FACTORS ASSOCIATED WITH POST-ANESTHESIA RECOVERY CARE OUTCOMES AMONG POSTOPERATIVE PATIENTS AT TRANSPORT HOSPITAL IN 2025

Nguyen Thi Hang[1], Nguyen Thi Nguyet[2], Be Hong Thu[3], Đỗ Ngọc Hiếu[1], Trần Thị Thu Hường[1], Nguyễn Thị Thu Hằng[1], Mai Văn Chuyên [4]

[1] Transport Hospital, 169 Huynh Thuc Khang, Lang, Hanoi, Vietnam
[2]University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, Hanoi,144 Xuân Thuỷ, Cau Giay,Ha Noi, Vietnam
[3]Thang Long University, Nghiem Xuan Yem, Dinh Cong, Hanoi, Vietnam
[4]Vinmec Time City International Hospital, Minh Khai, Vinh Tuy, Ha Noi.

Received dd/mm/yyyy
Revised dd/mm/yyyy; Acceed dd/mm/yyyy

ABSTRACT

Objective: To analyze selected factors associated with post-anesthesia recovery outcomes among postoperative patients at the Department of Anesthesiology and Resuscitation, Transport Hospital, in 2025.

Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted among 135 postoperative patients aged ≥18 years during the post-anesthesia recovery period at the Department of Anesthesiology and Resuscitation, Transport Hospital, from March to October 2025. Care outcomes were assessed using a 100-point scale comprising 10 clinical criteria. Data were analyzed using SPSS version 20.0. Associations were examined using the Chi-square test, with crude odds ratios (ORs) and 95% confidence intervals (CIs) calculated. Statistical significance was set at $p<0.05$.

Results: Overall, 80.7% of patients achieved good post-anesthesia recovery care outcomes. Care outcomes were significantly associated with age ≥60 years (OR=2.96; 95% CI: 1.16–7.52), comorbidities (OR=2.74; 95% CI: 1.12–6.64), surgical classification (OR=3.08; 95% CI: 1.20–7.94), surgical approach (OR=3.07; 95% CI: 1.08–8.74), surgical site, surgery duration >120 minutes (OR=2.74; 95% CI: 1.11–6.77), and anesthesia technique ($p<0.05$)

Conclusion: Most postoperative patients achieved good post-anesthesia recovery care outcomes. Univariate analysis identified associations between several patient- and surgery-related characteristics and care outcomes; however, these associations were not adjusted for potential confounding factors.

Keywords: Post-anesthesia recovery; nursing care; care outcomes; associated factors.

*Corresponding author
Email: nguyenhang.kta2013@gmail.com **Phone**: (+84) 834255555 **DOI:** 10.52163/yhc.v66iCD14.3052

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ CHĂM SÓC HỒI TỈNH NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN GIAO THÔNG VẬN TẢI NĂM 2025

Nguyễn Thị Hằng[1], Nguyễn Thị Nguyệt[2], Bế Hồng Thu[3], Đỗ Ngọc Hiếu[1], Trần Thị Thu Hường[1], Nguyễn Thị Thu Hằng[1], Mai Văn Chuyên [4]

[1]Bệnh viện Giao thông vận tải, 169 Huỳnh Thúc Kháng, Láng, Hà Nội
[2]Trường Đại học Y Dược Đại học Quốc Gia Hà Nội, 144 Xuân Thuỷ, Cầu Giấy, Hà Nội
[3]Trường Đại học Thăng Long, Nghiêm Xuân Yêm, Định Công, Hà Nội
[4]Bệnh viện Đa khoa Vinmec Time City, Minh Khai, Vĩnh Tuy, Hà Nội

Ngày nhận bài: dd/mm/yyyy
Ngày chỉnh sửa: dd/mm/yyyy; Ngày duyệt đăng: dd/mm/yyyy

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc hồi tỉnh người bệnh sau phẫu thuật tại Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Giao thông Vận tải năm 2025.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 135 người bệnh ≥18 tuổi trong giai đoạn hồi tỉnh sau phẫu thuật tại Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Giao thông Vận tải từ tháng 3-10 năm 2025. Kết quả chăm sóc đánh giá bằng thang điểm 100 gồm 10 tiêu chí lâm sàng. Số liệu xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0; mối liên quan được phân tích bằng phép kiểm Chi-square, tỷ số chênh thô và khoảng tin cậy 95% với mức ý nghĩa thống kê p<0,05.

Kết quả nghiên cứu: Kết quả chăm sóc hồi tỉnh tốt chiếm 80,7%. Kết quả chăm sóc có mối liên quan với tuổi ≥60 (OR=2,96; KTC 95%: 1,16-7,52), bệnh mắc kèm (OR=2,74; KTC 95%: 1,12-6,64), phân loại phẫu thuật (OR=3,08; KTC 95%: 1,20-7,94), phương pháp phẫu thuật (OR=3,07; KTC 95%: 1,08–8,74), cơ quan phẫu thuật, thời gian phẫu thuật >120 phút (OR=2,74; KTC 95%: 1,11-6,77) và phương pháp vô cảm (p<0,05).

Kết luận: Phần lớn người bệnh có kết quả chăm sóc hồi tỉnh tốt. Phân tích đơn biến ghi nhận một số đặc điểm người bệnh và phẫu thuật có liên quan với kết quả chăm sóc; các mối liên quan này chưa được hiệu chỉnh yếu tố nhiễu.

Từ khóa: Hồi tỉnh sau phẫu thuật; chăm sóc điều dưỡng; kết quả chăm sóc; yếu tố liên quan

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giai đoạn hồi tỉnh sau phẫu thuật, là thời điểm người bệnh chuyển từ tình trạng gây mê sâu trở về ý thức hoàn toàn, được xem là giai đoạn nguy cơ cao vì đây là lúc các biến chứng phẫu thuật và gây mê hồi sức dễ xuất hiện [1] [2]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), biến chứng sau phẫu thuật xảy ra ở tới 25% người bệnh phẫu thuật nội trú [3]. Trong đó, biến chứng hô hấp sau phẫu thuật có tỷ lệ từ khoảng 1–23% tùy loại phẫu thuật và đặc điểm người bệnh; [4] đau cấp tính sau mổ vẫn chưa được kiểm soát đầy đủ ở khoảng 20-30% người bệnh; [5] trong khi buồn nôn và nôn sau mổ xảy ra ở khoảng 20-30% người bệnh nói chung và có thể lên tới 70–80% ở nhóm nguy cơ cao [6].

Tại Việt Nam, một số nghiên cứu đã ghi nhận các vấn đề và biến chứng liên quan đến người bệnh sau phẫu thuật. Nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh trên 40.384 trường hợp phẫu thuật và thủ thuật ghi nhận tỷ lệ có ít nhất một biến chứng là 1,5%, trong đó biến chứng mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất [2]. Nghiên cứu tổng quan của Nguyễn Đình Ký và cộng sự cho thấy Có 13 nghiên cứu với 2.123 bệnh nhân được phân tích. Tỷ lệ đau được ghi nhận dao động từ 80,2% – 100%, rối loạn giấc ngủ từ 58,1% – 100%, và lo âu từ 4% – 89,9% [1]. Vai trò của điều dưỡng trong giai đoạn hồi tỉnh là vô cùng quan trọng, đặc biệt trong việc nhận diện sớm và xử trí kịp thời các biến chứng đe dọa tính mạng. Điều dưỡng không chỉ là người thực hiện các kỹ thuật chăm sóc mà còn là cầu nối trực tiếp giữa người bệnh và bác sĩ, góp phần quan trọng vào việc đảm bảo an toàn người bệnh. Bệnh viện Giao thông Vận tải, với vị trí là bệnh viện đa khoa, mỗi năm bệnh viện thực hiện hơn 2000 ca phẫu thuật. Việc theo dõi người bệnh trong giai đoạn hậu phẫu và thực hành xử trí của điều dưỡng tại phòng hồi tỉnh góp phần quan trọng trong việc cải thiện chất lượng chăm sóc. Hiện nay, các nghiên cứu trong nước chủ yếu tập trung mô tả biến chứng sau phẫu thuật hoặc đánh giá kết quả điều trị, trong khi bằng chứng về thực hành chăm sóc của điều dưỡng tại phòng hồi tỉnh còn hạn chế. Xuất phát từ những yêu cầu thực tiễn và khoảng trống trong nghiên cứu, đề tài này được thực hiện với mục tiêu: *"Phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc hồi tỉnh người bệnh sau phẫu thuật tại tại khoa Gây mê hồi sức Bệnh viện Giao thông vận tải năm 2025."*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Từ tháng 3 năm 2025 đến tháng 10 năm 2025 tại Khoa Gây mê hồi sức – Bệnh viện Giao thông Vận tải

*Tác giả liên hệ
Email: nguyenhang.kta2013@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 834255555 **DOI:** 10.52163/yhc.v66iCD14.3052

2.3. Đối tượng nghiên cứu:

Người bệnh sau phẫu thuật. Người bệnh ≥18 tuổi trong giai đoạn hồi tỉnh sau phẫu thuật, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu:

Chọn mẫu toàn bộ thu được 135 người bệnh **đạt** tiêu chuẩn lựa chọn và **đồng** ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

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

Bao gồm 03 nhóm biến số: (1) đặc điểm nhân khẩu học và hành chính của người bệnh; (2) đặc điểm sức khỏe, tình trạng bệnh và phẫu thuật; (3) kết quả chăm sóc người bệnh.

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

Số liệu được thu thập bằng bệnh án nghiên cứu được xây dựng dựa trên mục tiêu nghiên cứu, hướng dẫn chăm sóc người bệnh hồi tỉnh sau phẫu thuật của Bộ Y tế, Thông tư số 13/2012/TT-BYT, thang điểm Aldrete cải tiến và tham khảo bộ công cụ của Phí Thị Nguyệt (2023). Công cụ gồm 4 phần: (1) thông tin nhân khẩu học; (2) đặc điểm sức khỏe, bệnh lý và phẫu thuật; (3) tình trạng lâm sàng của người bệnh được theo dõi tại các thời điểm trong giai đoạn hồi tỉnh (khi vào phòng hồi tỉnh, sau 30 phút, 1 giờ, 2 giờ và trước khi chuyển khoa), bao gồm đánh giá theo thang điểm Aldrete; và (4) hoạt động chăm sóc điều dưỡng tại phòng hồi tỉnh, bao gồm nhận định, theo dõi, can thiệp chăm sóc, thực hiện y lệnh và giáo dục sức khỏe.

Quy trình thu thập số liệu: Người bệnh được chọn theo phương pháp thuận tiện và thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án. Các đặc điểm lâm sàng và hoạt động chăm sóc điều dưỡng được theo dõi, ghi nhận tại các thời điểm trong giai đoạn hồi tỉnh (khi vào phòng hồi tỉnh, sau 30 phút, 1 giờ, 2 giờ và trước khi chuyển khoa). Sau khi thu thập, số liệu được kiểm tra, làm sạch, mã hóa và nhập liệu để phân tích.

2.7. Thang đo, tiêu chuẩn đánh giá.

Kết quả chăm sóc người bệnh trong giai đoạn hồi tỉnh được đánh giá bằng thang điểm gồm 10 tiêu chí lâm sàng. Ngưỡng đánh giá đạt của từng tiêu chí như sau. (1) Tiêu chí hô hấp đạt khi người bệnh không có biểu hiện suy hô hấp và SpO_2 ≥95%; (2) Đau đạt khi VAS <3 điểm; (3) Huyết áp và (4) thân nhiệt đạt khi nằm trong giới hạn ổn định/bình thường theo tiêu chuẩn của nghiên cứu; (5) vận động đạt khi khả năng vận động phục hồi phù hợp với tình trạng người bệnh và phương pháp vô cảm; (6) Khát/khô miệng đạt khi người bệnh không có cảm giác khát hoặc khô miệng; (7) tri giác đạt khi người bệnh tỉnh táo và đáp ứng phù hợp; (8) tâm lý đạt khi người bệnh an tâm, không biểu hiện hoặc báo cáo lo lắng; (9) tình trạng vết mổ đạt khi băng vết mổ khô, sạch và không có dấu hiệu chảy máu bất thường; (10) tiêu chí biến chứng đạt khi không ghi nhận biến chứng thuộc danh mục theo dõi của nghiên cứu trong toàn bộ giai đoạn hồi tỉnh, mỗi tiêu chí đạt được tính 10 điểm, tổng điểm tối đa 100. Kết quả chăm sóc được phân loại là tốt khi đạt ≥75 điểm và chưa tốt khi <75 điểm.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu:

Số liệu được mã hóa, nhập bằng phần mềm EpiData và phân tích bằng SPSS 20.0. Các biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm; các biến định lượng có phân phối chuẩn được trình bày bằng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn. Mối liên quan giữa các yếu tố và kết quả chăm sóc được phân tích bằng phép kiểm Chi-square (χ^2) hoặc Fisher's exact test. Mức độ liên quan được ước tính bằng tỷ số chênh thô (OR) và khoảng tin cậy 95% (KTC 95%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=135)

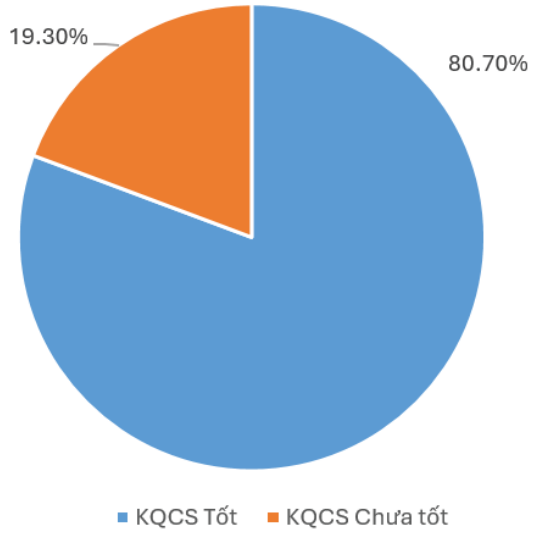
Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Dưới 40	65	48,1
	40 – 49	19	14,1
	50-59	22	16,3
	≥60	29	21,5
	Trung bình	46,04 ±18,17	
Giới	Nam	59	43,7
	Nữ	76	56,3
Nơi sống	Thành phố	93	68,9
	Nông thôn	39	28,9
	Miền núi	3	2,2
Trình độ	TH/THCS	10	7,4
	THPT	63	46,7
	ĐH/CĐ/SĐH	62	45,9

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 46,04 ± 18,17; nhóm dưới 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (48,1%). Nữ giới chiếm 56,3%. Đối tượng sống tại thành phố chiếm 68,9%. Trình độ THPT chiếm tỷ lệ cao nhất (46,7%), tiếp theo là đại học/cao đẳng/sau đại học (45,9%).

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu (n=135)

Đặc điểm		Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Phân loại ASA	Độ I	7	5,2
	Độ II	126	93,3
	Độ III	2	1,5
Phân loại phẫu thuật	Loại đặc biệt	19	14,1
	Loại I	51	37,8
	Loại II	65	48,1
	Loại III	0	0,0
Cách thức phẫu thuật	Mổ nội soi	51	37,8
	Mổ mở	84	62,2
	Mổ nội soi xong chuyển mổ mở	0	0,0
Phương pháp vô cảm	Gây mê Nội khí quản	49	36,3
	Gây mê Mask thanh quản	25	18,5
	Gây tê tuỷ sống	49	36,3
	Gây tê thần kinh	9	6,7
	Khác	3	2,2

Nhận xét: Đa số người bệnh thuộc phân loại ASA II (93,3%). Phẫu thuật loại II chiếm tỷ lệ cao nhất (48,1%). Mổ mở được thực hiện nhiều hơn mổ nội soi (62,2% so với 37,8%). Gây mê nội khí quản và gây tê tủy sống có tỷ lệ tương đương nhau (36,3%).



Biểu đồ 1. Phân loại kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật giai đoạn hồi tỉnh (n=135)

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh có kết quả chăm sóc ở mức tốt là 80,7%, chưa tốt là 19,3%.

Bảng 3. Mối liên quan giữa kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật giai đoạn hồi tỉnh với một số đặc điểm cá nhân người bệnh (n=135)

Đặc điểm		Kết quả chăm sóc		OR (95%CI)	p
		Chưa tốt SL (%)	Tốt SL (%)		
Giới	Nam	15 (25,4)	44 (74,6)	2,01 (0,84 – 4,79)	0,110
	Nữ*	11 (14,5)	65 (85,5)		
Nhóm tuổi	≥60	10 (34,5)	19 (65,5)	2,96 (1,16-7,52)	0,018
	<60*	16 (15,1)	90 (84,9)		
Bảo hiểm y tế	Toàn phần	4 (33,3)	8 (66,7)	2,29 (0,46 – 9,46)	0,195**
	Không/ một phần*	22 (17,9)	101 (82,1)		
Tiền sử PT trước đây	Có	8 (21,1)	30 (78,9)	1,17 (0,46-2,97)	0,741
	Không*	18 (18,6)	79 (81,4)		
Bệnh mắc kèm	Có	12 (31,6)	26 (68,4)	2,74 (1,12-6,64)	0,022
	Không*	14 (14,4)	83 (85,6)		
BMI	Thiếu năng lượng	3 (27,3)	8 (72,7)	2,63 (0,37-14,14)	0,413**
	Bình thường	15 (25,0)	45 (75,0)	2,33 (0,90-5,99)	0,074
	Thừa cân/ béo phì*	8 (12,5)	56 (87,5)	1	-

**Nhóm tham chiếu; ** Fisher – Exact Test*

Nhận xét: Kết quả chăm sóc có liên quan với nhóm tuổi (p=0,018) và bệnh mắc kèm (p=0,022). Người bệnh ≥60 tuổi và có bệnh mắc kèm có tỷ lệ kết quả chăm sóc chưa tốt nhiều hơn. Chưa ghi nhận mối liên quan với giới, bảo hiểm y tế, tiền sử phẫu thuật và BMI (p>0,05).

Bảng 4. Mối liên quan giữa kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật giai đoạn hồi tỉnh với một số đặc điểm phẫu thuật (n=135)

Đặc điểm		Kết quả chăm sóc		OR (95%CI)	p
		Chưa tốt SL (%)	Tốt SL (%)		
Phân loại ASA	Độ I	0 (0,0)	7 (100,0)	-	0,184**
	Độ II, III*	26 (20,3)	102 (79,7)		
Phân loại phẫu thuật	Loại đặc biệt + Loại 1	19 (27,1)	51 (72,9)	3,08 (1,20-7,94)	0,016
	Loại 2*	7 (10,8)	58 (89,2)		
Phương pháp PT	Mở	21 (25,0)	63 (75,0)	3,07 (1,08-8,74)	0,029
	Nội soi*	5 (9,8)	46 (90,2)		
Cơ quan phẫu thuật	Cơ xương khớp	13 (39,4)	20 (60,6)	3,36 (1,09-10,28)	0,029
	Tiêu hoá*	6 (16,2)	31 (83,8)	1	-
	Khác	7 (10,8)	58 (89,2)	5,39 (1,88-15,39)	<0,001
Thời gian phẫu thuật	>120	11 (32,4)	23 (67,7)	2,74 (1,11-6,77)	0,025
	≤120*	15 (14,9)	86 (85,1)		
Phương pháp vô cảm	Gây mê Nội khí quản*	8 (16,3)	41 (83,7)	1	-
	Gây mê Mask thanh quản	2 (8,0)	23 (92,0)	0,45 (0,09–2,28)	0,479**
	Gây tê tuỷ sống	10 (20,4)	39 (79,6)	1,31 (0,47–3,67)	0,795**
	Gây tê thần kinh	5 (55,6)	4 (44,4)	6,41 (1,40–29,22)	0,020*
	Khác	1 (33,3)	2 (66,7)	2,56 (0,21–31,76)	0,442**

**Nhóm tham chiếu; ** Fisher – Exact Test*

Nhận xét: Kết quả chăm sóc giai **đoạn** hồi tỉnh có liên quan với phân loại phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật, cơ quan phẫu thuật, thời gian phẫu thuật và phương pháp vô cảm (p<0,05). Chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa phân loại ASA và kết quả chăm sóc (p>0,05).

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh ≥60 tuổi có odds kết quả chăm sóc chưa tốt cao gấp 2,96 lần so với nhóm dưới 60 tuổi (OR = 2,96; KTC 95%: 1,16–7,52; p = 0,018). Điều này có thể liên quan đến sự suy giảm dự trữ chức năng của các cơ quan và khả năng thích nghi với stress phẫu thuật ở người cao tuổi. Trong khi đó, giới tính và bảo hiểm y tế không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả chăm sóc (p > 0,05). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Bùi Thị Thu Thương và cộng sự [7] khi giới tính không phải là yếu tố tiên lượng độc lập đối với kết quả chăm sóc sau phẫu thuật, đồng thời tương đồng với nhận định của Alanazi và cộng sự [8] rằng chất lượng theo dõi và chăm sóc chuyên môn có ảnh hưởng lớn hơn các yếu tố nhân khẩu học. Như vậy, ngoài tuổi cao, các đặc điểm cá nhân khác chưa chứng minh được mối liên quan với kết quả chăm sóc hồi tỉnh.

Người bệnh có bệnh mắc kèm có nguy cơ kết quả chăm sóc chưa tốt cao gấp 2,74 lần so với nhóm không có bệnh mắc kèm (OR = 2,74; KTC 95%: 1,12–6,64; p = 0,022). Kết quả này phù hợp với thực tiễn lâm sàng vì các bệnh lý nền làm tăng nguy cơ rối loạn hô hấp, tuần hoàn và chậm hồi phục sau phẫu thuật. Kết quả cũng tương đồng với nghiên cứu của Trần Đức Thọ và cộng sự [9] và Phí Thị Nguyệt [10] về vai trò của bệnh mắc kèm đối với quá trình hồi phục sau mổ. Ngược lại, tiền sử phẫu thuật và BMI không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Đối với các yếu tố liên quan đến phẫu thuật, người bệnh thuộc nhóm phẫu thuật loại đặc biệt và loại I có nguy cơ kết quả chăm sóc chưa tốt cao gấp 3,08 lần so với nhóm phẫu thuật loại II (OR = 3,08; KTC 95%: 1,20–7,94; p = 0,016). Tương tự, người bệnh phẫu thuật mở có nguy cơ kết quả chăm sóc chưa tốt cao gấp 3,07 lần so với nhóm phẫu thuật nội soi (OR = 3,07; KTC 95%: 1,08–8,74; p = 0,029). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Bùi Thị Thu Thương và cộng sự [7]. Kết quả này cho thấy phân loại và phương pháp phẫu thuật có mối liên quan với kết quả chăm sóc hồi tỉnh trong nghiên cứu. Một số đặc điểm thường đi kèm với phẫu thuật lớn hoặc phẫu thuật mở, như mức độ xâm lấn, mất máu và thời gian gây mê, có thể góp phần giải thích mối liên quan quan sát được; tuy nhiên, nghiên cứu chưa thực hiện phân tích đa biến để hiệu chỉnh các yếu tố nhiễu nên chưa thể xác định vai trò độc lập hoặc quan hệ nhân quả của từng yếu tố. [7].

Thời gian phẫu thuật >120 phút cũng làm tăng nguy cơ kết quả chăm sóc chưa tốt lên 2,74 lần (OR = 2,74; KTC 95%: 1,11–6,77; p = 0,025), tương đồng với các nghiên cứu trước đây [7] [10] Bên cạnh đó, So với nhóm phẫu thuật tiêu hóa, người bệnh phẫu thuật cơ xương khớp có odds kết quả chăm sóc chưa tốt cao gấp 3,36 lần (OR=3,36; KTC 95%: 1,09–10,28; p=0,029), trong khi chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm cơ quan phẫu thuật khác. Một số đặc điểm của phẫu thuật cơ xương khớp, như mức độ đau sau phẫu thuật và yêu cầu phục hồi vận động, có thể góp phần giải thích kết quả quan sát được; tuy nhiên, đây chỉ là giả thuyết và nghiên cứu hiện tại chưa đánh giá vai trò độc lập của các yếu tố này. Kết quả của nghiên cứu cũng tương đồng với tác giả này khi ghi nhận sự khác biệt về thời gian hồi tỉnh giữa các phương pháp vô cảm. Ngược lại, phân loại ASA không có mối liên quan với kết quả chăm sóc (p > 0,05), có thể do phần lớn người bệnh đều thuộc ASA II nên sự khác biệt giữa các nhóm chưa được thể hiện rõ.

5. KẾT LUẬN

Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật giai đoạn hồi tỉnh đạt mức tốt ở 80,7% trường hợp, trong khi 19,3% người bệnh có kết quả chăm sóc chưa tốt. Trong phân tích đơn biến, kết quả chăm sóc có mối liên quan với nhóm tuổi, bệnh mắc kèm, phân loại phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật, cơ quan phẫu thuật, thời gian phẫu thuật và phương pháp vô cảm (p<0,05). Chưa ghi nhận mối liên quan giữa kết quả chăm sóc với giới, bảo hiểm y tế, tiền sử phẫu thuật, BMI và phân loại ASA (p>0,05). Các mối liên quan ghi nhận được là kết quả chưa hiệu chỉnh các yếu tố nhiễu; do đó, chưa thể khẳng định đây là các yếu tố nguy cơ hoặc yếu tố tiên lượng độc lập đối với kết quả chăm sóc hồi tỉnh

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Nguyễn Đình Ký, Trần Trung Kiên và cộng sự. Nghiên cứu tổng quan hệ thống về gánh nặng triệu chứng sau mổ tại Việt Nam. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2025;192(7):609-620. doi:10.52852/tcncyh.v192i7.3723.

[2] Lê Quan Anh Tuấn, Nguyễn Thị Phương Tuyên và cộng sự. Đánh giá tai biến, biến chứng sau phẫu thuật, thủ thuật theo Clavien-Dindo và chỉ số biến chứng toàn diện (CCI®) tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2026;561(1). doi:10.51298/vmj,v561i1.18083.

[3] World Health Organization. (2008). *The second global patient safety challenge: Safe surgery saves lives*. WHO Institutional Repository for Information Sharing

[4] Miskovic A, Lumb AB. Postoperative pulmonary complications. *Br J Anaesth*. 2017;118(3):317-334. doi:10.1093/bja/aex002

[5] Gan TJ. Poorly controlled postoperative pain: prevalence, consequences, and prevention. *J Pain Res*. 2017;10:2287-2298.

[6] Gan TJ, Belani KG, Bergese S, et al. Fourth Consensus Guidelines for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting. *Anesth Analg*. 2020;131(2):411-448. doi:10.1213/ANE.0000000000004833

[7] Bùi Thị Thu Thương, Phí Thị Nguyệt, Phạm Quốc Đạt. Kết quả theo dõi và chăm sóc giai đoạn hồi tỉnh người bệnh sau phẫu thuật điều trị ung thư buồng trứng tại Khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện K. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2025;66(7 CD):1-7.

[8] Azizah Hajji Kharman Alanazi, Aliaa Mouffi Alhazmi, Fasel Battah Alruwaili, et al. Nursing Care for Patients Before and After Surgery: Strategies to Ensure Safe and Effective Recovery. *Gland Surgery*. 2024;13(2):478-485.

[9] Trần Đức Thọ, Trần Đắc Thành, Lê Ngọc Anh, Bùi Thị Thủy, Trần Thúy Vân. Nhận xét kết quả chăm sóc giai đoạn hồi tỉnh người bệnh sau phẫu thuật Robot xử trí các khối u trong ổ bụng tại Bệnh viện K. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2025;66(7 CD):54-59

[10] Phí Thị Nguyệt, Vũ Phương Thảo, Bùi Thị Thu Thương. Chăm sóc hồi tỉnh người bệnh sau phẫu thuật cắt thùy phổi điều trị ung thư phổi tại Bệnh viện K Tân Triều năm 2023. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;538(2):111-115.