dịch vụ kỹ thuật được phân trong các khoa xét nghiệm theo danh mục bệnh viện.

- Thời gian di chuyển đến khu vực chờ lấy mẫu (T1): Thời gian từ lúc bệnh nhân có chỉ định xét nghiệm(t1) đến khi bệnh nhân đến khu vực phát số chờ lấy mẫu tại khu lấy mẫu tại khu Khám bệnh theo yêu cầu(t2). (T1 = t2 - t1).

- Thời gian chuyên bệnh phẩm (T2): Thời gian từ lúc NB được lấy máu đến khi mẫu máu được vận chuyển

đến khoa XN(t3). (T2 = t3 - t2).

-Thời gian thực hiện xét nghiệm (T3): Thời gian từ lúc BP và chỉ định được bàn giao đến khi Valid (duyet) kết quả trên trên phân mềm LIS (t4). (T3 = t4 - t3).

- Thời gian trả kết quả xét nghiệm cho bệnh nhân (TAT): Tổng thời gian trả kết quả cho bệnh nhân từ khi bệnh nhân nhận phiếu chỉ định đến khi nhận được kết quả (TAT =T1+T2+T3).

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: Số liệu được thu thập từ phần mềm quản lý xét nghiệm Labconnect-DMS bệnh viện, báo cáo dữ liệu lưu chi tiết toàn bộ các bệnh nhân làm xét nghiệm.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được làm sạch bằng phần mềm SPSS 20.0 sau khi được phòng công nghệ thông tin bệnh viện đổ dữ liệu từ hệ thống LIS của bệnh viện. Một số thống kê mô tả (tỷ lệ%, trung bình, lệch chuẩn). Thống kê suy luận được áp dụng với p< 0.05 có ý nghĩa thống kê.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ quy định, đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Các đặc điểm nhận dạng người bệnh không được sử dụng.Nghiên cứu được Ban giám đốc – Lãnh đạo khối xét nghiệm ủng hộ tiến hành nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ cho báo cáo và cải tiến chất lượng dịch vụ.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố chỉ định xét nghiệm theo khoa và nhóm xét nghiệm

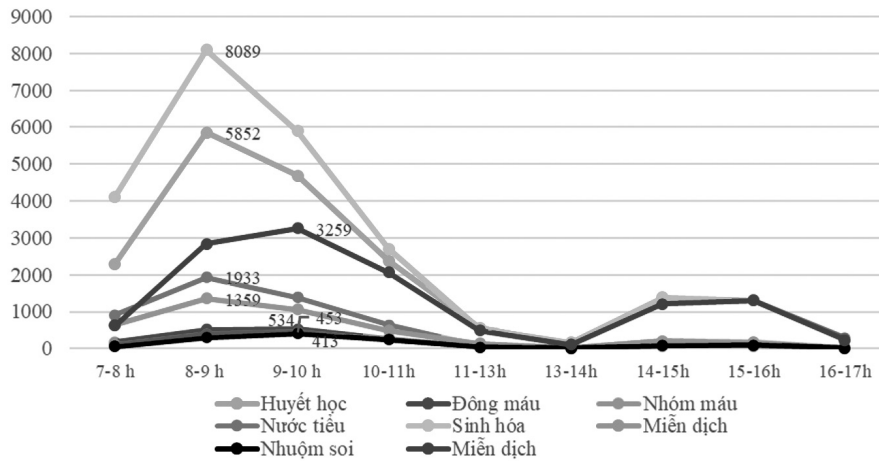
| Khoa thực hiện | Nhóm xét nghiệm | Nhóm xét nghiệm | | Số lượng xét nghiệm | |
|------------------------|-----------------|-----------------|--------|---------------------|-------------|
| | | n | Tỷ lệ% | n | Tỷ lệ% |
| Huyết học - Truyền máu | Tế bào | 18.820 | 27,1 | 21.990 | 31,7 |
| | Đông máu | 1.769 | 2,5 | | |
| | Nhóm máu | 1.401 | 2,0 | | |
| Sinh hóa | Miễn dịch - SH | 4.116 | 5,9 | 33.963 | 48,9 |
| | Sinh hóa | 24.447 | 35,2 | | |
| | Nước tiểu | 5.400 | 7,8 | | |
| Vi sinh | Miễn dịch - VS | 12.155 | 17,5 | 13.438 | 19,4 |
| | Nhuộm soi | 1.283 | 1,8 | | |
| Tổng | | | | 69.391 | 100% |

Bảng 1 cho thấy xét nghiệm Sinh hóa và Tế bào huyết học là chủ yếu, chiếm tỷ lệ lần lượt là 35,2% và 27,1%; kế tiếp là xét nghiệm Vi sinh miễn dịch, chiếm tỷ lệ 17,5%; Nước tiểu, chiếm tỷ lệ 7,8%; Sinh hóa miễn

dịch, chiếm tỷ lệ 5,9%; Đông cầm máu, chiếm tỷ lệ 2,5%; Huyết thanh học – Nhóm máu, chiếm tỷ lệ 2%; xét nghiệm Vi sinh nhuộm soi chiếm tỷ lệ thấp nhất là 1,8%.



Biểu đồ 1. Phân bố số lượng xét nghiệm theo thời điểm nhận mẫu



Biểu đồ 1 cho thấy số lượng mẫu của cả 8 nhóm xét nghiệm tập trung chủ yếu vào thời điểm lúc 8 – 9 giờ và từ 9 – 10 giờ, với tổng số mẫu 8-9h là 21.292 và 17.697 mẫu vào 9-10h. Trong đó lượng xét nghiệm về nhóm

Sinh hóa và Tế bào huyết học chiếm ưu thế lần lượt là 8.089 và 5.852 mẫu; nhóm xét nghiệm Vi sinh nhuộm soi có số mẫu ít nhất 415 mẫu.

3.2. Đánh giá thời gian trả kết quả xét nghiệm và tỷ lệ muộn so với quy định

3.2.1. Thời gian trả KQXN trung bình theo khoa và nhóm xét nghiệm

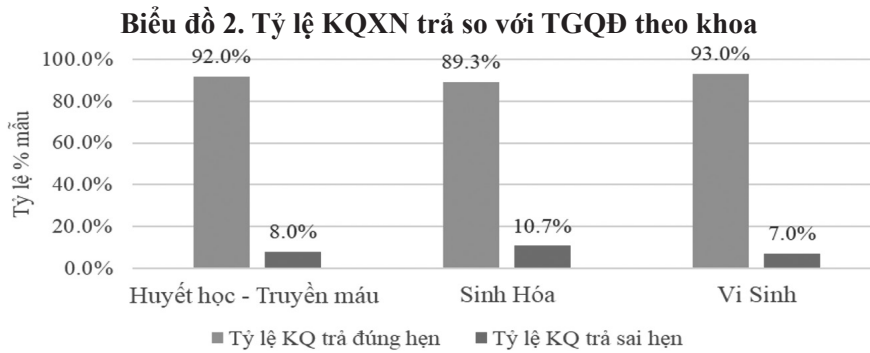
Bảng 3. Thời gian trả kết quả trung bình theo nhóm xét nghiệm

| Nhóm xét nghiệm | N | $\bar{X} \pm SD$ (phút) | Min-Max(Phút) |
|--------------------------|--------------|-------------------------|--------------------|
| Tế bào-Huyết học | 18820 | 21.7 ± 13.8 | 1 - 133 |
| Đông cầm máu | 1769 | 41.9 ± 19.7 | 9 - 149 |
| Huyết thanh học-Nhóm máu | 1401 | 48.4 ± 21.6 | 9 - 179 |
| Miễn dịch-Sinh hóa | 4116 | 61.1 ± 28.9 | 11 - 269 |
| Sinh hóa | 24447 | 34.1 ± 13.5 | 6 - 147 |
| Nước tiểu | 5400 | 18.6 ± 13.5 | 2 - 89 |
| Vi sinh miễn dịch | 12155 | 39.6 ± 15.9 | 2 - 176 |
| Vi sinh nhuộm soi | 1283 | 37.7 ± 18.5 | 2 - 103 |
| Tổng | 69391 | 37.5 ± 18.2 | 5.3 – 155.6 |

Bảng 3 cho thấy nhóm xét nghiệm Miễn dịch – sinh hóa có thời gian trả KQXN lâu nhất, trung bình là 61.1 ± 28.9 phút; kế tiếp lần lượt là xét nghiệm Huyết thanh học – nhóm máu; nhóm xét nghiệm Đông cầm máu; xét

nghiệm Vi sinh – miễn dịch; xét nghiệm Vi sinh nhuộm soi; tiếp đến là xét nghiệm Sinh hóa và các xét nghiệm khác. Sự khác biệt thời gian trả kết quả có ý nghĩa thống kê $F=4479,99, p<0,001$.

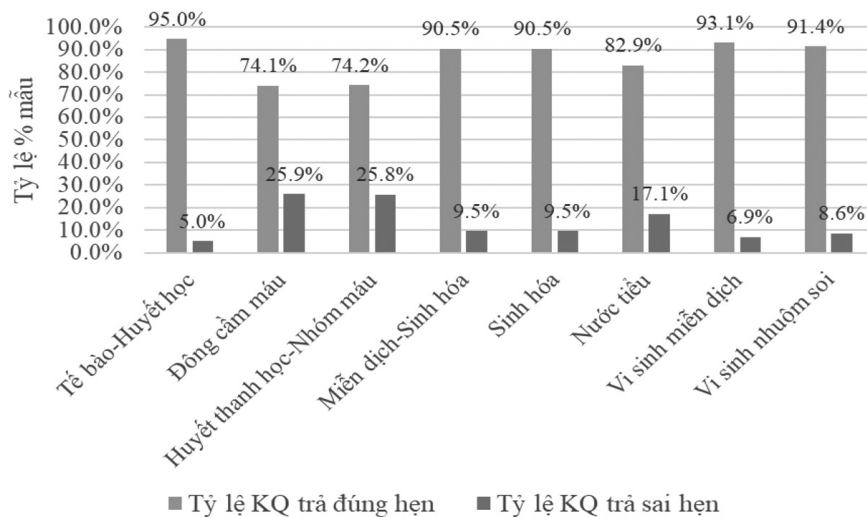
3.2.2. So sánh KQXN trả so với thời gian quy định (TGQĐ) theo khoa và nhóm xét nghiệm



Biểu đồ 2 cho thấy khoa Sinh hóa có tỷ lệ KQXN trả trễ so với thời gian quy định cao nhất là 10.7%; khoa

Vi sinh có tỷ lệ KQXN trả trễ so với thời gian quy định thấp nhất là 7.0%.

Biểu đồ 3. Tỷ lệ KQXN trả so với TGQĐ theo nhóm xét nghiệm

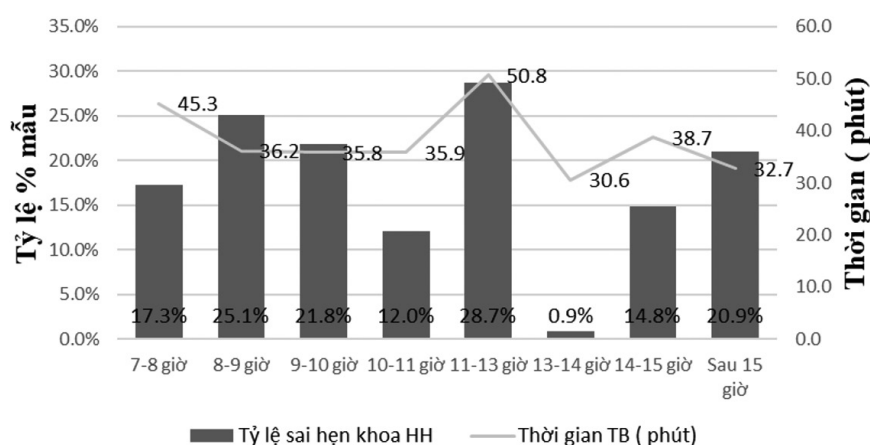


Biểu đồ 3 cho thấy nhóm xét nghiệm Đông cầm máu có KQXN trả trễ so với thời gian quy định, chiếm tỷ lệ cao nhất (25.9%); kế tiếp lần lượt là các nhóm xét nghiệm

Huyết thanh học – nhóm máu, Nước tiểu, Miễn dịch sinh hóa và sinh hóa.

3.3. Yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ KQXN trả không đúng TGQĐ

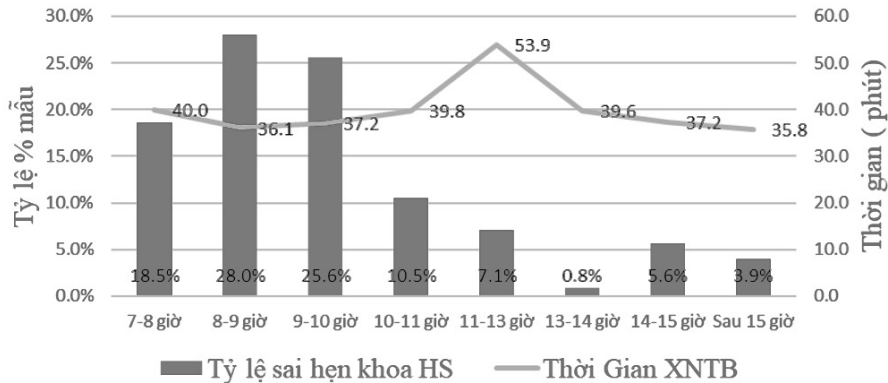
Biểu đồ 4. Thời gian và tỷ lệ KQXN toàn khoa huyết học trả trễ theo thời điểm



Biểu đồ 4 cho thấy vào thời điểm 11 – 13 giờ, KQXN trả trễ toàn khoa Huyết học – truyền máu của cả 3 nhóm xét nghiệm chiếm tỷ lệ cao nhất là 28.7% (thời gian trả kết

quả trung bình là 50.8 phút); sau đó KQXN trả trễ có tỷ lệ theo thứ tự giảm dần vào thời điểm khác.

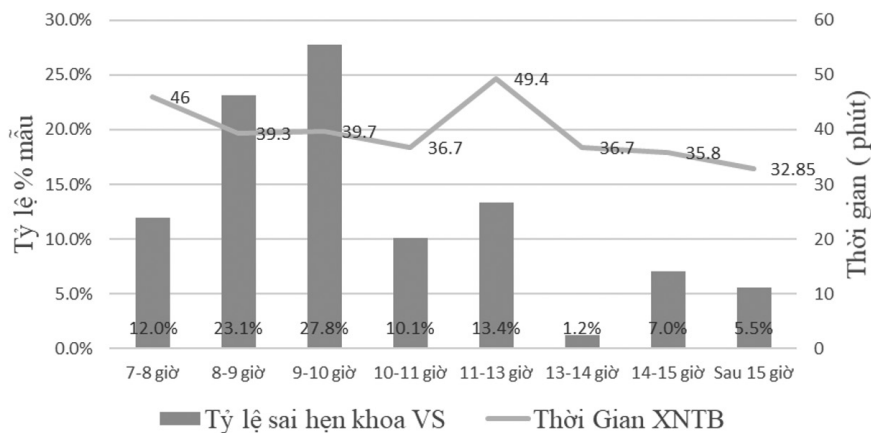
Biểu đồ 5. Thời gian và tỷ lệ KQXN toàn khoa Hóa sinh trả trễ theo thời điểm



Biểu đồ 5 cho thấy thời điểm 8 – 9 giờ, KQXN trả trễ toàn khoa Hóa sinh của cả 3 nhóm xét nghiệm chiếm tỷ lệ cao nhất là 28% (thời gian trả kết quả trung bình

là 36.1 phút); sau đó KQXN trả trễ có tỷ lệ theo thứ tự giảm dần vào thời điểm lúc 7 - 8 giờ, 10 – 11 giờ và 13 -14 giờ, KQXN trả trễ có tỷ lệ thấp nhất là 0.8%.

Biểu đồ 6. Thời gian và tỷ lệ KQXN toàn khoa Vi Sinh trả trễ theo thời điểm



Biểu đồ 6 cho thấy thời điểm 9 – 10 giờ, KQXN trả trễ toàn khoa Vi sinh của 2 nhóm xét nghiệm chiếm tỷ lệ cao nhất là 27.8% (thời gian trả kết quả trung bình là 39.7 phút); sau đó KQXN trả trễ có tỷ lệ theo thứ tự giảm dần vào thời điểm lúc 8 – 9 giờ, 11 – 13 giờ và 13 -14 giờ, KQXN trả trễ có tỷ lệ thấp nhất là 1.2%.

2015 chúng tôi mất trung bình 76,2 phút và năm 2019 là 180 ± 75,31 phút.

Xét nghiệm Sinh hóa và Tế bào huyết học là chủ yếu, chiếm tỷ lệ lần lượt là 35,2% và 27,1%; kế tiếp là xét nghiệm Vi sinh miễn dịch; Nước tiểu; Sinh hóa miễn dịch và các nhóm xét nghiệm khác.

4. BÀN LUẬN

Thời gian trả KQXN trung bình chung cho cả 3 khoa xét nghiệm là 37.6 ± 18.1 phút. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy sự cải thiện và khác biệt rất nhiều giữa khu khám bệnh theo yêu cầu so với mặt bằng chung của toàn bộ khu khám bệnh thường khi năm

Số lượng mẫu của cả 8 nhóm xét nghiệm tập trung chủ yếu vào thời điểm lúc 8 – 9 giờ và từ 9 – 10 giờ, với tổng số mẫu 8-9h là 21.292 và 17.697 mẫu vào 9-10h. Trong đó lượng xét nghiệm về nhóm Sinh hóa và Tế bào huyết học chiếm ưu thế lần lượt là 8.089 và 5.852 mẫu; nhóm xét nghiệm Vi sinh nhuộm soi có số mẫu ít nhất 415 mẫu.

Nhóm xét nghiệm Miễn dịch – sinh hóa có thời gian trả KQXN lâu nhất, trung bình là 61.1 ± 28.9 phút; kế tiếp lần lượt là xét nghiệm Huyết thanh học – nhóm máu; nhóm xét nghiệm Đông cầm máu; xét nghiệm Vi sinh – miễn dịch; xét nghiệm Vi sinh nhuộm soi; tiếp đến là xét nghiệm Sinh hóa và các xét nghiệm khác. Sự khác biệt thời gian trả kết quả có ý nghĩa thống kê $F=4479,99, p<0,001$.

Khoa Sinh hóa có tỷ lệ KQXN trả trễ so với thời gian quy định cao nhất là 10.7%; khoa Vi sinh có tỷ lệ KQXN trả trễ so với thời gian quy định thấp nhất là 7%.

Nhóm xét nghiệm Đông cầm máu có KQXN trả trễ so với thời gian quy định, chiếm tỷ lệ cao nhất (25.9%); kế tiếp lần lượt là các nhóm xét nghiệm Huyết thanh học – nhóm máu, Nước tiểu, Miễn dịch sinh hóa và sinh hóa.

Vào thời điểm 11 – 13 giờ, KQXN trả trễ toàn khoa Huyết học – truyền máu của cả 3 nhóm xét nghiệm chiếm tỷ lệ cao nhất là 28.7% (thời gian trả kết quả trung bình là 50.8 phút); sau đó KQXN trả trễ có tỷ lệ theo thứ tự giảm dần vào thời điểm khác.

KQXN trả trễ chủ yếu vào thời điểm 13 – 14 giờ, và 7 - 8 giờ nhóm Đông cầm máu chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 50% và 43.8% (thời gian trả kết quả trung bình là 41 phút và 48.9 phút); tỷ lệ KQXN trả trễ giảm dần vào thời điểm lúc 8 -9 giờ (20.4%) và 9 -10 giờ (20.8%).

KQXN của nhóm Huyết thanh học – nhóm máu chủ yếu vào thời điểm 11 – 13 giờ chiếm tỷ lệ 48% (thời gian trả trung bình là 65.7 phút); Thời điểm 13 – 14 giờ không có xét nghiệm trả trễ.

Thời điểm 8 – 9 giờ, KQXN trả trễ toàn khoa Hóa sinh của cả 3 nhóm xét nghiệm chiếm tỷ lệ cao nhất là 28% (thời gian trả kết quả trung bình là 36.1 phút); sau đó KQXN trả trễ có tỷ lệ theo thứ tự giảm dần vào thời điểm lúc 7 - 8 giờ, 10 – 11 giờ và 13 -14 giờ, KQXN trả trễ có tỷ lệ thấp nhất là 0.8%.

KQXN trả trễ chủ yếu vào thời điểm 11 – 13 giờ, và 10 - 11 giờ nhóm Miễn dịch sinh hóa, chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 38.3% và 18.5% (thời gian trả kết quả trung bình là 87.4 phút và 70.8 phút); tỷ lệ KQXN trả trễ giảm dần vào thời điểm lúc 13 - 14 giờ (15%) và 7 - 8 giờ thấp nhất (5.2%).

Thời điểm 11 – 13 giờ, KQXN nước tiểu trả không đúng thời gian quy định, chiếm tỷ lệ cao là 44.2% (thời gian trả kết quả trung bình 29.7 phút); kế tiếp vào thời điểm 14 – 15 giờ, KQXN trả trễ chiếm tỷ lệ 26.2% và giảm dần từ thời điểm 7 – 8 giờ (25.9%) đến sau 8 - 9 giờ thấp nhất là 12.2% với thời gian trung bình là 16.9 phút.

Thời điểm 9 – 10 giờ, KQXN trả trễ toàn khoa Vi sinh của 2 nhóm xét nghiệm chiếm tỷ lệ cao nhất là 27.8% (thời gian trả kết quả trung bình là 39.7 phút); sau đó KQXN trả trễ có tỷ lệ theo thứ tự giảm dần vào thời

điểm lúc 8 – 9 giờ, 11 – 13 giờ và 13 -14 giờ, KQXN trả trễ có tỷ lệ thấp nhất là 1.2%.

5. KẾT LUẬN

Hóa sinh, Huyết học – truyền máu và Vi sinh sắp xếp, tăng cường nhân lực thực hiện xét nghiệm vào thời điểm có lưu lượng mẫu cao (8-9 giờ sáng các ngày trong tuần) và trả kết quả xét nghiệm nhiều đợt liên tục để rút ngắn thời gian xét nghiệm, giảm chờ đợi cho bệnh nhân. Đề xuất quy định thời gian gửi mẫu nội viện tránh vào các giờ cao điểm từ 8 đến 10 giờ gây quá tải xét nghiệm. Cần có thêm các nghiên cứu can thiệp để tiếp tục giảm tỷ lệ trả kết quả xét nghiệm sai TGQĐ xuống thấp hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bệnh viện đa khoa Đức Giang, Sổ tay khách hàng khối xét nghiệm mã hiệu STDVKH.2429/QĐ-BYT.XN.01, 2020.
- [2] Đặng Thị Hồng Khánh, Nguyễn Thị Út và cộng sự, “Khảo sát thời gian chờ khám tại khoa khám bệnh 2 Bệnh viện nhi TW năm 2018”, Tạp chí Nghiên cứu và thực hành nhi khoa số 5(10-2018), p84-88.
- [3] Ngô Hữu Phương, “Báo cáo cải tiến thời gian chờ kết quả xét nghiệm tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2015”, 2015.
- [4] Ngô Hữu Phương và cộng sự, “Khảo sát thời gian khám, chờ khám đối với các dịch vụ khám chữa bệnh tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2019”, 2019.
- [5] Hồ Đăng Tâm, Nghiên cứu thực trạng thời gian trả kết quả xét nghiệm cho người bệnh tại khoa khám bệnh, Bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang năm 2016, 2016.
- [6] <https://benhvienducgiang.com/hoat-dong-benh-vien/benh-vien-da-khoa-duc-giang-trien-khai-khu-kham-benh-theo-yeu-cau-/144-732-742.aspx>.
- [7] Mahamad Hannaffi Abdullah, Literature research: Study on outpatients' s waiting in hospital university Kebangsaan Malaysia (HUKM) through the Six Sigma approach, Hospital university Kebangsaan Malaysia, 2004.
- [8] Bộ Y tế, Quyết định số 2429/QĐ-BYT ngày 12 tháng 6 năm 2017 Ban hành Tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm y học, 2017.

THE PREDICTIVE VALUES OF UIV, CT-SCANNER AND UIV POST SCANNER IN UROLITHIASIS DIAGNOSIS, IN DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2020

Bui Nam Thang*

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 29/07/2023; Accepted: 30/08/2023

ABSTRACT

Objective: To determine values of UIV, CT-scanner and UIV post scanner in urolithiasis diagnosis, in Duc Giang General Hospital.

Subject and method: It was a cross-sectional study on 24 cases with urolithiasis, from 2/3/2020 to 30/09/2020.

Results: CT-scanner could detect all urinary stones (100%); UIV, UIV post scanner could detect urinary stones about 50% and 33, 33% respectively. Ability to detect hydronephrosis: of UIV was 75%, of UIV Post scanner was 75% and of CT-scanner was 79,16%. Ability to detect dilated ureter of UIV was 50%, UIV Post scanner was 45.83% and CT-scanner was 54,16%. Urinary tract appearance in 7/8 cases used UIV and 22/24 cases used UIV post scanner.

Conclusions: CT-scanner was high values in determination of location, size and number of stone and sign of hydronephrosis and dilated ureter. UIV post scanner was high values in determination of shape of urinary tract.

Keywords: UIV, CT-scanner, UIV post scanner, urolithiasis.

*Corresponding author
Email address: Bntrangquang@gmail.com
Phone number: (+84) 936486118
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

GIÁ TRỊ HÌNH ẢNH UIF, CT-SCANNER VÀ UIF POST SCANNER TRONG CHẨN ĐOÁN BỆNH LÝ SỎI ĐƯỜNG TIẾT NIỆU TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2020

Bùi Nam Thăng*

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 29/07/2023; Ngày duyệt đăng: 30/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định giá trị hình ảnh của UIF, CT-scanner và UIF post scanner trong bệnh lý sỏi đường tiết niệu tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 24 ca bệnh lý sỏi đường tiết niệu từ 2/3/2020 đến 30/09/2020.

Kết quả: CT-scanner phát hiện được tất cả các trường hợp sỏi (100%); khả năng phát hiện sỏi của UIF, UIF post scanner thấp hơn lần lượt chỉ vào khoảng 50% và 33,33%. Khả năng phát hiện giãn đài bể thận của UIF là 75%, UIF Post scanner là 75% và CT-scanner là 79,16%; khả năng phát hiện giãn niệu quản UIF 50% và UIF Post scanner là 45,83% và CT-scanner là 54,16%. Hiện hình đường bài xuất % trường hợp chụp UIF và 22/24 trường hợp chụp UIF post scanner.

Kết luận: CT-scanner là phương pháp có giá trị cao trong xác định vị trí, kích thước và số lượng sỏi và dấu hiệu giãn đài bể thận, niệu quản. UIF post scanner có giá trị trong đánh giá hình thái đường bài xuất hệ tiết niệu bệnh nhân mắc sỏi tiết niệu.

Từ khoá: UIF, CT-scanner, UIF post scanner, sỏi đường tiết niệu.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những thập kỷ qua, tỷ lệ bệnh Sỏi tiết niệu đã gia tăng đáng kể như một hệ quả của sự thay đổi chế độ ăn uống và lối sống. Trên thế giới, có những vùng có tỉ lệ sỏi tiết niệu cao gọi là vành đai sỏi. Việt Nam là nước nằm trong vùng vành đai sỏi của thế giới, tỉ lệ sỏi gặp từ 2-12% dân số tùy theo vùng[1], [2]. Ở Hoa Kỳ tỷ lệ đến khám tại khoa cấp cứu do hồ lưng đau cấp tính tăng từ 289 đến 306/100.000 người trong khoảng 2016 - 2019, dẫn đến tăng chi phí ở mức 5 tỷ USD mỗi năm[1], [2].

Ngày nay, có nhiều phương thức khác nhau có thể đánh giá bệnh nhân bị sỏi tiết niệu. Chẩn đoán hình ảnh là thăm khám cần thiết để đạt được một chẩn đoán xác định và quyết định hướng điều trị[3].

Hiện nay, tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang đang triển

khai các phương pháp chẩn đoán sỏi đường tiết niệu như Chụp X-quang HTN không chuẩn bị, siêu âm, Chụp HTN có tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch (UIF), Chụp CT-scanner HTN không tiêm và có tiêm thuốc cản quang đã giúp ích cho lâm sàng trong chẩn đoán xác định bệnh lý sỏi và điều trị một cách có hiệu quả. Tuy nhiên, một số trường hợp, bệnh nhân đã được chụp UIF sau đó tiếp tục chụp CT-scanner HTN. Khi đó những bệnh nhân cần chụp thêm CT-scanner HTN có tiêm thuốc phải chờ sau 48h thải thuốc cản quang rồi mới có thể tiến hành chụp CT-scanner HTN có tiêm thuốc gây mất thời gian chờ đợi, phải tiêm thuốc 2 lần làm tăng nguy cơ biến chứng thuốc cản quang và gây tốn kém cho bệnh nhân.

Nhằm đảm bảo an toàn và giảm chi phí cho người bệnh, khoa chẩn đoán hình ảnh triển khai kỹ thuật chụp UIF post scanner tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ ngày

*Tác giả liên hệ

Email: Bnhtangxquang@gmail.com

Điện thoại: (+84) 936486118

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

2/3/2020 và đồng thời tiến hành nghiên cứu đề tài: “*Giá trị hình ảnh UIV, CT-scanner và UIV post scanner trong bệnh lý sỏi đường tiết niệu tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang*”.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang tiến cứu

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 2/3/2020 đến 30/09/2020.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán STN được chụp CT-scanner HTN có tiêm thuốc và UIV

2.4. Cơ mẫu, chọn mẫu: Áp dụng chọn mẫu không xác suất, lựa chọn tất cả đối tượng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian từ tháng 2/3/2020 đến tháng 30/09/2020

2.5. Biến số: Vị trí đường sỏi tiết niệu, hình thái đường bài xuất của bệnh nhân sỏi tiết niệu, so sánh đối chiếu chẩn đoán UIV, CT-scanner và UIV post scanner

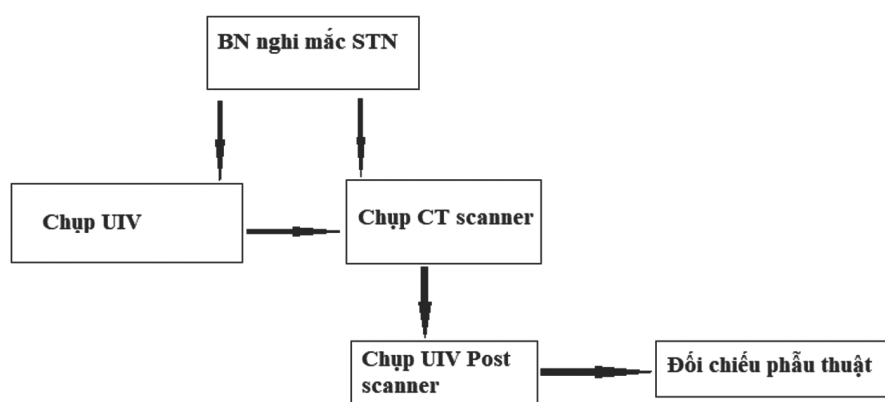
2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu:

- Máy chụp CT-scanner, Máy chụp X- Quang.

- Bộ dụng cụ chụp CT-scanner hệ tiết niệu có tiêm thuốc.

- Vật tư khác: Phim CT, phim X-Quang kỹ thuật số Fuji, thuốc cản quang, thuốc và các phương tiện chống sốc...

Hình 1. Sơ đồ nghiên cứu



2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Xử lý số liệu và phân tích số liệu trên SPSS 20.0

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Tuân thủ các quy định về đạo đức nghiên cứu của Bệnh viện đa khoa Đức Giang

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Vị trí sỏi đường tiết niệu

| Hình ảnh trên Vị trí sỏi | Phẫu thuật | UIV | CT -scanner | UIV post scanner |
|-----------------------------|------------|-----|-------------|------------------|
| Sỏi thận | 16 | 2 | 16 | 5 |
| Sỏi niệu quản 1/3 trên | 6 | 1 | 6 | 1 |
| Sỏi niệu quản 1/3 Giữa | 2 | 0 | 2 | 0 |
| Sỏi niệu quản 1/3 Dưới | 7 | 1 | 7 | 2 |
| Sỏi Bàng quang, niệu đạo | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Hiện hình đường bài tiết | | | | 22 |

Trong 24 bệnh nhân nghiên cứu được phẫu thuật, sỏi thận chiếm đa số với 16 vị trí (66,67%). Sỏi niệu quản có 15 vị trí, trong đó sỏi niệu quản trên có 6/24 (25%),

sỏi niệu quản giữa có 2/24 (8,33%), sỏi niệu quản dưới có 7/24 (29, 16%).

Trong 8 trường hợp chụp UIV, Sỏi thận chiếm với 2/8 trường hợp (25%). Sỏi niệu quản có 2 trường hợp, trong đó sỏi niệu quản trên có 1 (12.5%), sỏi niệu quản giữa có 0 (0%), Sỏi niệu quản dưới có 1 (12.5%).

Trong 24 BN nghiên cứu được chụp CT-scanner phát hiện Sỏi thận chiếm 16 vị trí (66,67%). Sỏi niệu quản có 15 trường hợp, trong đó sỏi niệu quản trên có 6/24

(25%), sỏi niệu quản giữa có 2/24 (8, 33%), sỏi niệu quản dưới có 7/24 (29,16%).

Trong 24 BN chụp UIV post scanner sỏi thận chiếm nhiều nhất với với 5 trường hợp (20,83%). Sỏi niệu quản có 3 trường hợp, trong đó sỏi niệu quản trên có 1 (4.16%), sỏi niệu quản giữa có 0 (0%), sỏi niệu quản dưới có 2 (8.33%).

Bảng 2. Đặc điểm hình thái đường bài xuất của bệnh nhân sỏi tiết niệu

| Đặc điểm | UIV | | UIV post scanner | | CT-scanner | |
|--------------------------|-------|-------|------------------|--------|------------|--------|
| | Số BN | Tỷ lệ | Số BN | Tỷ lệ | Số BN | Tỷ lệ |
| Giãn đài bể thận | 6 | 75% | 18 | 75% | 19 | 79,16% |
| Giãn niệu quản | 4 | 50% | 11 | 45,83% | 13 | 54,16% |
| Hiện hình đường bài xuất | 7 | 87,5% | 22 | 91,66% | | |

Trong 8 bệnh nhân chụp UIV có 6 (75%) trường hợp giãn đài bể thận, 4 (50%) giãn niệu quản, Hiện hình đường bài xuất trong 7 (87,5%) trường hợp.

Trong 24 bệnh nhân chụp CT-scanner có 19 (79, 16%) trường hợp giãn đài bể thận, 13 (54,16%) giãn niệu

quản.

Trong 24 bệnh nhân chụp UIV post scanner có 18 (75%) trường hợp giãn đài bể thận, 11 (45,83%) giãn niệu quản, Hiện hình đường bài xuất trong 22 (91,66%) trường hợp.

Bảng 3. Đối chiếu chẩn đoán STN của UIV và phẫu thuật

| Phẫu thuật \ UIV | Phẫu thuật | | |
|--------------------------|------------|-----------|------|
| | Có sỏi | Không sỏi | Tổng |
| Có sỏi cản quang | 4 | 0 | 4 |
| Không thấy sỏi cản quang | 4 | 0 | 4 |
| Tổng | 8 | 0 | 8 |

Trong 8 trường hợp được chụp UIV, bệnh nhân tiến hành phẫu thuật có sỏi trong cả 8 trường hợp, UIV phát hiện sỏi trong 4/8 (50%), 4 trường hợp còn lại không

phát hiện sỏi, Chỉ thấy dấu hiệu gián tiếp giãn đài bể thận, niệu quản.

Bảng 4. Đối chiếu chẩn đoán STN của CT-scanner có tiêm thuốc cản quang và phẫu thuật

| Phẫu thuật \ CT-scanner | Phẫu thuật | |
|--|------------|-----------|
| | Có sỏi | Không sỏi |
| Có sỏi | 24 | 0 |
| Không thấy sỏi (Có dấu hiệu gián tiếp) | 0 | 0 |

CT-scanner chẩn đoán STN đối chiếu phẫu thuật có độ nhạy và độ chính xác đều bằng 100%.

Bảng 5. Đối chiếu chẩn đoán STN của UIV Post scanner và phẫu thuật

| Phẫu thuật | Có sỏi | Không sỏi | Tổng |
|--------------------------|---------------|------------------|-------------|
| UIV Post scanner | | | |
| Có sỏi cản quang | 8 | 0 | 8 |
| Không thấy sỏi cản quang | 16 | 0 | 16 |
| Tổng | 24 | 0 | 24 |

UIV Post scanner chẩn đoán STN có độ nhạy và độ chính xác đều bằng 33, 33%.

Bảng 6. Đối chiếu chẩn đoán STN của UIV và CT-scanner

| CT-scanner | Có sỏi | Không thấy sỏi (Có dấu hiệu gián tiếp) | Tổng | P |
|--|---------------|---|-------------|---------------------------------|
| UIV | | | | |
| Có sỏi cản quang | 4 | 0 | 4 | < 0,013 (Fishe's exact test) |
| Không thấy sỏi cản quang (Có dấu hiệu gián tiếp) | 4 | 0 | 4 | |
| Tổng | 8 | 0 | 8 | |

Từ bảng trên cho thấy giá trị chẩn đoán STN của CT-scanner cao hơn so với UIV Post scanner sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 7. Đối chiếu chẩn đoán STN của UIV và UIV Post scanner

| UIV | Có sỏi | Không thấy sỏi | Tổng | P |
|--------------------------|---------------|-----------------------|-------------|---------------------------------|
| UIV Post Scanner | | | | |
| Có sỏi cản quang | 2 | 0 | 2 | < 0,001 (Fishe's exact test) |
| Không thấy sỏi cản quang | 2 | 4 | 6 | |
| Tổng | 4 | 4 | 8 | |

Từ bảng trên cho thấy giá trị chẩn đoán STN của UIV post scanner thấp hơn so với UIV thường sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Trong 30 bệnh nhân được chụp CT-scanner và UIV post scanner, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào xảy ra các biến chứng như sốc phản vệ, thoát thuốc cản quang và các biến chứng khác.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đối chiếu chẩn đoán CT-scanner, UIV

Theo Nguyễn Thanh Hương 2002 [4] nghiên cứu trên

199 Bệnh nhân STN với 210 vị trí sỏi được phẫu thuật, siêu âm chẩn đoán sỏi thận đối chiếu phẫu thuật có độ chính xác cao 96,97%, siêu âm chẩn đoán sỏi niệu quản 1/3 trên 70,37%, siêu âm chẩn đoán sỏi niệu quản 1/3 giữa là 27,27%/ Siêu âm chẩn đoán sỏi niệu quản 1/3 dưới có độ chính xác 33, 33%.

Theo Nguyễn Hữu Diện 2016 [5] trong đối tượng được phẫu thuật, CLVT chẩn đoán STN với độ chính xác 137/140% (97,86%).

Nghiên cứu 8 bệnh nhân STN được phẫu thuật, chúng tôi nhận thấy CT-scanner có độ chính xác 100%, trong khi đó UIV chẩn đoán chính xác 4/8 (50%) trường hợp, còn 4/8(50%) UIV không phát hiện được sỏi.

Yếu tố ảnh hưởng đến kết quả UIV kém chính xác hơn CT-scanner là STN còn bị che lấp bởi hơi của ống tiêu hóa, sỏi kích thước nhỏ không cản quang trên phim chụp.

Từ bảng 3.11 ta thấy CT-scanner có độ chính xác cao hơn UIV với $p < 0,05$. Điều đó chứng tỏ trong những trường hợp STN mà UIV khó chẩn đoán hoặc nghi ngờ thì CT-scanner có giá trị cao hơn đặc biệt trong những trường hợp sỏi nhỏ, bụng còn nhiều hơi, sỏi không cản quang. Ngoài ra CT-scanner cho phép xác định chính xác số lượng sỏi, kích thước của từng sỏi tạo thuận lợi cho quá trình phẫu thuật.

4.2. Đối chiếu chẩn đoán UIV post scanner, UIV

Nghiên cứu 8 bệnh nhân STN được phẫu thuật, chúng tôi nhận thấy UIV có độ chính xác 50% trong khi đó UIV Post scanner chẩn đoán chính xác 2/8 (25%) trường hợp, còn 6/8 (75%) UIV scanner không phát hiện được sỏi.

Từ kết quả ta thấy CT-scanner có độ chính xác cao hơn UIV với $p < 0,05$.

Yếu tố khách quan ảnh hưởng đến kết quả UIV Post scanner kém chính xác hơn UIV thường quy về khả năng phát hiện sỏi là do: Phim chụp UIV Post scanner được tiến hành sau khi chụp CT-scanner, qua thì bài tiết, chú trọng đánh giá đường bài xuất của hệ tiết niệu. Khi đó cơ quan của hệ tiết niệu có chứa thuốc cản quang, mà phần lớn sỏi tiết niệu là sỏi cản quang lẫn vào thuốc cản quang vì vậy việc phát hiện sỏi sẽ khó khăn hơn so với UIV thường. Tuy nhiên việc Phát hiện sỏi đã được đánh giá qua kỹ thuật chụp CT scanner.

Đánh giá hình thái đường bài xuất của bệnh nhân sỏi tiết niệu chúng tôi nhận thấy có sự tương đồng giữa hai phương pháp UIV, UIV post scanner về các dấu hiệu giãn đài bể thận (UIV 75% và UIV post scanner 75%), giãn niệu quản (UIV 50% và UIV post scanner 45,83%), hiện hình đường bài xuất hệ tiết niệu (UIV 87,5 và UIV post scanner 91.66%).

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 24 ca bệnh nhằm xác định giá trị hình ảnh của UIV, CT-scanner và UIV post scanner trong bệnh lý sỏi đường tiết niệu tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang, kết quả:

- CT-scanner có độ nhạy cao phát hiện được hầu hết các trường hợp sỏi (100%), Khả năng phát hiện sỏi của UIV, UIV post scanner thấp hơn lần lượt 50% và 33,33%.

- Dấu hiệu giãn đài bể thận, niệu quản đánh giá qua các phương pháp UIV, CT-scanner, UIV Post scanner có sự tương đồng. Khả năng phát hiện UIV, UIV Post scanner gần ngang mức CT-scanner, Giãn đài bể thận (75% và

75% so với 79,16%) và giãn niệu quản (50 và 45,83% so với 54,16%).

- Hiện hình đường bài xuất 7% trường hợp chụp UIV và 22/24 trường hợp chụp UIV post scanner.

- Lượng thuốc cản quang cần tiêm trong chụp CT-scanner + UIV post scanner (100ml) thấp hơn so với 2 chỉ định UIV, CT-scanner (150 ml)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Đỗ Gia Tuyền, Sỏi tiết niệu, Bệnh học nội khoa; Nhà xuất bản Y học, 2012.
- [2] Hoàng Long, Sỏi tiết niệu, Bệnh học ngoại khoa; Nhà xuất bản Y học, 2013.
- [3] S. R. Mehta and P. Annamaraju, "Intravenous Pyelogram," in StatPearls, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023. Accessed: Jul. 09, 2023. [Online]. Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559034/>
- [4] Nguyễn Thanh Hương, "Nghiên cứu ứng dụng siêu âm trong chẩn đoán sỏi tiết niệu có phẫu thuật," Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, 2002.
- [5] Ngô Hữu Diễm, "Nhận xét đặc điểm hình ảnh của sỏi hệ tiết niệu trên CLVT không tiêm cản quang", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội, 2016.



SURVEY OF HEMOSTASIS CLOTTING STATUS IN PREGNANT WOMEN IN THE LAST 3 MONTHS AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2019

Dang Thuy Linh*, Nguyen Hoai Nam, Nguyen Thi Huong, Nguyen Thi Thao Linh

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 01/08/2023; Accepted: 05/09/2023

ABSTRACT

Objective: (1) Survey of hemostasis coagulation status and changes in hemostasis coagulation index in pregnant women in the last 3 months at Duc Giang General Hospital, (2) The first step is to understand the association between changes in hemostasis coagulation index and some clinical features in pregnant women in the last 3 months.

Subject and method: 164 pregnant women in the last 3 months visited Duc Giang General Hospital from April 2019 to September 2019. Using a prospective research method, a controlled cross-sectional description was conducted.

Results: The average platelet count of the group was $197,2 \pm 54,8$ G/l. The average PT(s) was 10.56 ± 0.47 s; the average PT(%) was 108.7 ± 7.52 . The average aPTT(s) was 27.1 ± 1.8 s; the average rAPTT was 0.9 ± 0.06 . The plasma fibrinogen concentrations were 422.5 ± 51.8 mg/dL. There was a weak inverse correlation between platelet counts and the number of pregnancies ($p=0.015$, $|r|=0.190$), between PT% rate and gestational age ($p=0.007$, $|r|=0.212$) and also the number of pregnancies ($p=0.009$, $|r|=0.202$).

Conclusion: Women in the last 3 months of pregnancy have a change in platelet count and blood clotting compared to normal people, and this change increases gradually with gestational age.

Keywords: Coagulation, last 3 months of pregnancy.

*Corresponding author
Email address: Bsthuylinh1992@gmail.com
Phone number: (+84) 374083151
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG ĐÔNG CẦM MÁU Ở PHỤ NỮ MANG THAI 3 THÁNG CUỐI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2019

Đặng Thùy Linh*, Nguyễn Hoài Nam, Nguyễn Thị Hương, Nguyễn Thị Thảo Linh

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 01/08/2023; Ngày duyệt đăng: 05/09/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Khảo sát tình trạng đông cầm máu và sự thay đổi chỉ số đông cầm máu ở phụ nữ mang thai 3 tháng cuối tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang, (2) Bước đầu tìm hiểu mối liên quan giữa sự thay đổi chỉ số đông cầm máu với một số đặc điểm lâm sàng ở phụ nữ có thai 3 tháng cuối.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 164 thai phụ mang thai 3 tháng cuối đến khám và đẻ tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 4 năm 2019 đến tháng 9 năm 2019. Sử dụng phương pháp nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang có đối chứng.

Kết quả: Số lượng tiểu cầu trung bình của nhóm nghiên cứu là $197,2 \pm 54,8$ G/l. PT(s) trung bình là $10,56 \pm 0,47$ s; PT(%) là $108,7 \pm 7,52$. aPTT (s) trung bình là $27,1 \pm 1,8$ s; rAPTT là $0,9 \pm 0,06$. Nồng độ fibrinogen huyết tương là $422,5 \pm 51,8$ mg/dL. Có mối tương quan nghịch ở mức độ thấp giữa số lượng tiểu cầu và số lần mang thai của các thai phụ ($p = 0,015$, $|r| = 0,190$), giữa tỷ lệ PT% với tuổi thai phụ ($p = 0,007$, $|r| = 0,212$) và cả số lần mang thai ($p = 0,009$, $|r| = 0,202$).

Kết luận: Phụ nữ mang thai 3 tháng cuối có sự thay đổi về số lượng tiểu cầu và đông máu so với người bình thường, đồng thời sự thay đổi này tăng dần theo tuổi thai.

Từ khóa: Đông máu, mang thai 3 tháng cuối.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai nghén là giai đoạn sinh lý bình thường của người phụ nữ trong lứa tuổi sinh sản. Khi có thai cơ thể người phụ nữ có nhiều thay đổi về giải phẫu, sinh lý và sinh hóa để đáp ứng với kích thích sinh lý do thai phụ và phần phụ của thai gây ra. Hệ thống tuần hoàn máu nói chung, hệ thống đông cầm máu nói riêng và chỉ số tế bào máu cũng có những thay đổi để đảm bảo điều hòa và phát triển của người mẹ và thai nhi. Chảy máu là một biến chứng rất nguy hiểm khi chuyển dạ và sinh đẻ, nó có thể dẫn đến hậu quả nghiêm trọng nếu không được chẩn đoán sớm và xử lý kịp thời. Tình trạng đông cầm máu của thai phụ đóng vai trò cực kỳ quan trọng trong khả năng cầm máu của một cuộc sinh nở dù là sinh thường hay sinh mổ. Chính vì vậy, việc sử dụng các xét nghiệm đông cầm máu và tế bào trước sinh đã được sử dụng cho tất cả các thai phụ nhằm phát hiện nguy cơ

chảy máu trong và sau khi sinh.

Tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang trung bình mỗi tháng có gần 400 lượt sinh và 1200 lượt thai phụ khám ở nhiều tuần thai khác nhau, các xét nghiệm thăm dò và xét nghiệm máu tế bào, đông máu được chỉ định thường quy nhưng hiện chưa có nghiên cứu đánh giá tổng quan tình trạng đông cầm máu ở thai phụ 3 tháng cuối trước sinh tại đơn vị. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: (1) Khảo sát tình trạng đông cầm máu và sự thay đổi chỉ số đông cầm máu ở phụ nữ mang thai 3 tháng cuối tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang, (2) Bước đầu tìm hiểu mối liên quan giữa sự thay đổi chỉ số đông cầm máu với một số đặc điểm lâm sàng ở phụ nữ có thai 3 tháng cuối.

*Tác giả liên hệ

Email: Bsthuylinh1992@gmail.com

Điện thoại: (+84) 374083151

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang có đối chứng.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 4 năm 2019 đến tháng 9 năm 2019.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: 164 thai phụ mang thai 3 tháng cuối đến khám và đẻ tại bệnh viện.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tuổi thai từ 28 tuần đến khi đẻ, tính theo ngày đầu của kỳ kinh cuối. Không sử dụng các thuốc có ảnh hưởng đến đông máu, không có tiền sử rối loạn đông máu.

Nhóm chứng gồm 30 phụ nữ bình thường khỏe mạnh trong lứa tuổi sinh đẻ.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ.

2.5. Biến số/ chỉ số/ nội dung/ chủ đề nghiên cứu:

- Thông tin chung: Tuổi thai phụ: ≤ 19 , 20- 24, 25- 29, 30- 34, 35- 39, ≥ 40 ; Tuổi thai: 28- 32 tuần, 33- 37 tuần, ≥ 38 tuần; Thai nghén bệnh lý: Tiền sản giật, đái tháo đường...; Thứ tự lần sinh: lần 1, lần 2, \geq lần 3; Đẻ mổ / đẻ thường

- Thông số đông cầm máu: Số lượng tiểu cầu, fibrinogen: Tăng, bình thường, giảm; PT, APTT: Tăng, bình thường, giảm.

- Thông số tế bào: Số lượng hồng cầu, tiểu cầu, bạch cầu: Tăng, bình thường, giảm; Hb, Hct, MCV, MCHC: Tăng, bình thường, giảm; Công thức bạch cầu: Tăng, bình thường, giảm.

- So sánh các giá trị: Giá trị trung bình các xét nghiệm; Tỷ lệ phần trăm thai phụ có giá trị tăng, bình thường, giảm.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu:

- Thu thập dữ liệu lâm sàng: Lựa chọn đối tượng nghiên cứu

+ Lựa chọn đối tượng nghiên cứu, thai phụ có thai từ 28 tuần trở đi. Thu thập dữ liệu lâm sàng, tiền sử thai sản, tiền sử sử dụng thuốc.

- Thực hiện xét nghiệm tế bào máu ngoại vi và đông cầm máu ở thai phụ có thai 28 tuần trở đi.

- Tính giá trị trung bình từng loại xét nghiệm và tỷ lệ thai phụ có các rối loạn xét nghiệm đông máu, tế bào. So sánh kết quả xét nghiệm đông máu, tế bào của thai phụ có 28 tuần trở lên với nhóm chứng. Các thông tin được thu thập vào biểu mẫu thông tin có sẵn trên Excel và xử lý số liệu bằng SPSS.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu trên được xử lý theo phương pháp thống kê y học trên chương trình SPSS 20.0. Các biến số được trình bày theo $X \pm SD$, tỷ lệ%. So sánh giá trị trung bình của hai nhóm độc lập: T-test. So sánh giá trị phần trăm của hai nhóm độc lập: χ^2 để kiểm định sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ. Mối liên quan giữa hai biến định lượng được đánh giá bằng hệ số tương quan r của Pearson giá trị r trong khoảng từ -1 đến +1; r càng gần 1 thì mối tương quan giữa hai đại lượng càng cao.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Mọi thông tin thu thập được đảm bảo bí mật cho bệnh nhân, chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu được sự đồng ý, hợp tác của bệnh nhân và phê duyệt của lãnh đạo Viện, Khoa. Từ kết quả nghiên cứu, lựa chọn thông tin có ích cho việc điều trị và tư vấn cho bệnh nhân.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 164 thai phụ đến khám tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 04/2019 đến tháng 09/2019 đã đồng ý và được chúng tôi cho vào nhóm nghiên cứu. Đối tượng được chọn làm chứng gồm 30 phụ nữ khỏe mạnh, nằm trong độ tuổi sinh sản, không mang thai, không có tiền sử rối loạn đông cầm máu và không dùng sử dụng các thuốc có ảnh hưởng đến đông máu. được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm chung nhóm tử vong trong nghiên cứu (n = 164)

| Đặc điểm | | N | Tỷ lệ% |
|------------------------------|------------------|--------------|---------|
| Nhóm tuổi thai phụ (n = 164) | ≤ 19 tuổi | 2 | 1,2% |
| | 20 - 24 tuổi | 33 | 20,1% |
| | 25 - 29 tuổi | 67 | 40,9% |
| | 30 - 34 tuổi | 40 | 24,4% |
| | 35 - 39 tuổi | 18 | 11,0% |
| | ≥ 40 tuổi | 4 | 2,4% |
| | Max-Min | 45 - 18 | |
| | $\bar{X} \pm SD$ | 28,60 ± 5,02 | p=0,564 |
| Tuổi nhóm chứng (n=30) | $\bar{X} \pm SD$ | 26,37 ± 4,73 | |
| Tuổi thai | 28-32w | 2 | 1,2% |
| | 33-37w | 89 | 54,3% |
| | ≥38w | 73 | 44,5% |
| Số lần sinh | Lần 1 | 40 | 24,4% |
| | Lần 2 | 88 | 53,7% |
| | ≥ 3 lần | 36 | 22,0% |
| Bệnh nền | Giảm tiểu cầu | 41 | 25,0% |
| | Đái tháo đường | 1 | 0,6% |
| | Tiền sản giật | 1 | 0,6% |
| | Di ứng | 9 | 5,5% |
| | Tổng | 52 | 31,7% |

Bảng 1 cho thấy trong 164 thai phụ mang thai 3 tháng cuối trong nghiên cứu có tuổi nhỏ nhất là 18 tuổi, lớn nhất là 45 tuổi, tuổi trung bình là $28,60 \pm 5,02$ tuổi, không có sự khác biệt với nhóm chứng về tuổi ($p > 0,05$). Tập trung nhiều nhất là độ tuổi 25-29 tuổi (67 (40,9%)

thai phụ). Tuổi thai tập trung nhiều ở tuần 33-37 (54,3%) và có 53,7% thai phụ mang thai lần 2. Có 52 thai phụ (31,7%) mắc bệnh nền trong giai đoạn thai kỳ, nhiều nhất là giảm tiểu cầu có 41 thai phụ, chiếm 25%.



Bảng 2. Số lượng tiểu cầu và xét nghiệm đông máu ở nhóm thai phụ và nhóm chứng

| Chỉ số | Nhóm NC | Nhóm thai phụ (n=164) | Nhóm chứng (n=30) | p |
|-------------------|---------|--------------------------|----------------------|-------|
| | | $\bar{X} \pm SD$ | $\bar{X} \pm SD$ | |
| Số lượng tiểu cầu | | 197,2 ± 54,8 | 266,0 ± 49,5 | <0,01 |
| APTT s | | 27,1 ± 1,8 | 32,5 ± 2,8 | <0,01 |
| r APTT | | 0,90 ± 0,06 | 1,08 ± 0,09 | <0,01 |
| PT s | | 10,56 ± 0,47 | 11,59 ± 0,54 | <0,01 |
| PT% | | 108,7 ± 7,52 | 94,1 ± 0,5 | <0,01 |
| PT-INR | | 0,90 ± 0,04 | 1,04 ± 0,47 | <0,01 |
| Fibrinogen | | 422,5 ± 51,8 | 295,7 ± 47,7 | <0,01 |

Bảng 2 cho thấy có sự khác biệt ở tất cả các chỉ số đông cầm máu giữa nhóm thai phụ 3 tháng cuối với nhóm chứng.

Bảng 3. Tỷ lệ thay đổi và mức độ thay đổi các chỉ số đông cầm máu ở thai phụ 3 tháng cuối

| Chỉ số và sự thay đổi | | N | Tỷ lệ% | |
|-----------------------|-------------|------------------------------------|--------|-------|
| Số lượng tiểu cầu | Tăng | 0 | 0,0% | |
| | Bình thường | 123 | 75,01% | |
| | Giảm | Nhẹ (100G/l ≤ SLTC < 150G/l) | 39 | 95,1% |
| | | Trung bình (50 ≤ SLTC < 100G/l) | 2 | 4,9% |
| | | Nặng (SLTC < 50G/l) | 0 | 0,0% |
| rAPTT | Tăng | 0 | 0,0% | |
| | Bình thường | 162 | 98,8% | |
| | Giảm | 2 | 1,2% | |
| PT% | Tăng | 0 | 0,0% | |
| | Bình thường | 164 | 100% | |
| | Giảm | 0 | 0,0% | |
| Fibrinogen | Tăng | 114 | 69,5% | |
| | Bình thường | 50 | 30,5% | |
| | Giảm | 0 | 0,0% | |

Bảng 3 cho thấy có 41 thai phụ mang tháng 3 tháng cuối có giảm tiểu cầu, trong đây tỷ lệ lớn là giảm mức độ nhẹ (95,1% trong số thai phụ có giảm tiểu cầu). Các chỉ số rAPTT và PT% các thai phụ trong nghiên cứu chủ

yếu vẫn nằm trong khoảng tham chiếu bình thường. Chỉ số định lượng Fibrinogen thấy có 114 thai phụ chiếm 69,5% tăng.

3.2. Sự thay đổi các chỉ số đông máu và tiểu cầu ở phụ nữ có thai trong 3 tháng cuối

Bảng 4. Kết quả các xét nghiệm ĐMCB và SLTC theo tuổi thai

| XNĐM | Tuổi thai | 33-37 tuần (n=91) | ≥ 38 tuần (n=73) | p |
|--------------------|-----------|----------------------|---------------------|-------|
| | | $\bar{X} \pm SD$ | $\bar{X} \pm SD$ | |
| SLTC (G/l) | | 196,4 ± 53,3 | 198,1 ± 56,9 | >0,05 |
| PT (%) | | 109,1 ± 8,0 | 108,1 ± 6,8 | >0,05 |
| rAPTT | | 0,90 ± 0,06 | 0,90 ± 0,06 | >0,05 |
| Fibrinogen (mg/dL) | | 432,3 ± 49,9 | 410,2 ± 51,9 | <0,05 |

Bảng 4 cho thấy nồng độ Fibrinogen giữa các nhóm tuần thai 33-37 tuần với ≥ 38 tuần có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 5. Kết quả các xét nghiệm ĐMCB và SLTC theo số lần mang thai

| XNĐM | Số lần mang thai | Lần 1 (n=40) | Lần 2 (n=88) | ≥ 3 lần (n=36) | p |
|--------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|-------------------------------------|
| | | $\bar{X} \pm SD$ | $\bar{X} \pm SD$ | $\bar{X} \pm SD$ | |
| SLTC (G/l) | | 204,6 ± 58,6 | 203,5 ± 51,8 | 173,3 ± 52,2 | p12 >0,05 p23 <0,05 p13 <0,05 |
| PT (%) | | 110,4 ± 7,43 | 109,0 ± 7,27 | 105,8 ± 7,67 | p12 >0,05 p23 <0,05 p13 <0,05 |
| rAPTT | | 0,90 ± 0,06 | 0,90 ± 0,05 | 0,90 ± 0,07 | p12 >0,05 p23 >0,05 p13 >0,05 |
| Fibrinogen (mg/dL) | | 430,6 ± 51,2 | 424,6 ± 48,6 | 408,4 ± 58,6 | p12 >0,05 p23 >0,05 p13 >0,05 |

Bảng 5 cho thấy SLTC, PT% giảm dần ở các lần mang thai cao hơn, mức độ giảm SLTC giữa lần 1, lần 2 với các thai phụ ≥ 3 lần có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 6. Mối tương quan giữa tuổi, số lần mang thai của thai phụ với kết quả các xét nghiệm ĐMCB và SLTC

| | | SLTC | PT(%) | rAPTT | Fibrinogen |
|------------------|---|---------|--------|--------|------------|
| Tuổi thai phụ | r | - 0,133 | -0,212 | -0,002 | -0,015 |
| | p | 0,088 | 0,007 | 0,980 | 0,411 |
| Số lần mang thai | r | -0,190 | -0,202 | 0,038 | 0,194 |
| | p | 0,015 | 0,009 | 0,629 | 0,303 |

Bảng 6 cho thấy mối tương quan nghịch ở mức độ thấp giữa SLTC với số lần mang thai. Tương quan nghịch ở mức độ thấp giữa tỷ lệ PT% với tuổi của thai phụ và số lần mang thai.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 164 thai phụ có độ tuổi trung bình là $28,6 \pm 5,02$ (tuổi). Thấp nhất là dưới 19 tuổi, cao nhất là trên 40 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Hoàng Hương Huyền năm 2010 trên 571 thai phụ có độ tuổi trung bình là $28,56 \pm 4,3$ [1]. Cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Thu Hiền năm 2013 trên 900 thai phụ có độ tuổi trung bình là $27,75 \pm 3,35$ [2] và cao hơn kết quả của tác giả Trịnh Việt Kiên năm 2013 trên 100 thai phụ có độ tuổi trung bình là $28,19 \pm 4,19$ [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số phụ nữ mang thai nằm trong độ tuổi 20- 34 tuổi chiếm 85,4%. Tương đồng với độ tuổi mang thai các tác giả đã công bố trong các nghiên cứu. Trong các nghiên cứu trên, tuổi thai phụ trung bình khá cao và có xu hướng tăng. Các nghiên cứu này đều được thực hiện tại các Bệnh viện ở Hà Nội, là thành phố lớn và phát triển nên có thể khi xã hội và trình độ học vấn càng cao thì tuổi mang thai của phụ nữ càng muộn. Tuổi thai từ 33-37 tuần chiếm tỷ lệ cao 54,3%. Điều này có thể do những thai phụ sắp sinh thường xuyên đi khám thai để chuẩn bị cho tốt nhất cho thời kỳ sinh nở.

Có tổng 52 thai phụ chiếm 37,7% có bệnh lý thai kì (giảm tiểu cầu, đái tháo đường, tiền sản giật, dị ứng và một số bệnh lý khác...). Trong đây bệnh lý giảm tiểu cầu chiếm tỷ lệ cao nhất với 41 thai phụ chiếm 25%. Tỷ lệ thai nghén tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang thực tế còn thấp và chưa đánh giá chính xác do phòng khám và khoa Sản còn chưa lưu giữ và bệnh nhân xin chuyển tuyến khi có bệnh lý thai kỳ.

Đặc điểm tiểu cầu: Kết quả nghiên cứu từ bảng 3.5 cho thấy SLTC trung bình ở phụ nữ có thai 3 tháng cuối là $197,2 \pm 54,8$ G/l. Kết quả này thấp hơn nhóm chứng là $266,0 \pm 49,5$ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Kết quả nghiên cứu về SLTC ở phụ nữ có thai của một số tác giả trong nước cũng như nước ngoài đều cho thấy SLTC giảm trong thời gian mang thai. Không thấy trường hợp nào tăng tiểu cầu trong nhóm nghiên cứu. Có 123 thai phụ chiếm 75% và có 41 thai phụ chiếm 25% giảm SLTC. Kết quả này cao hơn với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Trường (2012) trên 195 thai phụ thì có 7,7% giảm SLTC [4]. Hoàng Hương Huyền nghiên cứu trên 571 thai phụ cho thấy SLTC giảm chiếm 7,9% [1]. Liu XH, Jang YM, Shi H, Yue XA nghiên cứu SLTC của 232 thai phụ thấy SLTC giảm nhẹ trong thời gian mang thai [5] Trong 41 thai phụ có SLTC giảm trong nghiên cứu được chia thành 3 mức độ từ bảng 3.7, có thể thấy giảm SLTC mức độ nhẹ ở 39 thai phụ chiếm 95,1%, mức độ trung bình ở 2 thai phụ chiếm 4,9 và không có thai phụ nào giảm SLTC ở mức độ nặng.

Hệ thống đông máu: Bên cạnh những thay đổi về số lượng tiểu cầu, trong nghiên cứu này, chúng tôi thực hiện các xét nghiệm đông máu cơ bản hiện đang sử dụng thường quy tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang để đánh giá hệ thống đông máu thai phụ. rAPTT trung bình ở nhóm thai phụ nằm trong giới hạn bình thường và thấp hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Trong nghiên cứu của chúng tôi từ bảng 3.9, tỷ lệ tăng rAPTT không có trường hợp nào, tỷ lệ bình thường gặp ở 162 thai phụ chiếm 98,8% và tỷ lệ giảm gặp 2 trường hợp chiếm 1,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Thu Hiền (2013), theo tác giả chỉ số rAPTT trung bình của nhóm thai phụ 3 tháng cuối nằm trong giới hạn bình thường và thấp hơn rAPTT của nhóm chứng [2], ở nhóm thai phụ tỷ lệ prothrombin (PT%) tăng cao có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ($p < 0,01$). Cụ thể PT% ở nhóm thai phụ là $108,7 \pm 7,52$, ở nhóm chứng là $94,1 \pm 0,5$. PT tính theo giây (PTs) ở nhóm thai phụ rút ngắn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ($p < 0,01$), INR ở nhóm thai phụ cũng giảm có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ($p < 0,01$). Trong nghiên cứu của chúng tôi từ bảng 3.10, tỷ lệ tăng PT% không có trường hợp nào, tỷ lệ bình thường gặp ở 164 thai phụ chiếm 100% và tỷ lệ giảm không gặp trường hợp nào. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phản ánh xu hướng tăng hoạt hóa con đường đông máu ngoại sinh như nghiên cứu của tác giả Hoàng Hương Huyền đã công bố năm 2010 [1]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy rằng lượng fibrinogen trung bình của nhóm thai phụ tăng cao hơn mức bình thường và cao hơn so với lượng fibrinogen của nhóm chứng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Fibrinogen là yếu tố đóng vai trò quan trọng trong đông cầm máu. Tăng fibrinogen là một trong những yếu tố dẫn đến nguy cơ tăng đông, huyết khối. Tăng fibrinogen thường gặp trong những tình trạng viêm nhiễm, tổn thương mạch máu và chính những tổn thương này làm tăng cường hoạt hóa tiểu cầu, tăng hoạt hóa đường đông máu nội sinh và ngoại sinh.

Khi đánh giá giữa các thai phụ ở 33-37 tuần và ≥ 38 tuần, trong các chỉ số SLTC (G/l), PT (%), rAPTT, Fibrinogen (mg/dL). Chúng tôi nhận thấy sự khác biệt duy nhất ở chỉ số fibrinogen. Nhưng khi đánh giá theo số lần mang thai (lần 1, lần 2, và nhiều hơn 2 lần) thì có sự khác biệt giữa các thai phụ mang thai 3 tháng cuối ở lần mang thai thứ 3 trở đi với 2 nhóm còn lại ở số lượng tiểu cầu và PT%. Tìm hiểu thêm về mối tương quan giữa tuổi và số lần mang thai của thai phụ với kết quả các xét nghiệm ĐMCB và SLTC (bảng 5) chúng tôi thấy: Giữa kết quả xét nghiệm SLTC, PT% với tuổi của thai phụ cũng như số lần mang thai của thai phụ có mối tương quan nghịch. Mối tương quan ở mức độ thấp giữa tỷ lệ PT% với tuổi của thai phụ ($r = -0,212$ với $p < 0,007$) và số lần mang thai của thai phụ ($r = -0,202$ với $p < 0,009$). Mối tương quan ở mức độ thấp giữa tỷ lệ SLTC với tuổi của thai phụ ($r = -0,133$ với $p < 0,088$) và số lần mang thai của thai phụ ($r = -0,19$ với $p < 0,015$). Nghiên cứu này của chúng

tôi gần tương đồng với nghiên cứu của tác giả Tống Thị Hương Lan (2013) nghiên cứu trên 500 sản phụ [6]

Đây mới chỉ là những nhận xét ban đầu, tạm thời chưa đánh giá được chính xác về sự thay đổi các chỉ số đông máu cơ bản và số lượng tiểu cầu của phụ nữ có thai 3 tháng cuối theo tuổi thai phụ và số lần mang thai của thai phụ. Nên chúng tôi cho rằng cần tiến hành nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn cũng như làm thêm các xét nghiệm thăm dò khác để có những nhận định chính xác hơn.

5. KẾT LUẬN

Phụ nữ mang thai 3 tháng cuối có sự thay đổi về số lượng tiểu cầu và đông máu so với người bình thường, đồng thời sự thay đổi này tăng dần theo tuổi thai. Chính vì vậy, cần tiến hành xét nghiệm đông máu cơ bản (PT, APTT, Fib-C) và tiểu cầu cho thai phụ, đặc biệt là nên xét nghiệm ngay trước khi chuyển dạ để phát hiện sớm những bất thường và có biện pháp xử lý kịp thời những tai biến có thể xảy ra trong quá trình sinh nở. Ngoài ra cần đánh giá thêm toàn bộ các giai đoạn khác của quá trình thai nghén, 3 tháng đầu, 3 tháng giữa thai kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Hoàng Hương Huyền, “Nghiên cứu đông cầm máu ở phụ nữ có thai 3 tháng cuối và trên phụ nữ tiền sản giật và đái tháo đường thai kỳ”, luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội, 2010.
- [2] Lê Thị Thu Hiền, “Nghiên cứu một số xét nghiệm đông máu và tiểu cầu ở phụ nữ mang thai 3 tháng cuối”, Khóa luận tốt nghiệp cử nhân y khoa khóa 2009-2013, 2013.
- [3] Trịnh Việt Kiên, “Nghiên cứu sự thay đổi hoạt tính một số yếu tố đông máu ở phụ nữ có thai 3 tháng cuối”, Khóa luận tốt nghiệp cử nhân y khoa khóa 2009-2013, 2013.
- [4] Nguyễn Văn Trường, “Nghiên cứu đông cầm máu và chỉ số tế bào ở phụ nữ có thai 3 tháng cuối”, Khóa luận cử nhân kỹ thuật y học, Trường đại học Y Hà Nội, 2012.
- [5] Liu XH, Jiang YM, Shi H et al., "Prospective, sequential, longitudinal study of coagulation changes during pregnancy in Chinese women", *Gynaecol Obstet*,105(3):240-3, 2009.
- [6] Tống Thị Lan Hương, “Nghiên cứu một số xét nghiệm đông máu và tiểu cầu ở phụ nữ có thai 3 tháng đầu”, Khóa luận tốt nghiệp cử nhân y khoa, khóa 2009-2013, 2013.



SURVEY OF DISEASES CAUSED BACTERIOPHAGES AND ANTIBIOTIC RESISTANCE ON RESPIRATORY MEDICAL SPECIMENS OF PEDIATRIC PATIENTS AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL 2020

Nguyen Thi Thuy*, Dao Quang Trung,
Vu Thi Thu Trang, Nguyen Ngoc Linh, Nguyen Thi Huong

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 01/08/2023; Accepted: 31/08/2023

ABSTRACT

Objective: (1) Describe the status of a pathogenic bacteria infection from respiratory medical specimens of pediatric patients cultured at the Department of Microbiology of Duc Giang General Hospital from May 2020 to September 2020, (2) Research on the antibiotic resistance of the isolates in the study.

Subject and method: All medical specimens of nasopharyngeal fluid of pediatric patients having acute respiratory infections was cultured by clinicians at the microbiology department of Duc Giang General Hospital from 1st May 2020 to 30th September 2020, excluding substandard specimens. Method: cross-sectional descriptive research method.

Results: The total number of study samples was 1015, of which 236 positive cases accounted for 23.3%. The rate of positive culture in the Pediatrics department was 24%; Pediatric resuscitation was 21.4%; Newborns were 27.8%. Pathogenic bacteria: *S. pneumoniae*, 73 cases accounting for 38%, *H. influenzae* constituting 20.6%, *M. catarrhalis* representing 20.1%, *Staphylococcus aureus* taking up 17.5%. The antibiotic resistance rate of *H. Influenzae*: ampicillin was 97.5%, ampi-Sulbactam was 97.4%. The antibiotic resistance rate of *S. pneumoniae*: clindamycin was 95.8%, erythromycine was 97.2%. *S. pneumoniae* is sensitive to antibiotics: vancomycin, lizonalid, tigecycline. The antibiotic resistance rate of *M. catarrhalis*: azythromycin was 77.8%, erythromycine was 74.1%. The amo antibiotic - A.clavulanic was sensitive to *M. catarrhalis* peak at 97.4%, tetracycline reached 83.3%. The antibiotic resistance rate of *S. aureus* oxacillin and cefoxitin was 88.2%. The *Staphylococcus aureus* was sensitive to antibiotics: linezolid, vancomycin, nittrofurantoin, tigecycline, quinupristin. The rate of *S. aureus* resistant to MRSA was quite high, 29/34, accounting for 85%.

Conclusion: Enhancing indications for culture on respiratory tract infections patients to achieve an annual broad overview of antibiotic resistance to improve the effectiveness of treatment.

Keywords: Respiratory tract infections, Pediatrics, Antibiotic resistance, MRSA, *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis*, nosocomial infection.

*Corresponding author

Email address: nguyenthuy197878@gmail.com

Phone number: (+84) 982374118

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

KHẢO SÁT VI KHUẨN GÂY BỆNH VÀ TÍNH KHÁNG KHÁNG SINH TRÊN BỆNH PHẨM ĐƯỜNG HÔ HẤP CỦA BỆNH NHÂN NHI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG 2020

Nguyễn Thị Thủy*, Đào Quang Trung,
Vũ Thị Thu Trang, Nguyễn Ngọc Linh, Nguyễn Thị Hương

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 01/08/2023; Ngày duyệt đăng: 31/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả thực trạng nhiễm vi khuẩn gây bệnh từ các mẫu bệnh phẩm đường hô hấp ở bệnh nhân nhi, nuôi cấy tại khoa Vi sinh Bệnh viện đa khoa Đức Giang trong thời gian từ tháng 5/2020 đến tháng 9/2020, (2) Nghiên cứu tình trạng kháng kháng sinh của các chủng phân lập được trong đề tài.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Toàn bộ các bệnh phẩm dịch tỵ hầu của bệnh nhân nhi bị viêm đường hô hấp cấp do các bác sĩ lâm sàng chỉ định nuôi cấy tại khoa vi sinh Bệnh viện Đức Giang từ 1/5/2020 đến 30/9/2020, đã loại trừ các bệnh phẩm không đạt tiêu chuẩn. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Kết quả: Tổng số mẫu nghiên cứu là 1015 dương tính là 236 trường hợp chiếm 23,3%. Tỷ lệ nuôi cấy dương tính khoa Nhi 24%; Hồi sức Nhi 21,4%; Sơ sinh 27,8%. Vi khuẩn gây bệnh: *S. pneumoniae* 73 ca chiếm tỷ lệ 38%, *H. influenzae* 20,6%, *M. catarrhalis* 20,1%, Tụ cầu vàng 17,5%. Tỷ lệ kháng kháng sinh của *H. Influenzae*: ampicillin 97,5%, ampi-Sulbactam 97,4%. Tỷ lệ kháng kháng sinh của *S. pneumoniae*: clindamycin 95,8%, erythromycine 97,2%. *S. pneumoniae* nhạy cảm với các kháng sinh: vancomycin, lizonalid, tigecycline. Tỷ lệ kháng kháng sinh của *M. catarrhalis*: azythromycin 77,8%, erythromycine 74,1%. Kháng sinh amoxiclavulanic nhạy cảm với *M. catarrhalis* 97,4%, tetracycline nhạy cảm 83,3%. Tỷ lệ kháng kháng sinh của *S. aureus* oxacillin và cefoxitin 88,2%, Tụ cầu vàng nhạy cảm với các kháng sinh: linezolid, vancomycin, nittrofurantoin, tigecycline, quinupristin. Tỷ lệ *S. aureus* kháng MRSA chiếm tỷ lệ khá cao 29/34 chiếm tỷ lệ 85%.

Kết luận: Tăng cường chỉ định nuôi cấy trên bệnh nhân NKHH để hàng năm có những bức tranh tổng thể về kháng kháng sinh, nhằm làm tăng hiệu quả điều trị.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn hô hấp, Nhi, Kháng kháng sinh, MRSA, *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis*, Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV).

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn hô hấp (NKHH) cấp tính ở trẻ em, đã và đang là một trong những vấn đề mang tính chất toàn

cầu, thu hút sự quan tâm của mọi quốc gia, là một trong những vấn đề mà Tổ chức Y tế thế giới (WHO) quan tâm. NKHH là bệnh thường gặp ở trẻ em, đặc biệt là trẻ nhỏ dưới 5 tuổi. Tỷ lệ mắc bệnh còn cao và là một trong

*Tác giả liên hệ

Email: nguyenthuy197878@gmail.com

Điện thoại: (+84) 982374118

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

ba nguyên nhân chủ yếu gây tử vong ở trẻ em tại các nước đang phát triển [1]. Nguyên nhân gây NKHH có thể là do virus hoặc vi khuẩn, tuy nhiên ở các nước đang phát triển chủ yếu là do vi khuẩn. Các vi khuẩn thường gặp là *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. aureus*, *M. catarrhalis*.... Việc lạm dụng kháng sinh, phối hợp kháng sinh không đúng là nguyên nhân làm tăng tỷ lệ kháng kháng sinh, dẫn đến điều trị kéo dài, bệnh diễn biến nặng lên. Tốc độ kháng thuốc còn nhanh hơn rất nhiều việc tìm ra kháng sinh mới. Tại bệnh viện Đức Giang tỷ lệ bệnh nhân nhiễm khuẩn hô hấp chiếm khoảng 55-65%. Tỷ lệ bệnh nhân nuôi cấy dịch tỵ hầu khoảng 4- 5 nghìn, tỷ lệ nuôi cấy dương tính chiếm 40-50%. Bệnh viện đã có những nghiên cứu tổng thể về tỷ lệ đề kháng kháng sinh của các khoa phòng bệnh viện nhưng chưa có nghiên cứu riêng biệt về bệnh phẩm đường hô hấp của trẻ nhi. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với 2 mục tiêu (1) Mô tả thực trạng nhiễm vi khuẩn gây bệnh từ các mẫu bệnh phẩm đường hô hấp ở bệnh nhân nhi, nuôi cấy tại khoa Vi Sinh Bệnh viện đa khoa Đức Giang trong thời gian từ tháng 5/2020 đến tháng 9/2020; (2) Nghiên cứu tình trạng kháng kháng sinh của các chủng phân lập được trong đề tài.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô cắt ngang

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Địa điểm: Bệnh viện đa khoa Đức Giang (Khoa Nhi, Hồi sức tích cực Nhi, Sơ Sinh, khoa Vi sinh).

Thời gian nghiên cứu: Tháng 5/2020 đến tháng 9/2020

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Toàn bộ các bệnh nhân nhi bị viêm đường hô hấp cấp do các bác sĩ lâm sàng chỉ định lấy bệnh phẩm dịch tỵ hầu gửi nuôi cấy tại khoa vi sinh Bệnh viện Đức Giang.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của sự phân bố các vi khuẩn gây bệnh được phân lập từ bệnh phẩm đường hô hấp của trẻ nhi tại Bệnh viện Đức Giang

Bảng 1. Bảng khảo sát chung tình trạng nhiễm khuẩn đường hô hấp

| STT | Bệnh viện và khoa phòng | n | Nhiễm trùng cộng đồng | | Nhiễm trùng bệnh viện | | p |
|-----|---------------------------|------|-----------------------|------|-----------------------|------|-------|
| | | | Dương tính | % | Dương tính | % | |
| 1 | Tổng số mẫu nuôi cấy | 1015 | 236 | 23.3 | 01 | 0.01 | 0,445 |
| 2 | Khoa Nhi | 620 | 149 | 24.0 | 0 | 0 | |
| 3 | Khoa Hồi sức tích cực nhi | 340 | 72 | 21.4 | 01 | 0.29 | |
| 4 | Khoa Sơ Sinh | 54 | 15 | 27.8 | 0 | 0 | |

Nhận xét: Tổng số mẫu nghiên cứu là 1015 trong đó tỷ

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh phẩm không đạt yêu cầu nuôi cấy.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ: lấy tất cả các mẫu bệnh phẩm nuôi cấy đường hô hấp đạt tiêu chuẩn của bệnh nhân Nhi trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Biến số/ chỉ số/ nội dung/ chủ đề nghiên cứu: Danh sách biến số: Mã BN, Phân nhóm, KQ nuôi cấy, KQ kháng sinh đồ.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu:

Bệnh nhân Nhi sẽ được bác sĩ lâm sàng thăm khám và phân loại trước khi lấy mẫu bệnh phẩm nuôi cấy để chia thành hai nhóm bệnh: NTHH cấp trên trẻ nhiễm trùng cộng đồng hay NTHH cấp trên trẻ có nguy cơ nhiễm trùng bệnh viện theo tiêu chuẩn phân loại của WHO[2;3]. Đánh giá lại tính chuẩn xác của phân loại dựa trên phiếu khảo sát.

Bệnh nhân được thu thập bệnh phẩm dịch tỵ hầu theo quy trình lấy dịch tỵ hầu.

Bệnh phẩm gửi tới khoa vi sinh áp dụng theo quy trình cấy đờm bằng kỹ thuật bán định lượng theo Hướng dẫn thực hành kỹ thuật xét nghiệm Vi sinh lâm sàng[4].

Nếu nuôi cấy dương tính với các căn nguyên gây bệnh tiến hành định danh và làm kháng sinh đồ bằng máy Vitek 2.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Các thông tin được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu, phân tích số liệu bằng excel và SPSS.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Mọi thông tin cá nhân của người bệnh (họ tên, địa chỉ, kết quả xét nghiệm...) được giữ bí mật chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

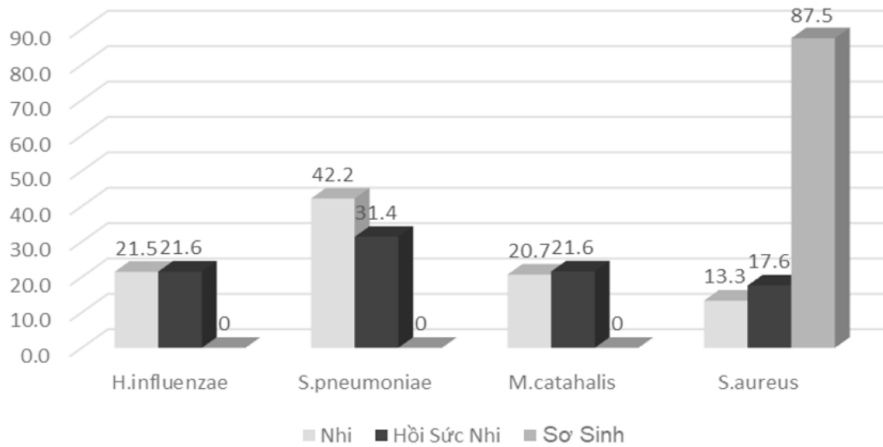
lệ dương tính là chiếm 23,3%. Cụ thể Khoa Nhi tổng

nuôi cấy 620, dương tính chiếm 24%; Hồi sức Nhi chiếm tỷ lệ 21,4% .Sơ sinh tỷ lệ 27,8%. Sự khác biệt trên có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Các loại vi khuẩn gây bệnh được phân lập từ bệnh phẩm đường hô hấp được xếp theo thứ tự từ cao xuống thấp là

S. pneumoniae chiếm tỷ lệ 38%. Thứ hai là *H. influenzae* chiếm tỷ lệ 20,6%. *M. catarrhalis* chiếm tỷ lệ sấp xỉ 20,1%. Tụ cầu vàng chiếm tỷ lệ 17,5%. Các vi khuẩn khác chiếm tỷ lệ 4,12%.

Biểu đồ 1. Tỷ lệ căn nguyên vi khuẩn gây bệnh thường gặp trên từng khoa



Qua biểu đồ ta thấy tỷ lệ phân bố căn nguyên vi khuẩn thường gặp trên từng khoa có sự khác nhau. Nhi, HS Nhi hay gặp *S.pneumoniae* trong khi sơ sinh hay gặp *S.aureus*.

Những bệnh phẩm phân lập được 2 loại vi khuẩn đều có số lượng vi khuẩn khá nhiều, tỷ lệ tương đương, đều có nguy cơ gây bệnh. Tỷ lệ dương tính trên 2 căn nguyên gây bệnh tổng là 5 trường hợp chiếm tỷ lệ 2,76%. Nhi

dương tính 3 trường hợp chiếm tỷ lệ 2,27%, Hồi sức nhi dương tính 2 trường hợp tỷ lệ 4,0%.

3.2. Tình hình đề kháng kháng sinh của vi khuẩn gây bệnh phân lập được từ bệnh phẩm hô hấp

Tỷ lệ chỉ định kháng sinh đồ chưa đạt 100% số ca dương tính do nhiều nguyên nhân. Tỷ lệ này tại Khoa nhi đạt sấp xỉ 89%, Hồi sức tích cực nhi 67%, Sơ sinh 53,4%.

Bảng 2. Tỷ lệ kháng kháng sinh của vi khuẩn *H. influenzae* trên toàn viện

| Tên kháng sinh | n | Kháng (R) | % | Nhạy (S) | % | Trung gian(I) | % |
|----------------|----|-----------|------|----------|------|---------------|------|
| MEM | 39 | 11 | 28.2 | 28 | 71.8 | 0 | 0 |
| CTX | 39 | 35 | 89.7 | 4 | 10.3 | 0 | 0 |
| IMP | 39 | 2 | 5.1 | 37 | 94.9 | 0 | 0 |
| MFX | 38 | 1 | 2.6 | 37 | 97.4 | 0 | 0 |
| CIP | 40 | 1 | 2.5 | 39 | 97.5 | 0 | 0 |
| AMC | 38 | 29 | 76.3 | 9 | 23.7 | 0 | 0 |
| CXM | 34 | 31 | 91.2 | 3 | 8.8 | 0 | 0 |
| SAM | 38 | 37 | 97.4 | 1 | 2.6 | 0 | 0 |
| CAZ | 40 | 35 | 87.5 | 5 | 12.5 | 0 | 0 |
| CHL | 35 | 17 | 48.6 | 13 | 37.1 | 5 | 14.3 |
| CRO | 39 | 26 | 66.7 | 13 | 33.3 | 0 | 0 |
| AMP | 40 | 39 | 97.5 | 0 | 0.0 | 1 | 2.5 |

Nhận xét: Ta thấy tỷ lệ kháng cao nhất là ampicillin 97,5%, đứng thứ hai là ampi-sulbactam 97,4%, cao

thứ ba là cefuroxime 91,4%, cefortaxime 89,7%, ce-fazidime 87,5%, ampi-a.clavunic 76,3%, ceftriaxone 66,7%, cloramphenicol 48,6%. Nhóm cabarpenem còn

nhạy cảm khá cao với *H. influenzae* imipenem nhạy cảm 94,9%, meropenem 71,8%, ciprofloxacin nhạy cảm cao 97,4%, moxifloxacin 97,4%.

Bảng 3. Tỷ lệ kháng kháng sinh của vi khuẩn *S. pneumoniae* trên toàn viện

| Tên kháng sinh | n | Kháng (R) | % | Nhạy (S) | % | Trung gian(I) | % |
|----------------|----|-----------|------|----------|-------|---------------|------|
| VAN | 73 | 0 | 0.0 | 73 | 100.0 | 0 | 0 |
| TCY | 65 | 54 | 83.1 | 11 | 16.9 | 0 | 0 |
| TGC | 73 | 0 | 0.0 | 73 | 100.0 | 0 | 0 |
| RIF | 73 | 3 | 4.1 | 69 | 94.5 | 1 | 1.4 |
| SXT | 73 | 53 | 72.6 | 19 | 26.0 | 1 | 1.4 |
| MFV | 73 | 2 | 2.7 | 71 | 97.3 | 0 | 0.0 |
| ERY | 71 | 69 | 97.2 | 2 | 2.8 | 0 | 0.0 |
| CLI | 72 | 69 | 95.8 | 3 | 4.2 | 0 | 0.0 |
| LNZ | 73 | 0 | 0.0 | 73 | 100.0 | 0 | 0.0 |
| LVX | 72 | 2 | 2.8 | 70 | 97.2 | 0 | 0.0 |
| PEN | 69 | 3 | 4.4 | 53 | 76.8 | 13 | 18.8 |

Nhận xét: Tỷ lệ kháng kháng sinh cao nhất là clindamycin 95,8%, thứ hai là erythromycine 97,2%, đứng thứ ba là tetracycline kháng 83%, co-trimoxazol có tỷ lệ kháng kháng sinh cũng tương đối cao 72,6%. *S. pneumoniae* nhạy cảm 100% với các kháng sinh lần lượt

là: vancomycin, lizonalid, tigecycline. Nhạy cảm trên 90% có levofloxacin, moxifloxacin, rifampicin. Tỷ lệ nhạy cảm với penicillin trong đề tài của chúng tôi còn khá cao 76,8%.

Bảng 4. Tỷ lệ kháng kháng sinh của vi khuẩn *M. catarrhalis* trên toàn viện

| Tên kháng sinh | n | Kháng (R) | % | Nhạy (S) | % | Trung gian(I) | % |
|----------------|----|-----------|------|----------|------|---------------|-----|
| AMC | 39 | 1 | 2.6 | 38 | 97.4 | 0 | 0.0 |
| AZM | 36 | 28 | 77.8 | 8 | 22.2 | 0 | 0.0 |
| ERY | 27 | 20 | 74.1 | 7 | 25.9 | 0 | 0.0 |
| SXT | 39 | 22 | 56.4 | 17 | 43.6 | 0 | 0.0 |
| TCY | 24 | 2 | 8.3 | 20 | 83.3 | 2 | 8.3 |

Nhận xét: Tỷ lệ kháng cao nhất là kháng sinh azythromycin 77,8%, erythromycine 74,1%. Kháng sinh amoxiclavulanic còn nhạy cảm cao với *M. ca-*

tarrhalis 97,4%, tetracycline cũng còn khá nhạy cảm 83,3%.

Bảng 5. Tỷ lệ kháng kháng sinh của vi khuẩn *S. aureus* trên toàn viện

| Tên kháng sinh | n | Kháng (R) | % | Nhạy (S) | % | Trung gian(I) | % |
|----------------|----|-----------|------|----------|------|---------------|-----|
| CIP | 34 | 4 | 11.8 | 30 | 88.2 | 0 | 0 |
| CLI (DA) | 34 | 26 | 76.5 | 8 | 23.5 | 0 | 0.0 |
| ERY | 34 | 27 | 79.4 | 7 | 20.6 | 0 | 0.0 |

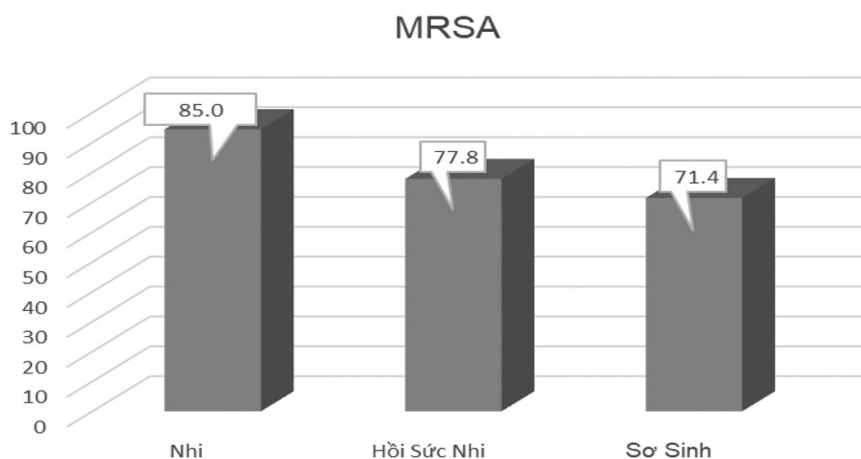
| Tên kháng sinh | n | Kháng (R) | % | Nhạy (S) | % | Trung gian(I) | % |
|----------------|----|-----------|------|----------|-------|---------------|-----|
| GM (GEN) | 34 | 5 | 14.7 | 28 | 82.4 | 1 | 2.9 |
| LVX | 34 | 4 | 11.8 | 30 | 88.2 | 0 | 0.0 |
| LNZ | 34 | 0 | 0.0 | 34 | 100.0 | 0 | 0.0 |
| MFX | 34 | 3 | 8.8 | 30 | 88.2 | 1 | 2.9 |
| NIT | 34 | 0 | 0.0 | 34 | 100.0 | 0 | 0.0 |
| OXA- FOX | 34 | 30 | 88.2 | 4 | 11.8 | 0 | 0.0 |
| QDA | 34 | 0 | 0.0 | 34 | 100.0 | 0 | 0.0 |
| RIF | 34 | 3 | 8.8 | 29 | 85.3 | 2 | 5.9 |
| TCY | 33 | 14 | 42.4 | 19 | 57.6 | 0 | 0.0 |
| TGC | 33 | 0 | 0.0 | 33 | 100.0 | 0 | 0.0 |
| SXT | 34 | 6 | 17.6 | 28 | 82.4 | 0 | 0.0 |
| VAN | 34 | 0 | 0.0 | 34 | 100.0 | 0 | 0.0 |

Nhận xét: Tụ cầu vàng kháng khá cao với oxacillin và cefoxitin 88,2% (*), như vậy các chủng này sẽ kháng đồng thời với các kháng sinh sau: cefoperazone, cefortaxime, ceftriaxone, cefepime, immipenem, meropenem, piperacillin ...erythromycine kháng với tỷ lệ 79,4%, clindamycin kháng cũng tương đối cao 76,5%. Tụ cầu vàng nhạy cảm 100% với các kháng sinh:

linezolid, vancomycin, nitrofurantoin, tigecycline, quinupristin; ciprofloxacin, levofloxacin, Moxifloxacin đều nhạy cảm trên 80%.

Ghi chú: (*) Thử nghiệm MRSA được xác định bởi hai kháng sinh với ceforxitin và oxacilin (theo khuyến cáo của hiệp hội kháng sinh Hoa Kỳ).

Biểu đồ 2. Tỷ lệ *S. aureus* kháng MRSA (kháng methicillin)



Nhận xét: Tỷ lệ *S. aureus* kháng MRSA chiếm tỷ lệ khá cao 29/34 chiếm tỷ lệ 85%. Cao nhất vẫn là khoa Nhi tỷ lệ 94%, tiếp đến là Hồi sức tích cực nhi 77,8, sơ sinh 71,4%.

Khi MRSA dương thì vi khuẩn này sẽ kháng toàn bộ nhóm β -lactam theo khuyến cáo của Hiệp hội Kháng sinh Hoa Kỳ.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của sự phân bố các vi khuẩn gây bệnh được phân lập từ bệnh phẩm đường hô hấp của trẻ nhi tại bệnh viện Đức Giang.

Tổng số mẫu bệnh phẩm ty hầu nuôi cấy là 1015, trong đó tỷ lệ mẫu bệnh phẩm dương là 237 chiếm 23,3%. So sánh với một số đề tài nghiên cứu khác thì tỷ lệ NKHH của chúng tôi thấp hơn. Theo đề tài nghiên cứu của Trần Hà Phương và Mai Thị Tiết thì tỷ lệ NKHH của họ là 38,5%. [2]

Theo kết quả điều tra của Phạm Lê Tuấn, Nguyễn Việt Hùng, Trương Anh Thư tại một số bệnh viện khu vực phía Bắc năm 2006-2007 thì tỷ lệ nhiễm khuẩn hô hấp luôn có tỷ lệ cao nhất lần lượt là 36,5%, và 37,7% [3].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mẫu bệnh phẩm phân lập dương tính trên từng khoa là khác nhau.

Tỷ lệ căn nguyên vi khuẩn phân lập được trên toàn viện

Các loại vi khuẩn gây bệnh được phân lập từ bệnh phẩm đường hô hấp được xếp theo thứ tự từ cao xuống thấp là *S. pneumoniae* 73 trường hợp chiếm tỷ lệ 38%. Thứ hai là *H. influenzae* chiếm tỷ lệ 20,6%. *M. catarrhalis* chiếm tỷ lệ sấp xỉ 20,1%. Tụ cầu vàng chiếm tỷ lệ 17,5%. Các vi khuẩn khác chiếm tỷ lệ 4,12%. Tỷ lệ căn nguyên thường gặp trong NKHH trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu khảo sát tình trạng nhiễm khuẩn tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang của Đỗ Thị Hồng Hạnh năm 2016 [6].

Tỷ lệ căn nguyên vi khuẩn gây bệnh thường gặp trên từng khoa

Tỷ lệ phân bố căn nguyên vi khuẩn thường gặp trên từng khoa có sự khác nhau. Các căn nguyên thường gặp gây viêm đường hô hấp như *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. aureus*, *M. catarrhalis* cũng được nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Số liệu của đề tài này cũng tương tự với nghiên cứu khảo sát tình trạng nhiễm khuẩn tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang của Đỗ Thị Hồng Hạnh năm 2016 [6]. Nhóm vi khuẩn này cũng được đề cập trong nghiên cứu của Phạm Hùng Vân về khảo sát tình trạng kháng thuốc tại Việt Nam [7].

4.2. Tình hình đề kháng kháng sinh của vi khuẩn gây bệnh phân lập được từ bệnh phẩm hô hấp

Tình trạng kháng kháng sinh của vi khuẩn *H. influenzae* trên toàn viện

Tỷ lệ kháng kháng sinh ở *H. influenzae*, kháng cao nhất là ampicillin 97,5%, đứng thứ hai là ampi-Sulbactam 97,4%, cao thứ ba là cefuroxime 91,4%. Nhóm Cabarpenem còn nhạy cảm khá cao với *H. influenzae* imipenem nhạy cảm 94,9%, meropenem 71,8%, Tỷ lệ kháng này tương tự với nghiên cứu về độ nhạy cảm kháng sinh ở một số nước. Kháng ampicillin độ nhạy cảm dao động từ 16,7% ở Hàn Quốc [8].

Tình trạng kháng kháng sinh của vi khuẩn *S. pneumoniae* trên toàn viện

So sánh với một số nghiên cứu như Khadije Mohammadi Gharibani, của Iran và của Phùng Thị Kim Dung tại Bệnh viện phụ sản nhi Bình Dương Qua so sánh chúng tôi thấy tỷ lệ kháng Macrolid cao và khá tương đương giữa các đề tài. Tuy nhiên có sự khác nhau về tỷ lệ nhạy cảm kháng sinh của penicillin. Tỷ lệ kháng của

chúng tôi trong nghiên cứu là khá thấp so với các nghiên cứu 4,4% kháng, 18,8% trung gian. Có thể việc không thường xuyên sử dụng kháng sinh Penicillin trong bệnh viện đã khiến tỷ lệ các chủng *S. pneumoniae* chớ lên nhạy cảm. Tỷ lệ nhạy cảm của *S. pneumoniae* của vancomycin và levofloxacin tương đương giữa các nghiên cứu.

Tỷ lệ kháng kháng sinh của vi khuẩn *M. catarrhalis* trên toàn viện

Moraxella catarrhalis là một tác nhân gây bệnh đường hô hấp quan trọng nhưng chưa được nghiên cứu đầy đủ. So sánh với nghiên cứu Kim M Hare. [9] về tính nhạy cảm với kháng sinh và tác động của kháng sinh nhóm macrolide đối với *Moraxella catarrhalis* ở đường hô hấp trên và dưới của trẻ em bị viêm nhiễm mãn tính nội phế quản thì tỷ lệ cotrimoxazole (38%), erythromycin 28%. Nhạy cảm với Tetracyclin >97%. Việc sử dụng kháng sinh nhóm Macrolides nhiều trong cộng đồng khiến cho *M. catarrhalis* có tỷ lệ kháng kháng sinh với nhóm này cao.

Tỷ lệ kháng kháng sinh của vi khuẩn *S. aureus* trên toàn viện

S. aureus kháng khá cao với oxacillin và cefoxitin 88,2%, Tụ cầu vàng nhạy cảm 100% với các kháng sinh: linezolid, vancomycin, nitrofurantoin, tigecycline, quinupristin. So sánh với nghiên cứu của X Wu 1, H Yu 1, LY He 2 về khảo sát đặc điểm lâm sàng của nhiễm *Staphylococcus aureus* kháng methicillin (MRSA) ở trẻ em và tính nhạy cảm với kháng sinh của các chủng phân lập và so sánh với nghiên cứu của Đỗ Thị Hồng Hạnh.

Đa số các tác giả nước ngoài đều cho rằng, Vi khuẩn *S. aureus* đứng đầu danh sách gây NKHH, đặc biệt là MRSA [10]. Sở dĩ có hiện tượng này là vì đã sử dụng quá nhiều kháng sinh nhóm cephalosporin thế hệ 3 ngay từ khi mới nhập viện. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng giữa các tỷ lệ kháng thuốc với hai đề tài trên. Có thể thấy với tỷ lệ kháng cao với oxacillin và cefoxitin 88,2%, đã xác định tỷ lệ *S. aureus* kháng MRSA chiếm tỷ lệ khá cao.

Tỷ lệ *S. aureus* kháng MRSA (kháng methicillin)

Tỷ lệ *S. aureus* kháng MRSA chiếm tỷ lệ khá cao 29/34 chiếm tỷ lệ 85%. Cao nhất vẫn là khoa Nhi tỷ lệ 94%, tiếp đến là Hồi sức tích cực nhi 77,85, sơ sinh 71,4%.

Tụ cầu vàng *Staphylococcus aureus* là nguyên nhân gây nhiều loại nhiễm khuẩn trong bệnh viện như: viêm phổi, nhiễm trùng xương, tim và nhiễm khuẩn huyết. Nhiễm trùng do vi khuẩn này đang có khuynh hướng xảy ra phổ biến hơn ở người trẻ, khỏe mạnh và gây bệnh chủ yếu ở da và mô mềm. Cũng có thể gặp viêm phổi hoại tử do vi khuẩn này. Tỷ lệ kháng kháng sinh của *S. aureus* khác nhau giữa các bệnh viện: có tới 68,8% các chủng phân lập tại bệnh viện Chợ Rẫy kháng với gentamicin. Tỷ lệ

kháng oxacillin tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Huế với 63,8% cũng khá gần với tỷ lệ kháng oxacillin trong nghiên cứu của chúng tôi. Theo báo cáo của Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2008, có 8% số chủng *S. aureus* phân lập được đề kháng với vancomycin. Tuy nhiên, đến năm 2009, phần lớn các bệnh viện kể cả Chợ Rẫy không có chủng *S. aureus* nào đề kháng với vancomycin trừ một số bệnh viện tỉnh và bệnh viện trực thuộc Sở y tế cho kết quả đáng nghi ngờ về tỉ lệ kháng vancomycin của tụ cầu vàng, ví dụ như 60,9% *S. aureus* kháng vancomycin tại bệnh viện Ưông Bí, 24,1% tại bệnh viện Bình Định và 15,6% tại bệnh viện Xanh Pôn. Năm 2016 trong đề tài của Đỗ Thị Hồng Hạnh thì tỷ lệ *S. aureus* kháng vancomycin cũng khá cao 24,24%. Nhưng theo khảo sát của chúng tôi hiện nay thì chủng tụ cầu vàng kháng vancomycin là 0%.[6]

5. KẾT LUẬN

Tổng số mẫu nghiên cứu là 1015 dương tính là 236 trường hợp chiếm 23.3%. Tình trạng NTCD chiếm 99,9% và NTB chiếm 0,01%. Tỷ lệ nuôi cấy dương tính khoa Nhi 24%; Hồi sức Nhi 21,4%(NTCD), 01 trường hợp NKBV tỷ lệ 0,29%; Sơ sinh 27,8%. Vi khuẩn gây bệnh: *S. pneumoniae* 73 ca chiếm tỷ lệ 38%, *H. Influenzae* 20,6%, *M. catarrhalis* 20,1%, Tụ cầu vàng 17,5%. Tỷ lệ trẻ Nam có nguy cơ mắc các bệnh đường hô hấp cao hơn Nữ. Tỷ lệ nhiễm khuẩn cao nhất là lứa tuổi 1-4 tuổi, chiếm 74,3%. Mùa Thu tỷ lệ NKHH cao hơn mùa hè.

Tỷ lệ kháng kháng sinh của *H. Influenzae*: ampicillin 97,5%, ampi-Sulbactam 97,4%. Tỷ lệ kháng kháng sinh của *S. pneumoniae*: clindamycin 95,8%, erythromycin 97,2%. *S. pneumoniae* nhạy cảm với các kháng sinh: vancomycin, lizonalid, tigecycline. Tỷ lệ kháng kháng sinh của *M. catarrhalis*: azythromycin 77,8%, erythromycin 74,1%. Kháng sinh am- A. clavulanic nhạy cảm với *M. catarrhalis* 97,4%, tetracycline nhạy cảm 83,3%. Tỷ lệ kháng kháng sinh của *S. aureus* oxacillin và cefoxitin 88,2%, Tụ cầu vàng nhạy cảm với các kháng sinh: linezolid, vancomycin, nitrofurantoin, tigecycline, quinupristin. Tỷ lệ *S. aureus* kháng MRSA chiếm tỷ lệ khá cao 29/34 chiếm tỷ lệ 85%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ môn Nhi, Trường Đại học Y Dược – ĐH Huế, Giáo trình Nhi khoa tập 1, NXB Y học Hà Nội, 2000 (tr376-385).
- [2] Phạm Lê Tuấn, Nguyễn Việt Hùng, Trương Anh Thư và cộng sự, "Điều tra tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện tại một số bệnh viện thuộc Sở Y tế thành phố Hà Nội", Tạp chí Y học Thực hành (564), 2007, Tr. 85 - 87.
- [3] Đỗ Thị Hồng Hạnh và Cộng sự, "Khảo sát tình trạng nhiễm khuẩn và tình hình kháng kháng sinh từ các mẫu bệnh phẩm nuôi cấy tại khoa Vi Sinh Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ Tháng 1/2015 đến tháng 6/2016", Đề tài nghiên cứu cấp cơ sở tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang, 2016.
- [4] Van PH, Binh PT, Minh NH et al., Results from the Survey of Antibiotic Resistance (SOAR) 2009-2011 in Vietnam, 2016 May; 71Suppl1(-Suppl1):i93102.doi:10.1093/jac/dkw069.PMID: 27048586.
- [5] Torumkuney D, Chaiwarith R, Reechaipichitkul W et al., Results from the Survey of Antibiotic Resistance (SOAR) 2012-2014 in Thailand, India, South Korea and Singapore, J Antimicrob Chemother; 2016 May; 71 Suppl 1(Suppl 1):i3-19. doi: 10.1093/jac/dkw073.PMID: 27048580
- [6] Hare KM, Seib KL, Chang AB et al., Antimicrobial susceptibility and impact of macrolide antibiotics on *Moraxella catarrhalis* in the upper and lower airways of children with chronic endobronchial suppuration, JmedMicrobiol; 2019Aug; 68(8):11401147 doi10.1099/jmm.0.001033 Epub 2019 Jul 5.PMID: 31274402.
- [7] Nguyễn Văn Hùng, Nguyễn Thị Tuyết Nga, Vũ Văn Giang & cộng sự, Tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến nhiễm trùng bệnh viện trong một số bệnh viện ở phía Bắc của Việt Nam, 2006-2007, Tạp chí Y học lâm sàng, 2008.



THE SITUATION OF FINE NEEDLE ASPIRATION (FNA) OF THE THYROID UNDER ULTRASOUND GUIDANCE AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL (FROM JANUARY 2019 TO DECEMBER 2020)

Dao Thi Nguyet*, Le Tuan Anh,
Luong Thi Thuy Dung, Duong Van Quang, Nguyen Thu Huong

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 29/07/2023; Accepted: 30/08/2023

ABSTRACT

Background: Thyroid cancer is a relatively rare disease, accounting for only 1-2% of cancers in general, but accounts for more than 90% of cancers of the endocrine system. This study has two objectives: To evaluate the situation of thyroid fine needle aspiration under ultrasound guidance and the value of fine needle aspiration under ultrasound guidance in diagnosing focal thyroid lesions.

Methods: A cross-sectional descriptive study of 925 patients with localized thyroid nodules who received fine needle aspiration under ultrasound guidance at the Department of Anatomy of Duc Giang General Hospital from January 1, 2019 to December 30, 2020.

Results: Benign thyroid neoplasms and thyroid cancer were more common in women than in men with the male/female ratio of 39/1 and 23/1, respectively; The age group mainly seen in the 31-60 age group is the highest in the 41-50 age group with both benign and malignant tumors; Tumors are more common in both lobes, less often in isthmus; Tumor size is mainly <1cm in both benign and malignant tumors with the rate of 59,5% and 83,3%, respectively; World cancer seen at Duc Giang General Hospital is papillary cancer and is mainly monofocal (95,8%). The ultrasound-guided fine-needle aspiration test has a sensitivity of 87,5 and a specificity of 100%.

Conclusion: The ultrasound-guided fine-needle aspiration test is a highly sensitive and specific test that is recommended for use in the diagnosis of thyroid cancer.

Keywords: Ultrasound-guided fine needle aspiration, FNA at Duc Giang General Hospital, thyroid cancer.

*Corresponding author
Email address: nguyethmu@gmail.com
Phone number: (+84) 382337010
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

NHẬN XÉT TÌNH HÌNH CHỌC HÚT KIM NHỎ TUYẾN GIÁP DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG (GIAI ĐOẠN TỪ THÁNG 01/2019 ĐẾN THÁNG 12/2020)

Đào Thị Nguyệt*, Lê Tuấn Anh,
Lương Thị Thùy Dung, Dương Văn Quang, Nguyễn Thu Hương

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 29/07/2023; Ngày duyệt đăng: 30/08/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư tuyến giáp (UTTĐ) là bệnh tương đối hiếm gặp, chỉ chiếm khoảng 1-2% ung thư nói chung, song lại chiếm hơn 90% các trường hợp ung thư của hệ nội tiết. Nghiên cứu này nhằm hai mục tiêu: Nhận xét tình hình chọc hút kim nhỏ tuyến giáp dưới hướng dẫn siêu âm và giá trị của chọc kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm trong chẩn đoán tổn thương tuyến giáp khu trú.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 925 bệnh nhân có nhân giáp khu trú được chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm tại khoa Giải phẫu bệnh Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ 01/01/2019– 30/12/2020.

Kết quả: U tuyến giáp lành và UTTĐ gặp ở nữ nhiều hơn nam với tỉ lệ Nam/nữ lần lượt là 39/1 và 23/1; Tuổi gặp chủ yếu trong nhóm từ 31-60 cao nhất ở nhóm tuổi 41-50 với cả u lành tính và u ác tính; U gặp nhiều ở cả hai thùy, ít gặp hơn ở eo tuyến giáp; Kích thước u chủ yếu <1cm ở cả u lành và ác tính với tỉ lệ lần lượt 59,5% và 83,3%; UTTĐ gặp tại bệnh viện Đức Giang là ung thư thể nhú và chủ yếu là đơn ổ (95,8%); xét nghiệm chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm có độ nhạy là 87,5, độ đặc hiệu là 100%.

Kết luận: Xét nghiệm chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm là xét nghiệm có độ nhạy và độ đặc hiệu cao, khuyến nghị sử dụng để chẩn đoán ung thư tuyến giáp.

Từ khóa: Chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm, FNA tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang, ung thư tuyến giáp.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTTĐ) là bệnh tương đối hiếm gặp, chỉ chiếm khoảng 1-2% ung thư nói chung, song lại chiếm hơn 90% các trường hợp ung thư của hệ nội tiết [1], [2]. Theo GLOBOCAN 2018, UTTĐ đứng hàng thứ 5 trong số các ung thư ở nữ giới với khoảng 436.344 ca mới mắc, tỷ lệ mắc theo chuẩn theo tuổi là 6,1/ 100000 dân, đứng hàng thứ 9 trong số các loại ung thư ở hai giới, với tỷ lệ mới mắc khoảng 567.233 ca. Tổn thương dạng nốt ở tuyến giáp có gặp ở 50% người

bình thường, nhưng chỉ có 7% trong đó là ác tính, chỉ định cắt bỏ tuyến giáp hay bảo tồn phụ thuộc rất nhiều vào chẩn đoán trước mổ, việc chẩn đoán tối đa bản chất các nốt tổn thương của tuyến giáp giúp ích cho rất nhiều trong phẫu thuật, giúp hạn chế cắt bỏ nhu mô giáp đồng thời cũng không bỏ sót tổn thương. Siêu âm độ phân giải cao tuyến giáp và vùng cổ giúp phát hiện các tổn thương tuyến giáp khi chúng còn rất nhỏ, các hạch cổ cũng được phát hiện sớm hơn, kết hợp với chọc tế bào kim nhỏ trên siêu âm giúp chẩn đoán tổn thương tốt hơn kể cả khi kích thước còn rất nhỏ [3].

*Tác giả liên hệ

Email: nguyethmu@gmail.com

Điện thoại: (+84) 382337010

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



Trên thế giới và tại Việt Nam đã có rất nhiều nghiên cứu về chọc hút kim nhỏ tuyến giáp, tại Bệnh viện Đức Giang chưa có nghiên cứu nào về kỹ thuật chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm từ khi triển khai đến nay. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: (1) Nhận xét tình hình chọc hút kim nhỏ tuyến giáp dưới hướng dẫn siêu âm; (2) Giá trị của chọc kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm trong chẩn đoán tổn thương tuyến giáp khu trú.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Phương pháp mô tả cắt ngang hồi cứu

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện từ 01/01/2019– 30/12/2020 tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

2.3. Đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện trên 925 bệnh nhân có nhân giáp khu trú được chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm tại khoa Giải phẫu bệnh Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ 01/01/2019– 30/12/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Chẩn đoán u giáp trên lâm sàng

Chọc kim nhỏ dưới siêu âm làm tế bào học các tổn thương khu trú của tuyến giáp từ T1rads III trở lên

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có chẩn đoán là bướu giáp nhiễm độc

Bệnh nhân không làm được đầy đủ siêu âm và chọc kim nhỏ kim nhỏ tuyến giáp dưới hướng dẫn siêu âm.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện, lấy mẫu toàn bộ

2.5. Biến số/ chỉ số/ nội dung/ chủ đề nghiên cứu:

Đặc điểm chung bệnh nhân: Tuổi, giới; Đặc điểm u giáp trên siêu âm: Kích thước, Vị trí, Số ổ; Đặc điểm ung thư tuyến giáp trên tế bào học; Đối chiếu kết quả mô bệnh học và siêu âm; Đặc điểm hình ảnh một số loại UTB-MTG trên siêu âm; Tương quan giữa phân loại TIRADS với giải phẫu bệnh; Giá trị chẩn đoán tế bào học: Độ nhạy, Độ đặc hiệu.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu:

Bệnh án nghiên cứu

2.7. Xử lý và phân tích số liệu:

Bảng phần mềm SPSS 20.0

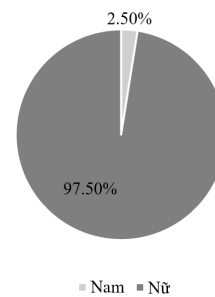
2.8. Đạo đức nghiên cứu:

Tất cả các thông tin khai thác từ bệnh nhân và hồ sơ bệnh án đều được giữ bí mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới

Biểu đồ 1. Cho thấy tỉ lệ phân bố u phân bố giới. Tỷ lệ nữ có u giáp là 97,5% (902 bệnh nhân), tỷ lệ bệnh nhân nam mắc bệnh chỉ chiếm 2,5% (23 bệnh nhân). Tỷ lệ nam/nữ =39/1



3.2. Tỷ lệ u lành tính và ác tính theo giới

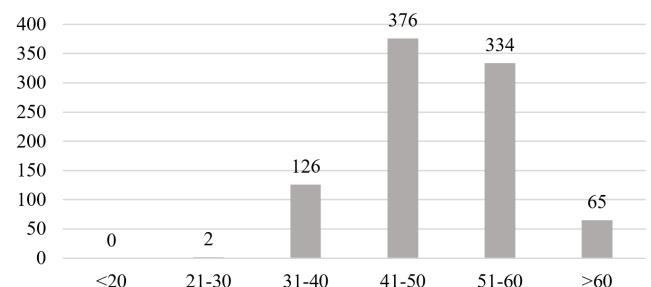
Bảng 1. Tỷ lệ u lành tính và ác tính theo giới

| Giới | U lành tính | | U ác tính | |
|------|-------------|------|-----------|------|
| | n | % | n | % |
| Nữ | 879 | 97,5 | 23 | 95,8 |
| Nam | 22 | 2,5 | 1 | 4,2 |
| Tổng | 901 | 100 | 24 | 100 |

Tỷ lệ nữ có u giáp cả lành tính và ác tính đều cao hơn nam giới trong đó tỷ lệ nam giới bị UTTG là 1 trường hợp (4,2%), nữ giới bị UTTG là 23 trường hợp (95,8%), tỷ lệ mắc UTTG nữ/nam= 23/1.

3.3. Tỷ lệ mắc u lành của tuyến giáp theo tuổi

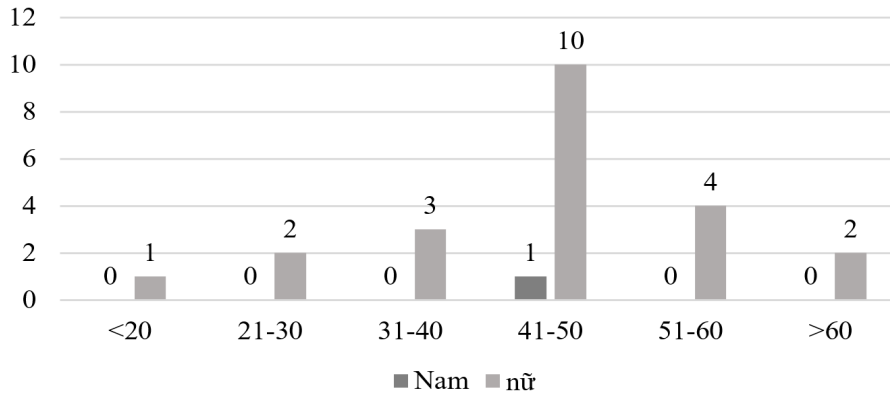
Biểu đồ 2. Tỷ lệ mắc u lành tuyến giáp theo tuổi



Tuổi mắc bệnh của nhóm u lành tuyến giáp cao nhất ở nhóm từ 41-50 tuổi (376 ca) và 51-60 tuổi (334 ca) hai nhóm này chiếm tỷ lệ cao nhất (79%). Bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 23 tuổi, cao tuổi nhất là 85 tuổi.

3.4. Tỷ lệ mắc UTTG theo tuổi

Biểu đồ 3. Tỷ lệ mắc ung thư tuyến giáp theo tuổi



Tuổi mắc bệnh trung bình của nhóm UTTG là 43,8 tuổi. Bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 19 tuổi, cao tuổi nhất là 71 tuổi. Nhóm tuổi mắc bệnh nhiều nhất là 41-50 tuổi có 11 bệnh nhân chiếm 45,8%, nam giới có 1 bệnh nhân 49 tuổi; nữ giới mắc bệnh nhiều nhất trong nhóm 41-50 tuổi là 41,67%.

3.5. Đặc điểm u

Vị trí: Các nốt lành tính tuyến giáp chủ yếu có trên 2 vị trí (60,1%). UTTG chủ yếu gặp ở thùy phải và thùy trái với tỷ lệ tương ứng là 50% và 41,6%, UTTG ở eo hoặc trên hai vị trí ít gặp (4,1%). ($p < 0,05$).

Kích thước u: Các trường hợp u tuyến giáp lành tính được phẫu thuật có kích thước nhỏ < 1 cm chiếm chủ yếu là 59,5%, 24 trường hợp UTTG trong nghiên cứu, số u có kích thước < 1cm chiếm ưu thế là 83,3% (20 ca) là các trường hợp vi ung thư theo phân loại của TCYTTG 2017 về UTBMTG. số u có kích thước từ 1 – 2 cm chiếm 12,5%, $u > 2$ cm chiếm tỷ lệ thấp nhất là 4,2% ($p < 0,05$).

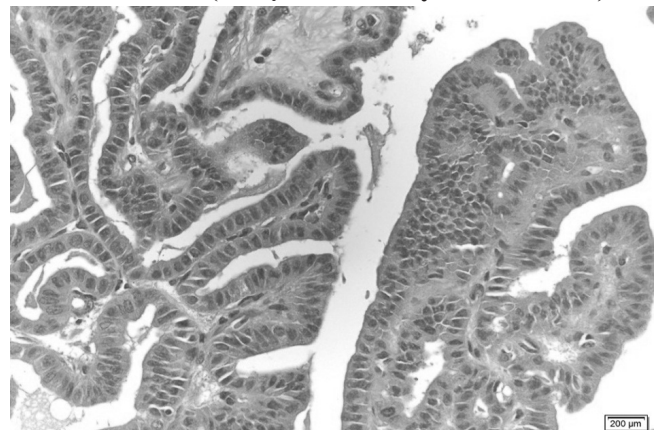
Số ổ ung thư: Phần lớn UTBMTG là u đơn độc chiếm tỷ lệ 95,8% (23 ca), số u đa ổ chiếm tỷ lệ thấp hơn là 4,2% (1 ca).

3.6. Tỷ lệ các nhóm mô bệnh học của UTBMTG theo TCYTTG 2017

Tỷ lệ các nhóm mô bệnh học:

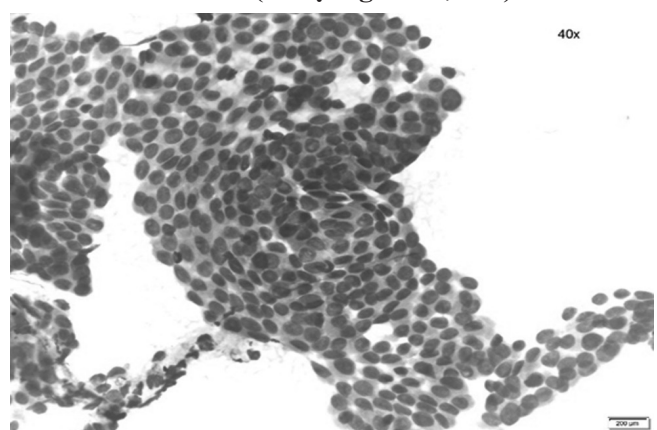
Trong 24 trường hợp UTTG nghiên cứu có 24 trường hợp là UTBM thể nhú chiếm 100%. Không có trường hợp nào là thể khác (UTBM thể nang, thể tủy, kém biệt hóa và không biệt hóa ($p < 0,05$)).

Hình 1. Hình ảnh mô bệnh học cấu trúc nhú trong UTBM nhú (nhuộm hematoxylin eosin, 40x)



3.7. Chẩn đoán tế bào học

Hình 2. Hình ảnh tế bào trong ung thư tuyến giáp thể nhú (nhuộm giemsa, 40x)



Kết quả nghiên cứu 925 trường hợp chọc hút kim nhỏ tuyến giáp trong đó có 901 ca chẩn đoán là lành tính trên tế bào học. 17/901 ca được phẫu thuật tại bệnh viện Đức Giang có chẩn đoán mô bệnh học lành tính. 4/20 trường hợp chẩn đoán ác tính trên tế bào học (nhóm Bethesda 6) được phẫu thuật tại bệnh viện Đức Giang có kết quả khẳng định, còn lại 20 ca ác tính được phẫu thuật tại viện khác.

Trường hợp lấy bệnh phẩm không đạt Bethesda 1 đều được chọc hút kim nhỏ lấy lại tế bào. Các trường hợp chẩn đoán lành tính trên tế bào Bethesda 2 có là bướu giáp đa nhân, viêm tuyến giáp Hashimoto, u tuyến, viêm tuyến giáp bán cấp.

Bảng 2. Giá trị của phương pháp tế bào học trong chẩn đoán tuyến giáp

| Chẩn đoán tế bào học | Chẩn đoán mô bệnh học | | Tổng |
|----------------------|-----------------------|---------------|------|
| | Ung thư | Không ung thư | |
| Ung thư | 21 | 0 | 21 |
| Không ung thư | 3 | 17 | 20 |
| Tổng | 24 | 17 | 41 |

Có 21 trường hợp dương tính thật và 17 trường hợp âm tính thật, dương tính giả có 0 trường hợp và 3 trường hợp âm tính giả.

Độ nhạy = 87,5%; Độ đặc hiệu = 100%

3.8. Chẩn đoán TIRADS trên siêu âm

Nghiên cứu 41 trường hợp u tuyến giáp được mổ và có xét nghiệm mô bệnh học thường quy có chẩn đoán TIRADS theo Châu Âu cho thấy:

Bảng 3. Tương quan giữa phân loại TIRADS và MBH thường qui

| Siêu âm | Kết quả mô bệnh học | | | | Tổng | |
|---------|---------------------|------|---------|------|------|------|
| | Lành tính | | Ác tính | | | |
| | n | % | n | % | n | % |
| 2 | 4 | 23,6 | 0 | 0 | 4 | 9,6 |
| 3 | 10 | 58,8 | 2 | 8,3 | 12 | 29,2 |
| 4 | 3 | 17,6 | 13 | 54,2 | 16 | 39 |
| 5 | 0 | 0 | 9 | 37,5 | 9 | 22,2 |
| Tổng | 17 | 100 | 24 | 100 | 41 | 100 |

Trong số 41 bệnh nhân được phẫu thuật có kết quả mô bệnh học thì nhóm TIRADS 2 gặp 9,6% (4 trường hợp)

tất cả là các tổn thương là nang lành tính gồm cả nang keo đơn thuần và nang chảy máu, nhóm TIRADS 4 chiếm tỷ lệ nhiều nhất (nhóm nguy cơ ác tính trung bình) là 39% trong đó có 3 ca lành tính có chẩn đoán viêm tuyến giáp mạn tính và viêm tuyến giáp bán cấp, 16 ca UTBM thể nhú. Nhóm TIRADS 5 (nhóm nguy cơ ác tính cao) là 27% trong đó có 9 ca ác tính đều là UTBM thể nhú.

Bảng 4. So sánh phân loại TIRADS 3 và TIRADS 4 đối chiếu với MBH

| Phân loại GPB | TIRADS 3 | TIRADS 4 |
|---------------|----------|----------|
| Ung thư | 2 | 13 |
| Không ung thư | 10 | 3 |
| Tổng | 12 | 16 |
| P<0,05 | | |

Nhận xét: Tỷ lệ mắc ung thư trong nhóm phân loại TIRADS 4 cao hơn so với nhóm TIRADS 3 có ý nghĩa thống kê. Ngược lại tỷ lệ không ung thư trong nhóm TIRADS 3 cao hơn nhóm TIRADS 4, có ý nghĩa thống kê (P<0,05).

Bảng 5. So sánh phân loại TIRADS 4 và TIRADS 5 có đối chiếu với GPB

| Phân loại GPB | TIRADS 4 | TIRADS 5 |
|---------------|----------|----------|
| Ung thư | 13 | 9 |
| Không ung thư | 3 | 0 |
| Tổng | 59 | 117 |

Tỷ lệ ung thư trong nhóm phân loại TIRADS 5 thấp hơn so với nhóm TIRADS 4 và Tỷ lệ không ung thư của nhóm TIRADS 4 cao hơn tỷ lệ không ung thư của nhóm TIRADS 5, không có ý nghĩa thống kê (P>0,05).

4. BÀN LUẬN

4.1. Về tình hình chọc hút kim nhỏ tuyến giáp dưới hướng dẫn siêu âm

Khoa Giải phẫu bệnh Bệnh viện đa khoa Đức Giang triển khai chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm từ tháng 1 năm 2019, lượng bệnh nhân năm 2020 tăng gần gấp đôi so với năm 2019 (70%). Nhờ có chọc hút dưới siêu âm mà có thể sàng lọc phát hiện những nhân ung thư còn rất nhỏ.

4.2. Về phân bố tuổi và giới.

Tuổi và giới là hai yếu tố quan trọng để đánh giá tiên lượng bệnh trong u tuyến giáp đặc biệt là UTBMTG. Trong 925 trường hợp nghiên cứu của chúng tôi, nữ giới mắc nhiều u tuyến giáp hơn nam giới. Với u tuyến giáp lành nữ giới chiếm 97,5% trong khi nam giới chỉ chiếm 2,5%. 24 ca UTTG trong đó tỷ lệ mắc bệnh ở nữ là 95,8% (23 bệnh nhân), ở nam là 4,2% (1 bệnh nhân). Tỷ lệ nữ/nam = 23/1. So với các nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước, tỷ lệ của chúng tôi cao hơn.

Về tuổi:

Kết quả nghiên cứu 925 trường hợp u tuyến giáp có 901 trường hợp u lành tính trong đó tuổi hay gặp từ 41-60 tuổi chiếm 79%. 24 trường hợp UTBMTG trong nghiên cứu cho thấy: Tuổi mắc bệnh UTTG trung bình là 43,8 tuổi, bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 19 tuổi, cao tuổi nhất là 71 tuổi. Tuổi hay mắc bệnh trong khoảng từ 31 – 60 tuổi có 91,7% (22/24 bệnh nhân) trong đó cao nhất là nhóm 41 – 50 tuổi chiếm 45,8%. Nhóm bệnh nhân trẻ tuổi <20 và lớn tuổi >70 ít gặp. Kết quả này tuy không hoàn toàn đồng nhất nhưng có nhiều điểm phù hợp với các kết quả của các tác giả trong và ngoài nước.

4.3. Về đặc điểm khối u tuyến giáp

Về vị trí khối u:

Theo kết quả nghiên cứu: các nốt lành tính tuyến giáp chủ yếu có trên 2 vị trí (60,1%). UTTG chủ yếu gặp ở thùy phải và thùy trái với tỷ lệ tương ứng là 50% và 41,6%, UTTG ở eo hoặc trên hai vị trí ít gặp (4,1%). tỷ lệ UTBMTG gặp ở thùy phải là 43,7% cao hơn số u gặp ở thùy trái là 36,4% ($p < 0,05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu Nguyễn Thị Hồng (2016) tỷ lệ UTTG gặp ở thùy (P) là 46,6%, thùy (T) là 43,3% là tương đương nhau. Mặc dù tỷ lệ ung thư tuyến giáp gặp ở eo giáp thì tương đối thấp tuy nhiên một số báo cáo cho thấy, các khối u này thường có khả năng xâm lấn các mô lân cận cao hơn các khối u ở các vị trí khác [4], ảnh hưởng đến tiên lượng của bệnh nhân, do vậy cần chú ý khi pha bệnh phẩm các khối u ở vị trí này.

Về kích thước u trong UTTG:

Theo kết quả nghiên cứu, phần lớn là khối u có kích thước nhỏ, $u < 1$ cm chiếm tỷ lệ 83,3%, u từ 1-2 cm chiếm 12,5%.

Kết quả của nhóm nghiên cứu và nhiều báo cáo của các tác giả trong và ngoài nước cho thấy, các khối UTBM tuyến giáp phát hiện được hầu hết có kích thước nhỏ (< 2 cm) đặc biệt là < 1 cm (theo TCYTTG 2017 định nghĩa là vi ung thư). Ở các nước phát triển khoảng 40% các trường hợp UTTG được phẫu thuật là vi ung thư [5]. Những khối u vi ung thư thường có tiên lượng rất tốt, đặc biệt là vi ung thư nhú. Một số báo cáo cho thấy nhóm vi ung thư nhú tiến triển chậm, sự gia tăng kích

thước u trung bình 3mm sau 10 năm. Có khoảng 30% khối ung thư tuyến giáp thể nhú (chủ yếu là vi ung thư nhú) được phát hiện trong các nghiên cứu tử thi mà UTTG không là nguyên nhân gây tử vong cho bệnh nhân [6], [7]. Chúng tôi nhận thấy các nghiên cứu càng về sau thì tỷ lệ u kích thước < 1 cm càng cao, có thể do sự phát triển tốt về kỹ thuật chọc dưới hướng dẫn siêu âm nên có thể phát hiện những nhân ung thư tuyến giáp khi kích thước còn rất nhỏ.

Về số lượng ổ ung thư:

Theo nhiều báo cáo, trong đa số các trường hợp, xấp xỉ 20% ung thư tuyến giáp thể nhú là đa nhân, những tỷ lệ mắc cao hơn cũng đã được báo cáo, và tỷ lệ này có mối tương quan với độ lớn của tổn thương lấy được [8]. ung thư tuyến giáp thể nhú PTC đa nhân thường xuất hiện riêng rẽ với khối nguyên phát, nhưng sự lan tràn nội tuyến thông qua mạch bạch huyết cũng xuất hiện. Bởi vì khuynh hướng lan tràn đường bạch huyết, di căn hạch vùng, bao gồm hạch cổ bên và hạch trung tâm thường phổ biến [9], [10]. Trong 24 trường hợp bệnh nhân UTBMTG của nhóm nghiên cứu, phần lớn là u đơn độc (có 1 ổ) chiếm 95,8%, tỷ lệ $u \geq 2$ ổ chiếm 4,2%. Cao hơn nhiều so với một số nghiên cứu trước đó. Theo nghiên cứu của Ning Qu và cs năm 2014 ($n=496$) nhóm $u \geq 2$ ổ chiếm 42,1% cao hơn kết quả của nhóm nghiên cứu [11].

4.4. Đối chiếu kết quả mô bệnh học và siêu âm

Siêu âm tuyến giáp là một xét nghiệm hình ảnh được sử dụng rộng rãi để đánh giá ban đầu các nhân tuyến giáp, nó được sử dụng phân tầng nguy cơ ác tính trong các nốt tuyến giáp và hỗ trợ trong việc có thực hiện FNA hay không. Đây là một phương pháp tốt để phân biệt một tổn thương lành hay ác tính của tuyến giáp.

Tương quan giữa phân loại TIRADS với giải phẫu bệnh

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân loại TIRADS 2,3 là nhóm ít có nguy cơ ác tính chiếm tỷ lệ 38,8% (16/41) trong đó có 82,4% là lành tính. Phân loại TIRADS 4 và 5 là nhóm nguy cơ ác tính, chiếm tỷ lệ 22,2% (9/41) trong đó ác tính 100%. Khi tiến hành kiểm định chúng tôi nhận thấy tỷ lệ nhân ác tính trong nhóm phân loại TIRADS 4 và 5 cao hơn hẳn nhóm 2,3, sự khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Từ kết quả nghiên cứu thấy nhóm phân loại TIRADS 4 có tỷ lệ ác tính cao hơn nhóm TIRADS 3 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) khi đối chiếu với kết quả mô bệnh học và nguy cơ ác tính của nhóm TIRADS 4 thực sự cao hơn nhóm TIRADS 3.

So sánh phân loại Tirads 4 và tirads 5 có đối chiếu với GPB thấy tất cả trường hợp TIRADS 5 đều được chẩn đoán tế bào và mô bệnh học là ác tính trong khi nhóm TIRADS 4 vẫn có 3 trường hợp chẩn đoán giải phẫu

bệnh là lành tính.

Như vậy, qua nghiên cứu này và các tác giả trên chúng tôi nhận thấy, nguy cơ ác tính của nhân tuyến giáp tăng dần theo phân loại TIRADS là có ý nghĩa thống kê.

5. KẾT LUẬN

Kỹ thuật chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm có độ nhạy và độ đặc hiệu cao, rất phù hợp để thăm dò khối u tuyến giáp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Endocrinology: Adult and Pediatric, 2-Volume Set - 7th Edition. <<https://www.elsevier.com/books/endocrinology-adult-and-pediatric-2-volume-set/jameson/978-0-323-18907-1>>, accessed: 17/03/2021.
- [2] Nguyễn Thy Khê, Mai Thế Trạch, Nội tiết học đại cương, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 2000.
- [3] Lee YH, Baek JH, Jung SL et al., Ultrasound-Guided Fine Needle Aspiration of Thyroid Nodules: A Consensus Statement by the Korean Society of Thyroid Radiology. *Korean J Radiol*, 16(2), 2015, 391–401.
- [4] Wang Y, Gao Y, Zhi W et al., Ultrasound findings for papillary thyroid carcinoma in the isthmus: a case-control study. 7.
- [5] Raue F, Frank-Raue K, Thyroid Cancer: Risk-Stratified Management and Individualized Therapy. *Clin Cancer Res*, 22(20), 2016, 5012–5021.
- [6] Fisher SB, Perrier ND, The incidental thyroid nodule: The Incidental Thyroid Nodule. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(2), 2018, 97–105.
- [7] Kakudo K, How to handle borderline/precursor thyroid tumors in management of patients with thyroid nodules. *Gland Surgery*, 7(S1), 2018, S8–S18.
- [8] Kebebew E, Weng J, Bauer J et al., The prevalence and prognostic value of BRAF mutation in thyroid cancer. *Ann Surg*, 246(3), 2007, 466–470; discussion 470-471.
- [9] Bansal M, Gandhi M, Ferris RL et al., Molecular and histopathologic characteristics of multifocal papillary thyroid carcinoma. *Am J Surg Pathol*, 37(10), 2013, 1586–1591.
- [10] Kuhn E, Teller L, Piana S et al., Different clonal origin of bilateral papillary thyroid carcinoma, with a review of the literature. *Endocr Pathol*, 23(2), 2012, 101–107.
- [11] Qu N, Zhang L, Ji Q et al., Number of tumor foci predicts prognosis in papillary thyroid cancer. *BMC Cancer*, 14, 2014.

THE CHANGE OF FERRITIN TESTS ON COVID-19 PATIENTS WHO DIED AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2022

Do Thi Hong Hanh*, Nguyen Thi Hoa, Nguyen Van Hung, Cao Van Hai

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 24/07/2023; Accepted: 28/08/2023

ABSTRACT

Objective: (1) Compare Ferritin level at the time of admission and those at the time of death, (2) Describe the developments of Ferritin and some other tests on Covid-19 patients who died.

Subject and method: 249 Covid-19 patients who died in Duc Giang General Hospital from 1/1/2022 to 30/4/2022, excluding pediatric patients (<18 years), pregnant patients, patients who died within 24 hours of admission, and patients who has other illness affect to Ferritin level. We collected clinical pieces of information and laboratory results include Ferritin and some tests (PCT, BNP, Troponin I, CRP, LDH, Lactate, Albumin) during hospital stay.

Results: The median age was 80 years (70-87). The hospitalized period was 7 days (4-11). 84.7% patients had problems in medical history: hypertension (5.2%) and diabetes (30.92%)...; 44.98% patients had not been vaccinated. At admission, SpO₂ reduced to an average of 90% (80-94). At admission, there was 60% patients had Ferritin >1000ng/mL, Ferritin was 1352.3ng/mL (777.5-2107.4). At the time of death, there was 80% patients had Ferritin >1000ng/mL, Ferritin was 1766ng/mL (1161.2-3047.4), significantly increased compared to those at the time of admission. From the onset, Ferritin increase gradually from 1640.9ng/mL in the first week to 2353.7ng/mL. From 5 weeks ago to death, the Ferritin increase steadily from 828.15 ng/mL to 1369.1 ng/mL (3 weeks before death) and increased to 1624.2ng/mL (1 week immediately before death). Other tests increased higher than the reference range such as PCT 60 times higher, Troponin I 3 times higher, BNP 2 times higher, CRP 14 times higher.

Conclusion: Ferritin is very useful marker for Covid-19 treatment. Severe patients with high and increasing over time Ferritin have a high risk of death

Keywords: Covid-19, developments, mortality, Ferritin, PCT, BNP, Troponin I.

*Corresponding author
Email address: honghanh21991@gmail.com
Phone number: (+84) 356990880
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ FERRITIN TRÊN NHÓM BỆNH NHÂN COVID-19 TỬ VONG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2022

Đỗ Thị Hồng Hạnh*, Nguyễn Thị Hoa, Nguyễn Văn Hùng, Cao Văn Hải

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 24/07/2023; Ngày duyệt đăng: 28/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) So sánh nồng độ Ferritin tại thời điểm nhập viện và thời điểm tử vong trên nhóm bệnh nhân nhiễm Covid-19 tử vong, (2) Mô tả sự thay đổi nồng độ theo thời gian của xét nghiệm Ferritin và một số xét nghiệm khác trên nhóm bệnh nhân nhiễm Covid-19 tử vong.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 249 bệnh nhân Covid-19 tử vong điều trị tại các đơn nguyên C2 đến C6 BVĐK Đức Giang từ 1/1/2022 đến 30/4/2022, đã loại trừ bệnh nhân nhi (<18 tuổi) bệnh nhân thai sản; bệnh nhân tử vong trong vòng 24h đầu nhập viện, bệnh nhân có bệnh lý khác ảnh hưởng tới Ferritin. Các bệnh nhân được thu thập thông tin lâm sàng và các kết quả xét nghiệm Ferritin và một số xét nghiệm (PCT, BNP, Troponin I, CRP, LDH, Lactat, Albumin) trong suốt thời gian nằm viện.

Kết quả: 249 bệnh nhân tử vong có tuổi trung vị 80 tuổi (70-87), số ngày điều trị là 7 ngày (4-11). Bệnh nhân tử vong 84,7% có bệnh lý nền trong đó 50,2% bệnh nhân mắc tăng huyết áp và 30,92% bệnh nhân mắc đái tháo đường; có đến 44,98% chưa tiêm vaccin. Thời điểm nhập viện SpO₂ giảm 90% (80-94). Ngay tại thời điểm nhập viện đã có 60% bệnh nhân có nồng độ Ferritin >1000ng/mL; Ferritin nhập viện là 1352,3ng/mL (777.5-2107.4). Tại thời điểm tử vong số bệnh nhân có Ferritin >1000ng/mL tăng lên gần 80%; Ferritin tử vong là 1766ng/mL (1161.2-3047.4) cao hơn so với nhập viện có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$. Từ khi khởi phát bệnh xét nghiệm Ferritin của bệnh nhân tử vong có xu hướng tăng dần từ 1640,9ng/mL vào tuần đầu sau khởi phát lên 2353.7ng/mL từ tuần 5 trở đi. Tính từ 5 tuần về trước tử vong xét nghiệm Ferritin ở nhóm bệnh nhân tử vong có xu hướng tăng đều không giảm từ 828,15ng/mL lên 1369,1ng/mL 3 tuần trước tử vong và còn tăng lên tới 1624,2 ng/mL trong giai đoạn 1 tuần ngay trước tử vong. Các xét nghiệm khác tăng cao hơn so với khoảng tham chiếu như PCT cao gấp 60 lần, Troponin I cao gấp 3 lần, BNP cao gấp 2 lần, CRP cao gấp 14 lần.

Kết luận: Ferritin rất hữu ích trong tiên lượng cũng như theo dõi diễn biến bệnh nhân trong quá trình điều trị Covid-19. Bệnh nhân nặng có kết quả Ferritin tăng cao và diễn biến Ferritin tăng dần theo thời gian có nguy cơ tử vong cao.

Từ khóa: Covid-19, diễn biến, tử vong, Ferritin, PCT, BNP, Troponin I hs.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tính đến 10/3/2022 trên thế giới có hơn 451 triệu người nhiễm Covid-19 trong số đó hơn 6000 ca tử vong. Tại Việt Nam có hơn 5 triệu ca mắc và 41157 ca tử vong [1]. Đại dịch Covid-19 không chỉ gây thiệt hại về con người

mà còn gây ảnh hưởng vô cùng lớn đến sự phát triển kinh tế. Làm thế nào để hạn chế thiệt hại do Covid-19 gây ra cho sức khỏe nhân dân và kinh tế đất nước là vấn đề cấp thiết được quan tâm hàng đầu trong giai đoạn hiện nay.

*Tác giả liên hệ
Email: honghanh21991@gmail.com
Điện thoại: (+84) 356990880
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

Để phục vụ công tác khám bệnh, chăm sóc và điều trị cho bệnh nhân nhiễm Covid-19 tốt nhất, có rất nhiều xét nghiệm được thế giới nghiên cứu như D-dimer, Ferritin, các cytokine IL6, CRP, LDH, PCT, TroI, BNP... được sử dụng trong thực tế nhằm phục vụ tiên lượng bệnh nhân và theo dõi điều trị bệnh[2,4,6,8]. Tại Việt Nam theo hướng dẫn Bộ Y tế bệnh nhân mắc Covid-19 có thể theo dõi tình trạng viêm, nhiễm trùng qua các xét nghiệm như CRP, PCT; theo dõi tình trạng huyết khối bằng D-dimer, Fibrinogen, Ferritin. Tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang, nhóm bệnh nhân nhiễm covid đặc biệt là các bệnh nhân nặng được thực hiện rất nhiều xét nghiệm đặc biệt là các xét nghiệm Ferritin, PCT, BNP, Troponin I hs. Trong đó xét nghiệm Ferritin là một trong những xét nghiệm đánh giá cơn bão cytokine là hội chứng gây nên tử vong ở bệnh nhân Covid-19. Trong cơn bão cytokine Ferritin thường 1200-3500 µg/L[12]. Tuy nhiên tại bệnh viện chưa có nghiên cứu nào cụ thể về vai trò Ferritin đặc biệt là diễn biến của xét nghiệm Ferritin cũng như các xét nghiệm khác đối với vấn đề tiên lượng bệnh cũng như theo dõi điều trị cho bệnh nhân mắc Covid-19 đặc biệt nhóm bệnh nhân nặng, bệnh nhân tử vong.. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu (1) So sánh nồng độ Ferritin tại thời điểm nhập viện và thời điểm tử vong trên nhóm bệnh nhân nhiễm Covid-19 tử vong; (2) Mô tả sự thay đổi nồng độ theo thời gian của xét nghiệm Ferritin và một số xét nghiệm khác trên nhóm bệnh nhân nhiễm Covid-19 tử vong.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Địa điểm: các đơn nguyên covid C2 đến C6 Bệnh viện đa khoa Đức Giang. Thời gian nghiên cứu từ 1/1/2022 đến 30/11/2022.

2.3. Đối tượng nghiên cứu:

249 bệnh nhân covid tử vong điều trị tại các đơn nguyên covid C2 đến C6 Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ

1/1/2022 đến 30/4/2022.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân nhi (<18 tuổi); bệnh nhân thai sản; bệnh nhân tử vong trong vòng 24h đầu nhập viện; bệnh nhân có bệnh lý khác ảnh hưởng tới Ferritin.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu:

Chọn mẫu toàn bộ

2.5. Biến số/ chỉ số/ nội dung/ chủ đề nghiên cứu:

Danh sách biến số: Giới, tuổi, số ngày điều trị) tiền sử bệnh lý, lịch sử tiên vaccin covid, diễn biến lâm sàng lúc nhập viện (SpO₂, HA, M,), diễn biến can thiệp hỗ trợ hô hấp đến lúc tử vong (thở oxy, thở mask, thở HFNC, thở máy xâm nhập), Xét nghiệm: (Ferritin, PCT, BNP, Troponin I, CRP, LDH, Lactat, Albumin)

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu:

- Dựa vào danh sách báo cáo bệnh nhân Covid-19 tử vong tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang gửi sở Y tế Hà Nội, loại trừ các bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

- Thu thập thông tin hành chính (giới, tuổi, số ngày điều trị) tiền sử bệnh lý, lịch sử tiên vaccin covid, diễn biến lâm sàng lúc nhập viện (SpO₂, HA, M,), diễn biến can thiệp hỗ trợ hô hấp đến lúc tử vong (thở oxy, thở mask, thở HFNC, thở máy xâm nhập). Các dữ liệu này được thu thập dựa vào bệnh án trên phần mềm HIS-FPT.

- Thu thập dữ liệu cận lâm sàng (Ferritin, PCT, BNP, Troponin I, CRP, LDH, Lactat, Albumin) của bệnh nhân trong suốt quá trình điều trị.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu:

Các thông tin được thu thập vào biểu mẫu thông tin có sẵn trên Excel và xử lý số liệu bằng SPSS.

2.8. Đạo đức nghiên cứu:

Mọi thông tin của bệnh nhân (họ và tên, tuổi, giới, địa chỉ, kết quả xét nghiệm...) đều đảm bảo giữ bí mật chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.



3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Sự thay đổi Ferritin giữa thời điểm nhập viện và tử vong

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng

| Đặc điểm | | Số lượng | Tỷ lệ% |
|---|--------------------------------|-----------------------|--------------|
| Giới tính | Nam | 129 | 51,81% |
| | Nữ | 120 | 48,19% |
| Tuổi | <70 | 60 | 24,1% |
| | >=70 | 189 | 75,90% |
| | Trung vị (tứ phân vị) | 80(70-87) | |
| Bệnh nền | Không mắc bệnh nền | 38 | 15,26% |
| | 1 loại bệnh nền | 70 | 28,11% |
| | 2 loại bệnh nền | 73 | 29,32% |
| | 3 loại bệnh nền | 45 | 18,07% |
| | 4 loại bệnh nền trở lên | 23 | 9,24% |
| | Tăng huyết áp | 125 | 50,20% |
| | Đái tháo đường | 77 | 30,92% |
| | Tai biến mạch máu não, đột quỵ | 35 | 14,06% |
| | Suy tim, bệnh mạch vành | 31 | 12,45% |
| | Ung thư | 5 | 2,01% |
| | Suy thận | 24 | 9,64% |
| | COPD/hen phế quản | 13 | 5,22% |
| | Khác | 106 | 42,57% |
| | Huyết áp tâm thu (mmHg) | Trung vị (tứ phân vị) | 120(110-130) |
| Huyết áp tâm trương (mmHg) | Trung vị (tứ phân vị) | 70(70-80) | |
| Mạch (ck/phút) | Trung vị (tứ phân vị) | 90(75-100) | |
| SPO2 (%) | Trung vị (tứ phân vị) | 90(80-94) | |
| Phương pháp hỗ trợ hô hấp khi nhập viện | Khí trời | 33 | 13,25% |
| | Gọng kính | 28 | 11,25% |
| | Mask | 134 | 53,82% |
| | HFNC | 2 | 8,03% |
| | Thở máy | 52 | 20,88% |
| Trong quá trình nằm viện | Thở máy | 147 | 59,04% |
| | Lọc máu | 25 | 10,04% |
| Tiêm vaccin | Chưa tiêm | 112 | 44,98% |
| | 1 mũi | 36 | 14,46% |
| | 2 mũi | 37 | 14,86% |
| | 3 mũi | 13 | 5,22% |
| Số ngày điều trị (ngày) | Trung vị (tứ phân vị) | 7 (4-11) | |

249 bệnh nhân Covid-19 tử vong có độ tuổi thường trên 70 tuổi, độ tuổi trung vị là 80 tuổi; có 129 bệnh nhân nam chiếm 51,81%.

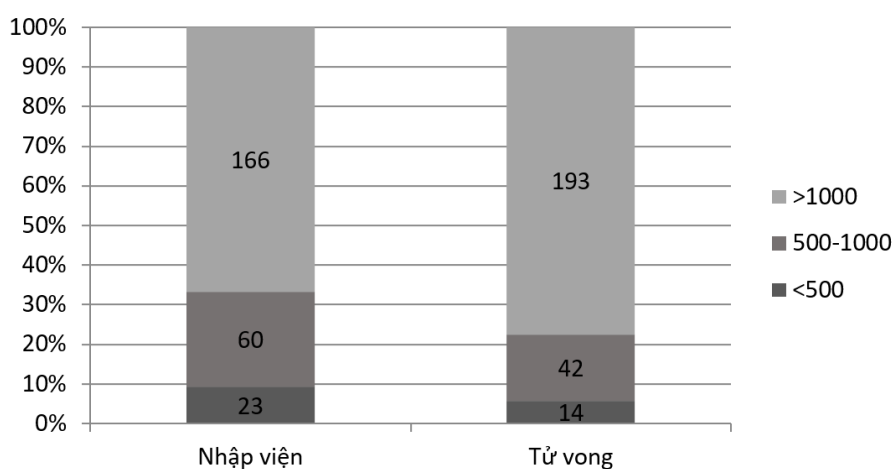
Trong số 249 bệnh nhân tử vong có 28,11% số bệnh nhân có tiền sử mắc 1 loại bệnh nền; 29,32% số bệnh nhân mắc cùng lúc 2 loại bệnh nền; 27,31% số bệnh nhân mắc từ 3 loại bệnh nền trở lên. Về các loại bệnh nền hay gặp: 50,2% bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp; 30,92% bệnh nhân đái tháo đường; 14,06% bệnh nhân có tiền sử tai biến mạch máu não hoặc đột quỵ; 12,45% bệnh nhân bị suy tim hoặc có bệnh mạch vành từ trước; 24 bệnh nhân bị suy thận; 13 bệnh nhân bị COPD hoặc hen phế quản chiếm 5,22%; ngoài ra các bệnh nhân còn bị rất nhiều bệnh nền khác lên tới 42,57%.

Tại thời điểm nhập viện, huyết áp thường là 120/70 mmHg, mạch 90 (75-100) ck/phút.

249 bệnh nhân tử vong tại thời điểm nhập viện SpO2 trung vị là 90% (80-94). Lúc nhập viện, chỉ có 13,25% bệnh nhân thở khí trời, phần lớn bệnh nhân thở Mask (53,82%), có 2 ca HFNC và 52 ca thở máy. Sau đó trong quá trình nằm viện nhóm bệnh nhân này cần hỗ trợ thở máy 147 bệnh nhân (59,04%). 25 bệnh nhân có lọc máu chiếm 10,04%.

Về đặc điểm tiêm chủng: 44,98% bệnh nhân tử vong chưa được tiêm vaccin Covid-19, 14,46% bệnh nhân được tiêm 1 mũi; 20% bệnh nhân được tiêm đủ 2 mũi vaccin trở lên.

Biểu đồ 1. Sự thay đổi Ferritin giữa thời điểm nhập viện và tử vong



Nhóm bệnh nhân tử vong trong nghiên cứu này ngay tại thời điểm nhập viện đã có 166 bệnh nhân có nồng độ Ferritin >1000ng/mL chiếm hơn 60%; chỉ có dưới

10% bệnh nhân có Ferritin <500ng/mL. Tại thời điểm tử vong số bệnh nhân có Ferritin >1000ng/mL tăng lên 193 bệnh nhân chiếm gần 80%.

Bảng 2. So sánh nồng độ Ferritin giữa thời điểm nhập viện và tử vong

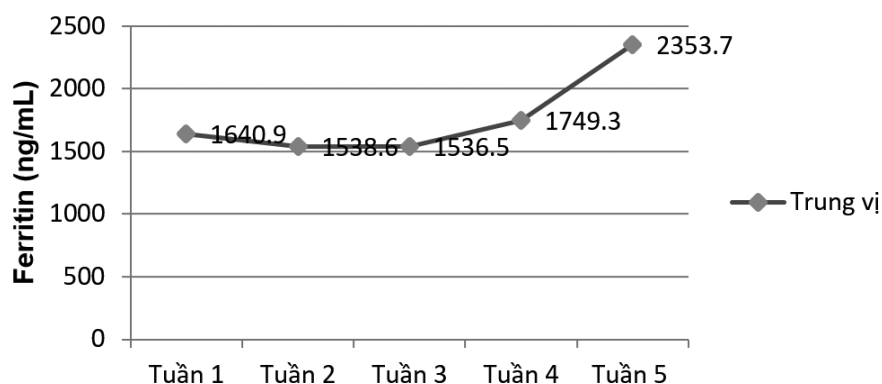
| Ferritin (ng/mL) | Khoảng tham chiếu | Trung vị | Tứ phân vị | p |
|------------------|-------------------|----------|---------------|--------|
| Nhập viện | 20-250 | 1352,3 | 777,5-2107,4 | <0,001 |
| Tử vong | 20-250 | 1766 | 1161,2-3047,4 | |

Kết quả xét nghiệm Ferritin tại thời điểm nhập viện là 1352,3ng/mL cao hơn rất nhiều lần so với khoảng tham chiếu, Ferritin tại thời điểm tử vong còn tăng cao hơn

so với thời điểm nhập viện trung bình là 1766ng/mL. Sự cao hơn này có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

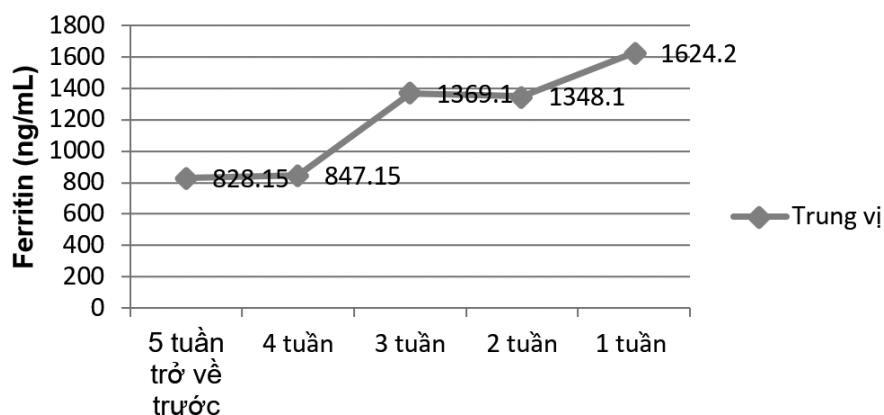
3.2. Diễn biến xét nghiệm Ferritin và xét nghiệm khác theo thời gian

Biểu đồ 2 Diễn biến theo thời gian của Ferritin sau khởi phát



Nhận xét: Nhìn chung tính từ khi khởi phát bệnh xét nghiệm Ferritin của bệnh nhân tử vong có xu hướng tăng dần từ 1640,9ng/mL vào tuần đầu sau khởi phát lên 2353,7ng/mL từ tuần 5 trở đi.

Biểu đồ 3 Diễn biến Ferritin trước tử vong



Nhận xét: Tính từ 5 tuần về trước tử vong xét nghiệm Ferritin ở nhóm bệnh nhân tử vong có xu hướng tăng đều không giảm từ 828,15ng/mL lên tới 1624,2 ng/mL trong giai đoạn 1 tuần ngay trước tử vong.

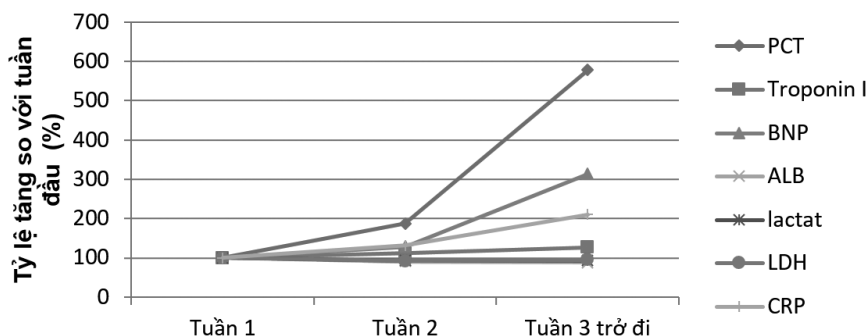
Bảng 3. Một số xét nghiệm khác

| Xét nghiệm | Khoảng tham chiếu | Trung vị | Tứ phân vị | Giá trị nhỏ nhất | Giá trị lớn nhất |
|--------------------|----------------------------|----------|---------------|------------------|------------------|
| PCT(ng/mL) | 0-0,02 | 1,225 | 0,2225-5,94 | 0,02 | 100 |
| Troponin I (pg/mL) | nam: 0-19,8; nữ: 0-11,6 | 58,415 | 19,54-382,58 | 1,59 | 27100 |
| BNP(ng/L) | 0-100 | 210,38 | 116,76-458,34 | 24,64 | 4117,42 |
| CRP(mg/L) | 0-6 | 84,95 | 34,7-150,2 | 0,4 | 488,6 |
| LDH(IU/mL) | 208-378 | 495 | 374,05-667,7 | 107,82 | 26200 |
| Lactate(mmol/L) | 0,5-2,2 | 3 | 2,3-4,1 | 0,1 | 21,3 |
| ALB(g/L) | 35-50 | 27 | 23,9-30,5 | 12 | 42,2 |

Nhận xét: Nhìn chung các xét nghiệm tăng cao hơn so với khoảng tham chiếu như PCT cao gấp 60 lần, Troponin I cao gấp 3 lần, BNP cao gấp 2 lần, CRP cao gấp 14 lần. Xét nghiệm LDH và Lactate có tăng cao hơn

khoảng tham chiếu nhưng không tăng nhiều. Riêng xét nghiệm Albumin giảm thấp hơn so với khoảng tham chiếu.

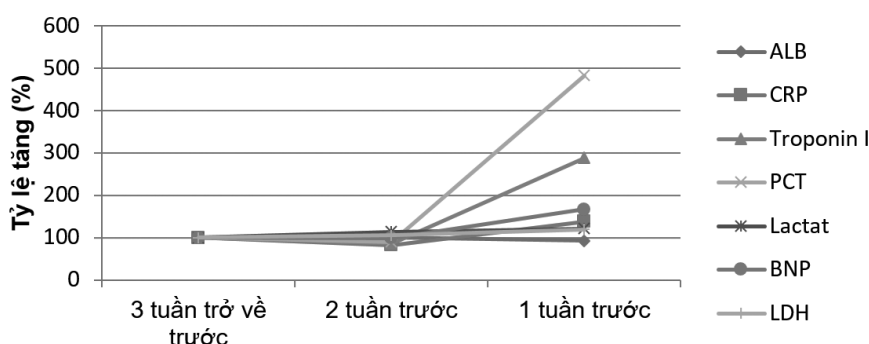
Biểu đồ 4. Diễn biến của một số xét nghiệm sau nhập viện



Nhận xét: Sau nhập viện nhìn chung các xét nghiệm trên nhóm bệnh nhân tử vong có xu hướng tăng dần theo thời gian trong đó tốc độ gia tăng cao nhất là xét nghiệm

PCT tăng gần gấp 6 lần so với tuần đầu tiên. Sau đó là BNP, CRP, Troponin I cũng thể hiện rõ xu hướng tăng dần theo thời gian.

Biểu đồ 5. Diễn biến của một số xét nghiệm trước tử vong



Nhận xét: Về mức độ tăng theo thời gian thì trước tử vong PCT tăng mạnh nhất, sau đó đến Troponin I, BNP, CRP và lactat. Albumin có xu hướng giảm nhẹ.

Fei Zhou[8] đều cho thấy bệnh nhân tử vong thường đi kèm với các tiền sử bệnh lý đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh tim mạch...và rất nhiều các bệnh lý nền khác.

4. BÀN LUẬN

Theo nghiên cứu của chúng tôi 249 bệnh nhân Covid-19 tử vong độ tuổi trung vị là 80 tuổi (70-87); kết quả này cao hơn với kết quả nghiên cứu tại Istanbul với tuổi trung vị nhóm tử vong 75 tuổi (69-80)[4]; hay nghiên cứu tại Brazil với tuổi trung bình nhóm tử vong là 66.7 ± 12.4 [5].

Tại thời điểm nhập viện SpO2 giảm thấp trung vị 90%(80-94), điều này cho thấy phần lớn bệnh nhân tử vong thuộc nhóm bệnh nhân nặng ngay từ đầu. Nghiên cứu của tác giả Feng Pan cho thấy SpO2 nhóm tử vong là 85%(80-90) huyết áp thường là 132/79, mạch 92(80-102)[6]. Nghiên cứu của tác giả Fuxue Deng cho thấy SpO2 nhóm tử vong là 90(79-92) huyết áp thường là: 140/82, mạch 100(85-108)[3]. Bệnh nhân ngay từ đầu vào đã phải sử dụng các phương pháp hỗ trợ thở rất nhiều phù hợp với phân tầng của sở y tế Hà Nội vì Bệnh viện đa khoa Đức Giang tiếp nhận một số bệnh nhân mức độ trung bình và điều trị chủ yếu các bệnh nhân tầng 3 là bệnh nhân nặng.

Trên 80% số bệnh nhân tử vong trong nghiên cứu này mắc ít nhất 1 loại bệnh nền, Điều này cho thấy bệnh nền là một trong những yếu tố làm gia tăng nguy cơ tử vong trên bệnh nhân mắc Covid-19. Kết quả nghiên cứu về bệnh nền trên nhóm tử vong của chúng tôi phù hợp với các kết quả của tác giả Kalyon[4], Fuxue Deng[3],

Về diễn biến trong quá trình điều trị: Nhóm bệnh nhân nguy kịch này rất nhanh sau đó đều có diễn biến nặng

lên cần hỗ trợ thở cao hơn 147 ca có điều trị thở máy, 25 ca lọc máu. Cũng còn tồn tại một phần bệnh nhân chưa được hỗ trợ thở máy do người nhà từ chối điều trị.

Số ngày điều trị tính từ lúc bệnh nhân nhập viện đến lúc bệnh nhân tử vong trung vị là 7 ngày (4-11). Thời gian nằm viện của nhóm tử vong của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Semid Kalyon 16 ngày (11-22)[4]; tác giả Tural Onur 11.5 ngày[5]; tác giả Feng Pan 15 ngày(9-22) [6].

Nhóm bệnh nhân tử vong trong nghiên cứu này ngay tại thời điểm nhập viện đã có 60% số bệnh nhân có nồng độ Ferritin > 1000ng/mL. Tại thời điểm tử vong con số này tăng lên 80%. Kết quả này cao hơn so với tác giả Nguyễn Mạnh Thắng với 25,78% bệnh nhân có Ferritin nhập viện >1000ng/mL[9].

Cụ thể hơn ta thấy Kết quả Ferritin nhập viện 1352ng/mL(777,5-2107,4) chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của các tác giả Fuxue Deng, theo tác giả F. Deng tại thời điểm nhập viện nhóm tử vong có Ferritin 1722,25ng/mL (1100-2404). Kết quả Ferritin của chúng tôi thấp hơn so với tác giả Katia Lino với Ferritin nhập viện của nhóm tử vong là 4207,7±3530,3[5].

Về kết quả xét nghiệm tại thời điểm tử vong: Kết quả tại thời điểm tử vong của chúng tôi với Ferritin 1766ng/mL (1166,2-3047,4); cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Seda Tural Onur với Ferritin là 1145,75(1139,7)[7]. Nghiên cứu này cho thấy nồng độ Ferritin tại thời điểm tử vong tăng cao hơn so với thời điểm nhập viện có ý nghĩa thống kê. Nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu này là nhóm bệnh nhân nguy kịch diễn biến bệnh nhân với cơn bão cytokine xảy ra quá mạnh mẽ nên cho dù đã được điều trị với phác đồ tối ưu theo dõi xét nghiệm hàng ngày vẫn thấy sự gia tăng nồng độ của Ferritin và kết quả điều trị bệnh nhân vẫn không tránh khỏi tử vong.

Ferritin trung bình của nhóm bệnh nhân tử vong tính từ thời điểm khởi cao gấp nhiều lần so với giá trị bình thường, và có xu hướng tăng dần theo thời gian. Nghiên cứu của tác giả Zhou .F cũng cho thấy xét nghiệm Ferritin trên nhóm bệnh nhân Covid-19 tử vong có xu hướng tăng dần theo thời gian từ 1025ng/mL ở ngày thứ 4 sau khởi phát lên 2000ng/mL ở ngày thứ 19[8]. Nghiên cứu chúng tôi thu được trên nhóm bệnh nhân tử vong nhận thấy rõ ràng sự tăng Ferritin theo thời gian, từ 828ng/mL ở mốc thời gian 5 tuần trở về trước đến 1369,1ng/mL ở 3 tuần trước tử vong và 1624.2ng/mL 1 tuần ngay trước tử vong. Tác giả Nguyễn Hữu Tiến nghiên cứu về một số thông số đánh giá cơn bão cytokine trên nhóm bệnh nhân Covid-19 nặng cho thấy Ferritin trung bình là 1195,7 ng/mL thấp nhất là 76ng/mL, cao nhất là 5813ng/mL[10].

Bên cạnh Ferritin các xét nghiệm khác cũng đóng vai trò quan trọng trong tiên lượng và theo dõi bệnh nhân

Covid-19. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy xét nghiệm PCT trên nhóm bệnh nhân tử vong tăng gấp 6 lần so với tuần đầu sau nhập viện. Rõ nhất là sự thay đổi các xét nghiệm 1 tuần trước tử vong. Nồng độ PCT trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả thu được của tác giả Feng Pan với PCT nhóm tử vong trung vị là 0,25ng/L cao hơn so với nhóm bình phục 0,09ng/L[6].

Về CRP: Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy CRP cũng tăng hơn gấp đôi sau nhập viện. 1 tuần trước tử vong CRP trung bình tăng từ 57,1mg/L lên 95,5mg/L. Kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của tác giả Katia Lino: CRP nhóm tử vong trung bình là 22,6±13,9 mg/L[5]. Kết quả CRP của chúng tôi tương đương với các tác giả: Feng Pan: nhóm tử vong là 85,86mg/L [6].

Với các xét nghiệm liên quan đến tim mạch cụ thể là BNP và Troponin I: Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mạnh Thắng trên 146 bệnh nhân Covid-19 cho thấy “Tỷ lệ bệnh nhân có tăng Troponin I chiếm 25,34%, Trong đó bệnh nhân tử vong có nồng độ Troponin I tăng cao hơn nhóm không tử vong với OR: 37,94 (p < 0.001). Khả năng tiên lượng tử vong của Troponin I là UAC=0.905 (95% CI,0.85-0.96)”[9]. Nghiên cứu của chúng tôi trên nhóm tử vong cũng cho thấy Troponin I tăng dần. Troponin I trên nhóm bệnh nhân tử vong thường cao hơn so với giá trị bình thường từ 5-7 lần.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy BNP trên nhóm bệnh nhân tử vong tăng hơn 3 lần sau nhập viện. Nồng độ BNP trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả thu được của tác giả Feng Pan với BNP nhóm tử vong trung vị là 88,7ng/L cao hơn so với nhóm bình phục 48,6ng/L[6].

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 249 bệnh nhân Covid-19 tử vong thấy thời điểm nhập viện 60% bệnh nhân có Ferritin > 1000ng/mL, chỉ có dưới 10% bệnh nhân có Ferritin < 500ng/mL. Tại thời điểm tử vong số bệnh nhân có Ferritin > 1000ng/mL tăng lên 80%. Cụ thể Ferritin tại thời điểm nhập viện là 1352,3ng/mL (777.5-2107.4), Ferritin tại thời điểm tử vong là 1766ng/mL (1161,2-3047,4). Ferritin tại thời điểm tử vong tăng cao hơn lúc nhập viện có ý nghĩa thống kê.

Ferritin sau khởi phát có xu hướng tăng dần theo thời gian từ 1640,9ng/mL ở tuần đầu lên 2353,7ng/mL ở tuần thứ 5. Ferritin tăng đều từ 828,15ng/mL ở 5 tuần trước tử vong lên 1369,1ng/mL 3 tuần trước tử vong và 1624,2ng/mL 1 tuần trước tử vong.

Nhóm bệnh nhân Covid-19 tử vong có PCT 1,225ng/mL (0,225-5,94), CRP 84,95mg/L (34,7-150,2), Troponin I 58,415pg/mL (19,54-382,58), BNP 210,38ng/L (116,76-458,34), LDH 495IU/mL (374,05-667,7), Lactat

3mmol/L (2,3-4,1) đều tăng cao hơn giá trị tham chiếu. Albumin 27g/L (23,9-30,5) thấp hơn giá trị tham chiếu. Về động học của các xét nghiệm PCT, CRP, Troponin I, BNP là những xét nghiệm nhìn thấy rõ sự tăng dần theo thời gian đặc biệt tăng mạnh 1 tuần trước tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Công thông tin của Bộ Y tế về đại dịch Covid-19. 2022; Available from: <https://covid19.gov.vn/>.
- [2] Ali AM et al., Serum troponin, D-dimer, and CRP level in severe Coronavirus (Covid-19) patients. *Immun Inflamm Dis*, 2022. 10(3): p. e582.
- [3] Deng F et al., [Increased levels of Ferritin on admission predicts intensive care unit mortality in patients with Covid-19]; *Med Clin (Barc)*, 2021. 156(7): p. 324-331.
- [4] Kalyon S et al., Relationships of the neutrophil-lymphocyte and CRP-albumin ratios with the duration of hospitalization and fatality in geriatric patients with Covid-19. *J Int Med Res*, 2021. 49(9): p. 3000605211046112.
- [5] Lino K et al., Serum Ferritin at admission in hospitalized Covid-19 patients as a predictor of mortality. *The Brazilian journal of infectious diseases: an official publication of the Brazilian Society of Infectious Diseases*, 2021. 25(2): p. 101569-101569.
- [6] Pan F et al., Factors associated with death outcome in patients with severe Coronavirus disease-19 (Covid-19): a case-control study. *Int J Med Sci*, 2020. 17(9): p. 1281-1292.
- [7] Tural Onur S et al., Could Ferritin level be an indicator of Covid-19 disease mortality? *Journal of medical virology*, 2021. 93(3): p. 1672-1677.
- [8] Zhou F et al., Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with Covid-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study; *The Lancet*, 2020. 395(10229): p. 1054-1062.
- [9] Nguyễn Mạnh Thắng, Trương Mậu Hưng, Đào Văn Chiến, Nồng độ Troponin I và mối liên quan đến dự báo tiên lượng tử vong của bệnh nhân Covid-19 điều trị tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang; *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2022. 512 (tháng 5 - số chuyên đề): Trang 35-42.
- [10] Nguyễn Hữu Tiến, Trần Thị Hoài, Hồ Văn Nguyên và cs, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị của bệnh nhân Covid-19 mức độ nặng tại đơn nguyên C4-Bệnh viện đa khoa Đức Giang; *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2022, 512(tháng 5 - số chuyên đề): Trang 266-275.
- [11] Lê Văn Đán, Trần Thị Oanh, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở hai nhóm điều trị corticosteroid liều tiêu chuẩn và liều cao trên bệnh nhân nhiễm SARS-COV-2 tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang; *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2022. 512 (tháng 5 - số chuyên đề): Trang 178-188.



CURRENT STATUS OF USE AND PATIENT SATISFACTION OF PATHOLOGICAL MEALS OF INPATIENTS AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2023

Nguyen Thi Thanh Luyen*, Nguyen Trong Hieu, Nguyen Van Thuong, Pham Thanh Thuy

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 03/08/2023; Accepted: 26/08/2023

ABSTRACT

Objective: To describe the status of use and satisfaction of pathological meals of patients undergoing inpatient treatment at Duc Giang General Hospital in 2023.

Subject and method: A cross-sectional descriptive study on 245 inpatients at 8 clinical departments at Duc Giang General Hospital in 2023 selected by convenient sampling method from date April 1-30, 2023. Patients were interviewed directly using a pre-designed set of questions based on the research objectives. Data processing using SPSS 20.0 software.

Results: The survey results showed that 64.0% of patients were consulted by medical staff on pathological diets, 28.0% of patients did not know that the hospital provided pathological meals at the bed, 25% of patients Patients wishing to register for meals at the hospital, 52/245 (21%) patients are using medical meals provided by the hospital. The majority of patients using the hospital's pathology meals were satisfied with the quality of the meals with the satisfaction rate reaching over 80% or more.

Conclusion: The percentage of patients who registered to eat the pathological meal was low. However, most of the patients who ate the pathological meal were satisfied with the quality of the meal provided. It is necessary to strengthen counseling and provide information on pathological meals for patients to improve the quality of care and treatment for patients.

Keywords: PATHOLOGICAL MEALS, satisfaction of patients.

*Corresponding author
Email address: drthanhluuyen91hmu@gmail.com
Phone number: (+84) 975238222
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG VÀ SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH VỀ SUẤT ĂN BỆNH LÝ CỦA NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2023

Nguyễn Thị Thanh Luyến*, Nguyễn Trọng Hiếu, Nguyễn Văn Thường, Phạm Thanh Thúy

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 03/08/2023; Ngày duyệt đăng: 26/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng sử dụng và sự hài lòng về suất ăn bệnh lý của người bệnh đang điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2023.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 245 người bệnh nội trú tại 8 khoa lâm sàng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2023 được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện trong thời gian từ ngày 01/4-30/4/2023. Người bệnh được phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn dựa trên mục tiêu nghiên cứu. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

Kết quả: Kết quả khảo sát cho thấy 64,0% người bệnh đã được nhân viên y tế tư vấn về chế độ ăn bệnh lý, 28,0% người bệnh không biết bệnh viện có cung cấp suất ăn bệnh lý tại giường, 25% bệnh nhân có nhu cầu đăng kí suất ăn tại bệnh viện, 52/245 (21%) bệnh nhân đang sử dụng suất ăn bệnh lý do bệnh viện cung cấp. Phần lớn bệnh nhân sử dụng suất ăn bệnh lý của bệnh viện hài lòng về chất lượng suất ăn với tỷ lệ hài lòng đạt trên 80% trở lên.

Kết luận: Tỷ lệ người bệnh đăng kí ăn suất ăn bệnh lý thấp. Tuy nhiên, hầu hết người bệnh ăn suất ăn bệnh lý đều hài lòng về chất lượng cung cấp suất ăn bệnh lý. Cần tăng cường tư vấn và cung cấp thông tin về suất ăn bệnh lý cho người bệnh để nâng cao chất lượng chăm sóc và điều trị cho người bệnh.

Từ khóa: Suất ăn bệnh lý, hài lòng người bệnh.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ăn uống (dinh dưỡng) là nhu cầu không thể thiếu của con người. Các chất dinh dưỡng được cung cấp thông qua ăn uống giúp con người tồn tại và phát triển. Khi một cơ quan, bộ phận nào đó trong cơ thể bị tổn thương, thì chức năng đối với các chất dinh dưỡng của nó kém đi, người bệnh không thể ăn như khi khỏe mạnh nữa mà cần ăn thức ăn theo bệnh lý. Do đó dinh dưỡng cho người bệnh chính là ăn điều trị. Đối với người bệnh, cung cấp dinh dưỡng không những để nuôi sống mà còn phải là một phương pháp điều trị đối với một số bệnh [1].

Nhận thức được tầm quan trọng của dinh dưỡng trong quá trình điều trị người bệnh, tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang đã trang bị đầy đủ cơ sở vật chất, trang thiết bị và nhân lực sẵn sàng cung cấp các suất ăn bệnh lý tại giường cho tất cả người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện với 235 mã chế độ ăn đã được xây dựng. Tuy nhiên, thực trạng sử dụng suất ăn bệnh lý của người bệnh tại bệnh viện như thế nào và mức độ hài lòng của người bệnh về suất ăn bệnh lý do bệnh viện cung cấp ra sao? Hiện nay vẫn chưa có khảo sát, thống kê nào được thực hiện tại bệnh viện. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này.

*Tác giả liên hệ

Email: drthanhluyen91hmu@gmail.com

Điện thoại: (+84) 975238222

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện đa khoa Đức Giang

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh từ 18 tuổi trở lên đang ăn bằng đường miệng điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang tại 14 khoa lâm sàng đồng ý tham gia nghiên cứu trong thời gian từ ngày 01/04/2023 đến hết ngày 30/04/2023. Những bệnh nhân không có khả năng giao tiếp, có vấn đề về rối loạn về vị giác, tâm thần kinh, bệnh nhân không ăn được bằng đường miệng đều được loại trừ khỏi nghiên cứu này.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu:

- **Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức

Áp dụng các công thức tính cỡ mẫu tối thiểu cho một tỷ lệ

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

Trong đó:

n: Cỡ mẫu tối thiểu

$Z(1 - \alpha/2) = 1,96$ (Với độ tin cậy 95%)

$p = 0,703$ (Tỷ lệ người bệnh hài lòng với suất ăn bệnh lý bệnh viện cung cấp trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hà Thu (2017) tại bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108 [2])

$d = 0,06$ (Sai số cho phép)

Từ công thức trên, tra tính được $n = 222$ người bệnh. Trên thực tế lấy được người bệnh trong thời gian thu thập số liệu nghiên cứu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả người bệnh có đủ tiêu chuẩn lựa chọn cho đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu trong thời gian thu thập dữ liệu nghiên cứu.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Biến số về thông tin chung của người bệnh: Tuổi, giới

- Biến số về thực trạng sử dụng suất ăn bệnh lý: Thực trạng tư vấn về suất ăn, thực trạng bệnh nhân biết bệnh viện có cung cấp suất ăn bệnh lý hay không, bệnh nhân có muốn đăng ký suất ăn bệnh lý hay không, thực trạng bệnh nhân đang sử dụng suất ăn bệnh lý của bệnh viện, lý do người bệnh đăng ký suất ăn bệnh viện, lý do không đăng ký suất ăn bệnh viện.

- Biến số về sự hài lòng của người bệnh về suất ăn bệnh lý tại bệnh viện: sự hài lòng về nguồn gốc thực phẩm, về cách chế biến, hương vị, số lượng món ăn, nhiệt độ suất ăn, giờ cung cấp suất ăn, chất lượng về vệ sinh của dụng cụ đựng thực phẩm, giá tiền, thái độ nhân viên, kết quả sử dụng suất ăn bệnh lý.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

- Kỹ thuật thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp người bệnh

- Công cụ thu thập số liệu: Bộ câu hỏi phỏng vấn được thiết kế sẵn dựa trên mục tiêu nghiên cứu.

- Quy trình thu thập số liệu:

+ Bước 1: Nhân viên khoa dinh dưỡng lên trực tiếp các khoa lâm sàng liên hệ lãnh đạo khoa, giới thiệu mục đích nghiên cứu và mời người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn tham gia nghiên cứu.

+ Bước 2: Những người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được điều tra viên phỏng vấn theo bộ câu hỏi có sẵn.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi được làm sạch sẽ được nhập, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao sức khỏe của người bệnh và không gây bất kỳ nguy hại gì đến người bệnh. Dữ liệu nghiên cứu trước khi thu thập đã được sự đồng ý của bệnh viện và được sự chấp thuận của người tham gia nghiên cứu.

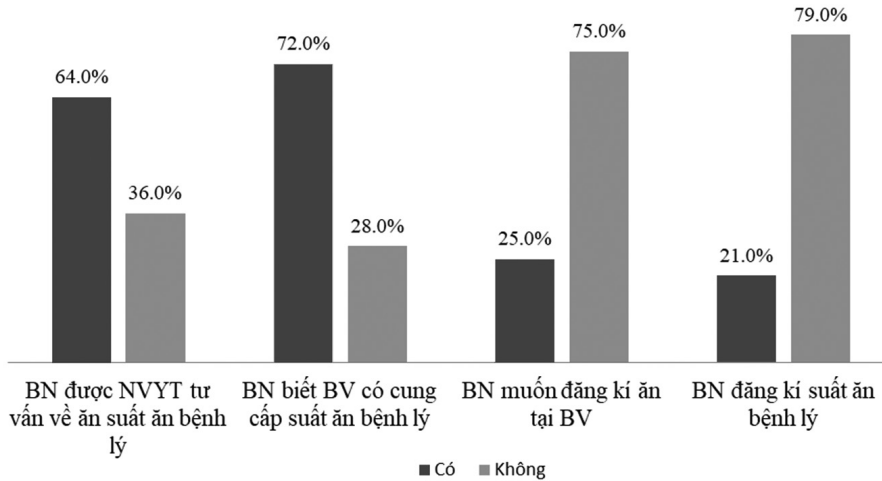
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số thông tin chung ở đối tượng nghiên cứu (n=245)

| Đặc điểm | | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|-----------|------------|--------------|-----------|
| Nhóm tuổi | ≤ 40 tuổi | 35 | 14.3 |
| | 40-60 tuổi | 62 | 25.3 |
| | 61-80 tuổi | 120 | 49 |
| | >80 tuổi | 28 | 11.4 |
| Giới | Nam | 115 | 46.9 |
| | Nữ | 130 | 53.1 |

Nhận xét: Phần lớn người bệnh nằm trong nhóm tuổi 61-80 tuổi với 49%. Tỷ lệ nam giới và nữ giới lần lượt là 46,9% và 53,1%.

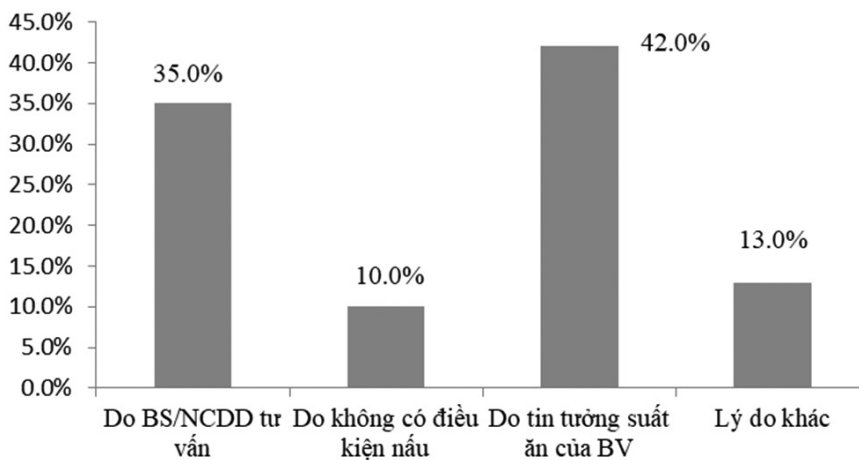
Biểu đồ 1. Thực trạng người bệnh sử dụng suất ăn bệnh lý (n=245)



Nhận xét: Có 36% người bệnh đã không được nhân viên y tế tại bệnh viện tư vấn về suất ăn bệnh lý, 28% người bệnh không biết đến bệnh viện có cung cấp suất

ăn bệnh lý. 75% người bệnh không muốn đăng kí suất ăn tại bệnh viện. 21% người bệnh đang sử dụng suất ăn bệnh lý của bệnh viện.

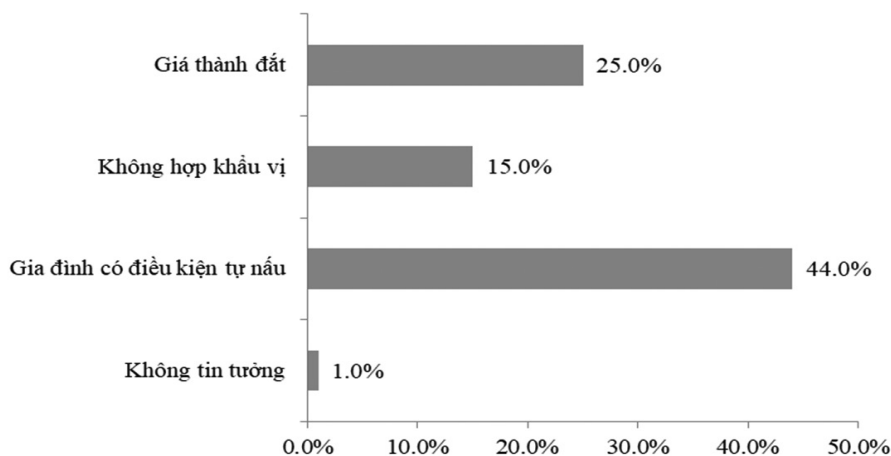
Biểu đồ 2. Lý do người bệnh đăng kí suất ăn bệnh lý (n=52)



Nhận xét: Lý do những người bệnh sử dụng suất ăn bệnh lý của bệnh viện chủ yếu là do tin tưởng về suất

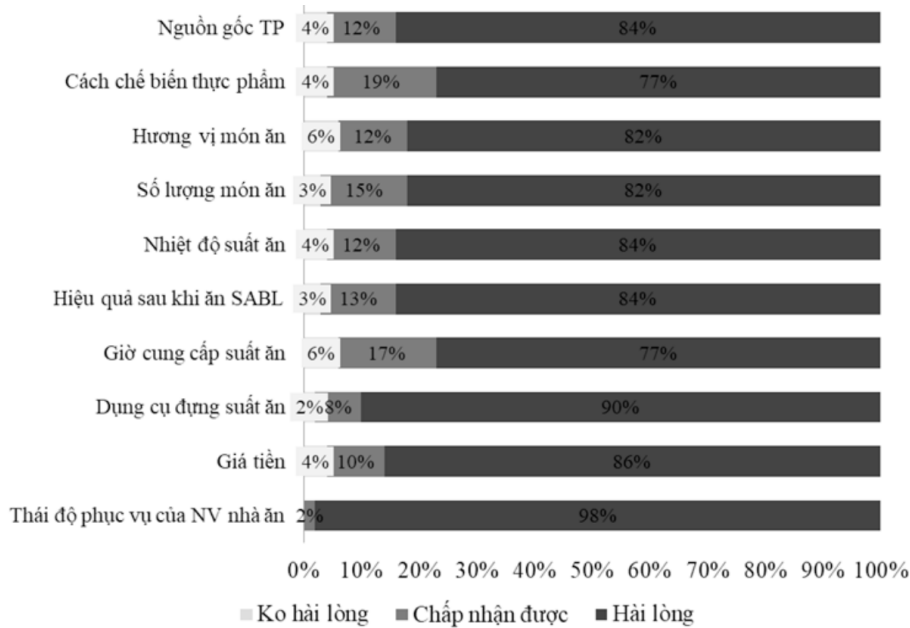
ăn bệnh viện cung cấp với 42,0%, tiếp theo là do nhân viên y tế tư vấn với 35,0%.

Biểu đồ 3. Lý do người bệnh không ăn suất ăn bệnh lý của bệnh viện (n=193)



Nhận xét: Lý do nhiều người bệnh không đăng kí điều kiện tự nấu với 44,0% suất ăn của bệnh viện chủ yếu là do gia đình có

Biểu đồ 4. Sự hài lòng của người bệnh về suất ăn bệnh lý (n=52)



Nhận xét: Phần lớn người bệnh đang sử dụng suất ăn bệnh lý của bệnh viện hài lòng với các tiêu chí về suất ăn bệnh viện với tỷ lệ hài lòng ở mức độ cao dao động từ 77,0% - 98,0%. Tỷ lệ không hài lòng với các tiêu chí về suất ăn bệnh lý thấp chiếm từ 2-6%.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu về thực trạng sử dụng suất ăn bệnh lý trong nghiên cứu này cho thấy 36% bệnh nhân chưa được nhân viên y tế tư vấn về chế độ ăn bệnh lý. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hà Thu (2017) tại bệnh viện Trung Ương quân đội với tỷ lệ bệnh nhân không được nhân viên y tế tư vấn, hướng dẫn về chế độ ăn là 65,5%[2]. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu này của chúng tôi lại cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Đoàn Thị Phương Dung (2022) tại bệnh viện Huyết học truyền máu chỉ với 10% người bệnh là không được tư vấn cung cấp thông tin về dịch vụ cung cấp suất ăn tại bệnh viện[3]. Sự khác biệt trên có thể là do sự khác biệt về địa bàn nghiên cứu, sự khác biệt về việc triển khai các hoạt động dinh dưỡng tại các bệnh viện khác nhau là khác nhau.

Trong nghiên cứu này của chúng tôi, chỉ có 25% người bệnh muốn đăng kí suất ăn của bệnh viện và thực tế hiện tại chỉ có 21% người bệnh đang ăn suất ăn bệnh lý tại bệnh viện. Lý do người bệnh ăn suất ăn bệnh lý của người bệnh phổ biến nhất là do người bệnh tin tưởng

vào suất ăn của bệnh viện với tỷ lệ 42,0%, tiếp theo là do nhân viên y tế tư vấn với 35,0%. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Hà tại bệnh viện Trung Ương quân đội 108 với 2 lý do chủ yếu mà người bệnh sử dụng suất ăn bệnh lý của bệnh viện là do nhân viên y tế tư vấn với 79,0% và do bệnh nhân tin tưởng với tỷ lệ là 62,4%[2]. Điều này cho thấy được vai trò của nhân viên y tế cũng như thương hiệu của bệnh viện đóng một vai trò quan trọng trong việc quyết định sử dụng suất ăn bệnh lý của bệnh nhân tại bệnh viện.

Chúng tôi cũng tìm hiểu lý do vì sao người bệnh không sử dụng suất ăn bệnh lý tại bệnh viện. Kết quả nghiên cứu cho thấy chủ yếu là do gia đình người bệnh có điều kiện tự nấu ăn mang đến cho người bệnh tại bệnh viện với tỷ lệ 44,0%, tiếp theo là do giá thành đắt với 25,0%, tỷ lệ người bệnh không hợp khẩu vị là 15,0%. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Lại Thị Minh Hằng cho thấy lý do người bệnh không sử dụng suất ăn bệnh lý trong bệnh viện là do 51,1% do thức ăn chế biến không hợp lý, 16,3% không biết có chế độ ăn cho người bệnh, 25,6% do gần nhà, có điều kiện nấu nướng, 7% do không có tiền chi trả [4].

Kết quả đánh giá về sự hài lòng của người bệnh về suất ăn bệnh lý do Bệnh viện đa khoa Đức Giang cung cấp cho thấy phần lớn người bệnh đang sử dụng suất ăn bệnh lý của bệnh viện hài lòng với các tiêu chí về suất ăn bệnh viện với tỷ lệ hài lòng ở mức độ cao dao động từ 77,0% - 98,0%. Trong đó tiêu chí có sự hài

lòng cao nhất về suất ăn bệnh lý bao gồm thái độ phục vụ của nhân viên nhà ăn (98,0%), dụng cụ đựng suất ăn (90,0%) và giá thành suất ăn với 86,0%. Phần lớn các tiêu chí khác cũng đều có tỷ lệ hài lòng cao đạt trên 80% bao gồm: nguồn gốc thực phẩm (84,0%), hương vị món ăn (82,0%), số lượng món ăn (82,0%), nhiệt độ suất ăn 98,4,0%) và hiệu quả sau khi ăn suất ăn bệnh lý (84,0%). Hai tiêu chí có tỷ lệ hài lòng thấp nhất chiếm 77,0% bao gồm: cách chế biến thực phẩm và giờ cung cấp suất ăn. Tỷ lệ người bệnh không hài lòng về các tiêu chí suất ăn bệnh lý dao động từ 2-8%. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Phương Thảo (2018) tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình cho thấy tỷ lệ người bệnh hài lòng với giá thành suất ăn là 96%, tỷ lệ hài lòng với nhân viên phát suất ăn là 89,2%, hài lòng với suất ăn là 78,9%, hài lòng về vấn đề vệ sinh khay dụng cụ là 77,8%, hài lòng về thời gian giao suất ăn là 68,2% [5].

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người bệnh đăng kí ăn suất ăn bệnh lý thấp. Tuy nhiên, hầu hết người bệnh ăn suất ăn bệnh lý đều hài lòng về chất lượng cung cấp suất ăn bệnh lý. Cần tăng cường tư vấn và cung cấp thông tin về suất ăn bệnh lý cho người bệnh để nâng cao chất lượng chăm sóc và điều trị cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Trường Đại học Y Hà Nội, Dinh dưỡng lâm sàng tiết chế (Giáo trình dành cho cử nhân dinh dưỡng), Nhà xuất bản Y học, 2016.
- [2] Nguyễn Thị Hà Thu, Thực trạng tư vấn dinh dưỡng cung cấp suất ăn bệnh lý và mức độ hài lòng của bệnh nhân về việc sử dụng suất ăn bệnh lý tại BV TW Quân đội 108 năm 2017, Khóa luận tốt nghiệp cử nhân y khoa, Đại học Y Hà Nội, 2017.
- [3] Đoàn Thị Phương Dung, Nguyễn Phương Liên, Đỗ Thị An Nhiên và các cộng sự, "Khảo sát sự hài lòng người bệnh nội trú về chất lượng suất ăn và dịch vụ cung cấp suất ăn tại bệnh viện truyền máu huyết học", Tạp chí y học Việt Nam, 520 (Số đặc biệt), 2022, tr. 490-499.
- [4] Trần Thị Phúc Nguyệt, Lại Thị Minh Hằng, "Thực trạng sử dụng dịch vụ ăn uống tại bệnh viện Bạch Mai năm 2009", Y học Thực hành, 643, 2009, tr. 45-49.
- [5] Bùi Thị Lan, Nguyễn Thị Phương Thảo, Nguyễn Thị Kim Liên và cộng sự, "Khảo sát sự hài lòng của người bệnh nội trú về tình hình cung cấp suất ăn của khoa Dinh dưỡng Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2018", Nghiên cứu khoa học Điều dưỡng, 3(5), 2018, tr. 157-164.



THE ABILITY TO SELF-MANAGEMENT CARE AND A NUMBER OF RELATED FACTORS HYPERTENSION OUTPATIENT AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2020-2021

Mai Thi Thu Trang*, Nguyen Manh Thang, Chu Thi Huyen

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 09/08/2023; Accepted: 30/08/2023

ABSTRACT

Objective: Describe the ability to self-management care of outpatient hypertension patients at Duc Giang General Hospital and a number of factors related to the ability to self-management care of the research subjects.

Methods: A cross-sectional descriptive study with 324 patients diagnosed with overseas pressure on outpatient, were conducted from June 2020 to November 2021 at the Cardiovascular Clinic of Duc Giang General Hospital.

Results: The percentage of patient's hypertension for outpatient treatment at Duc Giang General Hospital has a high ability to self-management care about 79.3%. In particular, the proportion of patients with lifestyle control is 85.8%; The percentage of patients adhering to medication is 83.3% and the proportion of patients consulted by health workers is 83.3%. There is a relationship between age, education, living circumstances, a history of complications, lifestyle control, compliance with medication and advice of health workers to the ability to take care of the patient's hypertension self-management care ($p < 0.05$).

Conclusion and recommendation: Research shows that patients with hypertension need to perform a healthy lifestyle and follow the medication as recommended by health workers. The hospital needs to further enhance the health education advisory activities for people with scientific hypertension and more details to improve the knowledge and self-care skills for patients; Along with encouraging families, people around the patient are involved in the self-care process of the patient.

Keywords: The ability to self-manage, care, hypertension, Duc Giang General Hospital.

*Corresponding author
Email address: maitrangbvdg@gmail.com
Phone number: (+84) 912344561
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

KHẢ NĂNG TỰ QUẢN CHĂM SÓC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2020-2021

Mai Thị Thu Trang*, Nguyễn Mạnh Thắng, Chu Thị Huyền

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 09/08/2023; Ngày duyệt đăng: 30/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả khả năng tự quản chăm sóc của người bệnh tăng huyết áp ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang và một số yếu tố liên quan đến khả năng tự quản chăm sóc của đối tượng nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang trên 324 bệnh nhân chẩn đoán tăng huyết áp điều trị ngoại trú, với thời gian từ tháng 6 năm 2020 đến tháng 11 năm 2021 tại phòng khám Tim mạch Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Kết quả: Tỷ lệ người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang có khả năng tự quản chăm sóc là 79,3%. Trong đó, tỷ lệ người bệnh có kiểm soát lối sống là 85,8%; tỷ lệ người bệnh tuân thủ dùng thuốc điều trị là 83,3% và tỷ lệ người bệnh được nhân viên y tế tư vấn là 83,3%. Có mối liên quan giữa tuổi, trình độ học vấn, hoàn cảnh sống, tiền sử biến chứng, kiểm soát lối sống, tuân thủ dùng thuốc điều trị và tư vấn của nhân viên y tế đến khả năng tự quản chăm sóc của người bệnh tăng huyết áp ($p < 0,05$).

Kết luận và khuyến nghị: Nghiên cứu chỉ ra rằng người bệnh tăng huyết áp cần thực hiện lối sống lành mạnh và tuân thủ dùng thuốc điều trị theo khuyến cáo của nhân viên y tế. Bệnh viện cần tăng cường hơn nữa những hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh tăng huyết áp khoa học và chi tiết hơn nhằm nâng cao kiến thức và kỹ năng tự chăm sóc cho người bệnh; cùng với khuyến khích gia đình, những người xung quanh người bệnh tham gia vào quá trình tự quản chăm sóc của người bệnh.

Từ khóa: Khả năng tự quản, chăm sóc, tăng huyết áp, Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới, tăng huyết áp ảnh hưởng đến hơn một tỷ người, gây tử vong cho hơn 9,4 triệu người mỗi năm. Phát hiện và kiểm soát tăng huyết áp giúp làm giảm những biến cố về tim mạch, đột quỵ cũng như suy thận... [9]. Các nghiên cứu chỉ ra rằng, tỷ lệ người bệnh tăng huyết áp thực hiện đúng chế độ ăn và tập luyện là 58%; tuân thủ dùng thuốc điều trị khoảng 44,8 - 75,8% và sau 6 tháng tỷ lệ bỏ điều trị chiếm tới 79% [1], [5]. Điều này cho thấy khả năng tự quản chăm sóc (TQCS) ở người bệnh tăng huyết áp ngoại trú còn hạn chế. Có

nhiều nguyên nhân dẫn đến khả năng tự quản chăm sóc chưa đạt được kết quả cao, trong đó nhận thức, lối sống và tự chăm sóc của bản thân người bệnh tăng huyết áp chiếm vai trò quan trọng [3],[7]. Tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang trung bình hàng tháng có khoảng hơn 5.500 người bệnh tăng huyết áp đến khám và điều trị, trong đó tỷ lệ người bệnh điều trị ngoại trú và tự quản chăm sóc tại nhà là hơn 98,2%. Vì vậy, tìm hiểu về khả năng tự quản chăm sóc của người bệnh tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú và một số yếu tố nào liên quan đến khả năng tự quản chăm sóc của người bệnh đang điều trị ngoại

*Tác giả liên hệ

Email: maistrangbvdg@gmail.com

Điện thoại: (+84) 912344561

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

trú tại bệnh viện là vô cùng quan trọng, để từ đó có biện pháp can thiệp, điều chỉnh kịp thời. Xuất phát từ thực tế trên, nghiên cứu được tiến hành nhằm: (1) *Mô tả thực trạng khả năng tự quản chăm sóc của người bệnh tăng huyết áp ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang;* (2) *Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến khả năng tự quản chăm sóc của người bệnh tăng huyết áp ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.*

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả người bệnh ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán tăng huyết áp nguyên phát đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, đang khám và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ tháng 6 năm 2020 đến tháng 11 năm 2021 tại phòng khám Tim mạch, Bệnh viện đa khoa Đức Giang

2.3. Thiết kế nghiên cứu

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

2.4. Cỡ mẫu

Công thức tính cỡ mẫu:

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

Trong đó:

- $Z(1-\alpha/2) = 1,96$ (khoảng tin cậy 95%)

- $\alpha = 0,05$

- Sai số ước tính (d) là 10%

- Tỷ lệ ước tính (p) là 65% (theo nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Thắng (2020) [2].

Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu cần đạt là 250 đối tượng (Chúng tôi chọn 324 bệnh nhân cho nghiên cứu).

Cách chọn mẫu ngẫu nhiên có hệ thống.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Bộ công cụ được xây dựng dựa trên khuyến cáo của Phân Hội Tăng Huyết áp Việt Nam về mức độ cần theo dõi huyết áp, khuyến cáo của Hiệp Hội Tim mạch Việt Nam (2018) [4] và thang đo chăm sóc của Morisky (MAQ) [8].

Phương pháp thu thập số liệu dựa trên bộ công cụ hoàn thiện được thiết kế sẵn gồm 3 phần chính với 42 câu hỏi. Mức độ phân loại khả năng tự quản chăm sóc dựa

vào trung bình số điểm đạt được: 0 - 2 điểm khả năng tự quản mức cao và ≥ 3 điểm là khả năng tự quản chưa cao (mức trung bình/ kém).

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được tổng hợp, làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

| TT | | Số lượng (n = 324) | Tỷ lệ (%) | |
|----|----------------------------------|----------------------------|-----------|------|
| 1. | Giới | Nam | 187 | 57,7 |
| | | Nữ | 137 | 42,3 |
| 2. | Tuổi | 18- 40 | 7 | 2,2 |
| | | 41 – 59 | 34 | 10,5 |
| | | ≥ 60 | 283 | 87,3 |
| 3. | Trình độ học vấn | < Trung học phổ thông | 215 | 66,4 |
| | | \geq Trung học phổ thông | 109 | 33,6 |
| 4. | Hoàn cảnh sống | Một mình | 38 | 11,7 |
| | | Cùng gia đình | 286 | 88,3 |
| 5. | Thời gian bị tăng huyết áp | < 5 năm | 33 | 10,2 |
| | | 5-10 năm | 135 | 41,7 |
| | | > 5 năm | 156 | 48,1 |
| 6. | Tiền sử biến chứng tăng huyết áp | Đã bị biến chứng | 82 | 25,3 |
| | | Chưa bị biến chứng | 242 | 74,7 |

Nhận xét: Nghiên cứu được thực hiện trên 324 người bệnh được chẩn đoán tăng huyết áp nguyên phát đang khám và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang cho kết quả như sau: Nhóm tuổi người bệnh tăng huyết áp chủ yếu là từ 60 trở lên chiếm 87,3%; 2/3 số đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn dưới Trung

học phổ thông (chiếm 66,4%); người bệnh sống cùng gia đình (chiếm 88,3%) và tỷ lệ người bệnh chưa bị biến chứng của tăng huyết áp là 74,7%.

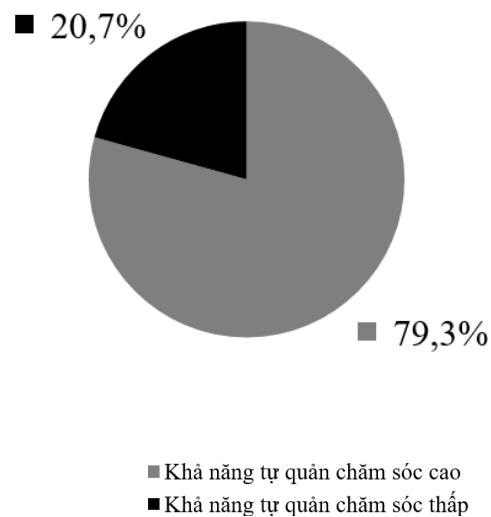
3.2. Khả năng tự quản chăm sóc của người bệnh tăng huyết áp ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang

Bảng 2. Phân bố khả năng tự quản chăm sóc của người bệnh tăng huyết áp

| TT | Đặc điểm | | Số lượng (n = 324) | Tỷ lệ (%) |
|----|-------------------------------------|------------------|--------------------|-----------|
| 1. | Kiểm soát lối sống | Có | 278 | 85,8 |
| | | Không | 46 | 14,2 |
| 2. | Tuân thủ dùng thuốc điều trị | Tốt | 270 | 83,3 |
| | | Chưa tốt | 54 | 16,7 |
| 3. | Theo dõi các dấu hiệu bất thường | Có | 294 | 90,7 |
| | | Không | 30 | 9,3 |
| 4. | Hoạt động tư vấn của nhân viên y tế | Được tư vấn | 270 | 83,3 |
| | | Chưa được tư vấn | 54 | 16,7 |

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh có kiểm soát lối sống ở người bệnh tăng huyết là 85,8%; người bệnh tuân thủ tốt trong dùng thuốc điều trị là 83,3%; người bệnh có theo dõi các dấu hiệu bất thường của bệnh là 90,7% và được nhân viên tư vấn về bệnh là 83,3%.

Biểu đồ 1. Khả năng tự quản chăm sóc của người bệnh tăng huyết áp



Nhận xét: Kết quả cho thấy tỷ lệ người bệnh có khả năng tự quản chăm sóc cao là 79,3%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến khả năng tự quản chăm sóc của người bệnh tăng huyết áp ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan giữa đặc điểm chung đến khả năng tự quản chăm sóc

| Các đặc điểm | | Khả năng tự quản chăm sóc n (%) | | OR 95% CI | P* |
|------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------|-------------------|------|
| | | Cao | Thấp | | |
| Tuổi | ≥ 60 | 64 (22,6%) | 219 (77,4%) | 3,70 (1,11-12,39) | 0,04 |
| | < 60 | 3 (7,3%) | 38 (92,7%) | | |
| Giới | Nam | 38 (20,3%) | 149 (79,7%) | 0,95 (0,55-1,64) | 0,85 |
| | Nữ | 29 (21,2%) | 108 (78,8%) | | |
| Trình độ học vấn | < Trung học phổ thông | 54 (25,1%) | 161 (74,9%) | 2,48 (1,29-4,77) | 0,01 |
| | ≥ Trung học phổ thông | 13 (11,9%) | 96 (88,1%) | | |

| Các đặc điểm | | Khả năng tự quản chăm sóc n (%) | | OR 95% CI | p* |
|----------------------------------|---------------|---------------------------------|-------------|--|--------|
| | | Cao | Thấp | | |
| Hoàn cảnh sống | Một mình | 13 (34,2%) | 25 (65,8%) | 2,23 (1,07-4,65) | 0,03 |
| | Cùng gia đình | 54 (18,9%) | 232 (81,1%) | | |
| Thời gian bị tăng huyết áp | < 5 năm (1) | 33 (21,2%) | 123 (78,8%) | OR _{1/2} =1,07 (0,61-1,90) | 0,81 |
| | 5-10 năm (2) | 27 (20,0%) | 108 (80,0%) | | |
| | > 5 năm (3) | 7 (21,2%) | 26 (78,8%) | OR _{1/3} =1,0 (0,40-2,50) | 0,991 |
| Tiền sử biến chứng tăng huyết áp | Có | 32 (39,0%) | 50 (61,0%) | 3,79 (2,14-6,70) | <0,001 |
| | Không | 35 (14,5%) | 207 (85,5%) | | |

Nhận xét: Kết quả cho thấy người bệnh có độ tuổi < 60 tuổi có khả năng TQCS cao hơn 3,70 lần so với người bệnh có độ tuổi ≥ 60 tuổi (OR = 3,70; 95% CI: 1,11-12,39; p = 0,04); Trình độ học vấn của người bệnh ≥ Trung học phổ thông có khả năng TQCS cao hơn 2,48 lần so với người bệnh có trình độ thấp hơn (OR = 2,48; 95% CI: 1,29-4,77; p = 0,01).

Người bệnh sống cùng gia đình có khả năng TQCS cao hơn 2,23 lần so với người bệnh sống một mình (OR = 2,23; 95% CI: 1,07-4,65; p = 0,03) và người bệnh không có tiền sử biến chứng tăng huyết áp khả năng TQCS cao hơn 3,79 lần so với nhóm đã có tiền sử biến chứng tăng huyết áp trước đó (OR = 3,79; 95% CI: 2,14-6,70; p < 0,001).

Bảng 4. Mối liên quan giữa các hoạt động chăm sóc đến khả năng tự quản chăm sóc

| Các đặc điểm | | Khả năng tự quản chăm sóc n (%) | | OR 95% CI | p* |
|----------------------------------|------------------|---------------------------------|-------------|---------------------|--------|
| | | Cao | Thấp | | |
| Kiểm soát lối sống | Không | 21 (45,7%) | 25 (54,3%) | 4,24 (2,19-8,20) | <0,001 |
| | Có | 46 (16,5%) | 232 (83,5%) | | |
| Tuân thủ dùng thuốc điều trị | Chưa tuân thủ | 26 (48,1%) | 28 (51,9%) | 5,19 (2,77-9,73) | <0,001 |
| | Tuân thủ | 41 (15,2%) | 229 (84,8%) | | |
| Theo dõi các dấu hiệu bất thường | Có | 7 (23,3%) | 23 (76,7%) | 1,19 (0,49-2,90) | 0,71 |
| | Không | 60 (20,4%) | 234 (79,6%) | | |
| Tư vấn của nhân viên y tế | Chưa được tư vấn | 18 (33,3%) | 36 (66,7%) | 2,26 (1,18-4,30) | 0,01 |
| | Được tư vấn | 49 (18,1%) | 221 (81,9%) | | |

Nhận xét: Kết quả cho thấy người bệnh có kiểm soát lối sống có khả năng TQCS cao hơn 4,24 lần so với

người bệnh không kiểm soát lối sống (OR = 4,24; 95% CI: 2,19-8,20; p < 0,001); người bệnh tuân thủ dùng

thuốc điều trị có khả năng TQCS cao hơn 5,19 lần so với người bệnh chưa tuân thủ dùng thuốc điều trị (OR = 5,19; 95% CI: 2,77-9,73; $p < 0,001$). Những người bệnh được tư vấn của nhân viên y tế có khả năng TQCS cao hơn 2,26 lần so với người bệnh chưa được nhân viên y tế tư vấn (OR = 2,26; 95% CI: 1,18-4,30; $p = 0,01$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Khả năng tự quản chăm sóc của người bệnh tăng huyết áp ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang

Khi tiến hành nghiên cứu trên 324 người bệnh được chẩn đoán tăng huyết áp đang khám và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang cho kết quả như sau: Tỷ lệ người bệnh có khả năng tự quản chăm sóc cao là 79,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu 73% của tác giả Bosworth và cộng sự (2009) [6] nhưng thấp hơn nghiên cứu của tác giả Ding và cộng sự (2018) với kết quả là 86,0% [7]. Theo WHO, khả năng tự quản chăm sóc của người bệnh tăng huyết áp là quá trình chủ động và tích cực của người bệnh [9]. Trong đó, tỷ lệ người bệnh có kiểm soát lối sống ở người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú là 85,8%. Việc thực hiện kiểm soát lối sống bao gồm tập thể dục thường xuyên, không hút thuốc, hạn chế uống rượu/bia, chế độ ăn hợp lý như: Giảm muối, tăng cường rau xanh, hoa quả tươi và hạn chế thức ăn có nhiều cholesterol và acid béo no... giúp người bệnh ngăn ngừa sự tiến triển của bệnh và hạn chế được các biến chứng và di chứng.

Trong tự quản chăm sóc ở người bệnh tăng huyết áp thì việc tuân thủ dùng thuốc là vô cùng quan trọng, kết quả người bệnh tuân thủ tốt trong dùng thuốc điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi là 83,3%. Kết quả cao hơn tác giả Vũ Xuân Phú (2012) là 44,8% [5] và nghiên cứu của Nguyễn Hữu Đức và cộng sự (2017) thực hiện tại bệnh viện Bạch Mai là 75,8% [1]. Tỷ lệ người bệnh có theo dõi các dấu hiệu bất thường của bệnh là 90,7% cao hơn nhiều so với kết quả 35% trong nghiên cứu của Vũ Xuân Phú (2012) [5]. Tại BVĐK Đức Giang, cùng với việc hỗ trợ tư vấn cho người bệnh khi đến khám người bệnh còn được tổ chức theo hình thức sinh hoạt Câu lạc bộ hàng quý. Qua đó, bệnh viện thường xuyên lồng ghép các chủ đề liên quan đến bệnh tăng huyết áp để người bệnh hiểu được tầm quan trọng của việc tuân thủ sử dụng thuốc điều trị và theo dõi các biến chứng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 83,3% người bệnh đã được tư vấn về bệnh.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến khả năng tự quản chăm sóc của người bệnh tăng huyết áp ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang

Kết quả nghiên cứu cho thấy, người bệnh < 60 tuổi có khả năng TQCS cao hơn 3,70 lần so với người bệnh có độ tuổi ≥ 60 tuổi; Trình độ học vấn của người bệnh \geq

Trung học phổ thông có khả năng TQCS cao hơn 2,48 lần so với nhóm người bệnh có trình độ thấp hơn. Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả của Ding và cộng sự (2018) [7] cho thấy nhóm người bệnh có độ tuổi trẻ hơn, trình độ cao hơn có khả năng TQCS cao hơn nhóm còn lại. Điều này có thể lý giải một phần do những người trẻ, người có trình độ học vấn cao hơn thường có nhiều khả năng tìm hiểu những nguồn tài liệu liên quan đến bệnh tốt hơn và từ đó có thể tự nâng cao được kiến thức phòng bệnh cho bản thân cao hơn. Nghiên cứu chỉ ra rằng khi sống cùng người thân trong gia đình, NB sẽ nhận được sự quan tâm nhắc nhở về chế độ ăn hay uống thuốc, đồng thời họ cũng nhận được sự chăm sóc từ những người xung quanh, cuộc sống sẽ trở nên vui vẻ từ đó giảm nguy cơ THA không đáng có do quên uống thuốc hay stress. Trong nghiên cứu của chúng tôi những người sống cùng gia đình có khả năng tự quản chăm sóc tốt hơn gấp 2,23 lần những người sống một mình. Những người bệnh không có biến chứng của THA trước đó có kết quả chăm sóc cao gấp 3,79 lần những người có biến chứng của THA. Từ kết quả của nghiên cứu cho thấy, cần có sự quan tâm đặc biệt hơn tới nhóm người bệnh đã bị biến chứng THA trước đó.

Việc kiểm soát lối sống là bước quan trọng đầu tiên giúp giảm huyết áp ở người bệnh tăng huyết áp. Những thay đổi nhỏ mỗi ngày của bạn sẽ góp phần ổn định huyết áp hơn rất nhiều. nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng người bệnh có kiểm soát lối sống có khả năng TQCS cao nhiều hơn 4,24 lần so với người bệnh không kiểm soát lối sống; người bệnh tuân thủ dùng thuốc điều trị có khả năng TQCS cao nhiều hơn 5,19 lần so nhóm chưa tuân thủ. Kết quả này khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Ding và cộng sự (2018) [7] và Trần Đức Sĩ (2021) [3]. Tuân thủ dùng thuốc là sử dụng thuốc đúng liều, đúng giờ và đúng đường dùng. Sự tuân thủ dùng thuốc đóng vai trò không thể thiếu trong điều trị THA. Bên cạnh đó, sự đồng hành của nhân viên y tế trong tư vấn, giáo dục sức khỏe là quá trình tác động nhằm thay đổi lối sống, thái độ, thực hành của người bệnh tăng huyết áp, những người bệnh được tư vấn của nhân viên y tế có khả năng TQCS cao hơn 2,26 lần so với người bệnh chưa được nhân viên y tế tư vấn. Điều đó nói nên tầm quan trọng, sự cần thiết của nhân viên y tế trong khả năng tự quản chăm sóc của người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu khả năng tự quản chăm sóc của người bệnh tăng huyết áp ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang cho kết quả như sau: Tỷ lệ người bệnh có khả năng tự quản chăm sóc cao là 79,3%. Trong đó, tỷ lệ người bệnh có kiểm soát lối sống ở người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú là 85,8%; Tỷ lệ người bệnh tuân thủ tốt trong dùng thuốc điều trị là 83,3%; người bệnh đã được tư vấn của nhân viên y tế là 83,3%. Có

mối liên quan giữa tuổi, trình độ học vấn, hoàn cảnh sống, tiền sử biến chứng, hoạt động tư vấn của nhân viên y tế và tuân thủ dùng thuốc điều trị đến khả năng tự quản chăm sóc của người bệnh tăng huyết áp ($p < 0,05$).

Nghiên cứu chỉ ra rằng người bệnh tăng huyết áp cần thực hiện lối sống lành mạnh và tuân thủ dùng thuốc điều trị theo khuyến cáo của nhân viên y tế. Bệnh viện cần tăng cường hơn nữa những hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh tăng huyết áp khoa học và chi tiết hơn nhằm nâng cao kiến thức và kỹ năng tự chăm sóc cho người bệnh; cùng với khuyến khích gia đình, những người xung quanh người bệnh tham gia vào quá trình tự quản chăm sóc của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Hữu Đức, Phạm Văn Anh, Hồ Thị Hiền, Kiến thức, thực hành tuân thủ điều trị tăng huyết áp của hội viên câu lạc bộ người bệnh tăng huyết áp Bệnh viện Bạch Mai, Tạp chí Y học dự phòng; 2017, 27(5): 61-68.
- [2] Nguyễn Mạnh Thắng, Nguyễn Quang Tuấn, Lương Công Thức, Khảo sát sự biến đổi huyết áp 24 giờ, chỉ số tim cổ chân (CAVI) ở người bệnh tăng huyết áp nguyên phát trước và sau điều trị; Tạp chí Y học Việt Nam; 2020, 483(1): 41-45.
- [3] Trần Đức Sĩ, Nguyễn Hùng, Phan Kim Mỹ và cộng sự, Tuân thủ điều trị tăng huyết áp bằng thuốc của bệnh nhân ngoại trú tại Khoa Tim mạch PKĐK Hoàn Mỹ Sài Gòn; Tạp chí Y học Việt Nam; 2021, 50 (1): 39-43.
- [4] Trần Văn Huy và cộng sự, Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp năm 2018; Nhà xuất bản Y học; 2018, 4-9.
- [5] Vũ Xuân Phú và cộng sự, Thực trạng kiến thức về bệnh tăng huyết áp và tuân thủ điều trị của người bệnh 25-60 tuổi ở 4 phường, thành phố Hà Nội 2011. Tạp chí Y học thực hành; 2012, 817(4):10-15.
- [6] Bosworth, Hayden B et al., Two self-management interventions to improve hypertension control: a randomized trial. Annals of internal medicine; 2009,151(10): 687-695.
- [7] Ding, Weiwei et al., Integrating factors associated with hypertensive patients' self-management using structural equation modeling: a cross-sectional study in Guangdong, China, Patient preference and adherence; 2019, 12: 2169.
- [8] Mozaffarian D et al., National Health and Nutrition Examination Survey: 2007-2012. Prevalence of high blood pressure in adults > 20 years of age by age and sex; American Heart Association; 2016, 133(4): e38-e360.
- [9] WHO, World Health Day: A global brief on hypertension. Silent killer, global public health crisis; Report, 2013: 1-36.

KNOWLEDGE, CARE SKILLS OF MOTHERS WITH A CHILDREN WITH ACUTE DIARRHEA BELOW 5 YEARS IN THE PEDIATRICS DEPARTMENT OF DUC GIANG GENERAL HOSPITAL AND SOME RELATED FACTORS IN 2022

Luong Ha Mai Phuong*, Nguyen Lan Trang,
Chu Thi Yen, Nguyen Thi Nhung, Nguyen Thi Lieu

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 01/08/2023; Accepted: 26/08/2023

ABSTRACT

Objective: Description Knowledge and care skills of mothers with children with acute diarrhea under 5 years of age and some related factors at the pediatric department of Duc Giang General Hospital in 2022.

Subject and method: Cross-sectional description, over 115 Mothers whose children under 5 years old with acute diarrhea are being treated at the Pediatrics Department, conducted from March to September 2022 at Duc Giang General Hospital.

Results: The proportion of mothers with the right knowledge about the disease is 31.4%. In particular, knowledge detected abnormal signs is the highest (87.7%); Knowledge of the lowest cause of disease is 26.1%; 57.8% of mothers have the right nutrition knowledge. The proportion of mothers with the right skills about the disease is 70.9%. In which, 79.1% of mothers have correct skills in using Oresol; 55.7% of mothers have the right nutrition when their children are sick; 69.9% of mothers wash their hands with soap at the right time and 93.1% of mothers handle their children's feces properly. There is a relationship between: level with general knowledge; between qualifications, place of residence and general skills. General knowledge is related to mothers' general skills about acute diarrhea ($p < 0.05$).

Conclusion: Research shows that the proportion of mothers with the right skills about the disease is average but the proportion of mothers with the right knowledge about acute diarrhea is not high. Therefore, it is necessary to strengthen communication, health education on acute diarrhea for mothers to provide knowledge about disease, nurturing regime, hygiene regime and home management when children ill.

Keywords: Knowledge, care skills, acute diarrhea.

*Corresponding author
Email address: Maiphuong9396@gmail.com
Phone number: (+84) 904400408
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



Kiến thức, kỹ năng chăm sóc của bà mẹ có trẻ bị tiêu chảy cấp dưới 5 tuổi tại khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa Đức Giang và một số yếu tố liên quan năm 2022

Lương Hà Mai Phương*, Nguyễn Lan Trang,
Chu Thị Yên, Nguyễn Thị Nhung, Nguyễn Thị Liễu

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 01/08/2023; Ngày duyệt đăng: 26/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kiến thức, kỹ năng chăm sóc của bà mẹ có trẻ bị tiêu chảy cấp dưới 5 tuổi và một số yếu tố liên quan tại khoa Nhi Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2022.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, trên 115 Bà mẹ có con dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy cấp đang điều trị tại khoa Nhi, được tiến hành từ tháng 03 – 9/2022 tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Kết quả: Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng về bệnh là 31,4%. Trong đó, kiến thức phát hiện dấu hiệu bất thường là cao nhất (87,7%); kiến thức về nguyên nhân gây bệnh thấp nhất là 26,1%; 57,8% các bà mẹ có kiến thức đúng về dinh dưỡng. Tỷ lệ bà mẹ có kỹ năng đúng về bệnh là 70,9%. Trong đó, có 79,1% các bà mẹ có kỹ năng đúng về sử dụng Oresol; 55,7% bà mẹ có chế độ dinh dưỡng đúng khi trẻ bị bệnh; 69,6% bà mẹ vệ sinh tay bằng xà phòng đúng thời điểm và 93,1% bà mẹ xử lý phân của trẻ đúng cách. Có mối liên quan giữa: Trình độ với kiến thức chung; giữa trình độ, nơi ở với kỹ năng chung. Kiến thức chung có mối liên quan với kỹ năng chung của bà mẹ về bệnh tiêu chảy cấp ($p < 0,05$).

Kết luận: Nghiên cứu chỉ ra rằng, tỷ lệ bà mẹ có kỹ năng đúng về bệnh ở mức trung bình nhưng tỷ lệ các bà mẹ có kiến thức đúng về bệnh tiêu chảy cấp là chưa cao. Vì vậy, cần tăng cường công tác truyền thông, giáo dục sức khỏe về bệnh tiêu chảy cấp cho các bà mẹ nhằm cung cấp những kiến thức về bệnh, chế độ nuôi dưỡng, chế độ vệ sinh và cách xử trí tại nhà khi trẻ bị bệnh.

Từ khóa: Kiến thức, kỹ năng chăm sóc, tiêu chảy cấp.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), bệnh tiêu chảy là nguyên nhân thứ hai gây tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi và là nguyên nhân gây tử vong cho khoảng 525 000 trẻ em mỗi năm. Tiêu chảy có thể kéo dài vài ngày và có thể khiến cơ thể thiếu nước và muối cần thiết cho sự sống [8]. Tại Việt Nam, trung bình trẻ dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy 2,2 đợt/năm và khoảng 1100 trẻ em dưới 5 tuổi tử vong [3]. Sự tăng trưởng, phát triển của trẻ ở giai đoạn dưới 5 tuổi phụ thuộc hoàn toàn vào chế độ ăn, kiến thức

kỹ năng chăm sóc trẻ và cách phòng chống bệnh tiêu chảy cấp của bà mẹ. Vì vậy, Việc nâng cao kiến thức, kỹ năng của người mẹ về bệnh tiêu chảy cấp có ảnh hưởng rất lớn tới hiệu quả điều trị, mức độ nặng cũng như sức khỏe của trẻ em [1], [6]. Tại khoa Nhi – Bệnh viện đa khoa Đức Giang có khoảng hơn 100 giường bệnh; Trong đó, 30% số giường bệnh dành cho điều trị tiêu chảy cấp. Thực tế này đặt ra câu hỏi kiến thức, kỹ năng chăm sóc của bà mẹ có trẻ bị tiêu chảy cấp dưới 5 tuổi tại khoa Nhi Bệnh viện như thế nào? và những yếu tố nào liên quan đến kiến thức, kỹ năng chăm sóc với

*Tác giả liên hệ

Email: Maiphuong9396@gmail.com

Điện thoại: (+84) 904400408

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

kết quả điều trị, chăm sóc trẻ bị tiêu chảy? Nhằm cung cấp các bằng chứng khoa học, nâng cao hiệu quả trong điều trị. Xuất phát từ thực tế nêu trên, chúng tôi nghiên cứu đề tài: “Kiến thức, kỹ năng chăm sóc của bà mẹ có trẻ bị tiêu chảy cấp dưới 5 tuổi tại khoa Nhi Bệnh viện đa khoa Đức Giang và một số yếu tố liên quan” với 2 mục tiêu:

- Khảo sát kiến thức, kỹ năng chăm sóc của bà mẹ có trẻ bị TCC dưới 5 tuổi điều trị tại khoa Nhi Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2022.

- Nhận xét một số yếu tố liên quan đến kiến thức, kỹ năng với kết quả điều trị, chăm sóc trẻ bị tiêu chảy cấp dưới 5 tuổi của các bà mẹ.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bà mẹ có con dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy cấp đang được điều trị tại khoa Nhi Bệnh viện đa khoa Đức Giang. Ngoại trừ: (i) Bà mẹ không trực tiếp nuôi và chăm sóc con, (ii) Bà mẹ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ tháng 03 – 09/2022 tại khoa Nhi - Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Công thức tính cỡ mẫu:

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

Trong đó:

- n: Số bà mẹ có con dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy cấp cần nghiên cứu

- $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ (khoảng tin cậy 95%)

- $\alpha = 0,05$

- d: sai số cho phép là 0,1

- Tỷ lệ p = 0,545% (theo của Phan Trang Nhã (2021) [6])

Như vậy, cỡ mẫu sẽ là n = 96. Vì ước lượng sẽ có khoảng 10% không tham gia nghiên cứu. Thực tế có 115 đối tượng đủ tiêu chuẩn chọn đã tham gia trong nghiên cứu.

Cách chọn mẫu ngẫu nhiên có hệ thống.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Sử dụng bộ câu hỏi (phiếu phỏng vấn) đã được thiết kế sẵn phù hợp với mục tiêu nghiên cứu, dựa vào bộ công cụ của nhiều nghiên cứu trước đây đã sử dụng như nghiên cứu Nguyễn Đức Hùng [3], Phan Trang Nhã (2021) [6].

Số liệu thu thập bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp các bà mẹ có con dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy cấp, các thông tin thu thập được đánh dấu vào phiếu phỏng vấn, hỏi đến đâu ghi vào phiếu điều tra đến đó để tránh nhầm lẫn, điều tra viên kiểm tra lại toàn bộ phiếu phỏng vấn để hoàn thiện bộ công cụ tránh bỏ sót.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được tổng hợp, làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0. Mức điểm Đánh giá kiến thức của bà mẹ về bệnh tiêu chảy (gồm 5 câu mỗi câu 2 điểm): Bà mẹ được đánh giá là có kiến thức đúng khi đạt ≥ 5 điểm và chưa đúng khi đạt < 5 điểm. Đánh giá kỹ năng của bà mẹ về chăm sóc trẻ khi bị tiêu chảy cấp (gồm 4 câu mỗi câu 2 điểm): Kỹ năng đúng ≥ 4 điểm và chưa đúng < 4 điểm.

3. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

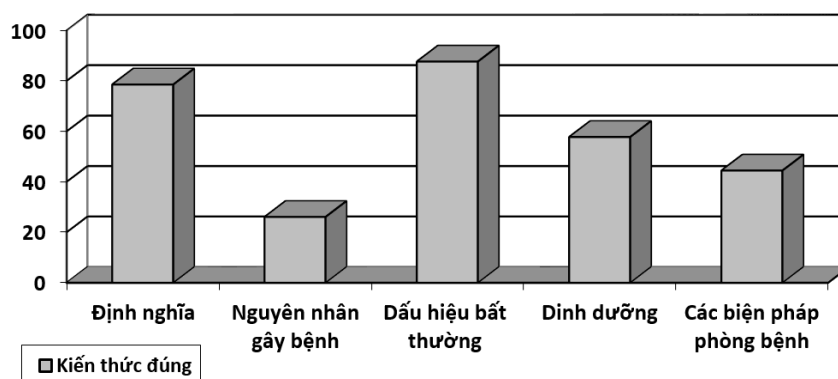
Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm | Phân loại | Số bà mẹ (n = 115) | Tỷ lệ% |
|------------------|-------------------|--------------------|--------|
| Tuổi | ≤ 30 tuổi | 20 | 17,3 |
| | Trên 30 tuổi | 95 | 82,7 |
| Trình độ học vấn | \leq THPT | 22 | 19,4 |
| | Trên THPT | 93 | 80,6 |
| Nơi ở | Nông thôn | 37 | 32,0 |
| | Thành thị | 78 | 68,0 |
| Thu nhập | \leq Trung bình | 21 | 18,7 |
| | $>$ Trung bình | 94 | 81,3 |

Nhận xét: Kết quả cho thấy các bà mẹ có nhóm tuổi trên 30 tuổi chiếm 82,7%. Trình độ học vấn trên trung học phổ thông là 80,6%. Khoảng 2/3 số các bà mẹ ở thành thị chiếm tỷ lệ 68,0%. Các bà mẹ có mức thu nhập trung bình là 81,3%.

3.2. Kiến thức, kỹ năng của bà mẹ có con dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy cấp

Biểu đồ 1. Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức về bệnh tiêu chảy cấp



Nhận xét: Các bà mẹ có kiến thức phát hiện dấu hiệu bất thường là cao nhất chiếm 87,7%; Kiến thức về nguyên nhân gây bệnh thấp nhất là 26,1%; 57,8% các bà mẹ có kiến thức đúng về dinh dưỡng.

Bảng 2. Kỹ năng về bệnh tiêu chảy cấp

| Nội dung | | Số bà mẹ (n = 115) | Tỷ lệ% |
|---------------------------------|-----------|--------------------|--------|
| Pha và sử dụng dung dịch Oresol | Đúng | 91 | 79,1 |
| | Chưa đúng | 24 | 20,8 |
| Chế độ dinh dưỡng | Đúng | 64 | 55,7 |
| | Chưa đúng | 51 | 44,3 |
| Vệ sinh tay bằng xà phòng | Đúng | 80 | 69,6 |
| | Chưa đúng | 35 | 30,4 |
| Xử lý phân | Đúng | 107 | 93,1 |
| | Chưa đúng | 8 | 6,9 |

Nhận xét: Có 79,1% các bà mẹ có kỹ năng đúng về sử dụng Oresol; 55,7% bà mẹ có chế độ dinh dưỡng đúng khi trẻ bị bệnh; 69,6% bà mẹ vệ sinh tay bằng xà phòng đúng thời điểm và 93,1% bà mẹ xử lý phân của trẻ đúng cách.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, kỹ năng của bà mẹ có con dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy cấp

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm chung với kiến thức chung

| Các đặc điểm | | Kiến thức chung | | OR | 95% CI | p |
|--------------|--------------|-----------------|------|------|------------|---------|
| | | Chưa đúng | Đúng | | | |
| Tuổi | ≤ 30 tuổi | 16 | 4 | 1,51 | 0,46-4,90 | 0,45 |
| | Trên 30 tuổi | 69 | 26 | | | |
| Trình độ | ≤ THPT | 20 | 2 | 5,78 | 1,27-26,18 | < 0,001 |
| | Trên THPT | 59 | 34 | | | |
| Nơi ở | Nông thôn | 56 | 22 | 1,51 | 0,68-3,5 | 0,70 |
| | Thành thị | 23 | 14 | | | |

| | | | | | | |
|----------|--------------|----|----|------|-----------|------|
| Thu nhập | ≤ Trung bình | 18 | 4 | 2,48 | 0,77-7,92 | 0,12 |
| | > Trung bình | 60 | 33 | | | |

Nhận xét: Phân tích cho thấy bà mẹ có trình độ ≤ THPT mẹ có trình độ trên THPT (95%CI: 1,27-26,18, p<0,01). có tỷ lệ kiến thức chưa đúng cao gấp 5,78 lần so với bà

Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm chung với kỹ năng chung

| Đặc điểm của bà mẹ | | Kỹ năng chung | | OR | 95% CI | p |
|--------------------|--------------|---------------|------|------|------------|------|
| | | Chưa đúng | Đúng | | | |
| Tuổi | ≤ 30 tuổi | 4 | 16 | 0,94 | 0,28-3,12 | 0,64 |
| | Trên 30 tuổi | 20 | 75 | | | |
| Trình độ | ≤ THPT | 9 | 13 | 3,6 | 1,31-9,92 | 0,04 |
| | Trên THPT | 15 | 78 | | | |
| Nơi ở | Nông thôn | 21 | 57 | 4,18 | 1,16-15,05 | 0,02 |
| | Thành thị | 3 | 34 | | | |
| Thu nhập | ≤ Trung bình | 13 | 8 | 2,39 | 0,91-6,33 | 0,37 |
| | > Trung bình | 38 | 56 | | | |

Nhận xét: Kết quả cho thấy bà mẹ có trình độ ≤ THPT có tỷ lệ kiến thức chưa đúng cao gấp 4,18 lần so với bà mẹ có trình độ trên THPT (95%CI: 1,31-9,92, p = 0,04); Các bà mẹ ở nông thôn có kỹ năng chung chưa đúng cao hơn 3,6 lần so với bà mẹ ở thành thị (95%CI: 1,16-15,05, p = 0,02).

Bảng 5. Mối liên quan giữa kiến thức chung và kỹ năng chung

| Kiến thức chung | Kỹ năng chung | | OR | 95% CI | p |
|-----------------|---------------|------|------|------------|--------|
| | Chưa đúng | Đúng | | | |
| Chưa đúng | 29 | 50 | 4,64 | 1,49-14,44 | <0,001 |
| Đúng | 4 | 32 | | | |

Nhận xét: Có mối liên quan giữa kiến thức chung và kỹ năng chung của bà mẹ về bệnh tiêu chảy cấp (p<0,001). Trong đó, những bà mẹ có kiến thức chung chưa đúng thì kỹ năng chung chưa đúng cao gấp 4,64 lần bà mẹ có kiến thức chung đúng (95%CI: 1,49-14,44).

4. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức, kỹ năng của bà mẹ có con dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy cấp

Qua nghiên cứu trên 115 bà mẹ có con bị tiêu chảy cấp kết quả như sau: có 78,7% các bà mẹ trả lời đúng định nghĩa về bệnh tiêu chảy cấp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Đỗ Thị Kim Chi (18,9%) [1] và Nguyễn Đức Hùng (68,70%) [3] nhưng tương đồng nghiên cứu của Yasmin Mumtaz và cộng sự (71,0%) [7]. Nghiên cứu này được thực hiện tại Hà Nội là một thành phố lớn, trình độ học vấn tương đối

cao so với các khu vực khác (trên THPT: 80,6%) nhờ đó khả năng tiếp nhận các thông tin về sức khỏe từ nhiều nguồn khác nhau của các bà mẹ có thể tốt hơn. Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng về chế độ dinh dưỡng khi trẻ bị tiêu chảy cấp là 57,8%; tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Đức Hùng [3]. Dinh dưỡng đầy đủ, đặc biệt với những trẻ đang ăn sam hoặc đang ăn các loại thức ăn đặc. Cung cấp đầy đủ dinh dưỡng cho trẻ nhằm tránh cho trẻ suy dinh dưỡng cũng là tăng sức đề kháng giúp trẻ nhanh khỏi bệnh. Khuyến khích bà mẹ cho trẻ ăn tăng thêm bữa sau khi trẻ khỏi bệnh trong vòng 2 tuần. Tuy nhiên, chỉ có 26,1% các bà mẹ trả lời đúng nguyên nhân gây bệnh tiêu chảy cấp cho trẻ, đây là kiến thức rất quan trọng trong việc phòng tránh bệnh cho trẻ cần được lưu ý thêm. Vì vậy, công tác truyền thông nâng cao kiến thức cho các bà mẹ cần được thực hiện thường xuyên và liên tục hơn nữa.

Tỷ lệ bà mẹ có kỹ năng đúng về bệnh tiêu chảy cấp là 70,9%. Nhiều chuyên gia đã khuyến cáo, cách pha và sử dụng đúng cách dung dịch Oresol là một yếu tố thiết yếu

để phòng mất nước cho trẻ [2]. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng, có 79,1% các bà mẹ làm đúng điều này. Kết quả của chúng tôi cao hơn của Đỗ Thị Kim Chi (39,6%) [1] nhưng tương đồng với kết quả của Phan Thị Bích Ngọc và cộng sự (89,4%) [5]. Tại khoa Nhi – BVĐK Đức Giang khi điều trị người bệnh tiêu chảy cấp việc hướng dẫn mẹ trẻ cách pha Orsesol để bù dịch cho trẻ trong thời gian trẻ nằm viện là điều bắt buộc không thể bỏ qua. Cùng với đó, một trong những biện pháp hữu hiệu để phòng tiêu chảy cấp ở trẻ em là rửa tay bằng xà phòng. Theo điều tra, tỷ lệ thời điểm rửa tay bằng xà phòng của bà mẹ là 69,6%. Tỷ lệ này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Đức Hùng có 58,1% [3].

4.2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, kỹ năng của bà mẹ có con dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy cấp

Nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa trình độ học vấn với kiến thức chung về bệnh tiêu chảy cấp, kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả của Đỗ Thị Kim Chi [1]. Trình độ học vấn của các bà mẹ là một trong những yếu tố quyết định trong quá trình chăm sóc trẻ. Những bà mẹ có trình độ học vấn cao sẽ biết chọn lọc những thông tin chính xác hơn, biết khai thác các thông tin từ những địa chỉ tin cậy và dễ dàng tiếp cận với các thông tin về bệnh cũng như biết cách chăm sóc trẻ tốt nhất.

Các bà mẹ có học vấn \leq THPT có tỷ lệ kỹ năng chưa đúng cao gấp 3,6 lần so với bà mẹ có học vấn trên THPT và Bà mẹ ở nông thôn có kỹ năng không đúng cao gấp 4,18 lần so với bà mẹ ở thành thị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Huỳnh Thúy Hằng [2]. Điều này cho thấy nhân viên y tế cần có nhiều sự quan tâm, hướng dẫn phù hợp với từng từng nhóm đối tượng (các bà mẹ) khác nhau. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, những bà mẹ có kiến thức chung chưa đúng thì kỹ năng chung chưa đúng cao gấp 4,6 lần bà mẹ có kiến thức chung đúng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả của Nguyễn Thị Hiền [4]. Khi các bà mẹ được trang bị kiến thức tốt sẽ giảm được tình trạng nhập viện của trẻ mắc tiêu chảy cấp.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu trên 115 các bà mẹ có trẻ bị tiêu chảy cấp dưới 5 tuổi tại khoa nhi BVĐK Đức Giang năm 2022 như sau: Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng về bệnh là 31,4%. Bà mẹ có kiến thức phát hiện dấu hiệu bất thường là 87,7%; kiến thức về nguyên nhân gây bệnh thấp là 26,1%; 57,8% các bà mẹ có kiến thức đúng về dinh dưỡng. Tỷ lệ bà mẹ có kỹ năng đúng về bệnh là 70,9%; 79,1% các bà mẹ có kỹ năng đúng về sử dụng Oresol; 55,7% bà mẹ có chế độ dinh dưỡng đúng khi trẻ bị bệnh; 69,6% bà mẹ vệ sinh tay bằng xà phòng đúng thời điểm và 93,1% bà mẹ xử lý phân của trẻ đúng cách. Có mối liên quan giữa: Trình độ với kiến thức chung;

giữa trình độ, nơi ở với kỹ năng chung. Kiến thức chung có mối liên quan với kỹ năng chung của bà mẹ về bệnh tiêu chảy cấp ($p < 0,05$).

Từ kết quả nghiên cứu, cần phát huy hơn nữa vai trò của nhân viên y tế trong công tác chăm sóc, truyền thông để các bà mẹ hiểu hơn về bệnh tiêu chảy cấp những kiến thức và các kỹ năng xử trí về bệnh, đặc biệt là các bà mẹ có trình độ học vấn \leq THPT và các đối tượng sinh sống ở vùng nông thôn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Đỗ Thị Kim Chi, Mô tả kiến thức về bệnh tiêu chảy cấp của các bà mẹ có con bị tiêu chảy cấp đang điều trị tại khoa Nhi Bệnh viện Bạch Mai năm 2013, khóa luận tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng, Trường Đại học Y Hà Nội, 2013.
- [2] Huỳnh Thúy Hằng, Lê Mộng Thúy, Trương Thanh Hùng, Khảo sát kiến thức, thái độ, kỹ năng sử dụng Oresol của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi bị bệnh tiêu chảy cấp nhập viện khoa CC-HST-C&CD Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau, Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau, 2015.
- [3] Nguyễn Đức Hùng, Thực trạng bệnh tiêu chảy cấp ở trẻ dưới 5 tuổi và kiến thức, thực hành của bà mẹ tại Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2013, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, 2013.
- [4] Nguyễn Thị Hiền, Lê Hoàng Em, Đặng Thị Bảo Vi, Khảo sát kiến thức, thái độ và hành vi về bệnh tiêu chảy của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi bị tiêu chảy tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện Sản – Nhi Cà Mau, Bệnh viện Sản-Nhi Cà Mau, 2014.
- [5] Phan Thị Bích Ngọc, Phạm Văn Nhu, Nghiên cứu tình hình tiêu chảy ở trẻ em dưới 5 tuổi tại xã Nghĩa An huyện Tư Nghĩa, tỉnh Quảng Ngãi năm 2017, Tạp chí Y học thực hành, 644 + 645 (2), 2017, 1 - 4.
- [6] Phan Trang Nhã, Kết quả chăm sóc, điều trị bệnh nhi tiêu chảy cấp dưới 5 tuổi và một số yếu tố liên quan tại khoa Tiêu hóa Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2020, Luận văn thạc sĩ Điều Dưỡng, Trường Đại học Thăng Long, 2021.
- [7] Yasmin Mumtaz et al., Knowledge Attitude and Practices of Mothers about Diarrhea in Children under 5 years. Journal of the Dow University of Health Sciences Karachi, Vol. 8 (1), 2014, pp.3-6.
- [8] WHO, Diarrhoeal Disease. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>, 2013.

THE CURRENT STATUS OF KNOWLEDGE AND SKILL IN SELF-INJECTION OF INSULIN OF TYPE 2 DIABETES INPATIENTS AT THE INTERNAL DEPARTMENT OF DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2021

Nguyen Thi Thuy Lan*, Tran Thi Oanh,
Nguyen Thi Thai Ha, Nguyen Thi Huong, Nguyen Thi Thuy Duong

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 29/07/2023; Accepted: 25/08/2023

ABSTRACT

Background and objective: The issue of self-injection of Insulin in patients with type 2 diabetes is always a special concern of clinicians because the percentage of patients with low knowledge about Insulin self-injection. We conducted the study: "The current status of knowledge and skills in self-injection of Insulin of type 2 diabetics inpatient treatment at the Internal department of Duc Giang General Hospital" with two objectives: Knowledge and skills of self-injecting Insulin of patients and describe some factors related to knowledge and skills of self-injecting Insulin.

Subject and method:

Study design: Cross-sectional description.

Subjects: Patients with type 2 diabetes, indicated for Insulin injection, 18 years of age or older, inpatient treatment from April 1, 2021 to October 15, 2021.

Results and conclusion: 70 patients were included the study, mean age 62.80 ± 11.7 , mean Insulin injection time 6.86 ± 6.28 years. Percentage of patients who do not know how to store opened Insulin vials: 74.1%; do not record the date of opening the vial: 90%. About the knowledge of Insulin injection sites: 100% of patients understand the injection site, 98.6% understand the rotation of injection sites. About side effects when injecting Insulin: 74.3% of patients had knowledge that the side effect was hypoglycemia. About practice: Ensuring sterility before and after injection reached 91.4%; using the right needle: 84.3%; get enough Insulin doses: 87.1%. Factors related to Insulin self-injection skills: Gender (male) and knowledge score ≥ 18 points are factors related to better Insulin injection technique ($p < 0.05$).

Keywords: Knowledge, skills, self-injection of Insulin, type 2 diabetes, Duc Giang General Hospital.

*Corresponding author
Email address: lanbvdg@gmail.com
Phone number: (+84) 948751980
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VÀ KỸ NĂNG TỰ TIÊM INSULIN CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE2 ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI KHOA NỘI TỔNG HỢP BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2021

Nguyễn Thị Thúy Lan*, Trần Thị Oanh,
Nguyễn Thị Thái Hà, Nguyễn Thị Hương, Nguyễn Thị Thùy Dương

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 29/07/2023; Ngày duyệt đăng: 25/08/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề và mục tiêu: Vấn đề tự tiêm Insulin ở người bệnh đái tháo đường type 2 luôn là mối quan tâm đặc biệt của các bác sĩ lâm sàng bởi tỉ lệ người bệnh có kiến thức về tự tiêm Insulin chưa cao, tỉ lệ người bệnh tự tiêm đúng kỹ thuật vẫn còn thấp. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Thực trạng kiến thức và kỹ năng tự tiêm Insulin của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị nội trú tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện đa khoa Đức Giang” với 2 mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức và kỹ năng tự tiêm Insulin của người bệnh và mô tả một số yếu tố liên quan kiến thức và kỹ năng tự tiêm Insulin.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Đối tượng: Người bệnh 18 tuổi trở đái tháo đường type 2, có chỉ định tiêm Insulin, điều trị nội trú tại khoa Nội tổng hợp từ 1/4/2021 đến 15/10/2021.

Kết quả và kết luận: 70 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình $62,80 \pm 11,7$, thời gian tiêm Insulin trung bình $6,86 \pm 6,28$ năm. Thực trạng tự tiêm Insulin của người bệnh: Tỉ lệ bệnh nhân chưa biết cách bảo quản lọ thuốc Insulin đã mở nắp: 74,1%; không ghi lại ngày mở lọ thuốc: 90%. Về kiến thức vị trí tiêm Insulin: 100% hiểu rõ vị trí tiêm ở vùng bụng, 98,6% hiểu rõ luân chuyển vị trí tiêm. Về tác dụng phụ khi tiêm Insulin: 74,3% hiểu biết tác dụng phụ là hạ đường huyết. Về thực hành tiêm: Đảm bảo vô khuẩn trước và sau tiêm đạt 91,4%; dùng đúng kim: 84,3%; lấy đủ lượng thuốc 87,1%. Yếu tố liên quan đến kỹ năng tự tiêm Insulin: Giới tính (nam) và điểm kiến thức ≥ 18 điểm là những yếu tố liên quan đến kỹ thuật tiêm Insulin tốt hơn ($p < 0,05$).

Từ khóa: Kiến thức, kĩ năng, tự tiêm Insulin, đái tháo đường type 2, Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (tiểu đường) là một bệnh nội tiết chuyển hóa và là một bệnh không lây nhiễm phổ biến nhất trên toàn cầu. Bệnh thường gây nhiều biến chứng cấp và mạn tính dẫn đến tử vong hoặc tàn phế cho người

bệnh, đặc biệt ở những bệnh nhân không kiểm soát được đường máu.

Vấn đề tự tiêm Insulin ở người bệnh đái tháo đường type 2 luôn là mối quan tâm đặc biệt của các bác sĩ lâm sàng bởi tỉ lệ người bệnh có kiến thức về tự tiêm Insulin

*Tác giả liên hệ
Email: lanbvdg@gmail.com
Điện thoại: (+84) 948751980
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

chưa cao, tỉ lệ người bệnh tự tiêm đúng kỹ thuật vẫn còn thấp, ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Theo Nguyễn Thị Huyền Trang thực hiện tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2020 trên 34 người bệnh đái tháo đường type 2 hạ đường huyết nhập viện cho thấy tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều tiêm Insulin sai kỹ thuật, có 41,4% số bệnh nhân tiêm sai liều thuốc [1]. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “*Thực trạng kiến thức và kỹ năng tự tiêm Insulin của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị nội trú tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện đa khoa Đức Giang*” với 2 mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức và kỹ năng tự tiêm Insulin của người bệnh đái tháo đường type 2 và mô tả một số yếu tố liên quan kiến thức và kỹ năng tự tiêm Insulin của người bệnh.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị nội trú tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện đa khoa Đức Giang. Tiêu chuẩn lựa chọn là các bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, có chỉ định sử dụng Insulin.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, bệnh nhân được phỏng vấn trực tiếp thông qua bộ câu hỏi nghiên cứu, kiểm tra kỹ thuật tiêm của người bệnh tại lần tiêm đầu tiên khi vào viện, hoặc trong lần tiêm Insulin ở thời điểm khi bệnh nhân hết tình trạng hạ đường huyết (nếu bệnh nhân vào viện vì hạ đường huyết)

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện, ít nhất 30 bệnh nhân. Khảo sát tất cả bệnh nhân vào viện nội trú tại khoa Nội tổng hợp từ 01/04/2021 đến hết 15/10/2021.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Đặc điểm tuổi và thời gian mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.1. Đặc điểm chung nhóm đối tượng nghiên cứu

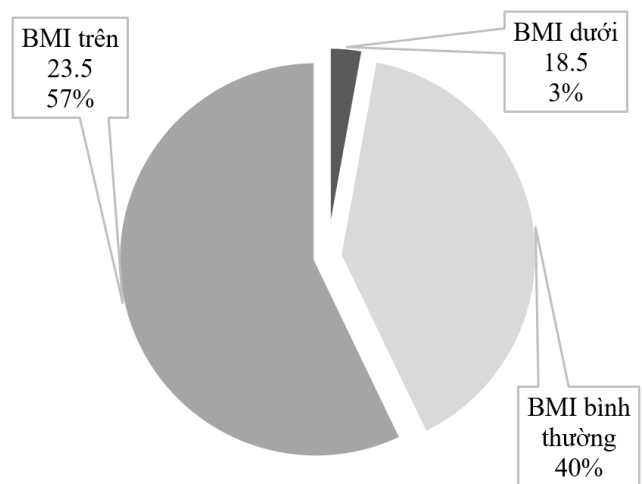
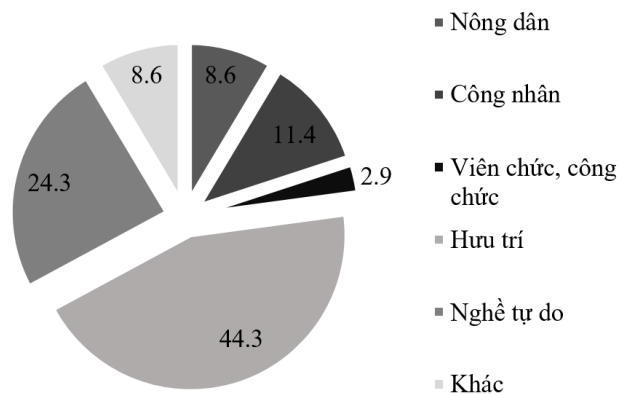
| Đặc điểm | Tổng số |
|---|--------------|
| n (người) | 70 |
| Tuổi (năm) (thấp nhất 20, cao nhất 82 tuổi) | 62,80 ± 11,7 |
| Thời gian mắc bệnh (năm) (thấp nhất: 1, cao nhất 31) | 11,43 ± 7,22 |
| Thời gian tiêm Insulin trung bình (năm) | 6,86 ± 6,28 |

Hình 3.1. Tỉ lệ giới tính của BN nghiên cứu



Nhận xét: Tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu 70 bệnh nhân, tuổi trung bình: 62,80 ± 11,87. Bệnh nhân cao tuổi nhất là 82 tuổi và ít tuổi nhất là 20 tuổi, đa phần là giới tính nữ chiếm 64,4%.

Hình 3.2 và 3.3. Đặc điểm nghề nghiệp và BMI nhóm bệnh nhân nghiên cứu



Nhận xét: Bệnh nhân thuộc nhóm hưu trí chiếm 44,3%. Phần lớn bệnh nhân có BMI từ 23,5 trở lên.

Bảng 3.2. Đặc điểm lý do phải nhập viện của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

| Phân nhóm tuổi và lý do nhập viện | | Số BN | Tỉ lệ% | Đường máu vào viện (mmol/L) | HbA1c (%) |
|-----------------------------------|----------------|-------|--------|-----------------------------|--------------|
| Tuổi ≤ 55 | Hạ đường máu | 1 | 1,4 | 4,5 | 9 |
| | Tăng đường máu | 12 | 17,2 | 15,67 ± 2,15 | 11,18 ± 3,02 |
| Tuổi >55 | Hạ đường máu | 4 | 5,7 | 2,65 ± 1,06 | 6,72 ± 0,89 |
| | Tăng đường máu | 53 | 75,7 | 13,44 ± 3,01 | 10,47 ± 1,92 |

Nhận xét: Bệnh nhân phải nhập viện chủ yếu do rối loạn đường huyết. Chỉ số đường huyết của nhóm bệnh nhân ≤ 55 tuổi cao hơn so với nhóm bệnh nhân trên 55 tuổi tại thời điểm nhập viện.

Bảng 3.3. Thực trạng kiến thức tiêm Insulin của bệnh nhân trong nghiên cứu

| Nội dung | Nắm được kiến thức | | Chưa nắm được kiến thức | |
|--|--------------------|------|-------------------------|------|
| | n | % | n | % |
| Hiểu biết về cách bảo quản Insulin | | | | |
| Lọ thuốc Insulin chưa mở nắp phải được bảo quản trong ngăn mát tủ lạnh | 61 | 87,1 | 9 | 12,9 |
| Lọ thuốc Insulin đã mở nắp bảo quản ở nhiệt độ phòng (tránh ánh sáng mặt trời) | 20 | 28,6 | 50 | 71,4 |
| Một lọ thuốc mở nắp dùng bao lâu | 40 | 57,1 | 30 | 42,9 |
| Ghi lại ngày đầu tiên mở lọ Insulin | 7 | 10,0 | 63 | 90,0 |
| Hiểu biết về vị trí tiêm Insulin | | | | |
| Thuốc Insulin có thể tiêm ở vùng bụng | 70 | 100 | | |
| Thuốc Insulin có thể tiêm ở vùng đùi | 53 | 75,7 | 17 | 24,3 |
| Thuốc Insulin có thể tiêm ở vùng cánh tay | 62 | 88,6 | 8 | 11,4 |
| Thuốc Insulin có thể tiêm ở vùng mông | 17 | 24,3 | 53 | 75,7 |
| Không biết vị trí tiêm | 0 | | | |
| Nên luân chuyển vị trí tiêm thuốc Insulin | 69 | 98,6 | 1 | 1,4 |
| Hiểu biết về tác dụng phụ khi tiêm Insulin | | | | |
| Hạ đường huyết | 52 | 74,3 | 18 | 25,7 |
| Dị ứng, ngứa ở chỗ tiêm | 12 | 17,1 | 58 | 82,9 |
| Loạn dưỡng mỡ | 14 | 20 | 56 | 80 |

Nhận xét: Hầu hết người bệnh đều biết lọ thuốc chưa mở nắp cần bảo quản trong ngăn mát tủ lạnh (87,1%). Tuy nhiên chỉ 57,1% biết thời gian sử dụng của 1 lọ

thuốc khi đã mở nắp. Về vị trí tiêm Insulin, 100% người bệnh biết vị trí tiêm ở vùng bụng, vùng cánh tay chiếm 88,6%.

Bảng 3.4. Kỹ năng thực hành tiêm Insulin của người bệnh trong nghiên cứu

| Nội dung | Nắm được kiến thức | | Chưa nắm được kiến thức | |
|---|--------------------|------|-------------------------|------|
| | n | % | n | % |
| Kỹ thuật vô khuẩn trong khi tiêm | | | | |
| Rửa tay sạch bằng xà phòng trước mỗi lần tiêm Insulin | 58 | 82,9 | 12 | 17,1 |
| Sát trùng nắp lọ thuốc khi lấy thuốc | 37 | 52,9 | 33 | 47,1 |
| Sát trùng vị trí tiêm trước tiêm | 64 | 91,4 | 6 | 8,6 |
| Sát trùng vị trí tiêm sau tiêm | 64 | 91,4 | 6 | 8,6 |
| Dùng lại bơm kim tiêm | 51 | 72,9 | 19 | 27,1 |
| Kỹ thuật tiêm | | | | |
| Chọn đúng cặp kim tiêm – lọ thuốc | 59 | 84,3 | 11 | 15,7 |
| Lăn lọ thuốc trước khi tiêm | 48 | 68,6 | 22 | 31,4 |
| Lấy lượng khí bằng lượng thuốc cần tiêm, bơm khí vào trong lọ | 35 | 50 | 35 | 50 |
| Lấy đủ lượng thuốc tiêm | 61 | 87,1 | 9 | 12,9 |
| Kiểm tra bọt khí, rút kim khỏi lọ thuốc | 50 | 71,4 | 20 | 28,6 |
| Véo da trong khi tiêm | 46 | 65,7 | 24 | 34,3 |
| Đâm kim đúng góc | 57 | 81,4 | 13 | 18,1 |
| Bơm hết thuốc | 70 | 100 | 0 | 0 |

Nhận xét: Đảm bảo vô khuẩn vị trí tiêm trước và sau tiêm đạt 91,4%. Tuy nhiên có tới 72,9% bệnh nhân dùng lại bơm kim tiêm đã sử dụng của mình. Về kỹ thuật tiêm,

Hầu hết người bệnh dùng đúng kim 84,3%, lấy đủ lượng thuốc 87,1%, đâm kim đúng góc 81,4% .

Bảng 3.5. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức và kỹ năng tự tiêm Insulin

| Yếu tố liên quan đến kiến thức tự tiêm Insulin | Điểm kiến thức Insulin < 18 điểm N= 41 | | Điểm kiến thức Insulin ≥ 18 điểm N=29 | | P |
|--|---|------|--|------|--------|
| | Số BN | % | Số BN | % | |
| Giới (nam) | 13 | 31,7 | 12 | 41,4 | >0,05 |
| Tuổi ≤ 55 | 4 | 9,8 | 9 | 31,0 | < 0,05 |
| Học vấn trên THPT | 17 | 41,5 | 20 | 69,0 | < 0,05 |
| Thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm | 33 | 80,5 | 23 | 79,3 | >0,05 |
| Thời gian tiêm Insulin < 1 năm | 6 | 14,6 | 6 | 20,7 | >0,05 |
| Yếu tố liên quan đến thực hành tiêm Insulin | Điểm thực hành tiêm Insulin < 5 điểm N=9 | | Điểm thực hành tiêm Insulin ≥ 5 điểm N=61 | | P |
| Giới (nam) | 6 | 66,7 | 19 | 31,1 | |
| Tuổi > 55 | 7 | 77,8 | 50 | 82,2 | >0,05 |
| Thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm | 6 | 66,7 | 50 | 82,0 | >0,05 |
| Thời gian tiêm Insulin < 1 năm | 2 | 22,2 | 10 | 16,4 | >0,05 |
| Kiến thức Insulin < 18 điểm | 8 | 88,9 | 33 | 54,1 | < 0,05 |

Nhận xét: Học vấn là yếu tố có ảnh hưởng đến kiến thức Insulin tốt (Điểm kiến thức Insulin ≥ 18 điểm): nhóm bệnh nhân học vấn trên THPT có tỉ lệ điểm kiến thức tốt cao hơn

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi $62,8 \pm 11,87$ tuổi, tỉ lệ nữ chiếm 64,4%, ghi nhận có trường hợp tuổi thấp nhất là 20 tuổi và tuổi cao nhất là 82 tuổi. Đa số bệnh nhân thuộc nhóm tuổi trên 55 tuổi, chiếm tỉ lệ 81,4%, nhóm bệnh nhân ≤ 55 tuổi chiếm tỉ lệ 18,6%. Về tuổi, kết quả của chúng tôi tương đồng độ tuổi nghiên cứu của tác giả Vũ Thùy Linh thực hiện năm 2020 tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội ($60,91 \pm 12,65$) [2]. Có thể thấy nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi và các đồng nghiệp chủ yếu người bệnh đều là những người lớn tuổi, thường có kèm theo các bệnh lý mãn tính khác và khả năng ghi nhớ cũng như kỹ năng thực hành tiêm thuốc sẽ hạn chế hơn so với nhóm bệnh nhân có tuổi trẻ hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân hưu trí chiếm tỉ lệ 44,3% cao hơn tỉ lệ này trong nghiên cứu của Đặng Thị Hân thực hiện tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định 29,9% [4]. 57,1% số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là thừa cân, béo phì.

Thời gian mắc bệnh trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi $11,43 \pm 7,22$ năm (thấp nhất: 1 năm, cao nhất 31 năm), kết quả này tương đồng kết quả của Vũ Thùy Linh thực hiện năm 2020 tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội ($10,95 \pm 8,1$ năm, thấp nhất: 1 tháng, cao nhất 35 năm) [2], thời gian mắc bệnh trung bình trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Hân $9,2 \pm 5,3$ [3]. Tỉ lệ mắc bệnh trên 10 năm trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 61,4%. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Phùng Văn Lợi thực hiện tại bệnh viện trung ương Thái Nguyên số bệnh nhân mắc bệnh trên 10 năm chiếm tỉ lệ 62,4% [5].

4.2. Kiến thức và kỹ năng tiêm Insulin của người bệnh đái tháo đường

4.2.1. Về kiến thức bảo quản Insulin

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 87,1% người bệnh có kiến thức đúng về cách bảo quản lọ thuốc Insulin chưa

mở nắp trong ngăn mát tủ lạnh. Tuy nhiên, còn 28,7% người bệnh chưa biết rằng lọ thuốc Insulin đã mở nắp (đang sử dụng) bảo quản ở nhiệt độ phòng. Chúng tôi nhận thấy còn nhiều người bệnh có thói quen bảo quản lọ thuốc đang sử dụng trong ngăn mát tủ lạnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả báo cáo khảo sát, đánh giá việc tiêm Insulin ở người bệnh điều trị ngoại trú tại bệnh viện quận Tân Phú. Có 57,1% bệnh nhân quan tâm lọ thuốc sử dụng được bao lâu, nhưng chỉ có 10% có thói quen ghi lại ngày mở nắp. Kết quả này tương đồng với kết quả của bệnh viện Tân Phú (người bệnh có ghi ngày đầu tiên mở lọ chiếm 9,5%) [6]. Việc không ghi lại ngày mở nắp có thể sẽ ảnh hưởng đến chất lượng thuốc khi dùng quá 4 tuần theo khuyến cáo của nhà sản xuất. Điều này dẫn đến việc mất kiểm soát đường máu ở bệnh nhân đái tháo đường.

4.2.2. Kiến thức về vị trí tiêm Insulin:

Bệnh nhân thường biết đến vị trí tiêm là vùng bụng (100%), tiếp đến là vùng cánh tay (88,6%) và vùng đùi (75,7%). Vị trí vùng mông ít được lựa chọn hơn (24,3%). Kết quả này tương đồng kết quả trong nghiên cứu của Đặng Thị Hân với lần lượt các vị trí được biết đến là: vùng bụng 100%, vùng đùi 97,4% [4].

Theo khuyến cáo của các chuyên gia, việc luân chuyển vị trí tiêm Insulin có ý nghĩa rất quan trọng trong việc nâng cao hiệu quả điều trị đái tháo đường. Việc quản lý khám theo hẹn giờ và thường xuyên tổ chức sinh hoạt chuyên đề dành cho người bệnh đái tháo đường của khoa chúng tôi đã giúp bệnh nhân nắm bắt được vị trí tiêm và thực hành tốt việc luân chuyển vị trí tiêm.

4.2.3. Kiến thức về tác dụng phụ khi tiêm Insulin

Đã có 73,4% người bệnh biết khi tiêm Insulin có thể gây ra tác dụng phụ hạ đường huyết, trong khi đó chỉ có 20% bệnh nhân biết có tác dụng phụ loạn dưỡng nơi tiêm. Đây là các bệnh nhân đã có loạn dưỡng nên biết đến tác dụng phụ này. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian tiêm Insulin trung bình là 6,86 năm, đây là thời gian khá dài, tuy nhiên số bệnh nhân loạn dưỡng không nhiều. Điều đó một phần nói lên việc bệnh nhân thực hiện luân chuyển vị trí tiêm tốt.

4.2.4. Kiến thức về kỹ thuật tiêm Insulin

Đã có 82,9% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tuân thủ rửa tay sạch bằng xà phòng trước mỗi lần tiêm Insulin; 91,4% sát trùng vị trí tiêm trước tiêm và sau tiêm, nhưng chỉ có 52,9% sát khuẩn nắp lọ thuốc trước khi lấy thuốc. Theo nghiên cứu của Vũ Thùy Linh 73,3% bệnh nhân không sát khuẩn nắp lọ thuốc tiêm và 16,2% bệnh nhân không sát khuẩn vị trí tiêm [2]. Việc tuân thủ nguyên tắc làm sạch và vô khuẩn khi tiêm Insulin là vô cùng quan trọng. Người bệnh đái tháo đường có nguy cơ nhiễm trùng cao, nên việc còn 17,1% người bệnh không rửa tay trước tiêm và 8,6% không sát khuẩn vị trí tiêm trước và sau tiêm là vấn đề cần được quan

tâm, cần tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh trong quá trình nằm viện điều trị và sau khi ra viện. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 72,6% bệnh nhân dùng lại bơm tiêm. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Vũ Thùy Linh: 73,3% tái sử dụng đầu kim [2]. Việc dùng lại bơm tiêm dùng một lần tiềm ẩn nguy cơ nhiễm trùng, nhất là trên cơ địa dễ nhiễm trùng của người bệnh đái tháo đường. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm bệnh nhân dùng lại bơm tiêm ở nhóm >55 tuổi chiếm 80,7%, có thể do thói quen tiết kiệm ở người già.

Chúng tôi ghi nhận 84,3% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chọn đúng cặp kim tiêm – lọ thuốc. Đây là điểm qua trọng nhất trong việc đảm bảo lấy đủ liều thuốc cần tiêm. Việc cấp thuốc Insulin cho các bệnh nhân ngoại trú phụ thuộc cung ứng thuốc của khoa Dược. Hàm lượng Insulin 400UI/10 ml (sử dụng bơm tiêm có nắp kim màu đỏ) và hàm lượng Insulin 1000UI/10 ml (sử dụng bơm tiêm có nắp kim màu cam) không phải bệnh nhân nào cũng nhớ chính xác, nhất là người cao tuổi. Chỉ có 68,6% bệnh nhân lăn lọ thuốc trước khi lấy thuốc ra khỏi lọ. Tỷ lệ này ở bệnh viện quận Tân Phú là 60% [6]. Việc không lăn lọ thuốc là một điểm sai sót rất cần được quan tâm trong các buổi sinh hoạt câu lạc bộ bệnh nhân đái tháo đường, các buổi tái khám để bệnh nhân có thể thực hành tốt hơn.

Kỹ thuật lấy thuốc ra khỏi lọ: việc lấy lượng khí bằng lượng thuốc cần tiêm, bơm khí vào trong lọ, lấy đủ lượng thuốc tiêm, kiểm tra bọt khí, rút kim khỏi lọ thuốc. Quy trình này không nhiều bệnh nhân tuân thủ tốt. Chỉ có 50% bệnh nhân lấy lượng khí bằng lượng thuốc cần tiêm, bơm khí vào trong lọ; 87,1% bệnh nhân lấy đủ lượng thuốc tiêm và 71,4% bệnh nhân kiểm tra bọt khí, rút kim khỏi lọ thuốc. Theo nghiên cứu của Vũ Thùy Linh chỉ có 33,5% bệnh nhân lấy lượng khí bằng lượng thuốc cần tiêm, bơm khí vào trong lọ, 70,6% đuổi bọt khí [2]. Việc lấy thuốc không đủ theo đơn thuốc của bác sĩ sẽ không đảm bảo được việc kiểm soát tốt đường huyết. Các thao tác thực hành đưa thuốc và cơ thể: Đâm kim đúng góc, bơm hết thuốc là những thao tác được bệnh nhân thực hiện khá thành thực với tỉ lệ lần lượt là 81,4% và 100%. Chỉ 34,3% bệnh nhân không biết véo da trong khi tiêm thuốc. Tỷ lệ này cao hơn so với tỉ lệ trong nghiên cứu của Vũ Thùy Linh (17,6% không véo da khi tiêm) [2].

4.3. Một số yếu tố liên quan đến kỹ thuật tiêm Insulin

4.3.1. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức Insulin

Trình độ học vấn tác động đến sự tuân thủ của bệnh nhân cũng như hiểu biết về kỹ năng tiêm Insulin. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm bệnh nhân điểm kiến thức ≥ 18 điểm tỉ lệ học vấn trên PTTH là 69,0% trong khi tỉ lệ này ở nhóm điểm kiến thức < 18 điểm là 41,5%. Học vấn trên PTTH có ảnh hưởng đến tỉ lệ điểm kiến thức ≥ 18 điểm cao hơn (với $p < 0,05$).

Những người học vấn càng cao khả năng nhận thức và hiểu kiến thức và vai trò của việc tự tiêm Insulin. Họ dễ dàng tiếp thu, lắng nghe và ghi nhớ được những tư vấn của nhân viên y tế và thường xuyên tìm hiểu, cập nhật các thông tin, kiến thức liên quan đến tình trạng bệnh tật của mình hơn.

Tuổi ≤ 55 tuổi có ảnh hưởng đến điểm kiến thức cao hơn 18 điểm (với $p < 0,05$). Đây là nhóm bệnh nhân đang tuổi lao động. Họ ý thức hơn và tiếp cận thông tin nhanh hơn để việc tìm hiểu các kiến thức liên quan đến bệnh của mình.

4.3.2. Một số yếu tố liên quan đến kỹ năng tự tiêm Insulin:

Một số yếu tố có ảnh hưởng đến kỹ năng tự tiêm Insulin không tốt (điểm kỹ thuật thực thành tiêm < 5 điểm) của bệnh nhân trong nghiên cứu: Giới nam và điểm kiến thức < 18 điểm ($p < 0,05$).

Nam giới chiếm 66,7% trong nhóm điểm thực hành tiêm < 5 điểm so với tỉ lệ nam 31,1% trong nhóm điểm thực hành tiêm ≥ 5 . Do đặc tính giới tính nên điểm thực hành ở nam không cao.

Số bệnh nhân có điểm kiến thức < 18 điểm chiếm 88,9% nhóm bệnh nhân điểm thực hành tiêm < 5 điểm so với tỉ lệ này trong nhóm điểm kỹ thuật thực thành tiêm ≥ 5 điểm là 54,1%. Bệnh nhân có điểm kiến thức không cao có ảnh hưởng đến thực hành không cao.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi trung bình $62,80 \pm 11,7$ tuổi, thời gian mắc bệnh trung bình $11,43 \pm 7,22$ năm, nhóm bệnh nhân thừa cân, béo phì ($BMI \geq 23$) chiếm 57,1%; nhóm bệnh nhân tuổi > 55 chiếm tỉ lệ 81,4%.

Thực trạng tự tiêm Insulin của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang: Số bệnh nhân chưa biết cách bảo quản lọ thuốc Insulin đã mở nắp chiếm 74,1% và 90% không ghi lại ngày mở lọ thuốc. Về kiến thức vị trí tiêm Insulin: 100% người bệnh biết vị trí tiêm ở vùng bụng, vùng cánh tay chiếm 88,6% và 98,6% luân chuyển vị trí tiêm. Về tác dụng phụ khi tiêm Insulin: 74,3% bệnh nhân có kiến thức tác dụng phụ là hạ đường huyết. Về khả năng thực hành tiêm Insulin: kỹ thuật vô khuẩn: Đảm bảo vô khuẩn vị trí tiêm trước và sau tiêm đạt 91,4%; 72,9% bệnh nhân dùng lại bơm kim tiêm đã sử dụng của mình. Về kỹ thuật tiêm Insulin 84,3% dùng đúng kim; lấy đủ lượng thuốc 87,1%.

Yếu tố liên quan đến kiến thức Insulin: Học vấn trên PTTH có liên quan đến tỉ lệ điểm kiến thức cao hơn 18 điểm ($p < 0,05$),

Yếu tố liên quan đến kỹ năng tự tiêm Insulin: Giới (nam) và điểm kiến thức ≥ 18 điểm là những yếu tố liên quan đến kỹ thuật tiêm Insulin tốt hơn (với $p < 0,05$).

Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi xin đưa một số kiến nghị sau:

Tăng cường truyền thông giáo dục kiến thức về cách bảo quản thuốc và kỹ thuật tự tiêm Insulin cho người bệnh đái tháo tại các bàn khám và trong các buổi sinh hoạt dành cho người bệnh đái tháo đường.

Cần có truyền thông (video) về quy trình tiêm tại sảnh chờ khám của phòng khám Nội tiết để người bệnh có thể có kiến thức tốt hơn về kỹ thuật tiêm Insulin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Thị Huyền Trang, Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố gây hạ đường huyết trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 nhập viện tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang, Nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, Bệnh viện đa khoa Đức Giang, 2020.
- [2] Vũ Thùy vLinh, Vũ Bích Nga, Trịnh Thị Hằng, "Đánh giá kiến thức và thực hành tiêm Insulin của người bệnh đái tháo đường điều trị tại bệnh viện ĐHY Hà Nội," Nội tiết và Đái tháo đường, vol. 41, 2020.
- [3] Nguyễn Thị Hoàng Vân, Nguyễn Thị Ngọc Hân, "Khảo sát khả năng tự tiêm Insulin ở người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Tim Mạch An Giang," Kỷ yếu hội nghị khoa học Bệnh viện Tim Mạch An Giang, 2014.
- [4] Đặng Thị Hân, Trần Thị Bích Đào, Nguyễn Thị Dung, "Thực trạng kiến thức tự tiêm Insulin của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định năm 2020," Tạp chí Khoa học điều dưỡng, vol. 3, no. 5, 2020.
- [5] Phùng Văn Lợi, Đào Thanh Xuyên, Đánh giá khả năng tự tiêm Insulin và một số yếu tố liên quan trên người bệnh đái tháo đường type 2 cao tuổi điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, Tạp chí Y học Thực Hành, 2018.
- [6] Khoa Dược Bệnh viện quận Tân Phú, Khảo sát, đánh giá việc tiêm insulin ở bệnh nhân điều trị ngoại trú, Bệnh viện Tân Phú, TP Hồ Chí Minh, 2019.
- [7] Bùi Công Nguyên, "Kiến thức, thực hành tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan ở người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện E Trung ương năm 2019" Khóa luận tốt nghiệp ĐH Quốc gia Hà Nội, 2020.

SURVEY ON THE CURRENT STATUS OF THE TIME RETURN BLOOD TEST RESULTS AT THE MEDICAL EXAMINATION AREA AT THE REQUEST OF DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2021

Vu Thi Thanh Hoa*, Nguyen Dieu Thuy,
Nguyen Thi Bich Hanh, Dao Thi Hang, Le Thi Bich Thao

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 28/07/2023; Accepted: 30/08/2023

ABSTRACT

Objective: Survey the time of transporting and receiving samples; Time to return blood test results at On-demand examination area of Duc Giang General Hospital in 2021.

Methods: A descriptive study was carried out on 4191 qualified blood samples at the On-Demand Examination Area of Duc Giang General Hospital from May 2021 to September 2021.

Results: The study showed that the average time to transport and receive samples to 3 laboratories was 21.6 ± 10.8 minutes. In which, the time to transport and receive samples to the Department of Hematology - Blood Transfusion was the fastest time with 20.9 ± 10.1 minutes; the next was Department of Biochemistry with 21.2 ± 10.2 minutes; the last was the Department of Microbiology with 25.7 ± 14.3 minutes. The average time to return test results for all 3 laboratories is 64.6 ± 28.0 minutes. In which, the average time to return test results of the Department of Hematology - Blood Transfusion was the earliest with 52.3 ± 22.9 minutes; followed by the Department of Microbiology with the average time to return test results of 71.8 ± 26.6 minutes; Department of Biochemistry had the latest time to return test results with 72.6 ± 28.5 minutes.

Conclusion: The average time of transporting and receiving samples was 21.6 ± 10.8 minutes; in which the time to transport and receive samples to the Department of Microbiology was the slowest with 25.7 ± 14.3 minutes. The average time to return test results of 3 laboratories was 64.6 ± 28.0 minutes; in which Department of Biochemistry had the slowest average time to return test results with 72.6 ± 28.5 minutes.

Recommendation: It is necessary to increase the human resources of the sampling room during peak hours; arrange the road to send samples more conveniently; promote the registration of appointments to avoid the overload of patients in the morning peak hours; The examination departments increase human resources in the time frames with high sample flow and return results in consecutive batches.

Keywords: Time to transport and receive samples, time to return blood test results.

*Corresponding author
Email address: callavu86@gmail.com
Phone number: (+84) 902285386
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



KHẢO SÁT THỰC TRẠNG THỜI GIAN TRẢ KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM MÁU TẠI KHU KHÁM BỆNH THEO YÊU CẦU BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2021

Vũ Thị Thanh Hoa*, Nguyễn Diệu Thúy,
Nguyễn Thị Bích Hạnh, Đào Thị Hằng, Lê Thị Bích Thảo

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 28/07/2023; Ngày duyệt đăng: 30/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát thời gian vận chuyển và nhận mẫu; thời gian trả kết quả xét nghiệm máu tại khu Khám bệnh theo yêu cầu Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2021.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả được thực hiện trên 4191 mẫu xét nghiệm máu đủ điều kiện tại Khu khám bệnh theo yêu cầu Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 5/2021 đến tháng 9/2021.

Kết quả: Nghiên cứu cho thấy thời gian vận chuyển và nhận mẫu trung bình đến 3 khoa xét nghiệm là $21,6 \pm 10,8$ phút. Trong đó thời gian vận chuyển và nhận mẫu đến khoa Huyết học – Truyền máu là sớm nhất $20,9 \pm 10,1$ phút; sau đó đến khoa Hóa sinh với $21,2 \pm 10,2$ phút; cuối cùng đến khoa Vi sinh có thời gian chậm nhất là $25,7 \pm 14,3$ phút. Thời gian trả kết quả xét nghiệm trung bình chung cho cả 3 khoa xét nghiệm là $64,6 \pm 28,0$ phút. Trong đó thời gian trả kết quả xét nghiệm trung bình của khoa Huyết học – Truyền máu là sớm nhất với $52,3 \pm 22,9$ phút; tiếp theo đến khoa Vi sinh với thời gian trả kết quả xét nghiệm trung bình là $71,8 \pm 26,6$ phút; khoa Hóa sinh có thời gian trả kết quả xét nghiệm chậm nhất là $72,6 \pm 28,5$ phút.

Kết luận: Thời gian vận chuyển và nhận mẫu trung bình là $21,6 \pm 10,8$ phút; trong đó thời gian vận chuyển và nhận mẫu đến khoa Vi sinh là chậm nhất với $25,7 \pm 14,3$ phút. Thời gian trả kết quả xét nghiệm trung bình của 3 khoa xét nghiệm là $64,6 \pm 28,0$ phút; trong đó khoa Hóa sinh có thời gian trả kết quả xét nghiệm trung bình là chậm nhất với $72,6 \pm 28,5$ phút.

Khuyến nghị: Cần tăng cường nhân lực phòng lấy mẫu vào các khung giờ cao điểm; bố trí lối đi gửi mẫu được thuận tiện; đẩy mạnh việc đăng ký khám theo hẹn để tránh lượng bệnh nhân xét nghiệm quá tải vào các khung giờ cao điểm buổi sáng; các khoa xét nghiệm tăng cường nhân lực vào các khung giờ có lưu lượng mẫu cao và trả kết quả theo nhiều đợt liên tục.

Từ khóa: Thời gian vận chuyển và nhận mẫu, thời gian trả kết quả xét nghiệm máu.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khoa học ngày càng hiện đại thì công tác khám chữa bệnh hiện nay không chỉ đơn thuần căn cứ vào những biểu hiện, triệu chứng lâm sàng, kết quả xét nghiệm chính là cơ sở quan trọng để chẩn đoán bệnh, từ đó đưa

ra kết luận cũng như phương hướng điều trị phù hợp, đúng bệnh và triệt để cho người bệnh. Chính vì vậy tại các cơ sở y tế, xét nghiệm trở thành một lĩnh vực không thể thiếu [1]. Hiện nay, tại các bệnh viện hay các cơ sở y tế, người bệnh còn phải chờ đợi kéo dài mới có được kết quả xét nghiệm, ảnh hưởng không nhỏ đến nhiều

*Tác giả liên hệ

Email: callavu86@gmail.com

Điện thoại: (+84) 902285386

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

mặt hoạt động của bệnh viện trong đó có chất lượng bệnh viện và sự hài lòng của người bệnh. Bệnh viện đa khoa Đức Giang là một bệnh viện hạng I của Sở Y tế Hà Nội trực thuộc Thành phố với quy mô 660 giường kế hoạch và 884 giường thực kê. Trung bình hàng ngày bệnh viện tiếp nhận từ 1200 đến 1500 người bệnh đến khám. Năm 2020, tổng số xét nghiệm của bệnh viện đạt 1.223.031 xét nghiệm [2]. Do vậy, việc nâng cao chất lượng, đảm bảo sự hài lòng người bệnh là một yêu cầu cấp thiết hiện nay. Năm 2020 qua đánh giá khảo sát của tác giả Đào Thị Hằng và cộng sự về sự hài lòng của người bệnh đối với các dịch vụ khám chữa bệnh tại khu Khám bệnh theo yêu cầu thì có đến 30,9% người bệnh được khảo sát chưa hài lòng về việc phải chờ đợi xét nghiệm [3]. Để góp phần đo lường nguồn thông tin đầu ra của quá trình thực hiện xét nghiệm nhóm nghiên cứu chọn đề tài “Khảo sát thực trạng thời gian trả kết quả xét nghiệm máu tại khu khám bệnh yêu cầu Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 5/2021 đến tháng 9/2021”. Kết quả nghiên cứu để khảo sát thời gian vận chuyển và nhận mẫu xét nghiệm máu, thời gian trả kết quả xét nghiệm máu tại khu Khám bệnh yêu cầu.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Đối tượng: Mẫu xét nghiệm máu đủ điều kiện được bàn giao của ba khoa Hóa sinh, Huyết học-Truyền máu và Vi sinh cho nhóm người bệnh ngoại trú tại khu Khám bệnh theo yêu cầu - Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

- Thời gian: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 05 năm 2021 đến tháng 09 năm 2021.

- Địa điểm nghiên cứu: Khu khám bệnh theo yêu cầu - Bệnh viện đa khoa Đức Giang, 54 Trường Lâm, P. Đức Giang, Q. Long Biên, Tp. Hà Nội.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu cắt ngang, nguồn số liệu thứ phát xuất từ hệ thống kiểm chuẩn và chạy máy định kỳ từ tháng 5 năm 2021 đến tháng 9 năm 2021.

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: Các mẫu máu xét nghiệm máu đủ điều kiện của bệnh nhân đến khám ngoại trú tại khu Khám bệnh theo yêu cầu- Bệnh viện đa khoa Đức Giang trong vòng 05 tháng, chúng tôi thu thập được 4191 mẫu đủ điều kiện.

2.3. Phân tích số liệu: Số liệu được làm sạch bằng phần mềm SPSS 20.0 trên dữ liệu từ hệ thống LIS của bệnh viện, một số thống kê mô tả (tỷ lệ%, trung bình).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thời gian vận chuyển và nhận mẫu theo khoa

| Khoa | N | Thời gian vận chuyển và nhận mẫu trung bình (phút) | Min – Max (phút) |
|------------------------|------|--|------------------|
| Huyết học – Truyền máu | 1636 | 20,9 ± 10,1 | 3 – 66 |
| Hóa sinh | 2088 | 21,2 ± 10,2 | 5 – 108 |
| Vi sinh | 467 | 25,7 ± 14,3 | 2 - 90 |
| Tổng | 4191 | 21,6 ± 10,8 | 2 – 108 |

Nhận xét: Thời gian vận chuyển và nhận mẫu trung bình đến khoa Huyết học – Truyền máu là nhanh nhất 20,9 ± 10,1 phút; thời gian vận chuyển và nhận mẫu trung bình đến khoa Hóa sinh là 21,2 ± 10,2 phút; thời gian vận chuyển và nhận mẫu đến khoa Vi sinh là lâu nhất 25,7 ± 14,3 phút.

Bảng 2. Thời gian vận chuyển và nhận mẫu theo thời điểm

| Thời điểm | Thời gian vận chuyển và nhận mẫu trung bình (phút) | Min – Max (phút) |
|-----------|--|------------------|
| 7h-8h | 23,7 ± 10,3 | 5 – 56 |
| 8h-9h | 20,8 ± 10,4 | 3 - 87 |
| 9h-10h | 20,7 ± 9,4 | 2 – 69 |
| 10h-11h | 19,4 ± 10,4 | 3 – 90 |
| 11h-13h | 29,6 ± 17,7 | 5 – 79 |
| 13h-14h | 8 | 8 – 8 |
| 14h-15h | 22,3 ± 10 | 5 – 53 |
| 15h- 16h | 19,1 ± 9,9 | 5 – 50 |
| 16h-17h | 22,8 ± 17,1 | 5 - 108 |

Nhận xét: Thời điểm từ 11h – 13h thì thời gian vận chuyển và nhận mẫu trung bình là lâu nhất 29,6 ± 17,7 phút; tiếp theo là thời điểm từ 7h – 8h có thời gian vận chuyển mẫu và nhận mẫu trung bình là 23,7 ± 10,3 phút; thời điểm từ 16h – 17h có thời gian vận chuyển mẫu và

nhận mẫu trung bình là $22,8 \pm 17,1$ phút; thời điểm 14h – 15h có thời gian vận chuyển mẫu và nhận mẫu trung bình là $22,3 \pm 10$ phút; tiếp đến thời điểm 10h – 11h có thời gian vận chuyển mẫu và nhận mẫu trung bình là $19,4 \pm 10,4$ phút; thời điểm 15h – 16h có thời gian vận chuyển mẫu và nhận mẫu trung bình là $19,1 \pm 9,9$ phút. Tại thời điểm 13h – 14h thì thời gian vận chuyển mẫu và nhận mẫu trung bình là nhanh nhất 8 phút.

Bảng 3. Thời gian trả kết quả xét nghiệm trung bình theo khoa

| Khoa | N | Thời gian trả kết quả xét nghiệm trung bình (phút) | Min – Max (phút) |
|------------------------|------|--|------------------|
| Huyết học – Truyền máu | 1636 | $52,3 \pm 22,9$ | 13 - 189 |
| Hóa sinh | 2088 | $72,6 \pm 28,5$ | 24 - 243 |
| Vi sinh | 467 | $71,8 \pm 26,6$ | 20 - 219 |
| Tổng | 4191 | $64,6 \pm 28,0$ | 13 – 243 |

Nhận xét: Thời gian trả kết quả xét nghiệm trung bình của khoa Huyết học – Truyền máu là sớm nhất $52,3 \pm 22,9$ phút; thời gian trả kết quả xét nghiệm trung bình của khoa Vi sinh là $71,8 \pm 26,6$ phút; thời gian trả kết quả xét nghiệm trung bình của khoa Hóa sinh là muộn nhất $72,6 \pm 28,5$ phút.

Bảng 4. Thời gian trả kết quả theo nhóm xét nghiệm

| Khoa | N | Thời gian trả kết quả xét nghiệm trung bình (phút) | Min – Max (phút) |
|--------------------------|------|--|------------------|
| Huyết học – Tế bào | 1158 | $44,4 \pm 17,2$ | 13 - 131 |
| Đông máu | 318 | $67,1 \pm 22,2$ | 24 - 189 |
| Huyết thanh học-Nhóm máu | 160 | $79,9 \pm 24,3$ | 33 - 159 |
| Sinh hóa miễn dịch | 577 | $90,6 \pm 30,5$ | 39 - 220 |
| Sinh hóa máu | 1511 | $64,8 \pm 24,5$ | 24 - 243 |
| Vi sinh miễn dịch | 467 | $71,8 \pm 26,6$ | 20 - 219 |
| Tổng | 4191 | $64,6 \pm 28,0$ | 13 - 243 |

Nhận xét: Nhóm Sinh hóa miễn dịch có thời gian trả kết quả chậm nhất, trung bình là $90,6 \pm 30,5$ phút; tiếp theo là nhóm Huyết thanh học – Nhóm máu có thời gian trung bình là $79,9 \pm 24,3$ phút; nhóm Vi sinh miễn dịch thời gian trả kết quả xét nghiệm trung bình là $71,8 \pm 26,6$ phút; nhóm Đông máu thời gian trả kết quả xét nghiệm trung bình là $67,1 \pm 22,2$ phút; nhóm Sinh hóa máu có thời gian trả kết quả xét nghiệm trung bình là $64,8 \pm 24,5$ phút. Nhóm Huyết học – Tế bào có thời gian trả kết quả xét nghiệm sớm nhất trung bình là $44,4 \pm 17,2$ phút.

4. BÀN LUẬN

* Thời gian vận chuyển và nhận mẫu

Theo nghiên cứu 4191 chỉ định xét nghiệm máu tại khu Khám bệnh theo yêu cầu thì thời gian vận chuyển và nhận mẫu đến khoa Huyết học – Truyền máu là nhanh nhất ($20,9 \pm 10,1$ phút), tiếp theo là đến khoa Hóa sinh ($21,2 \pm 10,2$ phút). Thời gian vận chuyển và nhận mẫu trung bình đến khoa Vi sinh là chậm nhất ($25,7 \pm 14,3$ phút). Lý giải cho điều này là chúng tôi thấy quãng đường khi vận chuyển mẫu đến 3 khoa thì do vị trí khoa Huyết học – Truyền máu gần hơn nên sẽ được bàn giao mẫu trước, sau đó đến khoa Hóa sinh, còn khoa Vi sinh do vị trí xa hơn làm cho thời gian vận chuyển và gửi mẫu bị chậm hơn.

Theo thời điểm từ 11 – 13 giờ thì thời gian vận chuyển và nhận mẫu trung bình lâu nhất ($29,6 \pm 17,7$ phút), đây là thời điểm gần đến giờ nghỉ buổi trưa, việc trả kết quả xét nghiệm của bệnh nhân thường hẹn đến đầu giờ chiều nên các mẫu xét nghiệm máu có chỉ định lấy sau 11 giờ sẽ được gom thành một mẻ để gửi vào cuối giờ buổi sáng. Tiếp theo, thời điểm 7 – 8 giờ, thời gian vận chuyển và nhận mẫu trung bình cũng ở mức rất cao ($23,7 \pm 10,3$ phút). Tìm hiểu nguyên nhân, chúng tôi thấy do đặc thù của khu Khám bệnh theo yêu cầu làm việc từ sớm (6h45 phút) bệnh nhân đến khám và có chỉ định lấy máu xét nghiệm sớm, mẻ trả kết quả xét nghiệm máu đầu tiên thường hẹn vào 8 giờ 30 phút nên việc vận chuyển và nhận mẫu sẽ được thực hiện vào thời điểm 7 giờ 30 phút, sẽ dẫn đến thời gian vận chuyển và nhận mẫu trung bình của thời điểm này bị lâu hơn. Tại thời điểm 13 – 14 giờ có thời gian vận chuyển và nhận mẫu trung bình nhanh nhất (8 phút), vì tại thời điểm này có ít mẫu xét nghiệm máu được chỉ định nên mẫu được gửi luôn, dẫn đến thời gian vận chuyển và nhận mẫu trung bình được nhanh nhất.

* Thời gian trả kết quả xét nghiệm máu

Thời gian trả kết quả xét nghiệm trung bình chung cho cả 3 khoa xét nghiệm là $64,6 \pm 28,0$ phút. Kết quả của chúng tôi thấp hơn thời gian tác giả Nguyễn Thanh Chiến (80-95 phút)[4], nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thảo (180 phút)[5], nghiên cứu của Đặng Thị Hồng Khánh (134,7 phút)[6]. Kết quả trong nghiên cứu

của chúng tôi cũng cho thấy sự cải thiện và khác biệt rất nhiều giữa khu khám bệnh theo yêu cầu so với mặt bằng chung của toàn bộ khu khám bệnh thường khi theo tác giả Ngô Hữu Phương đưa ra năm 2015 chúng tôi mất trung bình 76,2 phút và năm 2019 là $180 \pm 75,31$ phút[7]. Nhưng kết quả này của chúng tôi lại cao hơn gấp 1,7 lần so với thời gian của tác giả Phan Thị Ngọc Lan đưa ra năm 2020 ($37,6 \pm 18,1$ phút)[8]. Trong đó thời gian trả kết quả xét nghiệm sớm nhất là ở khoa Huyết học – Truyền máu ($52,3 \pm 22,9$ phút); khoa Hóa sinh có thời gian trả kết quả xét nghiệm lâu nhất, thời gian trung bình là $72,6 \pm 28,5$ phút. Thời gian trả kết quả chung còn phụ thuộc nhiều vào yêu cầu của quy trình xét nghiệm và thời gian tối thiểu để máy xét nghiệm phân tích ra kết quả.

Cũng vì đặc thù trên nên với nhóm xét nghiệm Sinh hóa miễn dịch, Huyết thanh học – Nhóm máu và Vi sinh miễn dịch có thời gian trả kết quả xét nghiệm trung bình lâu nhất lần lượt là $90,6 \pm 30,5$ phút; $79,9 \pm 24,3$ phút và $71,8 \pm 26,6$ phút. Thời gian trả kết quả xét nghiệm trung bình sớm nhất là nhóm xét nghiệm Huyết học – Tế bào ($44,4 \pm 17,2$ phút).

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu trên tổng số 4191 chỉ định xét nghiệm máu tại khu Khám bệnh theo yêu cầu thấy thời gian vận chuyển và nhận mẫu trung bình đến 3 khoa xét nghiệm là $21,6 \pm 10,8$ phút. Trong đó thời gian vận chuyển và nhận mẫu đến khoa Huyết học – Truyền máu là nhanh nhất $20,9 \pm 10,1$ phút; thời gian vận chuyển và nhận mẫu đến khoa Vi sinh là lâu nhất $25,7 \pm 14,3$ phút. Thời gian trả kết quả xét nghiệm trung bình cho cả 3 khoa xét nghiệm là $64,6 \pm 28$ phút; trong đó khoa Huyết học – Truyền máu có thời gian trả kết quả xét nghiệm trung bình nhanh nhất là $52,3 \pm 22,9$ phút; tiếp đến là khoa Vi sinh có thời gian trả kết quả xét nghiệm trung bình là $71,8 \pm 26,6$ phút; khoa Hóa sinh có thời gian trả kết quả xét nghiệm trung bình lâu nhất là $72,6 \pm 28,5$ phút.

Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi đề nghị: (i) tăng cường nhân lực phòng lấy mẫu theo yêu cầu vào khung giờ cao

điểm buổi sáng; (ii) xin ý kiến lãnh đạo bệnh viện và các phòng ban bố trí lối đi gửi mẫu thuận tiện hơn; (iii) đẩy mạnh việc đăng ký khám theo hẹn để tránh lượng bệnh nhân xét nghiệm quá tải vào khung giờ cao điểm buổi sáng; (iiii) cả ba khoa xét nghiệm đặc biệt là khoa Hóa sinh bố trí sắp xếp, tăng cường nhân lực thực hiện xét nghiệm vào thời điểm có lưu lượng mẫu cao và trả kết quả xét nghiệm nhiều đợt liên tục để rút ngắn thời gian trả kết quả xét nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Ngành Xét nghiệm Y học – cơ hội nếu biết nắm bắt thời cơ; Available from: <https://tokyo-human.edu.vn/nganh-xet-nghiem-y-hoc-co-hoi-neu-biet-nam-bat-thoi-co/>, 2020.
- [2] Phòng Kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện đa khoa Đức Giang, Báo cáo đánh giá công tác năm 2020 và triển khai nhiệm vụ trọng tâm năm 2021, 2020
- [3] Đào Thị Hằng và cộng sự, Khảo sát sự hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ khám chữa bệnh tại khu Khám bệnh theo yêu cầu Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2020”, 2020
- [4] Lê Thanh Chiên, Khảo sát quy trình khám bệnh tại khoa Khám bệnh Bệnh viện cấp cứu Trung Vương, Bệnh viện cấp cứu Trung Vương, 2012
- [5] Nguyễn Thị Phương Thảo, Thời gian chờ khám bệnh của người bệnh tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Da liễu TW, Khóa luận tốt nghiệp Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội, 2015.
- [6] Đặng Thị Hồng Khánh, Nguyễn Thị Út và cộng sự, “Khảo sát thời gian chờ khám tại khoa Khám bệnh 2 Bệnh viện Nhi TW năm 2018”, Tạp chí Nghiên cứu và thực hành nhi Khoa số 5 (10 – 2018), p48 - 88
- [7] Ngô Hữu Phương, “Báo cáo cải tiến thời gian chờ kết quả xét nghiệm tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2015”, 2015.
- [8] Phan Thị Ngọc Lan và cộng sự, Thực trạng thời gian trả kết quả xét nghiệm cho khu khám bệnh yêu cầu tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 9 năm 2020, Luận văn tốt nghiệp, Trường Đại học Y Hà Nội, 2020.



PATIENT SATISFACTION SURVEY FOR MEDICAL EXAMINATION SERVICES AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2020

Dao Thi Hang*, Mai Thai Ha,
Nguyen Thi Bich Hanh, Vu Thi Thanh Hoa, Le Thi Bich Thao

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 24/07/2023; Accepted: 31/08/2023

ABSTRACT

Objective: (1) Assess the patient's satisfaction with medical examination and treatment services at the medical examination and treatment area at the request of Duc Giang General Hospital, (2) Some factors related to patient satisfaction.

Subject and method: A cross-sectional descriptive study on 582 outpatients who received medical examination at the On-Demand Examination area of Duc Giang General Hospital in 2020. Patients were directly interviewed using the Ministry's outpatient satisfaction survey questionnaire. Health with 33 observed variables used to measure concepts in the research topic.

Results: Satisfaction level of customers with medical examination and treatment services: Satisfaction level "Normal" accounts for 6.43%; The level of "Satisfied" and "Very satisfied" account for a relatively high rate of 40.41%: 53.16%. Factors affecting patient satisfaction: Most of the comments focus on the directions leading to the required medical examination area. In which, there are 22 questionnaires of patients who do not know the medical examination area on request; 19 patient questionnaires commented on the path to echocardiography, gastroscopy on days of heavy rain and intense sunshine; 13 questionnaires of patients saying that they do not know how to register for medical examination by phone; 12 comments focused on assessing the waiting time for the doctor's examination; 31 comments focused on evaluating the waiting time to receive test results and scans; Most of the comments focused on evaluating the toilet was dirty and smelly.

Conclusion: Satisfaction level of customers with medical examination and treatment services at Duc Giang General Hospital: All satisfaction levels in all aspects are above level 4. Patient satisfaction rate (40.41%) and very satisfied (53.16%); The rate of customers who are satisfied and will return or refer their relatives to use services at the hospital for the next time is: 73.5%; The number of patients who met the patient's expectations compared to before the visit: 90.05%. Factors affecting patient satisfaction: Information about the medical examination area upon request on the Website; The way to do gastric endoscopy, echocardiography; Waiting time for test results, scans; The toilets smell bad, dirty; Medical expenses.

Keywords: Satisfaction, patients, medical examination and treatment services.

*Corresponding author
Email address: hangmit1987@gmail.com
Phone number: (+84) 975911909
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

KHẢO SÁT SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐỐI VỚI DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH TẠI KHU KHÁM BỆNH THEO YÊU CẦU BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2020

Đào Thị Hằng*, Mai Thái Hà,
Nguyễn Thị Bích Hạnh, Vũ Thị Thanh Hoa, Lê Thị Bích Thảo

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 24/07/2023; Ngày duyệt đăng: 31/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Đánh giá sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ khám chữa bệnh tại khu khám bệnh theo yêu cầu Bệnh viện đa khoa Đức Giang, (2) Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 582 người bệnh ngoại trú khám bệnh tại khu Khám bệnh theo yêu cầu Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2020. Người bệnh được phỏng vấn trực tiếp bằng bộ phiếu khảo sát sự hài lòng người ngoại trú của Bộ Y tế với 33 biến quan sát dùng để đo lường các khái niệm trong đề tài nghiên cứu.

Kết quả: Mức độ hài lòng của khách hàng đối với dịch vụ khám, chữa bệnh: Mức độ hài lòng “Bình thường” chiếm tỉ lệ 6,43%; Mức độ “Hài lòng” và “Rất hài lòng” chiếm tỉ lệ tương đối cao 40,41%; 53,16%. Các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng người bệnh: Phần lớn ý kiến tập trung vào đường chỉ dẫn đến khu khám bệnh theo yêu cầu. Trong đó có 22 phiếu người bệnh chưa biết đến khu khám bệnh theo yêu cầu; 19 phiếu người bệnh có ý kiến về lối đi sang siêu âm tim, nội soi dạ dày vào những ngày mưa to và nắng gắt; 13 phiếu người bệnh ý kiến không biết đăng kí khám qua điện thoại; 12 ý kiến tập trung đánh giá thời gian chờ bác sĩ khám; 31 ý kiến tập trung đánh giá thời gian chờ nhận kết quả xét nghiệm, chiếu chụp; Đa số ý kiến tập trung đánh giá nhà vệ sinh còn bẩn và có mùi.

Kết luận: Mức độ hài lòng của khách hàng đối với dịch vụ khám chữa bệnh tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang: Tất cả mức độ hài lòng trên các khía cạnh đều trên mức 4. Tỉ lệ người bệnh hài lòng (40,41%) và rất hài lòng (53,16%); Tỉ lệ khách hàng hài lòng và sẽ quay lại hoặc giới thiệu người thân đến sử dụng dịch vụ tại bệnh viện cho những lần sau với tỷ lệ là: 73,5%; Số người bệnh đáp ứng sự mong đợi của người bệnh so với trước khi tới khám: 90,05%. Các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng người bệnh: Thông tin về khu khám bệnh theo yêu cầu trên Website; Lối đi làm nội soi dạ dày, siêu âm tim; Thời gian chờ kết quả xét nghiệm, chiếu chụp; Các nhà vệ sinh mùi hôi, bẩn; Chi phí khám chữa bệnh.

Từ khóa: Sự hài lòng, người bệnh, dịch vụ khám chữa bệnh.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự hài lòng là thước đo đánh giá chất lượng của một cơ sở cung cấp dịch vụ y tế. Hài lòng bị chi phối bởi nhiều

yếu tố, nó gắn với những mong đợi của người bệnh, tình trạng sức khỏe, đặc điểm cá nhân cũng như những đặc trưng ở mỗi hệ thống y tế quốc gia [1]. Trên mỗi cá nhân người bệnh, sự đồng cảm đối với bệnh viện có ảnh

*Tác giả liên hệ
Email: hangmit1987@gmail.com
Điện thoại: (+84) 975911909
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

hưởng tích cực đến sự hài lòng chung của người bệnh, tạo nên sự tin cậy đối với bệnh viện, tạo nên tâm lý yên tâm điều trị. Sự kém hài lòng của người bệnh có quan hệ nhân quả với khiếu kiện và là nguyên nhân thúc đẩy ý định khiếu kiện. Vì vậy, sự hài lòng của người bệnh là tài sản của bệnh viện trong nỗ lực nâng cao chất lượng dịch vụ và duy trì người bệnh/khách hàng thân thiện. Để đáp ứng yêu cầu khám chữa bệnh ngày càng cao của người dân và hướng tới sự hài lòng của người bệnh từ tháng 08/ 2018 Bệnh viện đa khoa Đức Giang chính thức khai trương Khu khám bệnh theo yêu cầu tại tầng 1 nhà D. Tuy đã đi vào hoạt động được hơn 1 năm nhưng số lượng người bệnh đến khám tại khu khám bệnh theo yêu cầu Bệnh viện đa khoa Đức Giang chưa có sự cải thiện 1 cách đáng kể so với những ngày đầu mới thành lập. Điều đó đã đặt ra một câu hỏi: Phải chăng chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh của khu khám bệnh theo yêu cầu chưa đủ làm hài lòng người bệnh? Vậy, điều gì ảnh hưởng đến sự hài lòng của người bệnh khi khám chữa bệnh tại khu khám bệnh theo yêu cầu? Để trả lời các câu hỏi trên, nhóm nghiên cứu đã tiến hành đề tài “Khảo sát sự hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ khám chữa bệnh tại khu khám bệnh theo yêu cầu Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2020” với 2 mục tiêu chính là (1)Đánh giá sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ khám chữa bệnh tại khu khám bệnh theo yêu cầu Bệnh viện đa khoa Đức Giang; (2) Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Điều tra cắt ngang

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Từ 01/03/2020 đến 31/08/2020 tại khu khám bệnh theo yêu cầu, Bệnh viện đa khoa Đức Giang

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Là người bệnh, người nhà người bệnh đến khám tại khu khám bệnh theo yêu cầu Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2020. Tiêu chuẩn lựa chọn:

Người được phỏng vấn đồng ý tham gia nghiên cứu; Người bệnh, người nhà người bệnh đã kết thúc khám hoặc có y lệnh nhập viện điều trị; Người bệnh trên 15 tuổi có khả năng giao tiếp tốt; Đối với người bệnh từ 15 tuổi trở xuống và người trên 15 tuổi không có khả năng giao tiếp tốt, tiến hành phỏng vấn người nhà (Lưu ý: phải là người thường xuyên bên cạnh, theo sát người bệnh trong quá trình khám). Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh không được làm chỉ định cận lâm sàng; Người bệnh đang trong tình trạng cấp cứu hoặc chuẩn bị chuyển viện; Người bệnh chưa kết thúc quá trình khám.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu:

Với lưu lượng khám trung bình/ngày của khu khám bệnh theo yêu cầu là 150 đến 200 lượt, cỡ mẫu của

nghiên cứu là 100 phiếu/ mỗi đợt. Áp dụng Bộ câu hỏi khảo sát sự hài lòng người bệnh của Bộ Y tế ta có 27 nhân tố độc lập:

$$N = 50 + 8 \times 27 = 266 \text{ (phiếu)}$$

Như vậy cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu là:

$$N \geq 266 \text{ (phiếu)}$$

Chọn mẫu thuận tiện theo từng phòng khám. Số lượng lấy theo tỷ lệ tương đương với lưu lượng khám cho đến khi đủ cỡ mẫu.

2.5. Biến số/ chỉ số/ nội dung/ chủ đề nghiên cứu:

Bộ phiếu khảo sát sự hài lòng của người ngoại trú của Bộ Y tế với 33 biến quan sát dùng để đo lường các khía cạnh trong đề tài nghiên cứu: Khả năng tiếp cận; Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị; Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh; Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế; Kết quả cung cấp dịch vụ; Đáp ứng được bao nhiêu% so với mong đợi; Nhu cầu khám bệnh. Sự hài lòng mô tả theo thang độ Likert: Mức I: Rất không hài lòng hoặc rất kém (1 điểm); Mức II: Không hài lòng hoặc kém (2 điểm); Mức III: Bình thường hoặc trung bình (3 điểm); Mức IV: Hài lòng hoặc tốt (4 điểm); Mức V: Rất hài lòng hoặc rất tốt (5 điểm).

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu:

Khảo sát sẽ được tiến hành định kỳ hàng tháng, số liệu sẽ được xử lý, phân tích báo cáo từ đó có thể đánh giá được hiệu quả của các giải pháp can thiệp nâng cao chất lượng phục vụ đáp ứng được sự hài lòng của người bệnh

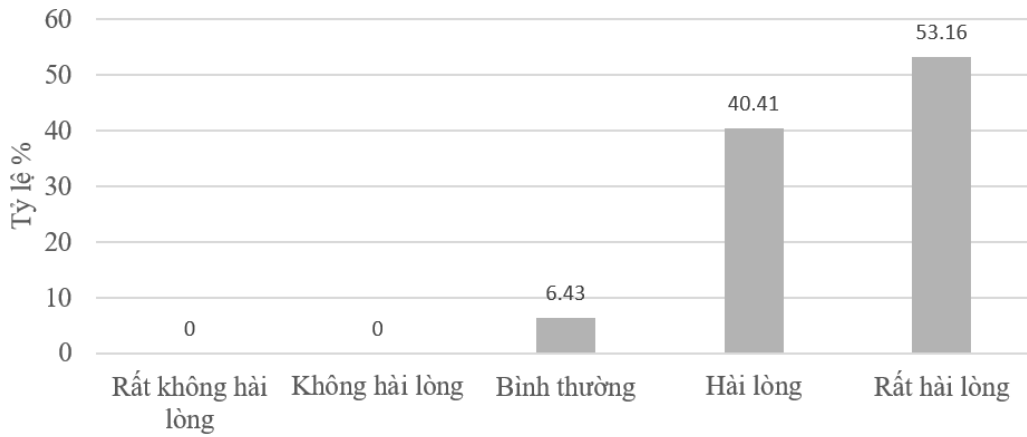
2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Toàn bộ dữ liệu thu thập sẽ được mã hóa, nhập liệu và làm sạch với sự hỗ trợ của phần mềm SPSS 20.0

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu sẽ được tiến hành khi được Hội đồng khoa học kỹ thuật của Bệnh viện đa khoa Đức Giang thông qua, thực hiện khảo sát này nhằm chủ động nắm bắt nguyện vọng hợp lý của người bệnh và người nhà người bệnh đến khám tại khu khám bệnh theo yêu cầu nói riêng và bệnh viện nói chung từng bước cải tiến chất lượng phục vụ người bệnh.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

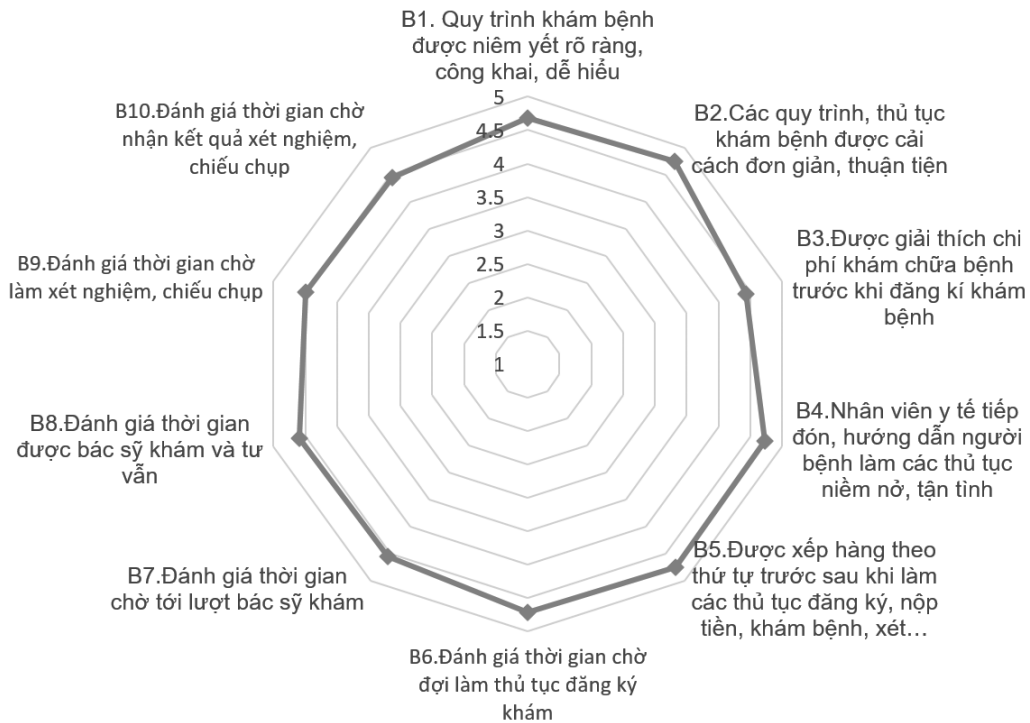
3.1. Mức độ hài lòng của khách hàng đối với dịch vụ khám, chữa bệnh

Biểu đồ 1. Mức độ hài lòng chung



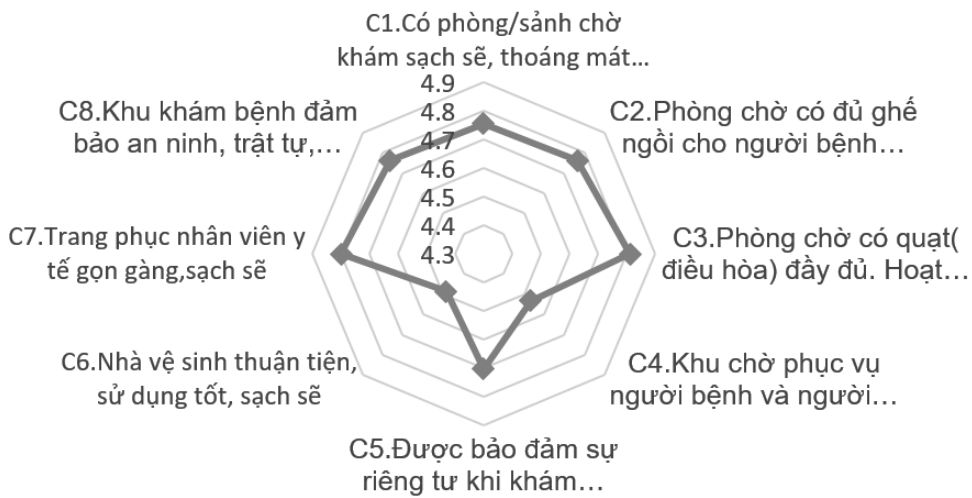
Biểu đồ 3.1 cho thấy ở mức độ “Rất không hài lòng” và “Không hài lòng” chiếm tỉ lệ 0%; Mức độ hài lòng “Bình thường” chiếm tỉ lệ 6,43%; Mức độ “Hài lòng” và “Rất hài lòng” chiếm tỉ lệ tương đối cao 40,41%:53,16%.

Biểu đồ 2. Mức độ hài lòng về “Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị”



Biểu đồ 3.2 cho thấy vấn đề “Được giải thích chi phí khám chữa bệnh trước khi đăng kí khám bệnh” nhận được ít sự hài lòng nhất (4.41). Bên cạnh đó vấn đề “Đánh giá thời gian chờ nhận kết quả xét nghiệm, chiếu chụp” cũng nhận được ít sự hài lòng của người bệnh (4.51).

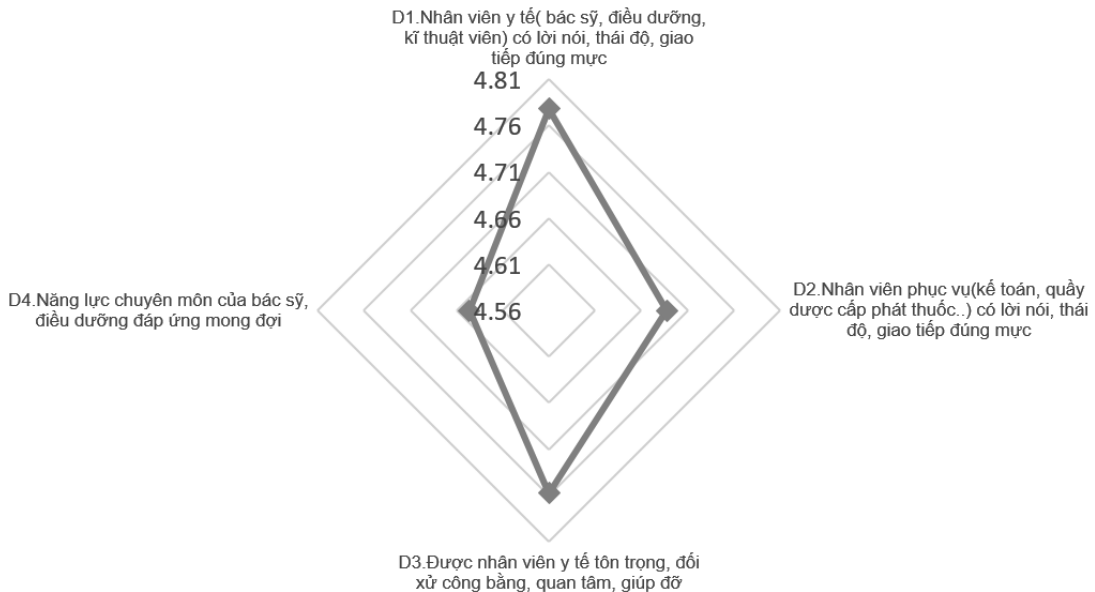
Biểu đồ 3. Mức độ hài lòng về “Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh”



Biểu đồ 3.3 cho thấy cảm nhận của người bệnh trong mục cung cấp cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh có điểm chưa hài lòng rõ nét. Trong khía cạnh này ý kiến tập trung nhiều vào nhà vệ sinh chưa

đảm bảo sạch sẽ, có mùi hôi khi sử dụng (4.39) Ngoài ra, người bệnh còn chưa hài lòng về khu chờ phục vụ người bệnh và người nhà (4.43).

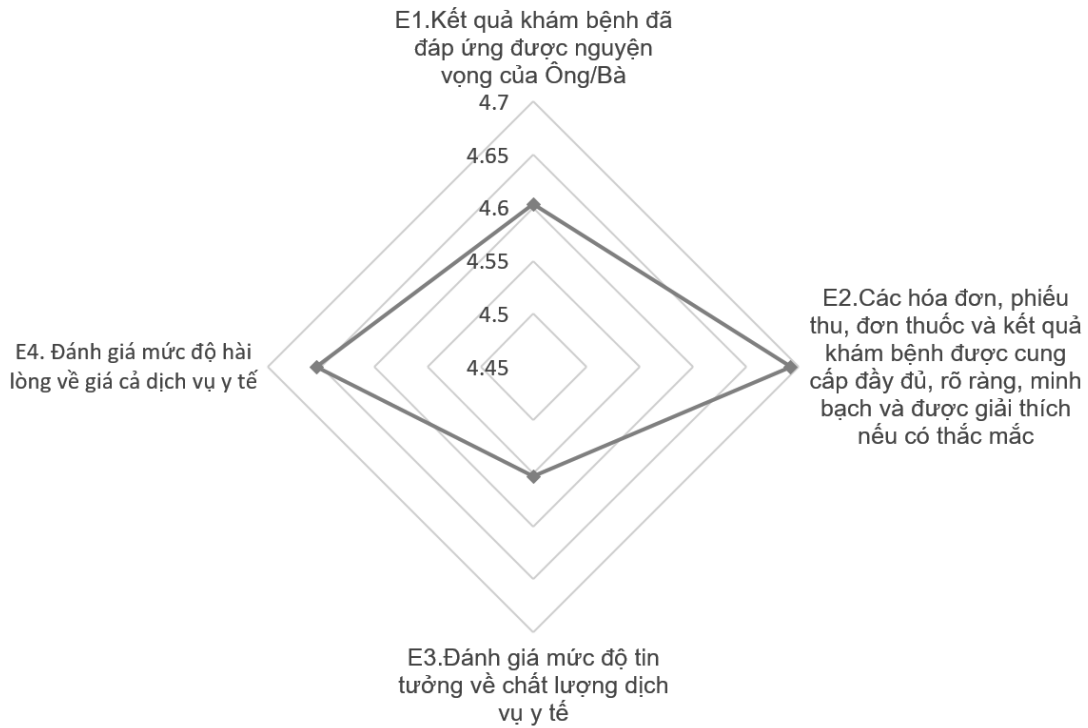
Biểu đồ 4. Mức độ hài lòng về “Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế”



Biểu đồ 3.4 cho thấy người bệnh đánh giá rất cao về thái độ ứng xử, giao tiếp đúng mực của nhân viên y tế.

Nhưng ngược lại, năng lực chuyên môn của bác sỹ, điều dưỡng chưa đáp ứng được sự hài lòng của người bệnh.

Biểu đồ 5. Mức độ hài lòng về “Kết quả cung cấp dịch vụ”



Biểu đồ 3.5 cho thấy người bệnh đánh giá thấp vấn đề chất lượng dịch vụ y tế (4.61) hài lòng về giá cả dịch vụ y tế và mức độ tin tưởng về

3.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng người bệnh

Bảng 1. Tổng hợp ý kiến của người bệnh ngoại trú

| Mục | Các khía cạnh | Số ý kiến | Nội dung góp ý chủ yếu |
|-------|---|-----------|--|
| A | Khả năng tiếp cận | 54 | Phần lớn ý kiến tập trung vào đường chỉ dẫn đến khu khám bệnh theo yêu cầu. Trong đó có 22 phiếu người bệnh chưa biết đến khu khám bệnh theo yêu cầu; 19 phiếu người bệnh có ý kiến về lối đi sang siêu âm tim, nội soi dạ dày vào những ngày mưa to và nắng gắt; 13 phiếu người bệnh ý kiến không biết đăng kí khám qua điện thoại. |
| B | Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị | 43 | 12 ý kiến tập trung đánh giá thời gian chờ bác sĩ khám. 31 ý kiến tập trung đánh giá thời gian chờ nhận kết quả xét nghiệm, chiếu chụp. |
| C | Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh | 51 | Đa số ý kiến tập trung đánh giá nhà vệ sinh còn bẩn và có mùi. |
| D | Thái độ ứng xử của nhân viên y tế | 2 | Một bộ phận NVYT có thái độ chưa đúng mực, Người bệnh mong muốn được khám chữa bệnh trong môi trường năng lực chuyên môn bác sĩ, điều dưỡng tốt hơn nữa. |
| E | Kết quả cung cấp dịch vụ | 6 | Ý kiến về việc kết quả khám chưa đáp ứng được như mong đợi và một số trường hợp chưa giải thích rõ về hóa đơn, phiếu thu, đơn thuốc khi được thắc mắc. |
| Tổng: | | 156 | |



4. BÀN LUẬN

4.1. Sự hài lòng của người bệnh

Sự hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ khám chữa bệnh tại khu khám bệnh theo yêu cầu Bệnh viện đa khoa Đức Giang được đánh giá qua 5 yếu tố: Khả năng tiếp cận; Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị; Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh; Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế; Kết quả cung cấp dịch vụ. So với kết quả khảo sát sự hài lòng người bệnh năm 2019 tại khu khám nhà A của tác giả Phạm Ánh Ngọc [10] tỉ lệ hài lòng và rất hài lòng là 69,26%:26,56. Điều này cho thấy mức độ rất hài lòng của người bệnh đến khám tại khu khám bệnh theo yêu cầu cao hơn so với người bệnh khám tại khu nhà A. Đó cũng là sự khẳng định vai trò và lợi thế của khu khám bệnh theo yêu cầu trong bệnh viện.

4.2. Xác định các yếu tố liên quan đến sự hài lòng người bệnh

Từ những khách hàng có những cảm nhận bình thường, không hài lòng, rất không hài lòng chúng tôi đã tiến hành khai thác thêm thông tin, xác định những yêu cầu cũng như mong đợi của khách hàng khi đến sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện. Tất cả những ý kiến đóng góp đã được chúng tôi phân tích tổng hợp và đề xuất ngay các giải pháp can thiệp nếu có thể và xác định được cụ thể hơn các mục tiêu cần cải tiến

Các giải pháp đó cũng được chứng tỏ bằng tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngày càng cao ở những thời điểm khảo sát sau.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu khảo sát sự hài lòng của người bệnh tại khu khám bệnh theo yêu cầu cho thấy: Mức độ hài lòng và rất hài lòng chiếm tỉ lệ tương đối cao. Điều này cho thấy mức độ rất hài lòng của người bệnh đến khám tại khu khám bệnh theo yêu cầu cao hơn so với người bệnh khám tại khu nhà A. Những yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh: ý kiến góp ý chính là vấn đề quan trọng để bệnh viện hoàn thiện hơn đáp ứng nhu cầu của người bệnh, tăng sự hài lòng của người bệnh trong những lần khảo sát tiếp theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Ford, Robert C, Bach S, Phương thức đánh giá sự hài lòng của người bệnh theo Tổ chức Y tế thế giới. 2013 12/03/2013 [cited; Health strategy and Policy institute:[Available from: <http://www.hspi.org.vn/vcl/Phuong-thuc-danh-gia-su-hai-long-cua-nguoi-benh-theo-to-chuc-y-te-the-gioi-t101-8023.html>.

[2] Phạm Thị Tân Mỹ và cộng sự, Khảo sát sự hài lòng của người bệnh, người nhà người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Vạn Ninh năm 2011, Tập san BCKH năm 2011, Bệnh viện Vạn Ninh, 2011.

[3] Prakash, Bhanu, "Patient Satisfaction", Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery, 2010 3(3): p. 151-155.

[4] Mostafa, Mohamed M, An empirical study of patients' expectations and satisfactions in Egyptian hospitals; International Journal of Health Care Quality Assurance; 2005, 18(7): p. 516-532.

[5] Irfan SM, Ijaz A, Farooq MM, Patient Satisfaction and Service Quality of Public Hospitals in Pakistan: An Empirical Assessment; Middle-East Journal of Scientific Research, 2012, 12(6): p. 870 - 877.

[6] Mukhtar H, Saeed A, Lecturer GA, Measuring service quality in Public Sector using SERVQUAL: A case of Punjab Dental Hospital, Lahore; Research on Humanities and Social Sciences, 2013, 3(22): p. 66 - 70.

[7] Shah FT, Arshad A, Imam A, Impact of SERVQUAL on Client Satisfaction under the Mediating Effect of Disconfirmation: A Study of Social Security Hospitals of Punjab; Journal of Applied Environmental and Biological Sciences; 2014, 4(11): p. 1 - 6.

[8] Gronroos C, Service Management and Marketing, Lexington Books, Lexington, MA, 1990.

[9] Zeithaml VA, MJ Bitner, Services Marketing: Integrating Customer Focus Across the Firm; Irwin McGraw- Hill, 2000.

[10] Philip Kotler, "Quản trị Marketing", Nhà xuất bản thống kê, Hà Nội, 2011.

[11] Brown, Design Experiments: Theoretical and Methodological Challenges in Creating Complex Interventions in Classroom Settings, Journal of the learning science, 2(2), 141-178, 1992.

[12] Oliver R, Satisfaction: A Behavioral Perspective on the Consumer. New York: McGraw-Hill, 1997.

[13] Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL, "SERVQUAL: A Multiple - Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality", Journal of Retailing, 1988.

[14] The world health report 1998, p: 98 -101

[15] Kang, Gi-Du, James, Jeffrey, Service quality dimensions: an examination of Gronroos's service quality model; Managing Service Quality: An International Journal, 2004 14(4): p. 266-277.

[16] Phạm Thị Ánh Ngọc, " Sự hài lòng của người bệnh, người nhà người bệnh đối với dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang", Bệnh viện ĐK Đức Giang, 2019.

SURVEY AND PRACTICE OF HEALTH EDUCATION SOME BASIC SKILLS TO CARE NEWBORN OF MOTHER AT THE NEWBORN DEPARTMENT OF DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2020

Phan Thi Loan*, Chu Thi Hue,
Hoang Thi Loan, Nguyen Thi Thu Huyen, Vu Thi Minh Phuong

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 03/08/2023; Accepted: 28/08/2023

ABSTRACT

Objective: Surveying the knowledge of some basic skills in newborn care of mothers at the neonatal department of Duc Giang General Hospital and commenting on the recent results of health education on some basic skills in newborn care.

Subjects and methods: Cross-sectional description, over 108 mothers were directly taking care of their children at the neonatal department, conducted from January to October 2020 at Duc Giang General Hospital.

Results: The percentage of mothers after receiving medical education on child care knowledge and skills is very high. Specifically, the outcome of knowledge after receiving health education is the rate of having correct breastfeeding knowledge from 30.6% to 96.3%; create coils and change posture from 9.3% to 99%; umbilical cord care from 39.8% to 100%; thermocouple from 25.9% to 100%. The result of skills after getting SK education is the percentage of practicing breastfeeding skills correctly from 31% to 98%; create a coil and change position from 6.5% to 98%; umbilical cord care from 19.4% to 100%; thermocouple from 7.4% to 100%.

Conclusion: Mothers' knowledge of some skills in taking care of newborns before having a health education is not uniform according to education level, mother's age, geographical location and number of children. After GDSK has a very good effect for mothers who are directly taking care of their children in the hospital.

Keywords: Knowledge, skills, mother, health education, neonatal department, Duc Giang General Hospital.

*Corresponding author
Email address: khoasosinhducgiang@gmail.com
Phone number: (+84) 913392855
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



KHẢO SÁT VÀ THỰC HÀNH GIÁO DỤC SỨC KHỎE VỀ MỘT SỐ KỸ NĂNG CƠ BẢN CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH CỦA BÀ MẸ TẠI KHOA SƠ SINH BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2020

Phan Thị Loan*, Chu Thị Huệ,
Hoàng Thị Loan, Nguyễn Thị Thu Huyền, Vũ Thị Minh Phương

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 03/08/2023; Ngày duyệt đăng: 28/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát kiến thức của một số kỹ năng cơ bản trong chăm sóc trẻ sơ sinh của bà mẹ tại khoa Sơ sinh Bệnh viện đa khoa Đức Giang và Nhận xét kết quả gần của việc giáo dục sức khỏe về một số kỹ năng cơ bản trong chăm sóc trẻ sơ sinh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, trên 108 bà mẹ được nằm trực tiếp chăm sóc con tại khoa sơ sinh, được tiến hành từ tháng 1 đến tháng 10 năm 2020 tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Kết quả: Tỷ lệ các bà mẹ sau khi được giáo dục sức khỏe (GDSK) về kiến thức và kỹ năng chăm sóc trẻ là rất cao. Cụ thể là, Kết quả về kiến thức sau khi được GDSK là Tỷ lệ có kiến thức cho con bú đúng từ 30,6% lên 96,3%; tạo ổ cuốn và thay đổi tư thế từ 9,3% lên 99%; chăm sóc rốn từ 39,8% lên 100%; cặp nhiệt độ từ 25,9% lên 100%. Kết quả về kỹ năng sau khi được GDSK là tỷ lệ thực hành kỹ năng cho con bú đúng từ 31% lên 98%; tạo ổ cuốn và thay đổi tư thế từ 6,5% lên 98%; chăm sóc rốn từ 19,4% lên 100%; cặp nhiệt độ từ 7,4% lên 100%.

Kết luận: Kiến thức của một số kỹ năng chăm sóc trẻ sơ sinh của các bà mẹ trước khi có GDSK là không đồng đều theo trình độ học vấn, độ tuổi của bà mẹ, vị trí địa lý và số lần có con. Sau khi GDSK có hiệu quả rất tốt cho các bà mẹ đang trực tiếp chăm sóc con trong bệnh viện.

Từ khóa: Kiến thức, kỹ năng, bà mẹ, Giáo dục sức khỏe, khoa sơ sinh, Bệnh viện đa khoa Đức Giang

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc chăm sóc của bà mẹ đối với trẻ sơ sinh là rất cần thiết và quan trọng.

Theo nhận định của các chuyên gia thì sự tăng trưởng ở trẻ sơ sinh phần lớn đạt được thông qua giấc ngủ và bú sữa.

Các trẻ cần có cảm giác an toàn, thoải mái cả về vật chất và tinh cảm. Các nghiên cứu đã cho thấy tư thế trẻ đúng có thể giúp trẻ phát triển thể chất tốt trong tương lai.

Mẹ cho bú không đúng cách có thể gây khó chịu cho cả hai mẹ con.

Tạo ổ cuốn cho trẻ nằm sẽ giúp trẻ giữ ấm, duy trì thân nhiệt và trẻ có thể nằm ở mọi tư thế trong chiếc ổ .

Tư vấn GDSK là 1 trong 12 nhiệm vụ chuyên môn của điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh được Bộ Y Tế quy định trong thông tư 07/2011/TTBYT Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện.

Xuất phát từ thực tiễn đó chúng tôi tiến hành nghiên

*Tác giả liên hệ
Email: khoasosinhducgiang@gmail.com
Điện thoại: (+84) 913392855
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

cứ đề tài “Khảo sát và thực hành giáo dục sức khỏe về một số kỹ năng cơ bản chăm sóc trẻ sơ sinh của bà mẹ tại khoa Sơ sinh Bệnh viện đa khoa Đức Giang” với 2 mục tiêu:

1. Khảo sát kiến thức và một số kỹ năng cơ bản của các BM trong chăm sóc trẻ sơ sinh.

2. Đánh giá hiệu quả của giáo dục truyền thông trong việc nâng cao một số kiến thức và kỹ năng chăm sóc trẻ sơ sinh của BM tại khoa sơ sinh BVĐK Đức Giang.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1 đến tháng 10 năm 2020 tại khoa Sơ sinh Bệnh viện ĐK Đức Giang.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: 108 BM nằm trực tiếp chăm sóc con từ tháng 1 đến tháng 10 năm 2020 tại khoa Sơ sinh Bệnh viện ĐK Đức Giang.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các BM trả lời không đầy đủ bộ câu hỏi.
- Các BM từ chối không trả lời hoặc không tham gia thực hiện các kỹ năng chăm sóc trẻ.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Cỡ mẫu: 108 BM nằm trực tiếp chăm sóc con

2.5. Các biến nghiên cứu

2.5.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

- Tuổi / địa chỉ/ nghề nghiệp
- Trình độ học vấn
- Số con
- Tham gia lớp tiền sản
- Kiến thức của một số kỹ năng
- Kỹ năng

2.5.2. Kiến thức về một số kỹ năng cơ bản chăm sóc trẻ sơ sinh của bà mẹ

- Cho trẻ bú đúng
- Tạo ổ cuốn và thay đổi tư thế nằm cho trẻ
- Chăm sóc rốn
- Theo dõi thân nhiệt cho trẻ

2.5.3. Thực hành về một số kỹ năng chăm sóc trẻ sơ sinh của các bà mẹ sau khi được TT GDSK

- Cho trẻ bú đúng cách
- Các bước tạo ổ cuốn cho trẻ
- Cách thay đổi tư thế nằm cho trẻ.
- Vệ sinh rốn
- Cập nhiệt độ

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu:

* Để thu thập thông tin, chúng tôi thực hiện:

Bước 1: Lập ra một kế hoạch thực hiện cho từng bước tiến hành.

Bước 2: Lập bộ công cụ phỏng vấn

Bước 3: Tập huấn kỹ năng thành thạo cho các nhân viên đi phỏng vấn.

Bước 4: Tiến hành phỏng vấn với các đối tượng phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu đã lựa chọn:

- Tổ chức các buổi Truyền thông giáo dục sức khỏe tại buồng bệnh có các mẹ đang chăm sóc con tại khoa sơ sinh.

- Phỏng vấn trực tiếp các bà mẹ chấp thuận tự nguyện tham gia nghiên cứu. Phát bộ câu hỏi đánh giá về kiến thức chăm sóc trẻ sơ sinh của các bà mẹ.

- Điều tra viên thu thập lại bộ câu hỏi đánh giá về kiến thức của các mẹ đã làm xong. Quan sát và đánh giá theo bảng kiểm các bà mẹ thực hiện các kỹ năng chăm sóc trẻ : cho con bú, tạo ổ cuốn và thay đổi tư thế, vệ sinh rốn và cập nhiệt độ.

- Điều dưỡng tư vấn – giáo dục sức khỏe cho bà mẹ về kiến thức và hướng dẫn một số kỹ năng: cho trẻ bú đúng cách, tạo ổ cuốn cho trẻ và thay đổi tư thế, vệ sinh rốn, theo dõi thân nhiệt và cập nhiệt độ hậu môn cho trẻ.

- Trong quá trình tư vấn - GDSK có hướng dẫn trực tiếp các bà mẹ về thực hành một số kỹ năng theo bảng kiểm.

Sau 1 ngày sử dụng lại bộ câu hỏi như lúc trước để thu thập thông tin, quan sát đánh giá lại kiến thức và kỹ năng thực hành của các bà mẹ.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu:

- Số liệu sau khi thu thập được, sẽ được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS để tính toán các tỷ lệ và các test thống kê thích hợp.

- Để đánh giá chung kiến thức chăm sóc trẻ sơ sinh của các bà mẹ chúng tôi căn cứ vào các câu hỏi của phiếu điều tra (phụ lục 3) các bà mẹ như sau:

+ Mức độ có đủ kiến thức : là các bà mẹ trả lời đúng và đầy đủ các câu hỏi của phiếu điều tra.

+ Mức độ thiếu kiến thức: là các bà mẹ trả lời không đầy đủ hoặc trả lời không đúng các câu hỏi trong phiếu điều tra.

- Để đánh giá về kỹ năng chăm sóc trẻ sơ sinh của các bà mẹ chúng tôi quan sát các bà mẹ thực hiện các kỹ năng theo bảng kiểm (phụ lục 4) và đánh giá theo thang điểm của từng kỹ năng như sau :

- + 0 điểm: Không làm, không biết
- + 1 điểm: Có làm, làm chưa đúng hoàn toàn
- + 2 điểm: Có làm, làm chính xác

Điểm thực hành là tổng điểm của các bước thực hiện theo từng kỹ năng.

2.8. Đạo đức nghiên cứu:

Các bà mẹ sẽ được hỏi ý kiến và đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Có bản cam kết ký tự nguyện tham gia. Những người không đồng ý, hoặc từ chối, sẽ không đưa vào mẫu nghiên cứu và không có bất kỳ sự phân biệt đối xử nào.

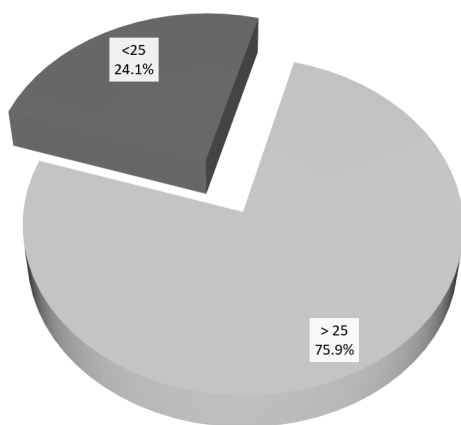
- Các thông tin nhạy cảm đều được giữ bí mật và mã hoá trên máy tính, đảm bảo không tiết lộ thông tin.
- Thông tin thu được đều được sự hợp tác của các bà mẹ.
- Ngoài mục đích khoa học phục vụ cho công tác, nghiên cứu này không có mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 1 đến tháng 10 năm 2020 chúng tôi nghiên cứu được 108 BM chăm sóc con tại khoa sơ sinh có kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Biểu đồ 1. Tuổi của đối tượng trong nhóm nghiên cứu



Nhận xét: Các BM có độ tuổi ≥ 25 tuổi chiếm tỷ lệ cao (75,9%)

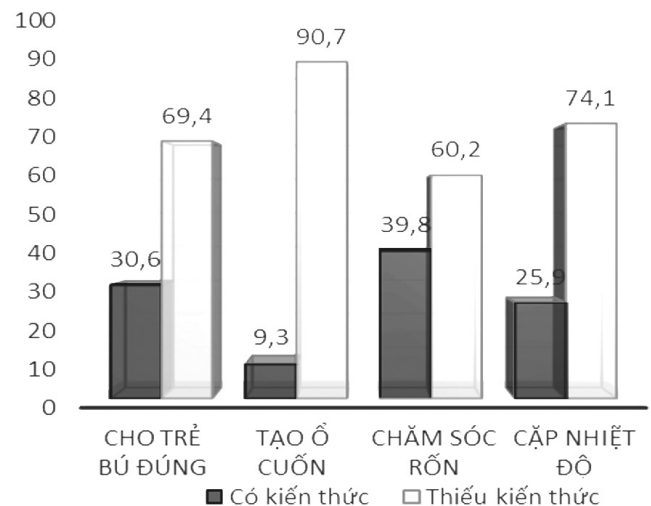
Bảng 1. Thông tin của đối tượng nghiên cứu

| Thông tin đối tượng | | Số đối tượng (n=108) | Tỷ lệ |
|---------------------|-------------------|----------------------|-------|
| Địa dư | Nông thôn | 53 | 49,1 |
| | Thành thị | 55 | 50,9 |
| Số con | Con thứ nhất | 35 | 32,4 |
| | Con thứ 2 trở lên | 73 | 67,6 |
| Giới con | Bé trai | 57 | 52,8 |
| | Bé gái | 51 | 47,2 |

Nhận xét: Nhiều đối tượng có số con thứ 2 trở lên (67,6%) và đa số đối tượng đều có trình độ từ THPT (90,7%) và công chức (60,2%).

3.2. Kiến thức của một số kỹ năng cơ bản trong chăm sóc trẻ sơ sinh của BM

Biểu đồ 2. Kiến thức của BM về các kỹ năng chăm sóc trẻ trước khi can thiệp



- Nhận xét: Số BM thiếu kiến thức chăm sóc trẻ chiếm tỷ lệ cao hơn số BM có kiến thức. Đặc biệt có 90,7% bà mẹ thiếu kiến thức tạo ổ cuộn cho trẻ.

Đa số các BM thực hành cho con bú chưa tốt. Các kỹ năng về tạo ổ cuộn, vệ sinh rốn và cập nhiệt độ chủ yếu là các BM không biết làm.

3.3. Mối liên quan giữa đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và kiến thức một số kỹ năng trong chăm sóc trẻ

Bảng 2. Mối liên quan giữa đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và kiến thức một số kỹ năng

| Kỹ năng Đặc điểm | | Cho con bú (%) | | | Tạo ổ cuốn | | | Vệ sinh rốn | | | Cấp nhiệt độ | | |
|-----------------------|-----------|----------------|--------------|-------|--------------|--------------|-------|--------------|--------------|-------|--------------|--------------|-------|
| | | Có | Thiếu | p | Có | Thiếu | p | Có | Thiếu | p | Có | Thiếu | p |
| Tuổi mẹ | <25 | 2 (7,7) | 24 (92,3) | <0,05 | 00 | 26 (100) | >0,05 | 6 (23,1) | 20 (76,9) | <0,05 | 4 (15,4) | 22 (84,6) | >0,05 |
| | ≥25 | 31 (37,8) | 51 (62,2) | | 10 (12,2) | 72 (87,8) | | 37 (45,1) | 45 (54,9) | | 24 (29,3) | 58 (70,7) | |
| Địa dư | Thành thị | 8 (32,7) | 7 (67,3) | >0,05 | 5 (9,1) | 50 (90,9) | >0,05 | 21 (38,2) | 34 (61,8) | >0,05 | 15 (27,3) | 40 (72,7) | >0,05 |
| | Nông thôn | 5 (28,3) | 8 (71,7) | | 5 (9,4) | 48 (90,6) | | 22 (41,5) | 31 (58,5) | | 13 (24,5) | 40 (75,5) | |
| Số con | Thứ 1 | 7 (20) | 8 (80) | >0,05 | 3 (8,6) | 32 (91,4) | >0,05 | 7 (20) | 28 (80) | <0,05 | 5 (14,3) | 30 (85,7) | >0,05 |
| | Từ thứ 2 | 6 (35,6) | 7 (64,4) | | 7 (9,6) | 66 (90,4) | | 36 (49,3) | 37 (50,7) | | 23 (31,5) | 50 (68,5) | |
| Nghề nghiệp | Công chức | 19 (29,2) | 6 (70,8) | >0,05 | 6 (9,2) | 59 (90,8) | <0,05 | 26 (40) | 39 (60) | >0,05 | 16 (24,6) | 49 (75,4) | >0,05 |
| | Nội trợ | 10 (30,3) | 3 (69,7) | | 1 (3) | 32 (97) | | 13 (39,4) | 20 (60,6) | | 9 (27,3) | 24 (72,7) | |
| | Nông dân | 4 (40) | 6 (60) | | 3 (30) | 7 (70) | | 4 (40) | 6 (60) | | 3 (30) | 7 (70) | |
| Học vấn | Dưới THPT | 2 (20) | 8 (80) | >0,05 | 1 (10) | 9 (90) | >0,05 | 2 (20) | 8 (80) | >0,05 | 2 (20) | 8 (80) | >0,05 |
| | Từ THPT | 31 (31,6) | 67 (68,4) | | 9 (9,2) | 89 (90,8) | | 41 (41,8) | 57 (58,2) | | 26 (26,5) | 72 (73,5) | |
| Tham gia lớp tiền sản | Có | 1 (50) | 1 (50) | >0,05 | 1 (50) | 1 (50) | <0,05 | 1 (50) | 1 (50) | >0,05 | 1 (50) | 1 (50) | >0,05 |
| | Không | 32 (30,2) | 74 (69,8) | | 9 (8,5) | 97 (91,5) | | 42 (39,6) | 64 (60,4) | | 27 (25,5) | 79 (74,5) | |

Mối liên quan giữa đặc điểm của đối tượng với kiến thức cho con bú đúng

Kiến thức về kỹ năng cho trẻ bú đúng ở nhóm bà mẹ ≥ 25 tuổi và nhóm bà mẹ có độ tuổi < 25 tuổi là 37,8% và 7,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Mối liên quan giữa đặc điểm của đối tượng với kiến thức tạo ổ cuốn và thay đổi tư thế

- Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức tạo ổ cuốn ở nhóm có nghề nghiệp là công chức, nội trợ và nông dân là 9,2%, 3% và 30%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức tạo ổ cuốn ở nhóm đã tham gia và không tham gia lớp tiền sản là 50% và 8,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Mối liên quan giữa đặc điểm của đối tượng với kiến thức về kỹ năng vệ sinh rốn

- Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức chăm sóc rốn ở nhóm có độ tuổi ≥ 25 tuổi và < 25 tuổi tương ứng là 45,1 và 23,1%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức chăm sóc rốn ở nhóm có có con thứ nhất và từ con thứ 2 tương ứng là 20% và 49,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Mối liên quan giữa đặc điểm của đối tượng với kiến thức về kỹ năng cấp nhiệt độ

Sự khác biệt về tỷ lệ cấp nhiệt độ đúng ở các nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.4. Kết quả của việc GDSK với kiến thức một số kỹ năng trong chăm sóc trẻ sơ sinh

- Trước tư vấn số BM thiếu kiến thức nhiều hơn số BM có đủ kiến thức.

- Sau tư vấn chỉ còn một số ít BM thiếu kiến thức chăm sóc trẻ.

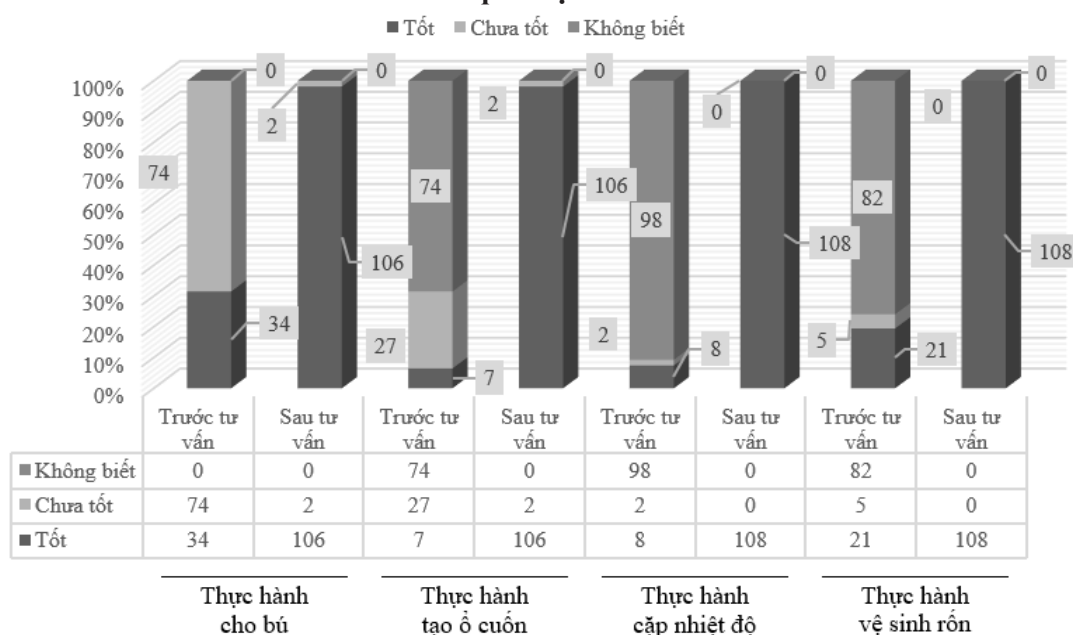
+ Đa số các BM đã tạo được ổ cuốn cho trẻ, chỉ số ít BM chưa biết cách tạo đúng kỹ thuật.

+ Hầu hết các BM biết cách vệ sinh rốn chỉ có rất ít các BM vệ sinh không đúng kỹ thuật.

+ Tất cả các BM đều có kiến thức cấp nhiệt độ cho trẻ, cho con bú đúng.

3.5. Kết quả của việc GDSK với kỹ năng thực hành trong chăm sóc trẻ sơ sinh

Biểu đồ 3. So sánh kết quả thực hành trước và sau GDSK



Nhận xét: Sau tư vấn GDSK tất cả các bà mẹ đều có kỹ năng thực hành tốt về Cho con bú đúng, tạo ổ cuốn và thay đồ tư thế, cấp nhiệt độ, vệ sinh rốn.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Qua khảo sát 108 BM chăm sóc con tại khoa sơ sinh chúng tôi thấy:

- Số con trong nghiên cứu của các BM : Con thứ nhất chiếm tỷ lệ 32,4% và con thứ 2 trở lên chiếm tỷ lệ 67,6%. Con trai chiếm tỷ lệ 52,7% và con gái chiếm tỷ lệ 47,3%. Tỷ lệ giới có sự chênh lệch ở các thành phố lớn một phần phản ánh sự mất cân bằng giới tính thực tế ở các thành phố này cũng như địa điểm chúng tôi nghiên cứu là thủ đô Hà Nội; có thể đây cũng là một chỉ số phản ánh sự lựa chọn giới tính ngày càng tăng cao ở các địa phương.

- Các BM có độ tuổi dưới 25 tuổi chiếm tỷ lệ 24,1% và các BM có độ tuổi trên 25 tuổi chiếm tỷ lệ 75,9%. Sở dĩ có sự chênh lệch này vì trong nhóm nghiên cứu tỷ lệ các bà mẹ có con thứ 2 trở lên chiếm tỷ lệ cao hơn hẳn 67,6%.

- Trình độ học vấn đối tượng trong nghiên cứu: Trình độ dưới PTTH chiếm 9,3% và trên PTTH 90,7% trong nghiên cứu của chúng tôi không có các bà mẹ mù chữ. Trong khi nghiên cứu của Đỗ Thị Bích Vân và cộng

sự (2013) tại Bệnh viện Nhi TW, tỷ lệ các BM có trình độ dưới PTTH chiếm tỷ lệ 29,2% và tỷ lệ trên PTTH chiếm 71,8%; sự khác biệt có thể do địa điểm là BV Nhi TW nhận nhiều bệnh nhân từ các tỉnh và thời gian nghiên cứu.

- Địa dư của đối tượng trong nhóm nghiên cứu : Nhóm BM ở nông thôn là 49,1% và thành thị là 50,9%. Địa dư của BM (thuộc khu vực nông thôn và thành thị) trong nhóm nghiên cứu gần bằng nhau vì vị trí địa lý của Bệnh viện đa khoa Đức Giang là nằm ở phía Đông Bắc thủ đô thuộc Quận Long Biên có nhiệm vụ khám chữa bệnh cho dân cư trên địa bàn và các vùng lân cận (Huyện Gia Lâm, Huyện Đông Anh, Bắc Ninh, Hưng Yên...). Trong khi nghiên cứu của Đỗ Thị Bích Vân và cộng sự (2013) tại Bệnh viện Nhi TW, tỷ lệ ở nông thôn chiếm tỷ lệ cao 62,5% và tỷ lệ ở thành thị chỉ chiếm 37,5%; sự khác biệt có thể do địa điểm là BV Nhi TW nhận nhiều bệnh nhân từ các tỉnh.

- Nghề nghiệp của đối tượng trong nhóm nghiên cứu: Nhóm bà mẹ làm CNVC là cao nhất chiếm tỷ lệ 60%, nông dân chiếm tỷ lệ 31% và thấp nhất là nội trợ chỉ chiếm 9%. Điều này cho thấy hiện nay việc bình đẳng giới đang được thực hiện tốt, sự chủ động của phụ nữ về công ăn việc làm và làm chủ bản thân ngày càng rõ rệt.

- Tham gia học lớp tiền sản của đối tượng trong nghiên cứu: Hầu hết các bà mẹ không tham gia học lớp tiền sản chiếm tỷ lệ 98,2% chỉ có 1,8% là có tham gia. Điều này chứng tỏ vấn đề học lớp tiền sản ở Việt Nam khá mới mẻ và chưa được các BM quan tâm và biết đến.

4.2. Thông tin về đối tượng nghiên cứu

- Số lượng BM trong nhóm nghiên cứu có kiến thức về các kỹ năng trước khi can thiệp như sau + Cho trẻ bú đúng: 30,6% BM đủ kiến thức và 69,4% BM thiếu kiến thức. Mặc dù các BM trong nhóm nghiên cứu sinh con thứ 2 trở lên chiếm đa số nhưng các BM vẫn gặp phải những khó khăn khi cho con bú. Qua khảo sát chúng tôi thấy kiến thức về kỹ năng cho trẻ bú đúng ở nhóm BM ≥ 25 tuổi và nhóm BM có độ tuổi < 25 tuổi tỷ lệ là 37,8% và 7,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

+ Tạo ổ cuộn và thay đổi tư thế: 9,3% BM đủ kiến thức và 90,7% BM thiếu kiến thức. Việc tạo ổ cuộn cho trẻ nằm trong ổ vẫn còn khá mới mẻ với đa số các BM. Qua khảo sát chúng tôi thấy: Tỷ lệ BM có kiến thức tạo ổ cuộn ở nhóm có nghề nghiệp là công chức, nội trợ và nông dân là 9,2%, 3% và 30%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và Tỷ lệ BM có kiến thức tạo ổ cuộn ở nhóm đã tham gia và không tham gia lớp tiền sản là 50% và 8,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

+ Chăm sóc rốn: 39,8% BM đủ kiến thức và 60,2% BM thiếu kiến thức. Đa số các bà mẹ thiếu kiến thức về chăm sóc rốn cho trẻ. Điều này cũng dễ hiểu vì trong giai đoạn rốn rụng là thời gian các BM mới sinh xong nên việc chăm sóc rốn của trẻ khi ở BV đã có Nhân viên y tế và ở nhà thường là do người khác làm. Qua khảo sát chúng tôi thấy: Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức chăm sóc rốn ở nhóm có độ tuổi ≥ 25 tuổi và < 25 tuổi tương ứng là 45,1 và 23,1%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) và Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức chăm sóc rốn ở nhóm có con thứ nhất và từ con thứ 2 tương ứng là 20% và 49,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

+ Cặp nhiệt độ: 25,9% BM đủ kiến thức và 74,1% bà mẹ thiếu kiến thức. Đa số các bà mẹ không cặp nhiệt độ cho con hàng ngày.

- Số lượng bà mẹ trong nhóm nghiên cứu có kỹ năng thực hành như sau:

+ Cho trẻ bú đúng: Các BM có kỹ năng thực hành tốt 31%, chưa tốt 69%, không có BM không biết cho con bú.

+ Tạo ổ cuộn và thay đổi tư thế: Các BM có kỹ năng thực hành tốt 6,5%, chưa tốt 25% và không biết làm 68,5%

+ Cặp nhiệt độ hậu môn: Các BM có kỹ năng thực hành tốt 7,4%, chưa tốt 1,9% và không biết làm 90,7%.

+ Vệ sinh rốn: Các BM có kỹ năng thực hành tốt 19,4%, chưa tốt 4,6% và không biết làm 76%.

4.3. Kiến thức và kỹ năng thực hành của các BM trước và sau khi có GDSK

- Số lượng BM trong nhóm nghiên cứu có kiến thức

trước và sau khi được TT-GDSK như sau:

+ Cho trẻ bú đúng: 30,6% BM đủ kiến thức và 69,4% BM thiếu kiến thức. Sau khi được TT- GDSK tỷ lệ này đã thay đổi là 96,3% và 3,7%

+ Tạo ổ cuộn và thay đổi tư thế: 9,3% BM đủ kiến thức và 90,7% BM thiếu kiến thức. Sau khi được TT- GDSK tỷ lệ này đã thay đổi là 99% và 1%

+ Chăm sóc rốn: 39,8% BM đủ kiến thức và 60,2% BM thiếu kiến thức. Sau khi được TT- GDSK tỷ lệ này đã thay đổi là 100% BM đủ kiến thức.

+ Theo dõi thân nhiệt: 25,9% BM đủ kiến thức và 74,1% BM thiếu kiến thức. Sau khi được TT- GDSK tỷ lệ này đã thay đổi là 100% BM đủ kiến thức.

- Số lượng BM trong nhóm nghiên cứu thực hành các kỹ năng trước và sau khi được TT-GDSK như sau:

+ Cho trẻ bú đúng: Các BM có kỹ năng thực hành tốt 31%, chưa tốt 69% và không có BM không biết cho bú. Sau khi được TT- GDSK tỷ lệ đã thay đổi là 98% thực hiện tốt và 2% chưa tốt. Vẫn còn BM thực hiện cho trẻ bú chưa tốt có thể là do BM còn quá trẻ và kỹ năng cho trẻ bú đúng cách không hề đơn giản, phải có đủ kiến thức và thực hiện nhiều bước.

+ Tạo ổ cuộn và thay đổi tư thế: Các BM có kỹ năng thực hành tốt 6,5%, chưa tốt 25%, và không biết làm 68,5%. Sau khi được TT- GDSK tỷ lệ đã thay đổi là 98% thực hiện tốt và 2% chưa tốt, không có BM không biết làm. Các BM luôn mong muốn làm những điều tốt nhất có thể cho con và kỹ năng tạo ổ cuộn lại rất đơn giản. Chỉ có số ít các BM không dám đặt con ở tư thế nằm sấp vì sợ con có thể bị ngạt.

+ Cặp nhiệt độ hậu môn: Các BM có kỹ năng thực hành tốt 7%, chưa tốt 1,8% và không biết làm 91,2%. Sau khi được TT- GDSK 100% các BM đều thực hiện tốt kỹ năng này. Có được hiệu quả như vậy có thể là do các BM nhận thức được việc theo dõi thân nhiệt của trẻ là rất cần thiết và cặp nhiệt độ hậu môn cũng khá đơn giản, nhanh mà kết quả lại chính xác nhất với cơ thể của trẻ.

+ Vệ sinh rốn: Các BM có kỹ năng thực hành tốt 19,4%, chưa tốt 4,6% và không biết làm 76%. Sau khi được TT- GDSK 100% các BM đều thực hiện tốt kỹ năng này. Có được hiệu quả như vậy có thể là do các BM nhận thức được tầm quan trọng của vệ sinh rốn, được cung cấp đủ kiến thức, được quan sát và hướng dẫn làm trực tiếp. Hơn nữa các bước tiến hành của kỹ năng này ít và đơn giản.

Có thể nhận thấy rõ kết quả rất tốt sau khi TT- GDSK: Sau can thiệp, hầu hết các BM có đủ kiến thức và thực hành một số kỹ năng cơ bản chăm sóc trẻ sơ sinh tốt. Có thể là do các BM được quan sát trực tiếp cách chăm sóc con và ham muốn làm nhiều điều bổ ích cho chính con

của mình. Điều này cho thấy hiệu quả cao của GDSK cho các BM tại cơ sở y tế, đặc biệt các đơn vị Sơ sinh.

5. KẾT LUẬN

Kiến thức và kỹ năng chăm sóc trẻ sơ sinh của các BM trước khi có GDSK là không đồng đều theo trình độ học vấn, độ tuổi của bà mẹ, vị trí địa lý và số lần có con.

Sau khi GDSK có hiệu quả rất tốt cho các BM đang trực tiếp chăm sóc con trong bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Phạm Đức Mục, Nguyễn Thị Phương Hòa, Chăm sóc giấc ngủ trẻ sơ sinh, Tài liệu đào tạo liên tục chăm sóc da và giấc ngủ trẻ sơ sinh, 2017.
- [2] Trường Cao đẳng y tế Hà Nội, Nuôi con bằng sữa mẹ và thức ăn thay thế, Giáo trình chăm sóc sức khỏe trẻ em, 2019, tr.55-72.
- [3] Benhviennhitronguon.org.vn, khoa Sơ sinh, "Tư thế thích hợp của trẻ sơ sinh", Nghiên cứu và thực hành nhi khoa, 2016.
- [4] Bộ Y tế, Báo cáo Y tế Việt Nam năm 2006: Công bằng, hiệu quả, phát triển trong tình hình mới, Nhà xuất bản Y học, 2006.
- [5] Bộ Chính trị, "Nghị quyết số 46-NQ/TW ngày 23 tháng 02 năm 2005 về công tác bảo vệ, chăm sóc sức khỏe nhân dân trong tình hình mới", 2005.
- [6] John Hubley, Communicating health: an action guide to health education and health promotion, Macmillan Education Ltd, 1993.
- [7] Lê Thanh Hải, Điều dưỡng nhi khoa cơ bản, nhà xuất bản Y học, 2017, tr.131-136.
- [8] Bệnh viện Nhi Trung ương, Tài liệu giảng dạy hồi sức và chăm sóc thiết yếu sơ sinh cơ bản", Hội đồng quản lý chất lượng điều dưỡng, 2014.

CURRENT SITUATION OF TESTING RETURNING TIME FOR ON- DEMAND MEDICAL EXAMINATION DEPARTMENT AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2019 - 2020

Phan Thi Ngoc Lan*, Nguyen Thi Huong,
Nguyen Thi Hai Yen, Nguyen Thi Thuy, Luong Hai Yen

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 09/08/2023; Accepted: 06/09/2023

ABSTRACT

Objective: (1) Identify the average time to return test results and identify the percentage of test results that are not returned on time as specified at the on-demand medical examination department from September 2019 to March September 2020, (2) Identify some factors affecting the time to return test results.

Subject and method: Eligible specimens were handed over from three departments of Biochemistry, Hematology-Blood Transfusion, and Microbiology to outpatients at the On-Demand medical examination department- Duc Giang General Hospital . Observational research.

Results: Through 69,391 research samples, we found that the average time to return the results of all 3 departments was 37.6 ± 18.1 minutes. Department of Biochemistry had the earliest time to return results ($36.9 \pm 18,6$) minutes; Department of Microbiology had the longest time to return the test results, the average time was 38.7 ± 17.2 minutes. The immunoassay had the longest return time of 61.1 ± 28.9 minutes, followed by the HFMD test of 48.4 ± 21.6 minutes. The survey group had the earliest average time to return Urine at 186 ± 13.5 minutes. From 8 to 9 o'clock is the time of day for the most sample gathering of three departments.

Conclusion: Arrange and increase human resources to perform testing at the time of sample flow and return test results to shorten and reduce waiting time for patients.

Keywords: Time to return results, rate of late returning.

*Corresponding author
Email address: hoahuongduong19486@gmail.com
Phone number: (+84) 936368680
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



THỰC TRẠNG THỜI GIAN TRẢ KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM CHO KHU KHÁM BỆNH YÊU CẦU TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2019 - 2020

Phan Thị Ngọc Lan*, Nguyễn Thị Hương,
Nguyễn Thị Hải Yên, Nguyễn Thị Thùy, Lương Hải Yên

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 09/08/2023; Ngày duyệt đăng: 06/09/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Xác định thời gian trả kết quả xét nghiệm trung bình và xác định tỷ lệ kết quả xét nghiệm trả không đúng thời gian quy định tại khu khám bệnh theo yêu cầu từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 9 năm 2020; (2) Nhận định một số yếu tố ảnh hưởng đến thời gian trả kết quả xét nghiệm.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mẫu xét nghiệm đủ điều kiện được bàn giao của ba khoa Hóa sinh, Huyết học-Truyền máu, Vi sinh cho nhóm bệnh nhân ngoại trú tại khu Khám bệnh theo yêu cầu - Bệnh viện đa khoa Đức Giang. Nghiên cứu quan sát.

Kết quả: Qua 69.391 mẫu xét nghiệm nghiên cứu, chúng tôi thấy thời gian trả KQXN trung bình của cả 3 khoa là 37.6 ± 18.1 phút. Khoa Sinh hóa có thời gian trả kết quả sớm nhất (36.9 ± 18.6) phút; Khoa Vi sinh có thời gian trả KQXN lâu nhất, thời gian trung bình là 38.7 ± 17.2 phút. Xét nghiệm miễn dịch có thời gian trả kết quả trung bình lâu nhất là 61.1 ± 28.9 phút kế tiếp là xét nghiệm HTHNM 48.4 ± 21.6 phút. Nhóm xét nghiệm có thời gian trả trung bình sớm nhất là Nước tiểu là 186 ± 13.5 phút. Từ 8 - 9 giờ là thời điểm tập trung mẫu nhiều nhất trong ngày của cả 3 khoa.

Kết luận: Sắp xếp, tăng cường nhân lực thực hiện xét nghiệm vào thời điểm có lưu lượng mẫu và trả kết quả xét nghiệm đồng đều rút ngắn và giảm thời gian chờ ở người bệnh.

Từ khóa: Thời gian trả kết quả, tỷ lệ trả muộn.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ lâu, xét nghiệm có vai trò quan trọng trong công tác khám và điều trị bệnh. Các phòng xét nghiệm hỗ trợ bác sỹ đưa ra chẩn đoán, chẩn đoán sớm, đánh giá điều trị, tiên lượng cũng như dự phòng bệnh tật. Tại BVĐK Đức Giang bệnh viện đã có nhiều cải tiến quy trình khám chữa bệnh, trong đó có bộ phận xét nghiệm cận lâm sàng. Tuy nhiên trên thực tế vẫn chưa đáp ứng được nhu cầu của khách hàng, vẫn còn nhiều phàn nàn khiếu nại về việc phải chờ lâu tại khu vực xét nghiệm. Để góp phần đo lường nguồn thông tin đầu ra của quá

trình thực hiện xét nghiệm chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với 2 mục tiêu: (1) Xác định thời gian trả kết quả xét nghiệm trung bình và xác định tỷ lệ kết quả xét nghiệm trả không đúng thời gian quy định tại khu khám bệnh theo yêu cầu từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 9 năm 2020; (2) Nhận định một số yếu tố ảnh hưởng đến thời gian trả kết quả xét nghiệm.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu quan sát.

*Tác giả liên hệ

Email: hoahuongduong19486@gmail.com

Điện thoại: (+84) 936368680

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 09 năm 2019 đến tháng 09 năm 2020.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Mẫu xét nghiệm đủ điều kiện được bàn giao của ba khoa Hóa sinh, Huyết học-Truyền máu, Vi sinh cho nhóm bệnh nhân ngoại trú tại khu Khám bệnh theo yêu cầu - Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

2.4. Cơ mẫu, chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu: Toàn bộ mẫu xét nghiệm của bệnh nhân đến khám ngoại trú tại khu Khám bệnh theo yêu cầu- Bệnh viện đa khoa Đức Giang trong vòng 1 năm. Tổng lượng mẫu trong nghiên cứu là 69.391 mẫu.

2.5. Biến số/ chỉ số/ nội dung/ chủ đề nghiên cứu:

- Nhóm dịch vụ kỹ thuật; Nhóm dịch vụ kỹ thuật được phân trong các khoa xét nghiệm theo danh mục bệnh viện.

- Thời gian di chuyển đến khu vực chờ lấy mẫu (T1) : Thời gian từ lúc bệnh nhân có chỉ định xét nghiệm(t1) đến khi bệnh nhân đến khu vực phát số chờ lấy mẫu tại khu lấy mẫu tại khu Khám bệnh theo yêu cầu(t2). ($T1 = t2 - t1$).

- Thời gian chuyển bệnh phẩm (T2) : Thời gian từ lúc NB được lấy máu đến khi mẫu máu được vận chuyển đến khoa XN(t3). ($T2 = t3 - t2$).

-Thời gian thực hiện xét nghiệm (T3) : Thời gian từ lúc BP và chỉ định được bàn giao đến khi Valid (duyet) kết quả trên phân mềm LIS (t4). ($T3 = t4 - t3$).

- Thời gian trả kết quả xét nghiệm cho bệnh nhân (TAT): Tổng thời gian trả kết quả cho bệnh nhân từ khi bệnh nhân nhận phiếu chỉ định đến khi nhận được kết quả ($TAT = T1+T2+T3$)

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: Số liệu được thu thập từ phần mềm quản lý xét nghiệm Labconnect-DMS bệnh viện, báo cáo dữ liệu lưu chi tiết toàn bộ các bệnh nhân làm xét nghiệm.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: - Số liệu được làm sạch bằng phần mềm SPSS 20.0 sau khi được phòng công nghệ thông tin bệnh viện đổ dữ liệu từ hệ thống LIS của bệnh viện. Một số thống kê mô tả (tỷ lệ%, trung bình, lệch chuẩn). Thống kê suy luận được áp dụng với $p < 0.05$ có ý nghĩa thống kê

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ quy định, đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Các đặc điểm nhận dạng người bệnh không được sử dụng. Nghiên cứu được Ban giám đốc – Lãnh đạo khối xét nghiệm ủng hộ tiến hành nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ cho báo cáo và cải tiến chất lượng dịch vụ.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

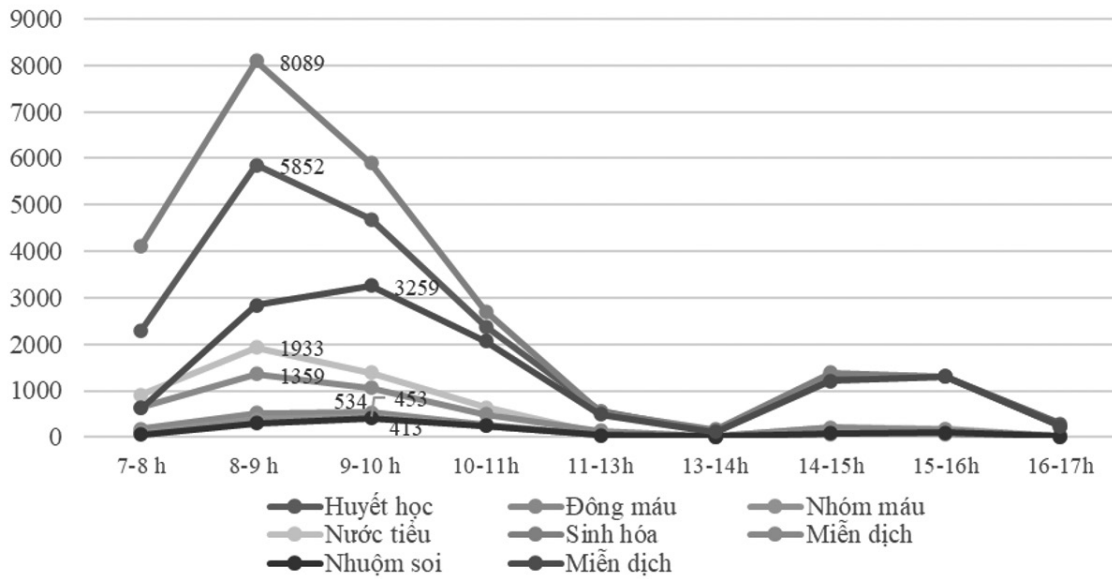
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố chỉ định xét nghiệm theo khoa và nhóm xét nghiệm

| Khoa thực hiện | Nhóm xét nghiệm | Nhóm xét nghiệm | | Số lượng xét nghiệm | |
|------------------------|-----------------|-----------------|--------|---------------------|-------------|
| | | n | Tỷ lệ% | n | Tỷ lệ% |
| Huyết học - Truyền máu | Tế bào | 18.820 | 27,1 | 21.990 | 31,7 |
| | Đông máu | 1.769 | 2,5 | | |
| | Nhóm máu | 1.401 | 2,0 | | |
| Sinh hóa | Miễn dịch - SH | 4.116 | 5,9 | 33.963 | 48,9 |
| | Sinh hóa | 24.447 | 35,2 | | |
| | Nước tiểu | 5.400 | 7,8 | | |
| Vi sinh | Miễn dịch - VS | 12.155 | 17,5 | 13.438 | 19,4 |
| | Nhuộm soi | 1.283 | 1,8 | | |
| Tổng | | | | 69.391 | 100% |

Bảng 1 cho thấy xét nghiệm Sinh hóa và Tế bào huyết học là chủ yếu, chiếm tỷ lệ lần lượt là 35,2% và 27,1%; kế tiếp là xét nghiệm Vi sinh miễn dịch, chiếm tỷ lệ 17,5%; Nước tiểu, chiếm tỷ lệ 7,8%; Sinh hóa miễn dịch, chiếm tỷ lệ 5,9%; Đông cầm máu, chiếm tỷ lệ 2,5%; Huyết thanh học – Nhóm máu, chiếm tỷ lệ 2%; xét nghiệm Vi sinh nhuộm soi chiếm tỷ lệ thấp nhất là 1,8%.

Biểu đồ 1. Phân bố số lượng xét nghiệm theo thời điểm nhận mẫu



Biểu đồ 1 cho thấy số lượng mẫu của cả 8 nhóm xét nghiệm tập trung chủ yếu vào thời điểm lúc 8 – 9 giờ và từ 9 – 10 giờ, với tổng số mẫu 8-9h là 21.292 và 17.697 mẫu vào 9-10h. Trong đó lượng xét nghiệm về nhóm

Sinh hóa và Tế bào huyết học chiếm ưu thế lần lượt là 8.089 và 5.852 mẫu; nhóm xét nghiệm Vi sinh nhuộm soi có số mẫu ít nhất 415 mẫu.

3.2. Đánh giá thời gian trả kết quả xét nghiệm và tỷ lệ muộn so với quy định

3.2.1. Thời gian trả KQXN trung bình theo khoa và nhóm xét nghiệm

Bảng 3. Thời gian trả kết quả trung bình theo nhóm xét nghiệm

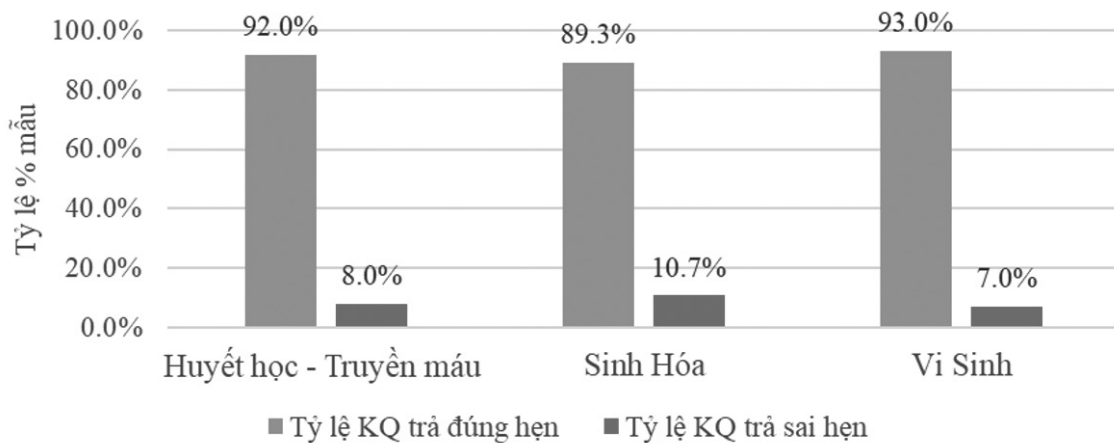
| Nhóm xét nghiệm | N | $\bar{X} \pm SD$ (phút) | Min-Max (Phút) |
|----------------------------|--------------|-------------------------|--------------------|
| Tế bào - Huyết học | 18820 | 21.7 ± 13.8 | 1 - 133 |
| Đông cầm máu | 1769 | 41.9 ± 19.7 | 9 - 149 |
| Huyết thanh học - Nhóm máu | 1401 | 48.4 ± 21.6 | 9 - 179 |
| Miễn dịch - Sinh hóa | 4116 | 61.1 ± 28.9 | 11 - 269 |
| Sinh hóa | 24447 | 34.1 ± 13.5 | 6 - 147 |
| Nước tiểu | 5400 | 18.6 ± 13.5 | 2 - 89 |
| Vi sinh miễn dịch | 12155 | 39.6 ± 15.9 | 2 - 176 |
| Vi sinh nhuộm soi | 1283 | 37.7 ± 18.5 | 2 - 103 |
| Tổng | 69391 | 37.5 ± 18.2 | 5.3 – 155.6 |

Bảng 3 cho thấy nhóm xét nghiệm Miễn dịch – sinh hóa có thời gian trả KQXN lâu nhất, trung bình là 61.1 ± 28.9 phút; kế tiếp lần lượt là xét nghiệm Huyết thanh học – nhóm máu; nhóm xét nghiệm Đông cầm máu; xét

nghiệm Vi sinh – miễn dịch; xét nghiệm Vi sinh nhuộm soi; tiếp đến là xét nghiệm Sinh hóa và các xét nghiệm khác. Sự khác biệt thời gian trả kết quả có ý nghĩa thống kê $F=4479,99, p<0,001$.

3.2.2. So sánh KQXN trả so với TGQĐ theo khoa và nhóm xét nghiệm

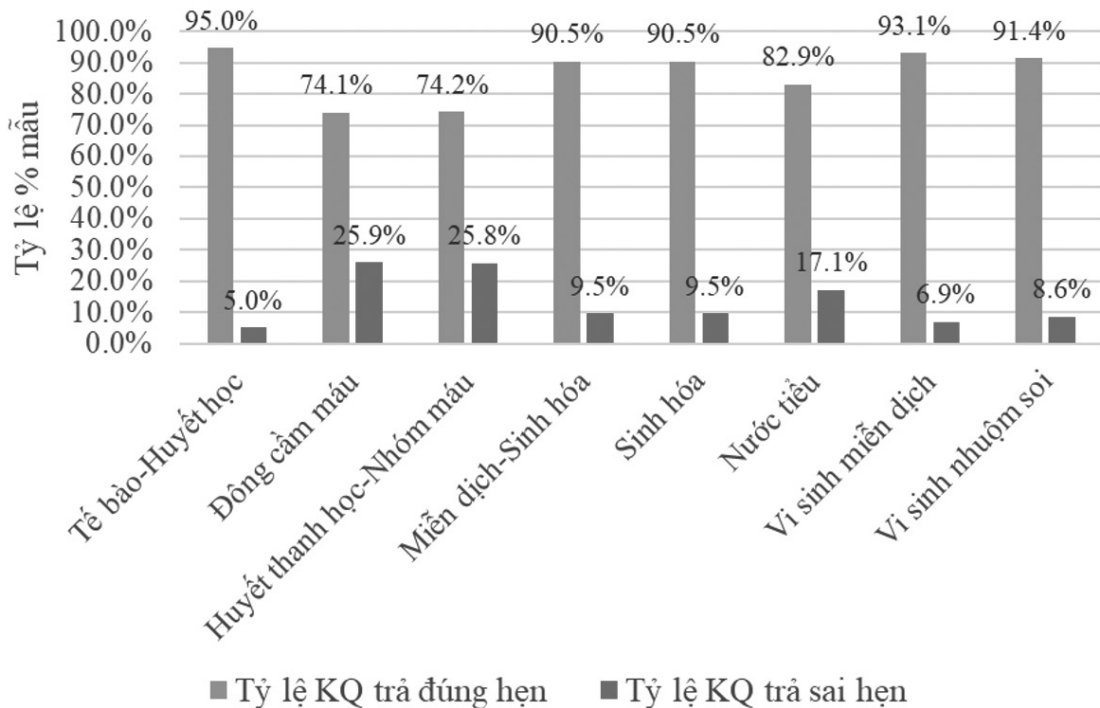
Biểu đồ 2. Tỷ lệ KQXN trả so với TGQĐ theo khoa



Biểu đồ 2 cho thấy khoa Sinh hóa có tỷ lệ KQXN trả trễ so với thời gian quy định cao nhất là 10.7%; khoa

Vi sinh có tỷ lệ KQXN trả trễ so với thời gian quy định thấp nhất là 7%.

Biểu đồ 3. Tỷ lệ KQXN trả so với TGQĐ theo nhóm xét nghiệm

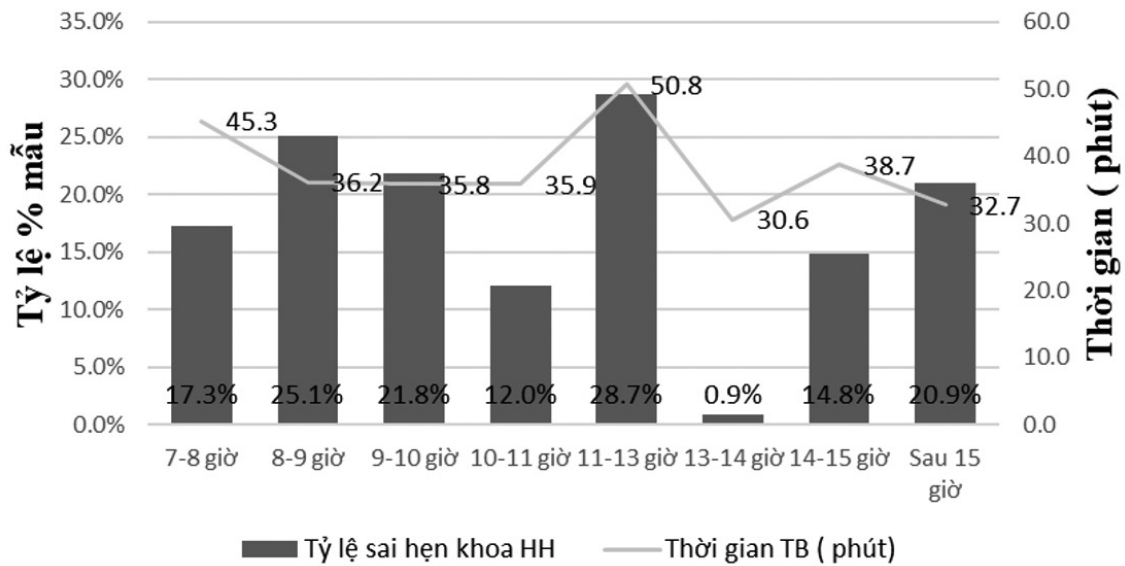


Biểu đồ 3 cho thấy nhóm xét nghiệm Đông cầm máu có KQXN trả trễ so với thời gian quy định, chiếm tỷ lệ cao nhất (25.9%); kế tiếp lần lượt là các nhóm xét nghiệm

Huyết thanh học – nhóm máu, Nước tiểu, Miễn dịch sinh hóa và sinh hóa.

3.3. Yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ KQXN trả không đúng TGQĐ

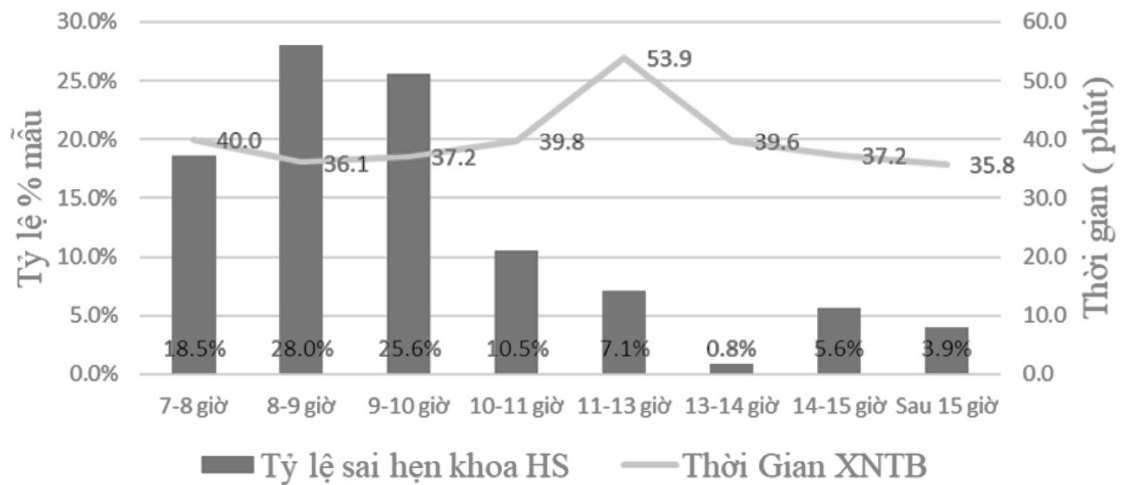
Biểu đồ 4. Thời gian và tỷ lệ KQXN toàn khoa huyết học trả trễ theo thời điểm



Biểu đồ 4 cho thấy vào thời điểm 11 – 13 giờ, KQXN trả trễ toàn khoa Huyết học – truyền máu của cả 3 nhóm xét nghiệm chiếm tỷ lệ cao nhất là 28.7% (thời gian trả kết

quả trung bình là 50.8 phút); sau đó KQXN trả trễ có tỷ lệ theo thứ tự giảm dần vào thời điểm khác.

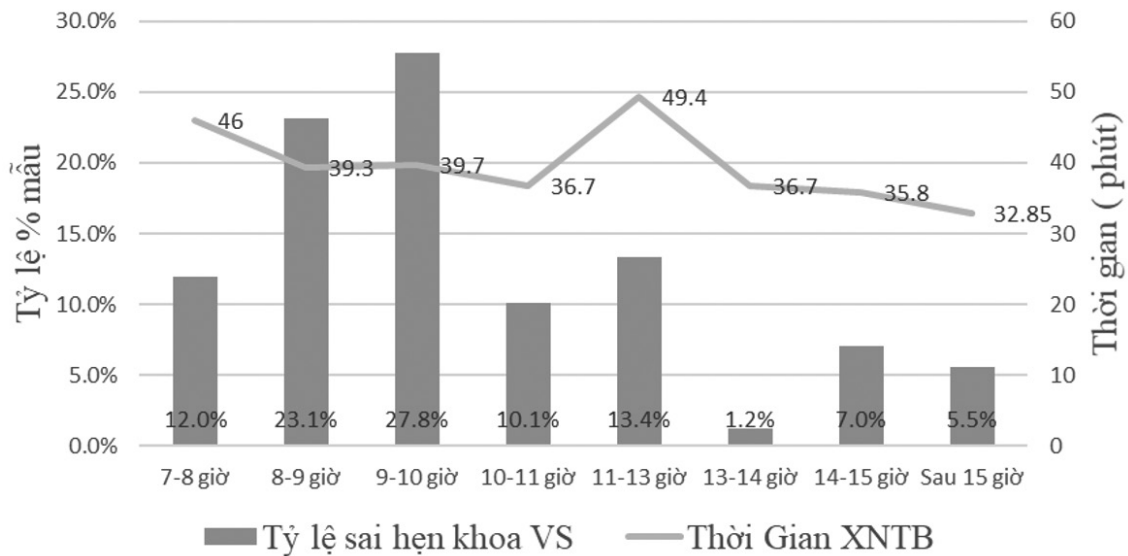
Biểu đồ 5. Thời gian và tỷ lệ KQXN toàn khoa Hóa sinh trả trễ theo thời điểm



Biểu đồ 5 cho thấy thời điểm 8 – 9 giờ, KQXN trả trễ toàn khoa Hóa sinh của cả 3 nhóm xét nghiệm chiếm tỷ lệ cao nhất là 28% (thời gian trả kết quả trung bình

là 36.1 phút); sau đó KQXN trả trễ có tỷ lệ theo thứ tự giảm dần vào thời điểm lúc 7 - 8 giờ, 10 – 11 giờ và 13 -14 giờ, KQXN trả trễ có tỷ lệ thấp nhất là 0.8%.

Biểu đồ 6. Thời gian và tỷ lệ KQXN toàn khoa Vi Sinh trả trễ theo thời điểm



Biểu đồ 6 cho thấy thời điểm 9 – 10 giờ, KQXN trả trễ toàn khoa Vi sinh của 2 nhóm xét nghiệm chiếm tỷ lệ cao nhất là 27.8% (thời gian trả kết quả trung bình là 39.7 phút); sau đó KQXN trả trễ có tỷ lệ theo thứ tự giảm dần vào thời điểm lúc 8 – 9 giờ, 11 – 13 giờ và 13 -14 giờ, KQXN trả trễ có tỷ lệ thấp nhất là 1.2%.

4. BÀN LUẬN

Thời gian trả KQXN trung bình chung cho cả 3 khoa xét nghiệm là 37.6 ± 18.1 phút. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy sự cải thiện và khác biệt rất nhiều giữa khu khám bệnh theo yêu cầu so với mặt bằng chung của toàn bộ khu khám bệnh thường khi năm 2015 chúng tôi mất trung bình 76,2 phút và năm 2019 là $180 \pm 75,31$ phút.

Xét nghiệm Sinh hóa và Tế bào huyết học là chủ yếu, chiếm tỷ lệ lần lượt là 35,2% và 27,1%; kế tiếp là xét nghiệm Vi sinh miễn dịch; Nước tiểu; Sinh hóa miễn dịch và các nhóm xét nghiệm khác.

Số lượng mẫu của cả 8 nhóm xét nghiệm tập trung chủ yếu vào thời điểm lúc 8 – 9 giờ và từ 9 – 10 giờ, với tổng số mẫu 8-9h là 21.292 và 17.697 mẫu vào 9-10h. Trong đó lượng xét nghiệm về nhóm Sinh hóa và Tế bào huyết học chiếm ưu thế lần lượt là 8.089 và 5.852 mẫu; nhóm xét nghiệm Vi sinh nhuộm soi có số mẫu ít nhất 415 mẫu.

Nhóm xét nghiệm Miễn dịch – sinh hóa có thời gian trả KQXN lâu nhất, trung bình là 61.1 ± 28.9 phút; kế tiếp lần lượt là xét nghiệm Huyết thanh học – nhóm máu; nhóm xét nghiệm Đông cầm máu; xét nghiệm Vi sinh – miễn dịch; xét nghiệm Vi sinh nhuộm soi; tiếp đến là xét nghiệm Sinh hóa và các xét nghiệm khác.

Sự khác biệt thời gian trả kết quả có ý nghĩa thống kê $F=4479,99, p<0,001$.

Khoa Sinh hóa có tỷ lệ KQXN trả trễ so với thời gian quy định cao nhất là 10.7%; khoa Vi sinh có tỷ lệ KQXN trả trễ so với thời gian quy định thấp nhất là 7%.

Nhóm xét nghiệm Đông cầm máu có KQXN trả trễ so với thời gian quy định, chiếm tỷ lệ cao nhất (25.9%); kế tiếp lần lượt là các nhóm xét nghiệm Huyết thanh học – nhóm máu, Nước tiểu, Miễn dịch sinh hóa và sinh hóa.

Vào thời điểm 11 – 13 giờ, KQXN trả trễ toàn khoa Huyết học – truyền máu của cả 3 nhóm xét nghiệm chiếm tỷ lệ cao nhất là 28.7% (thời gian trả kết quả trung bình là 50.8 phút); sau đó KQXN trả trễ có tỷ lệ theo thứ tự giảm dần vào thời điểm khác.

KQXN trả trễ chủ yếu vào thời điểm 13 – 14 giờ, và 7 - 8 giờ nhóm Đông cầm máu chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 50% và 43.8% (thời gian trả kết quả trung bình là 41 phút và 48.9 phút); tỷ lệ KQXN trả trễ giảm dần vào thời điểm lúc 8-9 giờ (20.4%) và 9-10 giờ (20.8%).

KQXN của nhóm Huyết thanh học – nhóm máu chủ yếu vào thời điểm 11 – 13 giờ chiếm tỷ lệ 48% (thời gian trả trung bình là 65.7 phút); Thời điểm 13 – 14 giờ không có xét nghiệm trả trễ.

Thời điểm 8 – 9 giờ, KQXN trả trễ toàn khoa Hóa sinh của cả 3 nhóm xét nghiệm chiếm tỷ lệ cao nhất là 28% (thời gian trả kết quả trung bình là 36.1 phút); sau đó KQXN trả trễ có tỷ lệ theo thứ tự giảm dần vào thời điểm lúc 7 - 8 giờ, 10 – 11 giờ và 13 -14 giờ, KQXN trả trễ có tỷ lệ thấp nhất là 0.8%.

KQXN trả trễ chủ yếu vào thời điểm 11 – 13 giờ, và 10 - 11giờ nhóm Miễn dịch sinh hóa, chiếm tỷ lệ cao

nhất lần lượt là 38.3% và 18.5% (thời gian trả kết quả trung bình là 87.4 phút và 70.8 phút); tỷ lệ KQXN trả trễ giảm dần vào thời điểm lúc 13 - 14 giờ (15%) và 7 - 8 giờ thấp nhất (5.2%).

Thời điểm 11 – 13 giờ, KQXN nước tiểu trả không đúng thời gian quy định, chiếm tỷ lệ cao là 44.2% (thời gian trả kết quả trung bình 29.7 phút); kế tiếp vào thời điểm 14 – 15 giờ, KQXN trả trễ chiếm tỷ lệ 26.2% và giảm dần từ thời điểm 7 – 8 giờ (25.9%) đến sau 8 - 9 giờ thấp nhất là 12.2% với thời gian trung bình là 16.9 phút.

Thời điểm 9 – 10 giờ, KQXN trả trễ toàn khoa Vi sinh của 2 nhóm xét nghiệm chiếm tỷ lệ cao nhất là 27.8% (thời gian trả kết quả trung bình là 39.7 phút); sau đó KQXN trả trễ có tỷ lệ theo thứ tự giảm dần vào thời điểm lúc 8 – 9 giờ, 11 – 13 giờ và 13 -14 giờ, KQXN trả trễ có tỷ lệ thấp nhất là 1.2%.

5. KẾT LUẬN

Hóa sinh, Huyết học – truyền máu và Vi sinh sắp xếp, tăng cường nhân lực thực hiện xét nghiệm vào thời điểm có lưu lượng mẫu cao (8-9 giờ sáng các ngày trong tuần) và trả kết quả xét nghiệm nhiều đợt liên tục để rút ngắn thời gian xét nghiệm, giảm chờ đợi cho bệnh nhân. Đề xuất quy định thời gian gửi mẫu nội viện tránh vào các giờ cao điểm từ 8 đến 10 giờ gây quá tải xét nghiệm. Cần có thêm các nghiên cứu can thiệp để tiếp tục giảm tỷ lệ trả kết quả xét nghiệm sai TGDĐ xuống thấp hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bệnh viện đa khoa Đức Giang, Sổ tay khách hàng khối xét nghiệm mã hiệu STDVKH.2429/QĐ-BYT.XN.01, 2020.
- [2] Đặng Thị Hồng Khánh, Nguyễn Thị Út và cộng sự, “Khảo sát thời gian chờ khám tại khoa khám bệnh 2 Bệnh viện nhi TW năm 2018”, Tạp chí Nghiên cứu và thực hành nhi khoa số 5(10-2018), p84-88.
- [3] Ngô Hữu Phương, Báo cáo cải tiến thời gian chờ kết quả xét nghiệm tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2015, 2015.
- [4] Ngô Hữu Phương và cộng sự, Khảo sát thời gian khám, chờ khám đối với các dịch vụ khám chữa bệnh tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2019, 2019.
- [5] Hồ Đăng Tâm, Nghiên cứu thực trạng thời gian trả kết quả xét nghiệm cho người bệnh tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang năm 2016, 2016.
- [6] <https://benhvienducgiang.com/hoat-dong-benh-vien/benh-vien-da-khoa-duc-giang-trien-khai-khu-kham-benh-theo-yeu-cau-/144-732-742.aspx>.
- [7] Mahamad Hannaffi Abdullah, Literature research: Study on outpatient's waiting in hospital university Kebangsaan Malaysia (HUKM) through the Six Sigma approach, Hospital university Kebangsaan Malaysia, 2004.
- [8] Bộ Y tế, Quyết định số 2429/QĐ-BYT ngày 12 tháng 6 năm 2017 Ban hành Tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm y học, 2017.

BUILDING A LIST - IMPLEMENTING DRUG INTERACTION WARNINGS FOR CARDIOVASCULAR AND DIABETES MEDICATION IN DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2022

Tran Duy Khanh^{1,*}, Hoang Thai Hoa¹, Nguyen Thu Huong¹,
Dang Thi Thanh Huyen¹, Nguyen Mai Hoa², Nguyen Hoang Anh²

¹Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

²National DI & ADR Center - 13 Le Thanh Tong, Phan Chu Trinh, Hoan Kiem, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 29/07/2023; Accepted: 05/09/2023

ABSTRACT

Objective: To develop a list of contraindications for drug-disease interactions for the cardiovascular and diabetes drug groups and implement drug-disease interaction warnings in prescription management software at the hospital, and initially evaluate the effectiveness of the warning system.

Subject and method: *Research subjects:* The drug-disease interaction list for cardiovascular and diabetes drugs used in the hospital from 3/6/2022 to 31/9/2022. *Method:* Consisted of two phases (1) Building a drug-disease interaction list and (2) Implementing the drug-disease interaction list in clinical practice.

Results: A list of 55 active ingredients (42 for cardiovascular drugs and 13 for diabetes drugs) was developed, corresponding to 327 drug-disease interaction pairs. Real-time warning was implemented on the physician's prescription software. During the period from 6/2022 to 9/2022, the software issued 670 warnings out of a total of 112.772 prescriptions, involving 50 drug pairs. The male-to-female ratio is 63,9% to 36,1%, and the average age of the patients is 65,07 ± 17,99, and the number of warnings tended to decrease over time. The drug interaction pair Furosemide - Severe liver failure appeared the most frequently, accounting for 23,7%, and the approval rate after the physician's prescription warning was 34,5%.

Conclusion: The drug-disease interaction warnings for the cardiovascular and diabetes drug groups through a real-time warning system in prescription software (HIS) and the pharmacist's activities has prevented drug interaction pairs of the cardiovascular and diabetes drug groups and coexisting diseases from occurring in clinical practice at Duc Giang General Hospital.

Keywords: Prescription warning, cardiovascular drugs, diabetes treatment drugs, drug interactions - disease.

*Corresponding author
Email address: ph.khanhtran.d@gmail.com
Phone number: (+84) 948266926
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



XÂY DỰNG DANH MỤC - TRIỂN KHAI CẢNH BÁO TƯƠNG TÁC THUỐC VỚI BỆNH LÝ MẮC KÈM CỦA NHÓM THUỐC TIM MẠCH VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2022

Trần Duy Khanh^{1,*}, Hoàng Thái Hà¹, Nguyễn Thu Hương¹,
Đặng Thị Thanh Huyền¹, Nguyễn Mai Hoa², Nguyễn Hoàng Anh²

¹Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

²Trung tâm DI & ADR Quốc gia - 13 Lê Thánh Tông, Phan Chu Trinh, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 29/07/2023; Ngày duyệt đăng: 05/09/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xây dựng danh mục tương tác thuốc – bệnh lý chống chỉ định của nhóm thuốc tim mạch, đái tháo đường và triển khai cảnh báo tương tác thuốc – bệnh lý trên phần mềm quản lý kê đơn tại bệnh viện và bước đầu ghi nhận hiệu quả cảnh báo.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: *Đối tượng:* Danh mục tương tác thuốc - bệnh lý thuốc tim mạch và đái tháo đường được sử dụng tại bệnh viện từ 3/6/2022 đến 31/9/2022. *Phương pháp nghiên cứu:* Nghiên cứu triển khai qua 2 giai đoạn, bao gồm: (1) Xây dựng danh mục tương tác thuốc-bệnh và (2) Triển khai danh mục tương tác thuốc-bệnh trên thực hành lâm sàng.

Kết quả: Xây dựng được danh mục tương tác gồm 55 hoạt chất (42 thuốc tim mạch và 13 thuốc điều trị đái tháo đường) tương ứng với 327 cặp tương tác thuốc – bệnh. Triển khai cảnh báo realtime trên phần mềm kê đơn của bác sĩ. Trong thời gian từ 6/2022 đến 9/2022 phần mềm đã cảnh báo được 670 đơn thuốc trong tổng số 112.772 đơn thuốc với 50 cặp tương tác. Tỷ lệ nam là 63,9%, nữ 36,1%, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 65, 07 ± 17,99, số lượng cảnh báo có xu hướng giảm dần theo thời gian. Cặp tương tác Furosemid – Suy gan nặng xuất hiện nhiều nhất 23,7%, tỷ lệ chấp thuận sau cảnh báo kê đơn của bác sĩ đạt 34,5%.

Kết luận: Với mô hình triển khai cảnh báo tương tác thuốc tim mạch - bệnh thông qua hệ thống cảnh báo realtime trên phần mềm kê đơn (HIS) và hoạt động của dược sĩ đã phòng tránh được các cặp tương tác của nhóm thuốc tim mạch, đái tháo đường và bệnh lý mắc kèm xảy ra trên lâm sàng tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang.

Từ khóa: Cảnh báo kê đơn, thuốc tim mạch, thuốc điều trị đái tháo đường, tương tác thuốc - bệnh.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với tương tác thuốc – thuốc, tương tác thuốc – bệnh lý hiện nay đang là một vấn đề nhận được nhiều sự quan tâm do khả năng dẫn đến sai sót trong điều trị, từ đó có thể làm tăng xuất hiện phản ứng có hại của thuốc (ADR), chi phí điều trị, tỷ lệ nhập viện trên bệnh nhân [4]. Đặc biệt phải kể đến tương tác thuốc – bệnh

của nhóm thuốc tim mạch và điều trị đái tháo đường vì hậu quả nặng nề của nó. Đây là 2 bệnh lý mãn tính và bệnh nhân thường mắc kèm nhiều bệnh lý khác nhau, đòi hỏi sử dụng nhiều loại thuốc điều trị, dẫn đến nguy cơ tương tác thuốc – bệnh cao hơn [2][3]. Nhận thấy tính cấp thiết của vấn đề chúng tôi triển khai đề tài “Xây dựng danh mục - Triển khai cảnh báo tương tác thuốc với bệnh lý mắc kèm của nhóm thuốc tim mạch và

*Tác giả liên hệ

Email: ph.khanhtran.d@gmail.com

Điện thoại: (+84) 948266926

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

đái tháo đường tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang” với 2 mục tiêu: Xây dựng danh mục tương tác thuốc – bệnh lý chống chỉ định của nhóm thuốc tim mạch, đái tháo đường; Triển khai cảnh báo tương tác thuốc - bệnh lý trên phần mềm quản lý kê đơn tại bệnh viện và bước đầu ghi nhận hiệu quả cảnh báo.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp và Hồi cứu mô tả.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Từ tháng 3/2022 – tháng 6/2022 xây dựng danh mục tương tác thuốc và bệnh lý mắc kèm nhóm thuốc Tim mạch và Đái tháo đường đang được sử dụng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Từ 2/6/2022 – 30/09/2022 triển khai cảnh báo trên phần mềm kê đơn His-FPT tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

2.3. Đối tượng nghiên cứu:

Đối tượng NC của việc xây dựng danh mục tương tác thuốc – bệnh mắc kèm: Thuốc thuộc nhóm thuốc tim mạch và điều trị ĐTD theo hệ thống phân loại Giải phẫu – Điều trị - Hóa học (ATC) của WHO nằm trong danh mục thuốc được sử dụng tại BV Đa khoa Đức Giang.

Đối tượng NC của việc triển khai danh mục tương tác thuốc – bệnh mắc kèm trên thực hành lâm sàng tại BV đa khoa Đức Giang: Danh mục tương tác thuốc – bệnh đã xây dựng trong giai đoạn 1 bên trên, tích hợp vào phần mềm cảnh báo kê đơn.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.5. Biến số/ chỉ số/ nội dung/ chủ đề nghiên cứu: Biến nghiên cứu là số lượng cảnh báo tương tác thuốc – bệnh lý mắc kèm.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: Thu thập số liệu từ báo cáo cảnh báo trên phần mềm His-FPT của bệnh viện

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Xử lý số liệu trên phần mềm Microsoft - Excel

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học bệnh viện thông qua.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Xây dựng danh mục tương tác thuốc - bệnh

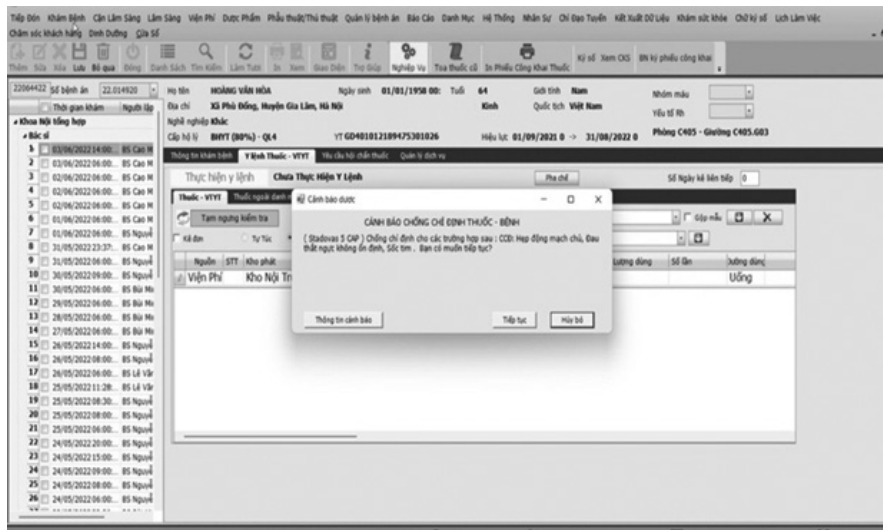
Từ danh mục bao gồm 1.576 thuốc biệt dược được sử dụng tại Bệnh viện, nhóm nghiên cứu lựa chọn được 55 hoạt chất thuộc nhóm thuốc tim mạch và điều trị đái tháo đường thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn, từ đó xây dựng danh mục tương tác thuốc - bệnh sơ bộ dựa trên tài liệu y văn.

Danh mục cuối cùng gồm 55 hoạt chất (42 thuốc tim mạch và 13 thuốc điều trị đái tháo đường) tương ứng với 327 cặp tương tác thuốc – bệnh.

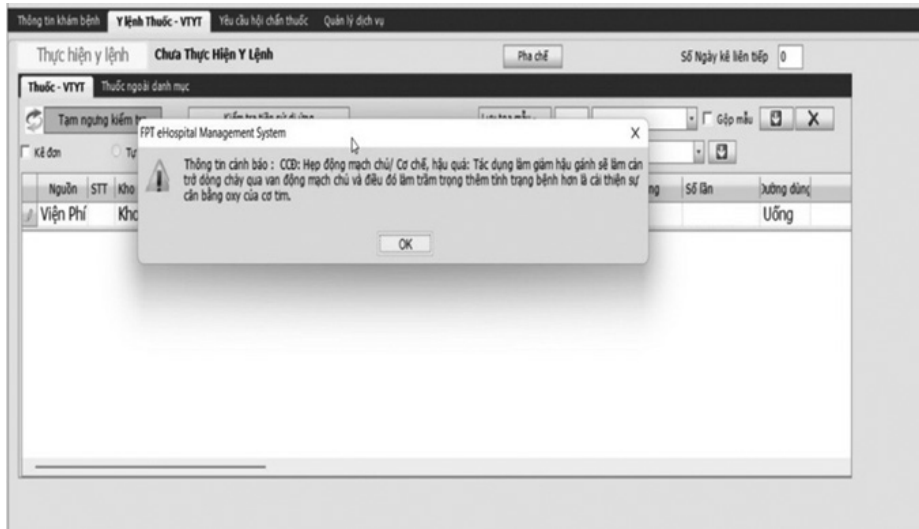
3.2. Đánh giá cảnh báo tương tác thuốc - bệnh trên thực hành lâm sàng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang

Sau khi triển khai tích hợp danh mục cảnh báo lên phần mềm kê đơn thuốc, nhóm phân tích hiệu quả cảnh báo và thu được kết quả như sau:

Hình 1. Cửa sổ hiển thị cảnh báo tương tác thuốc với bệnh lý mắc kèm



Hình 2. Cửa sổ hiển thị thông tin cảnh báo tương tác thuốc với bệnh lý mắc kèm chi tiết



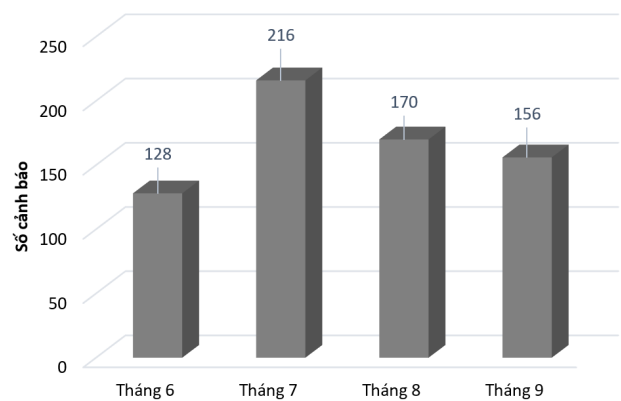
Đặc điểm cảnh báo tương tác thuốc – bệnh lý

Bảng 1. Đặc điểm tần suất xuất hiện tương tác thuốc tim mạch và đái tháo đường với bệnh mắc kèm trong mẫu nghiên cứu

| Đặc điểm | Số lượng đơn cảnh báo | Tỷ lệ/10.000 đơn |
|---|-----------------------|------------------|
| Tần suất xuất hiện tương tác thuốc – bệnh (n=112.772) | 670 | 59,6 |

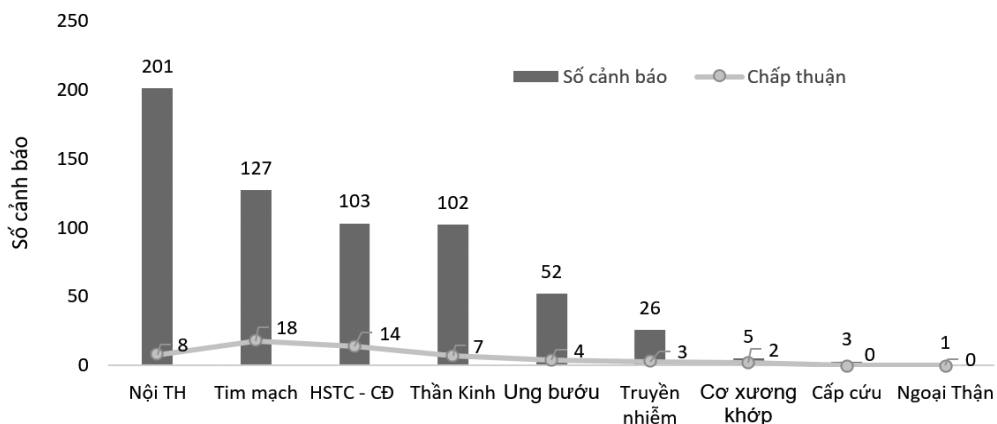
Nhận xét: Trong thời gian 4 tháng, phần mềm đã cảnh báo 670 đơn trên tổng số 112.772 đơn thuốc. Tỷ lệ nam là 63,9%, nữ 36,1%, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 65,07 ± 17,99, trong đó bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 22 và lớn tuổi nhất là 98. Ta thấy độ tuổi trung bình của các bệnh nhân được cảnh báo tương tác là những bệnh nhân cao tuổi, có nhiều bệnh mắc kèm, dẫn đến tăng nguy cơ xuất hiện tương tác thuốc với bệnh lý hơn so với đối tượng trẻ tuổi.

Hình 3. Số cảnh báo tương tác thuốc tim mạch và đái tháo đường với bệnh lý mắc kèm qua các tháng



Nhận xét: Trong thời gian 4 tháng từ tháng 6.2023 tới tháng 9.2023, số lượng cảnh báo có xu hướng tăng sau đó giảm dần. Qua đó chúng tôi nhận thấy các bác sĩ kê đơn đã phần nào dần quen với các cặp tương tác được cảnh báo trên phần mềm.

Hình 4. Đặc điểm cảnh báo theo khoa phòng



Nhận xét: Trong giai đoạn nghiên cứu, Khoa Nội tổng hợp có số lượng cảnh báo cao nhất (201 cảnh báo), khoa Tim mạch có số lượng cảnh báo cao thứ hai (128 cảnh báo). Hội sức tích cực – chống độc, Thần Kinh có số lượng cảnh báo cao thứ ba, tư (103 và 102 cảnh báo). Về tỷ lệ chấp thuận, Khoa Nội tim mạch và Khoa Hồi

sức tích cực – chống độc có tỷ lệ chấp thuận cao, với tỷ lệ cùng là 14%, khoa Cơ xương khớp tỷ lệ chấp thuận cảnh báo 40% tuy nhiên số lượng cảnh báo không nhiều trên nhóm đối tượng này. Khoa Nội tổng hợp, chủ yếu bác sĩ bỏ qua cảnh báo với các trường hợp trên bệnh nhân có mã ICD suy gan.

Bảng 2. Các cặp tương tác thuốc tim mạch và đái tháo đường với bệnh lý mắc kèm trong giai đoạn nghiên cứu

| STT | Cặp tương tác thuốc – bệnh (50 cặp) | Số lượng cảnh báo (n=670) | Tỷ lệ (%) | Tỷ lệ/10.000 đơn |
|-----|--|---------------------------|-----------|------------------|
| 1 | Furosemid - Suy gan nặng (Child Pugh B, C) | 159 | 23.7% | 14,10 |
| 2 | Metformin - Bệnh cấp hoặc mạn tính gây thiếu oxy mô như: suy hô hấp, suy tim mất bù, nhồi máu cơ tim gần đây, sốc | 66 | 9.9% | 5,85 |
| 3 | Metformin - Nhồi máu cơ tim mới ổn định trong vòng 1 tháng | 49 | 7.3% | 4,35 |
| 4 | Aspirin - Suy gan nặng (Child Pugh B, C) | 42 | 6.3% | 3,72 |
| 5 | Fenofibrat - Viêm tụy cấp | 42 | 6.3% | 3,72 |
| 6 | Insulin - Hạ đường huyết | 41 | 6.1% | 3,64 |
| 7 | Metformin - Suy gan nặng (Child Pugh B, C) | 37 | 5.5% | 3,28 |
| 8 | Acenocoumarol - Tăng huyết áp chưa được kiểm soát | 31 | 4.6% | 2,75 |
| 9 | Nifedipin - Nhồi máu cơ tim mới ổn định trong vòng 1 tháng | 24 | 3.6% | 2,13 |
| 10 | Digoxin - Hội chứng Wolff-Parkinson-White có kèm theo rung nhĩ | 20 | 3.0% | 1,77 |
| 11 | Losartan - Suy thận nặng (Clcr < 30ml/phút hoặc creatinin máu ≥ 250mmol/l) có tăng kali máu (>5,0 mmol/l) chưa được kiểm soát hoặc có hội chứng tăng ure máu | 20 | 3.0% | 1,77 |
| 12 | Nhóm khác | 139 | 19,8% | 12,33 |

Bảng 3. Đặc điểm tương tác thuốc tim mạch và đái tháo đường với bệnh lý mắc kèm được bác sĩ chấp thuận

| TT | Thuốc | Bệnh lý | Số lượng |
|----------------|------------|---|-----------|
| 1 | Metformin | Bệnh cấp hoặc mạn tính gây thiếu oxy mô như: suy hô hấp, suy tim mất bù, nhồi máu cơ tim gần đây, sốc | 23 |
| 2 | Digoxin | Hội chứng Wolff-Parkinson-White có kèm theo rung nhĩ | 5 |
| 3 | Furosemid | Suy gan nặng (Child Pugh B,C) | 5 |
| 4 | Amlodipin | Đau thắt ngực không ổn định | 4 |
| 5 | Dabigatran | U ác tính có nguy cơ chảy máu cao | 3 |
| 6 | Ivabradin | Đau thắt ngực không ổn định | 3 |
| 7 | Amlodipin | Hẹp động mạch chủ | 2 |
| 8 | Aspirin | Suy gan nặng (Child Pugh B,C) | 2 |
| 9 | Metformin | Suy gan nặng (Child Pugh B,C) | 2 |
| 10 | Nebivolol | Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (FEV1 < 50%) | 2 |
| 11 | Nifedipin | Nhồi máu cơ tim mới ổn định trong vòng 1 tháng | 2 |
| 12 | Aspirin | Suy thận (Clcr < 30ml/phút) | 1 |
| 13 | Bisoprolol | Nhịp tim chậm (< 50l/phút) | 1 |
| 14 | Enalapril | Suy thận (Clcr < 30ml/phút) | 1 |
| 15 | Ivabradin | Suy gan nặng (Child Pugh B,C) | 1 |
| 16 | Losartan | Suy gan nặng (Child Pugh B,C) | 1 |
| 17 | Metformin | Nhiễm toan ceton do đái tháo đường | 1 |
| Tổng số | | | 59 |

Trong giai đoạn nghiên cứu, có tổng cộng 17 cặp tương tác thuốc – bệnh được bác sĩ chấp thuận cảnh báo, trong đó cặp tương tác metformin – Suy tim có lượt chấp thuận cao nhất là 23 lần. Với 670 cảnh báo, có 59 trường hợp bác sĩ dừng đơn, không kê tiếp, còn lại 611 trường hợp bác sĩ tiếp tục kê đơn, khi khảo sát cụ thể về các trường hợp này với thông tin trong bệnh án chúng tôi thấy có 499 trường hợp bác sĩ bỏ qua là phù hợp với tình trạng lâm sàng, 112 trường hợp chưa phù hợp với kết quả cận lâm sàng (trên bệnh án). Do đó tỷ lệ chấp thuận thực tế là 34,5% tức có 59 trường hợp chấp thuận cảnh báo trên tổng số 171 trường hợp cần dừng kê đơn.

4. BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về việc xây dựng danh mục tương tác thuốc điều trị tim mạch và đái tháo đường với bệnh lý mắc kèm

Hiện nay, số lượng nghiên cứu được thực hiện để xây

dựng danh mục tương tác thuốc – bệnh tại Việt Nam và trên thế giới còn rất hạn chế. Phần lớn các nghiên cứu đều xây dựng danh mục dựa trên thông tin tra cứu từ các tài liệu y văn hoặc ý kiến của chuyên gia. Nghiên cứu Siobhan Dumbreck và cộng sự đã xây dựng danh mục tương tác thuốc – bệnh của các bệnh mạn tính phổ biến trong dân số dựa trên thông tin tra cứu trong BNF [4]. Nghiên cứu của Lindbald xây dựng danh mục tương tác thuốc – bệnh thường gặp ở người cao tuổi bằng cách khảo sát ý kiến chuyên gia theo phương pháp Delphi [5]. Nghiên cứu của tác giả Jeff Bulp và cộng sự sử dụng phương pháp chấm điểm để xây dựng một danh mục tương tác thuốc – bệnh có ý nghĩa quan trọng nhằm giảm thiểu vấn đề mệt mỏi cảnh báo trong quá trình thực hành lâm sàng [2].

Nghiên cứu của chúng tôi đã áp dụng phương pháp 6 bước của nhóm tác giả Hà Lan vào năm 2020 [6]. Ưu điểm của phương pháp này là danh mục tương tác thuốc – bệnh được xây dựng có độ tin cậy cao do vừa sử dụng các bằng chứng trong tài liệu y văn, vừa có sự đánh giá

và thảo luận của nhóm chuyên môn bao gồm cả bác sĩ và dược sĩ. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thực hiện từ bước 1 đến bước 5 theo quy trình của nhóm tác giả Hà Lan. Tuy nhiên, chúng tôi có một vài điểm khác biệt như sau. Trong bước 1, chúng tôi xuất phát từ danh mục thuốc tim mạch và điều trị đái tháo đường tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang, chứ không xuất phát từ xác định bệnh lý như nhóm tác giả Hà Lan. Sau khi tra cứu, thông tin được phân chia thành 2 loại, thông tin được đồng thuận từ nhiều nguồn tài liệu và thông tin xuất hiện từ một nguồn tài liệu. Nhóm nghiên cứu thực hiện từ bước 2 đến bước 5 đối với các thông tin chỉ xuất hiện từ một nguồn tài liệu chứ không phải đối với toàn bộ tương tác thuốc – bệnh đã tra cứu được.

Kết quả chúng tôi có được danh mục tương tác thuốc – bệnh bao gồm 327 cặp tương tác thuốc – bệnh, có sự tương đồng so với các nghiên cứu trước đây. So sánh với kết quả của Maaiké và cộng sự năm 2021, một số tương tác thuốc bệnh tương đồng như: Hội chứng Raynaud và chẹn beta, hội chứng wolf – parkinson – white và digoxin, hội chứng kéo dài khoảng Qt và ivabradin... Một điểm khác biệt so với nghiên cứu Hà Lan 2021, nghiên cứu của chúng tôi không loại bỏ các tình trạng bệnh như tăng kali máu hoặc tăng natri máu do những tình trạng này vẫn có thể gây nguy hiểm nếu bệnh nhân sử dụng thuốc mà không có sự theo dõi của bác sĩ, đặc biệt là nhóm thuốc ức chế men chuyển hay ức chế thụ thể [6]. So sánh với kết quả danh mục tương tác thuốc – bệnh cần chú ý trong thực hành lâm sàng của Jeff Bupb tại Hoa Kỳ (2019), danh mục tương tác thuốc – bệnh của nhóm nghiên cứu cũng có xuất hiện một số cặp tương tác như: Alteplase và phình mạch máu não, ức chế men chuyển/ức chế thụ thể và phụ nữ mang thai... [2]. Trong nghiên cứu của Linbald và cộng sự (2006), một số cặp tương tác thuốc tim mạch và bệnh lý mắc kèm như: Hội chứng Raynaud và chẹn beta, methyldopa và trầm cảm... cũng xuất hiện trong danh mục tương tác thuốc – bệnh của nhóm nghiên cứu [5].

4.2. Bàn luận về việc cảnh báo tương tác thuốc điều trị tim mạch và đái tháo đường với bệnh lý mắc kèm trên thực hành lâm sàng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang

Tương tác thuốc – bệnh được tích hợp lên phần mềm và cảnh báo dựa trên mã ICD – 10. Việc ghép mã ICD – 10 có một số hạn chế nhất định khi một số bệnh/tình trạng có thể liên quan đến một mã ICD – 10 không rõ ràng hoặc có nhiều mã ICD – 10. Thông qua thảo luận, nhóm nghiên cứu đề xuất sẽ đưa thông tin cảnh báo chi tiết đối với những bệnh không tìm được mã ICD – 10 cụ thể. Từ đó, bác sĩ có thể lựa chọn xem thông tin chi tiết để xác định được rõ bệnh/tình trạng nào cần phải chống chỉ định.

Danh mục tương tác thuốc – bệnh đã được Giám đốc Bệnh viện phê duyệt đưa vào áp dụng trong thực hành lâm sàng theo quyết định số 705/QĐ-BVĐG ngày

2/6/2022. Đây là cơ sở để danh mục trên được tích hợp vào phần mềm hỗ trợ kê đơn của bệnh viện kết hợp với mã ICD – 10 được tra cứu theo từng bệnh lý trong tương tác. Các cảnh báo tương tác thuốc – bệnh được hiển thị trên phần mềm tại thời điểm kê đơn giúp bác sĩ kê đơn an toàn, hợp lý và giảm thiểu sai sót trong điều trị. Hiện nay, Bệnh viện đa khoa Đức Giang là một trong số các bệnh viện đầu tiên trên địa bàn Thành phố Hà Nội triển khai cảnh báo kê đơn real-time này, trong khi phần mềm kê đơn của đa số bệnh viện hiện nay chỉ cho phép trích xuất đơn kê, sau đó, dược sĩ lâm sàng bình duyệt đơn và phản hồi lại bác sĩ.

Kết quả nghiên cứu chỉ ra, sau khi rà soát 112.772 đơn thuốc trên toàn Bệnh viện đa khoa Đức Giang trong khoảng thời gian từ ngày 2/6/2022 đến hết ngày 30/9/2022 số đơn xuất hiện tương tác thuốc – bệnh có tỷ lệ 59,6/10.000 đơn. Kết quả về đặc điểm các khoa/phòng khám xuất hiện cảnh báo tương tác thuốc – bệnh cho thấy tỷ lệ xuất hiện cảnh báo tương tác thuốc – bệnh cao nhất ở Khoa Nội tổng hợp có số lượng cảnh báo cao nhất (196 cảnh báo), khoa Tim mạch có số lượng cảnh báo cao thứ hai (128 cảnh báo). Tiếp theo là đến khoa Hồi sức tích cực – chống độc, Thần Kinh (103 và 102 cảnh báo). Đây là điều tương đối dễ hiểu với thực tế do mô hình bệnh tật ở 4 khoa phòng này thường phức tạp, người cao tuổi, đồng mắc với nhiều bệnh mãn tính như tim mạch, tiểu đường nên thường được điều trị nhiều thuốc, nguy cơ xuất hiện tương tác thuốc – bệnh sẽ cao hơn.

Trong giai đoạn nghiên cứu, có tổng cộng 17 cặp tương tác thuốc – bệnh được bác sĩ chấp thuận cảnh báo, trong đó cặp tương tác metformin – Suy tim có lượt chấp thuận cao nhất là 23 lần. Việc ứng dụng của phần mềm đã giúp bác sĩ tránh được những sai sót trong kê đơn, đặc biệt với tương tác metformin – nhiễm toan ceton, nếu sử dụng có thể dẫn đến tình trạng nguy hiểm hơn cho bệnh nhân. Với tỷ lệ chấp thuận thực tế là 34,5% như biện luận ở trên, tức có 59 trường hợp chấp thuận cảnh báo trên tổng số 171 trường hợp cần dừng kê đơn. Kết quả này cao hơn so với tỉ lệ chấp thuận cảnh báo trong nghiên cứu của Jeff Bupb và cộng sự tại khu vực Kaiser Permanete ở Hoa Kỳ, khoảng 22% [1]. Mặc dù vậy, tỷ lệ này vẫn còn thấp hơn so với kỳ vọng, nguyên nhân của tỉ lệ chấp nhận cảnh báo thấp đến từ việc một số bệnh/tình trạng có liên quan đến một mã ICD – 10 không rõ ràng hoặc một số bệnh /tình trạng được giới hạn cụ thể về đối tượng bệnh nhân, tuy nhiên phần mềm không thể tích hợp được các tiêu chí phụ và sẽ hiển thị cảnh báo nếu bệnh nhân liên quan đến bệnh/tình trạng đó dù không nằm trong giới hạn. Ví dụ, với tương tác thuốc – bệnh giữa các thuốc ức chế men chuyển và bệnh nhân có tình trạng tăng kali máu, bệnh nhân chỉ được khuyến cáo ngừng sử dụng thuốc khi mức độ tăng kali máu >5,0 mmol/l, trong khi đó, đối với những bệnh nhân có tình trạng kali máu <5,0 mmol/l, phần mềm hỗ trợ kê đơn vẫn hiển thị cảnh báo đến bác sĩ. Hạn chế từ



công nghệ thông tin đã khiến cho độ đặc hiệu của cảnh báo bị giảm đi.

Để khắc phục điều này, nhóm nghiên cứu trình bày thêm các thông tin về tương tác thuốc – bệnh trong mục “thông tin chi tiết”, khi một cảnh báo được hiển thị, bác sĩ có thể lựa chọn mục này để đánh giá bệnh nhân có thuộc đối tượng bắt buộc phải ngừng sử dụng hoặc chuyển đổi thuốc khác hay không. Đối với các lượt hủy bỏ cảnh báo, dược sĩ cần đánh giá lại dựa trên bệnh án của bệnh nhân, để xác định bệnh nhân có thực sự gặp tương tác thuốc – bệnh không để trao đổi lại với bác sĩ lâm sàng.

Nhằm tiếp tục hoàn thiện dần tính năng cảnh báo, từ các kết quả trên khoa Dược đã lấy dữ liệu từng trường hợp cảnh báo để phân tích mức độ phù hợp của việc bỏ qua cảnh báo. Đối với những trường hợp được đánh giá chưa phù hợp, khoa Dược đã tổng hợp và gửi tới các Trưởng khoa và trao đổi kỹ hơn với bác sĩ về các cảnh báo để phù hợp giữa bệnh và mã ICD, đây cũng là một hạn chế của đề tài khi chưa có sự can thiệp sâu sắc của DSLS trong quá trình triển khai cảnh báo tương tác thuốc – bệnh trên thực hành lâm sàng.

5. KẾT LUẬN

5.1. Xây dựng danh mục tương tác thuốc tim mạch và điều trị đái tháo đường với bệnh lý mắc kèm tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang

Từ danh mục nhóm thuốc tim mạch và điều trị đái tháo đường tại bệnh viện, nhóm nghiên cứu đã xây dựng được danh mục tương tác thuốc – bệnh dựa trên tra cứu tài liệu y văn và xin ý kiến chuyên gia.

Danh mục tương tác thuốc – bệnh được Hội đồng thuốc và điều trị của Bệnh viện đa khoa Đức Giang ban hành theo Quyết định số 705/QĐ-BVĐG vào ngày 2/6/2022. Sau khi ban hành, danh mục được tích hợp vào phần mềm hỗ trợ kê đơn của bệnh viện của bệnh viện.

5.2. Triển khai danh mục tương tác thuốc tim mạch và đái tháo đường với bệnh lý mắc kèm trên thực hành lâm sàng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang

Danh mục tương tác thuốc – bệnh được xây dựng gồm

55 hoạt chất (42 thuốc tim mạch và 13 thuốc điều trị đái tháo đường) tương ứng với 327 cặp tương tác thuốc – bệnh, được tích hợp lên phần mềm hỗ trợ cảnh báo kê đơn của bệnh viện, cảnh báo tương tác thuốc – bệnh dựa trên mã ICD – 10 của bệnh lý.

Sau khi tích hợp danh mục thuốc lên phần mềm kê đơn từ ngày 2/6/2022, phần mềm đã cảnh báo được các tương tác thuốc tim mạch và đái tháo đường với bệnh lý mắc kèm đã thu được hiệu quả ban đầu được đánh giá cao về tính ứng dụng, góp phần giúp bác sĩ thận trọng hơn trong việc sử dụng, an toàn trên bệnh nhân đồng thời tránh xuất toán Bảo hiểm Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Cục quản lý Dược - Bộ Y tế, Retrieved, from <https://drugbank.vn/>.
- [2] Bulp JL, Park MA et al., "Successful deployment of drug-disease interaction clinical decision support across multiple Kaiser Permanente regions", *J Am Med Inform Assoc*, 26(10), 2019, pp. 905-910.
- [3] Doubova Dubova SV, Reyes-Morales H et al., "Potential drug-drug and drug-disease interactions in prescriptions for ambulatory patients over 50 years of age in family medicine clinics in Mexico City", *BMC Health Serv Res*, 7, 2007, pp. 147.
- [4] Dumbreck S, Flynn A et al., "Drug-disease and drug-drug interactions: systematic examination of recommendations in 12 UK national clinical guidelines", *Bmj*, 350, 2015, pp. h949.
- [5] Lindblad CI, Hanlon JT et al., "Clinically important drug-disease interactions and their prevalence in older adults", *Clin Ther*, 28(8), 2006, pp. 1133-1143.
- [6] Van Tongeren JMZ, Harkes-Idzinga SF et al., "The Development of Practice Recommendations for Drug-Disease Interactions by Literature Review and Expert Opinion", *Front Pharmacol*, 11, 2020, pp. 707.

WORKING MOTIVATION OF NURSES OF CLINICAL DEPARTMENTS AND SOME RELATED FACTORS AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2022

Chu Thi Huyen^{1*}, Nguyen Thi Ngoc Dung¹, Ta Vu Bao Quyen¹, Tuong Thuy Hang²

¹Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Department of Health - No.4, Son Tay, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 01/08/2023; Accepted: 06/09/2023

ABSTRACT

Objective: To describe the working motivation of nurses in clinical departments and some related factors at Duc Giang General Hospital in 2022.

Subject and method: Cross-sectional description, over 240 nurses directly take care of patients in clinical departments throughout the hospital, conducted from March to September 2022 at Duc Giang General Hospital.

Results: The percentage of nurses who are highly motivated to work is 75.0%. In which, nurses with dedication and enthusiasm in their work are 82.1%; Motivated nurses to work hard to earn salary and secure life is 80.8%; Health factors make work motivation at the lowest level (60.4%); The percentage of nurses who comply with time and attend to work on time is 68.8%. There is a relationship between qualifications, marital status, monthly income, the attention of management and administration and job stability and safety; recorded achievements with the work motivation of nurses ($p < 0.05$).

Conclusion: The working motivation of nurses in clinical departments at Duc Giang General Hospital is quite high. Hospitals need to continue to take measures to maintain and promote nurses' work motivation based on research results, thereby contributing to improving hospital quality.

Keywords: Working motivation, nurses, clinical department, Duc Giang General Hospital.

*Corresponding author
Email address: chuhuyensd@gmail.com
Phone number: (+84) 907575353
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



ĐỘNG LỰC LÀM VIỆC CỦA ĐIỀU DƯỠNG CÁC KHOA LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2022

Chu Thị Huyền^{1*}, Nguyễn Thị Ngọc Dung¹, Tạ Vũ Bảo Quyên¹, Trương Thúy Hằng²

¹Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

²Sở Y tế Hà Nội - 4 Sơn Tây, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 01/08/2023; Ngày duyệt đăng: 06/09/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả động lực làm việc của điều dưỡng các khoa lâm sàng và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2022.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, trên 240 điều dưỡng trực tiếp chăm sóc người bệnh tại các khoa lâm sàng trong toàn bệnh viện, được tiến hành từ tháng 03 – 9/2022 tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Kết quả: Tỷ lệ điều dưỡng có động lực làm việc cao là 75,0%. Trong đó, điều dưỡng có sự tận tâm, tâm huyết trong công việc là 82,1%; Điều dưỡng có động lực làm việc chăm chỉ để lĩnh lương và đảm bảo cuộc sống là 80,8%; Yếu tố sức khỏe khiến động lực làm việc ở mức thấp nhất (60,4%); Tỷ lệ điều dưỡng tuân thủ giờ giấc và tham gia làm việc đúng giờ là 68,8%. Có mối liên quan giữa trình độ, tình trạng hôn nhân, thu nhập hàng tháng, sự quan tâm của từ phía quản trị, điều hành và ổn định, an toàn công việc; được ghi nhận thành tích với động lực làm việc của điều dưỡng ($p < 0,05$).

Kết luận: Động lực làm việc của điều dưỡng các khoa lâm sàng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang ở mức khá cao. Bệnh viện cần tiếp tục thực hiện các biện pháp duy trì và thúc đẩy động lực làm việc của điều dưỡng dựa trên cơ sở kết quả nghiên cứu, qua đó góp phần nâng cao chất lượng bệnh viện.

Từ khóa: Động lực làm việc, điều dưỡng, khoa lâm sàng, Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động lực làm việc (ĐLLV) là sự khao khát và tự nguyện của người lao động nhằm tăng cường nỗ lực để đạt được mục đích hay một kết quả cụ thể [3]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, ĐLLV của nhân viên y tế đóng vai trò quan trọng trong việc tăng hiệu quả thực hiện công việc của toàn Hệ thống y tế [9]. Các bằng chứng khoa học chỉ ra rằng tỷ lệ điều dưỡng có ĐLLV giao động từ 30 – 73,9% [2],[5],[6]. Những yếu tố thúc đẩy ĐLLV của cá nhân là khác nhau và bị tác động bởi nhiều yếu tố bao gồm giá trị riêng, đạo đức nghề nghiệp, sự trả công, môi trường làm việc...[4],[7]. Bệnh viện đa khoa Đức Giang là bệnh

viện Hạng I của Sở y tế Hà Nội mỗi ngày bệnh viện tiếp nhận khám chữa bệnh trung bình khoảng 2000 lượt người bệnh ngoại trú và khoảng 800 lượt người bệnh điều trị nội trú. Ngoài ra, Bệnh viện còn là tuyến cuối tiếp nhận, điều trị người bệnh Covid-19 (có triệu chứng nặng và nguy kịch) của Thành phố Hà Nội. Do đó, áp lực công việc của điều dưỡng là không nhỏ.

Theo thống kê năm 2020 và 2021, bệnh viện có 46 điều dưỡng xin chuyển công tác ra làm hành chính và 13 điều dưỡng xin nghỉ việc với nhiều lý do khác nhau. Tuy nhiên, cũng có đến 39 điều dưỡng xin tiếp tục ở lại các khoa lâm sàng dù đã được chuyển ra khu vực làm việc

*Tác giả liên hệ

Email: chuhuyensd@gmail.com

Điện thoại: (+84) 907575353

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

khác. Thực tế này đặt ra câu hỏi ĐLLV của điều dưỡng đang công tác tại bệnh viện như thế nào? Đặc biệt là đội ngũ điều dưỡng trực tiếp các khoa lâm sàng và những yếu tố nào liên quan đến ĐLLV của họ? Nhằm cung cấp các bằng chứng khoa học phục vụ công tác quản lý bệnh viện, nâng cao sự hài lòng người bệnh và nhân viên y tế. Vì vậy, xuất phát từ thực tế nêu trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “*Động lực làm việc của điều dưỡng các khoa lâm sàng và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2022*”. Với 2 mục tiêu:

- *Mô tả Động lực làm việc của điều dưỡng các khoa lâm sàng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2022.*

- *Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến Động lực làm việc của điều dưỡng các khoa lâm sàng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2022.*

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Toàn bộ điều dưỡng đang làm việc các khoa lâm sàng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang. Ngoại trừ: (i) Điều dưỡng không tự nguyện tham gia nghiên cứu; (ii) Điều dưỡng đang đi học, nghỉ thai sản, nghỉ phép dài hạn tại thời điểm thu thập số liệu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ tháng 03 – 09/2022 tại tất cả các khoa lâm sàng (gồm 23 khoa) - Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ: Trong thời gian thu thập số liệu đã có 240 trong tổng số 287 điều dưỡng tại tất cả các khoa lâm sàng trong toàn bệnh viện thỏa mãn tiêu chí lựa chọn đã đưa vào nghiên cứu.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Bộ câu hỏi được xây dựng dựa trên công cụ đo lường ĐLLV cho nhân viên y tế của tác giả Mbindyo [7]. Gồm 14 yếu tố, trong đó 07 yếu tố đo lường động lực làm việc và 07 yếu tố đo lường ảnh hưởng đến ĐLLV.

Thang đo ĐLLV đánh giá mức độ của các yếu tố dựa vào thang điểm Likert 5 cấp độ từ rất không đồng ý (1 điểm) đến rất đồng ý (5 điểm). Giá trị và độ tin cậy của bộ câu hỏi được 3 chuyên gia đánh giá và thông qua, đồng thời lấy 30 mẫu phiếu thử nghiệm, kết quả chạy Cronbach's alpha = 0.72 cho thấy bộ công cụ có giá trị sử dụng tốt.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được tổng hợp, làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0. Mức điểm “động lực làm việc cao” đại diện cho từng yếu tố khi điểm trung bình của tiêu mục ≥ 4 . Ngược lại, mức điểm “động lực làm việc thấp” đại diện cho từng yếu tố khi điểm trung bình của tiêu mục < 4 .

3. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

| TT | Đặc điểm | Số lượng (n = 93) | Tỷ lệ (%) | |
|----|-------------------------------------|-----------------------|-----------|------|
| 1. | Giới | Nữ | 49 | 20,4 |
| | | Nam | 191 | 79,6 |
| 2. | Tuổi | < 30 | 68 | 28,3 |
| | | 30-35 | 96 | 40,0 |
| | | > 35 | 76 | 31,7 |
| 3. | Trình độ chuyên môn | Trung cấp, Cao đẳng | 180 | 75,0 |
| | | Đại học, trên đại học | 60 | 25,0 |
| 4. | Tình trạng hôn nhân | Có gia đình | 213 | 88,8 |
| | | Độc thân | 27 | 11,2 |
| 5. | Người thu nhập chính trong gia đình | Có | 178 | 74,2 |
| | | Không | 62 | 25,8 |
| 6. | Thu nhập trung bình | ≤ 10 triệu | 187 | 77,9 |
| | | > 10 triệu | 53 | 22,1 |

Nghiên cứu được thực hiện trên 240 điều dưỡng đang điều trị trực tiếp người bệnh các khoa lâm sàng tại BVĐK Đức Giang cho kết quả như sau: Điều dưỡng nam giới tỷ lệ là 79,6%; có 40% điều dưỡng ở độ tuổi 30 - 35 tuổi; Điều dưỡng có trình độ đại học, trên đại học là 25% và 74,2% đã có gia đình; có tới 3/4 (74,2%) điều dưỡng là người thu nhập chính trong gia đình và

77,9% điều dưỡng có mức lương ≤ 10 triệu đồng.

3.2. Động lực làm việc của điều dưỡng chăm sóc người bệnh Covid-19

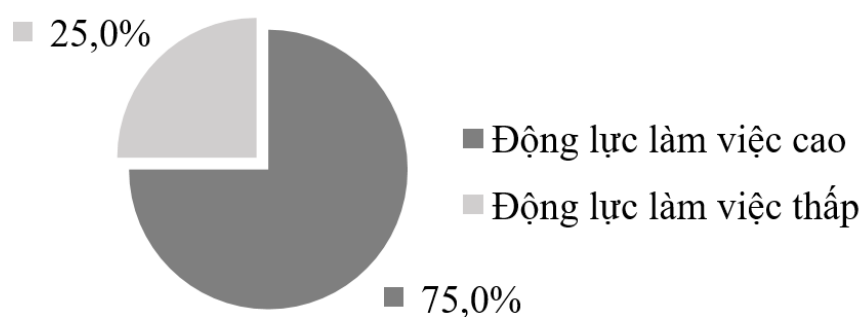
Bảng 2. Phân bố Động lực làm việc với yếu tố đo lường

| Mã | Nội dung | Có động lực | | Chưa có động lực | |
|--|---|-------------|------|------------------|------|
| | | n | % | n | % |
| B | Yếu tố động lực cơ bản (lĩnh lương đảm bảo cuộc sống) | 194 | 80,8 | 46 | 19,2 |
| C | Yếu tố sức khỏe trong công việc (mệt mỏi, căng thẳng) | 145 | 60,4 | 95 | 39,6 |
| D | Yếu tố mức độ hài lòng với công việc, đồng nghiệp | 190 | 79,2 | 48 | 20,0 |
| E | Yếu tố hài lòng với khả năng bản thân, giá trị CV | 191 | 79,6 | 49 | 20,4 |
| F | Yếu tố cam kết với tổ chức (tự hào, truyền cảm hứng) | 182 | 75,8 | 58 | 24,2 |
| G | Yếu tố sự tận tâm, tâm huyết | 197 | 82,1 | 55 | 22,9 |
| H | Yếu tố về tuân thủ giờ giấc và sự tham gia công việc | 165 | 68,8 | 75 | 31,3 |
| Mean \pm SD: 92,8 \pm 8,8; Range: 58 – 114 | | | | | |

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ điều dưỡng có động lực làm việc cao nhất là Yếu tố sự tận tâm, tâm huyết trong công việc và yếu tố động lực cơ bản (làm việc chăm chỉ, lĩnh lương và đảm bảo cuộc sống)

có tỷ lệ lần lượt là: 82,1% và 80,8%. Yếu tố sức khỏe trong công việc có động lực làm việc ở mức thấp nhất là 60,4% và tỷ lệ điều dưỡng tuân thủ giờ giấc và sự tham gia công việc đúng giờ là 68,8%.

Biểu đồ 1. Động lực làm việc của điều dưỡng



Kết quả cho thấy tỷ lệ điều dưỡng các khoa lâm sàng có ĐLLV cao (gồm 07 yếu tố) là 75,0%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến động lực làm việc

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm chung với động lực làm việc

| Các đặc điểm | | Động lực làm việc n (%) | | OR | 95% độ tin cậy CI | p* |
|---------------------------|------------------------|----------------------------|------------|------|-------------------|------|
| | | Cao | Thấp | | | |
| Giới | Nam | 34 14,2 | 15 6,3 | 1 | 0,72- 2,9 | 0,31 |
| | Nữ | 146 60,8 | 45 18,8 | 1,43 | | |
| Tuổi | < 30 tuổi | 48 20,0 | 20 8,3 | 1 | 0,47 -1,96 | 0,91 |
| | 30 – 35 tuổi | 79 32,9 | 17 7,1 | 0,91 | | |
| | > 35 tuổi | 53 22,1 | 23 9,6 | 0,50 | | |
| Trình độ chuyên môn | Trung cấp, Cao đẳng | 129 53,8 | 51 21,3 | 1 | 1,02 – 4,88 | 0,04 |
| | Đại học | 51 21,3 | 9 3,8 | 2,24 | | |
| Tình trạng hôn nhân | Có gia đình | 155 64,6 | 58 24,2 | 1 | 1,07 – 20,37 | 0,04 |
| | Độc thân | 25 10,4 | 2 0,8 | 4,68 | | |
| Thu nhập trung bình/tháng | ≤ 10 triệu | 135 56,3 | 53 22,1 | 1 | 1, 07 – 5,95 | 0,03 |
| | > 10 triệu | 45 18,8 | 7 2,9 | 2,52 | | |

Kết quả cho thấy điều dưỡng Trình độ đại học có ĐLLV cao nhiều hơn 2,24 lần so với điều dưỡng nữ giới (OR = 2,37; 95% CI: 1,02 – 4,88; p = 0,04); Điều dưỡng Độc thân có động lực làm việc gấp 4,68 lần so với điều dưỡng đã có gia đình (OR = 4,68; 95% CI: 1,07 – 20,37;

p = 0,04); nhóm có thu nhập trung bình/tháng > 10 triệu có ĐLLV cao nhiều hơn 3,01 lần so với nhóm có thu nhập trung bình/tháng ≤ 10 triệu (OR = 3,01; 95% CI: 1,16 – 7,79; p = 0,02).

Bảng 4. Mối liên quan giữa yếu tố duy trì và yếu tố thúc đẩy với động lực làm việc

| Các đặc điểm | B | OR | 95% độ tin cậy CI | p* |
|------------------------------|------|------|-------------------|--------|
| Yếu tố duy trì | | | | |
| Quản trị và điều hành | 0,12 | 1,14 | 1,12 – 1,24 | <0,001 |
| Mối quan hệ đồng nghiệp | 0,11 | 1,12 | 0,98 – 1,28 | 0,10 |
| Điều kiện làm việc | 0,26 | 1,30 | 1,13 – 1,49 | <0,001 |
| Ổn định và an toàn công việc | 0,09 | 1,09 | 1,08 – 1,16 | 0,01 |
| Lương và các khoản thu nhập | 0,12 | 1,13 | 1,04 – 1,22 | 0,01 |
| Yếu tố thúc đẩy | | | | |
| Cơ hội đào tạo và phát triển | 0,52 | 1,05 | 0,97 – 1,14 | 0,19 |

| | | | | |
|---------------------|------|------|-------------|--------|
| Ghi nhận thành tích | 0,10 | 1,11 | 1,04 – 1,18 | <0,001 |
|---------------------|------|------|-------------|--------|

bệnh viện cần lưu tâm trong việc bố trí sắp xếp và giám sát điều dưỡng các khoa lâm sàng làm việc để tránh làm ảnh hưởng tới quá trình chăm sóc và điều trị cho người bệnh.

Phân tích hồi quy đơn biến cho thấy: Điều dưỡng có sự quan tâm của từ phía quản trị và điều hành càng cao ĐLLV càng cao, nếu tăng 1 điểm từ quản trị và điều hành thì ĐLLV sẽ tăng lần 1,14 lần (OR = 1,14; 95% CI: 1,12 – 1,24; $p < 0,001$). Điều dưỡng có điều kiện làm việc, ổn định và an toàn càng cao thì ĐLLV càng cao, lần lượt tăng 1,09 lần (OR = 1,09; 95% CI: 1,08 – 1,16; $p = 0,01$) và 1,30 lần (OR = 1,30; 95% CI: 1,13 – 1,49; $p < 0,001$). Trong đó, yếu tố lương và các khoản thu nhập càng cao thì ĐLLV càng cao, nếu tăng lương và các khoản thu nhập tăng 1 điểm thì ĐLLV tăng lên 1,13 lần (OR = 1,13; 95% CI: 1,04 – 1,22; $p = 0,01$).

Với yếu tố thúc đẩy, Điều dưỡng được ghi nhận thành tích làm việc càng cao thì ĐLLV càng nhiều, nếu tăng 1 điểm ghi nhận thành tích thì ĐLLV sẽ tăng 1,11 lần (OR = 1,11; 95% CI: 1,04 – 1,18; $p < 0,001$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Động lực làm việc của điều dưỡng các khoa lâm sàng

Khi tiến hành nghiên cứu trên toàn bộ nhóm điều dưỡng trực tiếp chăm sóc người bệnh các khoa lâm sàng tại BVĐK Đức Giang cho kết quả như sau: Tỷ lệ điều dưỡng có ĐLLV đạt khá cao là 75%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của tác giả Bodur Said (2015) với 30% [6] cũng như tác giả Phùng Thanh Hùng và cộng sự (2019) là 61,2% [5], tương đương nghiên cứu của Nguyễn Thùy Trang (2020) là 73,9% [2] tỷ lệ điều dưỡng có ĐLLV cao.

Trong đó, tỷ lệ điều dưỡng có động lực làm việc cao nhất với Yếu tố tận tâm, tâm huyết trong công việc và yếu tố động lực cơ bản (làm việc chăm chỉ, lĩnh lương và đảm bảo cuộc sống) có tỷ lệ lần lượt là: 82,1% và 80,8%. Kết quả nghiên cứu cũng tương đương của Nguyễn Thùy Trang (2020) là 83,0% và 83,3% [2].

Tuy nhiên, qua các Báo cáo của Bộ Y tế về “điều kiện làm việc” hiện tại còn nhiều hạn chế tại các cơ sở y tế. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng Yếu tố sức khỏe trong công việc bao gồm sự mệt mỏi và căng thẳng làm người điều dưỡng có ĐLLV cao giảm xuống thấp nhất là 60,4%. Kết quả nghiên cứu thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thùy Trang (2020) là (70,3%) [2]. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Phùng Thanh Hùng và cộng sự (2019) là 21,0% [5]. Tỷ lệ điều dưỡng tuân thủ giờ giấc và sự tham gia công việc đúng giờ là 68,8%. Kết quả nghiên cứu thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thùy Trang (2020) là 69,9% [2]. Đây là một vấn đề mà lãnh đạo

4.2. Một số yếu tố liên quan đến động lực làm việc

Kết quả cho thấy, điều dưỡng trình độ đại học có ĐLLV cao gấp 2,24 lần so với điều dưỡng có trình độ thấp hơn. Nghiên cứu của chúng tôi khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Đức Thành và cộng sự (2019) [1]. Tuy nhiên, tương đồng với Nguyễn Thùy Trang (2020) [2]. Để đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng cao của xã hội, thực hiện đúng thông tư liên tịch 26/2015/TTLT-BYT-BNV, trong những năm gần đây bệnh viện đang dần chuyển đổi mô hình phân công công việc như sắp xếp điều dưỡng có trình độ cao, chuyên môn tốt hơn làm trưởng các nhóm đơn nguyên hay điều trị tại các phòng dịch vụ... cùng với các khoản thu nhập, chế độ đãi ngộ tốt hơn. Điều này có thể giải thích phần nào nhóm có trình độ cao hơn có ĐLLV tốt hơn.

Điều dưỡng tại các khoa lâm sàng không chỉ làm việc hành chính mà kèm theo đó là những buổi làm việc theo tua, theo ca trực và với những điều dưỡng đã có gia đình họ lại có khá nhiều mối lo toan, điều này khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi với điều dưỡng độc thân có ĐLLV cao hơn so với điều dưỡng đã có gia đình. Điều dưỡng thu nhập trung bình/tháng > 10 triệu đồng có ĐLLV cao hơn nhóm có thu nhập thấp hơn. Kết quả nghiên cứu tương đồng với Phan Trần Trúc Mai (2019) và cộng sự [4]. Khi đi làm, người lao động luôn mong muốn nhận được phần lương thích hợp, ngoài việc lãnh lương để nuôi sống bản thân và gia đình thì tiền lương chính là sự trả công, sự ghi nhận cho việc họ tận tụy làm việc, tiền lương còn thể hiện sự giá trị công việc, giá trị bản thân mà người lao động đã cống hiến sức lao động cho bệnh viện.

Trong các yếu tố duy trì ĐLLV cho thấy điều dưỡng nhận được sự quan tâm, có điều kiện làm việc tốt, ổn định và an toàn càng cao thì ĐLLV càng cao. Tương đồng với Mischa Willis-Shattuck và cộng sự (2008) [8]. Trong đó, yếu tố lương và các khoản thu nhập cao là một nhu cầu chính đáng của bất kỳ cá nhân nào khi tham gia làm việc. Điều dưỡng cho rằng việc Ghi nhận thành tích là nguồn động lực lớn thúc đẩy ĐLLV. Tương đồng với Nguyễn Thùy Trang (2020) [2]. Đã có rất nhiều tấm gương điều dưỡng nhận được sự động viên khen thưởng của UBND Thành phố, Công đoàn ngành Y tế Hà Nội, của bệnh viện... đây là một trong những yếu tố động viên điều dưỡng trong công tác khi liên tục làm việc trong môi trường vất vả và áp lực cả về tinh thần. Qua đó, chúng ta thấy ở bất kỳ môi trường làm việc nào thì việc ghi nhận thành tích đều rất cần thiết để động viên và tiếp sức cho ĐLLV của nhân viên càng cao hơn nữa.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu ĐLLV của điều dưỡng các khoa lâm sàng tại BVĐK Đức Giang năm 2022 như sau: Tỷ lệ điều dưỡng có ĐLLV cao là 75%. Điều dưỡng cảm thấy có sự tận tâm, tâm huyết là 82,1%; Yếu tố động lực cơ bản (lĩnh lương, đảm bảo cuộc sống) là 80,8%; Yếu tố sức khỏe khiến ĐLLV ở mức thấp nhất (60,4%); Tỷ lệ điều dưỡng tuân thủ giờ giấc và tham gia công việc đúng giờ là 68,8%. Một số yếu tố như Trình độ, tình trạng hôn nhân, thu nhập hàng tháng, sự quan tâm của từ phía quản trị, điều hành và ổn định, an toàn công việc và được ghi nhận thành tích có mối liên quan đến ĐLLV của điều dưỡng ($p < 0,05$).

Từ kết quả nghiên cứu, bệnh viện cần tạo môi trường làm việc hiệu quả, an toàn có sự nhìn nhận, đánh giá đúng thành tích của nhân viên. Để từ đó có những biện pháp can thiệp nhằm động viên khích lệ cũng như tạo động lực cho điều dưỡng cao hơn. Bệnh viện cần xây dựng chính sách lương thưởng hợp lý, trả lương theo kết quả, năng lực thật sự, theo dõi và khuyến khích nhân viên tuân thủ giờ giấc làm việc không ảnh hưởng đến hoạt động chăm sóc người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Đức Thành, Chu Huyền Xiêm, Bùi Thị Mỹ Anh & cs, Động lực làm việc của điều dưỡng và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện huyện Krông Pắc, tỉnh Đắk Lắk năm 2019, Tạp chí Khoa học Nghiên cứu sức khỏe và phát triển, 2020.
- [2] Nguyễn Thùy Trang, Động lực làm việc của điều dưỡng và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long, Thành phố Cần

- [3] Thơ năm 2020, Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế Công Cộng, 2020.
- [3] Nguyễn Văn Điềm, Nguyễn Ngọc Quân, Giáo trình quản trị nhân lực, Nhà xuất bản Trường Đại học Kinh tế Quốc dân, Hà Nội, 2012.
- [4] Phan Trần Trúc Mai, Hứa Thanh Thủy, Võ Quang Trung, Động lực làm việc của điều dưỡng lâm sàng và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh năm 2019, Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 508 - Tháng 11, số 2, 2021.
- [5] Phùng Thanh Hùng, Phạm Ngọc Hà, Chu Huyền Xiêm & cs, Động lực làm việc của điều dưỡng lâm sàng tại Bệnh viện Bà Rịa tỉnh Bà Rịa – Vũng Tàu năm 2019, Tạp chí Y học Cộng Đồng, số 1 (54), 2020.
- [6] Bodur S, İnfal S, Nurses' working motivation sources and related factors: A questionnaire survey, Journal of Human Sciences. 12(1):70-9, 2015.
- [7] Mbindyo PM, Blaauw D, Gilson L et al., Developing a tool to measure health worker motivation in district hospitals in Ken-ya, Human Resources for Health; 7(1), 2009.
- [8] Mischa Willis-Shattuck et al., Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review, BMC Health Services Research, p. 8(247), 2008, pp. 1-8.
- [9] WHO, Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action; Geneva, Switzerland, 2007.



MENTAL HEALTH AND ITS ASSOCIATED FACTORS AMONG OF MEDICAL EMPLOYEES IN THE COVID-19 PANDEMIC, DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2022

Hoang Thi Thuy Duong*, Tran Thi Hanh, Pham Thi Hong Gam

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 03/08/2023; Accepted: 05/09/2023

ABSTRACT

Objective: To describe the mental health of medical employees in the Covid-19 pandemic and some related factors at Duc Giang General Hospital.

Methods: This was a cross-sectional description study.

Results: A total of 430 medical employees, demographic characteristics: 29,1% male, 70,9% female; 34,2% in the age group ≤ 30 years, 51,2% in the age group 31-40 years, 14,7% in the age group >40 years. The prevalence of psychosis among medical employees was 14,4%, 6,28% anxiety disorders, 5,23% depressive, 3,26% stress, 12,39% post-traumatic stress disorder concussion. The percentage of medical employees who are physical disorders was 9,5%.

The percentage of nurses who are highly motivated to work is 73,1%. The study also founded that there were statistically significant relationships between age groups and mental health of medical employees ($p < 0,05$).

Conclusions: There were statistically significant relationships between age groups and mental health of medical employees in the Covid-19 pandemic.

Keywords: Covid-19, mental health.

*Corresponding author
Email address: duonghtt1985@gmail.com
Phone number: (+84) 855812222
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SỨC KHỎE TÂM THẦN NHÂN VIÊN Y TẾ TRONG BỐI CẢNH ĐẠI DỊCH COVID-19 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2022

Hoàng Thị Thùy Dương*, Trần Thị Hạnh, Phạm Thị Hồng Gấm

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 03/08/2023; Ngày duyệt đăng: 05/09/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng sức khỏe tâm thần của nhân viên y tế trong bối cảnh đại dịch Covid-19 và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2022.

Phương pháp: Mô tả cắt ngang.

Kết quả: 430 nhân viên y tế tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang, đặc điểm nhân khẩu học: 29,1% nam, 70,9% nữ; 34,2% độ tuổi ≤ 30 tuổi, 51,2% độ tuổi từ 31-40 tuổi, 14,7% độ tuổi >40 tuổi. Tỷ lệ các rối loạn sức khỏe tâm thần: 14,4% NVYT có rối loạn sức khỏe tâm thần. Tỷ lệ các rối loạn tâm thần ở NVYT 6,28% NVYT mắc rối loạn lo âu, 5,23% NVYT mắc rối loạn trầm cảm, 3,26% NVYT mắc rối loạn stress, 12,09% NVYT mắc rối loạn stress sau sang chấn. Tỷ lệ các rối loạn thực thể: 9,5% NVYT có các rối loạn thực thể. Nghiên cứu cũng cho thấy giới tính có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đến rối loạn tâm thần ở NVYT ($p < 0,05$).

Kết luận: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính và các sức khỏe tâm thần của NVYT trong bối cảnh đại dịch Covid-19.

Từ khóa: Covid-19, sức khỏe tâm thần.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chủng Coronavirus mới, tên gọi là SARS-CoV-2 gây bệnh Covid-19 xuất hiện đầu tiên ở thành phố Vũ Hán, Trung Quốc cuối năm 2019 và sau đó lan rộng ra toàn thế giới. Tổ chức Y tế thế giới công bố Covid-19 là tình trạng khẩn cấp trên toàn thế giới [1]. Tính đến ngày 21/10/2022, toàn thế giới có 629.532.561 ca nhiễm SARS-CoV-2 và số tử vong là 6.570.511 ca, số ca khỏi là 608.520.040 ca [2]. Tại Việt Nam, theo Bộ Y tế đến ngày 21/10/2022 số ca nhiễm tại Việt Nam là 11.495.231 ca, trong đó tử vong là 43.159 ca, khỏi bệnh là 10.599.925 ca [3, 19].

Vi rút SARS-CoV-2 lây trực tiếp từ người sang người chủ yếu qua giọt bắn đường hô hấp và qua đường tiếp xúc. Vi rút cũng có khả năng lây truyền qua đường khí dung (aerosol), đặc biệt tại các cơ sở y tế và những nơi

đông người và ở không gian kín [4]. Khu vực chăm sóc bệnh nhân Covid-19 được cách ly riêng, NVYT phải mặc bảo hộ trong thời gian dài khi thời tiết nắng nóng gây ảnh hưởng đến sức khỏe và gây stress cho chính bản thân NVYT.

NVYT có nguy cơ mắc và lây truyền bệnh làm ảnh hưởng đến cuộc sống không chỉ của bản thân NVYT mà còn đối với gia đình, làng xóm và bạn bè. Do vậy, mỗi NVYT khi làm việc đều có những trạng thái lo âu, stress hoặc trầm cảm.

Bệnh viện đa khoa Đức Giang là bệnh viện tuyến cuối của Thành phố Hà Nội trong việc điều trị bệnh nhân COVID với quy mô 400 giường điều trị covid. Trong giai đoạn đỉnh dịch Covid tại thành phố Hà Nội, số bệnh nhân Covid nặng trung bình mỗi ngày khoảng hơn 300 bệnh nhân được điều trị tại 5 đơn nguyên Covid.

*Tác giả liên hệ

Email: duonghtt1985@gmail.com

Điện thoại: (+84) 855812222

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

Nhân viên y tế của toàn Bệnh viện phải chia ca, kíp để tham gia công tác khám và điều trị bệnh nhân Covid-19. Nhằm tìm hiểu thực trạng SKTT của NVYT trong bối cảnh đại dịch Covid-19, qua đó tìm ra các giải pháp can thiệp. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “*Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sức khỏe tâm thần nhân viên y tế trong bối cảnh đại dịch Covid-19 tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang*”.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

NVYT bệnh viện đang làm việc tại bệnh viện ít nhất 1 tuần tại bệnh viện trước thời điểm điều tra số liệu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang có phân tích, nghiên cứu định lượng

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

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

n: Là số NVYT tối thiểu cần cho nghiên cứu

p = 0,05 là tỷ lệ giả định NVYT bị rối loạn tâm thần

Z = 1,96 (α = 0,05, độ tin cậy 95%, thu từ bảng Z)

d = 0,05 là sai số tuyệt đối

Thay các giá trị trên vào công thức ta được n=384, chúng tôi đã lấy được 430 NVYT vào nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

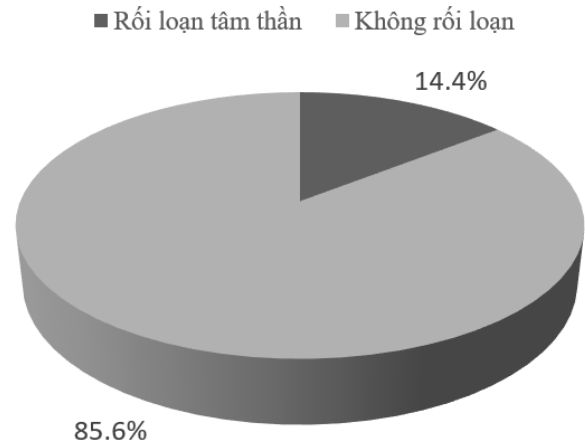
Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm | | Số lượng | Tỷ lệ% |
|-------------|--------|------------|------------|
| Giới tính | Nam | 125 | 29,1 |
| | Nữ | 305 | 70,9 |
| Độ tuổi | ≤30 | 147 | 34,2 |
| | 31-40 | 220 | 51,2 |
| | >40 | 63 | 14,7 |
| Chuyên môn | Bác sỹ | 101 | 23,5 |
| | ĐDV | 217 | 50,5 |
| | KTV | 36 | 8,4 |
| | Khác | 76 | 17,7 |
| Tổng | | 430 | 100 |

Nhận xét: Tỷ lệ nam chiếm 29,1%, nữ 70,9%; độ tuổi ≤30 chiếm 1/3 số NVYT, độ tuổi 30-40 chiếm 1 nửa số

NVYT. Chuyên môn bác sỹ chiếm 23,5%, điều dưỡng hơn 1 nửa số NVYT.

Biểu đồ 1. Tỷ lệ rối loạn tâm thần ở nhân viên y tế



Nhận xét: Tỷ lệ có rối loạn tâm thần chiếm 14,4% số nhân viên, trong khi không rối loạn chiếm 85,6%.

Bảng 2. Tỷ lệ các rối loạn tâm thần ở NVYT

| Rối loạn tâm thần | | Số lượng | Tỷ lệ% |
|----------------------|-------|----------|--------|
| Lo âu | Không | 403 | 93,72 |
| | Mắc | 27 | 6,28 |
| Trầm cảm | Không | 407 | 94,65 |
| | Mắc | 23 | 5,35 |
| Stress | Không | 416 | 96,74 |
| | Mắc | 14 | 3,26 |
| Stress sau sang chấn | Không | 378 | 87,91 |
| | Mắc | 52 | 12,09 |

Nhận xét: Tỷ lệ lo âu chiếm 6,28%, trầm cảm 5,35%, stress chiếm 3,26%, stress sau sang chấn chiếm 12,09%.

Bảng 3. Tỷ lệ rối loạn thực thể ở NVYT

| Rối loạn thực thể | Số lượng | Tỷ lệ% |
|------------------------------|----------|--------|
| Đau đầu, chóng mặt | 23 | 5,3 |
| Ù tai, hoa mắt | 16 | 3,7 |
| Run đi loạng choạng | 11 | 2,6 |
| Nôn/buồn nôn | 14 | 3,3 |
| Đau dạ dày, đau co thắt ruột | 29 | 6,7 |
| Tim đập mạnh, trống ngực | 14 | 3,3 |
| Hơi thở nhanh, hơi thở gấp | 11 | 2,6 |

Nhận xét: Các rối loạn thực thể chiếm tỷ lệ cao nhất ở NVYT là đau dạ dày, đau co thắt ruột với 6,7%, đau đầu, chóng mặt 5,3%.

Bảng 4. Một số yếu tố ảnh hưởng đến rối loạn tâm thần ở NVYT

| Rối loạn SKTT | | Mắc | | Không | | P | OR (95%CI) |
|-----------------------|------------|-----------|-------------|------------|-------------|-------|---------------|
| | | SL | TL | SL | TL | | |
| Đặc điểm | | SL | TL | SL | TL | | |
| Giới tính | Nam | 26 | 20,8 | 99 | 79,2 | <0,05 | 1,96 |
| | Nữ | 36 | 11,8 | 269 | 88,2 | | (1,13-3,42) |
| Độ tuổi | <30 | 21 | 0,0 | 126 | 0,0 | >0,05 | 0,98 |
| | ≥30 | 41 | 14,5 | 242 | 85,5 | | (0,55-1,74) |
| Chuyên môn | Bs, ĐD | 45 | 14,2 | 273 | 85,8 | >0,05 | 0,92 |
| | Khác | 17 | 15,2 | 95 | 84,8 | | (0,50-1,69) |
| Học vấn | <ĐH | 27 | 14,7 | 203 | 85,3 | >0,05 | 0,63 |
| | ≥ĐH | 35 | 8,3 | 165 | 91,7 | | (0,36-1,08) |
| Kinh nghiệm | <5 năm | 15 | 16,7 | 75 | 83,3 | >0,05 | 1,25 |
| | ≥5 năm | 47 | 13,8 | 293 | 86,2 | | (0,66-2,35) |
| Làm việc | Theo ca | 41 | 13,8 | 257 | 86,2 | >0,05 | 0,84 |
| | Hành chính | 21 | 15,9 | 111 | 84,1 | | (0,47-1,49) |
| Tiếp xúc với BN COVID | Có | 48 | 15,1 | 270 | 84,9 | >0,05 | 1,24 |
| | Không | 14 | 12,5 | 98 | 87,5 | | (0,66-2,36) |
| Thu nhập | Giảm | 59 | 14,6 | 346 | 85,4 | >0,05 | 1,25 |
| | Không giảm | 3 | 12,0 | 22 | 88,0 | | (0,36-4,31) |
| Tổng | | 62 | 14,4 | 368 | 85,6 | | |

Nhận xét: Nghiên cứu cho thấy chuyên môn, học vấn, kinh nghiệm, thời gian làm việc, tiếp xúc với BN Covid-19 và thu nhập không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với rối loạn tâm thần ($p>0,05$). Trong khi giới tính có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với rối loạn tâm thần ($p<0,05$).

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ mắc rối loạn tâm thần chung là 14,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhìn chung thấp hơn so với một số tác giả nghiên cứu trước đây trong bối cảnh đại dịch Covid-19. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu tại Trung Quốc

ở giai đoạn đầu dịch bệnh Covid-19, ở một nghiên cứu tại Vũ Hán [7] cho thấy 34,4% (342 trong số 994) nhân viên y tế và điều dưỡng có rối loạn tâm thần mức độ nhẹ trong khi 6,2% (62) có các rối loạn, ở một nghiên cứu khác [32] với 1521 NVYT Trung Quốc có 14.1% bất thường tâm thần.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ mắc lo âu là 6,28%, trầm cảm 5,35%, stress là 3,26%, stress sau sang chấn là 12,09%. Tỷ lệ lo âu trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu ở tỉnh Hồ Bắc 12,5% (64 trong số 512) nhân viên y tế có lo âu, ở mức độ nặng hơn trong số này khi tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân nhiễm [8]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn của các nghiên cứu khác hai tuần sau khi Vũ Hán bị phong tỏa, tỷ lệ

NVYT nữ trầm cảm, lo âu và có biểu hiện stress cấp tính lần lượt là 14,2% (621 trong số 4,369), 25,2% (1101) và 31,6% (1382) [9].

Kết quả nghiên cứu cho thấy các rối loạn thực thể trong nghiên cứu chiếm 9,5% số NVYT, trong đó đau đầu, chóng mặt 5,3%, ù tai, hoa mắt 3,7%, run đi loạng choạng chiếm 2,6%, nôn/bồn nôn chiếm 3,3%, đau dạ dày, đau cơ thắt ruột 6,7%, tim đập mạnh, trống ngực chiếm 3,3%, hơi thở nhanh, hơi thở gấp chiếm 2,6%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với một số nghiên cứu về rối loạn thực thể ở NVYT trong bối cảnh đại dịch Covid-19. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các tác giả Xiaoming và cộng sự (2020) [16], Juan và cộng sự (2020) [17], Hong và cộng sự (2020) [18] với 42,7% (2,005 trên tổng số 4,692) ở những điều dưỡng tuyến đầu chống dịch được xác định có triệu chứng rối loạn thực thể [18], đặc biệt đau đầu, viêm họng và chứng ngủ lịm, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với rối loạn tâm thần [19].

Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhìn chung thấp hơn so với các kết quả nghiên cứu về SKTT ở NVYT trong bối cảnh đại dịch Covid-19. Điều này có thể giải thích do thời điểm nghiên cứu của chúng tôi là thời điểm đã qua đỉnh dịch, NVYT đã được trang bị tương đối đầy đủ về kiến thức, kỹ năng công việc. Mặt khác, do vắc xin Covid-19 đã được tiêm đầy đủ, nên nguy cơ mắc bệnh nặng và tử vong giảm đi. Do đó, nghiên cứu cho thấy tỷ lệ rối loạn SKTT ở NVYT trong nghiên cứu của chúng tôi là thấp hơn so với các nghiên cứu khác.

Các yếu tố ảnh hưởng đến rối loạn sức khỏe tâm thần chung của NVYT cho thấy chuyên môn, học vấn, kinh nghiệm, thời gian làm việc, tiếp xúc với BN Covid-19 và thu nhập không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với rối loạn tâm thần ($p > 0,05$). Trong khi giới tính có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với rối loạn tâm thần ($p < 0,05$). Phân tích cũng cho thấy giới tính nam có nguy cơ rối loạn tâm thần cao gấp 1,96 lần so với NVYT nữ (95%CI 1,13-3,42). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt khi so sánh với nghiên cứu của Pouralizadeh và cộng sự (2020) [25], Romero và cộng sự (2020) [26] và Elbay và cộng sự (2020) [27] điều dưỡng nữ có tiếp xúc gần với bệnh nhân Covid-19 có biểu hiện nguy cơ rối loạn tâm thần cao. Mặc dù vậy, điều quan trọng là hầu hết các nghiên cứu bao gồm phần lớn người tham gia nghiên cứu là nữ giới, đặc biệt là điều dưỡng, với chỉ một nghiên cứu chỉ ra mức độ stress cao hơn ở nam [28]. Đặc biệt, nữ giới có nguy cơ trầm cảm, lo âu và mức độ stress cao hơn [16], [25], [27], [29], [30], [31].

Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến rối loạn thực thể ở NVYT cho thấy Giới tính, độ tuổi, kinh nghiệm, làm việc theo ca, tiếp xúc với BN Covid-19, thu nhập không có mối liên quan với rối loạn thực thể ở NVYT

($p > 0,05$), trong khi trình độ chuyên môn, học vấn có mối liên quan đến rối loạn thực thể ở NVYT ($p < 0,05$). Kết quả cho thấy NVYT là bác sỹ, điều dưỡng có nguy cơ rối loạn thực thể cao hơn 4,93 lần so với NVYT khác (95%CI 1,51-25,42); NVYT có học vấn dưới đại học có nguy cơ rối loạn thực thể cao bằng 0,76 lần so với NVYT có học vấn từ sau đại học (95%CI 0,22-0,94).

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 3 đến tháng 10 năm 2022 trên 430 nhân viên y tế cho thấy đặc điểm nhân khẩu học: 29,1% nam, 70,9% nữ; 34,2% độ tuổi ≤ 30 tuổi, 51,2% độ tuổi từ 31-40 tuổi, 14,7% độ tuổi > 40 tuổi. Tỷ lệ các rối loạn sức khỏe tâm thần: 14,4% NVYT có rối loạn sức khỏe tâm thần. Tỷ lệ các rối loạn tâm thần ở NVYT 6,28% NVYT mắc rối loạn lo âu, 5,23% NVYT mắc rối loạn trầm cảm, 3,26% NVYT mắc rối loạn stress, 12,09% NVYT mắc rối loạn stress sau sang chấn. Tỷ lệ các rối loạn thực thể: 9,5% NVYT có các rối loạn thực thể. Nghiên cứu cũng cho thấy giới tính có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đến rối loạn tâm thần ở NVYT ($p < 0,05$). Từ nghiên cứu cho thấy cần có sự hỗ trợ từ phía các cấp cơ quan quản lý đối với sức khỏe tâm thần của NVYT, cần tổ chức hợp lý việc phân công bố trí nhân lực trong dịch bệnh nguy cả đối với NVYT là nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Wilder-Smith A, Chiew CJ, Lee VJ, Can we contain the Covid-19 outbreak with the same measures as for SARS?. *Lancet Infect Dis*, 20(5), 2020, e102–e107.
- [2] WHO, Coronavirus (Covid-19) Dashboard. <<https://covid19.who.int>>, accessed: 06/27/2021.
- [3] Bộ Y tế, Trang tin về dịch bệnh viêm đường hô hấp cấp Covid-19, <<https://moh.gov.vn>>, accessed: 06/27/2021.
- [4] Bộ Y tế, Hướng dẫn điều trị COVID19 do chủng vi rút Corona mới ban hành kèm theo Quyết định 2008/QĐ-BYT. <<https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyết-dinh-2008-QĐ-BYT-2021-huong-dan-dieu-tri-COVID19-do-chung-vi-rut-Corona-moi-472206.aspx>>, accessed: 06/27/2021, 2021.
- [5] Bộ Y tế, Quyết định 5188/QĐ-BYT ban hành hướng dẫn phòng và kiểm soát lây nhiễm SAT-COV-2, <[http://benhviendakhoanhuthanh.vn/web/trang-chu/hoat-dong-chuyen-mon/quyet-dinh-5188-qd-byt-ban-hanh-huong-dan-phong-va-kiem-soat-lay-nhiem-satcov-2\(1\).html](http://benhviendakhoanhuthanh.vn/web/trang-chu/hoat-dong-chuyen-mon/quyet-dinh-5188-qd-byt-ban-hanh-huong-dan-phong-va-kiem-soat-lay-nhiem-satcov-2(1).html)>, accessed: 06/27/2021.
- [6] Cabarkapa S, Nadjidai SE, Murgier J et al., The

- psychological impact of Covid-19 and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it: A rapid systematic review. *Brain Behav Immun Health*, 8, 100144, 2020.
- [7] Kang L, Ma S, Chen M et al., Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel Coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun*, 87, 2020, 11–17.
- [8] Liu CY, Yang Y, Zhang XM et al., The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting Covid-19 in China: a cross-sectional survey. *Epidemiol Infect*, 148, e98.
- [9] Li G, Miao J, Wang H et al., Psychological impact on women health workers involved in Covid-19 outbreak in Wuhan: a cross-sectional study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 91(8), 2020, 895–897.
- [10] Toward a new definition of mental health. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4471980/#b1>>, accessed: 06/27/2021.
- [11] NIMH, Post-Traumatic Stress Disorder. <<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/>>, accessed: 06/27/2021.
- [12] NIMH, Depression. <<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/>>, accessed: 06/27/2021.
- [13] Lê Thanh Hải, Tăng động giảm chú ý và một số rối loạn kèm theo, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2017.
- [14] ICD-10 Version:2016. <<https://icd.who.int/browse10/2016/en>>, accessed: 06/07/2020.
- [15] American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition: DSM-5, 2013
- [16] Xiaoming X, Ming A, Su H et al., The psychological status of 8817 hospital workers during Covid-19 Epidemic: A cross-sectional study in Chongqing. *J Affect Disord*, 276, 2020, 555–561.
- [17] Juan Y, Yuanyuan C, Qiuxiang Y et al., Psychological distress surveillance and related impact analysis of hospital staff during the Covid-19 epidemic in Chongqing, China. *Compr Psychiatry*, 103, 2020, 152198.



THE STATUS OF NURSING MEDICAL INCIDENT REPORTING CLINICAL DEPARTMENTS AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2020

Chu Thi Huyen*, Nguyen Thi Ngoc Dung,
Pham Quoc Tuan, Nguyen Hong Dien, Dang Thi Viet Anh

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 28/07/2023; Accepted: 26/08/2023

ABSTRACT

Objective: To describe the current status of medical incident reports of nurses in clinical departments at Duc Giang General Hospital in 2020 and find out some related factors.

Subject and method: Cross-sectional description, over 251 nurses working in clinical departments throughout the hospital, conducted from March to September 2020 at Duc Giang General Hospital.

Results: Nurses experiencing medical problems in the past 12 months was 81.7%; In which, 63.4% of nurses reported. Medical incidents related to patient samples were the highest (34%). Medical incidents encountered in the morning were 32.7% and 26.8% was the time of handover. There was a relationship between gender, number of patients cared for during the day, knowledge and favorable factor with medical incident reporting ($p < 0.05$).

Conclusion: Research results in the status of medical incidents help the hospital identify the cause and common incidents, thereby proposing improved solutions to minimize incidents in medical examination and treatment practice.

Keywords: Report, Medical incident, nursing, clinical department, Duc Giang General Hospital.

*Corresponding author
Email address: chuhuyensd@gmail.com
Phone number: (+84) 907575353
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

THỰC TRẠNG BÁO CÁO SỰ CỐ Y KHOA CỦA ĐIỀU DƯỠNG CÁC KHOA LÂM SÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2020

Chu Thị Huyền*, Nguyễn Thị Ngọc Dung,
Phạm Quốc Tuấn, Nguyễn Hồng Diên, Đặng Thị Việt Anh

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 28/07/2023; Ngày duyệt đăng: 26/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng báo cáo sự cố y khoa của Điều dưỡng các khoa lâm sàng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2020 và tìm hiểu một số yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, trên 251 điều dưỡng đang công tác tại khoa lâm sàng trong toàn bệnh viện, được tiến hành từ tháng 03 – 9/2020 tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Kết quả: Điều dưỡng gặp sự cố y khoa trong 12 tháng qua là 81,7%; Trong đó, có 63,4% điều dưỡng đã báo cáo lại. Sự cố y khoa liên quan đến mẫu bệnh phẩm là cao nhất (34%). Sự cố y khoa gặp phải buổi sáng là 32,7% và 26,8% là thời điểm bàn giao trực. Có mối liên quan giữa giới tính, số lượng người bệnh chăm sóc trong ngày, kiến thức và yếu tố thuận lợi với báo cáo sự cố y khoa ($p < 0,05$).

Kết luận: Kết quả nghiên cứu thực trạng sự cố y khoa giúp bệnh viện nhận diện nguyên nhân và các sự cố thường gặp, từ đó đề ra các giải pháp cải tiến nhằm giảm thiểu các sự cố trong thực hành khám, chữa bệnh.

Từ khóa: Báo cáo, sự cố y khoa, điều dưỡng, khoa lâm sàng, Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự cố y khoa (SCYK) là các tình huống không mong muốn xảy ra trong quá trình chẩn đoán, chăm sóc và điều trị do các yếu tố khách quan, chủ quan mà không phải do diễn biến bệnh lý hoặc cơ địa người bệnh, tác động sức khỏe, tính mạng của người bệnh [1]. Theo WHO, hàng năm trên thế giới có khoảng 421 triệu người bệnh nhập viện. Trong đó, có khoảng 42,7 triệu sự cố y khoa xảy ra trong những lần nhập viện này [8]. Tuy nhiên, các bằng chứng đã chỉ ra rằng sự cố y khoa có thể phòng ngừa tới 50% nếu được báo cáo và xử trí kịp thời. Do vậy, các sự cố y khoa cần được công khai, báo cáo và phân tích một cách đầy đủ và khoa học để từ đó hạn chế tối đa, đồng thời ngăn chặn những sự cố không mong muốn, đảm bảo an toàn cho công tác khám chữa bệnh [1],[8]. Trên thực tế chỉ khoảng

6 – 27% các sự cố y khoa được báo cáo [5],[6]. Năm 2019, Bệnh viện đa khoa Đức Giang đã tiếp nhận 158 báo cáo sự cố y khoa, trong đó 142 báo cáo là của điều dưỡng [3].

Nhận thấy, lực lượng điều dưỡng là lực lượng đông đảo và công tác của điều dưỡng có liên quan trực tiếp tới báo cáo sự cố y khoa. Với mục đích đánh giá về thực trạng báo cáo sự cố y khoa của điều dưỡng, phát hiện ra những tồn tại và bất cập trong báo cáo những sự cố, nâng cao hoạt động quản lý sự cố y khoa trong Bệnh viện nói chung và công tác đảm bảo an toàn người bệnh tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang nói riêng. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Thực trạng báo cáo sự cố y khoa của Điều dưỡng khối lâm sàng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2020”. Với 2 mục tiêu:

*Tác giả liên hệ

Email: chuhuyensd@gmail.com

Điện thoại: (+84) 907575353

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



- Mô tả thực trạng báo cáo sự cố y khoa của điều dưỡng khoa Lâm sàng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2020.

- Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến báo cáo sự cố y khoa của điều dưỡng khoa Lâm sàng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2020.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Toàn bộ điều dưỡng đang làm việc các khoa lâm sàng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang. Ngoại trừ: (i) Điều dưỡng không tự nguyện tham gia nghiên cứu; (ii) Điều dưỡng đang đi học, nghỉ thai sản, nghỉ phép dài hạn tại thời điểm thu thập số liệu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ tháng 03 – 09/2020 tại tất cả các khoa lâm sàng (gồm 23 khoa) - Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ: Trong thời gian thu thập số liệu đã có 251 trong tổng số 328 điều dưỡng tại tất cả các khoa lâm sàng trong toàn bệnh viện thỏa mãn tiêu chí lựa chọn đã đưa vào nghiên cứu.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Bộ công cụ thu thập thông tin của nghiên cứu được tác giả xây dựng dựa trên Hướng dẫn của WHO (2009) [7] và thông tư 43/2018 của Bộ Y tế Việt Nam về việc hướng dẫn phòng ngừa sự cố y khoa trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh [1]. Bộ câu hỏi hoàn thiện gồm 3 phần:

Phần 1: Đặc điểm nhân khẩu học (Giới, kinh nghiệm làm việc, số lượng người bệnh chăm sóc trong ngày)

Phần 2: Thực trạng báo cáo sự cố y khoa: Số lượng, phân loại sự cố y khoa đã gặp và các báo cáo thực tế đã ghi nhận

Phần 3: Câu hỏi đánh giá kiến thức, thái độ, yếu tố thuận lợi và khó khăn của điều dưỡng trong việc báo cáo sự cố y khoa.

Bộ câu hỏi xin cấp phép sử dụng từ chuyên gia → Thử nghiệm bộ câu hỏi trên đối tượng nghiên cứu → Chỉnh sửa bộ câu hỏi → Tiến hành thu thập số liệu.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được tổng hợp, làm sạch và

nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0.

2.7. Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu tuân thủ các quy định đạo đức khoa học và có sự đồng ý của người tham gia nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm cá nhân của đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm | | Số lượng (n = 251) | Tỷ lệ% |
|---|----------------------|--------------------|--------|
| Giới | Nam | 53 | 21,1 |
| | Nữ | 198 | 78,9 |
| Trình độ chuyên môn | Sau đại học, đại học | 49 | 19,5 |
| | Cao đẳng | 181 | 72,2 |
| | Trung cấp | 21 | 8,3 |
| Số lượng người bệnh được CS trung bình một ngày | ≤ 10 NB | 101 | 44,2 |
| | > 10 NB | 140 | 55,8 |
| Đào tạo trước đây | Có | 249 | 98,8 |
| | Không | 2 | 1,2 |

Nghiên cứu được thực hiện trên 251 điều dưỡng đang điều trị trực tiếp người bệnh các khoa lâm sàng tại BVĐK Đức Giang cho kết quả như sau: Điều dưỡng nam giới tỷ lệ là 21,1%; Điều dưỡng trình độ cao đẳng chiếm tỷ lệ cao nhất 72,2%; Điều dưỡng chăm sóc số lượng người bệnh trung bình một ngày > 10 NB là 55,8%; 98,8% điều dưỡng đã được tập huấn báo cáo sự cố y khoa.

3.2. Thực trạng báo cáo SCYK của điều dưỡng khoa lâm sàng

Bảng 2. Phân bố sự cố y khoa đã gặp

| Nội dung | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|--|--------------|-----------|
| Tổng số điều dưỡng (n = 251) | | |
| Đã từng gặp sự cố | 205 | 81,7 |
| Chưa từng gặp sự cố | 46 | 18,3 |
| Điều dưỡng đã gặp sự cố (n = 205) | | |
| Số lần báo cáo | 130 | 63,4 |
| Số không báo cáo | 75 | 36,6 |
| Thời điểm xảy ra sự cố (n = 205) | | |
| Buổi sáng | 67 | 32,7 |
| Buổi chiều | 35 | 17,1 |
| Thời điểm bàn giao | 55 | 26,8 |
| Ngoài giờ HC | 48 | 23,4 |

Điều dưỡng đã gặp phải SCYK trong bệnh viện trong 12 tháng qua là 81,7%. Điều dưỡng đã gặp SCYK và báo cáo lại là 63,4%.

Bảng 3. Phân loại những sự cố điều dưỡng gặp phải theo lượt sự cố

| Phân loại sự cố | n = 273 | Tình trạng sự cố | % |
|---|---------|------------------|------|
| Trong quy trình, thủ tục khám chữa bệnh | 60 | Đã xảy ra | 29,7 |
| | | Suýt xảy ra | 70,3 |
| Sự cố trong chuyên môn, thực hiện công việc | 52 | Đã xảy ra | 31,4 |
| | | Suýt xảy ra | 68,6 |
| Nhiễm khuẩn Bệnh viện | 19 | Đã xảy ra | 36,8 |
| | | Suýt xảy ra | 63,1 |
| Bệnh nhân bị tai nạn, chấn thương, té ngã | 16 | Đã xảy ra | 18,8 |
| | | Suýt xảy ra | 81,2 |
| Sự cố về an ninh, cháy nổ | 15 | Đã xảy ra | 20 |
| | | Suýt xảy ra | 80 |
| Sự cố liên quan đến vật tư, trang thiết bị | 8 | Đã xảy ra | 75 |
| | | Suýt xảy ra | 25 |
| Sự cố khi xét nghiệm, giải phẫu bệnh | 93 | Đã xảy ra | 42,1 |
| | | Suýt xảy ra | 57,9 |
| Khác | 10 | Đã xảy ra | 41,7 |
| | | Suýt xảy ra | 58,3 |

Điều dưỡng trả lời các SCYK gặp phải trong khi xét nghiệm, giải phẫu bệnh là cao nhất 93 sự cố (chiếm 34%): Trong đó, 42,1% là sự cố đã xảy ra và 57,9% là sự cố suýt xảy ra. Sự cố liên quan đến vật tư, trang thiết bị là sự cố ít xảy ra nhất nhóm các sự cố tuy nhiên có tới 75% là sự cố đã xảy ra.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến báo cáo SCYK

Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm chung với báo cáo SCYK

| Các đặc điểm | | Báo cáo SCYK n (%) | | OR | 95% độ tin cậy CI | p* |
|---------------------------------|----------------------|--------------------|--------------|------|-------------------|------|
| | | Có | Không | | | |
| Giới tính | Nam | 33 (25,4) | 9 (12,0) | 1 | | |
| | Nữ | 97 (74,6) | 66 (88,0) | 2,49 | 1,12 – 5,56 | 0,02 |
| Bằng cấp chuyên môn | Sau đại học, đại học | 20 (15,4) | 20 (26,7) | 1 | | |
| | Cao đẳng | 99 (76,2) | 49 (65,3) | 0,60 | 0,32 – 1,12 | 0,11 |
| | Trung cấp | 11 (8,5) | 6 (8,0) | 1,77 | 0,56 – 5,60 | 0,33 |
| Số lượng NB chăm sóc trong ngày | ≤ 10 NB | 62 (47,7) | 21 (28,0) | 1 | | |
| | >10 NB | 68 (52,3) | 54 (72,0) | 2,34 | 1,27 – 4,31 | 0,01 |
| Đào tạo trước đây | Đã tập huấn | 129 (99,2) | 74 (98,7) | 1 | | |
| | Chưa tập huấn | 1 (0,80) | 1 (1,3) | 0,57 | 0,04 – 8,31 | 0,69 |

Kết quả cho thấy điều dưỡng nữ có tỷ lệ báo cáo SCYK gấp 2,49 lần so với nhóm điều dưỡng nam giới (OR = 2,49; 95% CI: 1,12 – 5,56; p = 0,02); điều dưỡng có số lượng người bệnh chăm sóc trong ngày > 10 người

bệnh báo cáo cao hơn 2,34 lần so với nhóm chăm sóc trong ngày ≤ 10 người bệnh (OR = 2,34; 95% CI: 1,27 – 4,31; p = 0,01)

Bảng 5. Mối liên quan giữa kiến thức, thái độ, yếu tố thuận lợi và khó khăn với báo cáo SCYK

| Các đặc điểm | B | OR | 95% độ tin cậy CI | p* |
|------------------------------|------|------|-------------------|------|
| Kiến thức | 0,16 | 1,17 | 1,03 – 1,35 | 0,02 |
| Thái độ của điều dưỡng | 0,08 | 1,01 | 0,97 – 1,05 | 0,66 |
| Yếu tố thuận lợi và khó khăn | 0,10 | 1,11 | 1,03 – 1,19 | 0,00 |

Phân tích hồi quy đơn biến cho thấy: Điều dưỡng có tổng điểm kiến thức càng cao thì tỷ lệ báo cáo SCYK càng nhiều, nếu tăng một điểm kiến thức thì tỷ lệ báo cáo sẽ cao 1,17 lần (OR = 1,17; 95% CI: 1,03 – 1,35; p = 0,02); Điều dưỡng có tổng điểm thái độ càng cao thì số lần báo cáo SCYK càng cao, tỷ lệ báo cáo SCYK

sẽ tăng 1,01 lần cho mỗi điểm thái độ cộng thêm (OR = 1,01; 95% CI: 0,97 – 1,05; p = 0,66). Điều dưỡng có tổng điểm yếu tố thuận lợi càng cao thì số lần báo cáo SCYK càng nhiều, yếu tố thuận lợi tăng thêm 1 điểm thì tỷ lệ báo cáo SCYK sẽ cao 1,11 lần (OR = 1,11; 95% CI: 1,03 – 1,19; p = 0,00).

4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng báo cáo SCYK của điều dưỡng khoa lâm sàng

Trong tổng số 251 điều dưỡng tham gia nghiên cứu, có 205 điều dưỡng (chiếm 81,7%) đã gặp 273 sự cố y khoa và 63,4% đã báo cáo lại. Kết quả báo cáo lại sự cố y khoa đã gặp trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Trần Thị Bích Bo (2017) là 27% [5] và Lê Thị Thùy Trang (2018) là 53,2% [2]. Điều dưỡng có thời gian tiếp xúc nhiều với người bệnh và hầu hết y lệnh đều được thực hiện thông qua người điều dưỡng. Vì vậy, điều dưỡng là một lực lượng quan trọng trong các ghi nhận về báo cáo SCYK trong Bệnh viện.

Sự cố y khoa điều dưỡng gặp nhiều nhất vào thời điểm buổi sáng là 32,7% và thời điểm bàn giao là 26,8% khi mà lượng công việc nhiều nhất. Vì vậy, để khắc phục tình trạng này, các nhà quản lý cần lưu ý để tạo điều kiện cho NVYT được sắp xếp công việc hợp lý, giảm thiểu áp lực căng thẳng để hạn chế những sự cố không đáng có.

Nghiên cứu cho thấy lãnh đạo Bệnh viện rất quan tâm đến công tác an toàn người bệnh thể hiện có đến 98,8% điều dưỡng đã được tập huấn báo cáo SCYK chiếm khá cao. Từ năm 2019, Bệnh viện đã có thống kê từng mẫu bệnh phẩm bị từ chối, kiểm soát qua nhiều công đoạn từ đó có nhiều ghi nhận các báo cáo liên quan. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng, các sự cố được ghi nhận xảy ra trong khi xét nghiệm, giải phẫu bệnh là cao nhất chiếm 34,1%. Kết quả của nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn hợp lý, cho thấy tầm quan trọng của hệ thống giám sát trong toàn bệnh viện.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến báo cáo SCYK

Kết quả nghiên cứu cho thấy, nhóm nữ giới báo cáo gặp 2,49 lần nhóm nam giới. Nghiên cứu của chúng tôi kết quả trái ngược với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Dự (2016) [4]; tuy nhiên, tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Bích Bo (2017) [5], Lê Thị Thùy Trang (2018) là 53,2% tỷ lệ điều dưỡng đã báo cáo sự cố y khoa [2], tác giả cho rằng kết quả là phù hợp với đặc điểm giới tính, nữ thường quan tâm đến mọi việc xung quanh hơn, quan sát nhiều hơn có thể báo cáo sự cố y khoa tốt hơn [5]. Điều dưỡng chăm sóc từ >10 người bệnh trung bình một ngày, có tỷ lệ báo cáo SCYK cao hơn 2,34 lần nhóm chăm sóc ≤ 10 người bệnh. Đây cũng là điều dễ hiểu khi áp lực công việc nhiều thì khả năng điều dưỡng gặp phải các sự cố càng tăng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức và báo cáo sự cố y khoa. Kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Bích Bo (2017) [5] do đó, việc cung cấp kiến thức cho nhân viên y tế là điều tiên quyết. Khi hiểu biết về SCYK không đầy đủ sẽ dẫn đến các sai lầm như: không nhận thức đúng mức độ nguy hiểm của SCYK, không

có kiến thức để xử trí các vấn đề liên quan đến sự cố và không có thái độ đúng mực với người bệnh khi sự cố xảy ra. Nhóm điều dưỡng nhận được yếu tố thuận lợi cho báo cáo SCYK thì tỷ lệ báo cáo nhiều hơn so với nhóm điều dưỡng gặp khó khăn khi báo cáo. Nghiên cứu của Fung WM và cộng sự (2011) chỉ ra rằng các yếu tố khó khăn là rào cản cản trở quá trình báo cáo sự cố. Do vậy, văn hóa phi trừng phạt đối với báo cáo sự cố phải được xây dựng [9]. Trong bệnh viện, NVYT phải đối mặt với nhiều yếu tố rủi ro liên quan đến hệ thống như: người bệnh quá tải, thiếu phương tiện để chăm sóc, áp lực tâm lý do pháp lý bảo vệ người hành nghề còn bất cập. Vì vậy, việc cung cấp các yếu tố thuận lợi để người điều dưỡng có thể báo cáo SCYK nhanh tiện nhất là vô cùng cần thiết.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu thực trạng báo cáo SCYK của điều dưỡng các khoa lâm sàng tại BVĐK Đức Giang năm 2020 như sau: Tỷ lệ điều dưỡng đã gặp SCYK trong 12 tháng qua là 81,7%; Điều dưỡng đã gặp SCYK và báo cáo lại là 63,4%. SCYK gặp phải trong khi xét nghiệm, giải phẫu bệnh là cao nhất 93 sự cố (chiếm 34%); xảy ra nhiều nhất tại thời gian buổi sáng là 32,7% và thời điểm bàn giao là 26,8%. Có mối liên quan giữa giới tính, số lượng người bệnh chăm sóc trong ngày, kiến thức và yếu tố thuận lợi với báo cáo SCYK ($p < 0,05$).

Từ kết quả nghiên cứu, bệnh viện cần cần tiếp tục rà soát nguồn nhân lực điều dưỡng; chỉnh sửa lại quy trình báo cáo, có hướng dẫn cụ thể quy định trách nhiệm của người báo cáo SCYK. Bên cạnh đó, tổ chức các buổi tập huấn với nhiều hình thức khác nhau để nâng cao hiệu quả, phù hợp với từng đối tượng. Xây dựng văn hóa an toàn, không phê phán, chỉ trích và thiết lập nhiều hình thức khuyến khích báo cáo SCYK trong bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Thông tư số 43/2018/TT/BYT ngày 26 tháng 12 năm 2018 về việc Hướng dẫn phòng ngừa sự cố y khoa trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, 2018.
- [2] Lê Thị Thùy Trang và cộng sự, Khảo sát về kiến thức thái độ của nhân viên y tế về báo cáo sự cố y khoa tại Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ninh, Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam; 27, 2019, tr. 10 - 16.
- [3] Ngô Hữu Phương, Báo cáo thống kê sự cố y khoa Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2019, 2019.
- [4] Nguyễn Hữu Dự, Nhận thức của điều dưỡng, kỹ thuật viên Bệnh viện Đại học Y Hà Nội về sự cố y khoa và tính khả thi của việc áp dụng mẫu báo cáo sự cố y khoa vào hồ sơ bệnh án, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, 2016.
- [5] Trần Thị Bích Bo, Kiến thức, thái độ, hành vi báo

- cáo sự cố y khoa của nhân viên y tế tại các khoa lâm sàng Bệnh viện quận Thủ Đức năm 2017 và một số yếu tố ảnh hưởng, Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện, Trường ĐH Y tế Công cộng, 2017.
- [6] Mansouri A, A.A., Hadjibabaie M, Kargar M et al., Types and severity of medication errors in Iran. a review of the current literature. DARU Journal of Pharmaceutical Sciences, 2013, 21-49.
- [7] WHO, Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, 2009.
- [8] WHO, 10 facts about patient safety, 2018.
- [9] Fung WM, Koh SS, Chow YL, Attitudes and perceived barriers influencing incident reporting by nurses and their correlation with reported incidents, A systematic review. JBI Libr Syst Rev, 2012.

EVALUATING THE APPLICATION OF TECHNOLOGY IN REPORTING, STORING, AND ALERTING ADVERSE DRUG REACTIONS (ADR) AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2019 - 2020

Tran Duy Khanh^{1*}, Hoang Thai Hoa¹, Nguyen Thu Huong¹,
Dang Thi Thanh Huyen¹, Nguyen Mai Hoa², Nguyen Hoang Anh²

¹Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

²National DI & ADR Center - 13 Le Thanh Tong, Phan Chu Trinh, Hoan Kiem, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 24/07/2023; Accepted: 26/08/2023

ABSTRACT

Objective: To (1) survey the current situation of ADR reporting activities and (2) Apply technology in reporting and building a database for cases with a history of drug sensitivity to store and warn of adverse drug reactions.

Subject and method: *Research subjects:* The ADR reports and allergy warnings. *Method:* consisted of two phases, describing the current situation from 3/2019 to 9/2019 and evaluating the intervention from 3/2020 to 9/2020.

Results: A process for ADR reporting using QR code was developed, and information on allergies was stored in the prescription software and warned when prescribing. After the intervention compared to the same period in 2019, there was a significant change in the number and structure of ADR reports. The number of reporting departments increased 2.4 times from 5 to 12 departments, and the number of reports increased 3.8 times from 13 to 49 cases. The number of interventions for clinical pharmacy consultations on the use of antibiotics also increased 3.1 times from 7 to 22 cases. 27 cases of allergy history were reported in the software to warn when prescribing.

Conclusion: The study has developed an ADR reporting process through QR code, which makes it more convenient and easier for doctors. Moreover, the study also stored a database of allergies, which helps to warn doctors when prescribing medication to patients, avoiding severe reactions. Even when patients come for subsequent visits, inpatient or outpatient treatment, they will still be warned.

Keywords: Declaration of ADR, QR code, allergy history, allergy history warning.

*Corresponding author
Email address: ph.khanhtran.d@gmail.com
Phone number: (+84) 948266926
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



ĐÁNH GIÁ VIỆC ỨNG DỤNG CÔNG NGHỆ TRONG KHAI BÁO, LƯU TRỮ VÀ CẢNH BÁO PHẢN ỨNG CÓ HẠI CỦA THUỐC (ADR) TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG TỪ 2019 - 2020

Trần Duy Khanh^{1,*}, Hoàng Thái Hòa¹, Nguyễn Thu Hương¹,
Đặng Thị Thanh Huyền¹, Nguyễn Mai Hoa², Nguyễn Hoàng Anh²

¹Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

²Trung tâm DI & ADR Quốc gia - 13 Lê Thánh Tông, Phan Chu Trinh, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 24/07/2023; Ngày duyệt đăng: 26/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nêu mục tiêu của nghiên cứu (1) Khảo sát thực trạng về hoạt động báo cáo phản ứng có hại của thuốc; (2) Ứng dụng công nghệ trong khai báo, xây dựng cơ sở dữ liệu cho những trường hợp có tiền sử mẫn cảm với thuốc để lưu trữ, cảnh báo phản ứng có hại của thuốc.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: *Đối tượng:* Báo cáo ADR và cảnh báo dị ứng. *Phương pháp nghiên cứu:* Gồm 2 giai đoạn, mô tả thực trạng từ tháng 3/2019 – 9/2019 và đánh giá can thiệp từ 3/2020 – 9/2020.

Kết quả: Ban hành quy trình khai báo ADR ứng dụng mã Qrcode, lưu trữ thông tin dị ứng trên phần mềm kê đơn và cảnh báo khi kê đơn. Sau khi can thiệp so với cùng kỳ năm 2019 có sự thay đổi rõ rệt về số lượng và cơ cấu của các báo cáo ADR. Số khoa báo cáo tăng 2,4 lần từ 5 lên 12 khoa, số lượng báo cáo tăng 3,8 lần từ 13 lên 49 ca. Số ca can thiệp Dược lâm sàng tư vấn dùng kháng sinh cũng theo đó tăng 3,1 lần từ 7 lên 22 ca. Khai báo tiền sử dị ứng 27 ca trên phần mềm để cảnh báo khi kê đơn.

Kết luận: Nghiên cứu đã xây dựng được quy trình khai báo ADR thông qua mã QR code giúp bác sĩ thuận tiện, dễ dàng hơn. Ngoài ra nghiên cứu còn lưu trữ được cơ sở dữ liệu các dị ứng qua đó giúp cảnh báo tới bác sĩ khi dùng thuốc cho bệnh nhân, tránh các phản ứng quá mẫn. Ngay cả khi bệnh nhân khám trong các lần khám tiếp theo, điều trị nội trú hay ngoại trú cũng đều được cảnh báo.

Từ khóa: Khai báo ADR, mã QR code, tiền sử dị ứng, cảnh báo tiền sử dị ứng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giám sát ADR trong bệnh viện là một trong những hoạt động lâm sàng thường quy và đã được quy định trong văn bản quy phạm pháp luật được Bộ Y tế ban hành để ghi nhận các tín hiệu cảnh báo giúp ngăn ngừa tác dụng không mong muốn có thể gặp phải [1][4]. Tổng kết công tác khai báo ADR từ trung tâm DI & ADR Quốc gia từ tháng 11/2019 - 4/2020 Bệnh viện đa khoa Đức Giang xếp thứ 31 trên tổng số 503 cơ sở y tế trên cả

nước. Tuy nhiên số lượng báo cáo chưa thật tương xứng với quy mô của bệnh viện, cũng như chưa đồng đều giữa các khoa lâm sàng. Mặt khác việc lưu trữ thông tin nghi ngờ dị ứng, cảnh báo dị ứng thuốc khi bệnh nhân đã được ghi nhận còn hạn chế do đó việc xem xét lại các vấn đề khai báo ADR và cảnh báo mẫn cảm thuốc là hết sức cần thiết để ngày càng nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân. Vì vậy, nhóm nghiên cứu chọn đề tài “Đánh giá việc ứng dụng Công nghệ trong khai báo, lưu trữ và cảnh báo phản ứng có hại của thuốc (ADR)

*Tác giả liên hệ

Email: ph.khanhtran.d@gmail.com

Điện thoại: (+84) 948266926

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang” nhằm mục tiêu: (1) Khảo sát thực trạng về hoạt động báo cáo phản ứng có hại của thuốc; (2) Ứng dụng công nghệ trong khai báo, xây dựng cơ sở dữ liệu cho những trường hợp có tiền sử mẫn cảm với thuốc để lưu trữ, cảnh báo phản ứng có hại của thuốc.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp

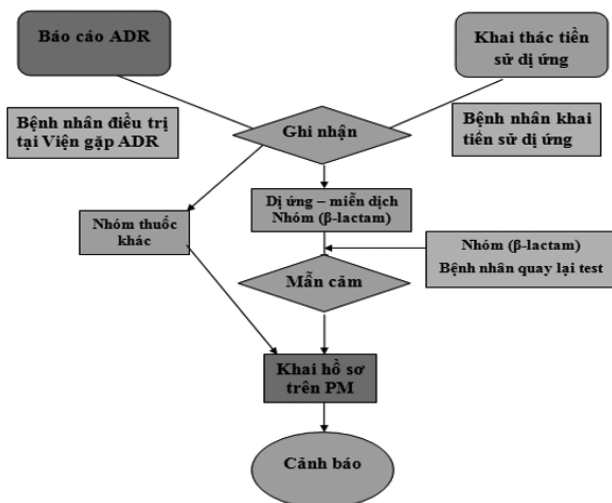
Trong phạm vi của đề tài này, những trường hợp bệnh nhân có khai báo tiền sử dị ứng hoặc ghi nhận ADR thuốc nhóm β -lactam sẽ qua bước test Miễn dịch – dị ứng để xác định, sau đó cài đặt trên phần mềm.

Ngoài ra các nhóm thuốc khác sẽ cài đặt cảnh báo luôn trên phần mềm.

- Dữ liệu báo cáo ADR ghi nhận tại bệnh viện giai đoạn 9/2019-9/2020.

- Bệnh nhân được thu thập từ 2 nhóm (quy trình tương ứng Hình 1):

Hình 1. Thiết kế can thiệp trong nghiên cứu



+ Nhóm 1: Bệnh nhân sử dụng thuốc điều trị tại viện gặp phản ứng có hại của thuốc được nhân viên y tế ghi nhận ADR. Can thiệp với nhóm 1 là: Công văn bệnh viện phân công mỗi khoa lâm sàng cử 1 đầu mỗi khai báo ADR (nếu ADR xảy ra trong giờ hành chính) ngoài ra người trực tiếp phát hiện ADR khai báo ngay nếu ngoài giờ hành chính. Khai báo thông qua mã QR, gọi điện, nhắn tin...

+ Nhóm 2: Bệnh nhân có tiền sử dị ứng thuốc, khi nhập viện khai báo với nhân viên y tế.

Khi khai báo tiền sử dị ứng: Can thiệp 2 (Khai báo thông tin dị ứng trên phần mềm để lưu trữ thông tin và cảnh báo).

TH1: Nếu bệnh nhân không nhớ rõ tên thuốc, không test để xác định chính xác thuốc thì khai theo nhóm thuốc (Nhóm ATC).

TH2: Thông qua test dị ứng thuốc được xác định sẽ khai theo tên thuốc, hoạt chất (mã ATC).

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Hồi cứu thực trạng từ 3/2019 – 9/2019 và đánh giá can thiệp từ 3/2020 – 9/2020. Địa điểm triển khai nghiên cứu: Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Quy trình báo cáo ADR năm 2019 và 2020, quy trình cảnh báo dị ứng thuốc. Tiêu chuẩn loại trừ: Những báo cáo thiếu thông tin về thuốc nghi ngờ gây ADR và/hoặc không có thông tin về ADR.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.5. Biến số/ chỉ số/ nội dung/ chủ đề nghiên cứu: Biến nghiên cứu là số lượng báo cáo ADR, số ca lưu trữ tiền sử dị ứng và số cảnh báo tiền sử dị ứng.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: Thu thập báo cáo ADR từ công cụ QRcode, danh mục lưu trữ bệnh nhân có tiền sử dị ứng và cảnh báo trên phần mềm His-FPT của bệnh viện.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Xử lý số liệu trên phần mềm Microsoft – Excel.

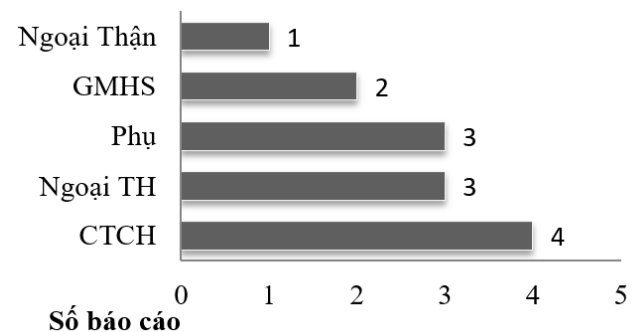
2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học bệnh viện thông qua.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng báo cáo phản ứng có hại của thuốc và cảnh báo tiền sử dị ứng thuốc

3.1.1. Báo cáo phản ứng có hại của thuốc trước can thiệp (từ T3 – T9 năm 2019)

Hình 2. Số báo cáo từ các khoa lâm sàng



Nhận xét: Trong thời gian 7 tháng từ 1/3/2019 đến 30/9/2019 bệnh viện ghi nhận 13 ca báo cáo với 5 khoa

lâm sàng. Số lượng nhiều nhất là khoa Chấn thương chỉnh hình với 4 báo cáo, tiếp đến là Ngoại tổng hợp, khoa Phụ 3 báo cáo, Gây mê hồi sức 2 báo cáo và Ngoại

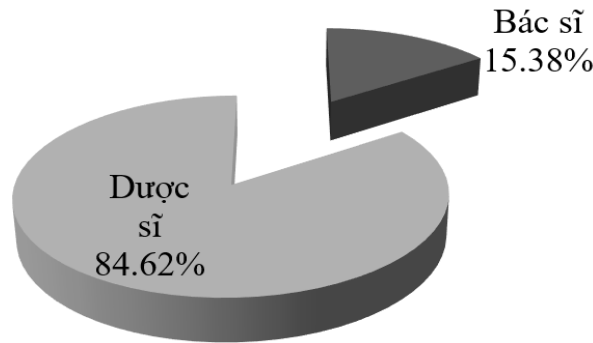
thận tiết niệu 1 báo cáo. Các khoa báo cáo đều là các khoa khối Ngoại - sản, không có báo cáo nào từ khối nội.

| TT | Nội dung | Có | Không |
|----|--|----|-------|
| 1 | Khai báo thông tin dị ứng viết tay | x | |
| 2 | Lưu trữ hồ sơ thông tin dị ứng | | x |
| 3 | Cảnh báo khi bác sĩ dùng thuốc bệnh nhân dị ứng | | x |
| 4 | Nhân viên y tế quên ghi cảnh báo dị ứng trên bệnh nhân | x | |

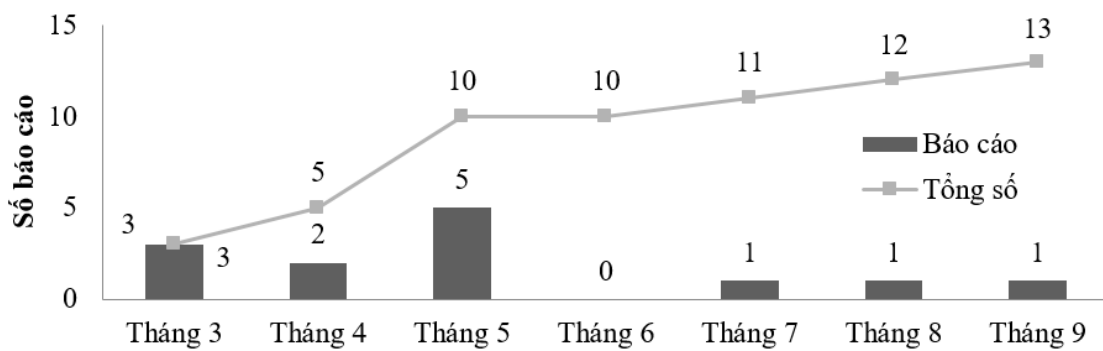
Nhận xét: Trong số 13 báo cáo nhận được từ các khoa lâm sàng trên, chỉ 2 báo cáo từ Gây mê hồi sức ngoại là bác sĩ báo cáo. Các khoa lâm sàng còn lại đều gọi dược

sĩ xuống để ghi nhận, làm báo cáo. Đặc biệt điều dưỡng chưa tham gia vào công tác báo cáo này.

Hình 3. Cơ cấu nhân viên y tế



Hình 4. Số báo cáo ADR theo từng tháng năm 2019



Nhận xét: Số ADR của bệnh viện chủ yếu ở nửa đầu của năm với 10 báo cáo, còn lại nửa sau với 3 báo cáo. Tháng 5 năm 2019 ghi nhận nhiều nhất với 5 báo cáo.

3.1.2. Đặc điểm ghi nhận và cảnh báo tiền sử dị ứng thuốc trước can thiệp

Bảng 3.1. Đặc điểm ghi nhận và cảnh báo trước can thiệp

Trước khi can thiệp, bệnh nhân gặp dị ứng thuốc sẽ được ghi cảnh báo trên bìa của bệnh án. Chưa có hệ thống khai báo và lưu trữ hồ sơ thông tin dị ứng của bệnh nhân. Dẫn đến khi chuyển khoa, nếu không để ý bìa bệnh án, bác sĩ có thể bỏ qua thông tin cảnh báo dị ứng trên bệnh nhân. Mặt khác bệnh nhân khi khám các lần tiếp sau hoặc khám ngoại trú sẽ không cảnh báo được tiền sử dị ứng của bệnh nhân.

Trường hợp bệnh nhân gặp dị ứng nhưng không ghi cảnh báo trên bệnh án, dẫn đến khi bác sĩ khác, hoặc khoa khác điều trị có thể dùng lại thuốc bệnh nhân đã gặp dị ứng gây hậu quả nghiêm trọng.

3.2. Tác động của ứng dụng công nghệ trong khai báo, xây dựng cơ sở dữ liệu cho những trường hợp có tiền sử dị ứng với thuốc để lưu trữ báo cáo và cảnh báo phản ứng có hại của thuốc

3.2.1. Quy trình khai báo online thông qua Zalo chat có ứng dụng mã QR Code

Mã QR Code

BÁO CÁO
PHẢN ỨNG CÓ HẠI CỦA THUỐC (ADR)

BÁO CÁO NGUY CƠ SỰ CÓ BẰNG QUÉT MÃ QR CODE TRÊN ZALO

BƯỚC 1: Mở điện thoại bật ứng dụng quét QR code trên Zalo.

BƯỚC 2: Quét QR code để vào form báo cáo.

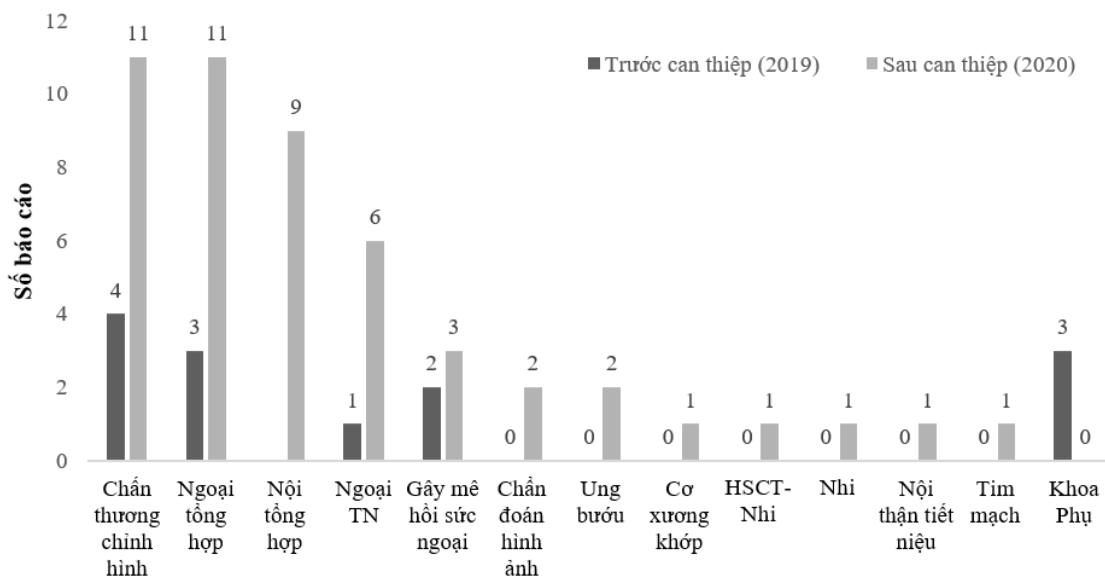
BƯỚC 3: Điền thông tin vào phiếu và bấm GỬI

Hotline hỗ trợ 24/7
0349069680
www.benhvienducgiang.com

Khai báo ADR online

3.2.2. Đặc điểm báo cáo phản ứng có hại của thuốc sau can thiệp

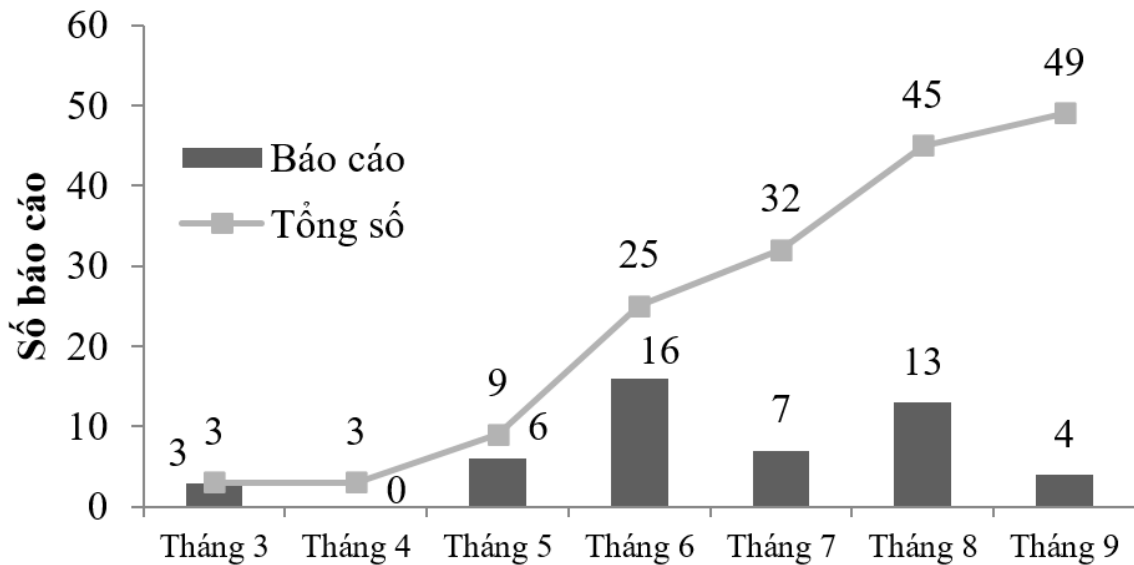
Hình 5. Số báo cáo từ các khoa lâm sàng



Nhận xét: Từ 01/03/2020 đến 30/09/2020 ghi nhận được 49 báo cáo, trong đó khối ngoại vẫn chiếm đa số. Bên cạnh đó, đã có một số khối nội và khối Cận lâm sàng tham gia báo cáo. Tại mỗi khoa lâm sàng, cận lâm sàng đều được phân công 1 nhân viên y tế làm đầu mối để khai báo ADR trong giờ hành chính. Trường hợp ngoài

giờ hành chính nhân viên y tế phát hiện ADR sẽ khai báo. Tiếp đến khoa Dược sẽ xuống hướng dẫn làm báo cáo hoặc báo cáo ADR. Cơ cấu tỷ lệ các nhóm làm báo ADR của bác sĩ là 42,86%, điều dưỡng chiếm 36,73% và dược sĩ 20,41%.

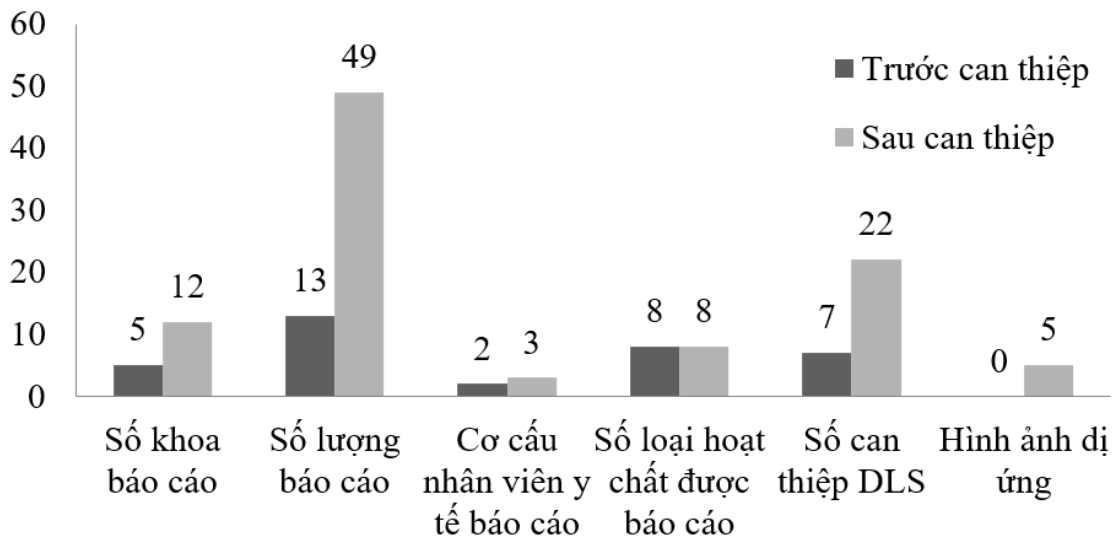
Hình 6. Số báo cáo ADR theo từng tháng năm 2020



Nhận xét: Số báo cáo ADR tăng dần về giữa năm, 4 tháng đầu năm từ tháng 3 đến tháng 6 có 25 báo cáo, 3 tháng từ tháng 7 đến tháng 9 có 24 báo cáo, xu hướng

chung cũng tương tự năm 2019 là tăng về giữa năm, tháng 6 nhiều nhất với 16 báo cáo.

Hình 7. So sánh trước và sau can thiệp



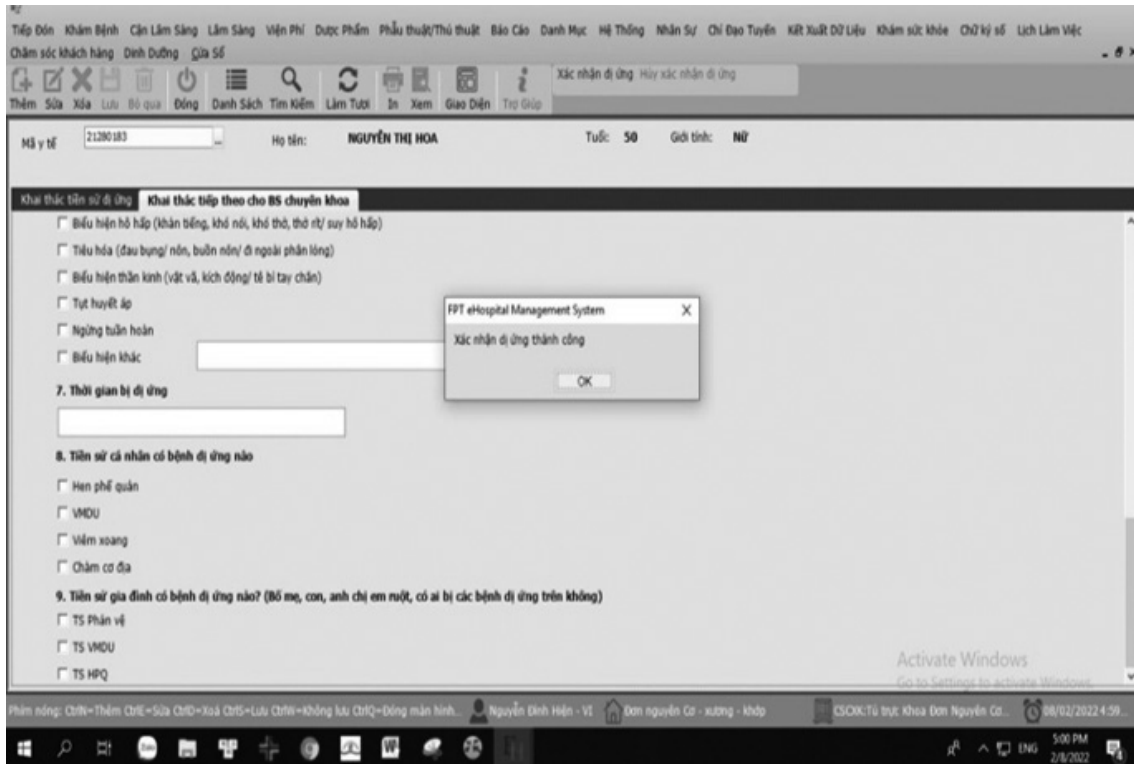
Nhận xét: Ta thấy, sau khi can thiệp so với cùng kỳ năm 2019 có sự thay đổi rõ rệt. Số khoa báo cáo tăng 2,4 lần từ 5 lên 12 khoa, số lượng báo cáo tăng 3,8 lần từ 13 lên 49 ca. Cơ cấu nhân viên y tế trước can thiệp chỉ có Bác sĩ khoa Gây mê hồi sức làm 2 báo cáo ADR, còn lại khoa Dược làm báo cáo thì sau can thiệp các điều dưỡng cũng tham gia vào công việc làm báo cáo, đồng thời bác sĩ các khoa lâm sàng khác cũng tham gia làm báo cáo này. Số ca can thiệp Dược lâm sàng tư vấn dùng kháng sinh cũng theo đó tăng 3,1 lần từ 7 lên 22 ca. Số hoạt

chất không có sự thay đổi đều là 8 hoạt chất gây ADR. Trước can thiệp, các ca dị ứng khi được gọi lên ghi nhận báo cáo sau 1 khoảng thời gian, do đó phản ứng trên da không còn, đồng thời nhân viên y tế không chụp lại hình ảnh biểu hiện này. Sau can thiệp, khi gặp ADR nhân viên y tế sẽ chụp lại hình ảnh và gửi tới hệ thống báo cáo để lưu trữ, đã ghi nhận hình ảnh của 5 báo cáo.

3.2.3. Đặc điểm ghi nhận và cảnh báo tiền sử dị ứng thuốc

- Hệ thống khai báo - cảnh báo dị ứng thuốc

Hình 8. Màn hình khai báo và cấp thẻ dị ứng trên phần mềm



- Đặc điểm lưu trữ tiền sử dị ứng thuốc

Bảng 2. Số lượng các ca lưu tiền sử dị ứng trên phần mềm

| TT | Tháng | Số ca lưu tiền sử dị ứng trên phần mềm | | | |
|------|---------|--|-------|-----------|-------|
| | | Nhóm β -lactam | | Nhóm khác | |
| | | n | % | n | % |
| 1 | Tháng 5 | 1 | 25 | 3 | 75 |
| 2 | Tháng 6 | 4 | 40 | 6 | 60 |
| 3 | Tháng 7 | 1 | 50 | 1 | 50 |
| 4 | Tháng 8 | 3 | 33,33 | 6 | 66,67 |
| 5 | Tháng 9 | 0 | 0 | 2 | 100 |
| Tổng | | 9 | 33,33 | 18 | 66,67 |

Nhận xét: Bắt đầu từ tháng 5 năm 2020, trên phần mềm quản lý bệnh viện bắt đầu có tính năng khai báo tiền sử dị ứng thuốc. Các trường hợp dị ứng từ tháng 3 đến tháng 4 không được lưu trữ. So với trước can thiệp, các ca được lưu trữ trên máy, thông tin được lưu trên phần mềm quản lý bệnh viện phục vụ không chỉ lần điều trị đó mà cả những lần điều trị tiếp theo. Qua số liệu trên ta thấy, nhóm β -lactam trong 5 tháng theo dõi bằng 1/2 đến 2/3 so với thuốc khác, đồng thời tiếp tục ghi nhận số liệu trong thời gian tới để đánh giá.

- Hiệu quả can thiệp về cảnh báo dị ứng thuốc

Khi các ca được lưu tiền sử dị ứng trên phần mềm, trong quá trình cho thuốc cho bệnh nhân, trên màn hình điều trị nút “Thông tin dị ứng” sẽ hiện rõ các bác sĩ điều trị có thể chủ động kích chọn “Thông tin dị ứng” để xem thông tin đã khai báo. Mặt khác khi bác sĩ cho thuốc cho bệnh nhân nếu đúng thuốc đã khai tiền sử dị ứng sẽ cảnh báo. Phần mềm sẽ ghi nhận các cảnh báo này và lấy ra báo cáo “Cảnh báo dị ứng thuốc”.

Tại thời điểm cuối tháng 9 phần mềm mới cập nhật tính năng lấy báo cáo cảnh báo dị ứng thuốc trên. Do đó thời điểm trước ngày 17/9/2020 các ca cảnh báo bác sĩ về tiền sử dị ứng với các ca đã lưu trữ không lấy được báo cáo. Từ sau thời điểm trên, báo cáo lấy được 1 trường hợp bác sĩ tại phòng khám ngoại trú bệnh nhân dị ứng Paracetamol, nút “Thông tin dị ứng” thay đổi trạng thái đã kích chọn vào để xem thông tin cảnh báo. Vì vậy đã quyết định dừng và không dùng thuốc này cho bệnh nhân. Qua đó tránh được một ca dị ứng có thể xảy ra nếu bệnh nhân về nhà và dùng thuốc.

4. BÀN LUẬN

Báo cáo ADR đóng vai trò rất quan trọng trong các hoạt động giám sát ADR tại bệnh viện. Việc thúc đẩy báo cáo ADR trong bệnh viện nhằm hình thành thói quen thực hành Cảnh giác dược cho cán bộ y tế, đồng thời tạo nên mối liên kết giữa các Khoa lâm sàng với Khoa Dược, Hội đồng Thuốc và Điều trị bệnh viện và trung tâm DI & ADR Quốc gia, nhằm hướng tới mục đích cuối cùng là phát hiện kịp thời và xử trí phù hợp các vấn đề an toàn thuốc trong bệnh viện [3]. Mục tiêu được kỳ vọng trong công tác báo cáo ADR là tăng số lượng báo cáo ADR ghi nhận, trong đó chú trọng đến báo cáo ADR hiếm gặp, ADR nghiêm trọng và ADR của các thuốc mới [6].

Trong bối cảnh đó, Bệnh viện đa khoa Đức Giang đã tiến hành thay đổi quy trình báo cáo cũ đã ứng dụng công nghệ thông tin trong khai báo, lưu trữ và cảnh báo Phản ứng có hại của thuốc (ADR). Kết quả bước đầu thu được một số điểm tích cực về số lượng báo cáo tăng gấp 3,8 lần (từ 5 lên 12), số khoa tăng 2,4 lần (từ 13 lên 49), số can thiệp DLS tăng 3,1 lần (từ 7 lên 22). Kết quả trên cũng có sự tương đồng về hiệu quả can thiệp với nghiên cứu được đăng trên Tạp chí Dược học “Đánh giá hiệu quả của việc thay đổi quy trình báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR) tại Bệnh viện Bạch Mai” và nghiên cứu “Khảo sát tình hình báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR) tại bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2011 – 2012” của tác giả Đỗ Ngọc Trâm sau khi cải tiến quy trình và cách thức khai báo ADR [2] [5]. Đặc biệt trong nghiên cứu chúng tôi thực hiện có sử dụng QR Code khai báo và gửi hình ảnh dị ứng dễ dàng thuận tiện ngay trên điện thoại di động. Vì vậy chúng tôi có lưu được hình ảnh dị ứng của bệnh nhân tại thời điểm dị ứng là 5 ca.

Mặt khác, với cơ sở dữ liệu về dị ứng thuốc đã ghi nhận được, chúng tôi thực hiện việc khai báo và cảnh báo dị ứng ngay trên phần mềm kê đơn thuốc tại bệnh viện. Trong thời gian nghiên cứu, do ảnh hưởng của dịch Covid-19 đến tiến độ cập nhật tính năng lấy báo cáo realtime của phần mềm cảnh báo nên chúng tôi chỉ lấy báo cáo được 1 ca có cảnh báo dị ứng. Do đó có những trường hợp đã được cảnh báo dị ứng thuốc nhưng không được phần mềm lưu lại được báo cáo. Tuy nhiên ghi nhận số liệu ngoài thời gian thực hiện nghiên cứu đến ngày 20/8/2021 ghi nhận 64 bệnh nhân khai báo tiền sử dị ứng. Số cảnh báo từ 1/10/20 tới 20/8/21 đã cảnh báo được tổng cộng 30 cảnh báo trong đó 20 cảnh báo khi bác sĩ chỉ định vào thuốc đã khai dị ứng, 10 cảnh báo là bác sĩ chủ động vào chủ động xem thông tin dị ứng. Có 12 thuốc được cảnh báo dị ứng khi bác sĩ kê đơn. Việc cảnh báo này giúp tránh xảy ra các ADR nghiêm trọng trên bệnh nhân, đặc biệt là các phản ứng nghiêm trọng, sốc phản vệ. Vấn đề này cũng được tác giả Nguyễn Thị Lý đưa ra trong nghiên cứu năm 2020 “Đánh giá khả năng phòng tránh được của phản ứng có hại liên quan đến kháng sinh trong cơ sở dữ liệu báo

cáo ADR tự nguyện tại Việt Nam” về khả năng phòng tránh được của ADR liên quan đến kháng sinh khi sử dụng trong điều trị.

5. KẾT LUẬN

Việc triển khai ứng dụng công nghệ thông tin trong khai báo giúp nhân viên y tế dưới các khoa Lâm sàng dễ dàng thực hiện việc khai báo các trường hợp gặp phản ứng có hại của thuốc chỉ với các thao tác đơn giản trên thiết bị di động cầm tay. Điều này bước đầu thu được một số kết quả tích cực về số lượng báo cáo tăng gấp 3,8 lần (từ 5 lên 12), số khoa tăng 2,4 lần (từ 13 lên 49), số can thiệp DLS tăng 3,1 lần (từ 7 lên 22). Cùng với đó là khả năng lưu trữ thông tin dị ứng (27 bệnh nhân) giúp cảnh báo các trường hợp dị ứng có thể xảy ra với các bệnh nhân đã có tiền sử dị ứng lưu trên phần mềm kê đơn thuốc của bệnh viện.

Như vậy, nghiên cứu đã xây dựng được quy trình khai báo ADR thông qua mã QR code giúp bác sĩ thuận tiện, dễ dàng hơn. Ngoài ra nghiên cứu còn lưu trữ được cơ sở dữ liệu các dị ứng qua đó giúp cảnh báo tới bác sĩ khi dùng thuốc cho bệnh nhân, tránh các phản ứng quá mẫn. Ngay cả khi bệnh nhân khám trong các lần khám tiếp theo, điều trị nội trú hay ngoại trú cũng đều được cảnh báo. Điều này mang lại những lợi ích to lớn cho cả bệnh nhân và bác sĩ điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, "Hướng dẫn hoạt động giám sát phản ứng có hại của thuốc (ADR) tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Ban hành kèm theo Quyết định 1088 của Bộ trưởng Bộ Y tế", 2013, p. 3-13.
- [2] Đỗ Ngọc Trâm, Khảo sát tình hình báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR) tại Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2011-2012, Khóa luận tốt nghiệp, Đại học Dược Hà Nội, 2013.
- [3] Bộ Y tế, Thông tư số 21/2013/TT-BYT quy định về tổ chức và hoạt động của Hội đồng Thuốc và Điều trị trong Bệnh viện, 2013.
- [4] Bộ Y tế, Thông tư số 2111/QĐ-BYT về việc ban hành Hướng dẫn Quốc gia về Cảnh giác dược, 2015.
- [5] Nguyễn Hoàng Anh, Trần Ngân Hà, Đỗ Ngọc Trâm & cs, Đánh giá hiệu quả của việc thay đổi quy trình báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR) tại Bệnh viện Bạch Mai, Tạp chí Dược học, số 460, tháng 8/2014, pp. 2-8.
- [6] Nguyễn Thị Lý, Đánh giá khả năng phòng tránh được của phản ứng có hại liên quan đến kháng sinh trong cơ sở dữ liệu báo cáo ADR tự nguyện tại Việt Nam, Khóa luận tốt nghiệp, Đại học Dược Hà Nội, 2020.
- [7] WHO, Glossary of terms used in Pharmacovigilance, 2013, pp. 4.



ASSESS THE ADHERENCE TO CATHETERIZATION PROCEDURE OF NURSES AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2020

Pham Thanh Huyen*, Nguyen Thi Ngoc Dung,
Nguyen Thi Hoa, Luong Thi Thuy Duong, Nguyen Huong Cha

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 24/07/2023; Accepted: 25/08/2023

ABSTRACT

Background: Healthcare-associated infection (HAI) is one of the major threats to patients' safety besides being among the principal causes of patient morbidity and mortality. Catheter-associated urinary tract infection (CAUTI) is reported to be the most common HAI worldwide. CAUTI can be prevented with appropriate practice and care by healthcare personnel, especially nurses, who play the main role in urinary catheter care. Nurses' knowledge and attitude are considered to be important factors that influence their practice.

Objectives: (1) Assess the adherence to the nursing unination procedure, (2) Identify factors related to nursing' adherence to pratice.

Methodology: A descriptive cross-sectional study conducted at 6 departments in Duc Giang General Hospital from May 2020 to October 2020 with 65 nurses.

Results: Among 56 eligible nurses and agreed to participate, the percentage of nurses having good practice 47.7%, average age 30 ± 4.8 , age group ≤ 30 years old accounted for 72.3%, college degree 81.5%, seniority from 6-10 years accounted for the proportion. the highest 44.6%.

Conclusion: The study confirms the importance of following nursing catheterization procedures to prevent urinary tract infections.

Keywords: Catheterization procedure, nurses.

*Corresponding author
Email address: phamhuyen82vn@gmail.com
Phone number: (+84) 915921135
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

KHẢO SÁT SỰ TUÂN THỦ QUY TRÌNH ĐẶT THÔNG TIỂU CỦA ĐIỀU DƯỠNG KHỐI NGOẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2020

Phạm Thanh Huyền*, Nguyễn Thị Ngọc Dung,
Nguyễn Thị Hoa, Lương Thị Thùy Dương, Nguyễn Hương Chà

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 24/07/2023; Ngày duyệt đăng: 25/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Khảo sát sự tuân thủ quy trình đặt thông tiểu của điều dưỡng khối ngoại BVĐK Đức Giang, (2) Xác định các yếu tố ảnh hưởng đến sự tuân thủ quy trình của điều dưỡng.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 65 điều dưỡng thực hiện quy trình đặt thông tiểu tại khoa ngoại TH, ngoại CTCH và Ngoại thận tiết niệu Bệnh viện đa khoa Đức Giang. Thời gian từ tháng 5/2020 đến tháng 10 năm 2020.

Kết quả: Trong 65 lượt quan sát thực hiện quy trình đặt trong tiểu, tỷ lệ tốt đạt 47,7%, bình 30±4,8, nhóm ≤ 30 tuổi chiếm tỷ lệ 72,3%, trình độ cao đẳng 81,5%, thâm niên từ 6-10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 44,6%.

Kết luận: Nghiên cứu khẳng định tầm quan trọng của việc tuân thủ quy trình đặt thông tiểu của điều dưỡng để nhằm ngăn ngừa nhiễm khuẩn tiết niệu.

Từ khóa: Quy trình đặt thông tiểu, điều dưỡng khối ngoại.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn tiết niệu là nhiễm khuẩn thường gặp liên quan đến chăm sóc y tế. Nhiễm khuẩn tiết niệu là nguyên nhân dẫn đến nhiễm khuẩn huyết, gây bệnh cảnh lâm sàng thường là nặng, làm tăng thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị, tỷ lệ tử vong cao. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu liên quan đến ống thông tiểu được báo cáo là nhiễm trùng phổ biến nhất trên thế giới. Nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến ống thông tiểu có thể được ngăn ngừa bằng cách tuân thủ quy trình đặt ống thông tiểu của điều dưỡng. Hiện nay, số lượng người bệnh có đặt thông tiểu tại 3 khoa Ngoại của bệnh viện Đức Giang sau phẫu thuật gia tăng, việc không tuân thủ quy trình đặt thông tiểu làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn tiết niệu cho người bệnh. Do vậy nhóm nghiên cứu tiến hành nghiên cứu: " Khảo sát sự tuân thủ quy trình đặt thông tiểu của điều dưỡng khối Ngoại Bệnh viện đa khoa Đức Giang" với hai mục tiêu (1) Khảo sát sự tuân thủ quy trình đặt thông tiểu của điều dưỡng khối ngoại BVĐK

Đức Giang. (2) Xác định các yếu tố ảnh hưởng đến sự tuân thủ quy trình của điều dưỡng.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Điều dưỡng viên ở 3 khoa ngoại Bệnh viện đa khoa Đức Giang: Ngoại thận-tiết niệu, Ngoại chấn thương chỉnh hình, Ngoại tổng hợp từ tháng 5 đến tháng 10 năm 2020.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn:

Điều dưỡng tham gia điều trị tại 3 khoa trên, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Chọn mẫu và cỡ mẫu: Chọn cỡ thuận tiện, lấy toàn bộ

*Tác giả liên hệ

Email: phamhuyen82vn@gmail.com

Điện thoại: (+84) 915921135

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

mẫu đủ tiêu chuẩn của 3 khoa Ngoại tổng hợp, Ngoại chấn thương chỉnh hình, Ngoại thận tiết niệu.

Công cụ thu thập:

Sử dụng bảng kiểm quy trình đặt thông tiểu, quan sát trực tiếp từ các nghiên cứu viên đã được tập huấn, đào tạo về quy trình đặt thông tiểu. Điểm đánh giá mức độ tuân thủ quy trình đặt thông tiểu được mã hóa thành 3 nhóm.

| | | |
|------------|--------|----------------------|
| Tốt | >85% | Trên 30/38điểm |
| Khá | 80-85% | 27/38 đến 30/38 điểm |
| Trung bình | <80% | Dưới 26/38 điểm |

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi được làm sạch được nhập vào máy tính và quản lý bằng phần mềm Epidata Sử dụng phần mềm SPSS 22.0 để phân tích. Phân tích mô tả thể hiện tần số và trung bình của các biến nghiên cứu. Test thống kê T Test, Anova, Chi Square hoặc Spearman correlation sẽ được áp dụng để kiểm định mối liên quan giữa biến độc lập và biến phụ thuộc.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

| Tuổi: Nhỏ nhất 26, lớn nhất 45; trung bình 30 (4,87) | | |
|--|--------------------|-----------|
| Đặc điểm | Tần số (n = 65) | Tỷ lệ (%) |
| Nhóm tuổi | | |
| ≤ 30 tuổi | 47 | 72,3% |
| >30 tuổi | 18 | 27,7% |
| Giới | | |
| Nam | 17 | 26,2% |
| Nữ | 48 | 73,8% |
| Trình độ chuyên môn | | |
| Đại học | 12 | 18,5% |
| Cao đẳng | 53 | 81,5% |
| Thâm niên công tác | | |
| Từ 2- 5 năm | 24 | 36,9% |
| Từ 6 đến 10 năm | 29 | 44,6% |
| >10 năm | 12 | 18,5% |
| Tập huấn | | |
| Đã tập huấn | 65 | 100% |
| Chưa tập huấn | 0 | 0% |
| Tập huấn cách đây bao lâu | | |
| <2 năm | 16 | 24,6% |
| >2năm | 49 | 75,4% |

Nhận xét: Bảng 1 cho thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 30, độ lệch chuẩn là 4,87 tuổi. Nhóm tuổi ≤ 30 tuổi chiếm 72,3%. Tỷ lệ nữ điều dưỡng cao gấp 2,82 lần nam điều dưỡng. Trình độ cao đẳng chiếm tỷ

lệ 82,5%. Điều dưỡng có thâm niên công tác từ 6- 10 năm chiếm tỷ lệ nhiều nhất 44,6%. 100% điều dưỡng đã tập huấn về quy trình đặt thông tiểu, tuy nhiên 75,4% có thời gian tập huấn trên 2 năm.

3.2. Tuân thủ quy trình đặt thông tiêu của điều dưỡng

Bảng 2. Mức độ tuân thủ quy trình đặt thông tiêu của điều dưỡng

| Mức độ | Tần số | Tỷ lệ |
|------------|--------|-------|
| Trung bình | 12 | 18,5% |
| Khá | 22 | 33,8% |
| Tốt | 31 | 47,7% |

Nhận xét: Tuân thủ mức độ tốt (30/38 điểm tương đương trên 85%) đạt 47,7%, mức độ trung bình 18,5%.

Bảng 3. Thời điểm đặt thông tiêu

| Thời điểm đặt thông tiêu | Tần số | Tỷ lệ |
|--------------------------|--------|-------|
| Trong giờ HC | 44 | 67,7% |
| Ngoài giờ HC | 21 | 32,3% |
| Tổng số | 65 | 100% |

Số ca đặt thông tiêu trong giờ hành chính cao gấp 2 lần số ca đặt ngoài giờ hành chính.

Bảng 4. Sự chuẩn bị của điều dưỡng trước khi đặt thông tiêu

| Nội dung | Hoàn thiện | | Chưa hoàn thiện | |
|---|------------|-------|-----------------|-------|
| | N | Tỷ lệ | N | Tỷ lệ |
| Trang phục của điều dưỡng đúng quy định | 46 | 70,8% | 19 | 29,2% |
| Giải thích, hướng dẫn cho bệnh nhân và người nhà trước khi TH | 54 | 83,1% | 8 | 12,3% |
| Rửa tay thường quy | 43 | 66,2% | 22 | 33,8% |
| Kiểm tra dụng cụ | 59 | 90,8% | 6 | 9,2% |
| Kiểm tra lại thông tin người bệnh, đối chiếu hồ sơ bệnh án, mã BN | 62 | 95,4% | 3 | 4,6% |

Nhận xét: Trang phục của điều dưỡng khi tiến hành đặt thông tiêu cho người bệnh không đúng quy định chiếm tỷ lệ 29,9%. Rửa tay thường quy của điều dưỡng trước

khi kiểm tra dụng cụ không đạt 100% hoàn thiện đúng quy trình, giải thích cho người bệnh và người nhà trước khi tiến hành thủ thuật.



Bảng 5. Sự chuẩn bị người bệnh của điều dưỡng

| Nội dung | Hoàn thiện | | Chưa hoàn thiện | |
|--|------------|-------|-----------------|-------|
| | N | Tỷ lệ | N | Tỷ lệ |
| Che bình phong | 57 | 87,7% | 8 | 12,3% |
| Đặt miếng lót ni lông | 56 | 86,2% | 9 | 13,8% |
| Rửa bộ phận sinh dục bằng xà phòng và nước | 12 | 18,5% | 53 | 81,6% |
| Sát khuẩn sinh dục, lỗ niệu bằng povidin | 47 | 72,3% | 18 | 27,7% |
| Rửa tay, đi găng vô khuẩn | 50 | 76,9% | 15 | 23,1% |
| Chải răng có lỗ | 59 | 90,8% | 6 | 9,2% |

Nhận xét: Tỷ lệ điều dưỡng thực hiện hoàn thiện bước rửa sinh dục bằng xà phòng và nước cho người bệnh thấp, 18,5%.

Bảng 6. Các bước đưa ống thông tiểu của điều dưỡng

| Nội dung | Hoàn thiện | | Chưa hoàn thiện | |
|--|------------|-------|-----------------|-------|
| | N | Tỷ lệ | N | Tỷ lệ |
| Lắp sonde tiểu vào túi tiểu, bôi trơn sonde bằng parapin hoặc gel xilocain 2% | 55 | 84,6% | 10 | 15,4% |
| Bọc lỗ niệu đạo, đưa sonde tiểu vào bàng quang. | 51 | 78,5% | 14 | 21,5% |
| Bơm bóp giữ sonde | 65 | 100% | 0 | 0% |
| Bỏ săng lỗ, dán cố định sonde, bọc gạc đảm bảo hệ thống kín vô khuẩn | 51 | 78,5% | 14 | 21,5% |
| Lau khô bộ phận sinh dục | 44 | 67,7% | 21 | 32,3% |
| Tháo bỏ găng, sát khuẩn tay | 64 | 98,5% | 1 | 1,5% |
| đặt lại tư thế người bệnh, mặc lại quần áo cho BN, ghi ngày đặt thông tiểu, dặn dò, cảm ơn | 49 | 75,4% | 16 | 24,6% |
| Thu dọn dụng cụ, ghi hồ sơ | 63 | 96,9% | 2 | 3,1% |

Nhận xét: Cố định sonde tiểu cho bệnh nhân vẫn chưa hoàn thiện, tỷ lệ điều dưỡng chưa cố định, bọc gạc vô khuẩn cho người bệnh tỷ lệ 21,5%. Tỷ lệ 32,3% và 24,4% là tỷ lệ điều dưỡng không lau khô vùng sinh dục cho bệnh nhân và không đặt lại bệnh nhân tư thế thoải mái

Bảng 7. Một số yếu tố liên quan đến sự tuân thủ quy trình đặt thông tiểu

| Nội dung | Mức độ tuân thủ quy trình | | | p |
|---------------------------------|---------------------------|---------------|---------------|------|
| | Tốt | Khá | Trung bình | |
| Giới | | | | |
| Nam | 8 (25,8%) | 4 (18,2%) | 5 (41,7%) | 0,33 |
| Nữ | 23 (74,2%) | 18 (81,8%) | 7 (58,3%) | |
| Nhóm tuổi | | | | |
| ≤30 | 21 (67,7%) | 15 (68,2%) | 11 (91,7%) | 0,25 |
| >30 | 10 (32,3%) | 7 (31,8%) | 1 (8,3%) | |
| Trình độ | | | | |
| Đại học | 5 (16,1%) | 5 (22,7%) | 2 (16,7%) | 0,82 |
| Cao đẳng | 26 (83,9%) | 17 (77,3%) | 10 (83,3%) | |
| Thâm niên công tác | | | | |
| 2-5 năm | 9 (29%) | 9 (41,0%) | 6 (50%) | 0,35 |
| 6-10 năm | 15 (48,4%) | 8 (36,3%) | 6 (50%) | |
| >10 năm | 7 (22,6%) | 5 (22,7%) | 0 | |
| Thời điểm đặt thông tiểu | | | | |
| Trong giờ HC | 24 (77,4%) | 14 (63,6%) | 6 (50%) | 0,2 |
| Ngoài giờ | 7 (22,6%) | 8 (36,4%) | 6 (50%) | |

Nhận xét: Nhóm điều dưỡng nữ tuân thủ quy trình tốt hơn nam, đạt mức tốt gấp 2,875 lần, nhóm tuổi ≤ 30 tuân thủ quy trình tốt hơn trên 30 tuổi gấp 2,09 lần. Mức tuân thủ quy trình tốt trong giờ hành chính gấp 3,43 lần so với thực hiện ngoài giờ. Không thấy có mối liên quan giữa các yếu tố trên với sự tuân thủ quy trình đặt thông tiểu của điều dưỡng.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình $30 \pm 4,973$, tuổi nhỏ nhất

là 26 và lớn nhất là 45 tuổi. Đa phần đối tượng nghiên cứu là nữ chiếm tỷ 73,8%, tương đương với tỷ lệ trong nghiên cứu của tác giả Đặng Xuân Hùng [4] 69,9% so với nghiên cứu của tác giả Methu.C.W thì lứa tuổi >40 chiếm tỷ lệ cao nhất 59,1%, dưới 30 (26,9%), từ 30-39 (15,1%), giới nam chiếm 31,0%, nữ chiếm 68,8% [10].

Trình độ đại học của đối tượng nghiên cứu đạt 18,15%, thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Đặng Xuân Hùng (24,7%), cao hơn nghiên cứu của Lê Thị Liên, kiến thức liên quan đến chăm sóc ống thông tiểu chưa đạt là 71,3% [7]. Tỷ lệ điều dưỡng có trình độ cao đẳng chiếm tỷ lệ cao (81,5%), đại học (18,5%) khác biệt với tác giả Methu.C.W trình độ cao đẳng có tỷ lệ 45,7%,

đại học 39,1%.

Điều dưỡng làm việc từ 6-10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 44,6%, điều dưỡng làm việc từ 2-5 năm chiếm tỷ lệ 36,9%, tỷ lệ điều dưỡng có thâm niên công tác trên 10 năm chỉ có 18,5%. So sánh với thâm niên của điều dưỡng trong nghiên cứu của Đặng Xuân Hùng thì thâm niên chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 10 -19 năm.[4]

Đa số quy trình đặt thông tiểu được tiến hành trong thời gian làm việc, tỷ lệ các quy trình của điều dưỡng được thực hiện trong giờ hành chính có kết quả tốt hơn so với ngoài giờ hành chính. Tỷ lệ như sau, khá và tốt của thời điểm trong giờ hành chính là 63,6% và 77,4%, còn của thời điểm ngoài giờ hành chính chỉ đạt 36,4% và 22,6%. Rửa tay thường quy của điều dưỡng trước khi kiểm tra dụng cụ chỉ đạt 66,2% thấp hơn với nghiên cứu của Methu.C.W(69,6%) [10], thấp hơn tỷ lệ vệ sinh tay trong nghiên cứu của nhóm năm 2017[6],

Việc giải thích cho người bệnh và người nhà trước khi tiến hành thủ thuật cũng không đạt tỷ lệ 100% là hoàn thiện, tỷ lệ che bình phong chỉ đạt 87,7% đặt miếng lót nilông cho người bệnh vẫn xảy chỉ đạt 67,7% thấp hơn so với nghiên cứu 2017 của tác giả (72,1% , 73,2%)[6]. Số điều dưỡng không tiến hành vệ sinh rửa sinh dục bằng xà phòng cho người bệnh cao, thực hiện không đúng kỹ thuật chiếm tỷ lệ 81,6% cao hơn so với tác giả năm 2017(11,4%) [6], đa số bệnh nhân có chỉ định đặt thông tiểu, việc rửa sinh dục cho bệnh nhân bằng xà phòng điều dưỡng đều hướng dẫn bệnh nhân tự làm.

Tỷ lệ điều dưỡng thực hiện bước sát khuẩn vùng sinh dục của bệnh nhân bằng Povidin chưa hoàn thiện chiếm tỷ lệ 27,7%, điều dưỡng làm tốt, thực hiện hoàn thiện bước sát khuẩn bằng povidin đạt 72,3% .

Tỷ lệ điều dưỡng thực hiện đi găng vô khuẩn chải răng lồng đúng kỹ thuật chiếm tỷ lệ 76,9%, 90,8%, cao hơn trong nghiên cứu của tác giả Methu.C.W[10] (58,9%).

Bước bộc lộ niệu đạo, đưa ống thông tiểu vào bàng quang trong nghiên cứu đạt tỷ lệ 78,5%, bơm bóp đạt tỷ lệ 65% gần bằng với nghiên cứu của Methu.C.W(80,0% và 73,1%)

Cố định sonde tiểu lên thành bụng cho bệnh nhân vẫn chưa hoàn thiện, tỷ lệ điều dưỡng cố định, bọc gạc vô khuẩn cho người bệnh tỷ lệ 78,5%, thấp hơn 93,1% trong nghiên cứu của tác giả năm 2017[6] .

Tỷ lệ điều dưỡng nữ thực hiện quy trình đặt thông tiểu ở mức khá đạt tỷ lệ 74,2%, đạt mức tốt là 73,8% trong khi điều dưỡng nam chỉ đạt 25,8% và 26,2% Tỷ lệ đạt mức trung bình ở cả hai giới nam và nữ là gần tương đương nhau.

Trong nghiên cứu cho thấy nhóm tuổi ≤ 30 tuổi tham gia quy trình đặt thông tiểu nhiều hơn nhóm >30 tuổi (67,7% so với 32,3%), tuy nhiên nhóm ≤ 30 tuổi này lại

có tỷ lệ điều dưỡng thực hiện quy trình ở mức trung bình (91.7%) cao hơn nhiều lần so với nhóm điều dưỡng >30 tuổi (8.3%), ($p = 0,252$). Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Trâm cho thấy ĐDV dưới 30 tuổi thì có mức độ chưa hoàn thành nhiệm vụ CSNB cao gấp 2 lần so với ĐDV lớn hơn hoặc bằng 30 tuổi (5).

Tỷ lệ điều dưỡng ở trình độ đại học thực hiện quy trình đặt thông tiểu ở mức độ trung bình tỷ lệ thấp, chỉ chiếm 16,7%. Tuy nhiên tỷ lệ khá và tốt cũng không cao (22,7% và 16,1%) do số điều dưỡng đại học trong nghiên cứu chỉ chiếm 12/65 đạt tỷ lệ 18,5% ($p = 0.817$).

Nhóm điều dưỡng có thâm niên từ 6-10 năm thực hiện quy trình đặt thông tiểu đạt mức độ tốt cao (48,4%). Trong khi đó người có thâm niên trên 10 năm ở mức khá, tốt thấp là 22,7% và 22,6% ($p = 0,35$), có sự khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Trâm ĐDV có thâm niên công tác dưới 10 năm thì mức độ chưa hoàn thành công việc cao gấp 2 lần ĐDV có thâm niên công tác bằng hoặc trên 10 năm [5].

5. KẾT LUẬN

Trong 65 lượt quan sát thực hiện quy trình đặt thông tiểu, nhóm nghiên cứu thấy số lượt điều dưỡng thực hiện tốt quy trình đặt thông tiểu chiếm tỷ lệ 47,7%, số điều dưỡng thực hiện khá quy trình đặt thông tiểu chiếm tỷ lệ 38,8%, điều dưỡng thực hiện trung bình chiếm tỷ lệ 18,5%. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa các yếu tố với sự tuân thủ quy trình đặt thông tiểu của điều dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến đặt ống thông tiểu trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (ban hành theo Quyết định số 3916/QĐ-BYT ngày 28/8/2017), 2017.
- [2] Bộ Y tế, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Thận tiết niệu Ban hành kèm theo Quyết định số 3592/QĐ-BYT ngày 11 tháng 9 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế), 2014.
- [3] Phòng Quản lý chất lượng, Bệnh viện ĐK Đức Giang, Quy trình hướng dẫn kỹ thuật đặt sonde tiểu.
- [4] Đặng Xuân Hùng, Thực trạng kiến thức của điều dưỡng về chăm sóc ống thông tiểu tại Bệnh viện Bông quốc gia, Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, tập 2 số 3(1), 2019.
- [5] Nguyễn Thị Thùy Trâm, Thực trạng hoạt động chăm sóc người bệnh của điều dưỡng viên và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu tỉnh Bến Tre, Luận văn Ths QLBV Đại học Y tế Công Cộng, 2014.
- [6] Phạm Thanh Huyền, Đánh giá kết quả chăm

- sóc ống thông tiểu trên bệnh nhân phẫu thuật tiết niệu theo quy trình của tổ chức ADCV Pháp tại khoa Ngoại tiết niệu BVĐK Đức Giang năm 2017, 2017
- [7] Lê Thị Liên, Kiến thức, thực hành phòng ngừa NKTN cho người bệnh đặt ống thông tiểu của điều dưỡng khoa cấp cứu, khoa HSTC BV nhiệt đới TW và một số yếu tố ảnh hưởng, năm 2018, 2018.
- [8] William LT, Reduction of catheter associated urinary tract infections among patients in neurological intensive care unit: a single institution's success, 2012.
- [9] Freya CO, Staff and patient perceptions of a community urinary catheterservice; DOI:10.1111/ljun.122230, 2019.
- [10] Methu CW, Nurse Factors Influencing Compliance with CDC Guidelines for Catheter Associated Urinary Tract Infection Prevention in a Referral Hospital in Kenya, International Journal of Nursing Science -ISSN: 2167-7441-ISSN: 2167-2019, 2019.



PRACTICAL SKILLS OF ECG RECORDING PROCEDURE AND KNOWLEDGE OF RECOGNIZING SOME ABNORMAL ECG WAVES OF NURSES AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2022

Duong Thi Ha Anh*, Vu Thi Duyen,
Ngo Thi Lan Trang, Bui Thi Hong My, Nguyen Thu Trang

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 28/07/2023; Accepted: 25/08/2023

ABSTRACT

Objective: Describe the skills of practicing the ECG recording process and the knowledge to recognizing some abnormal electrocardiogram waves of nurses at Duc Giang General Hospital in 2022.

Subjects and methods: Cross-sectional description, over 38 nurses in 2 departments of Emergency and Functional Exploration who take responsibility for directly recording electrocardiograms for patients, conducted from April to October 2022 at Duc Giang General Hospital.

Results: The percentage of nurses who properly practice the electrocardiogram procedure is 84.2% (in which, the Emergency Department is 82.1% and the Functional Exploration Department is 90.0%); 39.5% of nurses have a total score of knowledge of recognizing some abnormal ECG waves 7.5 points (In which, the Emergency Department is 42.9% and the Functional Investigation Department is 30.0%). The rate of correctly recognizing signs of ST-segment elevation myocardial infarction on the electrocardiogram was 73.7% (In which, the Emergency Department was 82.1% and the Department of Functional Exploration was 50.0%) with $p < 0.05$.

Conclusion: The skill of practicing the ECG recording procedure and the knowledge of recognizing some abnormal ECG waves of the nurses at Duc Giang General Hospital are at an average level. The hospital should organize training sessions to improve the knowledge of electrocardiograms for other departments in the hospital. Regularly supervise and check the practice of nursing electrocardiogram recording procedures; Thereby, contributing to improving the quality of examination and treatment for patients.

Keywords: Electrocardiogram, knowledge, skills, nursing, Duc Giang General Hospital.

*Corresponding author
Email address: duonghaanh1993@gmail.com
Phone number: (+84) 962944678
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

KỸ NĂNG THỰC HÀNH QUY TRÌNH GHI ĐIỆN TÂM ĐỒ VÀ KIẾN THỨC NHẬN BIẾT MỘT SỐ SÓNG ĐIỆN TIM BẤT THƯỜNG CỦA ĐIỀU DƯỠNG BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2022

Dương Thị Hà Anh*, Vũ Thị Duyên,
Ngô Thị Lan Trang, Bùi Thị Hồng Mỹ, Nguyễn Thu Trang

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 28/07/2023; Ngày duyệt đăng: 25/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kỹ năng thực hành quy trình ghi điện tâm đồ và kiến thức nhận biết một số sóng điện tim bất thường của điều dưỡng Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2022.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, trên 38 điều dưỡng tại 2 khoa Cấp cứu và Thăm dò chức năng có nhiệm vụ trực tiếp ghi điện tâm đồ cho người bệnh, được tiến hành từ tháng 04 – 10/2022 tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Kết quả: Tỷ lệ điều dưỡng thực hành đúng quy trình điện tâm đồ là 84,2% (Trong đó, Khoa Cấp cứu là 82,1% và Khoa Thăm dò chức năng là 90,0%); 39,5% điều dưỡng có tổng điểm kiến thức nhận biết một số sóng điện tim bất thường $\geq 7,5$ điểm (Trong đó, Khoa Cấp cứu là 42,9% và Khoa Thăm dò chức năng 30,0%). Tỷ lệ nhận biết đúng dấu hiệu nhồi máu cơ tim ST chênh lên trên điện tâm đồ là 73,7% (Trong đó, Khoa Cấp cứu là 82,1% và Khoa Thăm dò chức năng là 50,0%) với $p < 0,05$.

Kết luận: Kỹ năng thực hành quy trình ghi điện tâm đồ và kiến thức nhận biết một số sóng điện tim bất thường của điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang đang ở mức trung bình. Bệnh viện cần tổ chức các buổi đào tạo để nâng cao kiến thức về điện tâm đồ cho khác khoa trong bệnh viện. Thường xuyên giám sát, kiểm tra việc thực hành quy trình ghi điện tâm đồ của điều dưỡng; Qua đó, góp phần nâng cao chất lượng khám và điều trị cho người bệnh.

Từ khóa: Điện tâm đồ, kiến thức, kỹ năng, điều dưỡng, Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điện tâm đồ (Electrocardiogram - ECG) là một đường cong, đồ thị tuần hoàn, ghi lại các biến thiên của các điện lực do tim phát ra trong một hoạt động cơ bóp [1]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, hiện nay tỷ lệ người bệnh mắc bệnh tim mạch có xu hướng ngày càng tăng [7]. Do đó, cơ sở y tế khám chữa bệnh phải sàng lọc và tầm soát các người bệnh có yếu tố nguy cơ mắc các bệnh tim mạch [6]. Đối với điều dưỡng - người trực tiếp thực hiện quy trình ghi điện tâm đồ nếu có kỹ năng thực hành và kiến thức tốt sẽ giúp các bác sĩ đọc kết quả có độ

chính xác cao hơn hay có thể tham gia cấp cứu ngay lập tức khi cần thiết [3]. Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy, tỷ lệ điều dưỡng có kỹ năng thực hành đạt yêu cầu quy trình ghi điện tâm đồ khoảng 50-75%; tỷ lệ điều dưỡng phát hiện ra những điện tim bất thường khoảng 46- 81,2% [4],[5],[6].

Bệnh viện đa khoa Đức Giang là bệnh viện Hạng I của Sở y tế Hà Nội, mỗi ngày tiếp nhận khám chữa bệnh trung bình khoảng 2000 lượt người bệnh ngoại trú và khoảng 800 lượt người bệnh điều trị nội trú; trong đó, có khoảng hơn 200 lượt người bệnh có chỉ định thực

*Tác giả liên hệ

Email: duonghaanh1993@gmail.com

Điện thoại: (+84) 962944678

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

hiện quy trình ghi điện tâm đồ và hầu hết được thực hiện tại Khoa Cấp cứu và Khoa Thăm dò chức năng. Nhằm tìm hiểu kỹ năng thực hành quy trình ghi điện và kiến thức nhận biết một số sóng bất thường của điều dưỡng tại bệnh viện đang ở mức độ như thế nào? Góp phần hỗ trợ tốt cho chẩn đoán bệnh và cứu chữa cho người bệnh kịp thời, đồng thời nâng cao chất lượng dịch vụ, tăng cường sự hài lòng của người bệnh. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “*Kỹ năng thực hành quy trình ghi điện tâm đồ và kiến thức nhận biết một số sóng điện tim bất thường của điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2022*” với 2 mục tiêu:

- *Mô tả kỹ năng thực hành quy trình ghi điện tâm đồ của điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2022.*

- *Mô tả kiến thức nhận biết một số sóng điện tim bất thường khi thực hành quy trình ghi điện tâm đồ của điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2022.*

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ tháng 04 – 10/2022 tại Khoa Cấp Cứu và Khoa Thăm Dò Chức Năng - Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Toàn bộ Điều dưỡng Khoa Cấp Cứu và Khoa Thăm Dò Chức Năng hàng ngày được phân công nhiệm vụ ghi điện tim cho người bệnh tại Bệnh viện đa khoa Đức

Giang. Ngoại trừ: (i) Điều dưỡng không tự nguyện tham gia nghiên cứu; (ii) Điều dưỡng đang đi học, nghỉ thai sản, nghỉ phép dài hạn tại thời điểm thu thập số liệu.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Trong thời gian thu thập số liệu đã chọn mẫu thực hành của 38 điều dưỡng đang làm việc tại 2 Khoa Cấp Cứu và Khoa Thăm Dò Chức Năng ghi điện tâm đồ cho người bệnh thỏa mãn tiêu chí lựa chọn đã đưa vào nghiên cứu.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Bộ câu hỏi được xây dựng dựa trên công cụ đo lường thực hành quy trình ghi điện tâm đồ và kỹ năng nhận biết được một số sóng điện tim bất thường theo nghiên cứu của tác giả Nabil Malk và cộng sự [5], tác giả Rahimpour và cộng sự (2021) [6] và Quy trình Hướng dẫn thực hành ghi điện tâm đồ đang được áp dụng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Giá trị và độ tin cậy của bộ câu hỏi được tác giả Rahimpour và cộng sự (2021) đánh giá Alpha Cronbach là 0,71 đã đạt được [6] và thông qua cho thấy bộ công cụ có giá trị sử dụng tốt.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được tổng hợp, làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0. Mức điểm Thang điểm đánh giá nội dung thực hành quy trình ghi điện tim và kiến thức nhận biết được một số sóng điện tim bất thường với tổng 10 điểm (Trường hợp mắc sai điện cực sẽ bị đánh không đạt toàn bộ phân đánh giá) nếu $\geq 7,5$ điểm: Đạt; $<7,5$ điểm: Không đạt [5], [6].

3. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm | | Khoa Thăm dò chức năng n (%) | Khoa Cấp cứu n (%) | Trung bình n (%) |
|---------------------|----------------|---------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Giới | Nữ | 9 (90,0) | 14 (50,0) | 23 (60,5) |
| | Nam | 1 (10,0) | 14 (50,0) | 15 (39,5) |
| Kinh nghiệm | < 5 năm | 1 (10,0) | 2 (7,1) | 3 (7,9) |
| | 5- 10 năm | 3 (30,0) | 13 (46,4) | 16 (42,1) |
| | > 10 năm | 6 (60,0) | 13 (46,4) | 19 (50,0) |
| Trình độ chuyên môn | Đại học | 5 (50,0) | 5 (17,8) | 10 (26,3) |
| | Cao đẳng | 5 (50,0) | 23 (82,2) | 28 (73,7) |
| Tuổi | ≤ 35 tuổi | 3 (30,0) | 10 (35,7) | 21 (55,3) |
| | > 35 tuổi | 7 (70,0) | 18 (64,2) | 17 (44,7) |

Nhận xét: Nghiên cứu được thực hiện trên 38 điều dưỡng đang làm việc tại Khoa Cấp Cứu và Khoa Thăm dò Chức Năng có nhiệm vụ ghi điện tâm đồ cho người bệnh tại BVĐK Đức Giang cho kết quả như sau: Điều dưỡng nữ giới tỷ lệ là 60,5%; có ½ (50%) điều dưỡng có kinh nghiệm làm việc >10 năm; Điều dưỡng có trình độ Cao đẳng là 73,7% và 55,3% điều dưỡng có độ tuổi ≤ 35 tuổi.

3.2. Kỹ năng thực hành quy trình ghi điện tâm đồ

Bảng 2. Tỷ lệ điều dưỡng thực hiện đúng quy trình ghi điện tim

| Khoa | Tổng (%) | Đạt (%) | Chưa đạt (%) |
|------------------------|----------|-----------|--------------|
| Khoa cấp cứu | 28 (100) | 23 (82,1) | 5 (17,9) |
| Khoa thăm dò chức năng | 10 (100) | 9 (90,0) | 1 (10,0) |
| Chung | 38 (100) | 32 (84,2) | 6 (15,8) |
| p | p < 0,05 | | |

Nhận xét: Tỷ lệ thực hiện đúng quy trình điện tim ở cả 2 khoa chiếm 84,2%. Tỷ lệ thực hiện quy trình ghi điện tim đạt tại Khoa cấp cứu: là 82,1% và Khoa thăm dò chức năng đạt là 90%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Bảng 3. Tỷ lệ điều dưỡng thực hiện đúng quy trình ghi điện tim

| Trình độ | Tổng | Đạt (%) | Chưa đạt (%) |
|----------|----------|-----------|--------------|
| Đại học | 10 (100) | 9 (90) | 1(10) |
| Cao đẳng | 28 (100) | 23 (82,1) | 5 (17,9) |
| p | p > 0,05 | | |

Nhận xét: Tỷ lệ điều dưỡng thực hiện đúng quy trình ghi điện tim ở cả 2 trình độ tương đối cao trên 80%. Tuy nhiên sự khác biệt giữa 2 nhóm chưa cho thấy có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

3.3. Kiến thức nhận biết một số sóng điện tim bất thường

Bảng 4. Tỷ lệ điều dưỡng nhận biết rung nhĩ trên điện tâm đồ

| Khoa | Số lượng | Đúng (%) | Sai (%) |
|------------------------|----------|-----------|----------|
| Khoa Cấp Cứu | n = 28 | 24 (85,7) | 4 (14,3) |
| Khoa thăm dò chức năng | n = 10 | 8 (80) | 2 (20) |
| Chung | n = 38 | 32 (84,2) | 6 (15,7) |
| p | p > 0,05 | | |

Nhận xét: Tỷ lệ nhận biết đúng sóng rung nhĩ trên điện tâm đồ chung là 84,2%. Tỷ lệ nhận biết đúng sóng điện tim rung nhĩ tại Khoa Cấp cứu là 85,7% và Khoa Thăm dò chức năng 80%. Tuy nhiên sự khác biệt giữa 2 khoa chưa có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Bảng 5. Tỷ lệ điều dưỡng nhận biết dấu hiệu nhồi máu cơ tim có ST chênh lên trên điện tâm đồ

| Khoa | Số lượng | Đúng (%) | Sai (%) |
|------------------------|----------|-----------|-----------|
| Khoa Cấp cứu | n = 28 | 23 (82,1) | 5 (17,9) |
| Khoa Thăm dò chức năng | n = 10 | 5 (50,0) | 5 (50) |
| Chung | n = 38 | 28 (73,7) | 10 (26,3) |
| p | p < 0,05 | | |

Nhận xét: Tỷ lệ nhận biết đúng dấu hiệu nhồi máu cơ tim ST chênh lên trên điện tâm đồ chung là 73,7%. Tỷ lệ điều dưỡng nhận biết đúng dấu hiệu nhồi máu cơ tim ST chênh lên Khoa Cấp cứu là 82,1% và Khoa Thăm dò chức năng là 50%. Sự khác biệt giữa 2 khoa cho thấy có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Bảng 6. Tổng điểm kiến thức nhận biết một số sóng điện tim bất thường

| Khoa | Số lượng | Điểm kỹ năng (<7,5) | Điểm kỹ năng (≥7,5) |
|------------------------|----------|---------------------|---------------------|
| Khoa Cấp cứu | n = 28 | 16 (57,1) | 12 (42,9) |
| Khoa Thăm dò chức năng | n = 10 | 7 (70,0) | 3 (30,0) |
| Chung | n = 38 | 23 (60,5) | 15 (39,5) |
| p | p < 0,05 | | |

Nhận xét: Tổng điểm kiến thức nhận biết một số sóng điện tim bất thường của điều dưỡng $\geq 7,5$ điểm là 39,5%. Trong đó, tỷ lệ điều dưỡng có điểm $\geq 7,5$ điểm của khoa Cấp cứu là 42,9% và khoa Thăm dò chức năng 30,0%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Kỹ năng thực hành quy trình ghi điện tâm đồ

Khi tiến hành nghiên cứu trên toàn bộ nhóm điều dưỡng trực tiếp đang làm việc ở Khoa Cấp Cứu và Khoa Thăm Dò Chức Năng có nhiệm vụ ghi điện tâm đồ cho người bệnh tại BVĐK Đức Giang cho kết quả như sau: Tỷ lệ điều dưỡng thực hành đúng quy trình ghi điện tâm đồ là 80%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho cao nghiên cứu của tác giả Khunti và cộng sự (2014) (đạt tỷ lệ 50%) [4].

Trong đó, Khoa Thăm dò chức năng có tỷ lệ điều dưỡng thực hiện đúng quy trình ghi điện tâm đồ là 90% cao hơn so với khoa cấp cứu (82,1%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này có thể giải thích một phần là do tại khoa cấp cứu, điều dưỡng phải làm việc với nhiều người bệnh đặc biệt với những người bệnh nặng, trong tình trạng cấp cứu, đòi hỏi ở điều dưỡng phải làm xử lý nhanh chóng có thể dẫn đến bị sai sót trong quá trình thực hiện quy trình ghi điện tâm đồ cho người bệnh. Khoa thăm dò chức năng lượng người bệnh đến làm điện tâm đồ tương đối đa dạng ngoài các người bệnh có bệnh lý liên quan tới khám ngoại trú, khám định kỳ, còn những người bệnh nằm nội trú thông thường người bệnh có thời gian chuẩn bị cũng chu đáo hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, đây là một vấn đề mà lãnh đạo bệnh viện cần lưu tâm trong việc bố trí sắp xếp và giám sát tại các khoa trọng điểm để tránh làm ảnh hưởng tới quá trình chăm sóc và điều trị cho người bệnh.

4.2. Kiến thức nhận biết một số sóng điện tim bất thường

Kết quả cho thấy, tỷ lệ điều dưỡng có tổng điểm kiến thức nhận biết một số sóng điện tim bất thường của điều dưỡng $\geq 7,5$ điểm là 39,5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của tác giả Rahimpour và cộng sự (2021) cho kết quả là 38,1% [6] và nghiên cứu của tác giả Nabil Malk và cộng sự (2018) cho kết quả là 21,9% [5]. Trong đó, tỷ lệ điều dưỡng có Tổng điểm kiến thức nhận biết một số sóng điện tim bất thường của điều dưỡng $\geq 7,5$ điểm của Khoa Cấp cứu là 42,9% và Khoa Thăm dò chức năng 30,0%. Kết quả nghiên cứu cho thấy, kiến thức về nhận biết một số sóng điện tim bất thường của điều dưỡng hiện nay chưa cao. Đây là một điều cần lưu ý và cần có một kế hoạch triển khai ở thời gian sắp tới của các bệnh viện.

Tỷ lệ điều dưỡng nhận biết đúng điện tâm đồ nhồi máu cơ tim có ST chênh bất thường là 73,7%. Tuy nhiên, tại khoa cấp cứu điều dưỡng nhận biết đúng điện tâm đồ nhồi máu cơ tim có ST chênh lên chiếm 82,1%, trong khi ở khoa thăm dò chức năng chỉ có 50% điều dưỡng nhận biết đúng. Sự khác biệt này cho thấy có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Người bệnh nhồi máu cơ tim có ST chênh lên là một trường hợp nguy hiểm có chỉ định can thiệp cấp cứu nên điều dưỡng là người tiếp cận ban đầu cần nhận biết nhanh để sớm báo lại cho bác sĩ và có thái độ xử trí cấp cứu cho bệnh nhân. Khuyến cáo của Hội tim mạch Việt Nam (2022) dựa theo đồng thuận Hội tim mạch Châu Âu (ESC 2019 – 2022), Hội tim mạch Hoa Kỳ và Trường môn Tim Mạch Hoa Kỳ (2020 – 2022), nhồi máu cơ tim cấp được chẩn đoán xác định khi có 2 trong 3 tiêu chuẩn: lâm sàng, điện tim và men tim [2]. Do đó, phát hiện những dấu hiệu bất thường trên sóng điện tâm đồ là yếu tố quan trọng giúp chẩn đoán và chẩn đoán vị trí nhồi máu cơ tim. Vì vậy, người điều dưỡng cần thực hiện ghi điện tim một cách nhanh chóng, chính xác và đầy đủ các chuyên đạo, thậm chí làm nhiều lần để so sánh, chẩn đoán. Qua đó, chúng ta thấy điều dưỡng của 2 khoa Thăm dò chức năng và khoa cấp cứu rất cần thiết phải được tập huấn lại các kiến thức để có thể phát hiện nhanh, chính xác và có thái độ xử trí kịp thời cấp cứu người bệnh.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu Kỹ năng thực hành quy trình ghi điện tâm đồ và kiến thức nhận biết một số sóng điện tim bất thường của điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2022 như sau: Tỷ lệ điều dưỡng thực hành đúng quy trình điện tâm đồ là 84,2%. Tỷ lệ thực hiện quy trình ghi điện tim đạt tại Khoa Cấp cứu là 82,1% và Khoa Thăm dò chức năng đạt là 90%. Tổng điểm kiến thức nhận biết một số sóng điện tim bất thường của điều dưỡng $\geq 7,5$ điểm là 39,5%. Trong đó, tỷ lệ điều dưỡng có điểm $\geq 7,5$ điểm của Khoa Cấp cứu là 42,9% và

Khoa Thăm dò chức năng 30,0%. Tỷ lệ nhận biết đúng dấu hiệu nhồi máu cơ tim ST chênh lên trên điện tâm đồ chung là 73,7%. Tỷ lệ điều dưỡng nhận biết đúng dấu hiệu nhồi máu cơ tim ST chênh lên Khoa Cấp cứu là 82,1% và Khoa Thăm dò chức năng là 50% ($p < 0,05$).

Từ kết quả nghiên cứu, Bệnh viện cần đào tạo cho điều dưỡng Kỹ năng thực hành quy trình ghi điện tâm đồ và kiến thức nhận biết một số sóng điện tim bất thường; Thường xuyên giám sát, kiểm tra việc thực hiện quy trình ghi điện tâm đồ của điều dưỡng tại các khoa; Qua đó, góp phần nâng cao chất lượng khám và điều trị cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Quyết định số: 1904 /QĐ-BYT Về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức-Cấp cứu và Chống độc”, ngày 30/5/2014.
- [2] Hội Tim mạch Việt Nam, Khuyến cáo của Hội tim mạch Việt Nam về Chẩn đoán và Quản lý Hội chứng động mạch vành mạn, 2022, pp: 4-7.
- [3] Bộ Y tế, Hướng dẫn thực hành 55 kỹ thuật điều dưỡng cơ bản, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, 2010, pp: 174 - 182.
- [4] Khunti, Kirti%J Health Education Journal, Accurate interpretation of the 12-lead ECG electrode placement: A systematic review, 73(5), 2014, tr. 610-623.
- [5] Nabil Malk, Rasha et al., Effect of an Education Program on Nurses Performance Regarding Electrocardiography, 9(1), 2018, pp. 38-49.
- [6] Rahimpour, Maryam et al., Electrocardiogram interpretation competency among emergency nurses and emergency medical service (EMS) personnel: A cross-sectional and comparative descriptive study, 8(4), 2021, pp. 1712-1719.
- [7] WHO, World Health Organization cardiovascular disease risk charts: Revised models to estimate risk in 21 global regions, The Lancet Global Health, 7 (10), 2019, e1332-e1345. [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(19\)30318-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(19)30318-3/fulltext).



DISEASE CHARACTERISTICS OF NEONATES BORN TO MOTHERS WITH COVID-19 IN DUC GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2021 - 2022

Vu Thi Thu Nga*, Dinh Thi Tuong Vi,
Nguyen Trung Phong, Chu Thi Hue, Phan Thi Loan

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 24/07/2023; Accepted: 25/08/2023

ABSTRACT

Objective: To describe disease characteristics of neonates born to mothers with COVID-19 in Duc Giang general hospital and find some relative factors between neonates and these mothers.

Subject and method: 124 babies were born to 121 mothers infected with COVID-19 who were inpatiently treated at the neonatal department of Duc Giang General Hospital from September 1, 2021 to August 31, 2022. This study was retrospective and prospective description and case series in neonates born to mothers with COVID-19 from September 1st 2021 to August 31st 2022.

Results: A total of 124 neonates (three twins) and 121 mothers were enrolled in the study. The mean maternal age was 29.4 ± 5.6 . There were 53.7% of mothers vaccinated against COVID-19. There were 14.0% of mothers with severe-critical COVID-19. The rate of male was 53.2%. The rate of premature neonates was 12.1%. The neonates with the birth weight ≥ 2500 grams was 92.7%. These neonates had a mean birth weight of 3220.2 ± 574.8 grams and a mean gestational weight of 37.9 ± 2.2 weeks. Caesarean section was 75.8%, of which caesarean section due to COVID-19 was 12.9%. The rate of resuscitation in the delivery room was 6.4%. A neonate tested positive for COVID-19 (0.8%). There were 96.0% discharged. Diseases included early onset neonatal sepsis (25.0%), respiratory failure (20.2%), jaundice (15.3%). Causes of respiratory failure after birth were asphyxia (4.8%), apnea of prematurity (3.2%), transient tachypnea (3.2%). Neonates whose mothers with severe-critical COVID-19 had higher rates of premature births, respiratory support at birth, and phototherapy for jaundice than those whose mothers with mild- moderate ($p < 0.001$).

Conclusion: The rate of COVID-19 infection in babies born to mothers with COVID-19 is very low. Neonates with early onset neonatal sepsis accounted for the highest rate, followed by respiratory failure. Neonates whose mothers with severe-critical COVID-19 has higher risk of premature births, respiratory support at birth, and phototherapy for jaundice .

Keywords: COVID-19, vertical transmission, neonates, mothers with COVID-19.

*Corresponding author

Email address: ngangyethang@gmail.com

Phone number: (+84) 913569646

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

TÌNH HÌNH BỆNH TẬT CỦA TRẺ SƠ SINH ĐƯỢC SINH RA TỪ BÀ MẸ NHIỄM COVID-19 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2021 - 2022

Vũ Thị Thu Nga*, Đinh Thị Tường Vi,
Nguyễn Trung Phong, Chu Thị Huệ, Phan Thị Loan

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 24/07/2023; Ngày duyệt đăng: 25/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình hình bệnh tật của trẻ sơ sinh được sinh ra từ bà mẹ nhiễm COVID-19 tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang và tìm hiểu một số yếu tố liên quan giữa bệnh lý của trẻ sơ sinh với những bà mẹ này.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 124 trẻ được sinh ra từ 121 bà mẹ nhiễm COVID-19 điều trị nội trú tại khoa sơ sinh bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 01/09/2021 đến 31/08/2022. Nghiên cứu hồi cứu, tiến cứu mô tả hàng loạt trẻ sinh ra từ bà mẹ nhiễm COVID-19 và mẹ của những trẻ này.

Kết quả: Có 124 trẻ (3 cặp song thai) và 121 bà mẹ đưa vào nghiên cứu. Tuổi mẹ trung bình là $29,4 \pm 5,6$. Có 53,7% bà mẹ tiêm vắc xin COVID-19. Có 14,0% bà mẹ mắc COVID-19 mức độ nặng-nguy kịch. Tỷ lệ trẻ nam 53,2%. Tỷ lệ trẻ đẻ non là 12,1%. Tỷ lệ trẻ có cân nặng ≥ 2500 gram là 92,7%. Cân nặng trung bình $3220,2 \pm 574,8$ gram và tuổi thai trung bình $37,9 \pm 2,2$ tuần. Sinh mổ là 75,8%, trong đó mổ cấp cứu do COVID-19 là 12,9%. Tỷ lệ hồi sức tại phòng sinh là 6,4%. Có 0,8% trẻ PCR COVID-19 dương tính. Có 96,0% ra viện. Các bệnh lý bao gồm nhiễm khuẩn sơ sinh sớm (25,0%), suy hô hấp (20,2%), vàng da tăng bilirubin tự do (15,3%). Nguyên nhân gây suy hô hấp sau sinh đứng đầu là ngạt (4,8%), cơn ngưng thở ở trẻ đẻ non (3,2%) và cơn thở nhanh thoáng qua (3,2%). Mẹ nhiễm COVID-19 nặng-nguy kịch thì tỷ lệ con đẻ non, hỗ trợ hô hấp khi sinh, chiếu đèn vàng da cao hơn ($p < 0,001$).

Kết luận: Tỷ lệ nhiễm COVID-19 ở trẻ sơ sinh được sinh ra từ bà mẹ mắc COVID-19 rất thấp. Nhiễm khuẩn sơ sinh sớm chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó là suy hô hấp. Mẹ nhiễm COVID-19 mức độ nặng-nguy kịch thì con có nguy cơ cao phải hỗ trợ hô hấp khi sinh

Từ khóa: COVID-19, lây truyền dọc, trẻ sơ sinh, bà mẹ nhiễm COVID-19.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

COVID-19 (bệnh virus corona 2019) là bệnh do virus có tên SARS-CoV-2 gây ra và được phát hiện vào tháng 12 năm 2019 ở Vũ Hán, Trung Quốc. COVID-19 lây lan qua đường hô hấp, qua các giọt nhỏ bắn ra khỏi miệng hoặc mũi khi thở, ho, hắt hơi hoặc nói và qua tiếp xúc vật dụng bị ô nhiễm. Phụ nữ mang thai và trẻ em là hai

đối tượng rất được quan tâm trong thời điểm đại dịch COVID-19 này. Phụ nữ mang thai nhiễm COVID-19 có nguy cơ mắc bệnh nặng hơn phụ nữ nhiễm COVID-19 nhưng không mang thai ở cùng nhóm tuổi. Trẻ sơ sinh sinh ra từ bà mẹ mắc COVID-19 có tỷ lệ đẻ non, đẻ ngạt, nhẹ cân so với tuổi thai cao hơn so với trẻ sinh ra từ bà mẹ không nhiễm. Tỷ lệ nhiễm COVID-19 của những đứa trẻ này theo 1 vài nghiên cứu là 2,8-3,2%

*Tác giả liên hệ

Email: ngangyethang@gmail.com

Điện thoại: (+84) 913569646

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

[1], [2]. Câu hỏi đặt ra là tình trạng nhiễm COVID-19 của bà mẹ ảnh hưởng như thế nào tới con khi sinh ra? Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu:

1. Mô tả tình hình bệnh tật của trẻ sơ sinh được sinh ra từ bà mẹ nhiễm COVID-19 tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan giữa bệnh lý của trẻ sơ sinh với bà mẹ nhiễm COVID-19 này.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu hồi cứu, tiến cứu mô tả hàng loạt ca bệnh.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Khoa Sơ sinh Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 01/09/2021 đến 31/08/2022.

2.3. Đối tượng nghiên cứu:

124 trẻ được sinh ra từ 121 bà mẹ nhiễm COVID-19 điều trị nội trú tại khoa sơ sinh Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 01/09/2021 đến 31/08/2022 và những bà mẹ này.

- Tiêu chuẩn chọn: Tất cả trẻ sơ sinh được sinh ra từ bà mẹ nhiễm COVID-19 vào điều trị nội trú tại khoa sơ sinh Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 01/09/2021 đến 31/08/2022 và mẹ của những trẻ này đủ tiêu chuẩn đều được đưa vào nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Không đủ biến nghiên cứu. Bố mẹ trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu:

124 trẻ và 121 bà mẹ. Trẻ sơ sinh được theo dõi, làm xét nghiệm máu và PCR COVID-19 tại 3 thời điểm, từ 2 - 24 giờ tuổi, 48 giờ tuổi và 7 ngày tuổi

2.5. Biến số/ chỉ số/ nội dung/ chủ đề nghiên cứu:

Tuổi bà mẹ, tiêm vắc xin, tuổi thai, cân nặng lúc sinh, nhiễm khuẩn sơ sinh, vàng da tăng bilirubin tự do, test COVID dương tính,...

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu:

Mẫu thuận tiện. Trẻ sơ sinh được theo dõi, làm xét nghiệm máu và PCR COVID-19 tại 3 thời điểm, từ 2 - 24 giờ tuổi, 48 giờ tuổi và 7 ngày tuổi. Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án thống nhất

2.7. Xử lý và phân tích số liệu:

Bảng phần mềm SPSS 20.0. Sự khác nhau có ý nghĩa

thống kê khi $p < 0,05$

2.8. Đạo đức nghiên cứu:

Không vi phạm các tiêu chuẩn đạo đức trong nghiên cứu..

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tình hình bệnh tật của trẻ sơ sinh được sinh ra từ bà mẹ nhiễm COVID-19 tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang:

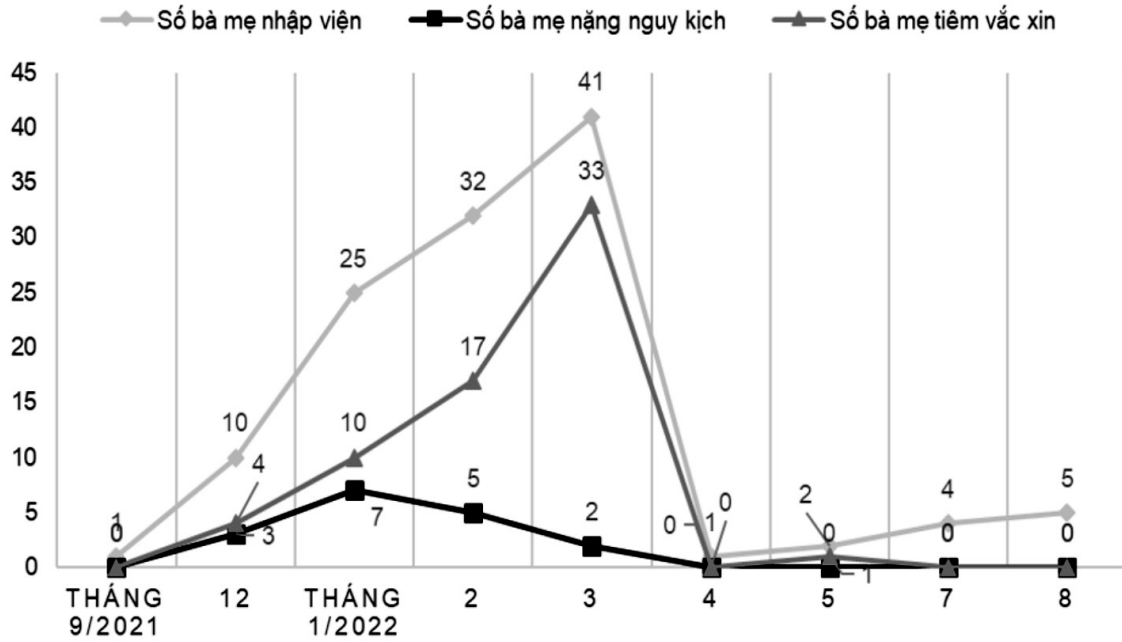
Có 124 trẻ sinh ra từ 121 bà mẹ nhiễm COVID-19, chúng tôi đưa ra kết quả nghiên cứu sau:

Bảng 1: Đặc điểm của bà mẹ nhiễm COVID-19

| | Số bà mẹ n = 121 (%) | Mean ± SD (Min- Max) |
|--|----------------------------|-------------------------------|
| Tuổi mẹ (tuổi) | | |
| < 20 | 3 (2,5) | 29,4 ± 5,6 (18-45) |
| 20- 34 | 97 (80,2) | |
| ≥ 35 | 21 (17,3) | |
| BMI (kg/m2) | | |
| < 25 | 116 (95,9) | 20,6 ± 1,8 |
| ≥ 25 | 5 (4,1) | |
| Tiêm vắc xin COVID-19 | | |
| Có | 65 (53,7) | |
| Không | 56 (46,3) | |
| Số ngày mẹ nhiễm COVID-19 đến thời điểm sinh (ngày) | | 4,12 ± 3,42 (1-17) |
| Mức độ COVID-19 của mẹ | | |
| Nặng – nguy kịch | 17 (14,0) | |
| Nhẹ - trung bình | 104 (86,0) | |

Tuổi bà mẹ từ 20-34 tuổi (97%), tuổi mẹ trung bình 29,4 ± 5,6 tuổi. Có 53,7% bà mẹ tiêm vắc xin COVID-19. Số ngày nhiễm COVID-19 đến khi sinh 4,12 ± 3,42 ngày. Đa số bà mẹ mắc COVID-19 mức độ nhẹ-trung bình (86,0%).

Hình 1: So sánh số lượng bà mẹ nhập viện, mức độ mắc COVID-19 và tỷ lệ tiêm vắc xin COVID-19 theo tháng



Từ tháng 9/2021-tháng 8/2022, số bà mẹ vào viện tăng dần, tỷ lệ tiêm vắc xin COVID-19 tăng dần và tỷ lệ bà mẹ mắc bệnh nặng-nguy kịch giảm dần theo thời gian.

Bảng 2: Đặc điểm trẻ sơ sinh được sinh ra từ bà mẹ nhiễm COVID-19

| | | Số trẻ n = 124 (%) | Mean ± SD (Min-Max) |
|-------------------------|---------------|-----------------------|------------------------------|
| Tuổi thai (tuần) | | | |
| Đủ tháng (≥ 37) | | 109 (87,9) | 37,9 ± 2,2 (27-40) |
| Đẻ non (< 37) | 34 - < 37 | 8 (6,5) | |
| | 32-<34 | 3 (2,4) | |
| | 28-<32 | 3 (2,4) | |
| | < 28 | 1 (0,8) | |
| Cân nặng (gram) | | | |
| ≥ 2500 | | 115 (92,7) | 3220,2 ± 574,8 (700-4200) |
| < 2500 | 1500 - < 2500 | 6 (4,8) | |
| | 1000-<1500 | 1 (0,8) | |
| | < 1000 | 2 (1,6) | |
| Giới nam | | 66 (53,2) | |
| Phương pháp sinh | | | |

| | | Số trẻ n = 124 (%) | Mean ± SD (Min-Max) |
|------------------------|---------------------------|-----------------------|------------------------|
| Đẻ mổ | Do COVID-19 | 16 (12,9) | |
| | Do chỉ định sản khoa khác | 78 (62,9) | |
| Đẻ thường | | 30 (24,2) | |
| Apgar 5 phút (điểm) | ≥7 | 118 (95,2) | 9,65 ± 0,8 (4-10) |
| | <7 | 6 (4,8) | |
| Hồi sức tại phòng sinh | Đặt ống NKQ và ép tim | 1 (0,8) | 6 (4,8) |
| | Bóp bóng + thở máy KXN | 1 (0,8) | |
| | Bóp bóng | 4 (3,2) | |

Tỷ lệ trẻ đẻ non (<37 tuần) là 12,1%. Tuổi thai trung bình là 37,9 ± 2,2 tuần.

Tỷ lệ trẻ nam chiếm 53,2% với tỷ lệ nam/nữ là 1,1/1.

Tỷ lệ trẻ có cân nặng ≥ 2500 gram cao nhất 92,7% (115 trẻ).

Cân nặng trung bình là 3220,2 ± 574,8gram.

Đa số trẻ sinh mổ 75,8%, trong đó đẻ mổ cấp cứu do COVID-19 là 12,9%.

APGAR 5 phút ≥7 điểm chiếm đa số 95,2%. Tỷ lệ trẻ cần hồi sức tại phòng sinh là 4,8%, trong đó phần lớn là bóp bóng (3,2%)

Bảng 3: Tình hình bệnh tật của trẻ sơ sinh được sinh ra từ bà mẹ nhiễm COVID-19

| | Số trẻ n=124 (%) |
|------------------------------|------------------|
| Nhiễm khuẩn sơ sinh sớm | 31 (25,0) |
| Suy hô hấp | 25 (20,2) |
| Vàng da tăng bilirubin tự do | 19 (15,3) |
| Rối loạn đông máu | 11 (8,9) |
| Trẻ nhiễm COVID-19 | 1 (0,8) |

Trong 124 trẻ tham gia nghiên cứu, nhiễm khuẩn sơ sinh chiếm tỷ lệ cao nhất (25%), sau đó là suy hô hấp (20,2).

Bảng 4: Các nguyên nhân gây suy hô hấp khi vào viện của trẻ sơ sinh

| Nguyên nhân suy hô hấp | Số trẻ n = 24 (%) |
|----------------------------|-------------------|
| Ngạt | 6 (4,8) |
| Con ngưng thở ở trẻ đẻ non | 5 (4,0) |
| Con thở nhanh thoáng qua | 4 (3,2) |
| Viêm phổi | 4 (3,2) |
| Bệnh màng trong | 4 (3,2) |
| Tim bẩm sinh | 1 (0,8) |

Trong số các nguyên nhân gây suy hô hấp, ngạt chiếm tỷ lệ cao nhất (4,8%), sau đó con ngưng thở ở trẻ đẻ non (4,0%).

3.2. Một số yếu tố liên quan giữa bệnh lý của trẻ sơ sinh với bà mẹ nhiễm COVID-19

Bảng 5: Liên quan giữa mức độ COVID-19 của mẹ và tỷ lệ bệnh lý trẻ sơ sinh

| Tình trạng của con | | Mức độ COVID-19 của mẹ | | p | OR (95% CI) |
|--------------------|-------|------------------------|------------------|----------|-------------------|
| | | Nặng – nguy kịch | Nhẹ - trung bình | | |
| Đẻ non | Có | 12 (70,6) | 3 (2,8) | < 0,001* | 83,2 (17,6-392,4) |
| | Không | 5 (29,4) | 104 (97,2) | | |

| | | | | | |
|---------------------------------|-------|-----------|-----------|----------|-------------------|
| Con phải hỗ trợ hô hấp sau sinh | Có | 15 (88,2) | 10 (9,6) | < 0,001* | 72,8 (14,5-364,9) |
| | Không | 2 (11,8) | 97 (90,4) | | |
| Chiều đèn | Có | 9 (52,9) | 10 (9,3) | < 0,001 | 10,9 (3,4-34,6) |
| | Không | 8 (47,1) | 97 (90,7) | | |

*Fisher's exact test

Mẹ nhiễm COVID-19 nặng-nguy kịch thì tỷ lệ con đẻ non, phải hỗ trợ hô hấp sau sinh, chiều đèn vàng da cao hơn mẹ nhiễm mức độ nhẹ-trung bình ($p < 0,001$)

4. BÀN LUẬN

Qua theo dõi 124 trẻ được sinh ra từ 121 bà mẹ nhiễm COVID-19 vào điều trị nội trú tại khoa sơ sinh Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 01/09/2021 đến 31/08/2022, chúng tôi đưa ra bàn luận sau:

4.1. Tình hình bệnh tật của trẻ sơ sinh được sinh ra từ bà mẹ nhiễm COVID-19 tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang

Đặc điểm của bà mẹ:

Đa số bà mẹ < 35 tuổi (82,7%), tuổi mẹ trung bình $29,4 \pm 5,6$ tuổi, tương tự so với nghiên cứu của Elizabeth Mollard trên 885 bà mẹ cho tỷ lệ là 82,2%, tuổi trung bình $29,8 \pm 4,9$ tuổi [3]. Có 95,9% bà mẹ có BMI < 25 kg/m², BMI trung bình $20,6 \pm 1,8$ kg/m², khác với Mikael Norman 50,3% với BMI trung bình $26 \pm 5,2$ kg/m² [4]. Có 53,7% bà mẹ tiêm vắc xin COVID-19. Số ngày nhiễm COVID-19 đến khi sinh $4,12 \pm 3,42$ ngày. Theo nghiên cứu của chúng tôi số bà mẹ vào viện tăng dần, tỷ lệ tiêm vắc xin COVID-19 tăng dần và tỷ lệ bà mẹ mắc bệnh nặng- nguy kịch giảm dần theo tháng từ tháng 9/2021-tháng 8/2022. Có 14,0% bà mẹ mắc COVID-19 mức độ nặng-nguy kịch. Trong đó có 1 bà mẹ tử vong do COVID-19 mức độ nguy kịch, phải đặt ống nội khí quản thở máy, lọc máu sau đó ECMO, tử vong sau 36 ngày điều trị.

Đặc điểm chung của trẻ sơ sinh:

Tỷ lệ trẻ đẻ non (<37 tuần) là 12,1%, trong đó có 6,5% non muộn (34-<37 tuần), 2,4% non vừa (32-<34 tuần) và 2,4% rất non (28-<32 tuần), tương tự với nghiên cứu của Amalia Guadalupe Vega-Fernández trên 656 trẻ cho tỷ lệ 14,6% [5], nhưng thấp hơn so với Mehmet Yekta Oncel trên 125 trẻ là 26,4% [6]. Tuổi thai trung bình là $37,9 \pm 2,2$ tuần, tương tự với Asimonia Angelidou trên 255 trẻ là $37,9 \pm 2,6$ tuần [7]. Tỷ lệ trẻ nam chiếm 53,2% với nam/nữ là 1,1/1, cao hơn của Dani Dumitriu trên 101 trẻ là 46,5% [8]. Tỷ lệ trẻ có cân nặng ≥ 2500 gram chiếm tỷ lệ cao nhất là 92,7%, tương tự với Mehmet Yekta Oncel 87,2% [6]. Cân nặng trung bình là 3220,2

$\pm 574,8$ gram, tương tự Asimonia Angelidou là $3116,3 \pm 655,6$ gram [7]. Số trẻ sinh mổ là 75,8%, trong đó đẻ mổ cấp cứu do COVID-19 là 12,9%, tương tự Mehmet Yekta Oncel thì tỷ lệ sinh mổ là 71,2% [6], cao hơn Asimonia Angelidou là 44,3%, đẻ mổ cấp cứu 8% [7].

Tình hình bệnh tật của trẻ sơ sinh

Tỷ lệ trẻ cần hồi sức tại phòng sinh là 4,8%, trong đó có 3,2% bóp bóng, 0,8% bóp bóng + thở máy không xâm nhập, và 0,8% đặt ống nội khí quản và ép tim, tương tự với Mikael Norman với 6,4% bóp bóng và 0,6% đặt ống nội khí quản và ép tim [4], thấp hơn so với Asimonia Angelidou là 20,8% hồi sức tại phòng sinh với 19,2% bóp bóng hoặc đặt ống nội khí quản và/hoặc ép tim [7].

Có 119 trẻ ra viện (96,0%), 5 trẻ chuyển viện (4,0%) trong số đó có 1 trẻ đã tử vong tại bệnh viện Nhi trung ương do sốc tim- hẹp hở van 2 lá, 3 lá nặng - theo dõi bệnh cơ tim giãn, không có trẻ nào tử vong tại bệnh viện của chúng tôi. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Asimonia Angelidou với 96,9% ra viện, 2,7% chuyển viện và 0,4% tử vong (1 trẻ) [7]. Như vậy các trẻ sinh ra từ bà mẹ nhiễm COVID-19 có tỷ lệ khỏi bệnh và ra viện chiếm đa số. Trong 5 trẻ chuyển viện của chúng tôi có 3 trẻ bệnh màng trong/đẻ non, 1 trẻ xuất huyết phổi/đẻ non – thông liên thất – còn ống động mạch lớn và 1 trẻ sốc tim/hẹp, hở van 2 lá, 3 lá nặng - theo dõi bệnh cơ tim giãn.

Trong những trẻ có bệnh lý thì nhiễm khuẩn sơ sinh sớm chiếm tỷ lệ cao nhất với 25%, sau đó là suy hô hấp (20,2%). Có 11 trẻ rối loạn đông máu (8,9%), tất cả những trẻ này đều có fibrinogen thấp, APTT kéo dài và PT giảm so với tuổi, và những trẻ này được truyền yếu tố VIII cho kết quả cải thiện.

Có 1 trẻ (0,8%) có PCR COVID-19 dương tính, bệnh phẩm là dịch tỵ hầu lấy lúc trẻ được 48 giờ tuổi, lần 1 lấy lúc trẻ 2 giờ tuổi cho kết quả âm tính, trẻ này không có biểu hiện triệu chứng gì, tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Vineet Lamba trên 70 trẻ là 2,8% [2] và Alexander M Kotlyar trên 936 trẻ là 3,2% [1].

Trong các nguyên nhân suy hô hấp khi vào viện thì ngưng thở chiếm tỷ lệ cao nhất (4,8%), sau đó là cơn ngưng thở ở trẻ đẻ non (4,0%), cơn thở nhanh thoáng qua (3,2%), viêm phổi (3,2%), bệnh màng trong (3,2%), tim bẩm sinh (0,8%).

4.2. Một số yếu tố liên quan giữa bệnh lý của trẻ sơ sinh với bà mẹ nhiễm COVID-19

Qua tìm hiểu một số yếu tố liên quan giữa bệnh lý của trẻ sơ sinh với bà mẹ nhiễm COVID-19, chúng tôi nhận thấy mẹ nhiễm COVID-19 nặng-nguy kịch thì tỷ lệ con đẻ non cao gấp 83,2 lần (95%CI 17,6-392,4) ($p < 0,001$), tỷ lệ con sinh ra phải hỗ trợ hô hấp cao gấp 72,8 lần (95%CI 14,5-364,9) ($p < 0,001$), tỷ lệ con cần chiếu đèn vàng da cao gấp 10,9 lần (95%CI 3,4-34,6) ($p < 0,001$) so với mẹ nhiễm mức độ nhẹ-trung bình.

Tương tự Dani Dumitriu tỷ lệ chiếu đèn ở trẻ sinh ra từ bà mẹ mắc COVID-19 nặng/nguy kịch 30% cao hơn so với trẻ sơ sinh của các bà mẹ mắc COVID-19 không triệu chứng/nhẹ (7%) (95%CI 0.8 - 36.1) với $p=0,04$ [8].

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm COVID-19 ở trẻ sơ sinh được sinh ra từ bà mẹ mắc COVID-19 rất thấp.

Nhiễm khuẩn sơ sinh sớm chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó là suy hô hấp.

Mẹ nhiễm COVID-19 nặng-nguy kịch thì tỷ lệ con phải hỗ trợ hô hấp khi sinh cao hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Alexander MK, Olga G, Alice C et al., "Vertical transmission of coronavirus disease 2019: a systematic review and meta-analysis", *Am J Obstet Gynecol*, 224 (1), 2021, pp. 35-53.e33.
- [2] Vineet L, Joan L, Jay D et al., "Management and

- [3] Elizabeth M, Amaya W, "Experiences of Women Who Gave Birth in US Hospitals During the COVID-19 Pandemic", *Journal of patient experience*, 8 pp. 2374373520981492-2374373520981492, 2021.
- [4] Mikael N, Lars N, Jonas S et al., "Association of Maternal SARS-CoV-2 Infection in Pregnancy With Neonatal Outcomes", *JAMA*, 325 (20), pp. 2021, 2076-2086.
- [5] Amalia GVF, Betty MZV, Fiorella DFF et al., "Clinical and epidemiological characteristics of mothers with COVID-19 and their neonates: vertical transmission", *Medwave*, 21 (7), 2021, pp. e8454.
- [6] Mehmet YO, Ilke MA, Mehmet KK et al., "A multicenter study on epidemiological and clinical characteristics of 125 newborns born to women infected with COVID-19 by Turkish Neonatal Society", *Eur J Pediatr*, 180 (3), 2021, pp. 733-742.
- [7] Asimena A, Katherine S, Patrice RM et al., "Association of Maternal Perinatal SARS-CoV-2 Infection With Neonatal Outcomes During the COVID-19 Pandemic in Massachusetts", *JAMA network open*, 4 (4), 2021, pp. e217523-e217523.
- [8] Dani D, Ukachi NE, Erin H et al., "Outcomes of Neonates Born to Mothers With Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infection at a Large Medical Center in New York City", *JAMA Pediatr*, 175 (2), 2021, pp. 157-167..

SURGICAL RESULTS OF CHRONIC SUBDURAL HEMATOMA BY BURR HOLE TECHNIQUE AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL FROM 2015 TO 2021

Tran Minh Tan*, Do Minh Tri, Nguyen Phu Hai,
Pham Ngoc Dung, Le Thi Tam, Nguyen Thuy Trang

Duc Giang General Hospital - 54 Truong Lam, Duc Giang, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 04/07/2023

Revised: 29/07/2023; Accepted: 30/08/2023

ABSTRACT

Objectives: To assess surgical treatment of chronic subdural hematoma.

Subjects and methods: A cross-sectional, descriptive and retrospective study was conducted on 48 patients who were diagnosed with chronic subdural hematoma and performed surgery at Duc Giang Hospital from Jan 2015 to June 2021.

Results: Mean age was $57,1 \pm 17,9$; male/female ratio was 5,6/1; the most common cause was traffic accidents (45,8%); 85,4% of patients had $GCS \geq 13$; 72,9% of patients had unilateral hematoma. Patients with hematoma on one side are more common (72,9%); left hematoma is more common (43,7%); computed tomography (CT) images: unilateral hematoma (72,9%), hypodense (41,7%). Clinical results: 100% improved consciousness, good treatment 91,1%. The burr hole technique was the most common procedure in the cohort. The long-term follow-up results was better with significant difference compared to discharge time-point.

Conclusion: The chronic subdural hematoma was one of the most common procedures in neurosurgery. The burr hole technique surgery was safe and effective.

Keywords: Subdural hematoma; Surgical results.

*Corresponding author
Email address: Tranminhtan.1496@gmail.com
Phone number: (+84) 987934369
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>



KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG MẠN TÍNH BẰNG PHƯƠNG PHÁP KHOAN MỘT LỖ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG TỪ 2015 ĐẾN 2021

Trần Minh Tân*, Đỗ Minh Trí, Nguyễn Phú Hải,
Phạm Ngọc Dũng, Lê Thị Tâm, Nguyễn Thùy Trang

Bệnh viện đa khoa Đức Giang - 54 Trường Lâm, Đức Giang, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/07/2023

Chỉnh sửa ngày: 29/07/2023; Ngày duyệt đăng: 30/08/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính bằng phương pháp khoan một lỗ tại Bệnh viện Đức Giang.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu 48 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính tại Bệnh viện Đức Giang 01/01/2015 đến 31/06/2021.

Kết quả: Tuổi trung bình: $57,1 \pm 17,9$; tỷ lệ nam/nữ: 5,6/1; lý do vào viện: đau đầu chiếm 47,9%, liệt 25%, nôn 14,6%; có tiền sử chấn thương chiếm 66,7%; trong đó tai nạn giao thông là nguyên nhân chính (45,8%); thời gian kéo dài từ 3-8 tuần (72,7%); điểm Glasgow từ 13 -15 gặp 85,4%; BN có máu tụ một bên gặp nhiều hơn (72,9%); máu tụ bên trái gặp nhiều hơn (43,7%); hình ảnh chụp cắt lớp vi tính (CLVT): máu tụ 1 bên (72,9%), giảm tỷ trọng (41,7%), di lệch đường giữa, Phẫu thuật bằng kỹ thuật khoan 1 lỗ là phương pháp chủ yếu được sử dụng. Kết quả lâm sàng 100% tri giác được cải thiện, điều trị tốt 91,1%.

Kết luận: Máu tụ dưới màng cứng mạn tính là bệnh lý thường gặp trong chuyên khoa phẫu thuật thần kinh. Phẫu thuật với kỹ thuật khoan 1 lỗ là phương pháp an toàn, hiệu quả.

Từ khóa: Máu tụ dưới màng cứng; Kết quả phẫu thuật.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu tụ dưới màng cứng mạn tính (MTDMCMT) là sự hình thành ổ dịch, hỗn dịch và máu ở khoang dưới màng cứng có vỏ bao bọc, xuất hiện > 3 tuần sau chấn thương. Tần suất gặp ở người lớn khoảng 1,72/100000 dân mỗi năm, tăng lên 7,35/ 100000 dân mỗi năm ở độ tuổi 70-79. Bệnh có tiên lượng tốt nếu chẩn đoán sớm, điều trị đúng và kịp thời. Triệu chứng lâm sàng mơ hồ, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) giúp chẩn đoán dễ dàng, chính xác vị trí, mức độ chảy máu, chèn ép. Điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật trong đó phương pháp khoan 1 lỗ được sử dụng chủ yếu. Góp phần chẩn đoán, ngăn ngừa biến chứng chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: *Mô tả*

triệu chứng lâm sàng, hình ảnh CLVT và đánh giá kết quả sớm điều trị máu tụ dưới màng cứng mạn tính bằng phương pháp khoan một lỗ tại Bệnh viện Đức Giang.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả, cắt ngang không đối chứng.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Từ 01/01/2015 đến 31/06/2021 tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang.

*Tác giả liên hệ
Email: Tranminhtan.1496@gmail.com
Điện thoại: (+84) 987934369
<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i7>

2.3. Đối tượng nghiên cứu:

Những BN có máu tụ dưới màng cứng mạn tính (DMC-MT) đã được chẩn đoán xác định bằng CLVT và trong mổ, được mổ cấp cứu tại Bệnh viện Đức Giang từ tháng 01/2015 đến tháng 06 /2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN điều trị phẫu thuật (PT) tại khoa PT thần kinh trong thời gian nghiên cứu, bệnh án có phim chụp CLVT sọ não, ghi chép đầy đủ thông tin.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không đầy đủ hồ sơ, BN có máu tụ DMCMT tái phát nhưng PT lần đầu ngoài thời gian nghiên cứu, BN máu tụ DMCMT không được PT, BN có di chứng não khác.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu:

Lấy mẫu theo phương pháp thuận tiện, bao gồm tất cả các bệnh nhân máu tụ mạn tính được phẫu thuật bằng phương pháp khoan một lỗ trong khoảng thời gian nghiên cứu.

2.5. Biến số/ chỉ số/ nội dung/ chủ đề nghiên cứu:

- Các yếu tố dịch tễ: Tuổi (chia làm các độ tuổi), giới (nam – nữ).

- Triệu chứng lâm sàng: Lý do vào viện , tiền sử chấn thương, dấu hiệu tăng áp lực nội sọ, tri giác lúc vào viện (thang điểm GSC), dấu hiệu thần kinh khu trú.

- Hình ảnh CLVT: Vị trí, tỷ trọng, mức độ di lệch đường giữa.

- Điều trị: Tất cả BN đều được mổ cấp cứu, phương pháp phẫu thuật bơm rửa khối máu tụ qua một lỗ khoan sọ, đặt dẫn lưu kín.

- Kết quả điều trị sớm

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu:

Tập hợp số liệu từ các bệnh án máu tụ DMC mạn tính có mã số lưu trữ từ 01/01/2015 đến 31/06/2021.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu:

Số liệu thu được chúng tôi xử lý trên máy vi tính, chương trình SPSS. So sánh tỷ lệ bằng thuật toán χ^2 với $P < 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm dịch tễ

| Đặc điểm | Giá trị (%) | |
|--|-----------------|-------------------------|
| Tuổi ($\bar{X} \pm SD$) (min – max) | 57,1 \pm 17,9 | Dao động: 34-91 tuổi |
| Giới (N, %) | | |
| Nam | 41 (85,4%) | Nam/Nữ = 5,6/1 |
| Nữ | 7 (14,6%) | |

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng

| Đặc điểm | Giá trị (%) | |
|--|----------------|-------------|
| Lý do vào viện (N, %) | Đau đầu | 23 (47,9%) |
| | Nôn | 7 (14,6%) |
| | Liệt | 12 (25%) |
| | Sa sút trí tuệ | 2 (4,2%) |
| | Lơ mơ | 3 (6,3%) |
| | Động kinh | 1 (2,1%) |
| Tiền sử chấn thương sọ não (N, %) | Có | 33 (66,7%) |
| | Không | 16 (33,3%) |
| Nguyên nhân chấn thương sọ não (N, %) | TNGT | 22 (66,7%) |
| | TNLĐ | 2 (6,1%) |
| | TNSH | 8 (24,2%) |
| | Không có | 16 (33,3%) |
| Thời gian (N, %) | 3-8 tuần | 24 (72,7%) |
| | 8-12 tuần | 7 (21,2%) |
| | Trên 12 tuần | 2 (6,1%) |

| Đặc điểm | | Giá trị (%) |
|-----------------------------------|-------------------|-------------|
| Triệu chứng lâm sàng (N, %) | Đau đầu | 44 (91,6%) |
| | Nôn, buồn nôn | 27 (56,3%) |
| | Liệt nửa người | 23 (57,9%) |
| | Rối loạn tri giác | 14 (29,2) |
| | Sa sút trí tuệ | 8 (16,7) |
| | Động kinh | 1 (2,1%) |
| Tri giác trước mổ (N, %) | 13-15 điểm | 41 (85,4%) |
| | 9-12 điểm | 6 (12,5%) |
| | < 9 điểm | 1 (2,1%) |
| Dấu hiệu thần kinh khu trú (N, %) | Có | 23 (47,9%) |
| | Không | 25 (52,1%) |
| Dấu hiệu liệt nửa người (N, %) | Liệt bên phải | 12 (25%) |
| | Liệt bên trái | 11 (22,9%) |
| | Không | 25 (52,1%) |
| Dấu hiệu giãn đồng tử (N, %) | Có | 4 (8,3%) |
| | Không | 44 (91,7%) |

Bảng 3: Hình ảnh CLVT

| Đặc điểm | | Giá trị (%) |
|---------------------------|-------------------|-------------|
| Vị trí khối máu tụ (N, %) | Một bên | 35 (72,9%) |
| | Hai bên | 13 (27,1%) |
| | Bên trái | 21 (43,7%) |
| | Bên phải | 14 (29,2%) |
| Tỷ trọng khối máu tụ (%) | Giảm tỷ trọng | 41,7 % |
| | Đồng tỷ trọng | 22,9% |
| | Tăng giảm hỗn hợp | 35,4% |
| Di lệch đường giữa (N, %) | ≤ 5 | 4 (8,3%) |
| | 5 – 10 mm | 8 (16,7%) |
| | 10 – 15 mm | 17 (35,4%) |
| | > 15 mm | 19 (39,6%) |

Bảng 4: Kết quả điều trị

| | Đặc điểm | Giá trị (%) |
|-------------------------------------|---------------------------|-------------|
| Lượng dịch dẫn lưu (N, %) | Nhỏ hơn 100ml | 5 (10,4%) |
| | Từ 100 đến 150ml | 23 (47,9%) |
| | Hơn 150 đến 200ml | 14 (29,2%) |
| | Hơn 200ml | 6 (12,5%) |
| | | |
| Triệu chứng liệt sau PT (%) | Liệt | 8,3% |
| | Không liệt | 91,7 % |
| Tri giác sau PT (N, %) | 13-15 điểm | 48 (100%) |
| | 9-12 điểm | 0 |
| | < 9 điểm | 0 |
| Các biến chứng (N, %) | Chảy máu tái phát | 0 |
| | Nhiễm trùng vết mổ | 0 |
| | Viêm màng não sau mổ | 0 |
| | Tụ khí DMC | 4 (8,3%) |
| Kết quả điều trị xa theo GOS (N, %) | Tốt (Độ I) | 42 (93,3%) |
| | Di chứng nhẹ (Độ II) | 3 (6,7%) |
| | Di chứng nặng (Độ III) | 0 |
| | Đời sống thực vật (Độ IV) | 0 |
| | Tử vong (Độ V) | 0 |

4. BÀN LUẬN

MTDMCMT là bệnh lý thường xuất hiện ở người già. Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình là $57,1 \pm 17,9$; tương tự kết quả của Chu Anh Tuấn ($59,43 \pm 15,22$), của Nguyễn Văn Trung (56 ± 13), thấp của Gelabert-Gonzalez ($66,7$), Gastone ($76,4$), Mori ($68,4 \pm 17,9$). Khác biệt này có thể do cỡ mẫu của các NC trên rất lớn. Tỷ lệ Nam/Nữ là 5,9/1. Có sự khác biệt về tỷ lệ: A.Amirjamshidi 4,5/1, Gonzalez 2,3/1, Mori 2,5/1; Vũ Hồng Vân là 7/1, Chu Anh Tuấn là 9/1. Các tác giả đều có chung nhận xét rằng MTDMCMT gặp nhiều hơn ở nam giới.

Phần lớn BN đến khám với lý do đau đầu (47,9%), tiếp

sau là liệt (25%), nôn (14,7%), sa sút trí tuệ, động kinh hoặc hôn mê. 33 BN có tiền sử chấn thương (chiếm 66,7%) và 16 BN không rõ có tiền sử (chiếm 33,3%). Tai nạn giao thông chiếm 45,8%, tiếp sau là tai nạn sinh hoạt và tai nạn lao động.

24/33 BN (72,7%) có thời gian xuất hiện triệu chứng của MTDMCMT sau chấn thương từ 3 tuần đến 20 tuần. Theo Kiều Đình Hùng nhóm tuổi dưới 50 là 3 đến 20 tuần, của nhóm trên 50 tuổi là 3 – 48 tuần. Mori có thời gian trung bình là $8,3 \pm 4,8$ tuần; Ernestus 6 tuần (13 ngày đến 2 năm); Gonzalez từ 10 ngày đến 2 năm.

Các triệu chứng bao gồm đau đầu (91,6%), buồn nôn và nôn (56,3%), dấu hiệu thần kinh khu trú (52,1%), rối loạn tri giác (29,2%), sa sút trí tuệ và rối loạn tâm thần (16,7%) và động kinh (2,1%). Triệu chứng đau đầu theo Hà Kim Trung, Kiều Đình Hùng, là triệu chứng trung thành nhất của máu tụ DMC mạn tính với tỷ lệ xuất hiện là 100%, theo Vũ Hồng Vân là 90,4%, Nguyễn Văn Trung là 92,5%, Chu Anh Tuấn là 100%.

Trong 48 BN, có 41 BN (85,4%) có Glasgow 13- 15 điểm, nhóm Glasgow 9 – 12 điểm có 6BN (12,5%), chỉ có 1 BN có Glasgow 3 – 8 điểm (2,1%). Theo Kiều Đình Hùng, Nguyễn Văn Trung, Chu Anh Tuấn tỷ lệ bệnh nhân có Glasgow >12 điểm là 80,8%; 80,5%; 81,7% và Glasgow \leq 8 điểm dao động từ 3,5% đến 8,3%.

Chúng tôi ghi nhận 23/48 BN có dấu hiệu thần kinh khu trú (chiếm 47,9%), trong đó cả 23 trường hợp có liệt nửa người, không có khác biệt giữa nhóm liệt và nhóm không liệt. Kết quả của Mori liệt nửa người là 58,6%, Vũ Hồng Vân là 60,3%, Kiều Đình Hùng là 60,8%, Chu Anh Tuấn là 40%, Nguyễn Văn Trung là 63,8%, Hà Kim Trung là 71%; tương tự nghiên cứu của chúng tôi. Dấu hiệu giãn đồng tử rất gặp ở 4 bệnh nhân (8,3%), biểu hiện này xuất hiện từ từ có giá trị xác định bên máu tụ. Kết quả này phù hợp với kết quả của Ernestus và cộng sự. Các tác giả Vũ Hồng Vân, Kiều Đình Hùng, Nguyễn Văn Trung, Hà Kim Trung cũng cho kết quả dấu hiệu giãn đồng tử rất thay đổi: 6,8%, 9,5%, 3,7% và 22,6%.

Có 35 trường hợp máu tụ một bên (72,9%) bao gồm bên trái 21 trường hợp, bên phải 14 trường hợp, và có 13 bệnh nhân có máu tụ 2 bên (27,1%), ($p < 0,01$), và khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa vị trí khối máu tụ bên phải và bên trái.

Trong nghiên cứu có 20 BN (41,7%) có hình ảnh giảm tỷ trọng, 11 BN (22,9%) đồng tỷ trọng và 17 BN (35,4%) tăng giảm hỗn hợp. Như vậy, MTDMCMT giảm tỷ trọng gặp nhiều hơn, điều này phù hợp với tính chất tiến triển của bệnh là âm i, qua một thời gian dài. Theo Mori và cộng sự, giảm tỷ trọng gặp 33,8%; đồng tỷ trọng 27,0%; tăng tỷ trọng 20,2% và hỗn hợp chiếm 19%. Gonzalez có kết quả máu tụ giảm tỷ trọng là 63,6%; hỗn hợp là 27,4%. Ko B.S có kết quả đồng tỷ trọng là 46,2%; giảm tỷ trọng là 20,4%; hỗn hợp là

22,1%, và tăng tỷ trọng 11,3%.

Chúng tôi gặp 39,6% bệnh nhân có di lệch đường giữa trên 15mm, di lệch 10-15mm là 35,4%; di lệch 5-10mm 16,7% và ít di lệch là 8,3%. Kết quả của chúng tôi cũng giống như Vũ Hồng Vân, di lệch >10mm gặp nhiều nhất (52,1%), sau đó là 5-10mm (27,4%), <5mm (12,3%), và không di lệch gặp 8,2%. Nguyễn Văn Trung có kết quả di lệch >10mm chiếm đa số (70,4%), sau đó là 6-10mm (25,9%) và dưới 5mm là 3,7%4. Ko BS và cộng sự có kết quả di lệch đường giữa <10mm gặp nhiều nhất (83,5%), và di lệch >10mm gặp 16,5 %.

BN sau phẫu thuật bơm rửa khối máu tụ, đặt dẫn lưu kín được theo dõi lượng dịch dẫn lưu sau mổ. Lượng dịch dẫn lưu trung bình là 138 ± 38 ml, BN nhiều tuổi có lượng dẫn lưu ra nhiều hơn. Trước phẫu thuật, 23/48 BN có liệt chiếm 47,9%, sau phẫu thuật có 4 BN còn liệt mức độ nhẹ (chiếm 8,3%). Kết quả này cho thấy các BN có hồi phục tốt sau mổ, triệu chứng liệt đã được cải thiện. Kết quả của chúng tôi cũng giống như của Nguyễn Văn Trung và Chu Anh Tuấn với số BN liệt trước mổ là 63,8%, 40% và sau mổ là 13,8%, 11,7%. Sau mổ 24-48 giờ, tri giác của BN phục hồi rất tốt, 100% BN đều có điểm Glasgow 13-15 điểm. Phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Trung và Chu Anh Tuấn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cả 48 BN không có trường hợp nào có biến chứng nhiễm trùng tại vết mổ hay viêm màng não sau mổ, không có trường hợp nào có chảy máu tái phát sau mổ.

Một biến chứng khác sau mổ là tụ khí DMC, trong nghiên cứu của chúng tôi là 4 BN (8,3%). Theo Mori tỷ lệ này là 0,8%, tác giả cho rằng đười khí không triệt để trong quá trình mổ là nguyên nhân gây nên biến chứng này.

Chúng tôi không gặp trường hợp nào tử vong trong quá trình điều trị. Tỷ lệ này theo Hà Kim Trung là 3% (1/31 BN), Kiều Đình Hùng tỷ lệ tử vong là 1,7% (2/115 BN), trong đó một bệnh nhân tử vong do tụ khí DMC sau mổ và biến chứng viêm phổi.

Kết quả sớm điều trị phẫu thuật MTDMCMT sau mổ của chúng tôi là 91,1% đạt kết quả tốt. Chỉ có 7BN xếp loại khá, là những trường hợp tuổi cao, vào viện với điểm GCS <9 (2 BN), sau phẫu thuật vẫn còn liệt nhẹ nửa người và vẫn còn triệu chứng đau đầu. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Kiều Đình Hùng là 88,7%, Nguyễn Văn Trung là 89%, Chu Anh Tuấn là 88,2%.

5. KẾT LUẬN

MTDMCMT là một trong những bệnh lý thường gặp nhất trong chuyên khoa phẫu thuật thần kinh. Tuổi thường gặp nhất là >60; nam chiếm đa số; máu tụ chủ yếu ở một bên. Điều trị phẫu thuật với kỹ thuật khoan l

lỗ là một phẫu thuật an toàn, hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Maurice-Williams RS, Chronic subdural haematoma: an everyday problem for the neurosurgeon. *British Journal of Neurosurgery*. 1999 Dec;13(6):547-549. DOI: 10.1080/02688699943033. PMID: 10715721.
- [2] Nguyễn Văn Trung, Nghiên cứu chẩn đoán và kết quả phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính ở người lớn tại Bệnh viện Việt Đức, Luận văn Bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội, 2004.
- [3] Chu Anh Tuấn, Nghiên cứu chẩn đoán và thái độ xử trí máu tụ dưới màng cứng mạn tính hai bán cầu não ở người lớn, Luận văn Bác sỹ chuyên khoa cấp II, trường Đại học Y Hà Nội, 2008.
- [4] Vũ Hồng Vân, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính sọ não trong máu tụ dưới màng cứng mạn tính, Luận văn Thạc sỹ, trường Đại học Y Hà Nội, 2003.
- [5] Kiều Đình Hùng, Dương Chạm Uyên, Dương Thị Thục, Máu tụ dưới màng cứng mạn tính ở người lớn tuổi, *Tạp chí Nghiên cứu Y học* số 1.1998. tập 5 trang 6-10.
- [6] Amirjamshidi A, Abouzari M, Eftekhari B et al., Outcomes and recurrence rates in chronic subdural haematoma”, *British Journal of Neurosurgery*, 2007. June; 21(3): 272 – 275
- [7] Ernestus RA, Beldzinski P et al., Chronic subdural hematoma : surgical treatment and outcome in 104 patients. *Surg Neurol*; 1997. 48: 220-225.
- [8] Gastone P et al., “ Chronic subdural hematoma : Results of a homogenous series of 159 patients operated on by residents”, *Neurology India* Vol 52 Issue 4.16, 2004.
- [9] Hà Kim Trung, Đánh giá kết quả chẩn đoán và điều trị máu tụ mãn tính dưới màng cứng trong 10 năm (1976-1985); Luận văn bác sỹ nội trú, trường Đại học Y Hà Nội, 1986.
- [10] Kiều Đình Hùng; Chẩn đoán và điều trị máu tụ dưới màng cứng mạn tính do chấn thương sọ não; Luận văn Thạc sỹ, trường Đại học Y Hà Nội, 1995
- [11] Lê Xuân Long, Máu tụ dưới màng cứng mãn tính điều trị tại Bệnh viện Thống nhất từ 1988 đến 1994; *Tạp chí Ngoại khoa*, 1995. số 1, tập 25 trang 15-18.
- [12] Mori K, Madea M, Surgical treatment of chronic subdural hematoma in 500 consecutive cases: clinical characteristics, surgical outcome, complications, and recurrence rate. *Neurol Med Chir (Tokyo)*. 2001. 41: 371-381.
- [13] Ko BS et al., Clinical analysis of risk factors related to recurrent chronic subdural hematoma; 2008. *J Korean Neurosurg/ soc* 42 : 11 – 15.