

2. Hải lòng về lãnh đạo trực tiếp, đồng nghiệp

Tỉ lệ hải lòng của NVYT về lãnh đạo trực tiếp, đồng nghiệp là 94,4%, tương đương với Bệnh viện Đa khoa Thái Bình (2019) là 96,6%[2], cao hơn Bệnh viện Bạch Mai (2019) là 76,6%[1]. Sự khác biệt có thể cơ chế của mỗi bệnh viện khác nhau. Có thể do Bệnh viện Chợ Rẫy nằm ở khu vực có nền văn hóa hội nhập với phương tây hoặc do văn hóa của người miền Nam nên có sự cởi mở, hòa đồng hơn so với miền Bắc.

Kết quả định tính cũng tương đồng khi PVS thì hầu hết NVYT đều cho rằng mối quan hệ đồng nghiệp và nhân viên với lãnh đạo trong bệnh viện là thân thiện, đoàn kết. Là một tập thể đoàn kết, thống nhất vì mục tiêu chuyên môn phát triển bền vững, là một bệnh viện tuyến cuối của 37 tỉnh, thành phố phía Nam trực thuộc Bộ Y tế Việt Nam. Sự thống nhất, đồng lòng, của ê kíp hỗ trợ chuyên môn trong lĩnh vực chăm sóc người bệnh. Thông tin PVS cho biết bệnh viện Lãnh đạo bệnh viện nói chung và lãnh đạo các đơn vị nói riêng luôn lắng nghe, quan tâm giải quyết các tâm tư, nguyện vọng của nhân viên trong việc phát triển kỹ thuật mới, sáng kiến hay cải tiến khoa học.

3. Hải lòng về quy chế nội bộ, tiền lương, phúc lợi

Tỉ lệ hải lòng cao nhất là về quy chế nội bộ, tiền lương, phúc lợi (91,3%), cao hơn đánh giá tại BV Bạch Mai là 61,6% [1], Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình là 97,0% [2]. Sự khác nhau về kết quả đánh giá có thể do cơ chế tài chính của mỗi cơ sở, trong tình hình tự chủ tài chính hiện nay thì các bệnh viện đều xây dựng mô hình, phương thức tự chủ riêng để đảm bảo nguồn ngân sách thu, chi cho từng cơ sở.

Về lương thưởng thì trong các đơn vị tham gia xây dựng ISO gồm có phòng chức năng, khoa lâm sàng và cận lâm sàng. Có sự khác biệt giữa lương của NVYT nhóm làm việc tại phòng chức năng với nhóm làm việc tại các khoa lâm sàng, cận lâm sàng. Một số nghiên cứu cũng đã cho thấy yếu tố tài chính ảnh hưởng đến mức độ hải lòng công việc của NVYT [4], [6], [5]. Tuy nhiên trên thực tế đối với thu nhập thì NVYT các phòng chức năng trong tham gia xây dựng ISO kém hải lòng hơn các khối lâm sàng, cận lâm sàng. Hải lòng nhất là ở các khoa lâm sàng và cận lâm sàng tham gia xây dựng ISO có thể không phải vì xây dựng ISO rồi thì tăng tiền lương mà trước đó là thu

nhập của họ cũng đã cao hơn, khi xây dựng ISO là thêm một phần của công việc, bắt buộc phải thực hiện theo.

4. Hải lòng về về công việc, cơ hội học tập và thăng tiến

Tỉ lệ hải lòng về cơ hội học tập và thăng tiến (93,4%) về công việc, tương đương với Bệnh viện Thái Bình là 96,2% [2], cao hơn Bệnh viện Bạch Mai (2019) là 70,0%[1]. Mặc dù cùng dùng bộ công cụ của BYT để đánh giá sự hải lòng của NVYT nhưng các nghiên cứu cho tỷ lệ khác nhau điều này có thể do sự khác nhau về địa điểm, đối tượng nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số NVYT đều cho rằng họ hải lòng về vấn đề đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn và quy chế bổ nhiệm chức danh lãnh đạo công bằng dân chủ của bệnh viện. Tỷ lệ thấp nhất là tiêu mục về khối lượng công việc được giao chưa phù hợp (90,6%). Kết quả định tính cũng cho thấy việc phân công công việc không phù hợp làm NVYT cảm thấy không hải lòng trong công việc giảm động lực làm việc. Điều này cho thấy cần có kế hoạch rà soát lại các vị trí việc làm, lắng nghe các ý kiến của NVYT để có thể làm tốt hơn nữa. Giúp NVYT say mê với công việc, tăng động lực làm việc.

5. Hải lòng toàn diện

Tỉ lệ hải lòng toàn diện của NVYT trong nghiên cứu đạt tỉ lệ khá cao là 72,1%, nhưng vẫn thấp hơn các nghiên cứu khác tại Bệnh viện Bạch Mai tỉ lệ này là 87,5%[1], tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình là 96,6%[2], Bệnh viện Tim Hà Nội là 85,4% [3]. Tỷ lệ hải lòng của NVYT của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu khác sự khác nhau có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chỉ là mấy đơn vị của bệnh viện, còn hai nghiên cứu trên được tiến hành trên toàn bệnh viện.

6. Một số yếu tố ảnh hưởng đến sự hải lòng của NVYT tại các khoa, phòng triển khai ISO 9001:2015, Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2020

Nghiên cứu tại Serbia (2016) cho thấy các yếu tố liên quan đến sự hải lòng công việc tuổi (những người lớn hơn 40 tuổi có mức độ hải lòng cao hơn)[7]. Điều này có thể giải thích, về độ tuổi dưới 40 tuổi trong nghiên cứu này chiếm 34,8%, đây là đội ngũ cán bộ ở độ tuổi này còn trẻ, được tuyển dụng dưới 5 năm trở lại. Đây được xem là nguồn nhân lực có tiềm năng phát triển bởi lẽ họ đã tích lũy kiến thức và kinh nghiệm để phục vụ cho công việc, bên cạnh đó, họ còn có sức khỏe và nhiệt huyết. Tuy nhiên ở

độ tuổi này nhiều NVYT mới công tác nên cũng thiếu kinh nghiệm; cần phải được đơn vị cử đi đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn; đây cũng là điều kiện thuận lợi nhưng cũng là điều kiện khó khăn của đơn vị. Còn lại nhóm từ 35 tuổi trở lên đây cũng là độ tuổi các NVYT đã đúc kết được nhiều kinh nghiệm thông qua công tác lâm sàng, cứu chữa cho người bệnh, công việc ổn định, thường công tác tại các vị trí chuyên ngành sâu, ít có sự thay đổi trong công việc, an tâm công tác hơn. Mặt khác khi tuổi càng cao, thời gian công tác trong ngành càng nhiều thì thu nhập, chế độ đãi ngộ càng cao theo thâm niên công tác, vì vậy họ dễ hài lòng hơn. Điều này cho thấy cần có chế tài về thu nhập, khen thưởng, đào tạo, phát triển đối với các NVYT trẻ để họ hài lòng hơn.

Nhóm NVYT có trình độ từ đại học trở xuống chiếm 84,3%, trong đó tỉ lệ trung cấp là 28,9%, tại các đơn vị triển khai ISO trong nghiên cứu này có 6 khoa lâm sàng, cận lâm sàng. Đây là vấn đề mà bệnh viện cần quan tâm, để nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, ngoài việc trang bị thêm máy móc TTB; thì việc đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn cho nhân viên y tế là rất cần thiết; khi NVYT có trình độ thì mới có khả năng triển khai các dịch vụ kỹ thuật mới, kỹ thuật cao nhằm thu hút người bệnh đến khám và chữa bệnh tại bệnh viện. Thông tin định tính cho thấy NVYT có trình độ sau đại học thì theo quy chế chi tiêu nội bộ chế độ lương, phụ cấp thì cao hơn so với nhóm từ đại học trở xuống, bên cạnh đó nhóm này là nhóm được đào tạo chuyên sâu, là những cán bộ cốt lõi của đơn vị. Tất cả những điều này cho thấy nhóm đối tượng sau đại học dễ dàng được bổ nhiệm hơn, thu nhập tốt hơn vì vậy mà họ hài lòng hơn. Bệnh viện cần có chế độ khen thưởng đột xuất, cơ chế động viên những cán bộ trẻ, có trình độ chuyên môn dưới đại học để họ thêm cam kết, động lực làm việc hơn với đơn vị.

KẾT LUẬN

Tỉ lệ hài lòng toàn diện của NVYT tại 09 đơn vị trên 287 NVYT đạt tỉ lệ là 72,1%. Yếu tố cá nhân: nhóm tuổi dưới 35 tuổi, có thời gian công tác ngành y dưới 5 năm, thời gian làm việc tại bệnh viện dưới 5 năm, có trình độ chuyên môn từ đại học trở xuống thì thấy không hài lòng hơn so với các nhóm từ 35 trở lên, công tác trong ngành y, có thời gian làm việc tại bệnh viện từ 5

năm trở lên, có trình độ sau đại học và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

KIẾN NGHỊ

Cần triển khai mở rộng ISO 9001:2015 cho các đơn vị khác trong bệnh viện

Có chế tài khuyến khích, thu hút nguồn lực là NVYT trẻ dưới 35, thời gian hành nghề dưới 5 năm và có trình độ từ đại học trở xuống.

Bổ sung và đồng bộ các trang thiết bị để phục vụ tốt cho công tác chuyên môn và chăm sóc bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Bạch Mai** (2019), *Báo cáo khảo sát sự hài lòng của nhân viên y tế năm 2019*, Phòng Quản lý chất lượng, chủ biên.

2. **Bệnh viện Đa khoa Thái Bình** (2019), *Báo cáo khảo sát sự hài lòng của nhân viên y tế năm 2019*, Phòng Quản lý chất lượng, chủ biên.

3. **Bệnh viện Tim Hà Nội** (2018), *Báo cáo số 2314/BC-BVT về kết quả khảo sát mức độ hài lòng của cán bộ, nhân viên làm việc tại Bệnh viện Tim Hà Nội năm 2018*.

4. **Hồ Ngọc Thành** (2016), *Động lực làm việc của nhân viên y tế và một số yếu tố ảnh hưởng*, Bệnh viện Đa khoa huyện Tam Nông, Đồng Tháp năm 2016, Thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.

5. **Nguyễn Việt Tuấn** (2018), *Động lực làm việc của điều dưỡng và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Ngọc Lặc tỉnh Thanh Hoá năm 2018*, Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện – Trường Đại học Y tế Công cộng.

6. **Marjolein Dieleman et al.** (2003), "Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam", *Human Resources for Health*. 1(1), tr. 10.

7. **N. B. Kuburović et al.** (2016), "Determinants of job satisfaction of healthcare professionals in public hospitals in Belgrade, Serbia—Cross-sectional analysis", *Srp Arh Celok Lek*. 144(3-4), tr. 165-73.

8. **D. Yilkal Fentie and H. Enyew Ashagrie** (2018), "Job Satisfaction and Associated Factors among Anesthetists Working in Amhara National Regional State, Northwest Ethiopia, May 2017: A Multicenter Cross-Sectional Study". 2018, tr. 6489674.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG DỊCH VỤ CHĂM SÓC TRƯỚC SINH CỦA BÀ MẸ CÓ CON DƯỚI 1 TUỔI TẠI HUYỆN NÔNG SƠN, QUẢNG NAM

DOÃN NGỌC ĐỊNH¹, NGUYỄN THỊ HOÀI THU¹,
BÙI THỊ HẠNH², LÊ THỊ LỆ TRINH²,
NGÔ THỊ HỒNG LĨNH², NGÔ ĐỨC MINH²,
NGUYỄN ĐÌNH DŨNG², TRẦN HỮU TIẾN ĐẠT²
¹Trường Đại học Y Hà Nội
²Trường Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng

TÓM TẮT

Nghiên cứu thực trạng sử dụng dịch vụ chăm sóc trước sinh của bà mẹ có con dưới 1 tuổi được thực hiện trên 347 bà mẹ có con dưới 1 tuổi tại huyện Nông Sơn, tỉnh Quảng Nam. Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng tỷ lệ bà mẹ được khám thai đủ 4 lần chỉ chiếm 58,5% trong tổng số bà mẹ phỏng vấn, tỷ lệ bà mẹ sử dụng đầy đủ các dịch vụ xét nghiệm và tiêm chủng cần thiết khi mang thai chỉ chiếm 59,8%; tỷ lệ bà mẹ được thăm khám lâm sàng đủ chỉ chiếm 43,8% trong tổng số bà mẹ trả lời; tỷ lệ bà mẹ đi siêu âm trên 3 lần trong suốt quá trình mang thai chiếm 49% tổng số bà mẹ trả lời phỏng vấn.

Từ khóa: trước sinh, chăm sóc sức khỏe, Việt Nam.

SUMMARY

CURRENT SITUATION ON THE PRENATAL HEALTH CARE UTILIZATION AMONG NEW MOTHERS IN THE MOUNTAINOUS DISTRICT

WHO recommended that pregnancy women should have at least having 4 times of prenatal care visiting in order to immunization, screen checking during pregnancy period but the utilization of using prenatal care is still low in countryside in Vietnam.

This study conducted in total of 347 women who have children under 1 year old in Nong Son, Quang Nam in 2019. In overall, 347 women participated in this study. The study shows that 58.5% of those women who have adequate utilization of prenatal care, 59.8%

Chịu trách nhiệm: Trần Hữu Tiến Đạt

Email: thtd.dumtp@gmail.com

Ngày nhận: 06/7/2020

Ngày phản biện: 10/8/2020

Ngày duyệt bài: 04/9/2020

have adequate vaccination & testing services, 43.8% have adequate services of background check but 49% of those have more than 3 times of using ultrasound screening.

Keywords: prenatal, health care utilization, Vietnam

ĐẶT VẤN ĐỀ

Các dịch vụ chăm sóc trước sinh cho bà mẹ và trẻ em đóng vai trò quan trọng trong chiến lược dự phòng các biến chứng khi mang thai. Theo WHO, mỗi phụ nữ khi mang thai được khuyến nghị khám thai ít nhất 4 lần. Các nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam chỉ ra rằng việc khám thai và sử dụng các dịch vụ chẩn đoán, xét nghiệm trước sinh có tác dụng ngăn ngừa tai biến khi sinh, sàng lọc các bệnh cho bà mẹ và thai nhi khi sinh. Việc sử dụng dịch vụ chăm sóc trước sinh của phụ nữ mang thai còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tính sẵn có của các dịch vụ, khả năng tiếp cận về địa lý, rào cản về xã hội, văn hóa đối với việc sử dụng các dịch vụ chăm sóc trước sinh. Tỷ lệ thai phụ ở nông thôn được khám thai và cung cấp các dịch vụ xét nghiệm, chẩn đoán cũng thấp hơn so với tại thành thị. Nghiên cứu được thực hiện tại huyện Nông Sơn, tỉnh Quảng Nam nhằm tìm hiểu về hành vi sử dụng dịch vụ chăm sóc trước sinh và một số yếu tố liên quan.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Nhóm phụ nữ có con dưới 1 tuổi đang sinh sống trên địa bàn huyện Nông Sơn, tỉnh Quảng Nam

Tiêu chuẩn đối tượng nghiên cứu

Bà mẹ có con nhỏ dưới 1 tuổi tính tại thời điểm phỏng vấn, đủ sức khỏe và có khả năng nghe đọc tiếng Việt

Sinh sống tại địa bàn huyện Nông Sơn ít nhất 6 tháng trong thời gian mang thai vừa rồi và có thể tiếp cận được trong khoảng thời gian thu thập thông tin từ 12/2018 đến 7/2019.

Chấp nhận tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu

Không thỏa mãn tiêu chuẩn về đối tượng nghiên cứu.

Không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc

2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu nghiên cứu là 347 bà mẹ có con dưới 1 tuổi tại huyện năm 2019 [2].

Phương thức chọn mẫu

Sử dụng phương thức chọn mẫu toàn bộ

Phương pháp xử lý, phân tích số liệu

Sử dụng các phương pháp thống kê mô tả và các mô hình hồi quy để xác định mối liên quan giữa việc sử dụng các dịch vụ chăm sóc trước sinh với các yếu tố liên quan

Các kiểm định, phân tích mô tả được thực hiện trên phần mềm stata 14.0

Đạo đức nghiên cứu

Kết quả của nghiên cứu này hoàn toàn phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học. Nghiên cứu không bao hàm các can thiệp y học đến đối tượng nghiên cứu. Các thông tin mà đối tượng nghiên cứu chia sẻ được mã hóa và loại bỏ danh tính trước khi được công bố nhằm đảm bảo tính riêng tư của các đối tượng nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Mô tả đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tên biến	n	%
Tổng số ĐTNC	347	100
Tuổi		
Mean ± SD	31,3 ± 7,0	
Tuổi kết hôn		
Mean ± SD	22,5 ± 6,1	
Dân tộc		
Thiểu số	50	16
Kinh	264	84
Tình trạng kinh tế		
Nghèo & cận nghèo	122	36,9
Trung bình & trên trung bình	209	63,1

Trình độ học vấn		
Trên đại học	15	4,32
TC, cao đẳng, đại học	177	51,1
THPT	79	22,7
THCS	37	10,7
Tiểu học	24	9,9
Mù chữ	15	4,32
Nghề nghiệp		
Nông dân	28	8,1
Lao động phổ thông/buôn bán tự do	128	37
Công chức, viên chức	135	39,0
Thất nghiệp/ sinh viên/nội trợ	55	2,9

Tổng đối tượng được phỏng vấn là 347 với độ tuổi trung bình là 31,3 tuổi với tuổi kết hôn là 22,5 tuổi, đa số các đối tượng nghiên cứu nằm trong nhóm tuổi 19-35 với 84% các đối tượng là người Kinh, 16% các đối tượng nghiên cứu là người dân tộc thiểu số, tỷ lệ người nghèo và cận nghèo trong nghiên cứu là 36,8%.

Bảng 2. Thực trạng sử dụng dịch vụ chăm sóc trước sinh của phụ nữ có con dưới 1 tuổi tại Nông Sơn

Sử dụng các dịch vụ chăm sóc trước sinh	n	%
Số lần khám thai		
Chưa đi khám đủ 4 lần	144	41,5
Đi khám đủ 4 lần	203	58,5
Tiêm chủng & xét nghiệm khi khám thai		
Tiêm phòng và xét nghiệm đủ	137	59,8
Chưa tiêm phòng và xét nghiệm đủ	92	40,2
Số lần siêu âm		
1-3 lần	165	50,6
Trên 3 lần	187	49,4
Thăm khám lâm sàng		
Được thăm khám lâm sàng đủ	141	43,8
Chưa được thăm khám lâm sàng đủ	181	56,2

Tỷ lệ khám thai đủ 4 lần chỉ chiếm 58,5%; tỷ lệ tiêm chủng và xét nghiệm khi khám thai đầy đủ chỉ chiếm 59,8%, tỷ lệ thăm khám lâm sàng đầy đủ chỉ chiếm 43,8%.

Bảng 3. Thực trạng sử dụng các dịch vụ khám thai của bà mẹ có con dưới 1 tuổi tại huyện Nông Sơn

Sử dụng các dịch vụ chăm sóc trước sinh		Số lượng (n)	Tỷ lệ	Nơi sử dụng (%)				
				TYT	BVĐK /TTYT huyện	BVĐK tỉnh/tp/tw	Phòng khám/BV tư	Khác
Tiêm phòng uốn ván	Có	295	94,25	73,7	11,3	7,5	6,4	1,1
	Không	18	5,8					
Uống bổ sung vitamin	Có	279	90,9	50,8	12,6	8,5	19,5	8,5
	Không	28	9,1					
Uống bổ sung viên sắt	Có	299	95,2	59,1	11,2	8,9	9,6	11,2
	Không	15	4,8					
Tiêm phòng viêm gan B	Có	156	59,8	19,1	38,2	14,4	9,8	18,5
	Không	105	40,2					
Xét nghiệm giang mai	Có	83	59,8	15,9	15,9	23,0	10,2	35,0
	Không	147	36,1					
Xét nghiệm HIV	Có	136	55,1	16,8	26,5	24,1	13,3	19,3
	Không	111	44,9					
Xét nghiệm hàm lượng sắt trong máu	Có	146	57,7	14,0	26,9	23,4	17,5	18,1
	Không	107	42,3					
Thử protein nước tiểu	Có	203	75,7	23,8	33,8	19,5	15,2	7,6
	Không	65	24,3					
Xét nghiệm đường huyết	Có	171	64,3	14,1	32,5	22,5	16,2	14,6
	Không	95	35,7					
Khám sàng lọc bất thường	Có	188	70,9	12,3	31,3	27,1	20,0	9,2
	Không	77	29,1					
Các xét nghiệm hóa sinh khác	Có	21	12,2	7,1	7,1	1,4	11,4	72,9
	Không	152	87,8					

Các nhóm dịch vụ nằm trong chương trình tiêm chủng quốc gia như tiêm phòng uốn ván, uống bổ sung vitamin, uống bổ sung viên sắt chiếm tỷ lệ cao >90% và chủ yếu thực hiện ở TYT và BVĐK/TTYT huyện, các nhóm dịch vụ tự nguyện khác như xét nghiệm viêm gan B, HIV, protein nước tiểu, xét nghiệm đường huyết có tỷ lệ từ 60-70%.

Bảng 4. Thực trạng sử dụng dịch vụ thăm khám lâm sàng với các bà mẹ có con dưới 1 tuổi tại huyện Nông Sơn

Loại dịch vụ	n	%
Đo chỉ số huyết áp	304	94,4
Xác định tuần thai	293	91,0
Hỏi về tiền sử viêm gan, giang mai, HIV/AIDS	171	53,1
Đo vòng bụng	261	81,1
Hỏi về tiền sử tiểu đường	219	68,0
Đo trọng lượng mẹ	238	73,9
Xác định phù	215	66,8
Xác định tim thai	286	88,8
Chiều cao mẹ	201	62,4
Xác định ngôi thai (bình thường/ dị biệt)	242	75,2
Theo dõi tiêm phòng uốn ván	246	76,4

BÀN LUẬN

Nghiên cứu tiến hành phỏng vấn trên toàn bộ các đối tượng bà mẹ có con dưới 1 tuổi tại huyện Nông Sơn, tỉnh Quảng Nam. Tổng số bà mẹ được phỏng vấn là 347 bà mẹ với độ tuổi trung bình của các bà mẹ là 31,3 và tuổi kết hôn trung bình là 22,5 tuổi. Đa phần các đối tượng nghiên cứu là người Kinh chiếm 84%, số còn lại thuộc các dân tộc thiểu số như Cơ Tu, Xơ Đăng...

Tỷ lệ hộ nghèo trong đối tượng nghiên cứu chiếm 13%; đa số có trình độ học vấn từ THPT trở lên, tỷ lệ không biết chữ chiếm 4,3%; chủ yếu các đối tượng nghiên cứu làm nghề lao động phổ thông, công chức, viên chức hoặc nội trợ. Đa phần các bà mẹ nằm trong các gia đình cơ bản với từ 2-4 người trong đó đa phần sống cùng bố mẹ chồng (58%), hơn 1/3 số bà mẹ sống cùng với gia đình bố mẹ đẻ (35,1%). Tỷ lệ bà mẹ có bảo hiểm y tế là 91%, thời gian trung bình là 23,1, hơn 1/2 số bà mẹ có thể tiếp cận được TYT trong khoảng 15 phút; gần 1/3 số bà mẹ có thể tiếp cận được TYT, CSYT gần nhất với khoảng thời gian trên 30 phút. Trong một số nghiên cứu, khoảng cách và việc có thể bảo hiểm y tế đóng vai trò quan trọng trong quyết định sử dụng dịch vụ y tế trước sinh của phụ nữ [3].

Số lần mang thai trung bình của các bà mẹ trong nghiên cứu là 1,9 với số lần mang thai cao nhất là 5. Khoảng 3/4 số bà mẹ trong nghiên cứu sinh thường (73,2%). Theo tiêu chuẩn mới của WHO[4], mỗi bà mẹ khi có thai cần phải khám tối thiểu 4 lần, tỷ lệ các bà mẹ có thai đi khám thai từ 4 lần trở lên theo khuyến cáo của WHO chiếm 60,8%, thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn ĐăngVững tại Hà Nam [5], nhưng cao hơn trong nghiên cứu của Trinh và cộng sự thực hiện năm 2006 tại 3 tỉnh Long An, Bến Tre, Quảng Ngãi [6] điều này có thể cho thấy khi áp dụng các tiêu chuẩn mới về tối thiểu 4 lần khám thai có thể làm giảm tỷ lệ số bà mẹ được khám thai đầy đủ dưới cơ sở. Về kế hoạch mang thai, có 28,5% số bà mẹ không có kế hoạch mang thai lần này trong đó khoảng 30% do đã dùng biện pháp tránh thai nhưng thất bại, 23% bị thuyết phục bởi gia đình và 23% do muốn sinh con trai nên đã có thai lần này mặc dù không có kế hoạch từ trước. 73,1% số bà mẹ biết được thời gian sinh và có kế hoạch về nơi sinh.

Về các dịch vụ chăm sóc trước sinh như tiêm chủng, xét nghiệm: tỷ lệ bà mẹ được tiêm phòng uốn ván, uống bổ sung vitamin và uống bổ sung viên sắt đều đạt trên 90% (lần lượt 94,25%; 90,88%; 95,22%); khoảng 2/3 số bà mẹ được xét nghiệm đường huyết thai kỳ; 3/4 số bà mẹ được thử protein nước tiểu và khám sàng lọc bất thường (tỷ lệ lần lượt là 64,29; 75,75; 70,94). Tỷ lệ bà mẹ được xét nghiệm giang mai, viêm gan B, HIV, lần lượt là 36,09; 59,77; 55,06. Tỷ lệ phụ nữ có thai được xét nghiệm HIV trong nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Hạnh cùng cộng sự thực hiện năm 2011 với 45% [7]

Nơi các bà mẹ sử dụng dịch vụ chăm sóc trước sinh có sự khác biệt theo nhóm các dịch vụ: Những dịch vụ tiêm chủng thường được các bà mẹ dùng ở TYT trong khi các dịch vụ xét nghiệm khác thì được các bà mẹ dùng ở BVĐK/TTYT hoặc phòng khám tư.

Trong nghiên cứu này, tuổi kết hôn, dân tộc và học vấn có mối liên quan đến số lần khám thai của bà mẹ. Những bà mẹ có tuổi kết hôn dưới 18 tuổi có số lần khám thai ít hơn 2,8 lần so với bà mẹ kết hôn trên 18 tuổi. Những bà mẹ có trình độ THCS-THPT có số lần khám thai cao hơn 3,36 lần so với bà mẹ có trình độ từ tiểu học trở xuống, bà mẹ có trình độ trên THPT có số lần khám thai cao hơn 2,2 lần. Phụ nữ có tình trạng kinh tế nghèo và cận nghèo có số lần khám thai thấp hơn 1,3 lần so với phụ nữ trung bình và trên trung bình. Kết quả này cũng tương tự như trong

nhiều nghiên cứu khác[3] [8], theo đó phụ nữ có học vấn khám thai cao hơn 2,78 lần phụ nữ không có học vấn, phụ nữ dân tộc Kinh khám thai hơn 3,51 lần so với phụ nữ dân tộc thiểu số. Tình trạng kinh tế cũng là một trong những nguyên nhân khiến phụ nữ ít khám thai[9] [10] trong nghiên cứu này phụ nữ thuộc diện nghèo khám thai ít hơn 2,62 lần so với phụ nữ không thuộc nhóm trên.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ phụ nữ sử dụng các dịch vụ chăm sóc trước sinh tại huyện Nông Sơn chưa được cao, cần có các hoạt động truyền thông về tầm quan trọng của khám thai và chăm sóc trước sinh cho người dân trên địa bàn huyện cũng như có những chính sách hỗ trợ bà mẹ có con sử dụng dịch vụ khám thai được đầy đủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Khánh Toàn, Nguyễn Hoàng Long**, *Sử dụng dịch vụ chăm sóc trước sinh của phụ nữ Ba Vì qua theo dõi dọc từ 2005 đến 2011*. Tạp chí Nghiên cứu Y học,. 91(5).
2. **TTYT huyện Nông Sơn**, *Báo cáo tình hình chăm sóc sức khỏe sinh sản và cải thiện tình trạng dinh dưỡng trẻ em huyện Nông Sơn, Quảng Nam*. 2018.
3. **Horan, A.S. and H. Kim**, *Access to Health Insurance and Prenatal Care on Low-Income Pregnant Women's Nutritional Status*. The FASEB Journal, 2017. 31(1_supplement): p. 960.8-960.8.
4. **WHO**, *recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health 2015*.
5. **Nguyễn Đăng Vững, Nguyễn Hà Giang**, *Thực trạng sử dụng một số dịch vụ chăm sóc trước sinh và một số yếu tố liên quan các bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại 2 xã ở huyện Duy Tiên, tỉnh Hà Nam, năm 2013*.
6. **Trinh, L.T.T., M.J. Dibley, and J. Byles**, *Antenatal Care Adequacy In Three Provinces Of Vietnam: Long An, Ben Tre, And Quang Ngai*. Public Health Reports, 2006. 121(4): p. 468-475.
7. **Hanh, N.T., T.M. Gammeltoft, and V. Rasch**, *Number and timing of antenatal HIV testing: evidence from a community-based study in Northern Vietnam*. BMC Public Health, 2011. 11: p. 183.
8. **Goland, E., D.T.P. Hoa, M. Målqvist**, *Inequity in maternal health care utilization in Vietnam*. International Journal for Equity in Health, 2012. 11: p. 24-24.
9. **Dhakal, S., et al.**, *Utilisation of postnatal care among rural women in Nepal*. BMC Pregnancy and Childbirth, 2007. 7: p. 19-19.
10. **Bui, Q.T., C. Le Linh, Z. Rahman**, *Child health status and maternal and child care in Quangtri Province, Vietnam*. Asia Pac J Public Health, 2008. 20 Suppl: p. 228-35.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ CỦA ĐIỀU DƯỠNG NGOẠI KHOA VỀ LIỆU PHÁP OXY BẰNG GỌNG MŨI TRÊN NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

ĐỖ THỊ MINH QUYẾT¹, NGUYỄN HỮU TÚ²,
PHÙNG THỊ HUYỀN³, TRƯƠNG QUANG TRUNG³
^{1,2}Bệnh viện Phục hồi Chức năng Thành phố Đà Nẵng
²Trường Đại học Y Hà Nội; ³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 118 điều dưỡng viên làm việc tại 9 khoa hệ Ngoại của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội với mục tiêu (1) mô tả mức độ kiến thức, thái độ của điều dưỡng khối Ngoại khoa về liệu pháp oxy bằng gọng mũi trên người bệnh sau phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và (2) phân tích một số yếu tố liên quan đến mức độ kiến thức và thái độ trên. Kết quả cho thấy 73% điều dưỡng có kiến thức đạt và 97% điều dưỡng có thái độ tích cực về áp dụng liệu pháp oxy cho người bệnh sau phẫu thuật. Kiến thức của Điều dưỡng về liệu pháp oxy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với đặc điểm đào tạo, cập nhật hướng dẫn thế giới và áp dụng hướng dẫn vào lâm sàng. Kết luận: Kiến thức, thái độ của điều dưỡng khối Ngoại khoa về liệu pháp oxy bằng gọng mũi trên người bệnh sau phẫu thuật đạt tỷ lệ cao.

Từ khóa: Kiến thức, thái độ, liệu pháp oxy, điều dưỡng.

SUMMARY

The cross-sectional descriptive study was conducted among 118 nurses working in 9 Surgical departments of Hanoi Medical University Hospital to (1) describe the level of knowledge and attitude of nurses in Surgical Departments on nasal oxygen therapy for postoperative patients at Hanoi Medical University Hospital and (2) analyse some factors related to the level of knowledge and attitude of those nurses. The results showed that 73% of

nurses had achieved adequate knowledge and 97% of nurses had a positive attitude about applying oxygen therapy to patients after surgery. Nurses' knowledge of cuoxygen therapy was statistically associated with training characteristics, updated world guidance, and clinical application. Conclusion: The rate of knowledge and attitude of surgical nurses in Surgical Department about oxygen therapy with the nasal passages of patients after surgery is high.

Keywords: Knowledge, attitude, oxygen therapy, nursing.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Biến chứng sau phẫu thuật liên quan đến đường hô hấp là nguyên nhân gây tử vong thường gặp nhất. Tỷ lệ biến chứng hô hấp sau mổ dao động từ 2- 40%[2]. Phòng hồi tỉnh sau mổ và chăm sóc sau mổ ở các khoa Ngoại có tầm quan trọng rất lớn trong việc phòng ngừa và quản lý các biến chứng sau phẫu thuật, trong đó hạ oxy máu là 1 trong những biến chứng cần được quan tâm. Trong môi trường Y tế, liệu pháp oxy là phương pháp điều trị thường được sử dụng cho bệnh nhân. Do đó điều quan trọng là các nhân viên y tế cần phải có kiến thức về sinh lý và sinh lý bệnh liên quan, cùng với việc sử dụng các thiết bị oxy an toàn và hiệu quả, theo dõi bệnh nhân và tuân thủ việc thực hiện y lệnh của Bác sĩ trong thực hành về liệu pháp oxy. Theo hiểu biết tốt nhất của tôi trên thế giới đã có một vài nghiên cứu đánh giá về kiến thức, thái độ của nhân viên Y tế về liệu pháp oxy, trong đó có 1 nghiên cứu được thực hiện vào năm 2015, tại Addis Ababa, Ethiopia, cho thấy khoảng cách rõ ràng trong kiến thức, thái độ của điều dưỡng và đề cập đến một số yếu tố liên quan như là: thiếu hướng dẫn về liệu pháp oxy,

Chịu trách nhiệm: Đỗ Thị Minh Quyết
Email: dothiminhquyet1992@gmail.com
Ngày nhận: 08/7/2020
Ngày phản biện: 13/8/2020
Ngày duyệt bài: 14/9/2020

đào tạo không đầy đủ, khối lượng công việc nặng nề và các thiết bị cung cấp oxy không đủ[5]. Hiện tại không có nghiên cứu nào được thực hiện ở Việt Nam để đánh giá kiến thức, thái độ của các điều dưỡng về liệu pháp oxy đối với bệnh nhân sau phẫu thuật. Vì vậy, cùng với việc dựa trên quyết định 1904 của Bộ Y tế về hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành hồi sức tối tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

1. *Mô tả mức độ kiến thức, thái độ của điều dưỡng khối Ngoại về liệu pháp oxy bằng gọng mũi trên người bệnh sau phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2019*

2. *Phân tích một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ của điều dưỡng Ngoại khoa về liệu pháp oxy.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

2. Đối tượng nghiên cứu

Điều dưỡng đang làm việc tại các khoa Ngoại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu

- Điều dưỡng được ký hợp đồng làm việc tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội công tác tại 9 khoa hệ ngoại (Khoa Gây mê hồi sức và chống đau, Khoa Ung bướu & Chăm sóc giảm nhẹ, Khoa Tai mũi họng, Khoa Răng hàm mặt, Khoa Ngoại Sọ não – Cột sống, Ngoại Khoa Ngoại tổng hợp, Khoa Ngoại tiết niệu - Nam học, Khoa Phẫu thuật Tạo hình thẩm mỹ, Khoa chấn thương chỉnh hình - Y học thể thao).

- Có mặt tại thời điểm thu thập số liệu từ tháng 8/2019 - 9/2019.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Điều dưỡng đang trong đi học, thai sản hoặc bố trí sang làm việc tạm thời ở các khoa hệ nội.

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện được sử dụng nhằm mời Điều dưỡng tham gia trả lời nghiên cứu với cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả cắt ngang là 118 điều dưỡng.

3. Công cụ khảo sát

Bộ câu hỏi thu thập số liệu gồm 3 phần. Phần 1 thu thập các thông tin về nhân khẩu học (tuổi, giới, trình độ đào tạo...) và các nội dung liên quan quan đến đặc điểm đào tạo liên quan đến liệu pháp oxy.

Phần 2 là khảo sát kiến thức của điều dưỡng về liệu pháp oxy của nhóm tác giả Desalu, Aladesanmi, Ojuawo đăng trên tạp chí khoa học Plos One. Bộ công cụ này được tính toán độ tin cậy và công bố vào 4/2/2019 [3]. Bộ công cụ

được dịch sang tiếng anh, sau đó được dịch lại bằng tiếng việt và được hai chuyên gia đánh giá, chỉnh sửa bộ câu hỏi phù hợp với Việt Nam. Bộ câu hỏi đánh giá kiến thức gồm 2 phần trong đó có 17 câu hỏi lựa chọn đáp án đúng hoặc sai (bao gồm quan niệm về liệu pháp oxy, kiến thức về hạ oxy máu, chỉ định sử dụng liệu pháp oxy) và 8 câu hỏi lựa chọn đáp án đúng nhất (bao gồm các nội dung về các nội dung ghi chép trong hồ sơ bệnh án, độ ẩm, ngưng oxy và các câu hỏi tình huống khi sử dụng liệu pháp oxy....)

Phần 3 là khảo sát thái độ của điều dưỡng về liệu pháp oxy dựa trên bộ câu hỏi nghiên cứu được thực hiện ở Riyadh vào năm 2017 của tác giả Amairah Fahad Aloushan[1]. Bộ câu hỏi này bao gồm 7 câu và sử dụng thang điểm likert để đánh giá mức độ thái độ của điều dưỡng. Nội dung bộ câu hỏi đánh giá thái độ bao gồm: oxy phải được coi là 1 loại thuốc, vệ sinh khi sử dụng liệu pháp oxy, độ ẩm, sử dụng oxy kéo dài, duy trì bảo hòa mục tiêu, và nhấn mạnh oxy cần được quản lý...)

4. Phân tích và xử lý số liệu

Phần mềm SPSS được sử dụng để nhập và phân tích số liệu. Một số thuật toán thống kê mô tả (tỷ lệ phần trăm, độ lệch chuẩn, giá trị trung bình) và thuật toán thống kê phân tích (kiểm định Khi - bình phương) được sử dụng với $p < 0,05$.

5. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Đề cương của nghiên cứu được Hội đồng đề cương Thạc sỹ y khoa của Trường Đại học Y Hà Nội phê duyệt và được Ban Giám đốc Bệnh viện Đại học Y Hà Nội ủng hộ triển khai. Toàn bộ thông tin định danh của người trả lời được bảo mật, kết quả chỉ được sử dụng để phục vụ nghiên cứu và đào tạo nâng cao chất lượng công tác điều dưỡng trong bệnh viện.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu là nữ (78,8%). Độ tuổi thấp nhất là 22 tuổi, cao nhất là 50 tuổi và chủ yếu là độ tuổi từ 26-30 (38,1%). Tỷ lệ điều dưỡng có trình độ đại học là cao nhất (58,5%), trình độ trung cấp (7,6%) và điều dưỡng có trình độ sau đại học là 3,4%.

Hầu hết các điều dưỡng đều được đào tạo về liệu pháp oxy ở trường học (79,7%), tất cả điều dưỡng chưa tham gia các khóa đào tạo về liệu pháp oxy tại bệnh viện. 55,9% điều dưỡng đã từng đọc các hướng dẫn về liệu pháp oxy, chỉ có 33,1% điều dưỡng từng áp dụng các hướng dẫn về liệu pháp oxy vào thực hành lâm sàng.

Kiến thức, thái độ của Điều dưỡng về liệu pháp oxy

Tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức tốt là 78% và 22% có kiến thức chưa tốt về liệu pháp oxy. Tỷ lệ điều dưỡng có thái độ tốt là 97% và 3% có thái độ chưa tốt về liệu pháp oxy.

Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ của điều dưỡng về liệu pháp oxy

Bảng 1. Mối liên quan giữa yếu tố đào tạo của đối tượng nghiên cứu với mức độ kiến thức về liệu pháp oxy

Yếu tố đào tạo		Kiến thức		OR (95%CI)	P
		Đạt (n,%)	Chưa đạt (n,%)		
Được đào tạo liệu pháp oxy tại trường học	Có	82 (84,5%)	15 (15,5%)	6,01 (2,2 – 16,6)	<0,001
	Không	10 (47,6%)	11 (52,4%)		
Từng cập nhật hướng dẫn về liệu pháp oxy	Có	60 (90,9%)	6 (9,1%)	6,25 (2,3 – 17,1)	<0,001
	Không	32 (61,5%)	20 (38,5%)		
Từng áp dụng các hướng dẫn trong thực hành	Có	35 (89,7%)	4 (10,3%)	3,4 (1,07 - 10,6)	<0,001
	Không	57 (72,2%)	22 (27,8%)		

Nhận xét: Khả năng điều dưỡng được đào tạo liệu pháp oxy tại trường học có kiến thức đạt cao hơn gấp 6,01 lần so với nhóm điều dưỡng không được đào tạo tại trường (95% CI: 2,2 – 16,6 với $p < 0,001$).

Khả năng điều dưỡng có đọc các hướng dẫn về liệu pháp oxy có kiến thức cao gấp 6,25 lần nhóm chưa từng đọc hướng dẫn (95% CI: 2,3 – 17,1 với $p < 0,001$).

Khả năng nhóm điều dưỡng từng áp dụng các hướng dẫn về liệu pháp oxy trong thực hành có kiến thức cao gấp 3,4 lần nhóm chưa từng áp dụng (95% CI: 1,07 - 10,6 với $p < 0,001$).

Bảng 2. Mối liên quan giữa các yếu tố đào tạo và cập nhật kiến thức với thái độ về liệu pháp oxy

Yếu tố đào tạo		Thái độ		OR (95% CI)	p
		Đạt (n,%)	Chưa đạt (n,%)		
Được đào tạo về liệu pháp oxy tại trường học	Có	94 (97,9%)	2 (2,1%)	10,4 (1,8 - 61,4)	0,01
	Không	18 (81,8%)	4 (8,2%)		
Từng cập nhật hướng dẫn về liệu pháp oxy	Có	64 (98,5%)	1 (1,5%)	6,7 (0,8 - 58)	0,09
	Không	48 (90,6%)	5 (9,4%)		
Từng áp dụng các hướng dẫn trong thực hành	Có	74 (93,7%)	5 (6,3%)	2,6 (0,3 - 22,8)	0,66
	Không	38 (97,4%)	1 (2,6%)		

Nhận xét: Khả năng nhóm điều dưỡng có được đào tạo về liệu pháp oxy ở trường học có thái độ cao hơn gấp 10,4 lần so với nhóm điều dưỡng không được đào tạo về liệu pháp oxy ở trường (95% CI: 1,8 - 61,4, $p = 0,01$). Không có mối liên quan giữa thái độ với yếu tố các điều dưỡng từng cập nhật hướng dẫn về liệu pháp oxy và áp dụng các hướng

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Kết quả khảo sát cho thấy đa số điều dưỡng đều nhận được đào tạo liệu pháp oxy ở trường (79,7%). Tuy nhiên cũng có khoảng 20,3% điều dưỡng trả lời rằng họ không nhớ có được đào tạo về liệu pháp oxy ở trường hay không. Điều này có thể là do các điều dưỡng đã tốt nghiệp lâu nên không nhớ rõ mình có nhận được đào tạo về liệu pháp oxy ở trường hay không hoặc

học phần về liệu pháp oxy không phải là học phần chính do đó mà ấn tượng, ghi nhớ về nội dung kiến thức này không được chú trọng.

Kết quả khảo sát chỉ ra rằng 100% điều dưỡng chưa từng tham gia các khoá đào tạo về liệu pháp oxy tại bệnh viện. Mặc dù liệu pháp oxy là một kỹ thuật thường được sử dụng ở bệnh viện, mang lại rất nhiều hiệu quả cho người bệnh tuy nhiên bên cạnh những mặt có lợi thì việc sử dụng liệu pháp oxy cũng tiềm ẩn nhiều yếu tố nguy cơ gây mất an toàn cho người bệnh. Vì vậy tổ chức đào tạo liên tục cho điều dưỡng về sử dụng liệu pháp oxy là rất cần thiết.

Các nghiên cứu trên thế giới khẳng định rằng việc thiếu hướng dẫn về liệu pháp oxy tại nơi làm việc chính là rào cản ảnh hưởng đến kiến thức, thái độ cũng như thực hành của điều dưỡng khi thực hiện liệu pháp oxy. Tuy nhiên

trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn điều dưỡng chưa từng đọc các hướng dẫn về liệu pháp oxy, tỷ lệ này chiếm 55,9%. Tương tự nghiên cứu cũng chỉ ra rằng một tỷ lệ thấp điều dưỡng áp dụng các hướng dẫn vào thực hành (33,1%). Điều này có thể lý giải vì điều dưỡng chưa được hướng dẫn cụ thể bởi chuyên gia dẫn đến việc áp dụng lý thuyết vào thực hành lâm sàng vẫn là một vấn đề khó khăn. Vì vậy cần thực hiện thêm các nghiên cứu đánh giá không chỉ kiến thức, thái độ của điều dưỡng về liệu pháp oxy mà còn cần những đánh giá thực hành trên lâm sàng.

Điều dưỡng nói riêng và nhân viên y tế nói chung đã và đang chịu nhiều áp lực trong công việc. Kết quả nghiên cứu này chỉ ra rằng có 46,6% điều dưỡng báo cáo rằng họ chịu áp lực trong công việc bởi một trong những nguyên nhân như: Khối lượng công việc, số lượng bệnh nhân chăm sóc trên một ngày, thu nhập hàng tháng, áp lực trong các mối quan hệ với lãnh đạo, đồng nghiệp và bệnh nhân.

Tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức đạt về liệu pháp oxy trong nghiên cứu chiếm 78%, cao hơn so với các nghiên cứu khác trên thế giới. Nghiên cứu tại Ethiopia năm 2015 trên 152 điều dưỡng, có 36,2% đạt kiến thức tốt [6]. Một nghiên cứu khác tại Orotta năm 2018 trên 60 điều dưỡng cho kết quả là 43,3% điều dưỡng có kiến thức tốt. Đa số nghiên cứu và các tổng quan tài liệu đánh giá kiến thức, thái độ về liệu pháp oxy trên điều dưỡng đều kết luận rằng kiến thức của điều dưỡng vẫn ở mức nghèo nàn [4], [5], [6]. Trong nghiên cứu này của chúng tôi, mặc dù đa số các điều dưỡng có mức độ hiểu biết tốt về liệu pháp oxy, nhưng lại hạn chế về mặt quan niệm. Phần lớn các điều dưỡng đều cho rằng oxy chỉ là một liệu pháp hỗ trợ và chỉ được cung cấp khi có chỉ định của Bác sĩ. Có 49,2% điều dưỡng cho rằng thiếu máu không triệu chứng cần được thở oxy. Với tình huống bệnh nhân có phẫu thuật gây mê kèm COPD có tăng CO₂ thì có 57,6% biết sử dụng oxy gọng mũi liều thấp 1-2 lít/ phút. Như vậy có thể thấy, kiến thức liên quan tới liệu pháp oxy của điều dưỡng là vấn đề cần được quan tâm hơn ở Việt Nam hiện nay.

Đối với thái độ của điều dưỡng về liệu pháp oxy, một mức điểm cao được ghi nhận cho thấy đa phần điều dưỡng có thái độ tích cực trong việc sử dụng liệu pháp oxy cho người bệnh, tỷ lệ điều dưỡng có thái độ tốt chiếm 97%. Kết quả này cũng cao hơn các nghiên cứu khác. Tại Ethiopia kết quả cho thấy chỉ có 53,3% điều dưỡng có thái độ tốt về liệu pháp oxy, nghiên

cứ thực hiện ở Orotta cho kết quả cao hơn 63,3% điều dưỡng có thái độ tốt.

2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức và thái độ của điều dưỡng về liệu pháp oxy

Kiến thức, thái độ của điều dưỡng về liệu pháp oxy với áp lực công việc

Áp lực công việc không chỉ ảnh hưởng đến hiệu quả công việc mà còn ảnh hưởng đến sự tích lũy kiến thức cũng như thái độ làm việc. Nhiều nghiên cứu trên thế giới thực hiện đánh giá kiến thức, thái độ của điều dưỡng về liệu pháp oxy đều chỉ rõ khối lượng công việc là một trong những mối liên quan ảnh hưởng đến kiến thức, thái độ của điều dưỡng. Trong nghiên cứu của Fanuel và cộng sự thực hiện vào năm 2018 báo cáo rằng khối lượng công việc là nguyên nhân làm cho điều dưỡng thiếu sự quan tâm chăm sóc đến vấn đề vệ sinh mũi cho bệnh nhân. Chỉ có 20% điều dưỡng dành thời gian cho công việc chăm sóc này. Khối lượng công việc nhiều cũng là yếu tố dẫn đến việc theo dõi tình trạng bệnh nhân không được thường xuyên dẫn đến hiệu quả chăm sóc toàn diện không cao.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa yếu tố áp lực công việc với kiến thức, thái độ về liệu pháp oxy của điều dưỡng, cụ thể những điều dưỡng không có áp lực trong công việc có kiến thức cao hơn gấp 11 lần so với những điều dưỡng có áp lực trong công việc ($p < 0,001$). Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của Fanuel và cộng sự thực hiện năm 2019 với $p = 0,041$. Áp lực công việc không chỉ đánh giá bằng chỉ số khối lượng công việc. Bởi áp lực công việc được tạo nên từ khối lượng công việc, thời gian hoàn thành công việc, áp lực từ môi trường làm việc, các quan hệ xã hội và phúc lợi từ công việc. Những điều dưỡng không cảm thấy bị áp lực công việc bởi khối lượng công việc, sự tác động từ bệnh nhân và nhà quản lý sẽ có tinh thần thoải mái khi làm việc, thời gian nhiều thì điều dưỡng có cơ hội được tìm hiểu các hướng dẫn nhiều hơn do vậy mà điều dưỡng này sẽ có kiến thức, thái độ cao hơn những điều dưỡng khác. Tuy nhiên trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ đánh giá áp lực công việc dựa trên cảm giác chung của người điều dưỡng đây cũng là một hạn chế của nghiên cứu.

Kiến thức, thái độ của điều dưỡng với đào tạo liệu pháp oxy tại trường

Một số nghiên cứu trên thế giới khẳng định việc thiếu đào tạo chính là rào cản ảnh hưởng đến kiến thức, thái độ của điều dưỡng về liệu pháp oxy. Nghiên cứu của Mona Mohamed và cộng sự báo cáo có 86% điều dưỡng không

nhận được đào tạo về liệu pháp oxy. Nghiên cứu của Uwineza và cộng sự thực hiện vào năm 2017 cũng báo cáo có 69,2% điều dưỡng không được đào tạo về liệu pháp oxy và ảnh hưởng đến không chỉ kiến thức, thái độ mà còn cả trong thực hành lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 40 trong tổng số 118 điều dưỡng viên báo cáo rằng họ không nhớ có nhận được đào tạo liệu pháp oxy ở trường. Điều này có thể là do điều dưỡng ra trường lâu và không nhớ. Hơn nữa các điều dưỡng được đào tạo từ các trường y tế khác nhau trong cả nước nên chúng tôi đề nghị cần thực hiện những nghiên cứu khác để tìm hiểu về vấn đề này. Nhưng dù là có nhận được đào tạo hay không thì những điều dưỡng nhớ mình đã được đào tạo sẽ có kiến thức và thái độ tốt hơn nhóm còn lại.

Kiến thức và thái độ về sử dụng liệu pháp oxy với việc cập nhật và áp dụng các hướng dẫn về liệu pháp oxy

Khi tìm hiểu mối liên quan giữa các yếu tố đào tạo, sự cập nhật kiến thức của điều dưỡng với kiến thức, thái độ về sử dụng liệu pháp oxy trên người bệnh sau phẫu thuật.

Nghiên cứu chỉ ra rằng tỷ lệ kiến thức đạt của những điều dưỡng từng cập nhật các hướng dẫn về liệu pháp oxy có khả năng cao gấp 6,25 lần nhóm chưa từng cập nhật hướng dẫn. OR = 6,25; (95% CI: 2,3 – 17,1). Nghiên cứu của Mona Mohamed và cộng sự báo cáo rằng có mối liên quan giữa việc thiếu hướng dẫn về liệu pháp oxy với kiến thức, các nhân viên y tế sử dụng liệu pháp oxy dựa theo kinh nghiệm tích lũy khi làm việc, tuy nhiên không thể đảm bảo rằng kinh nghiệm trong mọi tình huống đều đảm bảo an toàn. Vì vậy, nghiên cứu đưa ra khuyến nghị cần có một hướng dẫn sẵn có tại nơi làm

việc trong bệnh viện.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức đạt là 73% và có thái độ tốt là 97%. Có mối liên quan giữa việc điều dưỡng nhận được đào tạo ở trường, cập nhật các hướng dẫn liệu pháp oxy và áp dụng các hướng dẫn vào lâm sàng với kiến thức, thái độ của của điều dưỡng về liệu pháp oxy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aloushan A F, Almoaiqel F A, Alghamdi R N, et al** (2019). Assessment of knowledge, attitude and practice regarding oxygen therapy at emergency departments in Riyadh in 2017: A cross-sectional study. *World J Emerg Med*, 10 2, 88-93.
2. **Canet J, Mazo V** (2010). Postoperative pulmonary complications. *Minerva Anestesiol*, 76 2, 138-143.
3. **Desalu O O, Aladesanmi A O, Ojuawo O B, et al** (2019). Development and validation of a questionnaire to assess the doctors and nurses knowledge of acute oxygen therapy. *PLoS One*, 14 2, e0211198-e0211198.
4. **Ghebremichael F G** (2019). Assessment of nurses' knowledge, attitude and practice about oxygen therapy in emergency and ICU departments of OROTTA national referral hospital. *International Journal of Medicine and Health Profession Research*, 6 (1), 102-111.
5. **Lema G, Tsadik A, Beza L** (2017). Knowledge, Attitude and Practice Study of Oxygen Therapy among Emergency Department Nurses in Addis Ababa, Ethiopia. *Prehospital and Disaster Medicine*, 32 S149.
6. **Mayhob M M** (2015). Nurses' Knowledge, Practices and Barriers Affecting a Safe Administration of Oxygen Therapy.

SO SÁNH HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP HÚT ĐỜM KÍN VÀ PHƯƠNG PHÁP HÚT ĐỜM HỖ TRÊN NGƯỜI BỆNH THỞ MÁY CAO TUỔI

**CAO XUÂN QUANG¹,
NGUYỄN THỊ THANH HƯƠNG², NGUYỄN THẾ ANH¹**
¹Bệnh viện Hữu Nghị; ²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm: Cao Xuân Quang
Email: quangcx2016@gmail.com

Ngày nhận: 02/7/2020
Ngày phản biện: 18/8/2020
Ngày duyệt bài: 03/9/2020

TÓM TẮT

Nghiên cứu can thiệp được tiến hành trên 91 NB tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc Bệnh viện Hữu Nghị từ 1/10/2019 đến 31/03/2020 để đánh giá hiệu quả của phương pháp hút đờm kín và phương pháp hút đờm hở trên người bệnh thở máy thông qua so sánh kết quả các chỉ số tim mạch. Nghiên cứu đánh giá tại các thời điểm trước hút, sau khi hút, sau hút 5 phút, sau hút 15 phút. Kết quả nghiên cứu: tuổi trung bình của NB là 82,91 tuổi (64-93 tuổi), nam giới là chủ yếu (84,78%, 86,67%), lý do thở máy do bệnh lý hô hấp (60,87% và 53,33%), bệnh lý tim mạch (17,39% và 22,22%), bệnh lý thần kinh (10,87% và 20%), số bệnh lý mắc kèm theo > 2,68 bệnh. số ngày thở máy trung bình của nhóm hút đờm kín là (8,5 ± 4,85), nhóm hút đờm hở là (8,4 ± 4,49), NB có số ngày thở máy >6 ngày chiếm tỷ lệ (52,17% và 55,66%); Ngày điều trị tại khoa (16.22 ± 5.96 và 17.55 ± 5.88). Tổng điểm các chỉ số tim mạch của nhóm hút đờm kín tốt hơn nhóm hút đờm hở. Nghiên cứu kết luận phương pháp hút đờm kín có kết quả tốt hơn phương pháp hút đờm hở trên NB thở máy cao tuổi về các chỉ số tim mạch.

Từ khóa: Hút đờm nội khí quản thở máy, hút đờm kín và hở, nhịp tim, huyết áp.

SUMMARY

COMPARISON OF THE EFFICIENCY OF CLOSURE ACCOUNTING METHOD AND ACCOUNTING METHODS ON AGE-AGE EQUIPMENT PATIENTS

Intervention study was conducted on 91 patients in the Department of Positive Resuscitation and Anti - Poisoning at Huu Nghi Hospital from October 1, 2019 to March 31, 2020 to evaluate the effectiveness of the method of aspiration and suction method. Open sputum in ventilated patients through comparing results of cardiovascular indexes. Research and evaluation at the time before smoking, after smoking, after smoking 5 minutes, after smoking 15 minutes.

Research results: The average age of NB was 82.91 years (64 - 93 years), the majority of men (84.78%, 86.67%), mechanical ventilation reasons were due to respiratory diseases (60.87% and 53.33%), cardiovascular disease (17.39% and 22.22%), neuropathy (10.87% and 20%), number of associated diseases > 2.68 sick. The average number of mechanical ventilation days of the closed group was (8.5 ± 4.85), the open group was (8.4 ± 4.49), the proportion of patients with mechanical ventilation

days > 6 days accounted for the proportion (52.17% and 55.66%); Days of treatment in the department (16.22 ± 5.96 and 17.55 ± 5.88). The total score for cardiovascular indicators of the closed group was better than the open group. The study concluded that the closed sputum extraction method had better results than the open sputum extraction method on the elderly mechanical ventilation patients in terms of cardiovascular indicators.

Keywords: endotracheal suction, mechanical ventilation, closed suction, heartbeat, blood pressure.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hút đờm nội khí quản (NKQ) là công việc thường xuyên của điều dưỡng trong công tác chăm sóc người bệnh (NB) phải thở máy. Mục tiêu chính của hút đờm là đảm bảo thông khí và thông thoáng đường thở cho NB thở máy[1]. Tuy nhiên, có nhiều rủi ro và biến chứng kèm theo của hút đờm NKQ bao gồm thiếu oxy máu, thiếu oxy mô, biến đổi về nhịp tim và huyết áp và có thể dẫn đến ngừng tim hoặc suy hô hấp nặng lên. Biến chứng khác như chấn thương niêm mạc phế quản, co thắt khí, phế quản, nhiễm trùng, chảy máu phổi, áp lực nội sọ cao[1].

Ngày nay có hai phương pháp hút đờm NKQ được áp dụng là phương pháp hút đờm kín và phương pháp hút đờm hở. Với sonde hút đờm kín NB được hút đờm trong môi trường kín và vô trùng, giảm được nguy cơ lây truyền chéo trong thực hành hút đờm của nhân viên y tế, góp phần hạn chế nhiễm trùng bệnh viện. Mặt khác với kỹ thuật hút đờm kín, NB không phải ngắt kết nối với máy thở nên không bị gián đoạn thời gian thời gian thở máy và không mất PEEP nên ít ảnh hưởng đến các chỉ số sinh tồn và oxy hóa máu[2,3].

Để so sánh tác động của phương pháp hút đờm kín và phương pháp hút đờm hở lên sự thay đổi các chỉ số tim mạch chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu sau:

Đánh giá hiệu quả của phương pháp hút đờm kín so với phương pháp hút đờm hở trên người bệnh cao tuổi thở máy thông qua các chỉ số tim mạch.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng.

Người bệnh có đủ tiêu chuẩn lựa chọn tham gia vào nghiên cứu, nghiên cứu viên tiến hành phân nhóm:

Nhóm 1: NB thở máy hút NKQ bằng sonde hút đờm kín được gọi là nhóm hút đờm kín.

Nhóm 2: NB thở máy hút NKQ bằng sonde hút đờm hở được gọi là nhóm hút đờm hở.

2. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh đang được điều trị tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc Bệnh viện Hữu Nghị từ 01/10/2019 đến 31/03/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

NB được thở máy xâm nhập tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc.

NB ổn định và được hồi phục từ tình trạng nguy cơ cao có điểm số SOFA ≤ 4 điểm. (NB thở máy chế độ SIMV, PS = 8 – 15 mmHg, FIO₂ < 40%).

NB đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

NB đang có tràn dịch, khí màng phổi, viêm phổi.

NB đang có chảy máu đường thở.

Các chỉ số nghiên cứu:

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu bao gồm: Tuổi, giới, Chỉ số khối cơ thể (BMI), và điểm SOFA.

Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu bao gồm: Lý do thở máy, Số bệnh lý mắc kèm theo

Số ngày thở máy, Số ngày điều trị tại khoa.

Thu thập các chỉ số nghiên cứu bao gồm:

Các chỉ số tim mạch bao gồm: huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, nhịp tim.

Các chỉ số trên được ghi lại tại các thời điểm trước hút, ngay sau hút, sau hút 5 phút và sau hút 15 phút.

Kết quả các chỉ số được đánh giá một lần trong ngày và đánh giá trong ba ngày liên tiếp đánh giá theo thang điểm nghiên cứu.

3. Xử lý số liệu

Kết quả sau đó được mã hóa và xử lý số liệu trên phần mềm Stata 12.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

1.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung

Đặc điểm		Nhóm Chung n=91	Nhóm hút đờm kín (n=46)	Nhóm hút đờm hở (n=45)	p
			n(%)	n(%)	
Tuổi (năm)	< 70	6 (6,6%)	1 (2,17%)	5 (11,11%)	> 0,05
	71-80	26 (28,57%)	13 (28,26%)	13 (28,29%)	
	81-90	45 (49,45%)	26 (56,53%)	19 (42,22%)	
	>91	14 (15,38%)	6 (13,04%)	8 (17,78%)	
Tuổi TB (năm)		82,91 ± 5,6	83,45 ± 6,3	82,37 ± 8,17	> 0,05
Giới	Nam	78 (85,71%)	39 (84,78%)	39 (86,67%)	> 0,05
	Nữ	13 (14,29%)	7 (15,22%)	6 (13,33%)	
BMI (kg/cm ²)	<18,5	14	6 (13,04%)	8 (17,78%)	> 0,05
	18,5-22,9	65	36 (78,26%)	29 (64,44%)	
	>23	12	4 (8,7%)	8 (17,78%)	
Điểm SOFA (Điểm)		3,47 ± 0,5	3,52 ± 0,50	3,55 ± 0,50	> 0,05

Đặc điểm chung về tuổi, giới và BMI, điểm SOFA của hai nhóm nghiên cứu là tương tự nhau ($p > 0,05$).

1.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu:

Bảng 2. Bảng Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm		Nhóm hút đờm kín (n=46)		Nhóm hút đờm hở (n=45)		p
		n	(%)	n	(%)	
Chẩn đoán vào viện (n=91)	Bệnh hô hấp	27	58,26	23	51,11	>0,05
	Bệnh tim mạch	8	17,39	9	20	
	Bệnh thần kinh	7	15,22	10	22,22	
	Bệnh tiêu hóa	2	4,35	1	2,22	
	Bệnh khác	2	4,35	2	4,44	

Lý do thở máy (n=91)	Bệnh hô hấp	29	60,87	24	53,33	>0,05
	Bệnh tim mạch	8	17,39	10	22,22	
	Bệnh thần kinh	5	10,87	9	20	
	Bệnh khác	4	8,7	2	4,44	
Số bệnh lý kèm theo (n=91)	Một bệnh	19	41,3	19	42,22	>0,05
	Hai bệnh	25	54,35	19	42,22	
	Ba bệnh	2	4,35	7	15,56	
Số ngày thở máy (n=91)	1-3 ngày	6	13,04	6	13,33	
	4-6 ngày	16	34,79	14	31,11	
	>6 ngày	24	52,17	25	55,56	
Ngày thở máy (mean ± SD)		8,5 ± 4,85		8,4 ± 4,49		>0,05
Ngày điều trị tại khoa (mean ± SD)		16,22 ± 5,96		17,55 ± 5,88		>0,05

Nhận xét: Cả hai nhóm nghiên cứu đều có những chẩn đoán vào viện, lý do thở máy, bệnh lý kèm theo, số ngày thở máy và số ngày điều trị tại khoa tương tự nhau ($p > 0,05$).

2. So sánh kết quả sự thay đổi về các chỉ số tim mạch trung bình trong ba ngày nghiên cứu giữa nhóm hút đờm kín và nhóm hút đờm hở.

Bảng 3. So sánh kết quả sự thay đổi về tổng điểm chỉ số tim mạch trung bình trong ba ngày nghiên cứu giữa hai nhóm hút đờm kín và nhóm hút đờm hở.

Tổng điểm	Quan sát	Nhóm hút đờm kín (n=46)	Nhóm hút đờm hở (n=45)	p^a
		Mean ± SD	Mean ± SD	
Chỉ số tim mạch	Trước	5,80 ± 1,40	5,67 ± 1,46	> 0,05
	Ngay sau	5,44 ± 1,53	5,16 ± 1,37	> 0,05
	Sau 5 phút	6,20 ± 1,50	5,60 ± 1,49	> 0,05
	Sau 15 phút	6,52 ± 1,47	6,20 ± 1,56	> 0,05
	p1	0,0091	0,0069	
	p2	0,0035	$p > 0,05$	
	p3	0,0000	0,0004	

p^a so sánh giữa giá trị trung bình của ba ngày nghiên cứu giữa nhóm hút đờm kín và nhóm hút đờm hở.

p1: so sánh trước khi hút với ngay sau hút; p2 so sánh trước khi hút với sau hút 5 phút; p3 so sánh trước khi hút với sau hút 15 phút.

Tổng điểm chỉ số tim mạch giữa nhóm hút đờm kín và nhóm hút đờm hở khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p^a > 0,05$) ở các thời điểm trước hút, ngay sau hút, sau hút 5 phút và sau hút 15 phút.

Ở nhóm hút đờm kín tổng điểm chỉ số tim mạch ở các thời điểm ngay sau hút, sau hút 5 phút và sau hút 15 phút đều tốt hơn so với trước khi hút ($p_1, p_2, p_3 < 0,05$), còn ở nhóm hút đờm hở tổng điểm chỉ số tim mạch chỉ tốt hơn ở ngay sau hút và sau 15 phút ($p_1, p_3 < 0,05$), điểm sau 5 phút ($p_1 < 0,05$), tuy nhiên ở thời điểm sau 15 phút điểm cơ học phổi tương tự như trước hút ($p_3 > 0,05$).

Bảng 4. So sánh kết quả sự thay đổi về điểm chỉ số nhịp tim trung bình trong ba ngày nghiên cứu giữa nhóm hút đờm kín và nhóm hút đờm hở.

Điểm chỉ số	Quan sát	Nhóm hút đờm kín (n=46)	Nhóm hút đờm hở (n=45)	p^a
		Mean ± SD	Mean ± SD	
Nhịp tim	Trước	2,15 ± 0,47	2,23 ± 0,43	> 0,05
	Ngay sau	1,91 ± 0,38	1,87 ± 0,45	> 0,05
	Sau 5 phút	2,16 ± 0,44	2,18 ± 0,40	> 0,05
	Sau 15 phút	2,29 ± 0,42	2,29 ± 0,41	> 0,05
	p1	0,000	0,000	
	p2	0,867	0,224	
	p3	0,014	0,095	

p^a so sánh giữa giá trị trung bình của ba ngày nghiên cứu giữa nhóm hút đờm kín và nhóm hút đờm hở.

p1: so sánh trước khi hút với ngay sau hút; p2 so sánh trước khi hút với sau hút 5 phút; p3 so sánh trước khi hút với sau hút 15 phút.

Điểm chỉ số nhịp tim giữa nhóm hút đờm kín và nhóm hút đờm hở khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p^a > 0,05$) ở các thời điểm trước hút, ngay sau hút, sau hút 5 phút và sau hút 15 phút.

Tại thời điểm ngay sau hút điểm chỉ số nhịp tim đều kém hơn so với trước khi hút ($p1 < 0,05$) ở cả hai nhóm. Tuy nhiên ở nhóm kín sau hút 15 phút điểm chỉ số nhịp tim được cải thiện tốt hơn so với trước khi hút ($p3 < 0,05$).

Bảng 5. So sánh kết quả sự thay đổi về điểm chỉ số huyết áp tâm thu trung bình trong ba ngày nghiên cứu giữa nhóm hút đờm kín và nhóm hút đờm hở.

Điểm chỉ số	Quan sát	Nhóm hút đờm kín (n=46)	Nhóm hút đờm hở (n=45)	p^a
		Mean±SD	Mean±SD	
Huyết áp tâm thu	Trước	1,95 ± 0,77	1,95 ± 0,86	> 0,05
	Ngay sau	1,54 ± 0,79	1,38 ± 0,76	> 0,05
	Sau 5 phút	2,08 ± 0,80	1,92 ± 0,90	> 0,05
	Sau 15 phút	2,31 ± 0,71	2,08 ± 0,87	> 0,05
	p1	0,000	0,000	
	p2	$p > 0,05$	$p > 0,05$	
	p3	0,000	$p > 0,05$	

p^a so sánh giữa giá trị trung bình của ba ngày nghiên cứu giữa nhóm hút đờm kín và nhóm hút đờm hở.

p1: so sánh trước khi hút với ngay sau hút; p2 so sánh trước khi hút với sau hút 5 phút; p3 so sánh trước khi hút với sau hút 15 phút.

Điểm chỉ số huyết áp tâm thu giữa nhóm hút đờm kín và nhóm hút đờm hở khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p^a > 0,05$) ở các thời điểm trước hút, ngay sau hút, sau hút 5 phút và sau hút 15 phút.

Tại thời điểm ngay sau hút điểm chỉ số huyết áp tâm thu đều kém hơn so với trước khi hút ($p1 < 0,05$) ở cả hai nhóm. Tuy nhiên ở nhóm hút đờm kín sau hút 15 phút điểm chỉ số huyết áp tâm thu được cải thiện tốt hơn so với trước khi hút ($p3 < 0,05$).

Bảng 6. So sánh kết quả sự thay đổi về điểm chỉ số huyết áp tâm trương trung bình trong ba ngày nghiên cứu giữa nhóm hút đờm kín và nhóm hút đờm hở.

Điểm chỉ số	Quan sát	Nhóm hút đờm kín (n=46)	Nhóm hút đờm hở (n=45)	p^a
		Mean ±SD	Mean ± SD	
Huyết áp tâm trương	Trước	1,71 ± 1,00	1,48 ± 1,03	> 0,05
	Ngay sau	1,98 ± 1,03	1,90 ± 1,03	> 0,05
	Sau 5 phút	1,95 ± 1,11	1,52 ± 1,04	> 0,05
	Sau 15 phút	2,02 ± 0,98	1,83 ± 1,01	> 0,05
	p1	0,021	0,01	
	p2	$p > 0,05$	$p > 0,05$	
	p3	0,007	0,005	

p^a so sánh giữa giá trị trung bình của ba ngày nghiên cứu giữa nhóm hút đờm kín và nhóm hút đờm hở.

p1: so sánh trước khi hút với ngay sau hút; p2 so sánh trước khi hút với sau hút 5 phút; p3 so sánh trước khi hút với sau hút 15 phút.

Điểm chỉ số huyết áp tâm trương giữa nhóm hút đờm kín và nhóm hút đờm hở khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p^a > 0,05$). Ở các thời điểm trước hút, ngay sau hút, sau hút 5 phút và sau hút 15 phút.

Tại thời điểm ngay sau hút và sau hút 15 phút, huyết áp tâm trương ở cả hai nhóm đều tốt hơn so với trước khi hút ($p3 < 0,05$) ở cả hai nhóm.

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi NB có tuổi trung bình là 82,91 trong đó độ tuổi trung bình của nhóm hút đờm kín là 83,45 tuổi trung bình

của nhóm hút đờm hở là 82,37. Nam giới có tỷ lệ cao hơn nhiều so với nữ giới. NB thở máy vì bệnh lý hô hấp và tim mạch là chính, số bệnh lý mắc kèm theo phải điều trị là > 2,68 bệnh.

Nghiên cứu của chúng tôi bằng 3 cho thấy Sự thay đổi các chỉ số tim mạch của nhóm hút đờm kín và nhóm hút đờm hở xảy ra ngay sau hút nhưng nhóm kín thay đổi ít hơn nhóm hở. Lý do thay đổi nhịp tim và huyết áp của NB ngay sau hút là do hút NKQ là một thủ tục xâm lấn và có thể dẫn đến tăng huyết áp cũng như nhịp tim thông qua các cơ chế kích thích hệ thống giao

cảm[4]. Hút NKQ có thể liên quan đến tình trạng thiếu oxy gây ra bởi phương pháp hút mờ. Sau đó, thiếu oxy kích thích hệ thần kinh adrenergic, chịu trách nhiệm cho các phản ứng tim mạch và huyết động, như là một phản ứng bù cho sự giảm độ bão hòa Oxy trong máu[5, 6]. Hơn nữa, nhịp tim và huyết áp có thể bị ảnh hưởng bởi sự lo lắng ở bệnh nhân thở máy. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Pravin và cộng sự năm 2018 tại Ấn Độ [7]. Nghiên cứu của Dadkhah và cộng sự năm 2017[8]. Nghiên cứu của Soltanian, Alireza năm 2013[9].

Bảng 4 và 5 cho thấy các chỉ số nhịp tim và huyết áp tâm thu của nhóm hút đờm kín ổn định tốt dần lên sau hút 5 phút và 15 phút còn nhóm hút đờm hở sau 15 phút các chỉ số trên mới ổn định và tốt dần lên. kết quả trên cũng tương tự với nghiên cứu của Afshari và cộng sự năm 2014 nghiên cứu cho thấy nhịp tim và huyết áp tăng lên đáng kể tại thời điểm sau hút 1 phút với $p < 0,05$, sau đó các chỉ số trên ổn định dần và tốt dần lên sau 5 phút và 15 phút đối với hút đờm kín, hút đờm hở chỉ số tim mạch và huyết áp chỉ ổn định sau 15 phút[10]. Nghiên cứu của Zolfaghari và cộng sự năm 2008 cũng cho thấy: Huyết áp tâm thu, nhịp tim tăng cao hơn sau hút đờm tại thời điểm 2 và 5 phút so với hút kín $P < 0,001$ [11].

KẾT LUẬN

Tổng điểm các chỉ số tim mạch giữa nhóm hút đờm kín và nhóm hút đờm hở khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) tại các thời điểm nghiên cứu. Tuy nhiên ở nhóm hút đờm kín tổng điểm chỉ số tim mạch ở các thời điểm ngay sau hút, sau hút 5 phút và sau hút 15 phút đều tốt hơn so với trước khi hút ($p < 0,05$), còn ở nhóm hút đờm hở tổng điểm chỉ số tim mạch chỉ tốt hơn ở ngay sau hút và sau 15 phút ($p < 0,05$).

Riêng điểm chỉ số nhịp tim và huyết áp tâm thu tại thời điểm ngay sau hút điểm đều kém hơn so với trước khi hút ($p < 0,05$) ở cả hai nhóm. Tuy nhiên ở nhóm hút đờm kín sau hút 15 phút điểm của hai chỉ số này đều được cải thiện tốt hơn so với trước khi hút ($p < 0,05$).

KIẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy phương pháp hút đờm kín trên người bệnh thở máy cao tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi tốt hơn so với phương pháp hút đờm hở ở tổng điểm các chỉ số tim mạch. Do vậy trên lâm sàng nên cân nhắc áp dụng phương pháp hút đờm kín thay cho phương pháp hút đờm hở trên NB thở máy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **A. A. f. R. Care.** AARC Clinical Practice Guidelines. Endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways 2010. *Respiratory care.* 2010;55(6):758.
2. **M. Cereda, F. Villa, E. Colombo, G. Greco, M. Nacoti and A. Pesenti.** Closed system endotracheal suctioning maintains lung volume during volume-controlled mechanical ventilation. *Intensive Care Medicine.* 2001/04/01 2001;27(4):648-654. doi:10.1007/s001340100897
3. **I. Solà and S. Benito.** Closed tracheal suction systems versus open tracheal suction systems for mechanically ventilated adult patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2007;(4)
4. **E. B. Sener, E. Ustun, B. Ustun and B. Sarihasan.** Hemodynamic responses and upper airway morbidity following tracheal intubation in patients with hypertension: Conventional laryngoscopy versus an intubating laryngeal mask airway. *Clinics.* 2012;67(1):49-54.
5. **T. G. Smith, P. A. Robbins and P. J. Ratcliffe.** The human side of hypoxia - inducible factor. *British journal of haematology.* 2008;141(3):325-334.
6. **F. Favret and J.-P. Richalet.** Exercise and hypoxia: the role of the autonomic nervous system. *Respiratory physiology & neurobiology.* 2007;158(2-3):280-286.
7. **R. S. Mengar and P. Dani.** A comparative study to assess the effectiveness of open tracheal suction system and closed tracheal suction system on physiological parameters. *International Journal of Nursing Education.* 2018;10(4):109-112.
8. **B. Dadkhah, P. Amri, M. Mohammadi and A. Shabani.** Comparative Study of Vital Signs during Open and Closed Suctioning in Patients with Head Trauma Hospitalized in ICU. *Journal of Health and Care.* 2017;19(2):169-176.
9. **A. Soltanian.** Comparison the effect of open and closed endotracheal suctioning systems on heart dysrhythmia in mechanically ventilated patients. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care.* 2013;21(4):5-11.
10. **A. Afshari, M. Safari, K. Oshvandi and A. R. Soltanian.** The effect of the open and closed system suction on cardiopulmonary parameters: time and costs in patients under mechanical ventilation. *Nursing and midwifery studies.* 2014;3(2)
11. **M. Zolfaghari, A. Nikbakht Nasrabadi, A. Karimi Rozveh and H. Haghani.** Effect of open and closed system endotracheal suctioning on vital signs of ICU patients. *Journal of hayat.* 2008;14(1):13-20.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MÁU TỤ TRONG SỌ Ở TRẺ NHỎ DO CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

NGUYỄN VIỆT THẮNG¹,
LÊ HỒNG NHÂN², NGÔ MẠNH HÙNG²
¹Trường Đại học Y Hà Nội
²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chấn thương sọ não (CTSN) là loại cấp cứu thường gặp và để lại những thương tổn đa dạng. Nhiều công trình nghiên cứu CTSN về mọi khía cạnh, nhưng đa phần là nói về người lớn. Những công trình nghiên cứu về trẻ em còn ít. Chẩn đoán sớm máu tụ trong sọ ở trẻ em và xử trí sớm là việc cần thiết được phổ biến rộng.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của máu tụ trong sọ ở trẻ nhỏ.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên bệnh án của 137 bệnh nhi ≤6 tuổi được chẩn đoán CTSN, có máu tụ trong sọ điều trị tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 01/2019 đến 01/2020.

Kết quả: Tỷ lệ mắc tăng dần theo nhóm tuổi, nhóm tuổi 5-6 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (43,07%). Có 96 trẻ nam (70,07%) và 41 trẻ nữ (29,93%). Nguyên nhân do tai nạn giao thông là chủ yếu (49,64%), trong đó, phương tiện chính gây tai nạn là xe máy (67,65%). Hơn một nửa số trẻ được đưa đến bệnh viện sớm trước 6 giờ kể từ khi tai nạn (54,74%). 126 trẻ (93,43%) vào viện có điểm Glasgow từ 8 điểm trở lên. Hầu hết không có dấu hiệu thần kinh khu trú (96,35%), không có dấu hiệu thần kinh thực vật (91,24%) và chỉ có CTSN đơn thuần (90,51%). Kết quả chụp CLVT: tỷ lệ bệnh nhi có máu tụ NMC cao nhất (55,47%); tiếp đến là dập não và máu tụ DMC với tỷ lệ lần lượt là 34,31% và 24,09%; thấp nhất là chảy máu não thất (0,73%), bệnh nhi có phối hợp từ 2 vị trí trở lên chiếm 30,66%. Có 94 trẻ (69%) được xử trí nội

khoa và 43 trẻ (31%) phẫu thuật. Kết quả điều trị: có 64,96% hồi phục hoàn toàn, 27,01% di chứng thần kinh nhẹ, 2,92% di chứng nặng và 5,11% tử vong. Trong số 7 trẻ tử vong, 5 trẻ có điểm Glasgow lúc vào viện là 3 điểm (71,43%), 2 trẻ còn lại tử vong do suy đa tạng (28,57%).

Kết luận và khuyến nghị: CTSN ở trẻ em hầu hết có thể phòng ngừa được bằng sự cảnh giác và nhận thức của cha mẹ cũng như việc lái xe an toàn. Các bác sĩ cần khai thác kỹ các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng để chẩn đoán chính xác và đưa ra hướng điều trị kịp thời. Cần có thêm những nghiên cứu sâu hơn nhằm phân tích và đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

Từ khóa: Chấn thương sọ não, máu tụ trong sọ, trẻ em.

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF TRAUMATIC BRAIN INJURY IN CHILDREN

Introduction: Traumatic brain injury (TBI) is a common emergency in surgery. There are a lot of studies in all aspects, but most of them are about adults. Early diagnosis and management of intracranial hematoma in children is a necessary issue.

Objectives: To describe the clinical, sub clinical characteristics and therapeutic results of intracranial hematoma in children. **Methods:** A cross-sectional and retrospective study (January 2019 - January 2020) of 137 children ≤ 6 years with TBI - intracranial hematoma at Viet Duc Hospital.

Results: The incidence rate increased by age, the age 5-6 years is the highest (43.07%). There were 96 boys (70.07%) and 41 girls (29.93%). The main cause was traffic accident (49.64%), of which the main vehicle causing the accident was motorcycle (67.65%). More than

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Việt Thắng

Email: vthanghmu@gmail.com

Ngày nhận: 10/7/2020

Ngày phản biện: 13/8/2020

Ngày duyệt bài: 07/9/2020

half of children were taken to the hospital in 6 hours after the accident (54.74%). 126 children (93.43%) admitted to the hospital with Glasgow score of 8 or more. Most have no signs of focal nerves (96.35%), no signs of autonomic nerves (91.24%) and only have simple TBI (90.51%). CT scan found that the rate of children with epidural hematoma (EDH) was the highest (55.47%); followed by brain stamping and subdural hematoma (SDH) with the rates of 34.31% and 24.09%; the lowest rate was ventricular bleeding (0.73%), the patients with combination of 2 positions or more accounted for 30.66%. Out of 137 children, 94 children (69%) treated by pharmacological treatments and 43 children (31%) required surgery. Treatment results: 64.96% had complete recovery, 27.01% mild neurological sequelae, 2.92% severe sequelae and 5.11% death. Out of 7 children who died, 5 children had Glasgow score at admission of 3 points (71.43%), 2 remaining children died from multi-organ failure (28.57%).

Conclusions: TBI in children almost can be prevented by the vigilance and awareness of parents as well as driving safely. Doctors need to carefully exploit clinical and subclinical signs to make accurate diagnosis and timely treatment direction. More in-depth studies are needed to evaluate related factors of treatment outcomes.

Keywords: Traumatic brain injury, intracranial hematoma, children.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não (CTSĐ) là loại cấp cứu thường gặp và để lại những thương tổn đa dạng. Chấn thương sọ não chiếm khoảng 25 – 30% số lượng bệnh nhân bị chấn thương và 2/3 số bệnh nhân tử vong sau chấn thương là do CTSĐ [1], [2].

Rất nhiều công trình nghiên cứu CTSĐ về mọi khía cạnh: Giải phẫu bệnh, sinh lí bệnh, cơ chế tăng áp lực nội sọ (TALNS), sinh hóa dịch não tủy (DNT)... Nhưng đa phần là nói về người lớn. Những công trình nghiên cứu về trẻ em còn ít.

Tỷ lệ trẻ em bị CTSĐ trên thế giới cũng khá nhiều. Ước tính có khoảng 475.000 người ở Hoa Kỳ trong độ tuổi 0-14 tuổi bị CTSĐ hàng năm, trong đó có tới 90% trở về nhà với CTSĐ nhẹ, 37.000 người phải nhập viện và 2.685 người chết [3].

Diễn biến lâm sàng của CTSĐ ở trẻ em rất phức tạp làm cho người thầy thuốc gặp phải khó khăn nhất là trong theo dõi và xử trí. Ngày nay nhờ những tiến bộ của khoa học kĩ thuật việc áp

dụng những thành tựu mới đã giúp cho việc chẩn đoán CTSĐ được thuận lợi hơn, làm giảm đáng kể tỷ lệ tử vong, di chứng CTSĐ nói chung và máu tụ trong não nói riêng.

Chẩn đoán sớm máu tụ trong não ở trẻ em và xử trí sớm là một việc cần thiết được phổ biến rộng. Vậy chúng tôi làm nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của máu tụ trong sọ ở trẻ nhỏ.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhi ≤ 6 tuổi được chẩn đoán CTSĐ, có máu tụ trong sọ điều trị tại Trung tâm PTTK và hồi sức - Bệnh viện Việt Đức từ tháng 01/2019 đến tháng 01/2020.

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả lâm sàng cắt ngang, hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả các bệnh nhân đầy đủ các tiêu chuẩn của đối tượng nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng: Theo dõi các đặc điểm về tuổi, giới, nguyên nhân tai nạn, địa dư,...

Đặc điểm lâm sàng

Theo dõi diễn biến tri giác theo bảng điểm Glasgow.

Theo dõi các dấu hiệu thần kinh khu trú và dấu hiệu thần kinh thực vật.

Đặc điểm cận lâm sàng: Đánh giá các loại máu tụ trên phim cắt lớp vi tính (CLVT).

Kết quả điều trị: Được đánh giá dựa vào thang điểm Glasgow Outcome Scale (GOS) ở mức độ khác nhau.

Khỏi không để lại di chứng	Độ I
Di chứng thần kinh nhẹ: đau đầu, mất ngủ nhưng có cuộc sống xã hội bình thường	Độ II
Di chứng nặng: Người bệnh không phục vụ được bản thân phải phụ thuộc vào người khác	Độ III
Đời sống thực vật	Độ IV
Tử vong	Độ V

Xử lý, phân tích số liệu

Số liệu phân tích bằng phần mềm STATA 15. Sử dụng phương pháp thống kê mô tả, kết quả được trình bày bằng bảng, biểu đồ thích hợp.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n=137)

Đặc điểm	Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)
Độ tuổi		
0-2	32	23,36
3-4	46	33,58
5-6	59	43,07
Giới tính		
Nam	96	70,07
Nữ	41	29,93
Nguyên nhân		
Tai nạn sinh hoạt	69	50,36
Tai nạn giao thông	68	49,64
Phương tiện gây tai nạn giao thông (n=68)		
Xe đạp	6	8,82
Xe máy	46	67,65
Xe ô tô	5	7,35
Phương tiện khác (tự ngã, tàu hỏa)	11	16,18
Phân bố theo địa dư (Thủ đô Hà Nội và các địa phương khác)		
Hà Nội	26	18,98
Địa phương khác	111	81,02
Thời gian từ lúc tai nạn đến khi vào viện		
≤ 6 giờ	75	54,74
7 – 23 giờ	43	31,39
24 – 72 giờ	16	11,68
> 72 giờ	3	2,19

Theo kết quả của nghiên cứu, trong 137 bệnh nhi độ tuổi từ 0 đến 6 tuổi CTSN, tỷ lệ mắc bệnh tăng dần theo nhóm tuổi, nhóm tuổi từ 5 – 6 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (43,07%), chiếm tỷ lệ thấp nhất là nhóm tuổi 0 – 2 tuổi (23,36%). Kết quả này gần tương tự với nghiên cứu của Krishna Chaitanya và cộng sự năm 2017: độ tuổi mắc trung bình là 5,5 tuổi [4].

Trong số 137 bệnh nhi CTSN, có 96 trẻ nam, chiếm 70,07% và 41 trẻ nữ, chiếm 29,93%. Tỷ lệ nam/nữ của nhóm đối tượng nghiên cứu là 2,34/1. Tỷ lệ này cũng gần tương đồng với một số nghiên cứu tương tự trên thế giới thực hiện tại Ấn Độ: tỷ lệ nam/nữ là 2,03-2,19/1 [4], [5]. Trong khi đó, một số nghiên cứu tại Việt Nam báo cáo tỷ lệ bệnh nhi nam/nữ thấp hơn là 1,2-1,58/1 [6], [7].

Về nguyên nhân chấn thương, tỷ lệ nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm 49,64%, trong đó, phương tiện chủ yếu gây tai nạn là xe máy (67,65%). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đó trên thế giới và tại Việt Nam [4], [6], [7]. Phân bố về mặt địa dư của bệnh nhi nghiên cứu cho thấy bệnh nhi ở Hà Nội chiếm tỷ lệ lớn nhất, gần 1/5 tổng số bệnh nhi (18,98%).

Sự phát triển của đô thị hóa, nhất là ở các thành phố lớn, khiến mật độ giao thông tăng cao giải thích cho nguyên nhân gây tai nạn trên.

Thời gian từ khi tai nạn đến khi vào viện có ý nghĩa quan trọng với kết quả điều trị. Trong nghiên cứu này, phần lớn trẻ được đưa đến bệnh viện sớm, trước 6 giờ kể từ khi tai nạn (54,74%), chỉ có 3 trẻ (2,19%) được đưa vào viện muộn sau 72 giờ từ khi tai nạn. Kết quả trên có sự khác biệt so với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Vân năm 2002: phần lớn trẻ được đưa đến muộn (88,69% nhập viện >72h sau tai nạn), 27,38% được đưa đến phòng khám Bệnh viện Việt Đức trong vòng 6 giờ đầu [6]. Nhận thức của cha mẹ trong xử lý tai nạn cho trẻ và sự thuận tiện của phương tiện di chuyển có thể là yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ trẻ được đưa vào viện sớm.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng máu tụ trong sọ do CTSN (n=137)

	Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)
Điểm Glasgow lúc vào viện		
≥ 8	126	93,43
< 8	9	6,57
Dấu hiệu thần kinh khu trú (giãn đồng tử, liệt nửa người)		
Có	5	3,65
Không có	132	96,35
Dấu hiệu thần kinh thực vật (mạch chậm, huyết áp tăng, rối loạn nhịp thở)		
Có	12	8,76
Không có	125	91,24
Tổn thương phối hợp		
CTSN đơn thuần	124	90,51
Đa chấn thương	13	9,49
Tổng	137	100

Theo kết quả của nghiên cứu, nếu lấy 8 điểm làm trung gian thì có 126 bệnh nhi (chiếm 93,43%) có điểm Glasgow khi vào viện từ 8 điểm trở lên. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Tâm Trung và cộng sự: 92,1% bệnh nhi có điểm Glasgow từ 8 điểm trở lên [7]. Đây là dấu hiệu quan trọng giúp gợi ý về mức độ nhẹ hay nặng của bệnh.

Dấu hiệu thần kinh khu trú (giãn đồng tử, liệt nửa người) giúp cho việc chẩn đoán định khu tổn thương. Nhận định được dấu hiệu thần kinh thực vật (mạch chậm, huyết áp tăng, rối loạn nhịp thở) giúp các bác sĩ tiên lượng được tình trạng của bệnh nhân. Trong nghiên cứu này, hầu hết các bệnh nhi vào viện không có dấu hiệu thần kinh khu trú (96,35%) và không có dấu hiệu thần kinh thực vật (91,24%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Tâm Trung

và cộng sự: 90,5% bệnh nhi có dấu hiệu thần kinh khu trú, 96,8% không có dấu hiệu thần kinh thực vật [7].

Về tỷ lệ bệnh nhi có tổn thương phối hợp trong nghiên cứu, phần lớn các bệnh nhi chỉ có chấn thương sọ não đơn thuần (90,51%). Số

bệnh nhi có tổn thương phối hợp là 13 bệnh nhi (9,49%), trong đó hơn một nửa trường hợp có chấn thương vùng hàm mặt (53,85%), gãy xương chi, chấn thương bụng là những tổn thương phối hợp ít gặp hơn. Kết quả này cao hơn phần lớn các nghiên cứu trước đó [6], [7].

Bảng 3. Các loại máu tụ trong sọ qua phim chụp CLVT (n = 137)

	Máu tụ NMC	Máu tụ DMC	Dập não	XHDN	Chảy máu não thất	Phối hợp từ 2 vị trí trở lên
SL	76	33	47	36	1	42
%	55,47	24,09	34,31	26,28	0,73	30,66

Sự ra đời của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh giúp ích rất lớn cho việc đưa ra chẩn đoán sớm và hướng điều trị kịp thời nhằm giảm tỷ lệ tử vong của bệnh nhân. Kết quả CLVT ở nghiên cứu này: số bệnh nhi có máu tụ ngoài màng cứng chiếm tỷ lệ cao nhất trong tổng số 137 bệnh nhi (55,47%); tiếp đến là dập não và máu tụ dưới màng cứng với tỷ lệ lần lượt là 34,31% và 24,09%; thấp nhất là chảy máu não thất (0,73%), số bệnh nhi có phối hợp từ 2 vị trí trở lên chiếm 30,66%. So sánh với các nghiên cứu đã thực hiện trước đó trên đối tượng trẻ em cũng cho thấy máu tụ NMC là tổn thương hay gặp nhất nhưng với tỷ lệ thấp hơn nghiên cứu này [4], [5], [7].

Phương pháp xử trí khi vào viện (n=137): Trong số 137 bệnh nhi vào viện, có 94 bệnh nhi được xử trí nội khoa, chiếm 69% và 43 bệnh nhi phẫu thuật, chiếm 31%. Tỷ lệ bệnh nhi cần can thiệp phẫu thuật trong nghiên cứu này cao hơn khi so với 20% bệnh nhi cần phẫu thuật trong nghiên cứu của Satapathy M và cộng sự [5] và 25% trong một nghiên cứu của Bahloul M và cộng sự [8].

Bảng 4. Kết quả điều trị (n=137)

Kết quả	Số bệnh nhi	%
Hồi phục hoàn toàn	89	64,96
Di chứng thần kinh nhẹ (đau đầu, rối loạn giấc ngủ) sinh hoạt học tập bình thường	37	27,01
Di chứng nặng (liệt ½ người, động kinh, trí nhớ giảm, rối loạn tâm thần)	4	2,92
Đời sống thực vật	0	0
Tử vong	7	5,11
Nguyên nhân tử vong (n=7)		
Glassgow lúc vào viện: 3 điểm	5	71,43
Suy đa tạng sau 1 thời gian hồi sức	2	28,57

Đánh giá kết quả điều trị sau 3 tháng ở nghiên cứu này, có 64,96% số bệnh nhi hồi phục hoàn toàn, 27,01% có di chứng thần kinh nhẹ, 2,92% có di chứng nặng và 5,11% bệnh nhi tử vong. Kết quả trên khá tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Vân: tỷ lệ hồi phục hoàn toàn 64,88%, di chứng nhẹ 29,76%, chỉ có 3,57% di chứng nặng, tỷ lệ tử vong là 1,79% [6]. Chỉ có tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu trước đó [6], [7], [9]. Điều này có thể do trong các đối tượng nghiên cứu có 5 bệnh nhi có điểm Glassgow lúc vào viện là 3 điểm (71,43%).

KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Qua nghiên cứu 137 bệnh nhi chấn thương sọ não điều trị tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 01/2019 đến tháng 01/2020, chúng tôi rút ra những kết luận sau:

Tỷ lệ mắc bệnh tăng dần theo nhóm tuổi, nhóm tuổi từ 5 – 6 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (43,07%). Có 96 trẻ nam chiếm 70,07% và 41 trẻ nữ chiếm 29,93%. Nguyên nhân do tai nạn giao thông là chủ yếu chiếm 49,64%, trong đó, phương tiện chính gây tai nạn là xe máy (67,65%).

Hơn một nửa số bệnh nhi được đưa đến bệnh viện sớm trước 6 giờ kể từ khi tai nạn (54,74%), chỉ có 3 bệnh nhi (2,19%) được đưa vào viện muộn sau 72 giờ từ khi tai nạn.

Có 126 bệnh nhi vào viện có điểm Glassgow từ 8 điểm trở lên (93,43%). Hầu hết các bệnh nhi vào viện không có dấu hiệu thần kinh khu trú (96,35%) và không có dấu hiệu thần kinh thực vật (91,24%). Phần lớn các bệnh nhi chỉ có chấn thương sọ não đơn thuần (90,51%).

Kết quả chụp cắt lớp vi tính: số bệnh nhi có MTNMC chiếm tỷ lệ cao nhất trong tổng số 137 bệnh nhi (55,47%); tiếp đến là dập não và MTDMC với tỷ lệ lần lượt là 34,31% và 24,09%; thấp nhất là chảy máu não thất (0,73%), số

bệnh nhi có phổi hợp từ 2 vị trí trở lên chiếm 30,66%.

Phương pháp xử trí: có 94 bệnh nhi được xử trí nội khoa, chiếm 69% và 43 bệnh nhi phẫu thuật, chiếm 31%.

Kết quả điều trị: có 64,96% số bệnh nhi hồi phục hoàn toàn, 27,01% có di chứng thần kinh nhẹ, 2,92% có di chứng nặng và 5,11% bệnh nhi tử vong. Trong số 7 bệnh nhi tử vong, có 5 bệnh nhi có điểm Glassgow lúc vào viện là 3 điểm (71,43%), 2 bệnh nhi còn lại tử vong do nguyên nhân suy đa tạng (28,57%).

Qua nghiên cứu trên, chúng tôi khuyến nghị cần có thêm những nghiên cứu sâu hơn nữa nhằm phân tích và đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thế Hào (1995), *Góp phần chẩn đoán và xử lý sớm máu tụ dưới màng cứng cấp tính do CTSN kín*, Luận văn thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
2. Kiều Đình Hùng (1990), *Nhận xét lâm sàng và GPB của CTSN do TNGT ở Bệnh viện Việt Đức, Hà Nội 1986- 1988*, Luận văn tốt nghiệp nội trú ngoại khoa khóa XIV, Đại học Y Hà Nội.
3. ARAKI T., YOKOTA H., and MORITA A. (2017). Pediatric Traumatic Brain Injury: Characteristic Features, Diagnosis, and

Management. *Neurol Med Chir (Tokyo)*, 57(2), 82–93.

4. Chaitanya K., Addanki A., Karambelkar R., et al. (2018). Traumatic brain injury in Indian children. *Childs Nerv Syst*, 34(6), 1119–1123.

5. Satapathy M.C., Dash D., Mishra S.S., et al. (2016). Spectrum and outcome of traumatic brain injury in children <15 years: A tertiary level experience in India. *International Journal of Critical Illness and Injury Science*, 6(1), 16.

6. Nguyễn Thanh Vân (2002), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng xử trí sớm máu tụ ngoài màng cứng cấp tính ở trẻ em do chấn thương sọ não kín*, Luận án CKII, Đại học Y Hà Nội.

7. Nguyễn Tâm Trung, Trần Văn Việt, Nguyễn Ngọc Sáng, et al. (2018). Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính của 63 trường hợp chấn thương sọ não trẻ em. *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 465, 101–110.

8. Bahloul M., Chelly H., Chaari A., et al. (2011). Isolated traumatic head injury in children: Analysis of 276 observations. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*, 4(1), 29.

9. Leitgeb J., Mauritz W., Brazinova A., et al. (2013). Outcome after severe brain trauma associated with epidural hematoma. *Arch Orthop Trauma Surg*, 133(2), 199–207.

SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH NGOẠI TRÚ VỀ DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH TẠI KHOA KHÁM BỆNH, BỆNH VIỆN QUẬN THỦ ĐỨC NĂM 2019

NGUYỄN MINH QUÂN¹, TRƯƠNG LONG VỸ¹,
LÊ THỊ KIM ÁNH², ĐINH VĂN QUỲNH¹
¹Bệnh viện quận Thủ Đức
²Trường Đại học Y tế Công cộng

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả sự hài lòng của người bệnh ngoại trú về dịch vụ khám chữa bệnh tại khoa khám bệnh, Bệnh viện quận Thủ Đức năm 2019.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 230 bệnh nhân ngoại trú đến khám bệnh tại

khoa Khám bệnh, bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp dựa vào bộ câu hỏi cấu trúc soạn sẵn, sử dụng thang đo PSS được phát triển từ thang đo SERVPERF đã được kiểm định tính giá trị và độ tin cậy.

Kết quả: Tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh ngoại trú về dịch vụ khám chữa bệnh tại khoa khám bệnh đạt 82,3%. Trong đó, hài lòng về sự đáp ứng của bệnh viện có tỷ lệ thấp nhất với 60,4%, tiếp đến là hài lòng về cơ sở vật chất 70%, sự tin cậy 74,3%, sự cảm thông 78,7% và hài lòng về sự đảm bảo chất lượng có tỷ lệ cao

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Minh Quân
Email: quan_minhnguyen@yahoo.com
Ngày nhận: 03/8/2020
Ngày phân biện: 04/9/2020
Ngày duyệt bài: 17/9/2020

nhất với 83,9%. Độ tuổi và nghề nghiệp là 2 yếu tố có liên quan đến tỷ lệ hài lòng của bệnh nhân ngoại trú về dịch vụ khám chữa bệnh.

Kết luận: người bệnh chưa thực sự hài lòng với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện quận Thủ Đức. Cải thiện cơ sở hạ tầng và đầu tư về nhân lực là những ưu tiên hàng đầu nhằm nâng cao sự hài lòng của người bệnh. Bên cạnh đó, cần hoàn thiện các quy định, quy trình khám chữa bệnh để giảm thời gian chờ hạn chế các phàn nàn của người bệnh.

Từ khóa: *Hài lòng, người bệnh ngoại trú, khoa Khám bệnh, Bệnh viện quận Thủ Đức*

SUMMARY

SATISFACTION IN HEALTH CARE SERVICES OF OUTPATIENT AT OUTPATIENT DEPARTMENT, THU DUC DISTRICT HOSPITAL IN 2019

Objective: To describe satisfaction in health care services of outpatient at outpatient department, thu duc district hospital in 2019

Methods: A cross-sectional and qualitative descriptive study on 230 outpatients coming to the outpatient department, using direct interviews based on a structured questionnaire, using the PSS scale developed from the scale SERVPERF has been tested for validity and reliability.

Results: The average overall satisfaction score of the patient was 3.74 ± 0.36 . The overall satisfaction rate of outpatients on medical examination and treatment services at the medical examination and treatment department reached 82.3%. In particular, satisfaction with the response rate has the lowest rate of 60.4%, followed by satisfaction of facilities 70%, reliability 74.3%, sympathy 78.7% and comedy. satisfaction with quality assurance was the highest at 83.9%. Age and occupation are two factors that are related to outpatient satisfaction rates for health care services.

Conclusions: the patient is not really satisfied with the quality of medical examination and treatment services at the Department of Examination, Thu Duc District Hospital. Improving infrastructure and investing in human resources are the top priorities to best serve patients. In addition, it is necessary to improve the regulations and procedures for medical examination and treatment to reduce waiting time to limit complaints of patients.

Keywords: *Satisfied, outpatient, outpatient department, Thu Duc District hospital.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Một dịch vụ chăm sóc sức khỏe (CSSK) có chất lượng tốt sẽ tác động thuận chiều đến sự hài lòng người bệnh (NB) giúp thu hút khách hàng và tạo lợi thế cạnh tranh giữa các bệnh viện (BV). Việc khảo sát sự hài lòng NB được gắn liền theo sau công tác điều trị và đóng vai trò đặc biệt quan trọng trong việc cung cấp cho BV những phản hồi của NB về cảm nhận trong quá trình CSSK. Đây là cơ sở để các BV xây dựng và hoàn thiện các dịch vụ CSSK nhằm đáp ứng tốt hơn nhu cầu ngày càng cao của người dân [9]. Ở một số cơ sở y tế, đặc biệt là các BV tuyến quận/huyện, chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh (KCB) vẫn chưa đáp ứng nhu cầu CSSK của NB [3]. Do đó, cần có nhiều nghiên cứu sự hài lòng tại các BV tuyến dưới nhằm đưa ra các giải pháp cải thiện chất lượng dịch vụ ở bệnh viện.

Khoa Khám bệnh của Bệnh viện quận Thủ Đức là nơi tiếp đón nhiều NB nhất và việc đảm bảo chất lượng các hoạt động nhằm đáp ứng sự hài lòng của NB là cần thiết. Khoa cũng chưa có các đánh giá sự hài lòng của NB một cách chính xác, khách quan từ nhiều góc độ, để tìm ra những hạn chế về mặt tổ chức và quản lý hoạt động. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả sự hài lòng của NB ngoại trú về dịch vụ khám chữa bệnh tại khoa khám bệnh, Bệnh viện quận Thủ Đức năm 2019 và xác định một số yếu tố liên quan.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh ≥ 18 tuổi đến khám và điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện quận Thủ Đức có đủ năng lực trả lời câu hỏi và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang phân tích

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu nghiên cứu là 230 người bệnh.

Cách chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện: lấy đủ mẫu là 230 người bệnh trong 02 tuần (10 ngày làm việc), như vậy mỗi ngày thu thập khoảng 23 người bệnh thỏa điều kiện chọn mẫu, liên tục cho đến khi đủ số lượng mẫu.

Thu thập dữ liệu: Phỏng vấn trực tiếp 230 bệnh nhân ngoại trú bằng bộ câu hỏi cấu trúc soạn sẵn, sử dụng thang đo PSS được phát triển từ thang đo SERVPERF đã được kiểm định tính giá trị và độ tin cậy.

Chỉ số nghiên cứu và cách đánh giá

Điểm của từng tiêu chí hài lòng được tính là điểm trung bình của các câu/biến số cấu thành tiêu chí đó. Các câu hỏi âm tính trong bộ công cụ được mã hóa lại trước khi phân tích để đảm bảo số càng cao sự hài lòng càng cao.

Điểm của toàn bộ thang đo PSS là điểm trung bình của 26 câu của thang đo PSS. Sau đó, dựa vào điểm trung bình này, mức độ hài lòng được phân loại thành 5 mức độ như sau:

Từ 1 - 1,8: Rất không hài lòng

Từ 1,81 - 2,6: Không hài lòng

Từ 2,61 - 3,4: Trung dung

Từ 3,41 - 4,2: Hài lòng

Từ 4,21 - 5: Rất hài lòng

Sự hài lòng chung được đánh giá là có hài lòng khi điểm trung bình từ 3,41 trở lên

Quản lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm EpiData và sau đó chuyển sang phần mềm Stata 13.0 để phân tích. Thống kê mô tả sử dụng tần số, tỷ lệ để phân tích và trình bày các biến định tính. Trung bình, độ lệch chuẩn được sử dụng để phân tích và trình bày các biến định lượng. Sử dụng kiểm định Chi bình phương với mức ý nghĩa 5%.

KẾT QUẢ

1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ bệnh nhân nữ (57,0%) nhiều hơn nam (43,0%). Tuổi trung bình của bệnh nhân là 38,9 ± 14,6 tuổi. Tỷ lệ người bệnh nhóm tuổi 20-29 là cao nhất với 27,4%, tiếp đến là nhóm 30-39 tuổi 25,6%, nhóm 50-59 tuổi 17,4%, nhóm 40-49 tuổi 15,2%, nhóm người cao tuổi (≥ 60 tuổi) 8,7% và thấp nhất là nhóm dưới 20 tuổi với 5,7%. Tỷ lệ người bệnh là đối tượng công nhân cao nhất với 24,8%, tiếp đến là nhóm nghề kinh doanh buôn bán hoặc nghề tự do 22,2%, cán bộ nhân viên 11,7%, học sinh sinh viên 10,0%, già hoặc hưu trí 7,8% và nhóm nghề khác 8,7%.

Về mức thu nhập bình quân của gia đình người bệnh, mức thu nhập từ 5-10 triệu đồng chiếm tỷ lệ cao nhất với 59,6%, kế đến là 10-15 triệu đồng 20,9%, dưới 5 triệu đồng chiếm tỷ lệ 16,9% và cuối cùng là mức thu nhập trên 15 triệu đồng chiếm tỷ lệ thấp nhất với 2,6%.

Tỷ lệ có tham gia bảo hiểm y tế của người bệnh đạt 87,8%. Người bệnh đi khám tại cơ sở y tế khá thường xuyên. Trong nghiên cứu, có 52,6% đi khám bệnh tại cơ sở y tế hàng quý, 21,3% thỉnh thoảng khám bệnh một vài lần trong

năm, 13,5% hiếm khi đi khám bệnh tại cơ sở y tế, 7,0% đi khám bệnh tại cơ sở hàng quý và 5,6% khám hàng tuần. Người bệnh lựa chọn nơi thường khám bệnh là Bệnh viện quận Thủ Đức chiếm tỷ lệ cao nhất với 82,6%, tiếp đến là các bệnh viện tuyến Quận huyện khác với 12,6%, bệnh viện tuyến trên là 3,5% và thấp nhất là các cơ sở y tế tư nhân với 1,3%.

2. Sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ khám chữa bệnh

Bảng 1. Điểm trung bình của các tiêu chí cấu thành sự hài lòng của BN

Tiêu chí	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Sự bảo đảm chất lượng	3,92	0,48
Sự đáp ứng	3,45	0,35
Cơ sở vật chất	3,73	0,55
Sự tin cậy	3,89	0,51
Sự cảm thông	3,74	0,55
Sự hài lòng chung	3,74	0,36

Phân tích điểm trung bình của các tiêu chí cấu thành sự hài lòng của bệnh nhân cho thấy tiêu chí sự đảm bảo chất lượng có điểm trung bình cao nhất với 3,92, tiếp đến là sự tin cậy với điểm trung bình 3,89, sự cảm thông tới điểm trung bình 3,74, hài lòng về cơ sở vật chất với điểm trung bình 3,73 và sự đáp ứng có điểm trung bình thấp nhất với 3,45. Điểm trung bình sự hài lòng chung là 3,74.

Bảng 2. Tỷ lệ hài lòng theo các tiêu chí cấu thành nên sự hài lòng chung của bệnh nhân (n=230)

Tiêu chí	Hài lòng		Không hài lòng	
	n	%	n	%
Sự bảo đảm chất lượng	193	83,9	37	16,1
Sự đáp ứng	139	60,4	91	39,6
Cơ sở vật chất	161	70,0	69	30,0
Sự tin cậy	171	74,3	59	25,7
Sự cảm thông	181	78,7	49	21,3
Hài lòng chung	189	82,3	41	17,7

Sự đảm bảo chất lượng là tiêu chí cấu thành nên sự hài lòng chung của bệnh nhân chiếm tỷ lệ hài lòng cao nhất với 83,90%, tiếp theo là sự cảm thông chiếm tỷ lệ 78,70%, sự tin cậy chiếm tỷ lệ 74,30%, cơ sở vật chất chiếm tỷ lệ 70,00% và cuối cùng là sự đáp ứng của bệnh nhân có tỷ lệ hài lòng thấp nhất với 60,40%. Tỷ lệ sự hài lòng chung là 82,30%.

3. Phân bố mức độ hài lòng theo các đặc điểm của người bệnh

Bảng 3. Giới tính, tuổi liên quan đến sự hài lòng của người bệnh

Đặc điểm		Hài lòng		Không hài lòng		OR (KTC:95%)	p
		SL	%	SL	%		
Giới tính	Nữ	106	80,9	25	19,1	1,22 (0,58-2,62)	0,567
	Nam	83	83,8	16	16,1		
Nhóm tuổi	< 20 tuổi	12	92,3	1	7,7	1,29 (1,001-1,67)	<0,047*
	20-29 tuổi	48	76,2	15	23,8		
	30-39 tuổi	40	67,8	19	32,2		
	40-49 tuổi	35	100,0	0	0,0		
	50-59 tuổi	38	95,0	2	5,0		
	≥ 60 tuổi	16	80,0	4	20,0		

* Kiểm định tính khuynh hướng.

Kết quả phân tích cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính và sự hài lòng của người bệnh. Tuy nhiên, tìm thấy sự liên quan rõ rệt giữa nhóm tuổi với sự hài lòng của người bệnh và điều này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Phân tích tính khuynh hướng (trend analysis) thì thấy sự hài lòng của người bệnh có xu hướng tăng theo tuổi ($p_{\text{trend}} < 0,05$). Cụ thể, người bệnh cứ tăng thêm 10 tuổi thì tỷ số chênh về sự hài lòng tăng lên 1,29 (KTC 95%: 1,001 - 1,67).

Bảng 4. Trình độ học vấn, nghề nghiệp và thu nhập liên quan đến sự hài lòng của NB

Đặc điểm		Hài lòng		Không hài lòng		OR (KTC:95%)	p
		SL	%	SL	%		
Nghề nghiệp	CB-VC	26	96,3	1	3,7	1	-
	Công nhân	40	70,2	17	29,8	0,09 (0,11-0,72)	0,023
	Nội trợ	34	100	0	0,0	-	-
	Học sinh sinh viên	17	73,9	6	26,1	0,11 (0,01-0,98)	0,049
	Già, hưu	12	66,7	6	33,3	0,07 (0,01-0,71)	0,024
	Kinh doanh, tự do	41	80,4	10	19,6	0,16 (0,02-1,3)	0,087
	Nghề khác	19	95,0	1	5,0	0,73 (0,04-12,4)	0,828
Thu nhập bình quân gia đình	< 5 triệu đồng	33	84,6	6	15,4	1	-
	5-10 triệu đồng	110	80,3	27	19,2	0,74 (0,28-1,94)	0,543
	10-15 triệu đồng	42	87,5	6	12,5	1,27 (0,37-4,31)	0,698
	≥ 15 triệu đồng	4	66,7	2	33,3	0,36 (0,05-2,44)	0,299

Kết quả phân tích cho thấy tỷ lệ hài lòng ở những người bệnh có nghề nghiệp là công nhân thấp hơn so với những bệnh nhân có nghề nghiệp là cán bộ viên chức (OR = 0,09; KTC95%: 0,11 - 0,72). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Những bệnh nhân có nghề nghiệp là học sinh sinh viên sẽ có OR hài lòng bằng 0,11 lần (KTC 95%: 0,012 - 0,98) so với những bệnh nhân có nghề nghiệp là cán bộ viên chức. Điều này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Những bệnh nhân nghỉ hưu sẽ có OR hài lòng bằng 0,07 lần (KTC 95%: 0,01 - 0,71) so với những bệnh nhân là cán bộ viên chức. Điều này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4. Sự hài lòng không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đến mức thu nhập cá nhân.

Bảng 5. Một số đặc điểm y tế của người bệnh liên quan đến sự hài lòng của người bệnh

Đặc điểm		Hài lòng		Không hài lòng		OR (KTC:95%)	P
		SL	%	SL	%		
BHYT	Có	169	83,7	33	16,3	2,04 (0,71-5,30)	0,113
	Không	20	71,4	8	28,6		
Bệnh mãn tính	Có	28	87,5	4	12,5	1,6 (0,51-6,68)	0,396
	Không	161	81,3	37	18,7		
Tần suất KCB tại cơ sở y tế	Hàng tuần	9	69,2	4	30,8	-	-
	Hàng tháng	16	100	0	0,0		
	Hàng quý	93	76,9	28	23,1		
	Hàng năm	44	89,8	5	10,2		
	Hiếm khi	27	87,1	4	12,9		
Nơi thường KB	BV Quận Thủ Đức	159	83,7	31	16,3	0,43 (0,18-1,04)	0,06
	BV Quận huyện khác	20	69,0	9	31,0		
	BV tuyến trên	8	100	0	0,0		
	Y tế tư nhân	2	66,7	1	33,3		

Kết quả phân tích cho thấy không tìm thấy mối liên quan giữa việc sử dụng BHYT, mắc bệnh mãn tính, tần suất đi khám bệnh tại cơ sở y tế và nơi khám bệnh đối với sự hài lòng của người bệnh đối với bệnh viện.

BÀN LUẬN

Từ tất cả những tiêu chí cấu thành sự hài lòng của người bệnh, sự hài lòng chung đạt $3,74 \pm 0,36$ thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Trường Viên với số điểm $4,40 \pm 0,54$ [7]. Trong đó tiêu chí sự bảo đảm chất lượng đạt điểm cao nhất với $3,92 \pm 0,48$. Kết quả này khác so với nghiên cứu của tác giả Hà Kim Anh (2018) với điểm số cảm nhận, mong đợi của sự hài lòng lần lượt là $4,67 \pm 0,32$ và $4,33 \pm 0,42$ và khác với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trường Viên khi điểm hài lòng về chất lượng dịch vụ đạt $4,29 \pm 0,72$. Khác biệt trên có thể giải thích do đối tượng nghiên cứu khác nhau và địa điểm thực hiện của các nghiên cứu cũng khác nhau [1],[7].

Tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh trên tất cả các khía cạnh đạt 82,3%. Tỷ lệ hài lòng chung trong nghiên cứu của chúng tôi có phần cao hơn rất nhiều so với các nghiên cứu của tác giả Qua Thị Ưc Trâm (43,6%), Nguyễn Thị Tứ Niên (57,1%) và Cao Lập Đức (41,2%) [6],[4],[2]. Điều này được giải thích do nghiên cứu của Nguyễn Thị Tứ Niên và Cao Lập Đức được thực hiện tại các Trung tâm y tế nên người dân còn khó hài lòng được với các dịch vụ mà Trung tâm y tế tại đó mang lại. Nghiên cứu của Qua Thị Ưc Trâm thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM là một bệnh viện tuyến trung ương nên mong đợi của người bệnh sẽ rất cao nên sẽ dẫn đến tỉ lệ hài lòng chung thấp. Trong các tiêu chí cấu thành nên sự hài lòng chung của bệnh nhân, hài lòng về sự đáp ứng có tỷ lệ thấp nhất với 60,4%, tiếp đến là hài lòng về cơ sở vật chất 70%, sự tin cậy 74,3%, sự cảm thông 78,7% và hài lòng về sự đảm bảo chất lượng có tỷ lệ cao nhất với 83,9%. Người bệnh luôn mong muốn các thủ tục hành chính đơn giản nhằm giảm bớt thời gian chờ đợi. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, hầu hết bệnh nhân đều không hài lòng vì bệnh viện quá đông đúc, vấn đề thủ tục hành chính của bệnh viện mất nhiều thời gian, do đó hài lòng về tiêu chí đáp ứng thấp nhất. Nhằm giảm bớt sự quá tải người bệnh tại Khoa Khám bệnh, bệnh viện còn có 5 phòng khám vệ tinh và phòng khám đa khoa trên địa bàn Quận Thủ Đức đặt tại các phường Linh Xuân, Linh Trung, Linh Tây, Bình Chiểu và Hiệp Bình Chánh.

Nghiên cứu không tìm được mối liên quan giữa giới tính với sự hài lòng của người bệnh.

Kết quả này khác với nghiên cứu của tác giả Võ Chí Thương và nghiên cứu của Alotaibi M năm 2014 khi cả 2 nghiên cứu đều tìm ra được mối liên quan có ý nghĩa thống kê [5], [8].

Trong nghiên cứu tìm ra được mối liên quan giữa nhóm tuổi với sự hài lòng của người bệnh và điều này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Cụ thể, khi người bệnh có tuổi tăng hơn 1 nhóm thì tỷ lệ hài lòng sẽ tăng 1,29 lần (KTC 95%: 1-1,67). Kết quả tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Tứ Niên (2018) khi nghiên cứu cũng tìm được mối liên quan trên [4].

Kết quả cho thấy có mối liên quan giữa nghề nghiệp với sự hài lòng của người bệnh có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Người bệnh nghề nghiệp làm công nhân có OR hài lòng bằng 0,09 lần so với người bệnh là công nhân viên chức (KTC 95%: 0,11-0,72). Người bệnh là học sinh sinh viên có OR hài lòng bằng 0,11 lần so với những người bệnh là công nhân viên chức (KTC 95%: 0,012-0,98). Người bệnh già, hưu có OR hài lòng bằng 0,07 lần so với người bệnh làm công nhân viên chức (KTC 95%: 0,01-0,71). Kết quả tương đồng với nghiên cứu của tác giả Võ Chí Thương tại BV ĐKKV Củ Chi và BV Quận Tân Phú [5].

Nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan giữa bảo hiểm y tế đến sự hài lòng của người bệnh. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Tứ Niên và Qua Thị Ưc Trâm...[4], [6]. Mức thu nhập bình quân của gia đình, người bệnh mắc bệnh mãn tính, tần suất đi khám bệnh tại cơ sở y tế và nơi thường khám bệnh không có mối liên quan đến sự hài lòng của người bệnh.

KẾT LUẬN

Người bệnh chưa thực sự hài lòng với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện quận Thủ Đức. Cải thiện cơ sở hạ tầng và đầu tư về nhân lực là những ưu tiên hàng đầu nhằm phục vụ tốt nhất cho người bệnh. Bên cạnh đó, cần hoàn thiện các quy định, quy trình khám chữa bệnh để giảm thời gian chờ hạn chế các phàn nàn của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Kim Anh** (2018) *Sự hài lòng về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh của bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang năm 2018*, Khóa luận Tốt nghiệp Cử nhân Y tế công cộng, Khoa Y tế Công cộng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

2. **Cao Lập Đức, Tô Gia Kiên** (2019) "Đánh giá sự hài lòng của người bệnh khám ngoại trú tại Trung tâm y tế thành phố Tây Ninh". *Tạp chí*

Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập: 23 (Phụ bản: 2), Trang: 44-50.

3. **Trương Phi Hùng** (2016) *Nhu cầu chăm sóc sức khỏe và sự hài lòng của người bệnh trong hệ thống lập kế hoạch y tế*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 1- 20.

4. **Nguyễn Thị Tú Niê**n (2018) *Sự hài lòng của người bệnh đến khám và điều trị nội trú tại Trung tâm Y tế Huyện Tuy Phước, tỉnh Bình Định năm 2018*, Khóa luận Tốt nghiệp Cử nhân Y tế Công cộng, Khoa Y tế Công cộng, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.

5. **Võ Chí Thượng** (2018) *Sự hài lòng của người bệnh về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú tại hai bệnh viện tuyến quận/huyện thành phố Hồ Chí Minh, năm 2018*, Khóa luận tốt nghiệp Cử nhân Y tế Công cộng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

6. **Qua Thị Ưc Trâm** (2017) *Sự hài lòng về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh của bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh*, Khóa luận tốt nghiệp cử nhân Y tế công cộng, Khoa Y tế Công cộng, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

7. **Nguyễn Trường Viê**n (2017) *Chất lượng dịch vụ và sự hài lòng của bệnh nhân đến khám tại phòng khám Bác sĩ gia đình Bệnh viện quận 2*, Khóa luận tốt nghiệp Cử nhân Y tế công cộng, khoa Y tế Công cộng, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

8. **Alotaibi M., Alazemi T., Alazemi F., et al.** (2015) "Patient satisfaction with primary health-care services in Kuwait". *International journal of nursing practice*, 21 (3), 249-257.

9. **Connor S.J., Shewchuk R.M., Carney L.W.** (1994) "The great gap". *Marketing Health Services*, 14 (2), 32.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHỤC HỒI CẤU TRÚC THÂN RĂNG VỚI SỢI POLYETHYLENE VÀ COMPOSITE TRÊN RĂNG CỎI LỚN HÀM DƯỚI ĐÃ NỘI NHA TẠI TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ, NĂM 2018 - 2020

NGUYỄN TRẦN BẢO NGỌC, TRƯƠNG NHỰT KHUÊ
Khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phục hình trực tiếp bằng composite và sợi polyethylene được sử dụng để phục hồi các răng sau nội nha do chi phí thấp và bảo tồn mô răng so với phục hình gián tiếp.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phục hồi cấu trúc thân răng với sợi polyethylene và composite ở bệnh nhân có răng cối lớn hàm dưới đã nội nha tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, năm 2018-2020.

Đối tượng và phương pháp: thử nghiệm mô tả, can thiệp lâm sàng, không nhóm chứng bằng trám tái tạo trên 48 răng cối lớn đã nội nha còn 4 thành thân răng với composite và sợi polyethylene được theo dõi sau 3-6 tháng.

Kết quả: 100% miếng trám có khít kín, bề mặt, hình thể và 95,8% màu sắc đạt tốt ngay sau khi trám và sau 3 tháng. Sau 6 tháng điều trị có 95,8% phục hồi được coi là chấp nhận được đạt tốt và khá, miếng trám không có sự thay đổi màu sắc chiếm tỷ lệ 89,6%, hình thể và bề mặt miếng trám tốt chiếm 95,8%, 100% còn tồn tại, không bị nứt vỡ và khít sát bờ miếng trám tốt.

Kết luận: Việc lựa chọn tái tạo bằng composite và sợi polyethylene để phục hồi thân răng cối lớn hàm dưới sau nội nha là yếu tố quan trọng cần được quan tâm nhằm hạn chế đến mức thấp nhất việc mất thêm mô răng và tiết kiệm chi phí một cách tốt nhất cho bệnh nhân.

Từ khóa: composite sợi, sợi polyethylene, răng cối lớn đã nội nha.

SUMMARY

EVALUATIONS RESULT OF CROWN'S RESTORATION WITH POLYETHYLENE FIBERS AND COMPOSITE IN ENDODONTICALLY TREATED MOLARS AT

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Trần Bảo Ngọc

Email: baongoc210292@gmail.com

Ngày nhận: 09/7/2020

Ngày phản biện: 18/8/2020

Ngày duyệt bài: 09/9/2020

Background: Direct composite and polyethylene fiber restoration is used for restoration of the posterior teeth because low cost and for the preservation of tooth structure compared with indirect restorations. Objectives: Evaluate results of crown's restoration with polyethylene fibers and composite in endodontically treated molars at Cantho University Hospital after 3 months, 6 months treatment. Materials and methods: A descriptive study, clinical intervention, no control group of 48 endodontically treated molars have 4 crown walls which were restored with composite and polyethylene fibers and were followed up 3-6 months after treatment. Results: After restored and 3 month follow-up, there were 100% of good quality restoration about surface texture, marginal adaptations, anatomical form and color reached 95%. After 6 months of treatment, the recovery was good and quite considered as acceptable restoration reached 95,8%, there were 89,6% of good marginal discolouration, surface texture and anatomical form reached 95,8%, 100% of retentions, not fracture and good marginal adaptations. Conclusion: The crown restoration with composite and polyethylene fiber on endodontically treated molars plays an important role in order to minimize the loss of tooth structure and save the cost for patients.

Keywords: composite fibers, polyethylene fibers, endodontically treated molars.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Quá trình điều trị tủy răng nhằm loại bỏ hết mô bệnh lý và tạo đường vào ống tủy thuận lợi đã gây mất một phần mô răng. Phục hồi lại cấu trúc thân răng cho những răng bị sâu vỡ lớn là hết sức quan trọng vì đây là những răng ăn nhai chính. Các kĩ thuật phục hồi thân răng có thể đơn giản như trám tái tạo bằng composite, hay phức tạp hơn như đặt chốt tái tạo, inlay, onlay, cùi giả, bọc mão...Điều trị với composite kết hợp sợi polyethylene được xem là một thủ thuật cơ bản và làm nền tảng cho nhiều kế hoạch điều trị phục hồi răng. Trọng lượng phân tử cực cao của sợi polyethylene có nhiều ứng dụng lâm sàng và được sử dụng để xây dựng một khung thành vững chắc cho răng đã điều trị nội nha, vì chúng thích ứng với các thành xung quanh của răng mà không cần mở rộng ống tủy chân răng. Những sợi polyethylene này kết hợp với composite có mô đun đàn hồi tương tự như ngà

răng và tạo ra một khối hệ thống ngà răng có khả năng phân phối lực tốt hơn dọc theo chân răng [3]. Vì vậy, để hiểu rõ hơn về hiệu quả phục hồi thân răng bằng composite và sợi polyethylene, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá kết quả phục hồi cấu trúc thân răng với sợi polyethylene và composite ở bệnh nhân tổn thương thân răng cối lớn hàm dưới đã nội nha tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, năm 2018-2020.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Bệnh nhân có răng cối lớn thứ nhất và thứ hai hàm dưới đã điều trị tủy có chỉ định trám tái tạo composite và sợi polyethylene tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Răng cối lớn thứ nhất và thứ hai hàm dưới đã nội nha tốt hoặc nội nha lại, đủ 4 thành thân răng, độ dày mỗi thành $\geq 1,5\text{mm}$ [5]. Răng đối diện là răng thật hoặc đã phục hồi bằng phục hình cố định. Bệnh nhân ≥ 18 tuổi đồng ý tham gia nghiên cứu, tái khám định kỳ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đang có cơn đau cấp tính hoặc viêm nhiễm cấp tính, há miệng hạn chế, khít hàm, răng lung lay.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, từ 03/2018 đến 06/2020.

Thiết kế nghiên cứu: thử nghiệm mô tả, can thiệp lâm sàng, không nhóm chứng.

Cỡ mẫu: $n=44$ với $p=0,96$ [6]; $d = 0,06$. Cỡ mẫu thực tế thu được $n = 48$ răng

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện bằng cách khám lâm sàng phối hợp chụp X-Quang quanh chóp và kết hợp các tiêu chuẩn chọn bệnh nêu trên.

Nội dung nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được khám lâm sàng, chụp phim X-Quang và lấy dấu hàm dưới để đo các thành răng. Sau đó ghi nhận các đặc điểm lâm sàng và X-Quang.

- Đặc điểm lâm sàng:

+ Sự tương hợp màu: Quan sát bằng mắt: giống màu, gần giống hoặc khác màu.

+ Bề mặt: Dùng thám trầm rà: nhẵn bóng, hơi thô ráp, đánh bóng lại và thô ráp, đánh bóng không nhẵn.

+ Hình thể: Dùng giấy cắn kiểm tra: chạm đều, chạm không đều hoặc không in dấu.

+ Nứt vỡ: Quan sát bằng mắt: nguyên vẹn, vỡ khu trú hoặc vỡ nhiều phần.

+ Khít kín: Dùng thám trầm rà: liên tục, mắc thám trầm và mắc thám trầm kết hợp lộ ngà.

- Đặc điểm cận lâm sàng: Độ khít sát của miếng trám: dựa trên thấu quang của miếng trám và mô răng ở thành bên và đáy miếng trám để đánh giá trên phim X-Quang.

+ Đạt: không có thấu quang: miếng trám khít sát.

+ Không đạt: có thấu quang: miếng trám không khít sát, theo dõi.

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 48 răng có nhóm răng cối lớn thứ nhất hàm dưới chiếm 66,7% và thứ hai chiếm 33,3%. Tỷ lệ nữ chiếm 60,4% và nam là 39,6%. Nhóm 18-24 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 58,3%.

2. Đặc điểm lâm sàng

Sau trám tái tạo: 100% miếng trám đạt khít kín mặt nhai, bề mặt, hình thể và khít sát trên phim X-Quang, màu sắc xếp loại tốt chiếm 95,8%. Tái khám sau 3 tháng miếng trám chưa có thay đổi trên lâm sàng

Bảng 1: Kết quả phục hồi miếng trám sau 6 tháng

Tiêu chí	Tốt		TB		Kém	
	n	%	n	%	n	%
Sự tương hợp màu	43	89,6	5	10,4	-	-
Bề mặt miếng trám	46	95,8	2	4,2	-	-
Hình thể giải phẫu miếng trám	46	95,8	2	4,2	-	-
Sự khít kín miếng trám	48	100	-	-	-	-
Nứt vỡ	48	100	-	-	-	-

Theo dõi 6 tháng sau điều trị, có 2 trường hợp thay đổi bề mặt và hình thể miếng trám xếp loại trung bình chiếm 4,2%, sự tương hợp màu sắc miếng trám có 5 trường hợp xếp loại trung bình chiếm 10,4%. Sự khít kín và nứt vỡ miếng trám đều đạt loại tốt 100%.

Bảng 2: Đánh giá chung kết quả thực hiện phục hồi sau 3, 6 tháng

Đánh giá xếp loại	Mới trám		3 tháng		6 tháng	
	n	%	n	%	n	%
Tốt	46	95,8	46	95,8	41	85,4
Khá	2	4,2	2	4,2	5	10,4
TB	-	-	-	-	2	4,2
Tổng	48	100	48	100	48	100

Mới trám và sau 3 tháng tỷ lệ thành công 100% tuy nhiên sau 6 tháng, tỷ lệ tốt và khá đạt 95,8%, có 4,2% xếp loại trung bình, không có xếp loại kém.

3. Đặc điểm X-Quang

Miếng trám khít sát đạt 100%, không có thấu quang giữa mô răng và miếng trám.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi trong khoảng từ 18 đến trên 49 tuổi, tuy nhiên nhóm từ 18 đến 24 chiếm tỷ lệ cao hơn (58,3%), do địa điểm nghiên cứu là Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ, phần lớn người đến khám và điều trị ở độ tuổi sinh viên, hoặc do nhóm tuổi này có ý thức chăm sóc sức khỏe răng miệng hơn những nhóm tuổi khác. Nữ chiếm tỷ lệ cao hơn (60,4%), điều này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thụy Bảo Trân (2018) [1] ở các răng cối sâu vỡ lớn đã điều trị tủy cho thấy nữ chiếm 65%. Có thể lý giải do nữ thường có xu hướng quan tâm chăm sóc răng miệng và thường xuyên kiểm tra khám răng định kỳ tốt hơn nam giới, nên tỷ lệ phát hiện cao hơn.

2. Đặc điểm lâm sàng

Ngay sau khi trám, có 4,2% có khác biệt so với màu sắc phần còn lại của răng. Sự phong phú đa dạng về màu sắc của composite hiện nay hỗ trợ rất nhiều trong trám thẩm mỹ, mặc dù dùng cho răng sau cũng có rất nhiều phân loại: composite màu ngà, màu men tuổi trẻ, màu men trưởng thành...tuy nhiên sự hợp màu thẩm mỹ của miếng trám composite còn bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố: bệnh nhân lớn tuổi răng sậm màu do sinh lý, răng nhiễm sắc do dùng thuốc, màu răng thâm nhiễm do miếng trám amalgam cũ, răng bị đổi màu do chết tủy lâu ngày... Việc chọn màu còn phụ thuộc vào môi trường xung quanh (cường độ ánh sáng trong phòng, màu da của bệnh nhân, màu sắc trang phục của bệnh nhân,...) cho nên mặc dù chúng tôi đã cố gắng thực hiện tốt kỹ thuật chọn màu nhưng khi đánh giá lại màu sắc của miếng trám ngay sau khi trám chúng tôi nhận thấy có 4,2% có màu sắc khác biệt so với màu răng thật, tuy nhiên do chúng tôi thực hiện nghiên cứu trên các răng cối lớn, vấn đề màu sắc của răng không được đặt lên hàng đầu nên sự khác biệt một chút về màu sắc vẫn được bệnh nhân chấp nhận.

Sự tương hợp màu miếng trám ghi nhận thay đổi ở mức độ trung bình sau 6 tháng, chiếm tỷ lệ 6,25%. Thay đổi màu sắc là một hiện tượng đa yếu tố. Yếu tố bên ngoài là do hấp thụ sắc tố từ thói quen ăn uống, vệ sinh và hút thuốc. Yếu tố

bên trong là tính thấm màu, đồng nhất, độ ổn định hóa học của hạt nhựa (nhất là vùng nhựa mỏng ở bờ miếng trám). Ozakar I.N. (2014) [4] kết luận rằng sự hiện diện sợi polyethylene không làm thay đổi độ trong suốt và độ trong mờ của các loại nhựa composite khác nhau. Sau 6 tháng có 2 trường hợp bề mặt hơi thô ráp, không đồng nhất, sau khi đánh bóng thì nhẵn chiếm tỷ lệ 4,2%. Nghiên cứu của Tekce N. (2020) [7] sau 3 năm theo dõi có 9,5% phục hình composite G-aenial Posterior có thay đổi về kết cấu bề mặt chấp nhận được về mặt lâm sàng, xếp loại trung bình, tỷ lệ này có phần cao hơn nghiên cứu của chúng tôi do có thời gian theo dõi lâu hơn. Sự đổi màu miếng trám còn có mối liên quan mật thiết với bề mặt miếng trám. Đánh bóng đặc biệt quan trọng để giảm sự đổi màu miếng trám, vì độ mịn cao giảm việc thay đổi màu sắc của vật liệu tổng hợp và ngược lại các bề mặt gồ ghề của composite có thể tăng cường độ bám dính của vi khuẩn và tăng khả năng bám màu. Hình thể miếng trám không bị mòn, sử dụng giấy cắn kiểm tra thấy chạm đều, không có điểm tiếp xúc quá mức được xếp vào loại tốt ghi nhận được tỷ lệ 95,8%. Nghiên cứu của Tekce N. (2020) [7] sau 3 năm có 95,2% trường hợp phục hình bằng composite G-aenial Posterior là lý tưởng về mặt lâm sàng về độ mòn và hình thể giải phẫu. Có mối liên quan giữa việc miếng trám bị mòn với tình trạng mất răng cối lớn khác ở cùng bên, đối bên hay không bị mất răng nào. Khi bị mất răng, răng đối diện mất đi lực nâng đỡ, có chiều hướng trôi lên vào khoảng trống do răng bị mất gây ra, hậu quả là gây cản trở hoạt động nhai và bệnh nhân sẽ có khuynh hướng nhai nhiều hơn bên phân hàm có đầy đủ răng. Vật liệu tổng hợp gia cố bằng sợi polyethylene gần đây đã được giới thiệu để phục hình răng và có các đặc tính cơ học thuận lợi. Mặc dù vật liệu sứ có khả năng chống mài mòn và duy trì khớp cắn ổn định trong nhiều năm, nhưng các nghiên cứu lại cho thấy sự mài mòn của lớp men là do sứ gây ra [3]. Thời gian quan sát 6 tháng có thể không đủ dài để đánh giá các đặc tính mài mòn của composite như vật liệu phục hình phía sau, đặc biệt trong những trường hợp khi kích thước của phục hình là lớn.

3. Đặc điểm X-Quang

Không có sự thay đổi sau theo dõi 3,6 tháng, tất cả đều khít sát tốt 100%.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 48 bệnh nhân có răng cối sâu vỡ lớn được trám tái tạo với composite và sợi polyethylene sau 6 tháng theo dõi rút ra kết luận như sau: Tỷ lệ nữ chiếm 60,4%. Nhóm 18-24 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 58,3%. Màu sắc không có sự thay đổi chiếm 89,6%. Bề mặt miếng trám nhẵn bóng chiếm 95,8%. Hình thể miếng trám ghi nhận không có sự mòn mặt nhai xếp loại tốt chiếm 95,8%. Sự khít kín, nứt vỡ, sâu tái phát đạt tiêu chí tốt 100%. Các phục hồi được coi là chấp nhận được có tỷ lệ thành công chung chiếm 95,8%.

TÀI LIỆU KHAM THẢO

1. **Nguyễn Thụy Bảo Trân** (2018), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, Xquang và đánh giá kết quả tái tạo thân răng trên bệnh nhân có răng cối sâu vỡ lớn bằng chốt tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ 2017-2018*, luận văn chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. **Belli S.** (2006), "Reinforcement effect of polyethylene fibre in root-filled teeth: Comparison of two restoration techniques", *International endodontic journal*; 39(4):136-142.

3. **Burgess J. O.** (2014), "Enamel wear opposing polished and aged zirconia", *Operative dentistry*; 39(2):189-194.

4. **Ozakar I. N.** (2014), "Effect of water storage on the translucency of silorane-based and dimethacrylate-based composite resin with fibers", *Journal of dentistry*; 42(6):746-752.

5. **Ozsevik A. S.** (2016), "Effect of fibre-reinforced composite on the fracture resistance of endodontically treated teeth", *The journal of the Australian Society of Endodontology Inc*; 42(2):82-87.

6. **Nagasiri R.** (2005), "Long-term survival of endodontically treated molars without crown coverage: a retrospective cohort study", *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 93(2):164-170.

7. **Tekce N.** (2020), "Clinical Performance of Direct Posterior Composite Restorations with and without Short Glass-fiber-reinforced Composite in Endodontically Treated Teeth: 3-year Results", *The journal of adhesive dentistry*; 22(2):127-137.

NỒNG ĐỘ VITAMIN D HUYẾT THANH Ở BỆNH NHÂN LỌC MÀNG BỤNG LIÊN TỤC NGOẠI TRÚ

NGUYỄN TRUNG HIẾU,
ĐỖ GIA TUYẾN, NGHIÊM TRUNG DŨNG
Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thiếu vitamin D gây ra các rối loạn xương, bất thường chất khoáng, vôi hóa mạch máu, làm xấu hơn tình trạng cường cận giáp thứ phát, liên quan đến thời gian sống mong đợi ngắn ở bệnh nhân mắc bệnh thận giai đoạn cuối. Tuy nhiên ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đề cập đến vitamin D ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú.

Mục tiêu: Khảo sát nồng độ và tỉ lệ thiếu hụt vitamin D huyết thanh ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú, và tìm hiểu mối liên quan giữa nồng độ vitamin D với một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu 84 bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú tại Khoa Thận – Tiết niệu, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 6 năm 2020.

Kết quả: Nồng độ 25(OH)D huyết thanh trung bình ở bệnh nhân lọc màng bụng là 23.43 ± 7.39 (ng/mL). Tỉ lệ thiếu 25(OH)D huyết thanh cao, chiếm 84.5%, chủ yếu thiếu 25(OH)D ở mức độ nhẹ - trung bình chiếm 85.7%. Nồng độ 25(OH)D có tương quan thuận với Albumin máu, $r=0.25$, $p<0.05$; với calci máu hiệu chỉnh có tương quan nghịch biến, với hệ số tương quan $r = -0.234$, $p=0.017$.

Từ khóa: Thiếu vitamin D, lọc màng bụng (CAPD).

SUMMARY

SERUM CONCENTRATION OF VITAMIN D
IN CONTINUOUS AMBULATORY
PERITONEAL DIALYSIS PATIENTS

Background: Vitamin D deficiency causes bone disorders, mineral abnormalities, vascular calcification, worsening secondary

hyperparathyroidism and is associated with short life expectancy in patients with kidney disease. In Vietnam, there has been no study researching serum levels of vitamin D in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients.

Objectives: This research was designed to assess serum vitamin D levels, vitamin D deficiency rate, and its relation with some clinical and sub-clinical characteristics in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients.

Subjects and methods: This was a prospective, descriptive study including 84 continuous ambulatory peritoneal dialysis patients at the Department of Nephro - Urology of Bach Mai Hospital from September 2019 to May 2020.

Results: The mean serum 25(OH)D level was 23.43 ± 7.39 (ng/mL). Serum 25(OH)D was insufficient in 84.5% of the patients, mainly (85.7%) at mild – moderate degree. 25(OH)D concentration had a positive correlation with serum albumin level ($r=0.25$, $p<0.05$) and a inverse correlation with corrected calcium ($r = -0.234$, $p=0.017$).

Keywords: vitamin D deficiency, peritoneal dialysis (CAPD)

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, thiếu vitamin D là tình trạng thường gặp trong dân số nói chung và ở bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tính nói riêng [1,2]. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng nồng độ 25 – hydroxyvitamin D ở bệnh nhân có suy giảm chức năng thận thì thấp hơn những người có chức năng thận bình thường [2]. Các rối loạn xương, bất thường chất khoáng và vôi hóa mạch máu ở bệnh nhân suy thận có liên quan đến sự thiếu hụt dạng hoạt hóa của vitamin D và làm tồi hơn tình trạng cường cận giáp thứ phát [3]. Thiếu vitamin D góp phần vào sự tiến triển của bệnh thận mạn tính, liên quan đến thời gian sống mong đợi ngắn ở bệnh nhân mắc bệnh thận giai đoạn cuối. Ở bệnh nhân bị bệnh thận mạn tính, tỉ lệ thiếu vitamin D lên tới 73,6% [4], và tỉ lệ này còn cao hơn ở nhóm bệnh

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Trung Hiếu

Email: hieunguyen017@gmail.com

Ngày nhận: 10/7/2020

Ngày phản biện: 08/8/2020

Ngày duyệt bài: 11/9/2020

nhân đã được điều trị thay thế thận: lọc máu chu kì và lọc màng bụng [5].

Do vậy, cùng với sự phổ biến của phương pháp lọc màng bụng trong điều trị suy thận mạn giai đoạn cuối, đi kèm với đó hạn chế và giảm tỉ lệ các biến chứng ở bệnh nhân lọc màng bụng này cho nên việc xác định tình trạng thiếu hụt và bổ sung vitamin D cho bệnh nhân là vô cùng quan trọng. Trên thế giới và trong nước đã có nghiên cứu đến vitamin D ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính nói chung và ở bệnh nhân lọc máu chu kì. Tuy nhiên ở Việt Nam thì vấn đề này chưa được quan tâm và chưa có nghiên cứu nào đề cập đến vitamin D ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “*Nghiên cứu nồng độ vitamin D huyết thanh ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú*”. Với 2 mục tiêu nghiên cứu: *Khảo sát nồng độ và tỉ lệ thiếu hụt vitamin D huyết thanh ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú; tìm hiểu mối liên quan giữa nồng độ vitamin D huyết thanh với một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 84 bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú tại Khoa Thận – Tiết niệu, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 5 năm 2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

+ Lựa chọn các bệnh nhân đang được điều trị thay thế thận suy bằng phương pháp CAPD

được khám và điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai đáp ứng các điều kiện:

- Bệnh nhân lọc màng bụng từ 03 tháng trở lên

- Tuổi ≥ 18 tuổi

+ Tiêu chuẩn loại trừ: Không hợp tác nghiên cứu hoặc đang điều trị bị tử vong hoặc chuyển cơ sở khác điều trị

2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả tiến cứu

3. Xử lý số liệu: theo chương trình SPSS 20.0

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

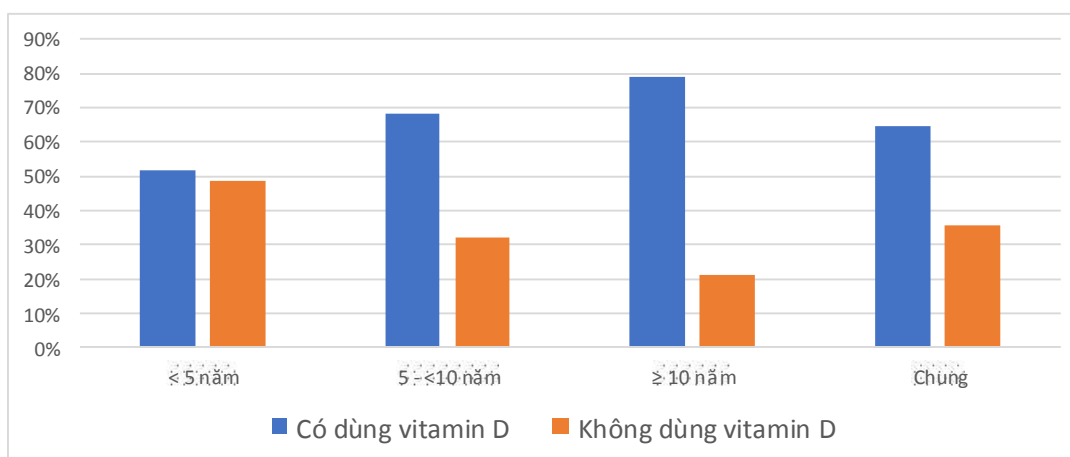
1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhóm tuổi	N	%
20-29	11	13,1
30-39	21	25,0
40-49	25	29,8
50-59	14	16,6
≥ 60	13	15,5
Tổng	84	100

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $45,85 \pm 13,47$ (năm), trong đó ít tuổi nhất là 20 tuổi, cao nhất 77 tuổi.

Phân bố bệnh nhân theo thời gian lọc màng bụng: Thời gian lọc màng bụng trung bình của nhóm nghiên cứu là $6,47 \pm 3,67$ (năm), trong đó lọc màng bụng lâu nhất là 15 năm, đa số bệnh nhân có thời gian lọc màng bụng từ 1-10 năm (81,7%).



Biểu đồ 1: Tỉ lệ bệnh nhân nghiên cứu sử dụng thuốc có thành phần vitamin D

Trong tổng số 84 bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu, có 64,4% đang sử dụng thuốc có chứa vitamin D, 35,6% bệnh nhân không sử dụng thuốc.

Tình trạng sử dụng thuốc điều trị có chứa vitamin D giữa 3 nhóm lọc màng bụng không có sự khác biệt với $p=0.10$. Tỉ lệ bệnh nhân sử dụng vitamin D tăng theo thời gian lọc màng bụng.

2. Kết quả nghiên cứu về tỉ lệ thiếu và nồng độ vitamin D ở bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 2: Nồng độ 25(OH)D trung bình theo từng nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Tỉ lệ thiếu 25(OH)D	25(OH)D $\bar{X} \pm SD$ (ng/mL)	p
20-29 (11)	81,2%	24,06 \pm 6,64	0,177
30-39 (21)	90,5%	21,28 \pm 6,06	
40-49 (25)	72,0%	26,06 \pm 9,96	
50-59 (14)	85,7%	22,73 \pm 5,80	
≥ 60 (13)	82,3%	22,47 \pm 5,39	
Chung (84)	82,1%	23,43 \pm 7,39	

Không có sự khác biệt về tỉ lệ thiếu 25(OH)D theo các nhóm tuổi, $p > 0,05$

Bảng 3: Tỉ lệ thiếu 25(OH)D theo mức độ và thời gian lọc màng bụng

25(OH)D (ng/mL)	Không thiếu (≥ 30)	Thiếu 25(OH)D			p
		Thiếu nhẹ (20-30)	Thiếu trung bình (10-20)	Thiếu nặng (<10)	
Chung (n=84)	12 14,3%	46 54,8%	25 29,8%	1 1,1%	0,329
< 5 năm (n=28)	5 17,9%	14 50,0%	9 32,1%	0 0,0%	
5 - < 10 năm (n=43)	4 9,3%	27 62,8%	12 27,9%	0 0,0%	
≥ 10 năm (n=13)	3 23,1%	5 38,5%	4 30,8%	1 7,6%	

Không có sự khác biệt về mức độ thiếu 25(OH)D giữa các nhóm theo thời gian lọc màng bụng.

3. Mối liên quan giữa nồng độ 25(OH)D với một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 4: Tương quan giữa nồng độ 25(OH)D với một số yếu tố lâm sàng

Thông số nghiên cứu	Nồng độ 25(OH)D	
	r	p
Tuổi	0,005	0,956
BMI	0,211	0,081
HATT	0,143	0,148
HATT _r	0,139	0,158

Không có tương quan giữa nồng độ 25(OH)D với tuổi, BMI và huyết áp.

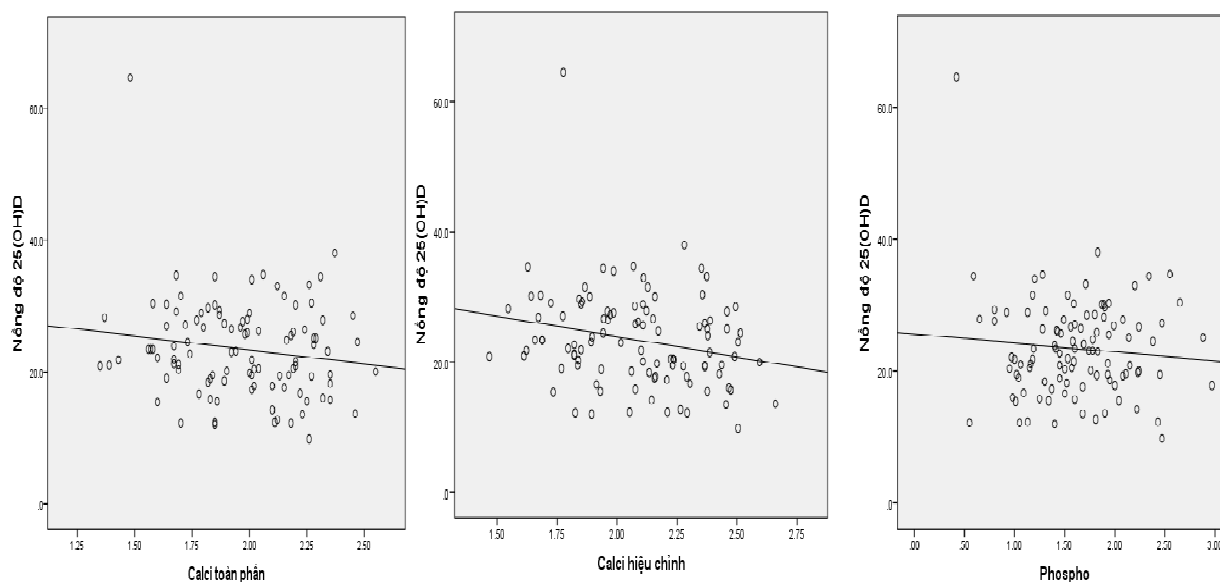
Bảng 5: Tương quan giữa nồng độ 25(OH)D với tình trạng thiếu máu và albumin máu

Thông số nghiên cứu	Nồng độ 25(OH)D	
	r	p
Hb	- 0,081	0,416
Albumin máu	0,25	0,010
Protein máu	0,171	0,083

Không có tương quan giữa nồng độ 25(OH)D và tình trạng thiếu máu.

Không có mối liên quan giữa nồng độ 25(OH)D và protein máu.

Nồng độ 25(OH)D tương quan thuận với Albumin máu, với $r = 0,25$, $p < 0,05$.



Biểu đồ 2: Tương quan giữa nồng độ 25(OH)D và một số yếu tố tham gia chuyển hóa calci – phospho

Không có mối liên quan giữa nồng độ 25(OH)D với calci toàn phần và phospho.

Giữa nồng độ 25(OH)D và calci máu hiệu chỉnh có tương quan nghịch biến với hệ số tương quan $r = -0,234$, $p = 0,017$.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng

- Phân bố bệnh nhân theo tuổi: Tuổi trung bình: $45,85 \pm 13,47$ (ít nhất là 20 tuổi, cao nhất là 77 tuổi). Jamal S. Alwakeel [6] và cộng sự nghiên cứu 27 bệnh nhân lọc màng bụng đưa ra nhận xét tuổi trung bình là 46. Wang [7] và cộng sự nghiên cứu 230 bệnh nhân, tuổi trung bình là 55.

- Phân bố thời gian lọc màng bụng: Thời gian trung bình là $6,47 \pm 3,67$ năm, đa số bệnh nhân có thời gian lọc màng bụng từ 1-10 năm chiếm 81,7%. So sánh với các tác giả khác thấy rằng đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có thời gian lọc màng bụng dài hơn Jamal S. Alwakeel [6] là $2,29 \pm 3,5$ năm, Wang [7] là 2,2 (1,2 – 4,2) năm. Chúng tôi cho rằng sự khác nhau này do tính chất ngẫu nhiên của việc lựa chọn mẫu nghiên cứu.

- Về tình hình sử dụng thuốc có thành phần vitamin D tại thời điểm nghiên cứu như sau: có 64,4% đang sử dụng thuốc có chứa vitamin D, 35,6% bệnh nhân không sử dụng thuốc. Đã có nhiều nghiên cứu nước ngoài yêu cầu bệnh nhân tham gia tạm ngưng sử dụng các thuốc chứa vitamin D hoặc đánh giá hiệu quả điều trị thuốc vitamin D, trong khi đó chúng tôi không can thiệp vào vấn đề điều trị của bệnh nhân.

2. Khảo sát nồng độ và tỉ lệ thiếu 25(OH)D ở bệnh nhân lọc màng bụng

- Nồng độ 25(OH)D trung bình ở bệnh nhân lọc màng bụng là $23,43 \pm 7,39$ (ng/mL) ($58,57 \pm 18,46$ nmol/L) thấp hơn so với giá trị tham chiếu bình thường. Nghiên cứu của Trịnh Mỹ Linh [8] khảo sát tình trạng vitamin D ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kì năm 2019 cho thấy nồng độ 25(OH)D trung bình là $26,3 \pm 15,57$ (ng/mL), cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, do nồng độ 25(OH)D ở bệnh nhân lọc màng bụng thấp hơn bệnh nhân thận nhân tạo chu kì bởi mất vitamin D qua dịch lọc màng bụng [9]. Trong khi đó nghiên cứu của Đào Thị Thu [4] về tình trạng thiếu hụt vitamin D ở bệnh nhân bệnh thận mạn chưa điều trị thay thế năm 2016 chỉ ra nồng độ 25(OH)D trung bình là $17,5 \pm 8,4$ (ng/mL), thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác nhau như vậy là do các đối tượng nghiên cứu chưa được bổ sung vitamin D, trong khi 64,4%

bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đang bổ sung thuốc có thành phần vitamin D. Trên thế giới, nghiên cứu của Jamal S. Alwakeel [6] năm 2014 tìm hiểu nguy cơ thiếu vitamin D ở bệnh nhân lọc màng bụng cho thấy nồng độ 25(OH)D là $16,1$ ($4,9 - 41,5 \pm 8,23$) nmol/L, thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi do các đối tượng nghiên cứu chưa bổ sung vitamin D.

- Trong số 84 bệnh nhân nghiên cứu có 71 bệnh nhân thiếu 25(OH)D chiếm tỉ lệ 84,5%. Như vậy tình trạng thiếu 25(OH)D rất thường gặp ở bệnh nhân lọc màng bụng. So sánh với nghiên cứu của tác giả Đào Thị Thu [4], đây là nghiên cứu đánh giá với 124 bệnh nhân mắc bệnh thận mạn chưa điều trị thay thế, tỉ lệ thiếu 25(OH)D là 89,5%. Khi so sánh với các nghiên cứu trên thế giới về tình trạng thiếu 25(OH)D ở bệnh nhân lọc màng bụng thì thấy kết quả của chúng tôi phù hợp với nhiều nghiên cứu khác, hầu hết các nghiên cứu đều chỉ ra thiếu 25(OH)D chiếm tỉ lệ cao ở bệnh nhân nghiên cứu. Năm 2008, Wang [7] tiến hành nghiên cứu về 25(OH)D trên 230 bệnh nhân lọc màng bụng, kết quả chỉ ra tỉ lệ thiếu 25(OH)D là 87%. Nghiên cứu của Jamal S. Alwakeel [6] thấy rằng 100% bệnh nhân lọc màng bụng có thiếu 25(OH)D.

- Về mức độ nặng của tình trạng thiếu hụt 25(OH)D, chủ yếu là thiếu 25(OH)D mức độ nhẹ - trung bình, chiếm 84,5%. Trong nghiên cứu của Wang [7], có 57% là thiếu mức độ nặng, cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, sự khác biệt là do một số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đã được bổ sung vitamin D.

- Khi so sánh về nồng độ 25(OH)D giữa các nhóm tuổi không thấy có sự khác biệt, và mức độ thiếu 25(OH)D theo thời gian lọc màng bụng cũng không thấy có sự khác biệt. Theo nghiên cứu của Wang [7] và các cộng sự, có mối liên quan giữa tuổi và thời gian lọc màng bụng và nồng độ 25(OH)D, sự khác biệt này là do, một số bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi đã sử dụng thuốc có chứa vitamin D.

3. Về mối liên quan giữa nồng độ 25(OH)D với một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng

- Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có mối tương quan giữa nồng độ 25(OH)D với tuổi, BMI, và huyết áp. Nhận xét này của chúng tôi phù hợp với nhận xét của tác giả Wang [7].

- Về mối liên quan giữa nồng độ 25(OH)D với nồng độ albumin và protein máu cho kết quả như sau: Không có mối liên quan giữa nồng độ

25(OH)D với protein máu. Ngược lại, có mối tương quan đồng biến giữa nồng độ 25(OH)D với albumin máu, với $r = 0,25$, $p < 0,05$. Lí do là 25(OH)D được tổng hợp tại gan sẽ được vận chuyển trong huyết thanh nhờ vào protein và dạng hoạt hóa của nó là 1,25(OH)2D được vận chuyển chủ yếu bằng protein gắn vitamin D huyết thanh, với một lượng nhỏ hơn gắn với albumin. Khi đánh giá về mối tương quan giữa nồng độ 25(OH)D với tình trạng dinh dưỡng, tác giả Ravani [2] thấy có mối tương quan thuận giữa albumin và 25(OH)D, với $r = 0,15$ ($p < 0,05$).

- Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy không có mối tương quan giữa nồng độ 25(OH)D với calci toàn phần và phospho. Có mối tương quan nghịch biến giữa 25(OH)D và calci máu hiệu chỉnh, với hệ số tương quan $r = -0,234$, $p = 0,017$. Còn trong nghiên cứu của tác giả Wang [7] không thấy có sự tương quan giữa 25(OH)D và calci, phospho.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 84 bệnh nhân chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

Nồng độ và tỉ lệ thiếu hụt 25(OH)D huyết thanh ở bệnh nhân lọc màng bụng

Nồng độ 25(OH)D trung bình là $23,43 \pm 7,39$ (ng/mL), thấp hơn so với giá trị tham chiếu bình thường.

Tỉ lệ thiếu 25(OH)D ở bệnh nhân lọc màng bụng là rất cao 84,5%, chủ yếu là mức độ thiếu nhẹ - trung bình chiếm 83,6%.

Không có sự khác biệt về tỉ lệ thiếu 25(OH)D theo các nhóm tuổi

Không có sự khác biệt về mức độ thiếu 25(OH)D giữa các nhóm theo thời gian lọc màng bụng.

Mối liên quan giữa nồng độ 25(OH)D với một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng

Không có tương quan giữa nồng độ 25(OH)D với tuổi, BMI, HATT và HATT_r.

Nồng độ 25(OH)D có tương quan thuận, mức độ yếu với Albumin máu, $r = 0,25$, $p < 0,05$.

Nồng độ 25(OH)D và calci máu hiệu chỉnh có tương quan nghịch biến, mức độ yếu với hệ số tương quan $r = -0,234$, $p = 0,017$.

Không thấy mối liên quan giữa nồng độ 25(OH)D huyết thanh với triệu chứng thiếu máu, protein máu, calci toàn phần, phospho.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ho-Pham LT, Nguyen ND, Lai TQ, Eisman JA, Nguyen TV. Vitamin D status and parathyroid hormone in a urban population in Vietnam. *Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA*. 2011;22(1):241-248. doi:10.1007/s00198-010-1207-4

2. Ravani P, Malberti F, Tripepi G, et al. Vitamin D levels and patient outcome in chronic kidney disease. *Kidney Int*. 2009;75(1):88-95. doi:10.1038/ki.2008.501

3. London GM, Guérin AP, Verbeke FH, et al. Mineral Metabolism and Arterial Functions in End-Stage Renal Disease: Potential Role of 25-Hydroxyvitamin D Deficiency. *J Am Soc Nephrol*. 2007;18(2):613-620. doi:10.1681/ASN.2006060573

4. Đào Thị Thu. Nghiên cứu nồng độ vitamin D huyết thanh ở bệnh nhân có bệnh thận mạn tính. Published online 2016.

5. Clayton P, Singer R. 25-Hydroxyvitamin D levels in prevalent Australian dialysis patients. *Nephrology*. 2009;14(6):554-559. doi:10.1111/j.1440-1797.2009.01145.x

6. Alwakeel JS, Usama S, Mitwalli AH, Alsuwaida A, Alghonaim M. Prevalence of vitamin D deficiency in peritoneal dialysis patients. *Saudi J Kidney Dis Transplant Off Publ Saudi Cent Organ Transplant Saudi Arab*. 2014;25(5):981-985. doi:10.4103/1319-2442.139873

7. Wang AY-M, Lam CW-K, Sanderson JE, et al. Serum 25-hydroxyvitamin D status and cardiovascular outcomes in chronic peritoneal dialysis patients: a 3-y prospective cohort study. *Am J Clin Nutr*. 2008;87(6):1631-1638. doi:10.1093/ajcn/87.6.1631

8. Trịnh Mỹ Linh. Nghiên cứu nồng độ vitamin D huyết thanh ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ. Published online 2018.

9. Sahin G, Kirli I, Sirmagul B, Colak E, Yalcin AU. Loss via peritoneal fluid as a factor for low 25(OH)D3 level in peritoneal dialysis patients. *Int Urol Nephrol*. 2009;41(4):989-996. doi:10.1007/s11255-009-9561-x

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ THÀNH THẠO MỘT SỐ KỸ NĂNG CƠ BẢN CỦA SINH VIÊN ĐIỀU DƯỠNG NĂM THỨ TƯ TRƯỜNG ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG

NGUYỄN THỊ THÚY HƯƠNG¹, LÊ THU HÒA²

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

²Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện với 120 sinh viên điều dưỡng chính quy năm thứ tư.

Mục tiêu: Mô tả mức độ thành thạo khi thực hiện một số kỹ năng của sinh viên điều dưỡng năm thứ tư Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương.

Kết quả: Tỷ lệ sinh viên thực hiện đúng hoặc thành thạo kỹ năng giao tiếp chiếm 73,3% và 66,7% (tiêm tĩnh mạch); 77,2% và 65,6% (tiêm bắp), 73,9% và 58,3% (truyền dịch tĩnh mạch), 68,3% và 50,6% (thay băng - rửa vết thương thông thường). Tỷ lệ sinh viên thực hiện đúng hoặc thành thạo kỹ năng thủ thuật chiếm 85,9% và 72,2% (tiêm tĩnh mạch), 82,2% và 68,4% (tiêm bắp), 86,3% và 75,5% (truyền dịch tĩnh mạch), 86,3% và 73,6% (thay băng- rửa vết thương thông thường). Có sự khác biệt khi so sánh điểm trung bình kỹ năng giữa sinh viên tự đánh giá và sinh viên được giảng viên quan sát trong các kỹ năng ($p < 0,05$).

Từ khóa: Sinh viên điều dưỡng, lượng giá, kỹ năng

SUMMARY

ASSESSMENT OF PROFICIENCY LEVEL SOME BASIC SKILLS OF NURSING STUDENTS FOURTH YEAR AT HAI DUONG MEDICAL TECHNICAL UNIVERSITY

The study was conducted with 120 nursing students in fourth year. Objective: To describe the proficiency level when implementing some basic skills of nursing students in the fourth year at Hai Duong Medical Technical University. Results: The proportion of students who performed correctly or competently in communication skills

accounted for 85.9% và 72.2% (intravenous injection); 82.2% và 68.4% (intramuscular injection), 86.3% và 75.5% (intravenous infusion), 86.3% và 73.6% (change bandages - wound washing).

Percentage of students performing correctly or proficient skills accounted for 69% and 61.4% (intravenous injection), 75.2% and 64.8% (intramuscular injection), 75.2% and 54.7% (intravenous infusion), 65.7% and 47.6% (change bandages, wound washing) There is a difference when comparing skill averages between students with self-assessment and students observed by lecturers in skills ($p < 0.05$)

Keywords: Nursing students, skills assessment.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Để nâng cao chất lượng chăm sóc và đảm bảo an toàn cho người bệnh, sinh viên điều dưỡng cần phải được đào tạo tốt về kiến thức, thái độ và thực hiện thành thạo kỹ năng [1]. Trong quá trình chăm sóc người bệnh, một số kỹ năng được điều dưỡng thực hiện hàng ngày như kỹ năng tiêm, truyền dịch, thay băng- rửa vết thương thông thường, do đó đòi hỏi điều dưỡng cần thực hiện một cách chuẩn mực, thống nhất, có chất lượng và được đánh giá thường xuyên bằng bảng kiểm theo từng mức độ. Quan điểm tác giả Bloom và Hauen Stein cho rằng có nhiều cách phân chia các mức độ lượng giá năng lực thực hành (kỹ năng) khác nhau nhưng đều có sự tương đồng trong những tiêu chí tương ứng với từng mức độ từ không thực hiện được đến thực hiện tốt/thành thạo [7].

Tại Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương, sinh viên điều dưỡng được học và thực hành các kỹ năng trên mô hình với hướng dẫn của giảng viên trước khi thực hiện kỹ năng có giám sát tại các cơ sở y tế. Kỹ năng của sinh viên được đánh giá sau mỗi học phần lâm sàng. Để cung cấp bằng chứng giúp đánh giá hiệu

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Thúy Hương

Email: thuyhuonghuong@gmail.com

Ngày nhận: 14/7/2020

Ngày phản biện: 13/8/2020

Ngày duyệt bài: 10/9/2020

quả đào tạo và đưa ra những giải pháp nâng cao chất lượng dạy- học kỹ năng cho sinh viên, nghiên cứu đã được thực hiện với mục tiêu: *Mô tả mức độ thành thạo khi thực hiện một số kỹ năng cơ bản của sinh viên điều dưỡng năm thứ tư Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Sinh viên điều dưỡng năm thứ tư Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương thực tập lâm sàng tại bệnh viện (học kỳ 7). Thời gian nghiên cứu từ tháng 9/2019 đến tháng 03/2020.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2. Cỡ mẫu: Chọn mẫu ngẫu nhiên 120 sinh viên điều dưỡng năm thứ tư.

2.4. Công cụ: Bộ câu hỏi tự điền, bảng kiểm quan sát kỹ năng

2.5. Xử lý số liệu: sử dụng phần mềm SPSS 22.0

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Đối tượng tham gia hoàn toàn tự nguyện và được giải thích về mục đích, nội dung, phương pháp nghiên cứu. Thông tin sẽ được mã hóa, và kết quả nghiên cứu không ảnh hưởng đến cá nhân hay tập thể nào.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Kỹ năng giao tiếp

Bảng 1: Mức độ thành thạo của sinh viên khi thực hiện kỹ năng giao tiếp (trước, sau khi thực hiện các kỹ năng tiêm, truyền dịch, thay băng) với người bệnh

Kỹ năng giao tiếp	Tỷ lệ %					
	Không thực hiện được kỹ năng		Thực hiện được nhưng cần trợ giúp		Thực hiện đúng hoặc thành thạo	
	SVĐG	GVQS	SVĐG	GVQS	SVĐG	GVQS
KNGT trước và sau khi tiêm tĩnh mạch	0	0	26,7	33,3	73,3	66,7
KNGT trước và sau khi tiêm bắp	0	0	22,8	34,4	77,2	65,6
KNGT trước và sau khi truyền dịch tĩnh mạch	0	0	26,1	41,7	73,9	58,3
KNGT trước và sau khi thay băng- rửa vết thương thông thường	0	0	31,7	49,4	68,3	50,6

Ghi chú: SVĐG: sinh viên tự đánh giá; GVQS: giảng viên quan sát để đánh giá kỹ năng của sinh viên

Nhận xét: Tỷ lệ sinh viên thực hiện đúng hoặc thành thạo kỹ năng giao tiếp với người bệnh do sinh viên tự đánh giá và do giảng viên đánh giá cao nhất trong kỹ năng tiêm bắp (77,2% và 65,6%); và tiêm tĩnh mạch (73,3% và 66,7%); tiếp theo là kỹ năng truyền dịch tĩnh mạch (73,9% và 58,3%); thay băng- rửa vết thương thông thường (68,3% và 50,6%).

2. Kỹ năng thủ thuật

Bảng 2. Mức độ thành thạo của sinh viên khi thực hiện kỹ năng thủ thuật

Kỹ năng	Tỷ lệ %					
	Không thực hiện được kỹ năng		Thực hiện được nhưng cần trợ giúp		Thực hiện đúng hoặc thành thạo	
	SVĐG	GVQS	SVĐG	GVQS	SVĐG	GVQS
Tiêm tĩnh mạch	0	0	14,1	27,8	85,9	72,2
Tiêm bắp	0	0	17,8	31,6	82,2	68,4
Truyền dịch tĩnh mạch	0	0	24,8	45,3	86,3	75,5
Thay băng- rửa vết thương	0	0	13,8	26,4	86,3	73,6

Nhận xét: Tỷ lệ sinh viên thực hiện đúng hoặc thành thạo kỹ năng thủ thuật do sinh viên tự đánh giá và do giảng viên đánh giá cao nhất trong truyền dịch tĩnh mạch (86,3% và 75,5%), thay băng- rửa vết thương thông thường (86,3% và 73,6%); tiếp theo là kỹ năng tiêm tĩnh mạch (85,9% và 72,2%); tiêm bắp (82,2% và 68,4%).

Bảng 3. Một số bước sinh viên cần trợ giúp của giảng viên để hoàn thành kỹ năng

	Tỷ lệ %			Tỷ lệ %	
	SV	GV		SV	GV
Tiêm tĩnh mạch			Tiêm bắp		
Nhận định tình trạng NB	66,7	73,3	Nhận định tình trạng NB	66,7	83,3
Hướng dẫn những điều cần thiết sau tiêm	53,3	60	Hướng dẫn những điều cần thiết sau thủ thuật	33,3	70
Kiểm tra lại thuốc lần 2	73,3	76,7	Kiểm tra lại thuốc lần 2	76,7	80
Pha thuốc và lấy thuốc vào bơm tiêm	23,3	60	Pha thuốc và lấy thuốc vào bơm tiêm	30	73,3
Sát khuẩn vị trí tiêm	16,6	56,7	Sát khuẩn vị trí tiêm	30	60
Sát khuẩn tay nhanh	43,3	56,7	Sát khuẩn tay nhanh	43,3	56,7
Truyền dịch TM			Thay băng- rửa vết thương		
Nhận định tình trạng NB	63,3	76,7	Nhận định tình trạng người bệnh	70	90
Hướng dẫn những điều cần thiết sau truyền dịch	50	56,7	Hướng dẫn những điều cần thiết sau thay băng	36,7	70
Kiểm tra lại dịch truyền	56,7	63,3	Quan sát, đánh giá tình trạng vết thương	53,3	50
Sát khuẩn vị trí truyền	23,3	53,3	Rửa trong vết thương từ trong ra ngoài	20	43,3
Sát khuẩn tay nhanh	26,7	43,3			

Nhận xét: Tỷ lệ sinh viên thực hiện cần trợ giúp của giảng viên để hoàn thành kỹ năng do sinh viên tự đánh giá và do giảng viên đánh giá thường gặp nhất là bước nhận định tình trạng người bệnh 66,7% và 73,3% (tiêm tĩnh mạch), 66,7% và 83,3% (tiêm bắp), 63,3% và 76,7% (truyền dịch tĩnh mạch), 70% và 90% (thay băng- rửa vết thương), và bước kiểm tra lại thuốc/ dịch truyền lần 2 với 73,3% và 76,7% (tiêm tĩnh mạch), 76,7% và 80% (tiêm bắp), 56,7% và 63,3% (truyền dịch tĩnh mạch).

Tiếp theo là bước hướng dẫn những điều cần thiết sau thủ thuật với 53,3% và 60% (tiêm

tĩnh mạch), 33,3% và 70% (tiêm bắp), 50% và 56,7% (truyền dịch tĩnh mạch), 36,7% và 70% (Thay băng- rửa vết thương thông thường) và bước pha thuốc và lấy thuốc vào bơm tiêm với 23,3% và 60% (tiêm tĩnh mạch), 30% và 73,3% (tiêm bắp); Sát khuẩn vị trí tiêm/ truyền 16,6% và 56,7% (tiêm tĩnh mạch), 36,7% và 53,3% (tiêm bắp), 23,3% và 53,3% (truyền dịch tĩnh mạch); Quan sát, đánh giá tình trạng vết thương sinh viên 53,3% và 50% (Thay băng - rửa vết thương).

Bảng 4. Điểm trung bình kỹ năng

Kỹ năng	Kỹ năng giao tiếp	p	Kỹ năng thủ thuật	p
Tiêm tĩnh mạch	4,04 ± 0,37	0,09	4,19 ± 0,24	0,00
Tiêm bắp	4,05 ± 0,35	0,007	4,12 ± 0,27	0,00
Truyền dịch tĩnh mạch	3,92 ± 0,35	0,01	4,21 ± 0,23	0,001
Thay băng rửa vết thương thông thường	3,79 ± 0,36	0,002	4,14 ± 0,24	0,007

Nhận xét: Không có sự khác biệt khi so sánh điểm trung bình kỹ năng giao tiếp giữa sinh viên tự đánh giá và giảng viên đánh giá trong tiêm tĩnh mạch ($p > 0,05$), có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh trong các kỹ năng khác ($p < 0,05$).

BÀN LUẬN

1. Kỹ năng giao tiếp

Theo kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sinh viên thực hiện đúng hoặc thành thạo kỹ năng giao tiếp trước và sau khi thực hiện thủ thuật với người bệnh do sinh viên tự đánh giá và do giảng

viên đánh giá trong kỹ năng tiêm tĩnh mạch (73,3% và 66,7%); tiêm bắp (77,2% và 65,6%); truyền dịch tĩnh mạch (73,9% và 58,3%); thay băng- rửa vết thương thông thường (68,3% và 50,6%). Không có sự khác biệt về điểm trung bình kỹ năng giao tiếp giữa sinh viên tự đánh giá và giảng viên đánh giá trong kỹ năng tiêm tĩnh mạch ($p = 0,09$). Tuy nhiên có sự khác biệt về điểm trung bình kỹ năng giao tiếp trong các kỹ năng tiêm bắp, truyền dịch tĩnh mạch, thay băng- rửa vết thương thông thường ($p < 0,05$) mặc dù cả ba kỹ năng này đều ở mức độ đạt

(ĐTĐ > 3), sinh viên tự đánh giá mức độ thực hành cao hơn so với giảng viên đánh giá, điều này được lý giải do sinh viên thực hiện một số bước trong kỹ năng nhưng còn thiếu sót như cách giao tiếp chưa thể hiện sự tận tình, cung cấp nội dung chưa thực sự đầy đủ cho người bệnh hiểu và hợp tác khi thực hiện thủ thuật, tuy nhiên các em lại không nhận ra được điều đó. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quốc Anh (2015) tại Trường Cao đẳng Y tế Bạch Mai nghiên cứu cũng cho thấy có sự khác biệt về điểm trung bình kỹ năng giao tiếp ứng xử của học sinh giữa các nhóm đánh giá nhưng đều đạt mức khá trở lên, nghiên cứu cũng chỉ ra các em chưa tự tin về khả năng và kỹ năng giao tiếp với người bệnh [5]. Qua đó thấy rằng giảng viên cần giám sát, hỗ trợ kịp thời để sinh viên nhận ra được những thiếu sót và có sửa chữa thích hợp.

Một số bước sinh viên cần trợ giúp của giảng viên để hoàn thành kỹ năng do không thực hiện, thực hiện chưa đúng, hoặc thiếu sót trong kỹ năng: Nhận định tình trạng người bệnh với 66,7% và 73,3% (tiêm tĩnh mạch), 66,7% và 83,3% (tiêm bắp), 63,3% và 76,7% (truyền dịch tĩnh mạch), 70% và 90% (Thay băng- rửa vết thương thông thường). Nhận định tình trạng người bệnh là một bước khó, sinh viên thực hiện còn kém, chưa thực sự nhận thấy được tầm quan trọng, thường bỏ qua không nhận định hoặc có nhận định nhưng chưa đầy đủ và có thói quen làm tắt. Kết quả nghiên cứu thấp hơn nghiên cứu Hồ Thị Hòa tại Bệnh viện Trưng Vương (2016) cho thấy bước nhận định người bệnh trước khi thực hiện tiêm điều dưỡng thực hiện chưa đạt chiếm 26,27% (tiêm tĩnh mạch); 30,09% (truyền tĩnh mạch) và 45,71% (tiêm bắp) [3]. Sinh viên hướng dẫn chưa đầy đủ cho người bệnh những điều cần thiết sau thủ thuật với 53,3% và 60% (tiêm tĩnh mạch), 33,3% và 70% (tiêm bắp), 50% và 56,7% (truyền dịch tĩnh mạch), 36,7% và 70% (Thay băng- rửa vết thương thông thường). Kết quả của chúng tôi đồng nhất với nghiên cứu của tác giả Hồ Thị Hòa với 44,91% (truyền tĩnh mạch); 58,3% (tiêm tĩnh mạch) và 63,21% (tiêm bắp) điều dưỡng chưa hướng dẫn đầy đủ những điều cần thiết sau thủ thuật [3], điều này được lý giải do sinh viên chưa thực sự tự tin về kiến thức chuyên môn khi tiếp xúc và tư vấn cho người bệnh.

“Khi tiếp xúc người bệnh chúng em còn e ngại, chưa tự tin, đứng trước bệnh nhân chúng em còn ấp úng, đôi khi thấy lo lắng”, “Chúng em nhút nhát, thiếu tự tin trước người bệnh”,

“Mặc dù đã là sinh viên năm cuối, chúng em thấy kỹ năng giao tiếp với bệnh nhân còn chưa được tốt”. (Nhóm sinh viên điều dưỡng chính quy năm thứ 4).

Qua kết quả nghiên cứu cho thấy sinh viên chưa thực sự thành thạo khi thực hiện giao tiếp, tiếp xúc với người bệnh. Do đó trong chương trình đào tạo của nhà trường cần tăng cường đào tạo vấn đề giao tiếp ứng xử nhiều hơn nữa, đồng thời cần có những nghiên cứu về những yếu tố liên quan đến giao tiếp ứng xử của sinh viên với người bệnh và đồng nghiệp.

2. Kỹ năng thủ thuật

Tỷ lệ sinh viên thực hiện đúng hoặc thành thạo kỹ năng thủ thuật do sinh viên tự đánh giá và sinh viên được giảng viên quan sát trong tiêm tĩnh mạch (85,9% và 72,2%); tiêm bắp (82,2% và 68,4%); truyền dịch tĩnh mạch (86,3% và 75,5%); thay băng- rửa vết thương thông thường (86,3% và 73,6%) cao hơn kết quả nghiên cứu của Lê Thị Bình (2012) tại 9 bệnh viện trong cả nước, nghiên cứu chỉ ra rằng điều dưỡng thực hiện thủ thuật theo bảng kiểm chỉ đạt mức trung bình và dưới trung bình [4], điều này được lý giải do nghiên cứu của chúng tôi chỉ nghiên cứu trên đối tượng là sinh viên điều dưỡng năm cuối và tập trung vào một số kỹ năng cơ bản, sinh viên được giải thích và có thời gian chuẩn bị trước khi đánh giá, do đó kết quả nghiên cứu sẽ cao hơn của tác giả khi thực hiện tại nhiều bệnh viện và quan sát trên nhiều kỹ thuật khác nhau. Có sự khác biệt về điểm trung bình kỹ năng thủ thuật giữa sinh viên tự đánh giá và giảng viên đánh giá trong các kỹ năng ($p < 0,05$), trong đó sinh viên tự đánh giá có điểm trung bình cao hơn giảng viên đánh giá, sự khác biệt là do giảng viên khi quan sát thấy rằng sinh viên thực hiện kỹ năng với thao tác còn chậm, thực hiện các bước chưa đầy đủ và còn thiếu sót.

Trong đó một số bước sinh viên cần trợ giúp của giảng viên để hoàn thành kỹ năng do thực hiện chưa đúng chiếm tỷ lệ cao như không kiểm tra lại thuốc/ dịch truyền lần 2 hoặc kiểm tra không đầy đủ với tiêm tĩnh mạch (73,3% và 76,7%), tiêm bắp (76,7% và 80%), truyền dịch tĩnh mạch (56,7% và 63,3%), kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Dagmawit Birhanu tại Ethiopia (2018) có 70% không kiểm tra hạn dùng và 63.6% không kiểm tra chất lượng của thuốc trước khi tiêm cho người bệnh [8], điều này được lý giải do sinh viên thực hiện dưới sự giám sát của giảng viên và điều dưỡng tại khoa lâm sàng nên các em còn chủ quan và bỏ bước;

Pha thuốc và lấy thuốc vào bơm tiêm sinh viên thực hiện còn chậm và chưa đạt – *tiêm tĩnh mạch* (23,3% và 60%), *tiêm bắp* (30% và 73,3%) cao hơn nghiên cứu của Đặng Thị Thanh Thủy (2016) cho thấy tỷ lệ sinh viên lấy thuốc chưa đạt là 34,5% [2], sinh viên còn dùng tay tháo lắp kim, chạm tay vào thân kim lấy thuốc, đầu ăm bu, pittong và không lấy hết thuốc; Sát khuẩn vị trí tiêm/ truyền chưa đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn – *tiêm tĩnh mạch* (16,6% và 56,7%), *tiêm bắp* (30% và 60%), *truyền dịch tĩnh mạch* (23,3% và 53,3%) cao hơn nghiên cứu của Salah Al Awaidy tại Ô-man (2018) chỉ có 13% điều dưỡng ở cơ sở công và 37% điều dưỡng ở cơ sở tư sát khuẩn chưa đúng cách [6], sinh viên không sát khuẩn vị trí tiêm từ trong ra ngoài theo hình xoáy ốc, hoặc dọc theo tĩnh mạch với đường kính > 10cm đến khi da sạch, diện tích sát khuẩn hẹp, đường bông sau đề lên đường bông trước, hoặc chỉ sát khuẩn một lần mà không kiểm tra vùng tiêm đã sạch chưa, tay sờ vào vị trí tiêm/ truyền sau khi đã được sát khuẩn; Bước sát khuẩn tay nhanh trước khi đưa kim tiêm sinh viên thường bỏ bước hoặc sát khuẩn không đúng quy trình – *tiêm tĩnh mạch* (43,3% và 56,7%), *tiêm bắp* (43,3% và 56,7%), *truyền dịch tĩnh mạch* (26,7% và 43,3%) thấp hơn nghiên cứu Dagmawit Birhanu (2018) có 87,9% điều dưỡng chưa thực hiện vệ sinh tay trước đâm kim [8].

Thay băng- rửa vết thương thông thường: Quan sát, đánh giá tình trạng vết thương sinh viên thực hiện cần trợ giúp do có thiếu sót nhiều nhất với tỷ lệ do sinh viên tự đánh giá và sinh viên được giảng viên quan sát là 53,3% và 50% cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Haleema Sadia tại Parkistan năm 2017 có 40,5% điều dưỡng thực hiện chưa đúng việc quan sát, đánh giá tình trạng vết thương [9], sinh viên không quan sát và đánh giá vết thương hoặc có quan sát nhưng chưa đánh giá đầy đủ các chỉ số về số lượng, màu sắc tính chất dịch tiết, tình trạng da xung quanh vết thương, hơn nữa sinh viên thường được thay băng những vết thương sạch, đơn giản nên có tâm lý chủ quan trong việc đánh giá vết thương của người bệnh; Bước rửa vết thương sinh viên làm chậm, chưa thành thạo, thực hiện rửa vết thương sai nguyên tắc từ trong ra ngoài, không thay phẫu tích giữa các thì chiếm tỷ lệ 20% và 43,3%, kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Haleema Sadia năm 2017 có 49,6% điều dưỡng sát khuẩn vết thương chưa đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn [9].

Qua kết quả nghiên cứu cho thấy sinh viên chưa thực sự thành thạo khi thực hiện kỹ năng thủ thuật trên người bệnh. Kết quả này cũng gợi mở cần cung cấp thêm kiến thức chuyên môn, tăng cường kiểm tra, giám sát việc thực hành của sinh viên điều dưỡng khi thực tập tại bệnh viện.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ sinh viên thực hiện đúng hoặc thành thạo kỹ năng giao tiếp chiếm 73,3% và 66,7% (tiêm tĩnh mạch); 77,2% và 65,6% (tiêm bắp), 73,9% và 58,3% (truyền dịch tĩnh mạch), 68,3% và 50,6% (thay băng- rửa vết thương thông thường). Tỷ lệ sinh viên thực hiện đúng hoặc thành thạo kỹ năng thủ thuật chiếm 85,9% và 72,2% (tiêm tĩnh mạch), 82,2% và 68,4% (tiêm bắp), 86,3% và 75,5% (truyền dịch tĩnh mạch), 86,3% và 73,6% (thay băng- rửa vết thương thông thường). Có sự khác biệt khi so sánh điểm trung bình kỹ năng giữa sinh viên tự đánh giá và sinh viên được giảng viên quan sát trong các kỹ năng ($p < 0,05$). Sinh viên thực hiện đúng hoặc thành thạo ở những bước sinh viên được thực hành thường xuyên, mức độ khó của không cao. Còn một số bước khó trong quy trình kỹ năng mà nhiều sinh viên cần trợ giúp do thực hiện chưa đúng, còn sai sót như: Nhận định tình trạng người bệnh; Hướng dẫn những điều cần thiết sau thủ thuật; Kiểm tra lại thuốc/ dịch truyền lần 2; Pha thuốc và lấy thuốc vào bơm tiêm; Sát khuẩn vị trí tiêm/ truyền; Quan sát, đánh giá tình trạng vết thương; Rửa trong vết thương từ trong ra ngoài.

KHUYẾN NGHỊ

Trong chương trình đào tạo điều dưỡng chính quy tại Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương, các giảng viên cần hướng dẫn sinh viên thực hiện kỹ năng tốt hơn, đặc biệt nhấn mạnh vào các bước có mức độ khó cao và tạo cơ hội cho sinh viên thực hành tốt trước khi tiếp cận, chăm sóc người bệnh tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013), Chuẩn đầu ra các ngành đào tạo y đa khoa- điều dưỡng- kỹ thuật y học trình độ đại học, cao đẳng, chủ biên, tr. 19-22.
2. Đặng Thị Thanh Thủy (2016), *Kiến thức, kỹ năng thực hành tiêm an toàn và một số yếu tố liên quan của học sinh trường trung cấp y tế tỉnh Kon Tum năm 2016*, Trường trung cấp y tế Kon Tum.
3. Hồ Thị Hòa (2016), "Tỷ lệ tuân thủ rửa tay và tiêm an toàn tại Bệnh viện Trung Vương 2016".
4. Lê Thị Bình (2013), "Khảo sát về kỹ năng thực hành của điều dưỡng viên khi chăm sóc bệnh

nhân và các yếu tố ảnh hưởng", *Y học thực hành* (884) - số 10/2013, tr. 123-128

5. **PGS.TS. Nguyễn Quốc Anh** và nhóm nghiên cứu (2016), *Khảo sát kỹ năng thực hành tay nghề và kỹ năng giao tiếp ứng xử của học sinh điều dưỡng thực tế tốt nghiệp năm 2015*, Trường Cao đẳng Y tế Bạch Mai.

6. **Salah Al Awaidy, Bassem Zayed, Moustapha Ramadan and Mohamed Hsairi** (2018), "Assessment of safe injection practices in health facilities in Oman", *East Mediterr Health J*, 24(4), tr. 351-359.

7. **David Moseley**; Vivienne Baumfield *Frameworks for Thinking - A Handbook for*

Teaching and Learning, Cambridge university press, tr 271-277

8. **Dagmawit Birhanu1 Eldana Amare2** (2018), "Injection Safety Knowledge and Practice among Nurses Working in Jimma University Medical Center; Jimma South West Ethiopia; 2018", *HSOA Journal of Community Medicine and Public Health Care*, 6(2).

9. **Haleema Sadia* Robina kousar**, (2017), "Assessment of Nurses' Knowledge and Practices Regarding Prevention of Surgical Site Infection ", *Saudi Journal of Medical and Pharmaceutical Sciences*, 2(6B), tr. 585-595.

ĐẶC ĐIỂM CHẾ ĐỘ NUÔI DƯỠNG CỦA BỆNH NHÂN TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI VÀ BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2018-2019

BÙI THỊ TRÀ VI¹, PHẠM THỊ MAI NGỌC⁴,
LÊ THỊ HƯƠNG^{1,2}, ĐỖ TÁT THÀNH³,

DƯƠNG THỊ PHƯỢNG², TRỊNH THỊ THANH BÌNH³

¹Bộ môn Dinh dưỡng và ATTP - Trường Đại học Y Hà Nội

²Khoa Dinh dưỡng - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Khoa Dinh dưỡng - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

⁴Sinh viên Cử nhân Dinh dưỡng – Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả trên 30 bệnh nhân ung thư thực quản phẫu thuật cắt và tạo hình thực quản tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đại học Y và khoa Tiêu hóa Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 12 năm 2018 đến tháng 12 năm 2019. Kết quả cho thấy: Trước phẫu thuật, khẩu phần của bệnh nhân có giá trị năng lượng, protein, lipid, glucid trung bình lần lượt là 1496,78 kcal/người/ngày, 83,19 g/người/ngày, 28,91 g/người/ngày, 258,62 g/người/ngày. Sau phẫu thuật, bệnh nhân được nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn trong 3 ngày đầu, nuôi dưỡng đường tiêu hóa bổ sung qua sonde mũi – dạ dày cho

bệnh nhân đầu tiên từ ngày thứ 4 và tăng dần số lượng trong những ngày tiếp theo. Tỷ lệ bệnh nhân nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn thấp nhất vào ngày thứ 7 với 66.7%.

Từ khóa: Ung thư thực quản, phẫu thuật thực quản, chăm sóc dinh dưỡng

SUMMARY

NUTRITIONAL CARE CHARACTERISTICS OF PATIENTS BEFORE AND POST-OPERATING ESOPHAGEAL CANCER AT HA NOI MEDICAL UNIVERSITY AND VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL IN 2018-2019

Researching described over 30 Esophageal Cancer patients for surgery and shaping esophagus in the General Surgery Ward of Ha Noi Medical University Hospital and Gastroenterology of Viet Duc University hospital from December in 2018 to December in 2019. The result showed that: Before surgery, the

Chịu trách nhiệm: Phạm Thị Mai Ngọc

Email: phammaingoc135@gmail.com

Ngày nhận: 02/7/2020

Ngày phản biện: 06/8/2020

Ngày duyệt bài: 25/8/2020

patient's diet had the average values of energy, protein, lipid and glucose were 1496.78 Kcal/person/day, 83.19 gram/person/day, 28.91 gram/person/day and 258.62 gram/person/day.

After surgery, the patient fostered complete intravenous for first 3 days, fostered gastrointestinal tract supplemented by nasal – stomach sonde to the first patient from the 4th day and ascended amount in the subsequent days. The percentage of patients fostered complete intravenous were lowest on the 7th day with 66.7%.

Keywords: Esophageal cancer, esophageal surgery, nutritional care.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản là một trong những loại ung thư phổ biến trên thế giới, hiện có khoảng 450000 ca mắc mới ung thư thực quản, dự đoán tăng 140% vào năm 2025 theo GLOBOCAN (2012)[1]. Ở Việt nam, ung thư thực quản đứng hàng thứ 6 trong các ung thư ở nam giới, tỷ lệ tử vong trên 100000 dân đối với nam là 2,3% và đối với nữ là 0,8%.

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất ở UTTQ là nuốt nghẹn. Nghiên cứu của Phạm Đức Huân, bệnh nhân UTTQ 100% thường gặp triệu chứng nuốt nghẹn. Tình trạng nuốt nghẹn gây sợ ăn, không ăn được, giảm khẩu phần ăn ở bệnh nhân. Đồng thời, cơ chế chống lại tế bào ung thư của cơ thể liên quan đến cytokin làm tăng giáng hóa lipid của mô mỡ, protein của mô cơ và làm giảm tổng hợp chúng. Gây tình trạng suy kiệt ở người bệnh.

Ba phương pháp điều trị UTTQ chính là phẫu thuật, hóa trị và xạ trị. Sau phẫu thuật cắt bỏ và tạo hình thực quản bằng dạ dày hoặc đại tràng khiến cho nuôi dưỡng bệnh nhân gặp nhiều khó khăn, ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị và quá trình lành vết thương. Nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc và điều trị bệnh nhân ung thư thực quản và hạn chế biến chứng, giảm chi phí y tế cũng như thời gian nằm viện cho người bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục đích đánh giá đặc điểm chăm sóc dinh dưỡng của bệnh nhân trước và sau phẫu thuật ung thư thực quản tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2018 - 2019.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư thực quản và nhập viện phẫu thuật có chuẩn bị ung thư thực quản, nằm viện từ 7 ngày trở lên, không có chỉ định mổ cấp cứu, không mắc các

bệnh phối hợp như suy thận, suy tim, đái tháo đường... tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và khoa Phẫu thuật Tiêu hóa Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thời gian tiến hành nghiên cứu: Từ tháng 12/2018 đến tháng 12 năm 2019.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu chủ đích, thu thập được tất cả 30 bệnh nhân đủ điều kiện trong thời gian nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu có chủ đích là tất cả bệnh nhân phẫu thuật thực quản do ung thư có chuẩn bị đủ điều kiện tham gia nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian nghiên cứu.

3. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Các thông tin thu thập bao gồm tuổi, giới, dân tộc, địa chỉ, nghề nghiệp của người bệnh.

Các thông tin về đặc điểm lâm sàng của đối tượng: Vị trí khối u, giai đoạn bệnh, thể mô bệnh học.

Các thông tin thu thập liên quan đến thực trạng nuôi dưỡng: Năng lượng cung cấp và thành phần dinh dưỡng từ thực phẩm, dịch truyền qua các đường nuôi dưỡng trước phẫu thuật và trong 7 ngày sau phẫu thuật.

Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm Statistical Package for Social Sciences (SPSS 25.0).

4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Bệnh viện Đại học Y và Bệnh viện Việt Đức chấp thuận. Đối tượng hoàn toàn tự nguyện tham gia vào nghiên cứu và có quyền rút lui khỏi nghiên cứu khi không đồng ý tiếp tục tham gia vào nghiên cứu, các thông tin cá nhân sẽ được đảm bảo bí mật.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n=30)

	Đặc điểm	n	%
Vị trí ung thư	1/3 trên thực quản	1	3,3
	1/3 giữa thực quản	11	36,7
	1/3 dưới thực quản	18	60,0
Giai đoạn ung thư	Giai đoạn 0	2	6,7
	Giai đoạn I	18	60,0
	Giai đoạn II	6	20,0
	Giai đoạn III	4	13,3
	Giai đoạn IV	0	0
Mô bệnh học	Ung thư biểu mô vảy	30	100

Nhận xét: Về đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu, đa số bệnh nhân có khối u ở 1/3 dưới thực quản (60%) và 1/3 thực quản giữa (36,7%). Phần lớn bệnh nhân ở giai đoạn I (60%), số bệnh nhân ở giai đoạn II và III lần lượt là 20% và 13,3%. Chỉ có 6,7% bệnh nhân ở giai đoạn 0 và không có bệnh nhân nào ở giai đoạn IV. 100% đối tượng nghiên cứu có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô vảy.

Bảng 2. Giá trị các chất sinh năng lượng trong khẩu phần 24h theo một số chỉ số

Các chỉ số		Năng lượng (Kcal/ngày)	Protein (g/ngày)	Lipid (g/ngày)	Glucid (g/ngày)
Tuổi	< 60 tuổi (n=16)	1534,4 ± 628,6	84,4 ± 22,6	29,0 ± 13,1	266,6 ± 62,2
	≥ 60 tuổi (n=14)	136,2 ± 714,4	80,9 ± 8,2	25,6 ± 16,4	251,2 ± 80,1
Giai đoạn	Giai đoạn 0-1 (n=20)	1504,4 ± 521,8	83,5 ± 56,3	29,1 ± 27,7	269,8 ± 41,6
	Giai đoạn II – III (n=10)	1306,9 ± 493,4	77,3 ± 39,3	21,5 ± 15,3	245,7 ± 48,9
Chung		1496,78 ± 469,2	83,19 ± 47,6	28,91 ± 11,4	258,62 ± 53,9

Nhận xét: Giá trị trung bình của năng lượng, protein, lipid và glucid khẩu phần 24h trước phẫu thuật của các bệnh nhân lần lượt là 149678±469,2 kcal/ngày, 83,19±47,6 g/ngày, 28,91±11,4 g/ngày, 258,62±53,9 g/ngày.

So sánh giá trị trung bình của năng lượng theo nhóm tuổi và theo giai đoạn bệnh thấy có sự khác nhau. Năng lượng khẩu phần ăn, protein, lipid, glucid đều thấp hơn ở nhóm bệnh nhân cao tuổi (≥60 tuổi) và giai đoạn muộn hơn (giai đoạn II-III)

Bảng 3. Năng lượng trung bình từ các đường nuôi dưỡng sau phẫu thuật

Thời gian (ngày)	Tĩnh mạch (kcal)	Đường miệng (kcal)	Đường sonde (kcal)	Tổng số (kcal)
1	1057,8±334,1	0	0	1057,8±334,1
2	1085,3±339,9	0	0	1085,3±339,9
3	1201,3±273,6	0	0	1201,3±273,6
4	1275,2±243,6	0	29,4±161,2	1304,7±240,6
5	1206,1±355,7	0	88,3±269,5	1294,4±256,1
6	1135,8±412,1	0	176,6±359,3	1310,8±240,3
7	1179,6±379,6	0	206,1±379,9	1326,8±238,3

Nhận xét: Trong 3 ngày đầu nuôi dưỡng sau phẫu thuật, 100% bệnh nhân được nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch. Từ ngày thứ 4 trở đi, có thêm năng lượng từ đường tiêu hóa nhưng chỉ với đường sonde. Năng lượng qua sonde tăng dần từ ngày thứ 4 trong khi năng lượng từ đường tĩnh mạch có xu hướng giảm. Tổng năng lượng

của bệnh nhân có xu hướng tăng dần và đạt mức cao nhất ngày thứ 7 là 1326,8 ± 238,3 kcal.

Bảng 4. Đáp ứng nhu cầu năng lượng và protein sau phẫu thuật theo Bộ Y tế

Ngày		Năng lượng (%)		Protein (%)	
		n	%	n	%
Ngày 1	Đạt	1	3,3	10	33,3
	Không đạt	29	96,7	20	66,7
Ngày 2	Đạt	1	3,3	10	33,3
	Không đạt	29	96,7	20	66,7
Ngày 3	Đạt	1	3,3	11	36,7
	Không đạt	29	96,7	19	63,3
Ngày 4	Đạt	3	10	15	50
	Không đạt	27	90	15	50
Ngày 5	Đạt	3	10	17	56,7
	Không đạt	27	90	13	43,3
Ngày 6	Đạt	3	10	18	60
	Không đạt	27	90	12	40
Ngày 7	Đạt	3	10	18	60
	Không đạt	27	90	12	40

Nhận xét: Theo Bộ Y tế, nhu cầu năng lượng và protein khuyến nghị cho bệnh nhân sau phẫu thuật là 35 – 40 kcal/kg/ngày và 1 - 1,2 g/kg/ngày [2]. Tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng đủ nhu cầu năng lượng theo khuyến nghị là rất thấp. Ba ngày đầu sau phẫu thuật, chỉ có một bệnh nhân đáp ứng được nhu cầu về mức năng lượng. Tỷ lệ này tăng rất chậm theo từng ngày và đạt 10% số bệnh nhân đáp ứng đủ nhu cầu vào ngày thứ 7.

Tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng đủ nhu cầu protein khá cao khi so với năng lượng. Hai ngày đầu sau phẫu thuật, 1/3 số bệnh nhân được cung cấp đủ protein. Tỷ lệ này cao nhất vào ngày thứ 7 với 60% bệnh nhân đạt nhu cầu khuyến nghị về protein.

BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 30 bệnh nhân phẫu thuật cắt và tạo hình thực quản do ung thư cho thấy tất cả bệnh nhân đều có giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô vảy. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hòa (2018) là 97,1% [3], nghiên cứu của Chong (1986-2012) tại Brunei là 89% [4]. Phần lớn bệnh nhân có khối u ở 1/3 dưới thực quản (60%) và 1/3 giữa thực quản (36,7%). Tỷ lệ bệnh nhân ung thư thực quản ở giai đoạn I chiếm đa số (60%), tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn II và III lần lượt là 20% và 13,3%. Kết quả này so với nghiên cứu của Phạm Đức Huân được thực hiện năm 2013 có sự khác biệt là phần lớn bệnh nhân ung thư ở giai đoạn III (47,5%) [5]. Nguyên nhân dẫn đến sự khác biệt này là do nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trong giai đoạn đã có nhiều tiến bộ về khoa học kỹ thuật (2018-2019), giúp phát hiện và chẩn đoán sớm so với giai đoạn trước.

Về chế độ nuôi dưỡng của bệnh nhân ung thư thực quản trước phẫu thuật (bảng 2), khẩu phần 24h của bệnh nhân có giá trị trung bình là 1496,7 kcal /ngày. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hòa tại Bệnh viện K Tân Triều (2018) là 973,6 kcal/ngày. Sự khác biệt này do những nghiên cứu trên tiến hành trên nhóm bệnh nhân ở giai đoạn muộn hơn và khả năng ăn bằng đường miệng rất hạn chế, sử dụng thực phẩm dạng lỏng là chủ yếu (cháo, sữa,...) nên giá trị dinh dưỡng ở mức thấp. Trong khi nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là bệnh nhân giai đoạn sớm, khả năng ăn đường miệng bình thường do những triệu chứng của UTTQ xuất hiện ít.

Về chế độ nuôi dưỡng sau phẫu thuật, 7 ngày sau phẫu thuật số bệnh nhân được nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn giảm xuống và thấp nhất vào ngày thứ 7 với 66,7% nhưng 100% bệnh nhân vẫn phải nuôi ăn qua đường tĩnh mạch. Việc khởi động ăn qua sonde còn khá chậm, chỉ có 1 bệnh nhân được nuôi dưỡng bổ sung qua sonde mũi-dạ dày vào ngày thứ 4. Không có bệnh nhân nào có thể ăn đường miệng trong vòng 7 ngày. Nghiên cứu của Chu Thị Tuyết cho thấy thời gian trung bình bắt đầu ăn đường miệng là 4,56 ngày [6] và nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh (2017) là 4,8 ngày [7]. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu do đối tượng các nghiên cứu là khác nhau nên thực hành khởi động ăn đường miệng, quan điểm nuôi ăn sớm hay muộn của các bác sĩ, các khoa, các

viện là khác nhau. Chương trình tăng cường hồi phục sớm sau phẫu thuật ERAS đã chỉ ra nuôi dưỡng sớm đường miệng giúp cải thiện kết quả đầu ra cho bệnh nhân sau phẫu thuật. Trong thời gian nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn, năng lượng trung bình bệnh nhân được cung cấp là 1057,8 kcal. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thị Lan Phương (2019) là 1016,3 kcal[8]. Cao hơn kết quả nghiên cứu trước đây (2018) là 631,6 kcal. Lý do là dinh dưỡng lâm sàng đang trong giai đoạn dần phát triển, thực hành nuôi dưỡng tĩnh mạch có nhiều cải thiện.

Tỷ lệ đáp ứng nhu cầu năng lượng sau phẫu thuật theo Bộ Y Tế (bảng 4), chỉ có 1 bệnh nhân đạt nhu cầu (3,3%) trong 3 ngày đầu và tỷ lệ này tăng cao nhất vào ngày thứ 7 với 10%. Về protein, khi nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn chỉ có 10-11% bệnh nhân đáp ứng. Tỷ lệ này tăng mạnh khi bắt đầu nuôi dưỡng bổ sung qua sonde và đạt mức cao nhất vào ngày thứ 6 với 60%. Như vậy, tỷ lệ bệnh nhân đạt nhu cầu trong những ngày nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn ở mức thấp gây ảnh hưởng đến quá trình lành vết thương của bệnh nhân. Cần chú ý đảm bảo được đầy đủ dinh dưỡng cho bệnh nhân sau phẫu thuật.

KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 30 bệnh nhân ung thư phẫu thuật cắt và tạo hình thực quản cho thấy chế độ nuôi dưỡng trước phẫu thuật trung bình bệnh nhân được cung cấp 1496,78 kcal/người/ngày. Năng lượng được cung cấp thấp hơn ở những bệnh nhân cao tuổi và giai đoạn II,III. Sau phẫu thuật, bệnh nhân được nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn trong 3 ngày đầu, nuôi dưỡng bổ sung qua sonde cho bệnh nhân đầu tiên vào ngày thứ 4 và tăng dần trong những ngày tiếp theo. Không có bệnh nhân nào có thể ăn đường miệng trong vòng 7 ngày theo dõi. Tổng năng lượng cung cấp cho bệnh nhân tăng dần và đạt mức cao nhất, đồng thời tỷ lệ bệnh nhân đạt nhu cầu khuyến nghị cũng cao nhất vào ngày thứ 7.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GLOBOCAN 2012:** Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 v1.0. Accessed April 29,2020.
2. **BỘ Y TẾ.** *Hướng Dẫn Điều Trị Dinh Dưỡng Lâm Sàng*, 2015.
3. **Nguyễn Thị Thanh Hòa.** Tình trạng dinh dưỡng và chế độ nuôi dưỡng của bệnh nhân ung thư thực quản tại khoa Ngoại bụng, Bệnh viện K cơ sở Tân Triều năm 2017-2018. Luận văn Thạc sĩ

Y học, Trường Đại học Y Hà Nội

4. **Chong VH, Telisinghe PU, Chong CF.** Esophageal Cancer in Brunei Darussalam over a three Decade Priod: an Epidemiologic Study of Trends and Differences between Genders and Racial Groups. Asian Pac J Cancer Prev. 2015;16(9):4123-4126.

Doi:10.7314/APJCP.2015.16.9.4123

5. **Phạm Đức Huấn.** Nghiên cứu điều trị phẫu thuật ung thư thực quản ngực, luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

6. **Chu Thị Tuyết.** Hiệu quả dinh dưỡng toàn diện cho bệnh nhân phẫu thuật ổ tiêu hóa mở có

chuẩn bị tại Khoa Ngoại Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

7. **Nguyễn Thị Thanh.** Thực trạng dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật của bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016-2017. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

8. **Phạm Thị Lan Phương.** Thực trạng nuôi dưỡng tĩnh mạch và một số kết quả lâm sàng nhân trắc, cận lâm sàng của người bệnh tại khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2018-2019. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ ĐAU VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH VỀ QUẢN LÝ ĐAU SAU PHẪU THUẬT CHI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG

LƯƠNG THỊ THÙY DƯƠNG¹, NGUYỄN THÚY LY²,
PHẠM THỊ THU HƯỜNG³, TRẦN TRUNG KIẾN¹

¹Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

²Trung tâm điều dưỡng Đại học Y Hà Nội

³Khoa Điều dưỡng - Hộ sinh trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu mức độ đau và mối liên quan với sự hài lòng của người bệnh về quản lý đau sau phẫu thuật chi tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn trên người bệnh sau phẫu thuật chi tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang hình từ tháng 09/2019 đến tháng 6/2020.

Kết quả: Trong 128 người bệnh tham gia nghiên cứu có tuổi trung bình $44,3 \pm 18,4$ và tỷ lệ nam giới (64,8%), nữ giới (35,2%). Trong 3 ngày đầu sau phẫu thuật, mức độ đau có xu hướng giảm dần theo thời gian. Điểm đau trung bình giảm dần từ ngày đầu là $5,8 \pm 2,3$, sang ngày thứ 2 là $4,9 \pm 2,1$, ngày thứ 3 chỉ còn $4,02 \pm 1,6$. Nhóm người bệnh trải qua mức độ "đau nặng" là 26,6% ngày thứ 1 giảm xuống còn

8,6% ngày thứ 2 và chỉ còn 1,6% vào ngày thứ 3. Kiểm định Correlate cho chúng tôi thấy có mối liên quan thuận giữa mức độ đau và sự hài lòng về chăm sóc y tế từ ngày thứ nhất đến ngày thứ 3 sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Mức độ giảm đau có liên quan có ý nghĩa thống kê đến sự hài lòng về quản lý đau ($p < 0,05$).

Kết luận: Nghiên cứu khẳng định tầm quan trọng của việc áp dụng các chiến lược quản lý đau hiệu quả nhằm nâng cao sự hài lòng về quản lý đau sau phẫu thuật của người bệnh. Việc áp dụng các thang đo đánh giá sự hài lòng về quản lý đau (PTSS) và thang đánh giá mức độ đau (VAS) khá thuận tiện, dễ sử dụng trên lâm sàng cho người điều dưỡng và nhân viên y tế trong quá trình cung cấp chăm sóc và quản lý đau cho người bệnh.

Từ khóa: Đau sau phẫu thuật, sự hài lòng về quản lý đau sau phẫu thuật.

SUMMARY

PAIN SEVERITY AND ITS RELATIONSHIP WITH PATIENTS' SATISFACTION ON PAIN MANAGMENT AFTER LIMB SURGERY AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL

Objectives: To identify pain severity and its relationship with patients' satisfaction

Chịu trách nhiệm: Lương Thị Thùy Dương
Email: luongthithuyduongbvdg@gmail.com

Ngày nhận: 07/7/2020

Ngày phản biện: 13/8/2020

Ngày duyệt bài: 09/9/2020

onpostoperative pain management following limb surgery at Duc Giang General Hospital.

Methodology: Descriptive cross-sectional study with designed questionnaires was performed following limb surgery at Duc Giang General Hospital from September 2019 to June 2020.

Results: The average age of 128 patients participating in the study was 44.3 ± 18.4 years and the proportion of men (64.8%) and women (35.2%). During the first 3 days of surgery, pain tended to decrease over time. The average pain score gradually decreased from day one to 5.8 ± 2.3 , to day 2 to 4.9 ± 2.1 , on day 3 to only 4.02 ± 1.6 . The group of patients experiencing "severe pain" of 26.6% on day 1 dropped to 8.6% on day 2 and to only 1.6% on day 3. Correlate testing showed us a statistically significant positive association between levels pain severity and patients' satisfaction with medical service from day 1 to day 3 after surgery ($p < 0.05$). Statistically significant relationships can be found between reduction of pain severity and patients' satisfaction with pain management ($p < 0.05$).

Conclusion: Research confirms the importance of applying effective pain management strategies to improve patient satisfaction with postoperative pain management. The application of pain management satisfaction assessment scales (PTSS) and pain rating scale (VAS) is quite convenient, easily applied by nurses and medical staff. in the process of providing care and managing pain to patients.

Keywords: Postoperative pain, satisfaction in postoperative pain management.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau là một triệu chứng phổ biến mà hầu hết người bệnh đều trải qua. Điều này đặc biệt đúng trong trường hợp hậu phẫu [1]. Theo nghiên cứu tại một số nước Châu Âu có 32- 70% các bệnh viện có trung tâm chống đau và 31- 39% người bệnh vẫn còn chịu mức độ đau nhiều và rất đau sau mổ [2]. Trong cuộc điều tra quốc gia về đau sau phẫu thuật ở Mỹ có khoảng 80% người bệnh trải qua cơn đau cấp tính sau phẫu thuật, trong số những người bệnh này 86% có đau vừa và đau nặng [3]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Hữu Tú và cộng sự cho thấy 59% người bệnh ở tuần đầu tiên sau mổ, 22% người bệnh ở tuần thứ hai và 7% người bệnh ở tuần thứ ba phải chịu mức độ đau từ nhiều đến rất đau [2].

Giảm đau sau mổ là một biện pháp không những đem lại cảm giác dễ chịu cho người bệnh về thể chất lẫn tinh thần mà còn giúp người bệnh cân bằng được trạng thái tâm – sinh lí, làm cho người bệnh yên tâm hơn, từ đó nâng cao chất lượng điều trị. Chính vì vậy mà công tác giảm đau sau mổ cho người bệnh ngày càng được chú trọng và quan tâm nhiều hơn [4].

Sự hài lòng của người bệnh với việc kiểm soát cơn đau có tác dụng lớn trong việc tuân thủ và gắn bó với các kế hoạch điều trị. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng người bệnh càng hài lòng với việc kiểm soát cơn đau, họ càng tăng khả năng tuân thủ điều trị, tinh thần tốt hơn và giấc ngủ cũng cải thiện hơn [5].

Tới thời điểm này chúng tôi vẫn chưa tìm thấy nghiên cứu đánh giá mức độ đau và mối liên quan với sự hài lòng của người bệnh về quản lý đau sau phẫu thuật chi. Từ thực tế trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên người bệnh sau phẫu thuật chi tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang với hai mục tiêu: (1) Mô tả mức độ đau sau phẫu thuật chi; (2) Tìm hiểu mối liên quan giữa mức độ đau với sự hài lòng về quản lý đau.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả những người bệnh được phẫu thuật chi tại Bệnh viện Đa Khoa Đức Giang. Tiêu chuẩn người bệnh trên 18 tuổi, có khả năng trả lời câu hỏi, phỏng vấn trực tiếp và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Thời gian: Từ tháng 09/2019 đến tháng 6/2020.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện để đánh giá sự hài lòng của người bệnh về việc quản lý đau.

Bộ công cụ được sử dụng trong nghiên cứu:

Đánh giá mức độ đau theo thang đánh giá VAS: có điểm 0-10. Chia làm 3 mức độ: "đau nhẹ", "đau vừa", "đau nặng".

Sự hài lòng về quản lý đau (Satisfaction in pain management- SPM), được đánh giá bằng thang đo hài lòng điều trị đau (Pain Treatment Satisfaction Scale - PTSS) [6]. Bao gồm 39 câu chia làm 5 mục hài lòng (1) Thuốc điều trị đau hiện tại bao gồm đặc điểm thuốc, hiệu quả thuốc, (2) Cung cấp thông tin về cơn đau và cách điều trị, (3) Tác dụng phụ của thuốc, (4) Tác động của thuốc và (5) Chăm sóc y tế. Tất cả được tính điểm từ 0 - 100.

Phương pháp tiến hành:

Đánh giá mức độ đau 3 lần: ngày thứ 1, ngày thứ 2 và ngày thứ 3 sau phẫu thuật.

Đánh giá sự hài lòng của người bệnh về quản lý 1 lần: ngày thứ 3 sau phẫu thuật.

3. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được thu thập và xử lý phần mềm SPSS 22.0. Bằng các kiểm định Kruskal Wallis, Mann-Whitney, Pearson correlate.

KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

1.1. Đặc điểm nhân khẩu học

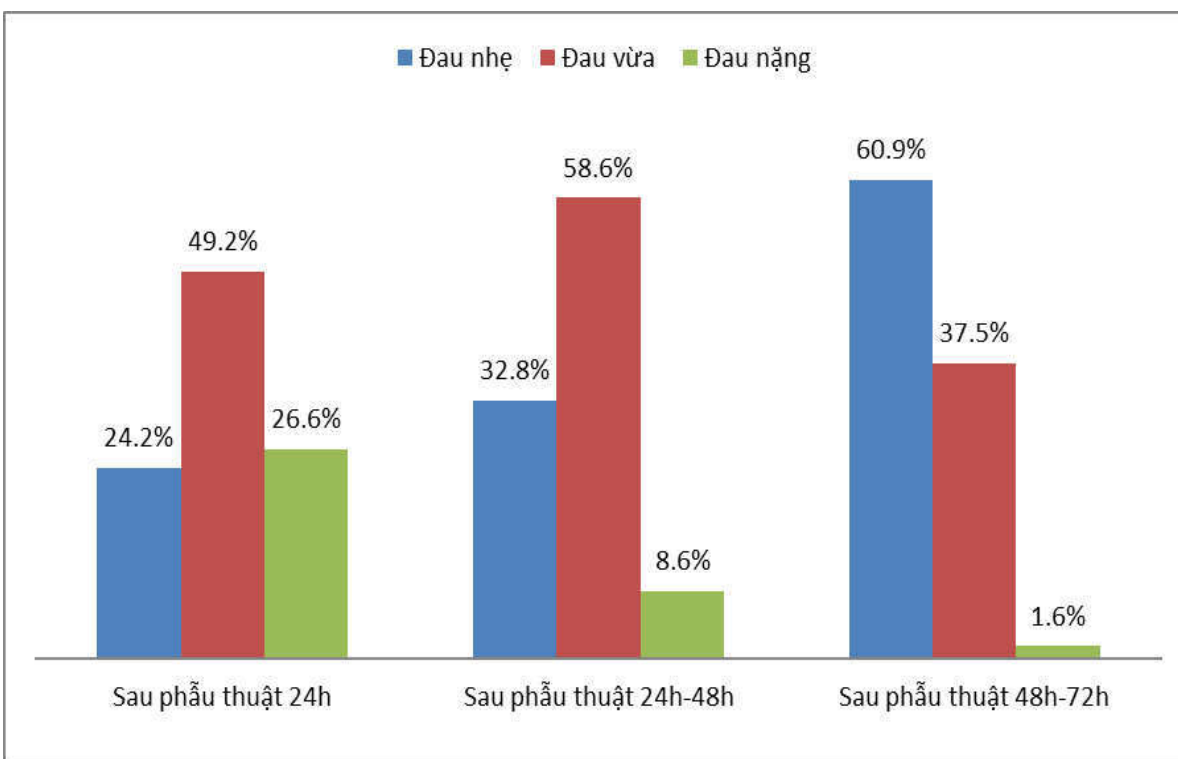
Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n=128)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	83	64,8
	Nữ	45	35,2
	Tỷ lệ Nam/Nữ = 1,86; p = 0,001		
Tuổi	$\bar{X} \pm SD$	44,3 ± 18,4	
	18- 39	62	48,4
	40-59	37	28,9
	≥ 60	29	22,7

Nhận xét: Trong 128 đối tượng tham gia nghiên cứu tỷ lệ giữa nam và nữ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p= 0,001, cụ thể nam giới 64,8%, nữ giới 35,2%. Tỷ lệ nam/ nữ giới = 1,86. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 44,3 ± 18,4.

1.2. Đặc điểm liên quan đến đau

1.2.1. Phân loại mức độ đau nhất theo thang điểm VAS tại các thời điểm nghiên cứu



Biểu đồ phân loại mức độ đau nhất theo thang đánh giá đau VAS tại các thời điểm nghiên cứu

Nhận xét: Trong 3 ngày đầu sau phẫu thuật mức độ đau có xu hướng giảm dần theo thời gian, 24h đầu tiên sau phẫu thuật nhóm người bệnh trải qua mức độ “đau nặng” là 26,6% trên tổng số người bệnh, sau đó tỷ lệ “đau nặng” giảm dần xuống 8,6% trong ngày thứ 2 và chỉ còn 1,6% trong ngày thứ 3 sau mổ. Ngày thứ nhất và ngày thứ hai nhóm người bệnh có mức độ “đau vừa” chiếm số đông lần lượt là 49,2% và 58,6%. Sang ngày thứ ba chủ yếu người bệnh ở mức độ “đau nhẹ” (n= 78; 60,9%).

1.2.2. Điểm đau trung bình theo thang đánh giá đau VAS và mức độ giảm đau sau khi dùng thuốc

Bảng 3. Điểm đau trung bình theo thang đánh giá đau VAS và mức độ giảm đau sau khi dùng thuốc

		Ngày thứ 1 (24h) sau PT	Ngày thứ 2 (24-48h) sau PT	Ngày thứ 3 (48-72h) sau PT
Mức độ đau nhất trong 24h	$\bar{X} \pm SD$	5,8 ± 2,3	4,9 ± 2,1	4,02 ± 1,6
Mức độ giảm đau sau 30 phút dùng thuốc	Không giảm	1 (0,8)	0	0
	Giảm 30%	16 (12,5)	14 (10,9)	9 (7)
	Giảm 50%	26 (20,3)	20 (15,6)	11 (8,6)
	Giảm 70%	63 (49,2)	70 (54,7)	74 (58)
	Giảm 100%	21 (16,4)	18 (14,1)	18 (14,1)

Nhận xét: Điểm đau trung bình giảm dần từ ngày đầu là 5,8 ± 2,3, sang ngày thứ 2 là 4,9 ± 2,1, ngày thứ 3 chỉ còn 4,02 ± 1,6.

60% người bệnh báo cáo thuốc có tác dụng giảm đau đến 70% sau khi dùng thuốc 30 phút và 16,4% người bệnh báo cáo thuốc có tác dụng giảm đến 100% sau 30 phút sử dụng.

2. Mối liên quan giữa mức độ đau, mức độ giảm đau và sự hài lòng về quản lý đau sau phẫu thuật (Satisfaction in pain management- SPM)

2.1. Mức độ đau nhất tại các thời điểm nghiên cứu và sự hài lòng quản lý đau

Bảng 4. Mối liên quan giữa mức độ đau nhất tại các thời điểm nghiên cứu và sự hài lòng quản lý đau

		Thuốc giảm đau hiện tại	Đặc điểm thuốc	Hiệu quả của thuốc	Tác dụng phụ của thuốc	Tác động của thuốc giảm đau	Thông tin đau và cách điều trị	Chăm sóc y tế
Sau phẫu thuật ngày thứ nhất(24h)	r	0,001	0,034	0,008	-0,08	0,12	0,16	0,187*
	p	0,99	0,7	0,93	0,37	0,2	0,08	0,035
Sau phẫu thuật ngày thứ 2(48h)	r	-0,003	0,005	0,033	-0,114	0,09	0,07	0,211*
	p	0,97	0,95	0,71	0,2	0,31	0,45	0,02
Sau phẫu thuật ngày thứ 3(72h)	r	0,35	0,067	0,34	-0,17	0,116	-0,17	0,282**
	p	0,7	0,45	0,71	0,05	0,19	0,06	0,001

(*: thuận yếu; **: thuận trung bình)

Nhận xét: Nhìn chung mức độ đau hầu như không ảnh hưởng đến sự hài lòng trên nhiều khía cạnh quản lý đau của người bệnh. Nhưng có mối liên quan thuận có ý nghĩa thống kê với chăm sóc y tế cả ba ngày sau phẫu thuật với p<0,05.

2.2. Mức độ giảm đau tại các thời điểm nghiên cứu và sự hài lòng về quản lý đau

Bảng 5. Mối liên quan giữa sự hài lòng về quản lý đau sau phẫu thuật và mức độ giảm đau tại các thời điểm nghiên cứu

PTSS	Thời điểm	Sự hài lòng về quản lý đau ($\bar{X} \pm SD$)						
		Thuốc giảm đau hiện tại	Đặc điểm thuốc	Hiệu quả của thuốc	Tác dụng phụ của thuốc	Tác động của thuốc giảm đau	Thông tin đau và cách điều trị	Chăm sóc y tế
Mức độ giảm đau sau khi dùng thuốc 30 phút ngày thứ nhất (24h) (n=127)	Không giảm	50,0	50,0	50,0	100,0	100,0	50,0	83,3
	Giảm 30%	78,13 ± 10,0	77,1 ± 9,4	79,2 ± 12,6	99,6 ± 1,6	76,6 ± 15,1	96,3 ± 10,3	81,6 ± 8,9
	Giảm 50%	77,7 ± 15,5	79,2 ± 14,1	76,3 ± 18,7	99,1 ± 1,7	80,9 ± 13,9	95 ± 8,1	83,8 ± 9,8
	Giảm 70%	87,5 ± 11,4	87,4 ± 12,3	87,6 ± 13,5	99,5 ± 1,4	88,3 ± 11,8	91,9 ± 14,2	86,6 ± 9,7
	Giảm 100%	81,6 ± 8,5	80,6 ± 8,9	82,5 ± 11,5	99,6 ± 1,4	82,9 ± 12,5	93,3 ± 9,7	73,8 ± 13,6
	p	0,001	0,001	0,005	0,074	0,08	0,2	0,004

Mức độ giảm đau sau khi dùng thuốc 30 phút ngày thứ 2(48h) n=122	Không giảm							
	Giảm 30%	73,3±12,6	73,2±12,3	71,4±15,2	99,7±1,1	79,5±15,8	89,3±16,9	80,0±8,8
	Giảm 50%	73,0±10,4	72,5±11,2	73,3±15,9	99,5±1,2	79,1±12,8	90,5±16,7	80,3±8,7
	Giảm 70%	88,5±11,6	88,9±11,3	88,1±13,6	99,4±1,5	87,7±12,9	93,1±12,1	87,1±9,9
	Giảm 100%	81,7±6,7	79,6±6,5	83,8±10,9	99,7±1,5	83,7±12,5	95,0±5,1	74,7±13,5
p	0,00	0,00	0,00	0,53	0,04	0,724	0,00	
Mức độ giảm đau sau khi dùng thuốc 30 phút ngày thứ 3(72h) n=112	Không giảm							
	Giảm 30%	75,5 ± 13,2	74,1 ± 12,9	76,9 ± 17,1	99,5 ± 1,4	80,9 ± 13,4	87,8 ± 13,9	84,3 ± 9,8
	Giảm 50%	74,2 ± 13,0	72,1 ± 15,5	76,5 ± 17,1	98,5 ± 2,3	80,7 ± 14,4	88,2 ± 19,4	80,3 ± 8,2
	Giảm 70%	85,9 ± 13,3	86,6 ± 12,1	85,1 ± 15,9	99,4 ± 1,5	87,3 ± 13,5	92,8 ± 13,1	86,5 ± 9,9
	Giảm 100%	81,5 ± 6,6	80,1 ± 8,2	82,9 ± 12,3	99,8 ± 0,9	84,6 ± 11,1	95,6 ± 6,2	73,5 ± 13,3
p	0,009	0,00	0,15	0,18	0,25	0,29	0,001	

Nhận xét: Với thuật toán Kruskal- Wallis, kết quả từ bảng 5 cho thấy trong ngày thứ 1, thứ 2 và thứ 3 sau phẫu thuật mức độ giảm đau có liên quan đến sự hài lòng về thuốc điều trị đau hiện tại, đặc điểm thuốc và chăm sóc y tế ($p < 0,05$). Mức độ giảm đau ngày thứ 1 và thứ 3 có liên quan đến sự hài lòng về hiệu quả thuốc ($p < 0,05$). Mức độ giảm đau ngày thứ 2 có liên quan đến sự hài lòng về tác động của thuốc giảm đau ($p = 0,04$).

BÀN LUẬN

1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm về tuổi, giới

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang trên đối tượng những người bệnh từ 18 tuổi trở lên. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $44,3 \pm 18,4$. Đa số người bệnh trong độ tuổi lao động 18- 59 (77,3%), tuổi từ 60 trở lên chiếm 22,7%.

Trong số những người bệnh tham gia nghiên cứu nam giới chiếm 65%, nữ giới chiếm 35%. Tỷ lệ nam so với nữ là 1,86 : 1 ($p = 0,001$). Để lý giải cho nghiên cứu của chúng tôi thì theo điều tra của PGS.TS Triệu Nguyên Trung, chuyên gia Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) tại Việt Nam cho biết, khoảng trên 80% số ca tai nạn giao thông xảy ra ở nam giới, nguyên nhân là do nam giới thường xuyên uống rượu bia nhiều hơn nữ giới, nam giới có nhiều hành vi nguy cơ hơn khi tham gia giao thông như gọi điện, nhắn tin, chạy quá tốc độ. Mặt khác do tính chất công việc như thợ xây, cắt kính... có nguy cơ tai nạn lao động, tai nạn thương tích thì nam cũng nhiều hơn nữ giới.

Đặc điểm liên quan đến đau

Để đánh giá mức độ đau của người bệnh chúng tôi đã sử dụng thang đánh giá đau VAS. Kết quả trong ba ngày đầu sau phẫu thuật người bệnh đã trải nghiệm các mức độ đau khác nhau và giảm dần theo thời gian. Kết quả này gần giống như một nghiên cứu tại Hồng Kông về quản lý đau sau phẫu thuật với 249 người bệnh vào năm 2003 [7]. Mức độ đau nhất mà người bệnh trải qua giảm từ 5,8 điểm ngày thứ nhất xuống 4,9 điểm ngày thứ 2 và xuống 4,02 điểm ngày thứ 3. Tỷ lệ người bệnh trải qua mức độ đau nặng giảm từ 26,6% ngày thứ nhất xuống 8,6% ngày thứ 2 và giảm tiếp xuống 1,6% ngày thứ 3. Trong khi đó, tỷ lệ người bệnh có mức độ đau vừa (VAS = 5 - 7) tăng từ 49,2% ngày thứ nhất sau phẫu thuật lên 58,6% ngày thứ 2 và sau đó giảm xuống 37,5% ngày thứ 3. Đối với mức độ đau nhẹ, tỷ lệ người bệnh báo cáo mức độ đau này với (VAS ≤ 4) tăng từ 24,2% ngày thứ nhất lên 32,8% ngày thứ 2 và tiếp tục tăng 60,9% ngày thứ 3. Kết quả này gần giống nghiên cứu Mats Sjoling cùng cộng sự tại Thụy Điển năm 2003 [8]. Xu hướng thay đổi tỷ lệ mức độ đau cho thấy đã có sự chuyển dịch mức độ đau từ đau nặng sang đau vừa và từ đau vừa sang đau nhẹ. Kết quả này cho thấy mức độ đau giảm dần theo thời gian sau phẫu thuật.

2. Mối liên quan giữa mức độ đau và sự hài lòng của người bệnh về quản lý đau

Sự hài lòng là cảm giác chủ quan phụ thuộc vào kinh nghiệm trong quá khứ của người bệnh và kỳ vọng trong tương lai [9]. Dễ dàng cho rằng mức độ đau sẽ tương quan nghịch với sự hài

lòng của người bệnh với việc kiểm soát cơn đau của họ. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng người bệnh có thể rất hài lòng với việc kiểm soát cơn đau của họ ngay cả khi họ đã báo cáo mức độ đau đáng kể trong thời gian nằm viện [7].

Kết quả từ bảng 3 của chúng tôi cũng đưa ra kết quả tương tự. Cụ thể, chúng tôi không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ đau và sự hài lòng đối với phần lớn các khía cạnh của quản lý đau của người bệnh. Tuy nhiên chúng tôi tìm thấy mối liên quan thuận có ý nghĩa thống kê giữa mức độ đau và hài lòng quản lý đau về chăm sóc y tế ở cả ba ngày. Điều thú vị ở đây chính là người bệnh càng báo cáo mức độ đau nhiều thì sự hài lòng về chăm sóc y tế càng cao, và những người có mức độ đau ít hơn lại có sự hài lòng thấp hơn.

Với kiểm định Kruskal - Wallis chúng tôi cũng đã tìm thấy mối liên quan giữa sự hài lòng của người bệnh với mức độ giảm đau. Cụ thể những người bệnh có mức độ giảm đau từ 70% đến 100% hài lòng về thuốc điều trị đau hiện tại, về tác động tích cực của thuốc giảm đau hơn những người có mức độ giảm đau ít. Tuy nhiên về chăm sóc y tế những người bệnh có mức độ giảm đau 70% lại hài lòng cao hơn cả về chăm sóc y tế, thậm chí người bệnh giảm đau 100% lại không hài lòng về chăm sóc y tế bằng những người bệnh có mức độ giảm đau ít hơn, điều này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với mối tương quan thuận có ý nghĩa thống kê giữa mức độ đau và sự hài lòng về chăm sóc y tế đã nhắc đến ở phía trên (Bảng 4). Điều này có thể được giải thích do những nguyên nhân sau đây. Câu hỏi này trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ dừng lại việc đánh giá mức độ đau sau khi dùng thuốc. Do vậy, hiệu quả giảm đau thông qua liệu pháp không dùng thuốc không được phản ánh qua kết quả này. Trong khi đó trên thực tế những người bệnh có mức độ đau càng nặng, không thể giảm đau hoàn toàn sau khi dùng thuốc thường xuyên báo cáo với nhân viên y tế so với những người bệnh có mức độ “đau nhẹ” có thể kiểm soát hoàn toàn cơn đau bằng thuốc. Sau khi dùng thuốc những người bệnh “đau nặng” cũng được nhân viên y tế quan tâm đánh giá lại về mức độ đau, đồng thời điều dưỡng cũng hướng dẫn thêm các liệu pháp giảm đau khác ngoài thuốc khi người bệnh không thể giảm đau hoàn toàn sau khi dùng thuốc.

Qua đây chúng tôi càng thấy rằng công tác theo dõi và chăm sóc người bệnh của người

điều dưỡng đóng vai trò vô cùng quan trọng, ảnh hưởng rất lớn đến sự hài lòng của người bệnh [10]. Công tác chăm sóc đã làm rất tốt đối với những người bệnh có báo cáo về triệu chứng của họ. Tuy nhiên nhân viên y tế nói chung và điều dưỡng nói riêng cần chủ động hơn trong việc quan tâm theo dõi tất cả người bệnh bao gồm những người bệnh không có báo cáo về triệu chứng. Điều này sẽ đảm bảo tất cả người bệnh đều được quan tâm, chăm sóc, hỗ trợ cả về mặt thể chất và tinh thần, giúp người bệnh cảm thấy thoải mái hơn và hài lòng về tất cả các khía cạnh của quản lý triệu chứng và chất lượng chăm sóc. Để làm tốt công việc này người điều dưỡng cần tăng cường công tác đi buồng, chủ động hỏi thăm và tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh. Tầm quan trọng của nhiệm vụ này được khẳng định trong thông tư 07 về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện năm 2011.

KẾT LUẬN

Đây là một nghiên cứu rất thực tiễn, khả thi, và việc áp dụng các thang đo đánh giá sự hài lòng về quản lý đau (PTSS), thang đánh giá mức độ đau (VAS) khá thuận tiện, người điều dưỡng và nhân viên y tế thực hành lâm sàng có thể áp dụng dễ dàng. Sau khi tìm hiểu về mối liên quan giữa mức độ đau với sự hài lòng về quản lý đau, nhóm nghiên cứu có thêm những kinh nghiệm để nâng cao hơn nữa chất lượng dịch vụ chăm sóc y tế. Thang đánh giá đau nên được đưa vào quy trình quản lý đau và sử dụng rộng rãi trong các bệnh viện ngoại khoa. Việc đánh giá sự hài lòng về quản lý đau nên được đưa vào hoạt động thường quy của bệnh viện nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jennifer Cogan M, MDs, FRCPC et al** (2010). Pain management after cardiac surgery. *Seminars in cardiothoracic*, 14(3), 201- 204.
2. **Nguyễn Hữu Tú** (2010). Chống đau sau phẫu thuật: mong ước và sự thật, <https://suckhoedoisong.vn/mong-uoc-va-su-that-n3813.html>>
3. **Gan JLACSSMTJ** (2003). Postoperative pain experience: Results from a survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesthesia and Analgesia*, 97(2), 534- 540.
4. **Vadeelsu N MS, Narayan D et al** (2010). Recent advances in post-operative pain treatment. *Yale J Biol Med*, 83(1), 11- 25.
5. **Baker TA, et al** (2013). Satisfaction with pain treatment in older cancer patients: Identifying variants of discrimination, trust, communication, and self-efficacy. *J Hosp Palliat Nur*, 15(8).

6. **Evans CJ**, et al (2004). Development and validation of the Pain Treatment Satisfaction Scale (PTSS): a patient satisfaction questionnaire for use in patients with chronic or acute pain. *Pain*, 112(3), 66-254.

7. **Joanne W. Y. Chung R, Joseph C. Z** et al (2003). Postoperative pain management: Study of patients'level of pain and satisfaction with health care providers' responsiveness to their reports of pain. *Nursing and Health Sciences*, 5,13- 21.

8. **Mats Sjölinga b, Gunnar Nordahlc, Niclas Olofsson** et al (2003). The impact of

preoperative information on state anxiety,postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Education and Counseling*, 51, 169- 176.

9. **Nguyễn Minh Hiện, Đặng Phúc Đức**. Chẩn đoán và điều trị đau: Khuyến cáo của Hiệp hội nghiên cứu đau quốc tế và Liên hội Thần kinh châu Âu. *Hội thần kinh học Việt Nam*. 2010

10. **Courtenay M, Carey N** (2008). The impact and effectiveness of nurse-led care in the management of acute and chronic pain: a review of the literature. *J Clin Nurs*, 15, 1365-2702.

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TỚI CUNG CẤP DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH TẠI 02 PHÒNG KHÁM ĐA KHOA TRỰC THUỘC BỆNH VIỆN QUẬN THỦ ĐỨC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH GIAI ĐOẠN NĂM 2017 - 2019

**NGUYỄN VĂN HIẾU¹,
NGUYỄN THẾ VŨ², NGUYỄN QUỲNH ANH³,
LƯƠNG HOÀNG LIÊM⁴, NGUYỄN ĐÌNH ĐỨC¹**
¹Bệnh viện quận Thủ Đức; ²Bệnh viện quận 7
³Trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội
⁴Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng cung cấp dịch vụ khám, chữa bệnh và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng tại 02 phòng khám đa khoa trực thuộc Bệnh viện quận Thủ Đức giai đoạn từ năm 2017 – 2019.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp phương pháp định lượng và định tính.

Kết quả: Tổng số lượt khám, chữa bệnh của 02 phòng khám năm 2017 là 145.494 lượt, đến năm 2018 là 227.555 lượt và năm 2019 là 267.775 lượt, trong đó số lượt khám bảo hiểm y tế tại 02 phòng khám chiếm tới hơn 90% tổng số lượt khám chữa bệnh. Số lượt thực hiện cận lâm sàng của 02 phòng khám có xu hướng tăng theo từng năm, xét nghiệm tăng 75,6% so với năm 2017 và tăng 24,6% so với năm 2018, siêu âm tăng 75,5% so với năm 2017, tăng 16,3% so với năm 2018. Tỷ lệ hài lòng chung người bệnh tại

Phòng khám Đa khoa Linh Xuân đạt 74,88% và Phòng khám Đa khoa Linh Tây đạt 93,71%. Chúng tôi tìm thấy một số yếu tố ảnh hưởng đến việc cung cấp dịch vụ khám, chữa bệnh là cơ sở vật chất, trang thiết bị và thuốc, yếu tố tài chính, yếu tố nhân sự, yếu tố hệ thống thông tin và yếu tố quản lý điều hành, chính sách.

Kết luận: Bệnh viện cần nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ y tế, trang bị và cung cấp đầy đủ các vật tư và thiết bị, phát triển nhân lực đội ngũ y tế nhằm đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh ngày càng tăng của người dân.

Từ khóa: Phòng khám đa khoa, cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh, Bệnh viện quận Thủ Đức.

SUMMARY

Objective: Describe the current situation of medical service provision and analyze some influencing factors in 02 general clinics under Thu Duc District Hospital in the period from 2017 to 2019.

Methods: Descriptive cross-sectional study, combining both quantitative and qualitative methods.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Văn Hiếu
Email: nguyenhieu010292@gmail.com

Ngày nhận: 02/7/2020

Ngày phản biện: 13/8/2020

Ngày duyệt bài: 11/9/2020

Results: The total number of medical examination and treatment visits of 02 clinics in 2017 was 145.494 by 2018 it was 227.555 times, and in 2019 it was 267.775 times, of which the number of health insurance examinations at 02 clinics accounted for more than 90% of the total medical examination and treatment. The number of subclinical implementation of the 02 clinics tended to increase year by year, testing increased by 75.6% compared to 2017 and by 24.6% compared to 2018, ultrasound increased by 75.5% compared to 2017. in 2017, an increase of 16.3% compared to 2018. The overall satisfaction rate of patients at Linh Xuan General Clinic reached 74.88%, and Linh Tay General Clinic reached 93.71%. We find some factors affecting the provision of medical services are facilities, equipment and drugs, financial factors, human resources factors, information systems factors and policy management factors.

Conclusions: Hospitals need improving the quality of medical service delivery, provide adequate supplies and equipment, and develop human resources for the medical team to meet the increasing demand for medical examination and treatment of people.

Keywords: General clinic, medical service provider, Thu Duc District Hospital.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày 01/01/2016, Luật sửa đổi bổ sung một số điều Luật Bảo hiểm y tế về chính sách mở thông tuyến khám, chữa bệnh tuyến huyện, tuyến xã chính thức có hiệu lực, điều này đã dẫn đến tình trạng quá tải tại một số bệnh viện quận, huyện tại Thành phố Hồ Chí Minh, trong đó có Bệnh viện quận Thủ Đức [5]. Tính đến hết ngày 31/12/2016, số lượt khám, chữa bệnh của bệnh viện tăng so với năm 2015 là 24%, cụ thể từ 914.723 lượt khám (trong đó số lượt khám chữa bệnh bảo hiểm y tế chiếm 82%) lên tới 1.131.782 lượt khám (trong đó số lượt khám chữa bệnh bảo hiểm y tế chiếm 85%). Thực hiện chủ trương của Sở Y tế và Lãnh đạo thành phố theo hướng “mang bệnh viện tới gần dân”, nhằm cung ứng đầy đủ các loại hình dịch vụ khám, chữa bệnh của bệnh viện tới người dân nằm cách xa bệnh viện cũng như giảm quá tải cho bệnh viện, Bệnh viện quận Thủ Đức đã lên kế hoạch triển khai mô hình hoạt động phòng khám đa khoa trực thuộc tại các phường trên địa bàn. Kể từ khi đi vào hoạt động, cho tới nay vẫn chưa có nghiên cứu hoặc đánh giá nào đề cập đến tình hình cung cấp dịch vụ khám, chữa bệnh của các phòng khám đa khoa trực thuộc Bệnh viện quận Thủ Đức. Để có

cái nhìn tổng thể về thực trạng cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh của mô hình phòng khám đa khoa cũng như tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng trong quá trình cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh tại các phòng khám, từ đó giúp nhà quản lý đưa ra các chính sách, định hướng phát triển cho các phòng khám và đồng thời rút kinh nghiệm khi triển khai mô hình này tại các phường khác trên địa bàn. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng tới cung cấp dịch vụ khám, chữa bệnh tại 02 Phòng khám đa khoa trực thuộc Bệnh viện quận Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh giai đoạn năm 2017 - 2019”.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu định lượng: các báo cáo thống kê về hoạt động cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh, nhân sự, cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc, tài chính và báo cáo kết quả khảo sát sự hài lòng của bệnh nhân.

Nghiên cứu định tính: Đối tượng phỏng vấn bao gồm: Lãnh đạo bệnh viện, lãnh đạo phòng Kế hoạch tổng hợp, Lãnh đạo phòng khám và một số nhân viên tại 02 phòng khám đa khoa (PKĐK).

Thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2020 đến tháng 10/2020 tại PKĐK Linh Xuân và PKĐK Linh Tây.

2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp phương pháp định lượng và định tính.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu định lượng: tất cả các báo cáo về cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc, tài chính, nhân sự, kết quả hoạt động chuyên môn nghiệp vụ, hoạt động KCB từ ngày 01/01/2017-31/12/2019, riêng số liệu về hài lòng người bệnh sẽ được thu thập từ báo cáo kết quả khảo sát hài lòng của bệnh nhân tại 02 phòng khám trong 6 tháng đầu năm 2020.

Nghiên cứu định tính: Thực hiện chọn mẫu có chủ đích

3. Phương pháp thu thập số liệu

Số liệu định lượng: tiến hành thu thập các số liệu thứ cấp từ báo cáo tổng kết hoạt động của các PKĐK từ năm 2017- 2019 và báo cáo kết quả khảo sát hài lòng của bệnh nhân tại 02 phòng khám trong 6 tháng đầu năm 2020.

Số liệu định tính: Các bộ công cụ hướng dẫn phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm được xây dựng riêng cho từng đối tượng khác nhau dựa

trên vị trí và vai trò của họ. Tiến hành 06 cuộc phỏng vấn sâu và 02 cuộc thảo luận nhóm.

Biến số trong nghiên cứu

Nghiên cứu định lượng: Các biến số được chia thành 3 phần: Thông tin chung của phòng khám về nhân sự, cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc, nguồn thu; Kết quả cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh và Sự hài lòng của người bệnh.

Nghiên cứu định tính: Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng tới việc cung cấp các dịch vụ khám chữa bệnh: bao gồm yếu tố về nhân sự, cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc, tài chính, quản lý điều hành và hệ thống thông tin.

4. Xử lý và phân tích dữ liệu

Các dữ liệu nghiên cứu định lượng được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả qua các chỉ số là số lượng, tỉ lệ (%). Các dữ liệu nghiên cứu định tính được giải bằng, phân tích bằng phương pháp mã hóa theo chủ đề và trích dẫn lời.

5. Đạo đức nghiên cứu

Quyền và lợi ích của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo theo quy định của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Nghiên cứu được tiến hành dưới sự chấp thuận của Ban giám đốc và Hội đồng Nghiên cứu khoa học của Bệnh viện quận Thủ Đức thông qua.

KẾT QUẢ

1. Thực trạng cung cấp dịch vụ khám, chữa bệnh tại 02 phòng khám đa khoa trực thuộc Bệnh viện quận Thủ Đức

Thông tin chung về các phòng khám đa khoa trực thuộc Bệnh viện quận Thủ Đức

Số lượng nhân viên y tế: Năm 2019, PKĐK Linh Xuân là 23 bác sĩ (có 6 bác sĩ có trình độ sau đại học), chiếm tới 33,8% so với tổng nhân viên còn PKĐK Linh Tây là 8 bác sĩ (có 4 bác sĩ có trình độ sau đại học) chiếm 26, 7% tổng nhân viên.

Cơ sở vật chất, trang thiết bị và thuốc: Số lượng phòng tại PKĐK Linh Xuân tăng từ 24 phòng năm 2017 lên 31 phòng so với năm 2019. Phòng PKĐK Linh Tây không thay đổi số phòng chỉ có 14 phòng. Các trang thiết bị được trang bị khá đầy đủ, có nhiều máy móc hiện đại như máy CT-Scan, máy xét nghiệm, Xquang, hệ thống nội soi. Các phòng khám được bệnh viện cung cấp đầy đủ các loại thuốc.

Hệ thống công nghệ thông tin: Cả hai phòng khám đang sử dụng phần mềm của bệnh viện là MHIS.

Về nguồn thu của PKĐK Linh Xuân và Linh Tây: Nguồn thu của 2 phòng khám tăng và ổn định theo thời gian, từ 34,6 tỷ (năm 2017) tăng lên 77,8 tỷ (năm 2019). Nguồn thu chính của phòng khám chủ yếu là BHYT chiếm tới 78,6% trong năm 2019.

2. Kết quả cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh của 02 phòng khám đa khoa năm 2017 - 2019

Bảng 1. Số lượt khám chữa bệnh tại 02 phòng khám đa khoa giai đoạn 2017 - 2019

STT	Nội dung	2017 (n, % so với tổng số KCB)	2018 (n, % so với tổng số KCB)	2019 (n, % so với tổng số KCB)	Tỷ lệ % tăng năm 2018/2017	Tỷ lệ % tăng năm 2019/2018
1	Tổng số lượt khám bệnh	145.494 (100%)	223.555 (100%)	267.775 (100%)	53,6	19,8
2	Số lượt khám trung bình/ngày	399	612	734	53,4	19,9
3	Số lượt khám BHYT	139.230 (95,7%)	205.278 (91,8%)	252.780 (94,4%)	47,4	23,1
4	Số lượt khám không BHYT	6.264 (4,3%)	18.277 (8,2%)	14.995 (5,4%)	191,7	-18
5	Số lượt chuyển về bệnh viện điều trị	147	400	534	172	33,5

Số lượt khám chữa bệnh tại 02 PKĐK tăng theo từng năm. Từ năm 2017, tổng số lượt khám là 145.494 lượt (số lượt KCB BHYT chiếm 95,7%), đến năm 2019 tổng số lượt khám 327.783 lượt (số lượt KCB BHYT chiếm 94,4%).

Bảng 2. Số lượt thực hiện cận lâm sàng của hai phòng khám đa khoa giai đoạn năm 2017 - 2019

STT	Nội dung	2017 (n,% so tổng CLS)	2018 (n,% so tổng CLS)	2019 (n,% so tổng CLS)	Tỷ lệ tăng % năm 2017/2018	Tỷ lệ tăng % năm 2018/2019
1	Xquang	15.101 (23%)	26.322 (22,3%)	26.028 (19%)	74,4	-1,8
2	Siêu âm	22.642 (35%)	39.744 (33,7%)	46.219 (34%)	75,5	16,3
3	Xét nghiệm	17.255 (27%)	30.301 (25,7%)	37.757 (27,7%)	75,6	24,6

4	Điện tim	9.740 (15%)	16.723 (14,2%)	20.437 (15%)	71,1	22,2
5	CT Scan	0	4.993 (4,2%)	3.049 (2,3%)	-	-39
6	Nội soi TMH	0	0	2.204	-	-
7	Điện cơ	0	0	24	-	-
8	Nội soi dạ dày	0	0	255	-	-
Tổng số		64.736	118.083	136.189	82,4	15,3

Hầu hết số lượt thực hiện cận lâm sàng tại 02 phòng khám có xu hướng tăng theo từng năm. Tuy nhiên, chỉ có số lượt của Xquang và CT-Scan có xu hướng giảm. Trong tổng số cận lâm sàng được thực hiện, siêu âm chiếm tới 34%, tiếp đến là xét nghiệm chiếm 27%, Xquang chiếm 19%, điện tim chiếm 17%, CT Scan chiếm chỉ 2%, còn lại điện cơ, nội soi tai mũi họng, dạ dày chỉ chiếm 1%.

Bảng 3. Số lượt phẫu thuật, thủ thuật của 2 PKĐKTT từ năm 2017-2019

STT	Nội dung	2017		2018		2019	
		Linh Xuân	Linh Tây	Linh Xuân	Linh Tây	Linh Xuân	Linh Tây
Phẫu thuật		186	0	364	0	455	0
1	Loại 2	95	0	186	0	232	0
2	Loại 3	91	0	178	0	223	0
Thủ thuật		31.678	18.336	61.872	25.256	77.340	32.563
1	Loại ĐB	174	0	340	0	425	0
2	Loại 1	898	401	1.754	552	2.192	696
3	Loại 2	21.854	11.177	42.684	15.396	53.355	19.604
4	Loại 3	8752	6.758	17.094	9.308	21.368	12.236
Tổng Phẫu thuật và thủ thuật		31.864	18.336	62.236	25.256	77.795	32.563

Số lượt phẫu thuật, thủ thuật tại 02 phòng khám tăng theo từng năm. PKĐK Linh Xuân thực hiện phẫu thuật/thủ thuật cao hơn so với PKĐK Linh Tây. Năm 2017 PKĐK Linh Xuân thực hiện được 31.864 lượt đến năm 2019 tăng lên 77.795 lượt, PKĐK Linh Tây năm 2017 thực hiện được 18.336 lượt đến năm 2019 tăng lên 32.563 lượt.

Bảng 4. Sự hài lòng của người bệnh tại PKĐK Linh Xuân và Linh Tây

STT	Nội dung	Linh Xuân		Linh Tây	
		Không hài lòng	Hài lòng	Không hài lòng	Hài lòng
		%	%	%	%
1	Tỷ lệ hài lòng về minh bạch thông tin	28,32	71,68	6,66	93,34
2	Tỷ lệ hài lòng về điều kiện cơ sở vật chất	14,5	85,5	10,42	89,58
3	Tỷ lệ hài lòng về thời gian chờ đợi	22,28	76,72	3,82	96,18
4	Tỷ lệ hài lòng về thái độ giao tiếp của NVYT	18,44	81,56	4,27	95,73
5	Tỷ lệ hài lòng về chất lượng khám chữa bệnh				
	Bác sĩ khám bệnh, tư vấn, hướng dẫn đầy đủ	20,9	79,1	1,7	98,3
	Cấp phát, hướng dẫn sử dụng thuốc đầy đủ	15,7	84,3	9,2	90,2
	Kết quả khám bệnh đáp ứng được mong đợi	22,4	77,6	5,8	94,2
6	Tỷ lệ hài lòng chung về phòng khám	74,88		93,71	
7	Tỷ lệ bệnh nhân dự kiến quay lại	86,2		100	

Tỷ lệ hài lòng chung người bệnh tại PKĐK Linh Tây (93,71%) cao hơn so với PKĐK Linh Xuân (74,88%). Tỷ lệ hài lòng cao nhất tại PKĐK Linh Xuân là cơ sở vật chất với 85,5%; tỷ lệ hài lòng thời gian chờ thấp nhất với 71,68; 86,2% người bệnh dự kiến quay lại phòng khám khi có bệnh. Tại PKĐK Linh Tây, tỷ lệ người bệnh hài lòng nhất ở phòng khám là về thời gian chờ với 96,18%, tỷ lệ hài lòng thấp nhất là về cơ sở vật chất là 89,58%; 100% người bệnh dự kiến quay lại phòng khám khi có bệnh.

3. Những yếu tố ảnh hưởng tới kết quả cung cấp dịch vụ KCB của PKĐK Linh Xuân và Linh Tây

Về cơ sở vật chất và trang thiết bị y tế

Các phòng khám đa khoa trực thuộc bệnh viện được xây dựng với đầy đủ cơ sở vật chất và bố trí một cách hợp lý, đảm bảo thực hiện theo đúng quy trình khám chữa bệnh. Tuy nhiên, hiện tại cơ sở vật chất chưa đáp ứng được nhu cầu của bệnh nhân và phát triển của phòng khám: "Phòng khám đang thiếu các trang thiết bị phục vụ công tác chẩn đoán khám chữa bệnh chưa có

như máy MRI, hệ thống nội soi tiêu hóa và máy laser” (PVS – 03 NVYT).

Về thuốc

Hầu hết các danh mục thuốc đều được cấp thẩm quyền phê duyệt. Tuy nhiên: “Một số thuốc tại phòng khám còn thiếu vì do bệnh viện hết thuốc, do gói thầu bệnh viện hết phải chờ gói thầu mới. Một số thuốc nằm ngoài danh mục phòng khám được cho phép cung cấp nhưng nhu cầu người dân vẫn có” (PVS – 04 NVYT).

Yếu tố về nhân sự

Số lượng nhân sự tại 02 phòng khám hiện tại cơ bản đáp ứng đủ nhu cầu khám chữa bệnh của người dân: “*Nhân sự luôn đảm bảo cho hoạt động khám chữa bệnh tại phòng khám. Từ khi hoạt động tới nay luôn được sự quan tâm của ban giám đốc và nhận được sự hỗ trợ về nhân sự của bệnh viện, đặc biệt là các chuyên khoa. Khi lượng bệnh phòng khám đông thì được bệnh viện tăng cường hỗ trợ về nhân sự. Nhân sự phòng khám trẻ, nhiệt huyết với công việc, luôn luôn học hỏi và nâng động trong lĩnh vực chuyên môn cũng như các hoạt động khác cho phòng khám*” (PVS-04 NVYT).

Về trình độ chuyên môn, các bác sĩ có trình độ sau đại học năm 2019 chỉ chiếm 29% trên tổng bác sĩ. “*Nhân sự phòng khám trẻ nên thiếu kinh nghiệm trong chuyên môn, đặc biệt là các bác sĩ ở các chuyên khoa lẻ như mắt, da liễu... Nhân sự khoa chẩn đoán hình ảnh còn thiếu về kinh nghiệm về nội soi tiêu hóa, việc cử đi học nhân sự về các kỹ thuật mới cũng ảnh hưởng tới công tác thực hiện cận lâm sàng của phòng khám*” (PVS – 03 NVYT).

Tài chính

Tài chính tại các phòng khám “... chưa cân đối giữa nguồn thu và chi, nhiều tháng nguồn thu âm so với nguồn chi, do đó vẫn chưa mua được những trang thiết bị hiện đại cũng như mở rộng các chuyên khoa. Phòng khám mới thành lập do đó các trang thiết bị được đầu tư mới nên khấu hao phòng khám phải trả cao, đồng thời phòng khám phải trả cho bệnh viện về phí vận hành quản lý nên ảnh hưởng tới nguồn chi của phòng khám” (PVS – 04 NVYT).

Hệ thống công nghệ thông tin

Các phòng khám được bệnh viện hỗ trợ tối đa về công nghệ. “Phòng khám nằm cách xa bệnh viện nên đường truyền kém nên tốc độ xử lý phần mềm chậm hơn so với bệnh viện, vẫn còn tình trạng rớt mạng tại phòng khám..., dẫn tới tất cả các khâu KCB sẽ phải thực hiện bằng thủ công” (PVS – 03 NVYT).

Quản lý điều hành

Phòng khám hoạt động theo sự chỉ đạo trực tiếp của bệnh viện, thực hiện các nội quy và quy định của bệnh viện. Công tác phối hợp về an ninh tại phòng khám cũng chưa được đảm bảo, “*Một số trường hợp cấp cứu người bệnh thì người nhà hoặc bạn bè của người bệnh còn cản trở công tác cấp cứu, phòng khám đã chủ động liên hệ công an địa phương nhưng ít khi nhận được sự can thiệp, hoặc nếu đến thì đến trễ*” (PVS – 03 NVYT).

Các chính sách văn bản của Bộ Y tế, Sở Y tế đều tạo điều kiện cho phòng khám hoạt động, tuy nhiên một số văn bản cũng ảnh hưởng tới công tác khám chữa bệnh của phòng khám.

BÀN LUẬN

1. Thực trạng cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh tại 02 phòng khám đa khoa trực thuộc bệnh viện quận Thủ Đức.

Tổng số lượt khám chữa bệnh của 02 phòng khám năm 2017 là 145.494 lượt, đến năm 2018 là 227.555 lượt và năm 2019 là 267.77 lượt, trong đó số lượt khám BHYT tại 2 phòng khám chiếm trên 90% so với tổng số lượt. Số lượt khám trung bình trên ngày của 02 phòng khám trong năm qua 3 năm 2017, 2018 và 2019 lần lượt là 200 lượt, 306 lượt, 367 lượt. Số lượt khám này cao hơn so với số lượt khám chữa bệnh trung bình/ngày/phòng khám của tất cả phòng khám đa khoa trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh, năm 2018 số lượt khám trung bình/ngày/phòng khám là 45 lượt, năm 2019 là 71 lượt và tỷ lệ lượt khám BHYT tại tất cả phòng khám đa khoa trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh chỉ chiếm 36% tổng số lượt khám [6], [7]. Tỷ lệ số lượt KCB theo từng chuyên khoa của 2 phòng khám không đồng đều, trong đó tỷ lệ khám chuyên khoa nội chiếm hơn 50% tổng số lượt khám, tiếp theo là chuyên khoa nhi chiếm hơn 14%, chuyên khoa ngoại chiếm hơn 11% và 25% còn lại là các chuyên khoa lẻ như răng hàm mặt, sản, y học cổ truyền...

Tỷ lệ chuyển bệnh nhân về bệnh viện có xu hướng tăng theo từng năm. Năm 2017 là 147 ca đến năm 2019 tăng lên là 534 ca. Số lượng bệnh nhân chuyển về bệnh viện tăng là do bệnh nhân phải thực hiện phẫu thuật hoặc phải điều trị nội trú, hầu hết các trường hợp chuyển về bệnh viện là do vượt quá chuyên môn của phòng khám trong đó một số trường hợp thiếu các chuyên khoa đặc biệt là các chuyên khoa sâu như ung bướu, thần kinh...

Số lượt thực hiện cận lâm sàng của 02 phòng khám có xu hướng tăng theo từng năm. Số lượt

xét nghiệm năm 2018 là 30.301 lượt (tăng 75,6% so với năm 2017 là 17.255 lượt) và năm 2019 là 37.757 lượt (tăng 24,6% so với năm 2018), siêu âm năm 2018 là 39.744 lượt (tăng 75,5% so với năm 2017 là 22.642 lượt) và năm 2019 là 46.219 lượt (tăng 16,3% so với năm 2018). Tỷ lệ tăng số lượt xét nghiệm tại 2 phòng khám cao hơn so với tỷ lệ tăng số lượt xét nghiệm tại nghiên cứu tại Bắc Giang [1]. Tất cả các cận lâm sàng đều tăng nhưng chỉ có dịch vụ Xquang và CT-Scan tại 02 phòng khám tăng trong năm 2018 và giảm trong năm 2019. Số lượng Xquang và CT-Scan giảm là do hệ thống Xquang của phòng khám gặp vấn đề tại đèn chụp, nguyên nhân nữa là cơ quan giám định BHXH không thanh toán một số các chỉ định Xquang và CT- Scan không có bệnh lý do đó phòng khám cũng hạn chế chụp đối với những chỉ định sàng lọc không cần thiết, phải có bệnh lý mới thực hiện chụp nên phòng khám hạn chế chụp Xquang và CT-Scan.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), chất lượng dịch vụ y tế tác động đến sự hài lòng của người bệnh và ngược lại sự hài lòng của người bệnh có thể đánh giá được hiệu quả của các dịch vụ do bệnh viện và ngành y tế cung cấp. Sự hài lòng của người bệnh với 02 phòng khám khá cao. PKĐK Linh Tây tỷ lệ hài lòng chung đạt 93,71%, tỷ lệ người bệnh hài lòng thấp nhất là về cơ sở vật chất là 89,58% vì phòng khám gặp khó khăn về cơ sở vật chất, nhất là không có nhà giữ xe cho bệnh nhân. Đặc biệt 100% người dân đều trả lời sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác đến khám tại phòng khám khi có nhu cầu. PKĐK Linh Xuân tỷ lệ hài lòng chung chỉ đạt 74,88%, tỷ lệ hài lòng thời gian chờ thấp nhất với 71,68% và tỷ lệ người dân sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác đến khám tại phòng khám khi có nhu cầu đạt 86,2%. Tỷ lệ người bệnh hài lòng của PKĐK Linh Tây cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Đỗ Thu Hoàng năm 2019, kết quả cho thấy tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh là 82,5%, hầu hết người bệnh được hỏi có quay lại viện để KCB khi có nhu cầu thì đều trả lời có, tỷ lệ là 98,4% [3].

2. Một số yếu tố ảnh hưởng tới việc cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh tại PKĐK Linh Xuân và Linh Tây

Yếu tố về nhân lực

Nhân lực y tế là yếu tố quan trọng nhất trong hệ thống cung cấp dịch vụ KCB, do đó việc đầu tư về chất lượng và số lượng cho đội ngũ cán bộ làm việc tại 02 PKĐK trực thuộc bệnh viện là cực kỳ quan trọng. Tổng số lượng nhân viên y tế

công tác tại cả 2 phòng khám đều tăng, trong đó tỷ lệ tăng của PKĐK Linh Xuân năm 2018 so với năm 2017 là 35,1% (trong đó số bác sĩ tăng lên 20%) và năm 2019 so với năm 2018 là 36% (trong đó số bác sĩ tăng lên 27,7%), còn PKĐK Linh Tây năm 2018 tăng 4,3% và năm 2019 tăng lên 25% nhưng số bác sĩ không thay đổi trong 3 năm, chỉ tăng số điều dưỡng, dược vì phòng khám đang gặp khó khăn trong việc tuyển dụng nhân sự, chủ yếu nhân sự ở các chuyên khoa, đồng thời do cơ sở vật chất của phòng hiện nay không thể mở thêm được các phòng khám. Năm 2019, số bác sĩ tại PKĐK Linh Xuân là 23 bác sĩ chiếm tới 33,8% so với tổng nhân viên còn PKĐK Linh Tây là 8 bác sĩ chiếm 26, 7%. Tỷ lệ này cao hơn so với tỷ lệ bác sĩ tại nghiên cứu của Vũ Thanh Giang (2017) [1].

Trình độ chuyên môn của bác sĩ là yếu tố quyết định tới chất lượng khám chữa bệnh cho người dân. Trình độ chuyên môn của các bác sĩ tại cả 2 phòng khám chưa cao, các bác sĩ có trình độ sau đại học năm 2019 chỉ chiếm 32,2% trên tổng bác sĩ. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Vũ Thanh Giang (2017) là 100% bác sĩ có trình độ sau đại học [1]. Nhân sự của 02 phòng khám trẻ nên thiếu kinh nghiệm trong chuyên môn và kinh nghiệm giao tiếp với bệnh nhân chưa hiệu quả, dẫn tới sự không hài lòng của người bệnh, ảnh hưởng đến chất lượng công tác khám chữa bệnh của phòng khám. Tuy có sự hỗ trợ nhân sự chuyên khoa từ bệnh viện nhưng không cố định dẫn tới ảnh hưởng việc điều trị bệnh cho bệnh nhân, việc thiếu nhân sự chuyên khoa dẫn tới việc chuyển tuyến về bệnh viện điều trị của phòng khám và việc thực hiện danh mục kỹ thuật của các phòng khám cũng gặp nhiều hạn chế. Kết quả này tương đồng với kết quả của nghiên cứu của Vũ Thanh Giang (2017) cũng chỉ ra rằng việc cung cấp dịch vụ KCB gặp nhiều khó khăn khi phòng khám là thiếu nhân sự, đặc biệt là các chuyên khoa (tai mũi họng, mắt, ung bướu...) dẫn tới tình trạng chuyển tuyến người bệnh mắc một số bệnh thông thường đến các cơ sở khác để điều trị vẫn diễn ra [1].

Yếu tố về cơ sở hạ tầng

Số lượng phòng tại PKĐK Linh Xuân tăng từ 24 phòng năm 2017 lên 31 phòng so với năm 2019, số phòng khám cũng tăng từ 11 phòng lên 18 phòng, năm 2018 phòng khám đưa vào sử dụng phòng CT-Scan. PKĐK Linh Tây không thay đổi số phòng, chỉ có 14 phòng. 02 Phòng khám đa khoa trực thuộc bệnh viện được xây dựng với cơ sở vật chất mới với đầy đủ các các

phòng và đều hoạt động tốt tạo thuận lợi cho việc sắp xếp các phòng đảm bảo thực hiện theo đúng quy trình khám chữa bệnh. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Vũ Thanh Giang (2017), nghiên cứu cũng chỉ ra yếu tố thuận lợi nổi bật có ảnh hưởng tới kết quả cung cấp dịch vụ CSSK là cơ sở vật chất [1]. Tuy nhiên hiện tại đối với PKĐK Linh Tây, cơ sở vật chất chưa đáp ứng được nhu cầu của bệnh nhân và phát triển của phòng khám do cơ sở phòng khám chật hẹp, chỉ đáp ứng được nhu cầu khám chữa bệnh ban đầu, chưa có đủ diện tích để mở rộng thêm các chuyên khoa cũng như để bố trí lắp đặt trang thiết bị mới. Theo Viện chiến lược và chính sách y tế (2010) cho thấy một trong những lý do người bệnh không đến khám tại TYT là do thiếu cơ sở vật chất chiếm tỷ lệ 24% [9].

Yếu tố về trang thiết bị

Trang thiết bị của 02 PKĐK được trang bị đầy đủ và đáp ứng được phục vụ nhu cầu khám chữa bệnh của người dân. Một số trang thiết bị hiện đại như máy Xquang, siêu âm, xét nghiệm, CT-Scan và hệ thống nội soi cũng được trang bị nhằm đáp ứng phục vụ nhu cầu khám chữa bệnh của người dân, điều này có ảnh hưởng đến chất lượng KCB cho bệnh nhân, cũng như thu hút người dân tới sử dụng dịch vụ tại PKĐK. Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Hậu (2017) kết quả cho thấy có 25% trạm y tế thiếu trang thiết bị theo quy định của Bộ Y tế, điều này đã ảnh hưởng tới việc cung cấp dịch vụ KCB cho người dân [2].

Yếu tố về thuốc

Thuốc đóng vai trò quan trọng trong việc điều trị cho bệnh nhân, nếu phòng khám không đủ thuốc để phục vụ nhu cầu bệnh nhân thì hiệu quả điều trị cũng như sự tin tưởng của bệnh nhân sẽ giảm dần theo thời gian. Thuốc tại 02 phòng khám đa khoa đều do bệnh viện cung cấp, nên hầu hết các thuốc có ở bệnh viện đều có ở phòng khám, điều này giúp người bệnh an tâm khi đến khám. Tuy nhiên một số loại thuốc nằm ngoài danh mục của phòng khám chưa được cho phép cung cấp nhưng nhu cầu người dân vẫn có. Một số loại thuốc không được bảo hiểm y tế chi trả do không nằm trong danh mục phòng khám được cấp do đó cũng gây khó khăn cho công tác khám chữa bệnh. Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hậu (2018), có tới 25% trạm y tế thiếu thuốc, tình trạng thiếu thuốc ảnh hưởng tới việc cung cấp dịch vụ KCB cho người dân trên địa bàn [2].

Yếu tố về tài chính

Nguồn thu của 2 phòng khám tăng và ổn định theo thời gian, từ 34,6 tỷ (năm 2017) tăng lên

77,8 tỷ (năm 2019). Nguồn thu chính của phòng khám chủ yếu là BHYT chiếm tới 78,6% trong năm 2019 vì số lượt KCB tại phòng khám chủ yếu là BHYT chiếm tới 90%, tiếp đến nguồn từ thu phí chiếm 14,53%. Tỷ lệ tăng nguồn thu của phòng khám đa khoa Linh Xuân và phòng khám đa khoa Linh Tây cao hơn nghiên cứu tại tỉnh Quảng Trị (2019), tổng nguồn thu của bệnh viện tăng lên 1,6% từ năm 2017 (41,47 tỷ đồng) so với năm 2018 (45,5 tỷ đồng) [8].

Nguồn tài chính lớn và bền vững thì sẽ giúp cơ sở mở rộng việc cung cấp dịch vụ KCB, cải thiện cơ sở vật chất hạ tầng, mua sắm máy móc trang thiết bị nhằm nâng cao năng suất cung cấp dịch vụ đáp ứng nhu cầu của người bệnh. Nghiên cứu của Đỗ Đức Kiên về tác động của chính sách tự chủ tài chính đến chất lượng bệnh viện công lập tại Việt Nam năm 2018, chỉ ra rằng tự chủ tài chính tác động thuận chiều tới các biến phụ thuộc như số lượt khám bệnh, số lượt người bệnh nội trú, số ca phẫu thuật thực hiện tại bệnh viện [4]. Kể từ khi đi vào hoạt động, cả 2 phòng khám đã thực hiện tự chủ về mặt tài chính tuy nhiên cũng gặp một số khó khăn trong việc cân đối giữa nguồn thu và chi điều này dẫn tới việc triển khai các hoạt động tại phòng khám cũng bị ảnh hưởng.

Yếu tố hệ thống công nghệ thông tin

Hệ thống công nghệ thông tin đáp ứng được tất cả các hoạt động của phòng khám, giảm thời gian chờ cho người bệnh và số nhân sự ở tất cả các khâu, hỗ trợ bác sĩ trong việc khám chữa bệnh thực hiện tuân thủ phác đồ điều trị mà bệnh viện đã ban hành, phần mềm cũng cảnh báo việc trùng hoạt chất, tương tác thuốc cho bác sĩ khi kê đơn, đồng thời hỗ trợ lãnh đạo phòng khám trong việc quản lý tốt các hoạt động chuyên môn và các hoạt động khác. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu Vũ Thanh Giang (2017) [1]. Tuy nhiên khi phần mềm không ổn định hoặc rớt mạng sẽ gây ra tình trạng chờ đợi ở tất cả các khâu vì tất cả được thực hiện trên phần mềm, các bác sĩ không thể in ra được các chỉ định cận lâm sàng hay thuốc cho bệnh nhân. Tất cả các khâu KCB sẽ phải thực hiện bằng thủ công.

Yếu tố về quản lý điều hành, chính sách

Công tác quản lý điều hành hiện tại ở các phòng khám đang thực hiện rất tốt, việc phân công nhiệm vụ thực hiện một cách rõ ràng, sự phối hợp đồng bộ giữa các bộ phận đã tạo sự nhịp nhàng trong công tác khám chữa bệnh. Công tác phối hợp về an ninh tại phòng khám chưa được đảm bảo, còn một số người nhà người bệnh cản trở công tác cấp cứu người

bệnh. Nghiên cứu của Nguyễn Trí Sơn đã chỉ ra rằng việc quản lý điều hành và phân công nhiệm vụ và chức năng chưa rõ ràng gây ảnh hưởng tới việc cung cấp và nâng cao chất lượng dịch vụ [8]. Các chính sách văn bản của Bộ Y tế, Sở Y tế đều tạo điều kiện cho phòng khám hoạt động Tuy nhiên một số văn bản, chính sách chưa có tính đồng nhất, còn chông chéo ở các văn bản thông tư, nhiều văn bản không quy định cụ thể do đó việc triển khai tại các cơ sở y tế gặp nhiều khó khăn. Nghiên cứu của Vũ Thanh Giang (2017) cho thấy, phòng khám thuộc Ban bảo vệ, chăm sóc cán bộ tỉnh Bắc Giang gặp rất nhiều khó khăn trong việc xác định định mức cụ thể cho nhóm hoạt động, định mức cho thuê vì các chưa có chính sách, văn bản từ các cơ quan có thẩm quyền [1].

KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tổng số lượt khám chữa bệnh của 02 phòng khám năm 2017 là 145.494 lượt, đến năm 2018 là 227.555 lượt và năm 2019 là 267.77 lượt, trong đó số lượt khám BHYT tại 2 phòng khám chiếm tới hơn 90% so với tổng số lượt KCB (khám chuyên khoa Nội chiếm trên 50%). Số lượt thực hiện cận lâm sàng của 02 phòng khám có xu hướng tăng theo từng năm, xét nghiệm tăng 75,6% so với năm 2017 và tăng 24,6% so với năm 2018, siêu âm tăng 75,5% so với năm 2017, tăng 16,3% so với năm 2018 Tỷ lệ hài lòng chung người bệnh tại PKĐK Linh Xuân đạt 74,88% và PKĐK Linh Tây đạt 93,71%. Chúng tôi tìm thấy yếu tố cơ sở vật chất, trang thiết bị và thuốc, yếu tố tài chính, yếu tố nhân sự, yếu tố hệ thống thông tin và yếu tố quản lý điều hành, chính sách có ảnh hưởng tới việc cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG QUANH CHÓP RĂNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP NỘI NHA MỘT LẦN HẸN

TRƯƠNG TRẦN NHẬT THANH, VÕ HUỖNH TRANG,
NGUYỄN NGỌC THÚY, LÊ NGUYỄN LÂM
Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm: Trương Trần Nhật Thanh
Email: thanhtruongtrannhat@gmail.com

Ngày nhận: 06/7/2020
Ngày phản biện: 10/8/2020
Ngày duyệt bài: 10/9/2020

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Thanh Giang (2017), *Thực trạng cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại phòng khám thuộc Ban bảo vệ, chăm sóc sức khỏe cán bộ tỉnh Bắc Giang giai đoạn năm 2012 đến 2016*, Luận văn Chuyên khoa 2, Quản lý y tế, Trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội.
2. Nguyễn Văn Hậu (2018), *Thực trạng hoạt động khám chữa bệnh của các trạm y tế tại huyện Ea H'Leo tỉnh Đắk Lắk giai đoạn năm 2015-2017*, Luận văn Thạc sỹ, Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội.
3. Đỗ Thu Hoàng (2019), *Chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh và một số yếu tố ảnh hưởng tại khoa Khám bệnh đa khoa Viện Y dược học dân tộc Thành phố Hồ Chí Minh năm 2019*, Luận văn Thạc sỹ, Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng.
4. Đỗ Đức Kiên (2018), "Nghiên cứu tác động của chính sách tự chủ tài chính đến chất lượng bệnh viện công lập tại Việt Nam năm 2018", *Tạp chí Kinh tế và Phát triển*, 256, tr. 82-91.
5. Quốc hội (2014), *Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12, ban hành ngày 13 tháng 06 năm 2014*.
6. Sở Y tế (2019), *Báo cáo thống kê y tế TP.Hồ Chí Minh năm 2018*.
7. Sở Y tế (2020), *Báo cáo thống kê y tế TP.Hồ Chí Minh năm 2019*.
8. Nguyễn Trí Sơn (2019), *Nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Triệu Hải, Tỉnh Quảng Trị năm 2019*, Luận văn Thạc sỹ, Quản lý kinh tế, Trường Đại học Kinh tế Huế.
9. Viện chiến lược và chính sách y tế (2010), *Đánh giá việc thực hiện chức năng và nhiệm vụ một số trạm y tế khu vực miền núi*.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh lý áp xe quanh chóp mạn là bệnh lý thường gặp trong răng hàm mặt.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá sự phục hồi tổn thương vùng chóp sau điều trị nội nha một lần hẹn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 55 bệnh nhân, đánh giá đường kính kích thước tổn thương và chỉ số quanh chóp PAI sau điều trị 6 tháng.

Kết quả: Sau 6 tháng không còn trường hợp nào có điểm PAI 4, chiếm cao nhất là PAI 1 và PAI 2 với 54,5% và 32,7%. Có sự giảm dần của đường kính ngang, dọc của tổn thương.

Kết luận: Kích thước đường kính tổn thương giảm và có sự cải thiện chỉ số PAI sau 6 tháng điều trị.

Từ khóa: điều trị nội nha một lần hẹn, áp xe quanh chóp mạn tính.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE TREATMENT RESULTS FOR PERIAPICAL LESIONS BY SINGLE-VISIT ENDODONTIC THERAPY

Background: Chronic apical abscesses disease is a common dental disease. **Objectives:** To evaluate the recovery of periapical lesions after treatment by endodontic. **Subjects and methods:** A cross sectional descriptive study in 55 patients, to evaluate the measure of lesions and the PAI score index after 6 months. **Results:** After 6 months, there are not cases in PAI 4, most lesions are PAI 1 and 2 with 54,5% and 32,7%. There are decreased in the measure of the lesions. **Conclusion:** There are a significantly improvement of periapical lesions and PAI score index after 6 months.

Keywords: single-visit endodontic therapy, Chronic apical abscesses disease.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý áp xe quanh chóp mạn là bệnh lý thường gặp trong răng hàm mặt ảnh hưởng đến chức năng ăn nhai cũng như thẩm mỹ của bệnh nhân. Điều trị nội nha trước đây thường được thực hiện trong nhiều lần hẹn đem lại nhiều nguy cơ cho sự tái nhiễm khuẩn giữa các lần thay thuốc, hoặc sự rò rỉ do trám tạm không kín [1].

Ngày nay với sự phát triển của các loại vật liệu, nhiều tác giả khuyến khích nên sử dụng phương pháp điều trị nội nha một lần hẹn vì tỷ lệ đau sau điều trị thấp hơn, tỷ lệ thành công thậm chí còn cao hơn đáng kể so với nhiều lần hẹn [2]. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu với 2 mục tiêu chính sau:

1. Đánh giá sự thay đổi kích thước tổn

thương quanh chóp trước và sau điều trị.

2. Nhận xét sự thay đổi chỉ số PAI sau 6 tháng điều trị.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

55 bệnh nhân có răng trước hàm trên được chẩn đoán bệnh lý áp xe quanh chóp mạn và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ 3/2018 – 4/2020.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

+ Răng được chẩn đoán là áp xe quanh chóp mạn đang trong thời kỳ ổn định, không có tình trạng viêm cấp hoặc bán cấp.

+ Kích thước của tổn thương quanh chóp trên phim X Quang quanh chóp $\leq 10\text{mm}$, chỉ số quang chóp răng PAI ≥ 3 .

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân mang thai hoặc có các triệu chứng rối loạn tâm thần, bệnh lý toàn thân.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: NC cắt ngang mô tả, can thiệp lâm sàng không đối chứng.

Nội dung nghiên cứu: Đánh giá dựa vào phim X Quang quanh chóp

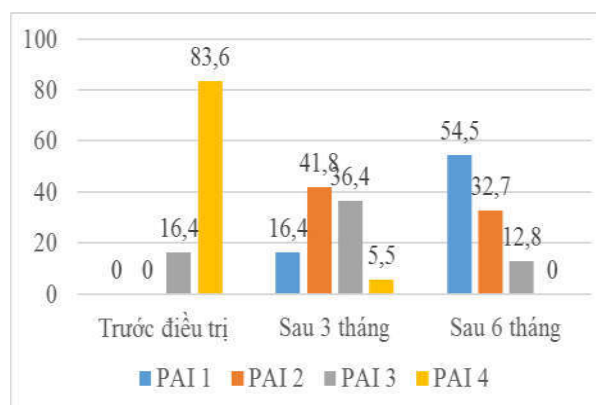
- Kích thước tổn thương quanh chóp.

- Chỉ số PAI: Đánh giá tình trạng vùng quanh chóp theo chỉ số PAI của Ostavik.

Phương tiện nghiên cứu: trâm máy Protaper Next, dung dịch bơm rửa (NaOCl, EDTA, ...), bơm rửa sóng âm EndoActivator, MTA (RootDent, Russia).

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tỷ lệ nữ 70,9%. Phân theo nhóm tuổi, nhóm <25 tuổi chiếm đa số với 52,7%.



Biểu đồ: Phân bố chỉ số PAI trước và sau điều trị.

Trước điều trị PAI 4 chiếm đa số với tỷ lệ là 83,6%. Sau 6 tháng không còn trường hợp nào có điểm PAI 4, chiếm cao nhất là PAI 1 và PAI 2 với 54,5% và 32,7%.

Kích thước tổn thương trước và sau điều trị

Thời điểm	Trước điều trị	Sau 6 tháng	p
	TB ± ĐLC	TB ± ĐLC	
Tổn thương <5mm			
Đường kính ngang	3,73 ± 0,73	0,52 ± 0,81	< 0,001
Đường kính dọc	3,69 ± 0,74	0,54 ± 0,83	
Tổn thương 5-10mm			
Đường kính ngang	6,05 ± 0,46	1,89 ± 0,61	< 0,001
Đường kính dọc	5,97 ± 0,51	1,92 ± 0,53	
Tổng			
Đường kính ngang	4,24 ± 1,18	0,82 ± 0,95	< 0,001
Đường kính dọc	4,19 ± 1,17	0,84 ± 0,97	

Nhận xét

Ở cả hai nhóm <5mm và 5-10mm đều giảm dần của đường kính ngang và đường kính dọc của tổn thương. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

BÀN LUẬN

1. Đánh giá sự thay đổi kích thước tổn thương vùng quanh chóp

Chúng tôi nhận thấy có sự giảm kích thước đường kính của tổn thương sau 6 tháng. Ở nhóm tổn thương <5mm, kích thước đường kính ngang và dọc giảm lần lượt là $3,73 \pm 0,73$ còn $0,52 \pm 0,81$ và $3,69 \pm 0,74$ còn $0,54 \pm 0,83$. Ở nhóm tổn thương kích thước 5-10mm, đường kính ngang có sự thay đổi rõ rệt từ $6,05 \pm 0,46$ còn $1,89 \pm 0,61$, đường kính dọc giảm từ $5,97 \pm 0,51$ còn $1,92 \pm 0,53$ sau điều trị. Điều này cũng phù hợp với NC của Bùi Lê Hồng Hạnh (2017) [3] và Nguyễn Hữu Long (2008) [4].

2. Sự thay đổi chỉ số PAI sau điều trị 6 tháng: Trước điều trị, chỉ số PAI 4 chiếm 83,6%. Sau 6 tháng không còn ghi nhận trường hợp nào có chỉ số PAI 4 và có sự tăng lên rõ rệt của chỉ số PAI 1 và PAI 2 lần lượt là 54,5% và 32,7%. Điều này cho thấy tổn thương quanh chóp răng đã hồi phục dần dần và giảm mức độ trầm trọng so với trước điều trị. Kết quả này tương tự NC của Bùi Lê Hồng Hạnh (2017) [3].

Kết quả tốt trong NC của chúng tôi có thể được lý giải bởi nhiều lý do: kích thước tổn thương đa phần <5mm, sự tạo thành lỗ dò đã tạo điều kiện cho dịch rỉ viêm có đường thoát, không gây áp lực phá hủy xương nặng nề như các trường hợp viêm quanh chóp khác. Do đó khi loại bỏ và làm sạch vi khuẩn cũng như các tác nhân mủn ngà trong lòng ống tủy thì nguyên nhân gây ra viêm nhiễm ở vùng chóp chân răng sẽ bị loại trừ, là cơ sở cho việc lành thương.

Việc thực hiện kỹ thuật nội nha một lần hẹn cũng đem đến nhiều ưu điểm: cần ít thời gian và

công sức hơn, giảm thiểu khả năng rò rỉ, xâm nhập của vi khuẩn giữa các lần bang thuốc. Nhiều tác giả cũng khuyến cáo phương pháp này nên được áp dụng trong các trường hợp có viêm nhiễm đặc biệt là khi có hoại tử tủy với sự xuất hiện của một đường dò theo Yelda (2018) [5].

Ngoài ra do nhóm răng trong NC là nhóm răng trước hàm trên có ống tủy lớn, chân răng thẳng và ít khi có ống tủy phụ nên tạo điều kiện thuận lợi cho việc làm sạch. Việc sử dụng hệ thống trạm máy Protaper Next hạn chế sự di chuyển của mủn ngà về phía chóp. Bên cạnh đó bơm rửa bằng sóng âm với các loại dung dịch khác nhau sẽ đem lại hiệu quả tối ưu trong việc loại bỏ mô hữu cơ, vô cơ và mô nhiễm khuẩn so với các phương pháp bơm rửa thụ động khác.

Việc trám bít ống tủy bằng MTA cũng đem lại hiệu quả thành công cao bởi các đặc tính của vật liệu này. MTA tạo được liên kết hóa học với mô và sự giãn nở nhẹ trong quá trình đông cứng bảo đảm độ kín khít tốt và đề kháng vi khuẩn cao ngăn chặn sự xâm nhập của vi khuẩn. Thêm vào đó MTA có độ kiềm cao, có tính kháng khuẩn kháng nấm và có đặc tính tương sinh học cao.

KẾT LUẬN

Đánh giá về X Quang có sự giảm kích thước tổn thương sau điều trị 6 tháng, có ý nghĩa thống kê. Ở cả hai nhóm kích thước <5mm và 5-10mm đều có sự giảm dần của đường kính ngang và đường kính dọc. Không còn trường hợp nào có điểm PAI 4, chiếm cao nhất là PAI 1 và PAI 2 với 54,5% và 32,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **AbdurRahman S., Aziz S. M. A., Gawdat S. I., AbdalSamad A. M.,** (2019), "Postoperative pain of patients with necrotic teeth with apical periodontitis following single visit endodontic treatment versus multiple visit endodontic

treatment using triple antibiotic paste: a randomized clinical trial”, *F1000research*, 8, pp. 1 - 17.

2. **Dennis D.** (2018), “Similar Success Rates Were Achieved in Single- and Multiple-Visit Endodontic Treatment”, *The Journal of Evidence- Based Dental Practice*, 18(4), pp. 343 - 345.

3. **Bùi Lê Hồng Hạnh** (2017), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X Quang và đánh giá kết quả điều trị tổn thương quanh chóp răng bằng phương pháp nội nha ở bệnh nhân tại Bệnh

viện Đại học Y Dược Cần Thơ, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Nội trú, Đại học Y Dược Cần Thơ.

4. **Nguyễn Hữu Long** (2008), Nhận xét kết quả điều trị nội nha của bệnh nhân bị viêm quanh cuống mãn tính với vật liệu hàn là AH26 và Cortisomol, Luận văn thạc sĩ Y Học, Đại học Y Hà Nội.

5. **Hepsenoglu Y. E., PhD, Tan F. E., PhD, Ozcan M., PhD**, (2018), “Postoperative Pain Intensity after Single- versus Two-visit Nonsurgical Endodontic Retreatment: A Randomized Clinical Trial”, *Journal of Endodontics*, 44(9), pp. 1339 - 1346.

ĐỐI CHIẾU TỔN THƯƠNG MÔ BỆNH HỌC VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở TRẺ MẮC BỆNH SCHONLEIN-HENOCH TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

LÊ THỊ THẢO¹, NGUYỄN THỊ NGỌC², NGUYỄN THU HƯƠNG²
LƯƠNG THỊ PHƯƠNG², TRẦN MINH ĐIỂN²
¹Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh; ²Bệnh viện Nhi Trung ương

TÓM TẮT

Schonlein Henoch là bệnh viêm mao mạch phổ biến nhất ở trẻ em và biến chứng tổn thương thận thường tiên lượng nặng. Mục tiêu: đối chiếu tổn thương mô bệnh học với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ mắc viêm thận Schonlein Henoch.

Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu: 42 bệnh nhi với chẩn đoán viêm thận Schonlein Henoch được sinh thiết thận tại Bệnh viện Nhi TW từ 7/2017- 6/2020.

Kết quả: 29 trẻ nam (69,05%), 13 trẻ nữ (30,95%). Tuổi trung bình chẩn đoán bệnh là 9,4 ± 3,09. 59,5% trẻ tổn thương thận nhẹ tiểu máu và/hoặc protein niệu, 40,5% trẻ tổn thương thận nặng trong đó: 11,9% hội chứng thận hư (HCTH), 9,5% hội chứng viêm thận, 19,1% viêm thận-HCTH kết hợp. Kết quả mô bệnh học (MBH) phổ biến nhất là tăng sinh nội mao mạch (E1 chiếm 71,43%), tiếp theo là xơ hóa cục bộ (S1 chiếm 69,05%). Teo ống thận T1 gặp trong 19,05%.

Chịu trách nhiệm: Lê Thị Thảo
Email: greenskybn1990@gmail.com
Ngày nhận: 09/7/2020
Ngày phản biện: 17/8/2020
Ngày duyệt bài: 10/9/2020

Kết luận: Tăng sinh nội mao mạch và teo ống thận thường gặp trong nhóm tổn thương thận nặng. Bệnh nhân bị đái máu, giảm mức lọc cầu thận có thể gợi ý tổn thương teo ống thận.

Từ khóa: Viêm thận Schonlein Henoch trẻ em, sinh thiết thận

SUMMARY

Schonlein Henoch (HSP) is the most common capillary disease in children and the prognosis of kidney damage is usually severe.

Objectives: to compare histopathological lesions with some clinical and subclinical characteristics in children with Schonlein Henoch nephritis (HSPN). A retrospective descriptive study incorporating a prospective study: 42 patients with the diagnosis of HSPN at National Hospital of Pediatrics from 7/2017 to 6/2020. **Results:** 29 boys (69.05%), 13 girls (30.95%). The median age at diagnosis is 9.4 ± 3.09. 59.5% of children had mild renal impairment of hematuria and/or proteinuria, 40.5% of children had severe kidney damage including: 11.9% of nephrotic syndrome, 9.5% of acute nephritic, 19.1% of combined nephritis. The most common histopathological result is endothelial proliferation (E1 accounting for 71.43%), followed by local fibrosis (S1 accounting for 69.05%). Renal tubular atrophy T1 met in 19.05%.

Conclusion: Endothelial hyperplasia and tubular atrophy are common in the group of severe kidney damage. Patients with haematuria, decreased glomerular filtration rate may suggest renal tubular atrophy.

Keywords: Schonlein Henoch nephritis children, renal biopsy

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bản xuất huyết Schonlein Henoch là một trong những bệnh viêm mao mạch phổ biến nhất ở trẻ em. Bệnh gây tổn thương nhiều cơ quan, trong đó, tổn thương thận là một yếu tố tiên lượng nặng và lâu dài của HSP [1].

Việc phân loại tổn thương MBH thận cho phép chẩn đoán chính xác bệnh, mức độ tổn thương, tiên lượng, tiến triển và lựa chọn phương pháp điều trị hiệu quả. Tuy nhiên, ở trẻ em việc sinh thiết thận là một kỹ thuật khó, chỉ thực hiện ở một số một số bệnh viện lớn. Để đánh giá được mối liên quan giữa mức độ tổn thương MBH với đặc điểm lâm sàng (LS), cận lâm sàng (CLS) ở trẻ viêm thận HSP nhằm giúp các nhà lâm sàng định hướng điều trị sớm cho bệnh nhân có biến chứng thận, đặc biệt ở các cơ sở y tế chưa sinh thiết được thận ở trẻ em. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: Đối chiếu tổn thương mô bệnh học với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ mắc bệnh thận Schonlein Henoch tại khoa Thận - lọc máu, Bệnh viện Nhi Trung ương.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

+ Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán HSP của EULAR/PRES/PRINTO (1 tiêu chuẩn chính và ít nhất 1/4 tiêu chuẩn phụ) và có biểu hiện tổn thương thận [2]. Tiêu chuẩn chính: Bản xuất huyết cùng lứa tuổi với ưu thế chi dưới. Tiêu chuẩn phụ: Đau bụng lan tỏa, viêm khớp hoặc đau khớp, tổn thương thận, sinh thiết có lắng đọng IgA tại tổn thương. Tổn thương thận được định nghĩa là: HC niệu dương tính trên 2+ và/hoặc protein/creatinin niệu (Up/c) > 20 mg/mmol.

+ Đủ tiêu chuẩn sinh thiết thận. Một trong các tiêu chuẩn: BN có protein/creatinin niệu ≥ 200 mg/mmol lặp lại, xu hướng tăng; tổn thương HCTH và/hoặc hội chứng viêm thận; giảm MLCT [3].

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu, được thu thập thông tin theo mẫu bệnh án thiết kế riêng cho nghiên cứu.

- Thời gian nghiên cứu: từ 01/07/2017 đến 30/06/2020.

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Thận-lọc máu, Bệnh viện Nhi Trung ương.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, kết hợp hồi cứu với tiền cứu.

- Mẫu nghiên cứu: chọn chủ đích 42 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán đã và đang điều trị tại Khoa Thận-lọc máu, Bệnh viện Nhi Trung ương.

- Chỉ số nghiên cứu: 5 hình thái tổn thương theo phân loại của Meadow [1]. Độ 1: Hồng cầu (HC) niệu. Độ 2: Protein niệu và/hoặc HC niệu đơn thuần. Độ 3: Hội chứng viêm thận. Độ 4: HCTH. Độ 5: Viêm thận-HCTH kết hợp. Tất cả bệnh nhân cũng được chia thành nhóm bệnh nhẹ (độ 1 và độ 2) và nhóm bệnh nặng (độ 3, 4, 5).

Các tổn thương MBH theo phân loại Oxford 2009 [4]. Tăng sinh gian mạch ≤ 0.5 (M0) hoặc > 0.5 (M1). Xơ hóa cầu thận cục bộ: Không có (S0) hoặc có (S1). Tăng sinh nội mao mạch: Không có (E0) hoặc có (E1). Teo ống thận/xơ hóa mô kẽ: ≤ 25% (T0), 26 – 50% (T1), hoặc > 50% (T2).

- Thu thập số liệu: phỏng vấn thông tin chung và khám lâm sàng do BS Chuyên khoa Thận Tiết niệu trẻ em thực hiện. Sinh thiết thận và đọc kết quả tại Khoa Giải phẫu bệnh Bệnh viện Nhi Trung ương.

- Xử lý số liệu: nhập liệu bằng EPIDATA, xử lý số liệu bằng SPSS 16.0.

- Đạo đức nghiên cứu: đề tài được thông qua Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Nhi Trung ương.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 42 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, có 29 bệnh nhân nam (69,05%), 13 bệnh nhân nữ (30,95%). Tuổi trung bình chẩn đoán bệnh là 9,4 ± 3,09 tuổi. Trong đó có 17 bệnh nhân hồi cứu, 25 bệnh nhân tiền cứu.

Đặc điểm hình thái tổn thương viêm thận Schonlein Henoch: Hình thái tổn thương hay gặp nhất là đái máu và/hoặc protein niệu 59,5%; sau đó viêm thận - HCTH kết hợp 19,1%, HCTH với 11,9%, hội chứng viêm thận với 9,5%.

Bảng 1. Phân loại tổn thương mô bệnh học

Đặc điểm MBH	Số ca (tỉ lệ %)
Không tăng sinh gian mạch (M0)	14 (33,33%)
Có tăng sinh gian mạch (M1)	28 (66,67%)
Không tăng sinh nội mao mạch (E0)	12 (28,57%)
Có tăng sinh nội mao mạch (E1)	30 (71,43%)
Không xơ hóa cầu thận cục bộ (S0)	13 (30,95%)
Có xơ hóa cầu thận cục bộ (S1)	29 (69,05%)
Không teo ống thận (T0)	34 (80,95%)
Teo ống thận mức độ T1	8 (19,05%)
Teo ống thận mức độ T2	0 (0%)
Tổng	42 (100%)

Đặc điểm MBH hay gặp nhất là tăng sinh nội mao mạch (E1 chiếm 71,43%), tiếp theo là xơ hóa cục bộ (S1 chiếm 69,05%). Teo ống thận T1 gặp 19,05%.

Bảng 2. Mối liên quan giữa tăng sinh nội mao mạch với một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm	E1 (n= 30)	E0 (n=12)	P
Đái máu	13 (43,33%)	1 (8,33)	0,099
THA	10 (33,33%)	1 (8,33%)	0,097
Hình thái tổn thương thận:			
<i>Nặng</i>	16 (53,33%)	1 (8,33%)	0,007
<i>Nhẹ</i>	14 (46,67%)	11 (91,67%)	
Up/c (mg/mmol):	1113,27 ± 1537,1	445,97 ± 324,26	
≤ 250	7 (23,33%)	4 (33,33%)	0,147
> 250	23 (76,67%)	8 (66,67%)	0,382

Nhận xét: Có sự khác biệt về hình thái tổn thương thận giữa nhóm có tăng sinh nội mao mạch và không có tăng sinh nội mao mạch

Bảng 3. Mối liên quan giữa teo ống thận với một số yếu tố LS, CLS

Đặc điểm	T1 (n = 8)	T0 (n = 34)	P
Đái máu	6 (75%)	9 (26,47%)	0,016
THA	6 (75%)	5 (14,71%)	0,002
Hình thái tổn thương thận			
<i>Nặng</i>	6 (75%)	11 (32,35%)	0,036
<i>Nhẹ</i>	2 (25%)	23 (67,65%)	
MLCT	105,99 ± 17,35	127,77 ± 22,97	0,016
Ure máu	8,16 ± 2,97	4,78 ± 1,54	0,000
Creatinin máu	67,1 ± 12,5	50,2 ± 8,72	0,000
Up/c (mg/mmol)	1389,05 ± 2086,83	812,87 ± 1112,68	
≤ 250	1 (12,5%)	10 (29,41%)	0,279
> 250 mg/mmol	7 (87,5%)	24 (70,59%)	0,312

Nhận xét: Có sự khác biệt về biểu hiện đái máu, THA, hình thái tổn thương thận, MLCT, nồng độ ure, creatinin giữa 2 nhóm có tổn thương teo ống thận và không teo ống thận.

BÀN LUẬN

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, hình thái tổn thương hay gặp nhất là đái máu và/hoặc protein niệu 59,5%; sau đó viêm thận - HCTH kết hợp 19,1%, tỷ lệ HCTH là 11,9%, hội chứng viêm thận chiếm tỷ lệ 9,5%. Tỷ lệ gặp tiểu máu và/hoặc protein niệu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của F.Assadi và cộng sự là 26,7%, nhưng tương đồng với tỷ lệ viêm thận - HCTH kết hợp (20%) và HCTH (15,5%) [5]. Biểu hiện ban đầu là HCTH và/hoặc viêm thận, đặc biệt là viêm thận-HCTH là một yếu tố dự đoán của tiên lượng không tốt. Cũng theo nghiên cứu của tác giả O Soylemezoglu và cộng sự, tất cả các bệnh nhân tiến triển thành bệnh thận mạn giai đoạn cuối đều có biểu hiện HCTH - viêm thận lúc khởi phát bệnh [6].

Theo phân loại Oxford, các bệnh nhân M1, E1, S1, T1 trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 28(66,67%), 30(71,43%), 29(69,05%) và

8(19,05%). Kết quả này cũng gần tương đồng với nghiên cứu của Donghwan Yun và cộng sự với các tỷ lệ là 54,9%, 61,9%, 63,7%, 5,3%. Trong thời gian theo dõi 12 năm, 18,6% trẻ em có nguy cơ dẫn tới mức suy thận mạn, điểm số M1, S1 và T1/T2 tương quan với kết quả thận kém [7]. Còn theo nghiên cứu của Xiaohan Huang và cộng sự tỷ lệ gặp M1, E1, S1, T1 lần lượt là 41(14,9%), 82(29,8%), 149(54,2%), 8(2,9%). Tác giả chỉ ra rằng có mối tương quan đáng kể giữa mức độ tổn thương MBH với một số đặc điểm LS, CLS. Bệnh nhân trong nhóm E1 có protein nước tiểu hàng ngày nhiều hơn nhóm E0 (p < 0,001); bệnh nhân trong nhóm S1 có mức THA cao hơn (p = 0,003), mức creatinin máu cao hơn (p < 0,001) và MLCT thấp hơn (p < 0,001) so với những người trong nhóm S0; bệnh nhân trong nhóm T1/T2 có mức độ creatinin máu cao hơn (p = 0,001) và MLCT thấp hơn (p = 0,001) so với những người trong nhóm T0 [8].

Các tế bào nội mô cầu thận là thành phần quan trọng của hàng rào lọc thận và tổn thương E có thể làm hỏng hàng rào lọc, để protein rò rỉ vào nước tiểu, làm tăng bài tiết protein qua nước

tiểu. Do đó, bệnh nhân có biểu hiện tăng sản nội mao mạch có lượng bài tiết protein nước tiểu 24 giờ lớn. Đồng thời, tổn thương E được coi là một tổn thương cấp tính liên quan đến viêm, và mối tương quan của nó với kết quả thận vẫn chưa rõ ràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ tăng sinh nội mao mạch chiếm đến 71,43%. Tăng sinh nội mao mạch thường gặp trong nhóm bệnh thận nặng hội chứng viêm thận và/hoặc HCTH (53,33%), còn tổn thương mức độ nhẹ đái máu và/hoặc protein niệu thường không có tăng sinh nội mao mạch (91,67%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này cũng giống với nghiên cứu của tác giả Hadong Fu mô tả tỉ lệ mắc HCTH (7/9) có tăng sinh nội mao mạch cao hơn nhóm không có tăng sinh nội mao mạch (14/43) [10]. Tác giả cũng chỉ ra rằng tiểu máu và protein niệu gặp 60,5% (26/43) ở nhóm không có tăng sinh nội mao mạch cao hơn so với 11,1% (1/9) có tăng sinh nội mao mạch (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê) [9]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi không tìm được mối liên quan về protein niệu, đái máu đại thể, THA giữa nhóm có và không có tăng sinh nội mao mạch, khác với nghiên cứu của Xiaohan Huang và cộng sự thấy bệnh nhân trong nhóm E1 có protein niệu hàng ngày nhiều hơn nhóm E0 [8].

Teo ống thận, xơ tổ chức kẽ là một biểu hiện mạn tính trên MBH, chiếm tỉ lệ khá cao trong nghiên cứu của chúng tôi T1 chiếm 19,05%, không có trường hợp T2 nào. Nhóm có tổn thương thận nặng thường gặp teo/xơ hóa ống thận (75%) so với nhóm tổn thương nhẹ thường không có teo/xơ hóa thận (67,65%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,036$). Mức độ nghiêm trọng của tổn thương teo/xơ hóa ống thận tương quan với sự suy giảm chức năng thận và tương quan với mức độ nghiêm trọng của tiểu máu. Nghiên cứu của chúng tôi cũng giống với Feng Liu và cộng sự thấy những bệnh nhân bị tổn thương teo/xơ hóa ống thận nặng có tỷ lệ tổn thương cầu thận cao hơn, chức năng thận và mức lọc cầu thận kém hơn so với bệnh nhân bị tổn thương ống thận nhẹ đến trung bình. Tổn thương ống thận có thể thúc đẩy thâm nhiễm tế bào viêm, tương tác với các chất trung gian gây viêm dẫn đến tổn thương nội mô mạch máu gây tiểu máu [10]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy có sự khác biệt về THA, nồng độ ure, creatinin giữa 2 nhóm có tổn thương teo ống thận và không teo ống thận, có ý nghĩa thống kê. Theo nghiên cứu của Xiaohan Huang cũng chỉ ra tổn thương T có liên quan đến mức độ

creatinin máu cao hơn nhưng không được chứng minh là một yếu tố nguy cơ độc lập của kết quả thận kém [8].

KẾT LUẬN

Kết quả mô bệnh học (MBH) phổ biến nhất là tăng sinh nội mao mạch (E1 chiếm 71,43%). Teo ống thận T1 gặp trong 19,05%. Tăng sinh nội mao mạch và teo ống thận thường gặp trong nhóm tổn thương thận nặng. Bệnh nhân bị đái máu, giảm mức lọc cầu thận có thể gợi ý tổn thương teo ống thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mir S, Yavascan O, Mutlubas F, et al** (2007). Clinical outcome in children with Henoch-Schonlein nephritis. *Pedia Nephrol*, 22(1), 64-70
2. **Ozen S, Pistorio A, et al** (2010). EULAR/PRINTO/PRES criteria for Henoch-Schonlein purpura, childhood polyarteritis nodosa, childhood Wegener granulomatosis and childhood Takayasu arteritis: Ankara 2008. Part II: Final classification criteria. *Ann Rheum Dis*, 69(5), 798-806.
3. **Meekyng Namgoong** (2020). Management of IgA vasculitis nephritis: Henoch-Schonlein purpura nephritis in Children. *Child Kidney Dis*, 24(1): 1-13
4. **Cattran D.C, Coppo R, Cook H.T, et al** (2009). The Oxford classification of IgA nephropathy: rationale, clinicopathological correlations, and classification. *Kidney Int*. 76(5): 534-623
5. **Assadi F** (2009). Childhood Henoch-Schonlein nephritis: a multivariate analysis of clinical features and renal morphology at disease onset. *Iran J Kidney Dis*, 3(1), 17-21.
6. **Soylemezoglu O, Ozkaya O, Ozen S, et al** (2009). Henoch-Schonlein nephritis: a nationwide study. *Nephron Clin Pract*, 112(3), 199-204.
7. **Yun D, Kim DK, Oh KH, et al** (2020). MEST-C pathological score and long-term outcomes of child and adult patients with Henoch-Schönlein purpura nephritis. *BMC Nephrol*, 21(1):33.
8. **Huang X, Ma L, Ren P, et al** (2019). Updated Oxford classification and the international study of kidney disease in children classification: application in predicting outcome of Henoch-Schönlein purpura nephritis. *Diagn Pathol*, 14(1):40.
9. **Fu H, Mao J, Gu W, et al** (2016). Clinical features and outcomes of diffuse endocapillary proliferation Henoch-Schönlein purpura nephritis in children. *Clinics (Sao Paulo)*, 71(9):550-554.
10. **Liu F, Wang C, Wang R, et al** (2018). Henoch-schonlein Purpura Nephritis with Renal Interstitial Lesions. *Open Med (Wars)*, 13:597-604.

NGHIÊN CỨU TỔN THƯƠNG THẬN CẤP Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN

PHẠM THỊ QUẾ, TRẦN NGỌC ÁNH
Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Tổn thương thận cấp (TTTC) là một biến chứng phổ biến ở bệnh nhân xơ gan ảnh hưởng rất nhiều đến lâm sàng và tiên lượng. Bệnh nhân xơ gan, đặc biệt là xơ gan mất bù, dễ tiến triển thành TTTC hơn so với những người không bị xơ gan. Hội chứng gan thận (HCGT) một thể đặc biệt của TTTC - tình trạng suy thận trước thận trên nền bệnh gan mạn tính và hoại tử ống thận cấp tính là hai nguyên nhân phổ biến nhất của TTTC ở bệnh nhân mắc bệnh gan mạn tính và xơ gan. Creatinine có thể phát hiện sớm tổn thương thận, giúp cho chẩn đoán, can thiệp và thay đổi tiên lượng ở bệnh nhân xơ gan. Nghiên cứu được thực hiện để xác định tỷ lệ, phân loại giai đoạn theo KDIGO 2012 và đặc điểm lâm sàng, các yếu tố nguy cơ phổ biến của TTTC ở bệnh nhân xơ gan.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 110 bệnh nhân xơ gan tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2019 đến tháng 7/2020.

Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân xơ gan có TTTC theo KDIGO 2012 là 18,2%; TTTC giai đoạn 1 là 45%, TTTC giai đoạn 2 là 30% và TTTC giai đoạn 3 là 25%. Các yếu tố khởi phát của TTTC ở bệnh nhân xơ gan trong nghiên cứu của chúng tôi như sau: (1) quá liều lợi tiểu với RR = 1,69; (2) tình trạng nhiễm trùng: nhiễm trùng huyết với RR = 1,75, bao gồm viêm phúc mạc nguyên phát do vi khuẩn; (3) sử dụng thuốc gây độc cho thận như sử dụng ức chế men chuyển với RR = 3.2.

Kết luận: TTTC ở bệnh nhân xơ gan được gây ra bởi nhiều yếu tố và có tỷ lệ mắc bệnh và tử vong cao, vì vậy việc xác định yếu tố nào là nguyên nhân chính là rất quan trọng. Các tiêu chuẩn chẩn đoán xơ gan có TTTC do ICA đề

xuất là lựa chọn ưu tiên để chẩn đoán TTTC ở bệnh nhân xơ gan.

Từ khóa: tổn thương thận cấp, xơ gan, hội chứng gan thận, hiệp hội cổ trướng quốc tế (ICA).

SUMMARY

ACUTE KIDNEY INJURY SPECTRUM IN PATIENTS WITH CIRRHOSIS LIVER

Acute kidney injury (AKI) is a common complication of liver cirrhosis and is of the utmost clinical and prognostic relevance. Patients with cirrhosis, especially decompensated cirrhosis, are more prone to develop AKI than those without cirrhosis. The hepatorenal syndrome type of AKI (HRS-AKI), a spectrum of disorders in prerenal chronic liver disease, and acute tubular necrosis (ATN) are the two most common causes of AKI in patients with chronic liver disease and cirrhosis. creatinine can detect kidney injury early, diagnose and intervene, and change prognosis in patients with cirrhosis. The study was conducted to determine the rate, classification stage of AKI according to KDIGO 2012 and clinical characteristics of cirrhotic patients with AKI; comment on common risk factors for AKI in cirrhosis patients.

Patients and methods: A retrospective study describing cross-sectional study on 110 patients with cirrhosis at Hanoi Medical University Hospital and Bach Mai Hospital from January 2019 to July 2020.

Results: The proportion of cirrhotic patients with CI with KDIGO 2012 was 18.2%; ICA-AKI stage 1 was 45% ICA-AKI stage 2 was 30% and ICA-AKI stage 3 was 25%.

The etiology of cirrhosis-related AKI in our research was as follows: (1) hypovolemia: an absolute shortage of blood volume, observed in conditions such as hemorrhage, diarrhea, excessive diuresis with RR = 1.69, and large-volume paracentesis; in contrast, a relative shortage of blood volume results from severe and unique cirrhosis-related abnormalities of hemodynamics and nondiuretic, antihypertensive drugs Child Pugh C; (2) inflammation: sepsis with RR = 1.75, including spontaneous bacterial peritonitis (SBP); (3) use of nephrotoxic drugs such as the use of ACE inhibitors with RR = 3.2.

Chịu trách nhiệm: Phạm Thị Quế
Email: phamhongque1194@gmail.com
Ngày nhận: 08/7/2020
Ngày phản biện: 12/8/2020
Ngày duyệt bài: 07/9/2020

Conclusion: Cirrhosis-related AKI is caused by many factors and has high morbidity and mortality rates, so identifying the key causal factors is critical. The diagnostic criteria for cirrhosis-related AKI proposed by the ICA are the preferred choice for diagnosing AKI in cirrhosis. The assessment of renal function should be completed with traditional and emerging markers

Keywords: acute kidney injury, cirrhosis, hepatorenal syndrome. International Club of Ascites (ICA)

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương thận cấp là một thách thức điều trị ở bệnh nhân xơ gan. Điều này có thể liên quan đến huyết động bất thường với giãn mạch tạng gây co mạch ngoài mạch máu, đặc trưng của xơ gan tiến triển [1]. Tổn thương thận cấp thường xảy ra ở giai đoạn tiến triển của bệnh xơ gan và dẫn đến tiên lượng xấu [2,3].

Tổn thương thận cấp có thể xảy ra trước thận, yếu tố nội tại của thận hoặc sau thận. Tổn thương trước thận là kết quả của việc giảm tưới máu thận mà không làm tổn thương cầu thận hoặc ống thận. Nếu không điều trị, tổn thương thận cấp trước có thể tiến triển thành hoại tử ống cấp tính (ATN), một loại tổn thương thận nội tại.

Tỷ lệ suy thận cấp trong xơ gan đã được báo cáo từ 14 đến 50% ở bệnh nhân xơ gan. Tỷ lệ chung của nó là khoảng 50% ở những bệnh nhân bị xơ gan và cổ trướng và 20% bệnh nhân bị xơ gan giai đoạn tiến triển phải nhập viện [4,5].

Chắc chắn sự xuất hiện của tổn thương thận là một tiên lượng xấu trong xơ gan. Hội chứng gan thận (HCGT) là một trong những tổn thương được ghi nhận và báo cáo nhiều nhất của xơ gan [1]. Tình trạng suy thận chức năng xảy ra do cổ trướng, hậu quả của tăng áp lực tĩnh mạch cửa. HCGT tiên lượng tử vong sớm đối với bệnh nhân xơ gan. Trên thực tế lâm sàng, các nghiên cứu đã chỉ ra rằng tổn thương thận trong xơ gan bao gồm nhiều vấn đề rộng hơn HCGT rất nhiều. Vì vậy các nhà lâm sàng tiêu hóa trên thế giới đã đưa ra khái niệm “tổn thương thận cấp trong xơ gan” với mong muốn phát hiện sớm các tổn thương về cấu trúc và chức năng của thận nhằm can thiệp sớm, hạn chế tiến triển thành HCGT, cải thiện tỷ lệ tử vong. Nhiều tài liệu nghiên cứu đã chỉ ra rằng chỉ với những xét nghiệm thường quy, chi phí thấp như creatinin huyết thanh có thể phát hiện sớm tổn thương thận, chẩn đoán và can thiệp ngay tức thì, thay đổi tiên lượng ở bệnh nhân xơ gan. Trên thực tế nhiều bác sĩ lâm sàng tại các cơ sở điều trị trên thế giới cũng như Việt Nam dành sự quan tâm lớn đến HCGT mà chưa

chú ý nhiều đến phát hiện và phòng ngừa tổn thương thận cấp nói chung [2]. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu tìm hiểu tỷ lệ, bệnh cảnh lâm sàng và các nguyên nhân thường gặp của tổn thương thận cấp ở bệnh nhân xơ gan.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Từ tháng 7/2019 đến tháng 7/2020 chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 110 bệnh nhân xơ gan tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Bạch Mai.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng phù hợp với hai hội chứng: Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa và hội chứng suy tế bào gan.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: Bệnh nhân suy thận sau thận có nguyên nhân rõ ràng như tắc nghẽn (sỏi thận, phì đại tuyến tiền liệt...) được chẩn đoán có suy giảm chức năng thận và bằng chứng qua chẩn đoán hình ảnh; bệnh nhân đã được chạy thận nhân tạo; bệnh nhân bị bệnh lý khác ảnh hưởng đến chức năng thận như suy tim, suy hô hấp...; bệnh nhân có protein niệu 24h > 500 mg, đái máu vi thể (>50 hồng cầu/1 vi trường) và/hoặc có bất thường về thận trên siêu âm.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang.

TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN TTTC VÀ PHÂN LOẠI GIAI ĐOẠN THEO KDIGO 2012.

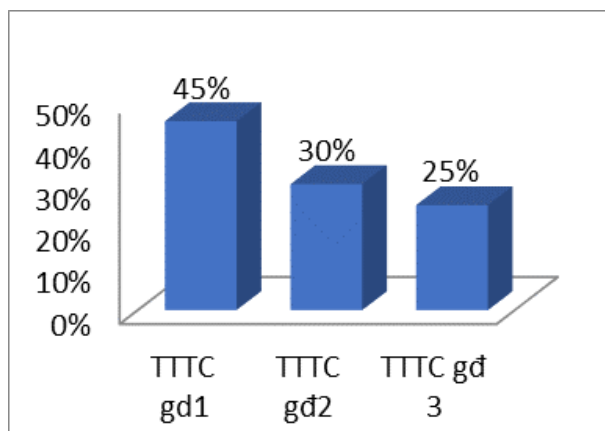
Theo KDIGO năm 2012, chẩn đoán TTTC khi có một trong ba tiêu chí sau: (1) Tăng creatinine huyết thanh $\geq 0,3$ mg/dl ($\geq 26,5$ $\mu\text{mol/L}$) trong 48 giờ; (2) Creatinine huyết thanh $\geq 1,5$ lần trị số creatinine huyết thanh nền đã biết hoặc giả định, xảy ra trong 7 ngày trước; (3) Thể tích nước tiểu <0,5 ml/kg/giờ trong vòng 6 giờ [3]. Trong xơ gan cổ trướng có hiện tượng tăng tái hấp thu natri ở ống lượn gần gây lên thiếu niệu dù chức năng thận vẫn bình thường. ICA - 2015 đã có khuyến cáo đồng thuận chẩn đoán TTTC ở bệnh nhân xơ gan không bao gồm giảm thể tích nước tiểu.

Bảng 1. Phân loại TTTC trong xơ gan theo ICA 2015 [4].

Giai đoạn	Creatinin HT
1	$\geq 0,3$ mg/dL (26,5 $\mu\text{mol/L}$) hoặc creatinine HT gấp $\geq 1,5$ -2 lần so với giá trị cơ bản
2	>2-3 lần so với giá trị cơ bản
3	>3 lần so với giá trị cơ bản hoặc $\geq 4,0$ mg/dL (353,6 $\mu\text{mol/L}$) hoặc bắt đầu điều trị thay thế thận

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 6/2019 đến tháng 7/2020 nghiên cứu thu nhận 110 bệnh nhân xơ gan Creatinin trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 177.7 mmol/l. Tỷ lệ BN có TTTC ở 110 BN xơ gan là 18,2% (n=20)



Biểu đồ 1: Tỷ lệ TTTC và phân loại giai đoạn theo KDIGO 2012

Nhận xét: Tỷ lệ TTTC là 18,2%. Trong số bệnh nhân xơ gan có TTTC, giai đoạn I chiếm tỷ lệ cao nhất 45%, 30% giai đoạn II, 25% giai đoạn III.

Bảng 2: Đặc điểm tiền căn xơ gan theo TTTC

	TTTC (+)	TTTC (-)	Tổng	Giá trị p
Số bệnh nhân	20	90	110	
Tuổi (năm) (TB)	55,7	51,6	52,9	0,053
Giới tính (nam/nữ)	17/3	85/5	102/8	0,520
Tiền sử uống rượu	40,7%	50,1%	48,2%	0,006
Viêm gan virus B	25,4%	21,6%	22,4%	0,375
Viêm gan virus C	16,9%	15,4%	16,2%	0,723

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm TTTC và không TTTC về tuổi trung bình mắc bệnh, giới tính, các yếu tố căn nguyên của xơ gan như uống rượu, viêm gan virus B, viêm gan virus C.

Tiền sử dùng thuốc ảnh hưởng chức năng thận đều tăng nguy cơ dẫn đến TTTC ở bệnh nhân xơ gan. Trong đó tiền sử dùng thuốc ức chế men chuyển là có nguy cơ cao nhất với RR = 3,2 (p = 0,027), tiền sử dùng thuốc lợi tiểu RR = 1,7 (p = 0,001).

Bảng 3: Liên quan giữa nhiễm trùng và TTTC ở bệnh nhân xơ gan

	TTTC (+)		TTTC (-)		p
	n	p	n	p	
Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát	2	7,1 %	26	28,9%	<0,01
Viêm phổi	5	25%	12	13,3%	<0,01
Nhiễm khuẩn huyết	3	15%	5	5,6%	<0,01
Nhiễm khuẩn tiết niệu	5	25%	7	8,75%	0,003
Nhiễm khuẩn da	2	10%	3	3,33%	<0,01
Các nhiễm khuẩn khác	1	5%	4	4,4%	0,026

Nhận xét: Vị trí ổ nhiễm trùng liên quan có ý nghĩa thống kê dẫn đến TTTC ở bệnh nhân xơ gan.

Bảng 4: Mối liên quan giữa suy gan theo Child Pugh, xuất huyết tiêu hóa, cổ trướng và TTTC ở bệnh nhân xơ gan

	TTTC (+)		TTTC (-)		RR	Giá trị p
	n	%	n	%		
Child Pugh A	2	22,2	7	77,8	1,3	0,0001
Child Pugh B	5	12,2	36	87,8	2,4	0,003
Child Pugh C	13	21,7	47	78,3	5,0	0,0004
Xuất huyết tiêu hóa	2	4,3	44	95,4	0,32	0,0001
Cổ trướng	17	18,9	73	81,1	3,2	0,0001
Cổ trướng độ I	2	18,2	9	81,8	1,8	0,0001
Cổ trướng độ II	4	18,2	18	81,8	3,6	0,0001
Cổ trướng độ III	11	19,3	46	80,7	6,0	0,0001

Nhận xét: Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bao gồm điểm số Child Pugh, tình trạng cổ trướng đều có nguy cơ gây lên TTTC, riêng xuất huyết tiêu hóa chúng tôi chưa nhận thấy là yếu tố nguy cơ của TTTC ở bệnh nhân xơ gan.

BÀN LUẬN

Tổn thương thận cấp tính (TTTC) rất thường gặp ở BN có bệnh gan mạn tính và xơ gan và bao gồm các triệu chứng rất đa dạng. Mặc dù tăng ure máu trước thận dường như là giai đoạn đầu của TTTC và rất khó để phân biệt với hội chứng gan thận (HCGT) và hoại tử ống cấp tính. Một khi đã xuất hiện TTTC xảy ra trong bệnh gan mạn tính, hậu quả của các biến chứng của nó rất nặng nề làm tăng tỷ lệ tử vong. Do đó các đặc điểm của rối loạn chức năng thận ở cả bệnh gan không do xơ gan và mạn tính, chẳng hạn như HCGT và hoại tử ống thận cấp, không chỉ cần

nhận biết sớm hơn mà còn chẩn đoán chính xác với xử trí tối ưu. Gần đây, đã có những tiến bộ lớn, bao gồm phân loại, danh pháp và sinh lý bệnh, trong việc xác định mối liên hệ giữa bệnh gan mạn tính và rối loạn chức năng thận cấp tính ở bệnh nhân xơ gan. Thật vậy, suy gan cấp tính trên nền bệnh gan mạn tính lần đầu tiên được công nhận vào đầu những năm 2000 như là một phân loại mới đại diện cho các đặc điểm khác biệt của suy gan mạn tính (hay xơ gan mất bù) với suy gan nhanh chóng dẫn đến suy đa cơ quan: gan và ngoài gan [1,2,8]. Kể từ đó, nhiều nỗ lực trong phát hiện cơ chế bệnh sinh và tiến triển của TTTC ở BN xơ gan đã được nghiên cứu [3]. Những tiến bộ đáng kể đã được thực hiện không chỉ trong lĩnh vực gan mà còn trong sự hiểu biết về tầm quan trọng của rối loạn chức năng thận trong bệnh gan mạn tính, theo đề xuất của hiệp hội cổ trướng quốc tế ICA rằng tất cả các rối loạn chức năng thận cấp ở bệnh nhân xơ gan đều cần sự chú ý của bác sĩ lâm sàng [4,8].

Kể từ mô tả đầu tiên của Hecker và Sherlock vào những năm 1960, rối loạn chức năng thận ở bệnh nhân mắc bệnh cổ trướng và xơ gan tiến triển thường được gọi là HCGT [2]. Tuy nhiên, bệnh gan mạn tính tiến triển có thể ảnh hưởng đến chức năng thận với một loạt các biến chứng, bao gồm bệnh thận do axit mật, chảy máu do rối loạn đông máu do thiếu máu cục bộ do hoại tử ống thận, bệnh cầu thận liên quan. Các nghiên cứu tại Việt nam chủ yếu liên quan đến tỷ lệ xuất hiện HCGT, điều trị và các yếu tố tiên lượng của hội chứng gan thận. Còn chưa có nhiều nghiên cứu về TTTC ở BN xơ gan đặc biệt các yếu tố khởi phát của TTTC.

Tỷ lệ TTTC trong nghiên cứu của chúng tôi là 18,2%, thấp hơn tỷ lệ TTTC so với các nghiên cứu khác (dao động từ 19,1 đến 69,9%) có thể do sự khác nhau của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu của Võ Thị Mỹ Dung trong thời gian > 3 năm trên 617 BN xơ gan có kết quả tương tự chúng tôi: tỷ lệ TTTC ở BN xơ gan là 19,1% [6]. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi và điểm Child Pugh đánh giá mức độ tổn thương gan cũng thấp hơn. Tuổi càng lớn nguy cơ suy thận càng cao và mức độ mất bù gan càng nặng nguy cơ bị tổn thương thận càng nhiều hơn. Tỷ lệ TTTC là khoảng 20 - 50% trong số những bệnh nhân nhập viện bị xơ gan [1,5] và sự phát triển suy thận phổ biến hơn ở những bệnh nhân bị xơ gan so với những người không mắc bệnh gan [7,8]. Sự hiện diện của suy thận cấp có liên quan đến tiên lượng xấu ở những bệnh nhân này và đại diện cho một yếu tố dự báo quan trọng cho tỷ

lệ tử vong ngắn hạn [8]. Theo Võ Thị Mỹ Dung: Tỷ lệ tử vong trong bệnh viện và tỷ lệ tử vong trong vòng 1 tháng trên bệnh nhân xơ gan mất bù là 18,6% và 45,8% với nguy cơ tương đối là 4,0 và 3,2. TTTC có liên quan chặt đến tử vong trong bệnh viện và tử vong trong vòng 1 tháng trên bệnh nhân xơ gan mất bù [6].

TTTC có thể được phân thành ba giai đoạn. TTTC giai đoạn 1 được xác định bởi những thay đổi khá nhỏ trong creatinine huyết thanh, trong khi giai đoạn 2 và 3 của TTTC được xác định bằng mức tăng gấp đôi và gấp ba lần của creatinine huyết thanh tương ứng. Kể từ khi được công bố vào năm 2015, các tiêu chí hiệp hội cổ trướng quốc tế -ICA mới hơn và đặc hiệu xơ gan đã được đánh giá trong một nghiên cứu hồi cứu ở bệnh nhân nhập viện bị xơ gan [8]. Trong nghiên cứu này, khoảng 40% bệnh nhân đã trải qua TTTC khi nhập viện với phần lớn các trường hợp được chẩn đoán TTTC ở giai đoạn 1. Ngoài ra, ở những bệnh nhân có TTTC ở giai đoạn 1 và creatinine huyết thanh <1,5 mg / dL, có nguy cơ gấp 3,5 lần tăng tỷ lệ tử vong trong 30 ngày so với bệnh nhân không có TTTC đã được báo cáo [8]. Nghiên cứu này một lần nữa nhấn mạnh tầm quan trọng tiên lượng của sự gia tăng hay nói cách khác sự thay đổi động học của creatinine huyết thanh.

Phân độ giai đoạn TTTC của chúng tôi giai đoạn I là 45%, giai đoạn II là 30%, giai đoạn III là 25%, kết quả này tương tự với 1 số nghiên cứu đã có, nhìn chung TTTC giai đoạn I chiếm tỷ lệ nhiều nhất. Kết quả của chúng tôi tương tự Võ Thị Mỹ Dung TTTC giai đoạn 1 là 44% [6].

TTTC có nguyên nhân trước thận, tại thận và sau thận. Các nguyên nhân phổ biến nhất của TTTC ở bệnh nhân xơ gan là nguyên nhân trước, sau đó là hoại tử ống cấp tính, và nguyên nhân sau thận là cực kỳ hiếm. Hoại tử ống thận và cấp tính là nguyên nhân của 80% trường hợp (49% trước thận và 35% hoại tử ống cấp tính). TTTC sau thận chỉ chiếm 0,2%. Trong một nghiên cứu tiền cứu, trong số những bệnh nhân bị xơ gan được liệt kê cho ghép gan có TTTC, TTTC trước thận là nguyên nhân phổ biến nhất trong 76% sau đó là nguyên nhân tại thận ở 33%, trong khi nguyên nhân sau thận không xảy ra ở bất kỳ bệnh nhân nào.

Trong nghiên cứu của chúng tôi: Có nhiều yếu tố lâm sàng và xét nghiệm có liên quan đến TTTC ở bệnh nhân xơ gan như tiền sử dùng thuốc ức chế men chuyển ($p = 0,027$); tiền sử dùng thuốc lợi tiểu quá liều ($p < 0,001$), các yếu tố nhiễm trùng như viêm phổi, viêm phúc mạc

nguyên phát; cổ trướng, điểm Child Pugh, tiểu cầu, natri huyết thanh < 130 mmol/l ... Theo Võ Thị Mỹ Dung Yếu tố nguy cơ của TTTC là có tiền căn bệnh thận với nguy cơ tương đối (NCTĐ) là 3,07, tiền căn dùng lợi tiểu với NCTĐ 1,69, nhiễm trùng với NCTĐ 1,75 và Child-Pugh C với NCTĐ 1,80 [6].

Hội chứng gan thận - HCGT- một hình thái nặng của TTTC từ lâu đã được nhắc đến như là một biến chứng cơ bản của BN xơ gan với tiên lượng nặng và tỷ lệ tử vong cao. Nhiễm vi khuẩn được coi như là nguyên nhân khởi phát phổ biến nhất của HCGT. Ở những bệnh nhân được ghép gan, nhiễm vi khuẩn do nhiễm trùng đường tiết niệu, viêm mô tế bào, viêm phúc mạc do vi khuẩn tự phát (SBP) và nhiễm khuẩn huyết là những yếu tố khởi phát cho 68% đến 75% trường hợp HCGT. Nhiễm khuẩn dịch màng bụng được chấp nhận là nguyên nhân phổ biến nhất cho HCGT. Trên thực tế, điều trị dự phòng viêm phúc mạc tiên phát có liên quan đến việc giảm sự phát triển tiếp theo của HCGT ở những bệnh nhân bị xơ gan. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ủng hộ kết luận này: trong các nguyên nhân nhiễm khuẩn, nhiễm khuẩn dịch màng bụng được coi là nguyên nhân của hội chứng gan thận với RR=1,75.

Điều trị lợi tiểu ở liều cao có thể làm tăng thêm sự giảm thể tích máu động mạch hiệu quả trong xơ gan tiến triển và góp phần vào sự phát triển của HCGT. Trong nghiên cứu của chúng tôi dùng lợi tiểu quá mức làm xuất hiện TTTC với RR= 1,69. Mất máu cấp tính do xuất huyết tiêu hóa cũng có thể làm giảm thể tích máu động mạch hiệu quả và tăng co mạch thận, làm xấu đi tưới máu thận. Nhiều bệnh nhân xơ gan bị xuất huyết tiêu hóa làm giải phóng nhiều cytokine tiền viêm do căng thẳng và nhiễm khuẩn huyết khiến họ tiếp tục mắc HCGT. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi lại không thấy mối liên quan của XHTH với TTTC

Suy gan cấp tính do các tình trạng như viêm gan do rượu hoặc tổn thương gan do thiếu máu cục bộ thường làm tăng nguy cơ mắc HCGT. Trong một phân tích tổng hợp, cả corticosteroid và pentoxifylline đều không được chứng minh là làm giảm tỷ lệ mắc HCGT trong viêm gan do rượu cấp tính ở bệnh nhân xơ gan do rượu tiềm ẩn 7. HCGT ở bệnh nhân suy gan cấp tính mạn tính có nhiều khả năng có bằng chứng về tổn thương thận cấu trúc và do đó, thường kéo dài hơn và liên quan đến các giai đoạn rối loạn chức năng thận nghiêm trọng hơn so với các nguyên nhân khác của suy thận trong xơ gan. Trong nghiên cứu của chúng tôi những BN xơ

gan nặng Child Pugh C có RR = 5 với nguy cơ phát triển TTTC.

Nghiên cứu của chúng tôi cần tiếp tục với lượng BN lớn hơn để có thể đánh giá mối liên quan những biến cố thường gặp trong thực hành lâm sàng với TTTC và xác định yếu tố nào là yếu tố nguy cơ thường gặp nhất để có chiến lược điều trị và theo dõi TTTC.

KẾT LUẬN

TTTC là biến cố thường gặp ở bệnh nhân xơ gan.. Tỷ lệ bệnh nhân xơ gan có TTTC theo KDIGO 2012 là 18,2%.

Yếu tố nguy cơ của TTTC là sử dụng thuốc ức chế men chuyển với RR=3,2; sử dụng lợi tiểu với RR=1,7; nhiễm trùng nói chung đều là nguy cơ của TTTC và Child-Pugh C với RR=5.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Arroyo V, Terra C, Gines P** (2007), "Advances in the pathogenesis and treatment of type-1 and type-2 hepatorenal syndrome". *J Hepatol*, 46(5), 935-946.
2. **Ponce D, Balbi A** (2016), "Acute kidney injury: risk factors and management challenges in developing countries". *Int J Nephrol Renovasc Dis*, 9, 193-200.
3. **KDIGO (2012)** "KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury – Section 2: AKI Definition". *Kidney International Supplements*, 2(Supple 1), 19-36
4. **Angeli P, Gines P, Wong F, et al.** (2015), "Diagnosis and management of acute kidney injury in patients with cirrhosis: revised consensus recommendations of the International Club of Ascites". *J Hepatol*, 62(4), 968-974.
5. **MA Lospez Hermansdez** (2018). Acute Kidney injury in Cirrhosis <https://www.intechopen.com/books/management-of-chronic-liver-diseases-recent-advances/acute-kidney-injury-in-cirrhosis>
6. **Võ Thị Mỹ Dung, Đỗ Văn Dũng, Lê Thành Lý.** 2016. Tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến tổn thương thận cấp trên bệnh nhân xơ gan mất bù lúc nhập viện Tạp chí nghiên cứu y Học TP. Hồ Chí Minh * Phụ Bản Tập 20 * Số 6
7. **Allegretti AS, Ortiz G, Wenger J, et al.** (2015) Prognosis of acute kidney injury and hepatorenal syndrome in patients with cirrhosis: A prospective cohort study. *Int J Nephrol* 2015;:108139.
8. **Sherman DS, Fish DN, Teitelbaum I.**(2003) Assessing renal function in cirrhotic patients: Problems and pitfalls. *Am J Kidney Dis*; 41:269-278
9. **Wong F** (2015) The evolving concept of acute kidney injury in patients with cirrhosis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*;12:711.

GIÁ TRỊ THANG ĐIỂM HAPS TRONG PHÂN LOẠI MỨC ĐỘ NẶNG BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP

PHẠM NGỌC HƯNG,
TRẦN NGỌC ÁNH
Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mở đầu: Diễn biến của viêm tụy cấp (VTC) rất phức tạp và khó lường trước được nên việc đánh giá mức độ nặng và quá trình tiến triển để lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp và phòng ngừa các biến chứng là rất cần thiết. Do đó cần có thang điểm đơn giản, nhanh chóng đánh giá mức độ VTC giúp tiên lượng và điều trị đặc biệt là ở những bệnh viện y tế tuyến cơ sở. HAPS được coi là những chỉ số sớm để tiên lượng mức độ nặng viêm tụy cấp và phân loại BN nằm ở đơn vị điều trị tích cực hay khoa tiêu hóa.

Mục tiêu: Áp dụng thang điểm HAPS trong đánh giá mức độ ở bệnh nhân VTC.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang trên 73 bệnh nhân VTC theo Atlanta 2012 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Bạch Mai. Bệnh nhân được đánh giá bằng thang điểm HAPS.

Kết quả: Trong 73 BN VTC nghiên cứu có 54,8% VTC mức độ nhẹ và 45,2% VTC mức độ nặng. 21 bệnh nhân (28,7%) có HAPS dương tính. Số ngày điều trị trung bình của HAPS dương tính là $5 \pm 2,3$ ngày so với số ngày điều trị của HAPS âm tính là $6,4 \pm 2,4$ ngày. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Độ nhạy của thang điểm HAPS trong đánh giá mức độ VTC là 86%, độ đặc hiệu là 58% với AUROC: 0,717.

Kết luận: Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy HAPS là một thang điểm đơn giản tương đối dễ áp dụng ở các tuyến có tác dụng phân loại BN nhanh chóng, tránh lãng phí các chi phí y tế không cần thiết.

Từ khóa: Thang điểm HAPS, VTC nhẹ, tiên lượng

SUMMARY

HARMLESS ACUTE PANCREATITIS SCORE (HAPS) AS AN INITIAL PREDICTOR OF NONSEVERE DISEASE IN ACUTE PANCREATITIS

Harmless Acute Pancreatitis Score (HAPS) As an Initial Predictor of Nonsevere Disease in Acute Pancreatitis. Severe acute pancreatitis requires management in an intensive care unit, whereas mild acute pancreatitis may only need brief supportive care. Because it is difficult to predict the course of pancreatitis on presentation, various algorithms have been devised to predict the severity of disease. The Harmless Acute Pancreatitis Score has been proposed as an early predictor of severity of illness among the patients presenting with acute pancreatitis. It allows rapid identification of patients with acute pancreatitis who will have a milder course and will not require intensive care unit (ICU) admission. The aim of this study was to validate the HAPS in acute pancreatitis patients

Subjects and methods: A prospective cross-sectional study of 73 patients with acute pancreatitis at Hanoi Medical University Hospital and Bach Mai Hospital. Patients were assessed on an HAPS scale

Result: Of the 73 patients in the study, 21 patients had HAPS positive. There were a total of 33 patients who developed severe pancreatitis. A normal HAPS was highly correlated with a nonsevere course of the disease ($P < 0.05$). The average length of stay in the hospital was 6.4 ± 2.4 days with a normal HAPS versus days for an abnormal HAPS 5 ± 2.3 ($P = 0.002$). Using the HAPS, overall specificity for predicting mild disease was 58%, with a sensitivity 86% - AUROC: 0.717.

Conclusion: We validated the HAPS in our research as a predictor for nonsevere disease. It proved to be highly accurate in identifying patients who would not require intensive care management. The score is simple and easy to

Chịu trách nhiệm: Phạm Ngọc Hưng
Email: bsntphamhung@gmail.com

Ngày nhận: 15/7/2020

Ngày phản biện: 21/8/2020

Ngày duyệt bài: 10/9/2020

calculate. Use of the HAPS could help physicians more effectively triage patients presenting with acute pancreatitis and may identify patients requiring supportive care rather than full admission. Thus, it could positively impact the hospital by lowering its costs.

Keyword: HAPS, mild, severe acute pancreatitis, prognosis

ĐẶT VẤN ĐỀ

VTC là tổn thương viêm nhu mô tuyến tụy cấp tính từ nhẹ đến nặng. Diễn biến của VTC rất phức tạp và khó lường trước được nên việc đánh giá mức độ nặng và quá trình tiến triển để lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp và phòng ngừa các biến chứng là rất cần thiết. Ở các nước phương Tây thì khoảng 20% bệnh nhân VTC có tiến triển nặng và trong số các ca nặng có 10-30% dẫn đến tử vong mặc dù được điều trị tích cực [1]. VTC được chia làm hai nhóm lớn là VTC thể phù nề và VTC hoại tử chảy máu trong đó tỉ lệ tử vong lần lượt ở hai nhóm là 3% và 17% [2], [3]. Ở Việt Nam, VTC những năm gần đây cũng có xu hướng tăng.

Trên thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng có rất nhiều phương pháp đánh giá mức độ nặng như thang điểm Ranson (1974), thang điểm Imrie (Glasgow) (1984), thang điểm Apache II và thang điểm Balthazar đánh giá mức độ nặng dựa trên cắt lớp vi tính (CTSI). Một thang điểm giúp cho tiên lượng VTC cần phải đạt được các tiêu chí: đơn giản, dễ áp dụng, có độ tin cậy cao và chi phí thấp. Các thang điểm như Ranson, Apache II tuy có độ tin cậy cao nhưng quá phức tạp và khó áp dụng tại các tuyến, Thang điểm Balthazar chỉ áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán hình ảnh và thiếu yếu tố cơ địa người bệnh. Từ những đặc điểm trên của từng thang điểm cổ điển trong VTC, các thang điểm vẫn tiếp tục ra đời phục vụ cho tiên lượng căn bệnh phức tạp này. Đặc biệt giúp cho những bệnh viện tuyến huyện khi chưa có nhiều trang thiết bị, xét nghiệm chuyên sâu có thể phân loại bệnh nhân nhanh chóng để xem xét có phải chuyển lên tuyến trên, nơi có những đơn vị chăm sóc tích cực hay không. Hiện tại ở Việt Nam tuy đã có nhiều nghiên cứu về VTC nhưng những nghiên cứu về tiên lượng để đánh giá bệnh nhân VTC trong thời gian đầu nhập viện chưa được công bố nhiều. Vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu tìm hiểu: “Giá trị thang điểm HAPS (The Harmless Acute Pancreatitis Score) trong phân loại mức độ nặng bệnh nhân VTC”.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán xác định là VTC theo tiêu chuẩn Atlanta 2012 nhập viện tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ ngày 1/1/2019 đến ngày 1/6/2020

Bệnh nhân được chẩn đoán VTC theo Atlanta 2012 khi có 2 trong 3 triệu chứng (triệu chứng lâm sàng là bắt buộc) bao gồm:

- + *Lâm sàng*: Đau thượng vị đột ngột, dữ dội,
- + *Xét nghiệm*: Amylase và/hoặc lipase máu tăng cao trên 3 lần
- + *Chẩn đoán hình ảnh*: có hình ảnh điển hình của VTC trên siêu âm bụng hoặc cắt lớp vi tính ổ bụng [4].

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

Bệnh nhân có các bệnh nặng có thể ảnh hưởng đến tính mạng bệnh nhân trong 30 ngày. Bệnh nhân có các bệnh lý thận, tim mạch mạn tính.

Bệnh nhân chưa loại trừ các nguyên nhân gây phản ứng thành bụng như tắc ruột, thủng tạng rỗng... và bệnh nhân không có đủ dữ liệu.

Chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn Atlanta 2012 trong phân loại bệnh nhân VTC

Biến chứng tại chỗ: tụ dịch quanh tụy cấp, ổ tụ dịch hoại tử cấp, nang giả tụy, ổ hoại tử có vách, huyết khối tĩnh mạch lách, tĩnh mạch cửa.

Biến chứng toàn thân: làm nặng lên tình trạng bệnh nội khoa Suy tạng được định nghĩa theo điểm Marshall:

Suy hô hấp: Chỉ số $PaO_2/FiO_2 < 400$

Suy tuần hoàn: HA tâm thu < 90 mmHg

Suy thận tính theo nồng độ Creatinin ≥ 134 $\mu\text{mol/l}$

Suy đa tạng trong viêm tụy cấp được định nghĩa là từ 2 cơ quan trở lên.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu

Đánh giá mức độ nặng của bệnh nhân VTC bằng thang điểm HAPS tại thời điểm nhập viện

Thang điểm HAPS gồm 3 chỉ số:

1. Không có phản ứng thành bụng và/hoặc cảm ứng phúc mạc
2. Creatinin máu $< 2\text{mg/dl}$ ($\sim 176,8\text{mol/l}$)
3. Hematocrit $< 43\%$ ở nam hoặc $< 39,6\%$ ở nữ

Khi có đầy đủ 3 chỉ số trên thì HAPS dương tính. Khi đó VTC mức độ nhẹ

Tất cả các bệnh nhân được khai thác các triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm theo một mẫu bệnh án thống nhất

3. Xử lý và phân tích số liệu

Phần mềm SPSS 22.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được sự đồng ý của Khoa Nội tổng hợp – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Bạch Mai.

KẾT QUẢ

Từ tháng 1/2019 đến tháng 6/2020 chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 73 bệnh nhân VTC

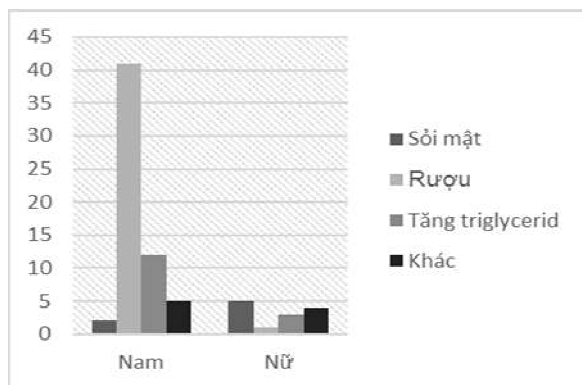
1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là: $45,1 \pm 13,8$ năm.

Bệnh nhiều hơn ở nam giới, chiếm: 82,2%. Tỷ lệ nam/nữ là: 4,62/1.

Thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện là: $2,1 \pm 1,2$ ngày.

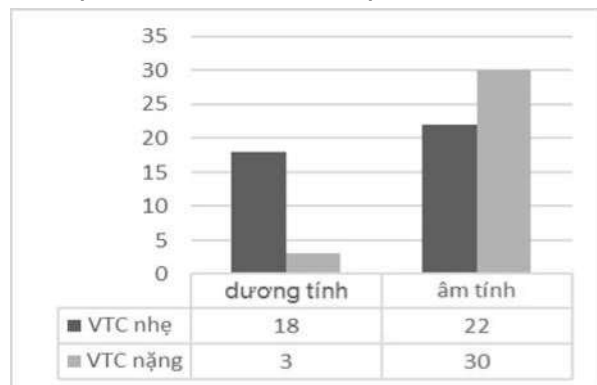
Thời gian điều trị trung bình là: $6,1 \pm 2,4$ ngày



Hình 1: Phân bố nguyên nhân theo giới

Nhận xét: Nguyên nhân gây VTC chủ yếu là do rượu chiếm 57,5%, ngoài ra còn có các nguyên nhân khác như: Tăng triglyceride chiếm 20,5%, sỏi đường mật chiếm 9,5% và nguyên nhân khác.

Nguyên nhân gây VTC chủ yếu ở nam giới do rượu, còn của nữ là sỏi mật



Biểu đồ 2: Mối tương quan giữa mức độ viêm tụy cấp và thang điểm HAPS

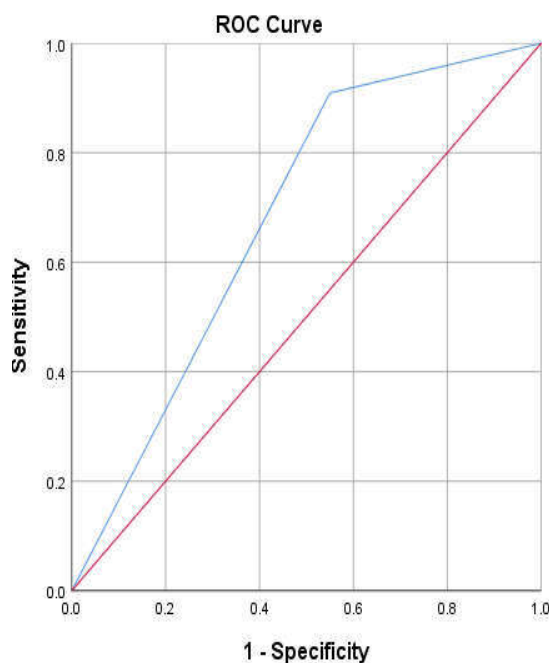
Nhận xét: Tỷ lệ HAPS dương tính và âm tính

trong nhóm viêm tụy cấp nhẹ và lần lượt là 45% và 55%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 tỷ lệ với $p < 0,01$.

Tỷ lệ HAPS dương tính và âm tính trong nhóm VTC nặng lần lượt là 9,1% và 90,9%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Trong số 73 bệnh nhân VTC được nghiên cứu, 21 bệnh nhân (28,7%) có HAPS dương tính. Thực tế có 18 bệnh nhân (24,7%) VTC nhẹ và 3 bệnh nhân nặng (14,3%). Trong số 52 bệnh nhân (72,3%) có HAPS âm tính, thì có 30 bệnh nhân VTC nặng (41,1%) và 22 bệnh nhân (31,2%) VTC nhẹ. Thang điểm HAPS đã dự báo được mức độ nghiêm trọng của 18 bệnh nhân (24,7%), độ nhạy là 86%, độ đặc hiệu là 58% và AUROC là: 0,717.

Số ngày điều trị trung bình của HAPS dương tính là $5 \pm 2,3$ ngày so với số ngày điều trị của HAPS âm tính là: $6,4 \pm 2,4$ ngày. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$



Hình 3: Đường cong ROC của HAPS trong tiên lượng VTC

Nhận xét: Độ nhạy của thang điểm HAPS trong đánh giá mức độ VTC là 86%, độ đặc hiệu là 58% với AUROC: 0,717. Như vậy thang điểm HAPS có mức độ tiên lượng khá trong phân loại mức độ nặng bệnh nhân VTC.

2. Các chỉ số của thang điểm HAPS dự đoán VTC nhẹ

Các chỉ số HAPS	VTC nhẹ	Không phải VTC nhẹ	<i>p</i>
PUTB và/hoặc CUPM	5	23	<i>p</i> <0.01
+ -	35	10	
Creatinin > 2mg/dl	0	1	<i>p</i> < 0.01/
+ -	39	33	
Hematocrit	18	20	<i>p</i> =0.184
+ -	22	13	

Hình 4: Giá trị của từng chỉ số trong tiên lượng bệnh nhân VTC

Nhận xét: Trong các chỉ số của thang điểm thì PUTB và/hoặc cảm ứng phức mạc, Creatinin tăng có giá trị dự báo mức độ nặng của viêm tụy cấp tốt hơn hematocrit.

BÀN LUẬN

Trong thực hành lâm sàng thật khó để dự đoán tiên triển của viêm tụy cấp và các biến chứng nặng đặc biệt là suy tạng do đó các thuật toán khác nhau đã được đưa ra để dự đoán mức độ nghiêm trọng của bệnh. Điểm viêm tụy cấp (HAPS) đã được đề xuất như là một yếu tố dự báo sớm về mức độ nghiêm trọng của bệnh trong số những bệnh nhân bị viêm tụy cấp. Nó cho phép xác định nhanh chóng các bệnh nhân bị viêm tụy cấp tính nhẹ và vừa, sẽ không yêu cầu nhập viện đơn vị chăm sóc đặc biệt (ICU). HAPS lần đầu tiên được đề xuất bởi Lankisch et al. trong năm 2009 dựa trên kết quả từ một nghiên cứu có 394 bệnh nhân viêm tụy cấp hồi cứu.

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 45,1 ± 13,8, thời gian điều trị trung bình: 6,1 ± 2,4 ngày, thời gian khởi phát triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện là: 2,1 ± 1,2 ngày và nam giới chiếm chủ yếu với 82,2%. Nguyên nhân chính gây VTC ở nam giới là do rượu, còn ở nữ giới là do sỏi mật. Điều này liên quan đến thói quen uống rượu của nam giới tại Việt Nam.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ phát triển VTC nặng là 45,2% VTC mức độ nặng. 21 bệnh nhân (28,7%) có HAPS dương tính. Số ngày điều trị trung bình của HAPS dương tính là 5 ± 2,3 ngày so với số ngày điều trị của HAPS âm tính là: 6,4 ± 2,4 ngày. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với *p*< 0,05. Kết quả NC của

chúng tôi tương tự với R. Parekh và cộng sự trên 303 VTC, 122 bệnh nhân có HAPS bình thường. Có tổng cộng 52 bệnh nhân bị viêm tụy nặng. Điểm số xác định chính xác mức độ VTC ở 114 trên 122 bệnh nhân. Thời gian nằm viện trung bình là 4,3 ngày với HAPS bình thường so với 6,2 ngày đối với HAPS dương tính (*p* = 0,002). Tuổi tác, chủng tộc và giới tính không ảnh hưởng đến độ chính xác của HAPS.

Chúng tôi đạt được: Độ nhạy của thang điểm HAPS trong đánh giá mức độ VTC là 86%, độ đặc hiệu là 58% với AUROC: 0,717. Như vậy thang điểm HAPS có mức độ tiên lượng khá trong phân loại mức độ nặng bệnh nhân VTC. Có 40 bệnh nhân VTC nặng chiếm 54,8%, 33 bệnh nhân viêm tụy cấp nhẹ chiếm 45,2%. Nghiên cứu của R. Parekh và cộng sự có độ đặc hiệu cao hơn 84,6%, với giá trị tiên đoán dương tính là 93,4%.

So với các nghiên cứu của Lankisch năm 2009 ở Đức trên 394 bệnh nhân VTC [5] thì độ đặc hiệu ở nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn 58% so với 97%, nhưng độ nhạy thì cao hơn 86% so với 29%. Lý do có thể là do Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội là 2 bệnh viện tuyến cuối nên bệnh nhân khi đến 2 bệnh viện trên đã nằm điều trị một thời gian tại bệnh viện tuyến dưới nên kết quả xét nghiệm và lâm sàng có thể bị thay đổi. Một nghiên cứu khác tại Ấn Độ [7] trên 103 BN VTC cũng ủng hộ giả thuyết cho thấy HAPS là thang điểm có giá trị tiên lượng sớm trong VTC giúp cho phân loại bệnh nhân chính xác. Tác giả cũng rất nhấn mạnh sự nhanh chóng của thang điểm HAPS được tiến hành trong 30 phút.

Một số dự đoán mức độ nghiêm trọng được tính đến trong VTC. Các nghiên cứu đa quốc gia cho thấy mức tăng động của BUN là 5 mg / dL trong 24 giờ có thể dự đoán tỷ lệ tử vong. Sự gia tăng động của BUN trong 48 giờ có thể dự đoán sự phát triển của VTC hoại tử tụy bị nhiễm trùng. Mặc dù tốt hơn các hệ thống hiện có khác, BUN vẫn cần 24 giờ nhập viện dự đoán. Mặt khác, HAPS có thể cho kết quả trong vòng 30-60 phút, điều này khiến nó trở thành một công cụ dự đoán lý tưởng tại các tuyến cơ sở.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng có nhận xét tương tự: Về từng chỉ số thì Creatinin và PUTB có giá trị dự đoán mức độ nặng bệnh nhân VTC tốt hơn Hematocit. Chúng tôi lý giải có thể khi chuyển bệnh nhân lên tuyến trên, bệnh nhân đã được bù dịch trước đó nên hematocrit có thể giảm đi.

KẾT LUẬN

Thang điểm HAPS có thể áp dụng tại phòng khám cấp cứu giúp cho tiên lượng bệnh nhân một cách dễ dàng và nhanh chóng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Banks PA, Bollen TL, Dervenis C**, et al. Classification of acute pancreatitis–2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*. 2013; 62:102–11..

2. **Van Santvoort H.C., Bakker O.J., Bollen T.L.**, et al (2011). A conservative and minimally invasive approach to necrotizing pancreatitis improves outcome. *Gastroenterology*, **141**(4), 1254–1263.

3. **Singh V.K., Bollen T.L., Wu B.U.**, et al (2011). An assessment of the severity of interstitial pancreatitis. *Clin Gastroenterol Hepatol*, **9**(12), 1098–1103.

4. Acute Pancreatitis Classification Working

Group. Revision of the Atlanta classification of acute pancreatitis. 2008

5. **Lankisch PG, Weber-Dany B, Maisonneuve P**, et al. The harmless acute pancreatitis score: a clinical algorithm for rapid initial stratification of nonsevere disease. *Clin J Gastroenterol*. 2009;7:702–

6. **R. Parekh; A. Zalawadia; N. Ambulgekar**; et al: Harmless Acute Pancreatitis Score (Haps) As an Initial Predictor of Nonsevere Disease in Acute Pancreatitis. *Journal of Hospital Medicine*, Volume 6, Suppl 2.

7. **Rupjyoti Talukdar, Mithun Sharma, Ajit Deka** Utility of the “Harmless Acute Pancreatitis Score” in predicting a non-severe course of acute pancreatitis: A pilot study in an Indian cohort *Indian Journal of Gastroenterology* volume 33, pages316–321(2014)

THỰC TRẠNG BỎ ĐIỀU TRỊ METHADONE TRÊN BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ METHADONE TẠI HUYỆN KIM SƠN TỈNH NINH BÌNH NĂM 2019

NGUYỄN CHÍ KIẾN,
TRẦN NHƯ NGUYỄN, LÊ MINH GIANG
Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện trên 352 bệnh nhân điều trị Methadone tại Trung tâm Y tế Kim Sơn thuộc huyện Kim Sơn tỉnh Ninh Bình. Mục tiêu: Mô tả thực trạng bỏ điều trị methadone trên bệnh nhân điều trị methadone tại huyện Kim Sơn tỉnh Ninh Bình, năm 2019. Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Kết quả: Tỷ lệ bỏ điều trị methadone trong năm 2019 là 15,6%. Thời gian từ tháng 7-9 năm 2019 có tỷ lệ bệnh nhân bỏ điều trị cao nhất (36%).

Từ khóa: Nghiện chích ma túy, Methadone, bỏ điều trị.

SUMMARY

A cross sectional study was conducted on 352 methadone patients at Kim Son District Medical Center in Ninh Binh province in 2019. Objective: Describe the status of quitting methadone treatment in methadone patients in Kim Son district in Ninh Binh province in 2019. The results showed that: The rate of discontinuation of treatment in 2019 was 15.6%. In particular, from July to September, the rate of patients dropping out of treatment was the highest (36%).

Keywords: Injecting drug addiction, methadone, quitting treatment.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ma túy đã và đang là hiểm họa không riêng tại Việt Nam mà trên toàn thế giới. Các hình thức cai nghiện đã triển khai trước đây tại Việt Nam chưa đem lại hiệu quả cao, tỷ lệ tái nghiện cao sau khi hết thời gian cai nghiện khoảng 2 năm. Chương trình điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Chí Kiên
Email: nguyenkien881212@gmail.com
Ngày nhận: 09/7/2020
Ngày phản biện: 18/8/2020
Ngày duyệt bài: 16/9/2020

phiện bằng methadone được thí điểm tại Việt Nam từ năm 2008, đến nay đã triển khai trên tất cả tỉnh, thành phố trên cả nước với hơn 52.000 bệnh nhân tham gia điều trị [1]. Chương trình được đánh giá mang lại hiệu quả giúp giảm hành vi sử dụng ma túy, giảm lây nhiễm HIV, các hành vi phạm tội... Điều trị methadone là điều trị lâu dài, duy trì có kiểm soát hạn chế tình trạng bỏ điều trị của bệnh nhân [2]. Bỏ điều trị methadone là tình trạng bệnh nhân bỏ liều liên tục trên 30 ngày, không có lý do [3]. Cơ sở điều trị methadone Trung tâm Y tế huyện Kim Sơn đi vào hoạt động từ năm 2014, là đơn vị có lượng bệnh nhân đang điều trị methadone nhiều nhất tỉnh Ninh Bình. Đến nay, chưa có nghiên cứu nào đầy đủ, có hệ thống về tình trạng bỏ điều trị methadone tại đây. Từ tình hình trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả thực trạng bỏ điều trị methadone trên bệnh nhân điều trị methadone tại huyện Kim Sơn tỉnh Ninh Bình năm 2019*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Cơ sở điều trị methadone Trung tâm Y tế Kim Sơn, huyện Kim Sơn, tỉnh Ninh Bình.

Thời gian nghiên cứu: Từ 01/2020 – 7/2020.

2. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân điều trị tại Cơ sở methadone Trung tâm Y tế Kim Sơn năm 2019.

3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, sử dụng số liệu thứ cấp từ hồ sơ bệnh án

4. Cỡ mẫu và chọn mẫu:

Cỡ mẫu nghiên cứu thực tế là 352 bệnh nhân.

Chọn mẫu: Lấy toàn bộ bệnh nhân điều trị trong năm 2019.

5. Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu

Số liệu được thu thập trên Bệnh án nghiên cứu.

6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch và nhập bằng phần mềm Epi DATA, phân tích bằng SPSS 20.0. Thống kê mô tả được sử dụng.

7. Đạo đức nghiên cứu: Đã tuân thủ các quy định về đạo đức nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm của ĐTNC

Đặc điểm	Bỏ điều trị (n=50)		(n=352)	
	SL	%	SL	%
Giới tính: Nam	50	100	352	100

Tuổi:				
<25 tuổi	6	12	30	8,5
25-35 tuổi	16	32	118	33,5
36-45 tuổi	20	40	152	43,2
>45 tuổi	8	16	52	14,8
Tình trạng hôn nhân:				
Độc thân	14	28	100	28,4
Đang có vợ hoặc chồng	36	72	252	71,6
Trình độ học vấn:				
Trung học cơ sở trở xuống	33	66	238	67,6
THPT trở lên	17	34	114	32,4
Khoảng cách đến CSĐT:				
< 10km	31	62	270	76,7
≥ 10km	19	38	82	23,3

Tất cả bệnh nhân là nam giới (100%); Tuổi trung bình vào điều trị của bệnh nhân tại cơ sở là 36,5 (từ 18 – 65 tuổi), nhóm tuổi từ 25 – 45 chiếm tỷ lệ cao nhất (76,7%), thấp nhất là nhóm tuổi dưới 25 (8,5%). Tỷ lệ bệnh nhân đang có vợ/chồng chiếm tỷ lệ cao (71,6%). Số bệnh nhân có trình độ trung học cơ sở trở xuống chiếm tỷ lệ 67,6%. Khoảng cách đến cơ sở uống thuốc hàng ngày dưới 10km của bệnh nhân chiếm tỷ lệ 76,7%.

Bảng 2. Tiền sử sử dụng chất gây nghiện, các bệnh kèm theo

Đặc điểm	Bỏ điều trị (n=50)		Chung (n=352)	
	SL	%	SL	%
Thâm niên sử dụng ma túy:				
≤ 5 năm	34	68	222	63,1
> 5 năm	17	32	132	36,9
Sử dụng ma túy bằng đường tiêm chích	35	70	251	71,3
Đã từng cai nghiện nhưng đều tái nghiện	28	56	231	65,6
Mắc các bệnh kèm theo:				
HIV/AIDS	4	8	48	13,6
Viêm gan B	7	14	24	6,8
Viêm gan C	18	36	175	49,7

Tỷ lệ bệnh nhân có thời gian sử dụng ma túy trên 5 năm chiếm 36,9%, đa số bệnh nhân sử dụng ma túy bằng đường tiêm chích (71,3%). 65,6% bệnh nhân đã từng cai nghiện ít nhất một lần nhưng đều tái nghiện. Trong các bệnh kèm theo của bệnh nhân trước khi vào điều trị, tỷ lệ mắc viêm gan C cao nhất (49,7%) tiếp đến là HIV (13,6%) và viêm gan B (6,8%).

Tỷ lệ bệnh nhân bỏ điều trị methadone trong năm 2019 là 15,6%.

Bảng 4. Tỷ lệ bỏ điều trị theo thời gian trong năm 2019

Thời gian đã tham gia điều trị	Bỏ điều trị (n=50)	%
Tháng 1 - 3	13	26
Tháng 4 - 6	8	16
Tháng 7 - 9	18	36
Tháng 10 -12	11	22

Thời gian từ tháng 7-9 năm 2019 có tỷ lệ bệnh nhân bỏ điều trị methadone cao nhất (36%), thời gian tháng 4 - 6 có tỷ lệ bỏ điều trị thấp nhất (16%).

BÀN LUẬN

Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) là nam giới (100%), tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi từ 25-45 tuổi (76,7%) cao hơn nghiên cứu tại Hòa Bình năm 2017 (98,4 và 72%) [4]. Tỷ lệ ĐTNC đang sống với vợ/chồng chiếm tỷ lệ chủ yếu (71,6%) cao hơn nghiên cứu tại Hòa Bình (50%) [4] và Hải Phòng (66%) [5]. Chủ yếu (67,6%) ĐTNC chưa học đến THPT, không khác biệt với nhóm bỏ điều trị (66%). Tỷ lệ ĐTNC từng cai nghiện trên 1 lần với các phương pháp khác nhau (65,6%) thấp hơn nghiên cứu tại Hải Phòng và Hòa Bình (96,7%) và Hải Phòng (81,5%) [4,5]. Trong số 352 đối tượng được nghiên cứu, nhóm mắc bệnh viêm gan chiếm tỷ lệ khá cao, có tới 49,7% bệnh nhân xét nghiệm có dương tính với viêm gan C, 6,8% dương tính với viêm gan B, tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu tại Thái Nguyên (30% và 4%) nhưng thấp hơn nghiên cứu tại Hòa Bình (84,3% và 10,7%).

Ở bất cứ chương trình nào, việc bệnh nhân bỏ điều trị là điều không tránh khỏi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bỏ điều trị của ĐTNC tại

cơ sở Methadone Kim Sơn trong năm 2019 là 15,6%. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu tại Hòa Bình trong các năm 2013, 2014, 2015 (3,3%, 25,5%, 10,2%), và Hải Phòng năm 2012, 2013, 2014 (10,5%, 13,1%, 14%) [4,5]. Ngoài ra, theo 2 nghiên cứu trên tỷ lệ bệnh nhân bỏ điều trị sau 3 năm khá cao 25,5% tại Hòa Bình và 33,3% tại Hải Phòng.

Trong năm 2019, thời điểm tháng 7-9 có tỷ lệ bệnh nhân bỏ điều trị cao nhất (36%). Về vấn đề này, chúng tôi sẽ tiếp tục trong các nghiên cứu sau để tìm ra diễn biến có tính chất quy luật về các thời điểm bỏ điều trị methadone của các bệnh nhân trong năm.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ bỏ điều trị methadone của bệnh nhân tại Trung tâm Y tế huyện Kim Sơn tỉnh Ninh Bình năm 2019 là 15,6%. Thời gian từ tháng 7-9 có tỷ lệ bệnh nhân bỏ điều trị cao nhất (36%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Cục Phòng, chống HIV/AIDS (2017), Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2017 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2018.
2. Bộ Y tế (2010). Quyết định số 3140/QĐ-BYT ngày 30 tháng 8 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Hướng dẫn điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone.
3. Thông tư số 03/2015/TT-BYT, Chế độ báo cáo công tác phòng chống HIV/AIDS năm 2015.
4. Trần Quang Đạo (2016), Thực trạng tuân thủ điều trị methadone thành phố Hòa Bình giai đoạn 2012 – 2015. Luận văn thạc sỹ y tế công cộng, trường đại học Y tế công cộng.
5. Nguyễn Thị Thắm (2018), Nghiên cứu thực trạng và giải pháp can thiệp bỏ điều trị methadone ở bệnh nhân nghiện các chất dạng thuốc phiện tại Hải Phòng, 2014-2016. Luận án tiến sỹ Y tế Công cộng.

CHỨC NĂNG TẠI CÁC TRẠM Y TẾ XÃ TỈNH THÁI BÌNH VÀ GIẢI PHÁP HIỆU QUẢ KHÁM CHỮA BỆNH CỦA BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN THÁI BÌNH ĐẾN NĂM 2025

NGUYỄN THỊ XUYÊN
 Bệnh viện Y học Cổ truyền Thái Bình

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Xuyên
 Email: hongxuyentienhai@gmail.com

Ngày nhận: 10/7/2020
 Ngày phản biện: 19/8/2020
 Ngày duyệt bài: 10/9/2020

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả Thực trạng ứng dụng kỹ thuật y học cổ truyền và phục hồi chức năng tại các trạm y tế xã ở tỉnh Thái Bình năm 2019.

Đánh giá hiệu quả công tác khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền tại Bệnh Viện y học cổ truyền Thái Bình.

Kết quả: Toàn tỉnh đang Thực hiện ứng dụng các kỹ thuật y học cổ truyền và phục hồi chức năng điều trị cho bệnh nhân ở các trạm y tế xã trong toàn tỉnh năm 2019 đạt 104.778%. Trong đó có 797 cán bộ YHCT trình độ Trung học: 54.45%; Cao đẳng 12.17%; Đại học: 27.72%; sau đại học: 5.64%. Nguồn lực YHCT phân bố không đều, ở tuyến tỉnh 28.48%, huyện 20.70% và xã: 50.81%. Lĩnh vực chuyên môn đang làm của cán bộ YHCT chủ yếu là khám chữa bệnh: 95.60%.

Các đề tài nghiên cứu khoa học còn hạn chế về số lượng và phạm vi ứng dụng. Hoạt động khám chữa bệnh Bệnh viện Y học Cổ truyền Thái Bình ngày một phát triển, là Bệnh viện Y học Cổ truyền Thái Bình là bệnh viện chuyên khoa đầu ngành của tỉnh. Dù vậy, Bệnh viện Y học Cổ truyền Thái Bình vẫn chưa đáp ứng được các mục tiêu chiến lược của Chính phủ đề ra về chất lượng KCB, cũng như nhu cầu KCB của cán bộ và nhân dân trong tỉnh Thái Bình.

Kiến nghị: Tác giả đưa ra một số giải pháp: tăng cường công tác đào tạo cán bộ, trong đó đặc biệt đào tạo cán bộ chuyên YHCT trình độ cao, chuyên sâu. Phân bố nguồn nhân lực cho phù hợp giữa tuyến tỉnh, huyện và xã. Tăng cường đầu tư trang thiết bị và cơ sở hạ tầng, triển khai, nhân rộng mô hình hoạt động có hiệu quả KCB bằng YHCT tại các trạm y tế xã và các Khoa YHCT tuyến huyện trong toàn tỉnh...

Từ khóa: Thực trạng, ứng dụng kỹ thuật y học cổ truyền và phục hồi chức năng tại các trạm y tế xã ở tỉnh Thái Bình.

SUMMARY

Objective: To describe the current situation of traditional medicine techniques and rehabilitation at commune health stations in Thai Binh province in 2019.

Evaluate the effectiveness of medical examination and treatment with traditional medicine at Thai Binh Hospital of Traditional Medicine.

Results: The whole province is applying traditional medicine and rehabilitation techniques to treat patients at commune health stations in the whole province in 2019, reaching 104,778%.

In that case, there were 797 traditional medicine staff with high school degree: 54.45%; College 12.17%; University: 27.72%; Postgraduate: 5.64%. Traditional medicine resources are unevenly distributed, at the provincial level 28.48%, district 20.70% and commune: 50.81%. The main areas of professional practice of traditional medicine staff is medical practice of traditional medicine: 95.60%.

Scientific research topics are limited in number and scope of application. Medical examination and treatment activities The Thai Binh Traditional Medicine Hospital is developing day by day, the Thai Binh Transmission Institute of Medicine Hospital is the leading specialized hospital in the province. Still, Hospitals y học cổ truyền Thái Bình has yet to meet the strategic objectives of the Government for the quality of health care, as well as the health care needs of the staff and the people in the provinces of Thai Binh.

Recommendation: The author offers a number of solutions: strengthening staff training, especially training cadres specializing in high-level and specialized traditional medicine. Distribution of human resources appropriately between provincial, district and commune levels. Increase investment in equipment and infrastructure, implement and replicate an effective model of curative care using traditional medicine at commune health stations and district traditional medicine faculties in the province...

Keywords: Reality, technic applications ailments traditional medicine and recovery of function at CHS in Thai Binh province.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thái Bình là một trong các tỉnh thuộc Bắc Trung Bộ là một trong các tỉnh có nền kinh tế chậm phát triển. Mặc dù vậy trong những năm qua, ngành y tế Thái Bình đã có những bước phát triển lớn về chất lượng khám chữa bệnh. Tuy nhiên, YHCT của Thái Bình cũng phải đối mặt với những khó khăn tương tự như ngành YHCT của các địa phương khác trong toàn quốc. Do vậy, hoạt động khám chữa bệnh YHCT của tỉnh còn có hạn chế, chưa đáp ứng được tốt nhu cầu của người dân. Năm 2011 Ủy ban nhân dân tỉnh Thái Bình đã phê duyệt “Kế hoạch hành động phát triển y, dược cổ truyền của tỉnh Thái Bình 2020”.

Tỉnh ủy Thái Bình có Chỉ thị số 130/KH-UBND, ngày 03/2/2015, triển khai, thực hiện

Thông báo Kết luận số 145-TB/TW ngày 20/2/2014 của Ban bí thư TW tiếp tục thực hiện Chỉ thị số 24-CT/TW ngày 04/7/2008 của Ban bí thư (khóa X) về phát triển nền Đông y Việt Nam và Hội Đông y trong tình hình mới. Trong đó, việc tăng cường hoạt động khám chữa bệnh YHCT của Bệnh viện YHCT tỉnh được xác định là một hoạt động chính và ưu tiên triển khai trong giai đoạn tới. Để hỗ trợ cho việc triển khai thực hiện một cách hiệu quả các chủ trương và kế hoạch hành động nói trên của tỉnh, cần thiết có các nghiên cứu đánh giá về. Thực trạng ứng dụng kỹ thuật y học cổ truyền và phục hồi chức năng chữa bệnh YHCT của tỉnh, xác định các tồn tại và những yếu tố tác động, nghiên cứu và thử nghiệm một số mô hình can thiệp nhằm cải thiện hoạt động YHCT của tỉnh. Đề tài nghiên cứu: Thực trạng ứng dụng kỹ thuật y học cổ truyền và phục hồi chức năng tại các trạm y tế xã tỉnh Thái Bình.

Đánh giá hiệu quả công tác khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền tại Bệnh viện Y học Cổ truyền Thái Bình” (2017 - 2019) có 2 mục tiêu sau:

1. *Mô tả thực trạng ứng dụng kỹ thuật y học cổ truyền và phục hồi chức năng (tuyến xã, huyện, tỉnh) tỉnh Thái Bình năm 2019.*

2. *Đánh giá hiệu quả công tác khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền tại Bệnh viện Y học Cổ truyền Thái Bình (2017 - 2019).*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Lãnh đạo Sở Y tế. Lãnh đạo Bệnh viện YHCT Thái Bình, Bệnh viện đa khoa tỉnh, huyện, thành phố, trạm trường y tế xã, phường. Cán bộ làm công tác Y học cổ truyền tại các cơ sở y tế công lập thuộc Sở Y tế quản lý.

- kết quả ứng dụng kỹ thuật y học cổ truyền và phục hồi chức năng (*tuyến xã, huyện, tỉnh*) tỉnh Thái Bình năm 2019

- Kết quả hoạt động KCB bằng YHCT của Bệnh viện YHCT Thái Bình năm (2017 – 2019)

- Biểu mẫu thống kê, các tài liệu về nguồn nhân lực, kết quả thực hiện KCB Y học cổ truyền.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính, thu thập thông tin thứ cấp.

- Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành điều tra toàn bộ *kỹ thuật y học cổ truyền và phục hồi chức năng đang ứng dụng* đến thời điểm 31/12/2019 Tổng số kỹ thuật được điều tra là 653 kỹ thuật.

- Toàn bộ cán bộ YHCT đang làm việc trong hệ thống y tế công lập tính đến thời điểm 31/12/2019. Tổng số cán bộ được điều tra là 797 người.

- Kết quả hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT của Bệnh viện YHCT Thái Bình (2017 – 2019).

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Thực trạng nguồn nhân lực y học cổ truyền trên địa bàn tỉnh Thái Bình.

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 797).

	Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ %
Giới	Nam	322	40,40
	Nữ	435	54,57
Độ tuổi	< 30	202	25,34
	30- 50	385	48,30
	>50	155	19,44
Số năm công tác	< 5 năm	192	24,09
	5- 10 năm	269	33,75
	>10 năm	281	35,25

Bảng 1 cho thấy cán bộ YHCT là nữ chiếm tỉ lệ 54,57% cao hơn nam giới (40,40%), độ tuổi <30 25,34% và từ 30- 50 chiếm đa số 48,30%, đây là lực lượng quan trọng để nâng cao chất lượng khám chữa bệnh cho nhân dân, độ tuổi >50 chiếm 19,44%. Điều này cho thấy cán bộ nghỉ chế độ hưu trong thời gian sắp tới không nhiều. Số cán bộ thâm niên công tác <5 năm chiếm tỷ lệ 24,09%, số cán bộ này tập trung ở tuyến xã và hầu hết được tuyển dụng vào năm 2010- 2015 (Nguồn báo cáo nhân lực Y tế xã – Sở Y tế Thái Bình, 2015), số cán bộ thâm niên 5- 10 năm và >10 năm chiếm tỉ lệ (33,75% và 35,25%), những cán bộ này hầu hết ở Bệnh viện YHCT tỉnh, khoa YHCT huyện, là những cán bộ có kinh nghiệm trong công tác, được bổ túc một số chương trình đào tạo về chuyên môn và nghiệp vụ.

Bảng 2: Trình độ chuyên môn của cán bộ YHCT theo các tuyến y tế (n = 797)

Trình độ	Tuyến Y tế									
	YHCT ĐKTỉnh		BVYHCT Tỉnh		Huyện		Xã		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Trung học	1	0,12	68	8,53	48	6,02	317	39,77	434	54,45
Cao đẳng	3	2,65	60	7,52	34	4,26			97	12,17
Đại học	2	0,25	63	7,90	68	8,53	88	11,04	221	27,72
Sau đại học	4	0,50	26	3,26	15	1,88			45	5,64

$P_{(1,4)} < 0,001$.

Bảng 2 cho thấy số lượng cán bộ có trình độ đại học và sau đại học ở tuyến huyện: 27,72% và 5,64, tuyến tỉnh chiếm 7,90%, và 3,26% tuyến xã có 11,04%. Cán bộ đại học ở tuyến xã. Số cán bộ trung học tập trung ở tuyến xã nhiều hơn với tỉ lệ 39,77%. Vì vậy chất lượng khám chữa bệnh ở tuyến tỉnh, huyện sẽ phát huy tốt hơn, vì có đội ngũ cán bộ có trình độ chuyên môn cao hơn. Điều cần chú ý trong chiến lược phát triển và nâng cao chất lượng đội ngũ cán bộ YHCT của tỉnh Thái Bình cần chú trọng đào tạo cán bộ YHCT có trình độ đại học và trên đại học nhiều hơn nữa.

Bảng 3: Lĩnh vực kỹ thuật yhc và phục hồi chức năng đội ngũ cán bộ YHCT Thái Bình đang thực hiện (n=797)

Chuyên môn	Tuyến Y tế									
	BV ĐK Tỉnh		YHC Tỉnh		Huyện		Xã		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Châm cứu	89	11,16	4.444	5,57	480	38,256	264	33,124	5.277	662,107
Điện châm	117	14,68	194.573	24,41	420	52,69	200	25,094	195.310	24,505
Thủy châm			124.506	15,62					124.506	15,621
Xoa bóp	72	9,03	88.071	110,50	526	65,99	206	25,846	88.911	11,155
Bấm huyệt	43	5,39			313	39,272	208	26,097	564	76,756
Túi chườm	67	8,40			295	37,013	195	24,466	557	69,887
Hồng ngoại	57	7,15	27.117	3,40	339	42,534	269	33,751	27.782	3,485
Lase nội mạch	172	21,58	3.957	496,48	285	35,759			460.957	57,836
Siêu âm điều trị	125	15,68	22.477	2,82	255	31,994			22.857	28,678
Điện xung			92.094	11,55	145	18,193			92.239	11,573
Điện phân thuốc			133.488	16,74	126	15,809			133.614	167,64
Sóng ngắn			55	6,90					55	6,90
Sóng xung kích			61	7,65					61	7,653
Giác hơi			4.433	556,21	136	17,063			4.569	17,62
Thủy trị liệu			94.749	11,88	356	44,667			95115	11,93
Xông thuốc			17.543	2,201	126	15,809	118	14,80	17.787	2,231
Cấy chỉ			607	8,671					607	76,160
Kéo giãn cột sống			7.219	905,77					7.219	0,905
Tập vận động trợ giúp			13.777	1,72					13.777	1,728
Tổng số	653	81,93	829.171	63,02	3.802	14,45	1460		835.086	104.778

$P_{(1,4)} < 0,001$.

Bảng 3 cho số cán bộ YHCT đang thực hiện các kỹ thuật y học cổ truyền và phục hồi chức năng điều trị cho bệnh nhân trong toàn tỉnh năm 2019 chiếm 104.778%. Kỹ thuật trong đó kỹ thuật châm cứu 662,10%, điện châm 24,505%, Xoa bóp 11,155, bấm huyệt 76.56%, túi chườm 69,88%, hồng ngoại 3,48%, Lase nội mạch 57,83%, siêu âm điều trị 28,67%, điện xung 11,57, điện phân thuốc 32,55%, sóng ngắn 6,90%, sóng xung kích 7,65%, giác hơi 17,62%, thủy trị liệu 11,93%.

Xông thuốc 2,23%, cấy chỉ 76,16%, kéo giãn cột sống 0.90%, tập vận động trợ giúp 1,72%, từ thực tế này, đòi hỏi ngành y tế tỉnh Thái Bình phải cần chú trọng điều chỉnh lĩnh vực hoạt động chuyên môn, đội ngũ cán bộ và đào tạo đội ngũ cán bộ chuyên ngành, chuyên sâu về YHCT, cũng như trong chiến lược đào tạo cán bộ YHCT cho phù hợp với nhu cầu KCB của nhân dân.

Bảng 4: Lĩnh vực trang thiết bị máy và dụng cụ, công cụ để thực hiện kỹ thuật y học cổ truyền và phục hồi chức năng của BVYHCT Thái Bình (n=797)

Trang thiết bị phục vụ KCB	Tuyến Y tế									
	BV ĐK Tỉnh		YHCT Tỉnh		Huyện		Xã		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Tranh châm cứu	1	0,12	20	2.50	30	3.764	122	15.30	173	21.70
Máy điện châm	30	3,76	368	46.17	371	46.54	132	16.56	901	1.13
Máy xoa bóp					20	2.50	9	1.129	29	3.63
Bấm huyệt										
Túi chườm	15	1,88	10	1.25					25	3.13
Đèn hồng ngoại	13	1,63	50	6.27	124	15.55	12	1.50	199	24.96
Lase nội mạch	2	0,25	6	0.75	13	1.63			21	2.63
Máy Siêu âm điều trị	4	0,50	15	1.88	10	1.25			29	3.63
Máy điện xung	10	1,25	43	5.39	22	2.76			75	9.41
Điện phân thuốc			15	1.88					15	1.88
Sóng ngắn			1	0.12					1	0.12
Sóng xung kích			1	0.12					1	0.12
Giác hơi			16	2.00	13	1.63	3	0.37	32	4.01
Thủy trị liệu			26	3.26					26	3.26
Xông thuốc			2	0.25					2	0.25
Các loại máy khác	10	1.254							10	1.25
Tổng số	85		753	94.47	603	75.65	278	34.88	1.719	215.68

$P_{(1,4)} < 0,001$

Bảng 4: Cho thấy số cán bộ YHCT đang sử dụng một số máy và dụng cụ y tế để thực hiện các kỹ thuật y học cổ truyền và phục hồi chức năng đề trị cho bệnh nhân trong toàn tỉnh năm 2019 chiếm 215,68%, máy và dụng cụ y tế, trong đó kỹ thuật Tranh châm cứu 662,107%, máy điện châm 1,13%, máy xoa bóp 3,63%, túi chườm 69,887%, đèn hồng ngoại 24,96%, Lase nội mạch 2,63%, máy siêu âm điều trị 3,63%,

máy điện xung 9,43%, điện phân thuốc 1,88%, sóng ngắn 0,12%, sóng xung kích 0,12%, giác hơi 4,01%, thủy trị liệu 3,26%, các loại máy khác 1,25%.

Từ thực tế này, đòi hỏi ngành y tế tỉnh Thái Bình phải cung cấp thêm máy và dụng cụ y tế cho đội ngũ cán bộ chuyên ngành về YHCT, để đáp ứng phù hợp với nhu cầu KCB của nhân dân.

2. Công tác hoạt động KCB tại Bệnh viện y học cổ truyền Thái Bình qua các năm

Bảng 5: Kết quả hoạt động khám chữa bệnh cơ bản các năm tại Bệnh viện Y học Cổ truyền Y Thái Bình.

	Năm 2017	Năm 2018	Năm 2019			
T/S cán bộ	184	198	217			
T/S lần khám bệnh	52.717	61.361	46.725			
Điều trị ngoại trú	85	943	5120			
Điều trị nội trú	5287	6357	6902			
Giường bệnh thực kê/giường bệnh chỉ tiêu	360/260	390/300	390/300			
Tổng số kỹ thuật thực hiện	454.281	528.859	790.769			
Triển khai kỹ thuật mới		1	2			
Kết quả điều trị nội trú (%)	Khỏi	Đỡ	Khỏi	Đỡ	Khỏi	Đỡ
	27	71	18.2	80.4	7	92

Cho thấy Bệnh viện Y học Cổ truyền Thái Bình cần phải bổ sung thêm cán bộ để thực hiện kỹ thuật để đáp ứng phù hợp với nhu cầu KCB của nhân dân.

Lượng bệnh nhân đến khám và điều trị bằng Y học cổ truyền và phục hồi chức năng ngày càng cao thông qua thực hiện chỉ tiêu Kế hoạch hàng năm. Điều trị nội trú luôn vượt chỉ tiêu đề ra, tổng số kỹ thuật được thực hiện tại Bệnh viện Y học Cổ truyền Thái Bình.

Công tác triển khai các kỹ thuật mới được chú trọng thực hiện. Kết quả điều trị nội trú đạt tỷ lệ khỏi bệnh cao qua thống kê hàng năm.

3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả khám chữa bệnh bằng YHCT tỉnh Thái Bình

Bảng 2 Số lượng cán bộ đại học và sau đại học ở tuyến huyện: 27,72% và 5,64, tuyến tỉnh chiếm 7,90%, và 3,26% tuyến xã có 11.04%. Cán bộ đại học ở tuyến xã. Số cán bộ trung học tập trung ở tuyến xã nhiều hơn với tỉ lệ 39.77%. Vì vậy chất lượng khám chữa bệnh trên toàn tỉnh còn nhiều hạn chế

Cho nên điều cần chú ý trong chiến lược phát triển và nâng cao chất lượng đội ngũ cán bộ YHCT của tỉnh Thái Bình cần chú trọng đào tạo cán bộ YHCT có trình độ đại học và trên đại học nhiều hơn nữa.

4. Giải pháp triển khai hiệu quả mô hình khám chữa bệnh tại các khoa y học cổ truyền các Bệnh viện tuyến huyện của tỉnh Thái Bình đến năm 2020

Trên cơ sở tổng hợp kết quả đạt được Công tác KCB tại Bệnh viện y học cổ truyền Thái Bình (2017-2019), ta có thể thấy rằng: công tác đầu tư về nguồn nhân lực, cơ sở vật chất, đặc biệt là thay đổi tư duy trong khám, chữa bệnh nhằm nâng cao chất lượng KCB Công tác hoạt động KCB tại Bệnh viện y học cổ truyền Thái Bình, chúng tôi nhận định: Giải pháp phát triển chất lượng, hiệu quả khám chữa bệnh tại các khoa YHCT bệnh viện tuyến huyện của tỉnh Thái Bình từ nay đến năm 2020 cần tập trung vào các vấn đề ưu tiên như sau:

- Tăng cường đào tạo cán bộ YHCT về số lượng và chất lượng phù hợp với nhu cầu sử dụng của các cơ sở y tế công lập. Trong đó đặc biệt quan tâm với đào tạo cán bộ chuyên khoa sâu, chất lượng cao.

- Hoàn thiện hoạt động vĩ mô các khoa YHCT Bệnh viện tuyến huyện trong toàn tỉnh về đầu tư nguồn nhân lực, cơ sở vật chất hạ tầng, trang thiết bị về YHCT phù hợp để triển khai hiệu quả “Kế hoạch hành động phát triển y, dược học cổ truyền tỉnh Thái Bình giai đoạn 2011-2020.

KẾT LUẬN

Thực hiện các kỹ thuật y học cổ truyền và phục hồi chức năng đề trị cho bệnh nhân trong toàn tỉnh năm 2019 chiếm 104.778%. Kỹ thuật trong đó kỹ thuật châm cứu 662,107%, điện châm 24,505%, Xoa bóp 11,155, bấm huyệt 76.56%, túi chườm 69.887%, hồng ngoại 3.485%, Lase nội mạch 57.83%, siêu âm điều trị 28.678%, điện xung 11.573, điện phân thuốc 167.64%, sóng ngắn 6.90%, sóng xung kích 7.653%, giác hơi 17,62%, thủy trị liệu 11,93%

Xông thuốc 2.23%, cấy chỉ 76.16%, Kéo giãn cột sống 0.90%, Tập vận động trợ giúp 1.72%,

Từ thực tế này, đòi hỏi ngành y tế tỉnh Thái Bình phải cần chú trọng điều chỉnh lĩnh vực hoạt động chuyên môn, đội ngũ cán bộ và đào tạo đội ngũ cán bộ chuyên ngành, chuyên sâu về YHCT, cũng như trong chiến lược đào tạo cán bộ YHCT cho phù hợp với nhu cầu KCB của nhân dân.

- Chất lượng cán bộ YHCT còn thấp cho thấy số lượng cán bộ đại học và sau đại học ở tuyến huyện: 27,72% và 5,64, tuyến tỉnh chiếm 7,90%, và 3,26% tuyến xã có 11,04%. Cán bộ đại học ở tuyến xã. Số cán bộ trung học tập trung ở tuyến xã nhiều hơn với tỉ lệ 39.77%. Vì vậy chất lượng khám chữa bệnh ở tuyến tỉnh, huyện sẽ phát huy tốt hơn, vì có đội ngũ cán bộ có trình độ chuyên môn cao hơn. Điều cần chú ý trong chiến lược phát triển và nâng cao chất lượng đội ngũ cán bộ YHCT của tỉnh Thái Bình cần chú trọng đào tạo cán bộ YHCT có trình độ đại học và trên đại học nhiều hơn nữa, đưa lên hàng đầu, song song xây dựng đồng bộ cơ sở hạ tầng và trang thiết bị.

- Lĩnh vực chuyên môn cán bộ YHCT đang làm chủ yếu là khám chữa bệnh

Lượng bệnh nhân đến khám và điều trị bằng Y học cổ truyền và phục hồi chức năng ngày càng cao thông qua thực hiện chỉ tiêu Kế hoạch hàng năm. Điều trị nội trú luôn vượt chỉ tiêu đề ra, tổng số kỹ thuật được thực hiện tại Bệnh viện y học cổ truyền thái Bình.

- Hoàn thiện vĩ mô các hoạt động các khoa YHCT Bệnh viện tuyến huyện về đầu tư đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn, trang thiết bị về YHCT phù hợp để triển khai thực hiện hiệu quả “Kế hoạch hành động phát triển y, dược học cổ truyền tỉnh Thái Bình giai đoạn 2011-2020” mà ủy ban nhân dân tỉnh Thái bình đã đề ra.

KIẾN NGHỊ

1. Tăng cường công tác đào tạo cán bộ YHCT đặc biệt trình độ đại học cho tuyến xã, nâng cao trình độ đại học và sau đại học đặc biệt chú trọng tuyến tỉnh. Bệnh viện YHCT tỉnh và các khoa YHCT huyện.

2. Hoàn thiện vĩ mô các hoạt động các khoa YHCT Bệnh viện tuyến huyện về đầu tư đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn, trang thiết bị về YHCT phù hợp để triển khai thực hiện hiệu quả “Kế hoạch hành động phát triển y, dược học cổ truyền tỉnh Thái Bình giai đoạn 2011-2020” mà ủy ban nhân dân tỉnh Thái bình đã đề ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ban Bí thư Trung ương Đảng** (2008). Chỉ thị số 24-CT/TW về phát triển nền Đông y Việt Nam và Hội Đông y trong tình hình mới.

2. **Bộ Y tế** (2012), Tài liệu hội thảo nguồn nhân lực Y dược cổ truyền.

3. **Sở Y tế Thái Bình** (2011). Kế hoạch hành động về phát triển Y, dược cổ truyền của tỉnh Thái Bình đến năm 2020.

4. Ủy ban nhân dân tỉnh Thái Bình, Quyết định số 552/QĐ- UBND, ngày 15/3/2012 ban hành Kế hoạch hành động về phát triển Y, dược cổ truyền của tỉnh Thái Bình đến năm 2020.

5. Thủ tướng chính phủ (2010), Quyết định số 2166/QĐ-TTg về việc ban hành kế hoạch hành

động của chính phủ về phát triển Y dược cổ truyền Việt Nam đến năm 2020.

6. Tỉnh ủy tỉnh Thái Bình số 135/KH- UBND, ngày 03/02/2015, triển khai, thực hiện Thông báo Kết luận số 145-TB/TW ngày 20/2/2014 của Ban bí thư tiếp tục thực hiện Chỉ thị số 24-CT/TW ngày 04/7/2008 của Ban bí thư (khóa X) về phát triển nền Đông y Việt Nam và Hội Đông y trong tình hình mới.

7. **WHO** (2002), Tradition medicine in the Westem Pacific, Manila, pp 2-3

TỶ LỆ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TÂY NINH NĂM 2019-2020

NGUYỄN THỊ QUYÊN¹,
LÊ THÀNH TÀI², NGUYỄN MINH PHƯƠNG²
¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tây Ninh
²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc xác định phụ nữ đái tháo đường thai kỳ là rất quan trọng để giảm thiểu tỷ lệ mắc bệnh cho bà mẹ và trẻ sơ sinh. Bệnh thường được chẩn đoán ở tuần tuổi thai 24-28 tuần dựa trên nồng độ glucose trong huyết tương tăng cao ở nghiệm pháp dung nạp glucose.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và yếu tố liên quan tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Tây Ninh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang trên 460 thai phụ từ 24-28 tuần tuổi thai từ tháng 02/2019-06/2020 tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Tây Ninh.

Kết quả: Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ chiếm 22,6%. Tuổi thai phụ từ 35 trở lên có nguy cơ đái tháo đường cao hơn nhóm <35 tuổi 2,117 lần, với $p=0,014$. Thừa cân béo phì gây nguy cơ đái tháo đường thai kỳ cao hơn không thừa cân béo phì 1,809 lần với $p=0,01$. Đái tháo đường thai kỳ cao hơn ở nhóm thai phụ có tiền sử gia đình đái tháo đường, sinh con to, thai chết lưu và số lần mang thai với $p<0,05$.

Kết luận: Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ khá cao ở thai phụ 24-28 tuần tuổi thai, do đó, cần tăng cường khám sàng lọc và theo dõi điều trị ở các thai phụ nhằm giảm các biến chứng tai biến sản khoa.

Từ khóa: đái tháo đường thai kỳ, yếu tố liên quan

SUMMARY

THE PREVALENCE OF GESTATIONAL DIABETES MELLITUS AND ASSOCIATED FACTOR IN TAY NINH GENERAL HOSPITAL, 2019-2020

Background: Identifying women with gestational diabetes mellitus is important to minimize maternal and neonatal morbidity. Develops during pregnancy and is usually diagnosed at 24 to 28 weeks of gestation on the basis of elevated plasma glucose levels on glucose tolerance testing.

Objective: to identify the prevalence of gestational diabetes mellitus and some related factors at Tay Ninh General Hospital.

Methods: A cross-sectional study was conducted in 460 pregnant women from 24 to 28 weeks hospitalized from February 2019 to June 2020 at Tay Ninh General Hospital.

Result: The incidence of GDM was 22,6%. Pregnant women aged 35 and over had a diabetes risk higher than the <35 years old group 2.117 times, with $p = 0.014$. Being overweight

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Quyên

Email: lttai@ctump.edu.vn

Ngày nhận: 03/7/2020

Ngày phản biện: 06/8/2020

Ngày duyệt bài: 04/9/2020

and obese causes the risk of gestational diabetes higher than not being overweight and obese 1,809 times with $p = 0.01$. Gestational diabetes was higher in the group of pregnant women with a family history of diabetes, having a big baby, stillbirth and number of pregnancies with $p < 0.05$.

Conclusion: The rate of gestational diabetes is quite high in pregnant women 24-28 weeks of gestation. Therefore, it is necessary to strengthen screening and monitoring and treatment in pregnant women to reduce complications of obstetric complications.

Keyword: Gestational Diabetes Mellitus And Associated Factor

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ là một thể của bệnh đái tháo đường, là bệnh rối loạn chuyển hoá thường gặp nhất trong thai kỳ và có xu hướng ngày càng tăng, nhất là khu vực châu Á – Thái Bình Dương, trong đó có Việt Nam. Đái tháo đường thai kỳ nếu không được chẩn đoán và điều trị sẽ gây nhiều tai biến cho cả mẹ và con, như tiền sản giật, sẩy thai, thai lưu, ngạt sơ sinh, tử vong chu sinh, thai to làm tăng nguy cơ đẻ khó và mổ đẻ,... Trẻ sơ sinh của những bà mẹ có đái tháo đường thai kỳ có nguy cơ hạ glucose máu, hạ canxi máu, vàng da; khi trẻ lớn hơn sẽ có nguy cơ béo phì và đái tháo đường tít 2.

Theo nhiều công trình nghiên cứu trên thế giới thì tỉ lệ đái tháo đường thai kỳ rất khác nhau tùy theo quốc gia, vùng, chủng tộc hay áp dụng tiêu chuẩn đánh giá khác nhau. Theo một nghiên cứu tại Mỹ (2013) tỉ lệ này là 3,47 – 7,15%, tại Ấn Độ (2017) là 9,59%, tại Trung Quốc (2015) là 8,1%. So với người da trắng, nguy cơ mắc đái tháo đường thai kỳ tăng 7,6 lần ở người Đông Nam Á (95%CI 4,1 – 14,1). Theo khuyến cáo của Hội nghị Quốc tế lần thứ 4 về đái tháo đường thai kỳ, những phụ nữ có nguy cơ cao bị đái tháo đường thai kỳ cần được xét nghiệm sàng lọc đái tháo đường thai kỳ trong lần khám thai đầu tiên [15], [16].

Tại tỉnh Tây Ninh, người dân ở đây hầu như chưa hiểu về Đái tháo đường thai kỳ, một bệnh lý tiềm ẩn những nguy cơ xấu cho mẹ và con, đặc biệt trẻ sơ sinh. Xuất phát từ các lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với 2 mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ ở thai phụ đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tây Ninh năm 2019-2020.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên đến đái tháo đường thai kỳ ở thai phụ đến khám và điều trị

tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tây Ninh năm 2019-2020.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

460 thai phụ thường trú tại tỉnh Tây Ninh có tuổi thai từ 24-28 tuần đến khám và điều trị tại khoa Khám Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tây Ninh từ tháng 02/2019-06/2020.

+ Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Thai phụ có tuổi thai từ 24-28 tuần đến khám và điều trị tại khoa Khám Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tây Ninh từ tháng 02/2019-06/2020.

Có hộ khẩu thường trú tại tỉnh Tây Ninh
Đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Tiêu chuẩn loại trừ

Thai phụ đã được chẩn đoán ĐTĐ trước khi có thai.

Thai phụ đang mắc các bệnh có ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose như Basedow, suy giáp, Cushing, suy gan, suy thận,...

Đang dùng thuốc có ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose như corticoid, salbutamol, thuốc hạ huyết áp,...

Đang mắc bệnh cấp tính: nhiễm khuẩn toàn thân, lao phổi, viêm gan,...

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện

- Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm thai phụ: tuổi thai phụ, dân tộc, tiền sử ĐTĐ

+ Tỷ lệ ĐTĐTK: Xác định đái tháo đường thai kỳ qua nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75g lúc đói, 1 giờ và 2 giờ theo tiêu chuẩn hướng dẫn chẩn đoán của Bộ Y tế (Quyết định số 3319/QĐ-BYT ngày 19 tháng 07 năm 2017) [1]. Đo nồng độ glucose huyết tương lúc đói và tại thời điểm 1 giờ, 2 giờ, ở tuần thứ 24 đến 28 của thai kỳ đối với những thai phụ không được chẩn đoán ĐTĐ trước đó. Nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống phải được thực hiện vào buổi sáng sau khi nhịn đói qua đêm ít nhất 8 giờ. Chẩn đoán ĐTĐ thai kỳ khi bất kỳ giá trị glucose huyết thỏa mãn tiêu chuẩn sau đây: (1) Lúc đói ≥ 92 mg/dL (5,1 mmol/L); (2) Ở thời điểm 1 giờ ≥ 180 mg/dL (10,0 mmol/L); (3) Ở thời điểm 2 giờ ≥ 153 mg/dL (8,5 mmol/L).

+ Yếu tố liên quan: tuổi mẹ, địa chỉ, dân tộc, tôn giáo, nghề nghiệp, học vấn, kinh tế gia đình, BMI trước mang thai, tiền sử gia đình và các tiền sử sản khoa

Phương pháp xử lý số liệu: SPSS 20.0

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm thai phụ

Bảng 1. Đặc điểm thai phụ

Đặc điểm		Tần số (n=115)	Tỷ lệ(%)
Tuổi	< 25	125	27,2
	25-34	282	61,3
	≥ 35	53	11,5
Trung bình		27,8 ± 5,3 (nhỏ nhất: 15, lớn nhất: 45)	
Dân tộc	Kinh	451	98,0
	Khác	9	2,0
Tuổi thai (tuần)	24	43	9,3
	25	61	13,3
	26	122	26,5
	27	119	25,9
	28	115	25,0

Tuổi trung bình $27,8 \pm 5,3$; chủ yếu 25-34 tuổi chiếm 61,3%. Dân tộc Kinh chiếm 98%; tuổi thai 26-28 tuần gần tương đương nhau (25-26%), 24-25 chiếm tỷ lệ thấp <13,3%.

2. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và yếu tố liên quan

Bảng 2. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ

Đái tháo đường thai kỳ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có	104	22,6
Không	356	77,4
Tổng	460	100,0

Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ chiếm 22,6%.

Bảng 3. Liên quan giữa ĐTĐTK với đặc điểm dân số của thai phụ

Yếu tố		ĐTĐTK				OR (KTC 95%)	p
		Có		Không			
Tuổi	≥ 35	19	35,8	34	64,2	2,117 (1,150-3,897)	0,014
	< 35	85	20,9	322	79,1		
Dân tộc	Kinh	101	22,4	350	77,6	0,577 (0,142-2,349)	0,429
	Khác	3	33,3	6	66,7		
Nơi cư trú	Thành thị	21	23,3	69	76,7	1,052 (0,610-1,817)	0,855
	Nông thôn	83	22,4	287	77,6		
Kinh tế	Không nghèo	101	22,4	349	77,6	0,675 (0,172-2,659)	0,701
	Nghèo/cận nghèo	3	30,0	7	70,0		
Nông dân	Không	101	23,3	332	76,7	2,434 (0,718-8,249)	0,141
	Có	3	11,1	24	88,9		
Học vấn	≥ THPT	79	23,4	258	76,6	1,200 (0,723-1,992)	0,479
	<THPT	25	20,3	98	79,7		

Tuổi thai phụ từ 35 trở lên có nguy cơ đái tháo đường cao hơn nhóm <35 tuổi 2,117 lần, với $p=0,014$. Chưa ghi nhận mối liên quan giữa ĐTĐTK với dân tộc, nơi cư trú, kinh tế, nông thôn, học vấn với $p>0,05$.

Bảng 4. Liên quan giữa ĐTĐTK với đặc điểm tính chất công việc và thể trạng

Yếu tố		ĐTĐTK				OR (KTC 95%)	p
		Có		Không			
Tính chất công việc	Tĩnh tại	77	20,8	294	79,2	0,601 (0,359-1,008)	0,052
	Vận động	27	30,3	62	69,7		
TCBP	Có	42	30,2	97	69,8	1,809 (1,147-2,854)	0,01
	Không	62	19,3	259	80,7		

TCBP gây nguy cơ ĐTĐTK cao hơn không TCBP 1,809 lần với $p=0,01$. Tính chất công việc chưa ghi nhận liên quan đến ĐTĐTK với $p>0,05$.

Bảng 5. Liên quan giữa ĐTĐTK với đặc điểm tiền sử gia đình và thai sản

Yếu tố		ĐTĐTK				OR (KTC 95%)	p
		Có		Không			
Tiền sử gia đình ĐTĐ	Có	12	75,0	4	25,0	11,478 (3,618-36,419)	<0,001
	Không	92	20,7	352	79,3		
Tiền sử sinh con to	Có	7	63,6	4	36,4	6,351 (1,822-22,140)	0,004
	Không	97	21,6	352	78,4		
Tiền sử thai chết lưu	Có	34	38,2	55	61,8	2,658 (1,612-4,385)	<0,001
	Không	70	18,9	301	81,1		
Tiền sử sảy thai	Có	13	35,1	24	64,9	1,976 (0,968-4,034)	0,057
	Không	91	21,5	332	78,5		
Lần mang thai	≥ 2 lần	66	30,4	151	69,6	2,358 (1,502-3,702)	<0,001
	< 2 lần	38	15,6	205	84,4		

ĐTĐTK cao hơn ở nhóm thai phụ có tiền sử gia đình ĐTĐ, sinh con to, thai chết lưu và số lần mang thai với $p < 0,05$. Chưa ghi nhận mối liên quan giữa tiền sử sảy thai với ĐTĐTK với $p > 0,05$.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình $27,8 \pm 5,3$; chủ yếu 25-34 tuổi chiếm 61,3%. Dân tộc Kinh chiếm 98%; tuổi thai 26-28 tuần gần tương đương nhau (25-26%), 24-25 chiếm tỷ lệ thấp <13,3%. Độ tuổi này là phù hợp vì đây là độ tuổi sinh đẻ và dễ có thai của người phụ nữ. Theo ADA [14] thì độ tuổi dưới 25 có nguy cơ thấp bị ĐTĐTK và từ 35 tuổi trở lên là độ tuổi nguy cơ cao của ĐTĐTK. Kết quả này khá phù hợp với phân bố với đặc điểm dân số xã hội và thực trạng kinh tế ở tại địa phương nơi thực hiện nghiên cứu.

2. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và yếu tố liên quan

2.1. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ

Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ chiếm 22,6%. Khi so với các nghiên cứu khác, kết quả của chúng tôi gần bằng với nhiều nghiên cứu khác thực hiện tại nhiều địa phương trong nước. Lại Thị Ngọc Điệp (2014)[3], nghiên cứu tại Châu Thành, Hậu Giang ghi nhận tỷ lệ này là 20,5%. Nguyễn Thị Lệ Hằng (2016)[4] tại Bệnh viện An Bình cho thấy tỷ lệ ĐTĐTK chiếm 21,1%. Nghiên cứu của Trương Thị Quỳnh Hoa (2017) [5] ghi nhận tỷ lệ này là 20,9%; Lê Thị Thanh Tâm (2017) [11] tại tỉnh Nghệ An, tỷ lệ này là 20,5%. Nghiên cứu của Huỳnh Ngọc Duyên (2019) [2] tại Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau, tỷ lệ ĐTĐTK ở nghiên cứu này chiếm 21,2%. Cao hơn một số nghiên cứu như sau Vũ Bích Nga (2004)[7], tỷ lệ DDTĐTK tại Bệnh viện Bạch Mai chiếm 7,9%; Tô Minh Nguyệt (2009) [9] nghiên cứu tỷ lệ này chiếm 10,7%; Nguyễn Hoa Ngân (2010) [8] tỷ lệ này là 9,4%.

Như vậy so với các nghiên cứu được thực hiện gần đây thì kết quả chúng tôi phù hợp. So với các nghiên cứu thực hiện trước năm 2011, tỷ lệ ĐTĐTK được báo cáo trong các nghiên cứu xấp xỉ chỉ trên dưới 10%, chủ yếu do còn áp dụng tầm soát 2 bước, đồng thời tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐTK cần phải có 2 chỉ số dương tính, ngưỡng chẩn đoán thường áp dụng theo tiêu chuẩn của ADA 2010 (đường huyết đói 5,3 mmol/L, sau uống đường 1 giờ là 10,0 mmol/L, sau 2 giờ là 8,6 mmol/L). Từ năm 2011 trở đi, hầu hết các nghiên cứu đã chuyển sang tầm soát 1 bước theo tiêu chuẩn của ADA 2012, chỉ cần một giá trị đạt tiêu chuẩn là đã chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ, đồng thời ngưỡng chẩn đoán cũng được giảm xuống (đường huyết đói là 5,1 mmol/L, sau 1 giờ là 10,0 mmol/L, sau 2 giờ là 8,6 mmol/L) nên tỷ lệ ĐTĐTK có sự thay đổi theo chiều hướng tăng cao hơn.

2.2. Yếu tố liên quan đái tháo đường thai kỳ

Tuổi thai phụ từ 35 trở lên có nguy cơ đái tháo đường cao hơn nhóm <35 tuổi 2,117 lần, với $p = 0,014$. Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ (ADA) đồng thuận tại hội nghị ĐTĐTK lần thứ V trên thế giới, thống nhất tuổi < 25 là nhóm nguy cơ thấp và nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ ĐTĐTK gia tăng theo tuổi mẹ. Hiện nay, ACOG và ADA cũng chỉ ra rằng độ tuổi ≥ 35 là nhóm có nguy cơ của ĐTĐTK. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nhiều tác giả khác. Lại Thị Ngọc Điệp [3] cho thấy nhóm tuổi ≥ 25 tăng nguy cơ ĐTĐTK lên 1,68 lần (KTC 95% 1,16 – 2,45). Tương tự, tác giả Huỳnh Ngọc Duyên [2] qua khảo sát cũng thấy ở nhóm từ 25 – 34 tuổi và nhóm ≥ 35 tuổi có nguy cơ ĐTĐTK cao gấp là 2,11 lần (KTC95%: 1,03 – 4,28) và 5,01 lần (KTC95%: 1,97 – 12,75) khi so với nhóm dưới 25 tuổi. Tăng 2,54 lần (0,92 – 7,06), tăng 5,0 lần (KTC95%: 2,3-11,1) và 2,42

lần (KTC 95% 1,96 – 6,23) như trong nghiên cứu của các tác giả Võ Thị Ánh Nhân [10].

TCBP gây nguy cơ ĐĐTĐTK cao hơn không TCBP 1,809 lần với $p=0,01$. Tương tự, các tác giả Huỳnh Ngọc Duyên [2], Lại Thị Ngọc Diệp [3] và Nguyễn Thị Phương Yến [12] cũng khảo sát thấy ngưỡng BMI này làm tăng tỷ lệ mắc ĐĐTĐTK với các nguy cơ lần lượt là: $OR=2,76$ (KTC95%: 1,49 - 5,09), $OR= 2,18$ (KTC95%: 1,08 – 4,25), $OR=2,7$ (KTC95%: 1,1 – 7,3) và $OR=4,13$ (KTC95%: 1,51 – 11,34). Điều này cũng phù hợp với y văn khi cả ACOG [13], ADA [14] và WHO [15] đều xác định đây là một trong những yếu tố có liên quan mạnh đến ĐĐTĐTK.

ĐĐTĐTK cao hơn ở nhóm thai phụ có tiền sử gia đình ĐĐTĐ, sinh con to, thai chết lưu và số lần mang thai với $p<0,05$. Cụ thể, nhóm có tiền sử gia đình ĐĐTĐ thì có nguy cơ ĐĐTĐTK 11,478 lần so với nhóm không có tiền sử ĐĐTĐTK, với $p<0,001$. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với các khảo sát trước đây như của tác giả Huỳnh Ngọc Duyên [2] nghiên cứu tại Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau với $OR=3,16$ (KTC95%: 1,47 - 6,77), Nguyễn Thị Lệ Hằng [4] tại Bệnh viện An Bình với $OR=2,86$ ($p=0,001$), Trương Thị Quỳnh Hoa [5] tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Bình Định với $OR=2,0$ (KTC95%: 1,0 – 4,0), Trương Thị Ái Hòa [6] tại Bệnh viện Quận 2 với $OR=3,22$ (KTC95%: 1,93 – 5,38), Võ Thị Ánh Nhân [10] tại Bệnh viện An Bình với $OR=2,9$ (KTC95%: 1,5 - 5,7).

Ở nhóm thai phụ có tiền sử sinh con to, tỷ lệ ĐĐTĐTK cao hơn nhóm còn lại 6,351 lần với $p=0,004$. Kết quả của chúng tôi và tác giả Huỳnh Ngọc Duyên [2] phân tích cho thấy tiền sử sinh con to làm tăng nguy cơ ĐĐTĐTK lên 2,30 lần (KTC95%: 1,11 – 4,78) và 4,84 lần (KTC95%: 1,55 - 15,05) tương ứng. Trong khi đó, các tác giả Nguyễn Thị Lệ Hằng [4], Trương Thị Quỳnh Hoa [5] và Nguyễn Thị Phương Yến chưa khảo sát thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tiền sử này và ĐĐTĐTK.

Tiền sử thai chết lưu ghi nhận tỷ lệ nguy cơ cao ĐĐTĐTK cao hơn nhóm không có tiền sử thai chết lưu 2,658. Huỳnh Ngọc Duyên [2], Trương Thị Quỳnh Hoa [5] cho thấy tiền sử có mang thai chết lưu ở lần mang thai trước làm tăng nguy cơ ĐĐTĐTK với các nguy cơ lần lượt là $OR=2,57$ (KTC95%: 1,08 – 6,13), $OR=3,18$ (KTC95%: 1,13 - 8,96) và $OR=15,1$ (KTC95%: 1,5-151,0).

Tỷ lệ số lần mang thai từ 2 lần trở lên có nguy cơ ĐĐTĐTK cao hơn nhóm mang thai lần đầu 2,358 lần với $p<0,001$. Kết quả này cũng tương tự như trong nghiên cứu của các tác giả Huỳnh Ngọc Duyên [2], Lại Thị Ngọc Diệp [3],

Trương Thị Quỳnh Hoa [5], Trương Thị Ái Hòa [6] và Võ Thị Ánh Nhân [10]. Riêng tác giả Nguyễn Thị Phương Yến khảo sát được nhóm con số tăng nguy cơ gấp 2,83 lần (KTC95%: 1,16 – 6,93) so với con ra [12].

Tính chất công việc chưa ghi nhận liên quan đến ĐĐTĐTK với $p>0,05$. Chưa ghi nhận mối liên quan giữa ĐĐTĐTK với dân tộc, nơi cư trú, kinh tế, nông thôn, học vấn và tiền sử sảy thai với ĐĐTĐTK với $p>0,05$. Tương tự, các tác giả Huỳnh Ngọc Duyên [2], Trương Thị Ái Hòa [6], Võ Thị Ánh Nhân [10] và Nguyễn Thị Phương Yến [12] cũng khảo sát không thấy mối liên quan giữa các nhóm học vấn, địa dư, nghề nghiệp, kinh tế, dân tộc làm gia tăng tỷ lệ ĐĐTĐTK có ý nghĩa thống kê.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ chiếm 22,6%. Tuổi thai phụ từ 35 trở lên có nguy cơ đái tháo đường cao hơn nhóm <35 tuổi 2,117 lần, với $p=0,014$. TCBP gây nguy cơ ĐĐTĐTK cao hơn không TCBP 1,809 lần với $p=0,01$. ĐĐTĐTK cao hơn ở nhóm thai phụ có tiền sử gia đình ĐĐTĐ, sinh con to, thai chết lưu và số lần mang thai với $p<0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2017), *ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2*, quyết định số 3319/QĐ-BYT
2. **Huỳnh Ngọc Duyên** (2019), “Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau”, Y Học TP. Hồ Chí Minh, 23(2), tr.95 - 100.
3. **Lại Thị Ngọc Diệp** (2014), “Tỷ lệ đái tháo đường trong thai kỳ và các yếu tố liên quan trên thai 24 – 28 tuần tại huyện Châu Thành – tỉnh Kiên Giang”, Luận án chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 50 – 75.
4. **Nguyễn Thị Lệ Hằng** (2015), “Nghiên cứu tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố nguy cơ tại Bệnh viện An Bình”, Y Học TP. Hồ Chí Minh, 20(5), tr. 134- 139.
5. **Trương Thị Quỳnh Hoa** (2017), “Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định”, Y Học TP. Hồ Chí Minh, 21(1), tr. 74 - 79.
6. **Trương Thị Ái Hòa** (2018), “Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện quận 2”, Y Học TP. Hồ Chí Minh, 22(1), tr. 22 - 28.
7. **Vũ Bích Nga** (2008), “Tỉ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố nguy cơ của các thai phụ được quản lý thai tại Khoa Sản, Bệnh viện Bạch

Mai, Hà Nội”, Tạp Chí Thông Tin Y Dược, 10(1), tr. 21-24.

8. **Nguyễn Hoa Ngàn** (2010), “Nghiên cứu thực trạng đái tháo đường thai kỳ ở phụ nữ được khám thai tại Bệnh viện A Thái Nguyên”, 739(10), tr. 46 - 49.

9. **Tô Thị Minh Nguyệt** (2009), “Tỷ lệ đái tháo đường trong thai kỳ và các yếu tố liên quan ở những thai phụ nguy cơ cao tại Bệnh viện Từ Dũ”, Y Học TP. Hồ Chí Minh, 13(1), tr. 66 - 70.

10. **Võ Thị Ánh Nhân** (2017), “Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện An Bình”, Y học TP. Hồ Chí Minh, 21(1), tr. 69 – 74

11. **Lê Thị Thanh Tâm** (2017), “ Nghiên cứu phân bố - một số yếu tố liên quan và kết quả sản khoa ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ”, Luận án

Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội, trang 54 - 80.

12. **Nguyễn Thị Phương Yên** (2018), “Tỷ lệ đái tháo đường trong thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ”, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Dược TP.HCM, trang 34 - 49.

13. **ACOG** (2018), “Gestational Diabetes Mellitus”, ACOG Practice Guidelines, Bulletin 190(1), pp. 1- 16.

14. **ADA** (2019), “Standards of medical care in diabetes”, Diabetes Care, 39(1), pp. 36 - 94.

15. **WHO** (2018), “Diagnosis of gestational diabetes in pregnancy”, The WHO Reproductive Health Library, 1, pp. 1 - 5.

16. **GK, P.** (2015), “Changing trends in management of gestational diabetes mellitus”, *World J Diabetes*, 2015. 6(2): p. 284 - 295.

ĐẶC ĐIỂM CỦA TỰ KHÁNG THỂ Ở BỆNH NHÂN THIẾU MÁU TAN MÁU TỰ MIỄN

PHẠM QUANG THỊNH¹,
NGUYỄN THỊ HỒNG², PHẠM QUANG VINH¹
¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trung tâm Huyết học – Truyền máu, Bệnh viện Bạch Mai

TÓM TẮT

Thiếu máu tan máu tự miễn (Autoimmune hemolytic anemia - AIHA) được đặc trưng bởi sự xuất hiện của các tự kháng thể (KT) và/hoặc các thành phần bổ thể chống lại kháng nguyên có trên hồng cầu. Việc xác định đặc điểm của tự KT rất có ý nghĩa trong chẩn đoán và định hướng điều trị bệnh AIHA.

Mục tiêu: “Xác định đặc điểm của tự kháng thể ở bệnh nhân thiếu máu tan máu tự miễn”.

Đối tượng: 126 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán và điều trị AIHA tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 6 năm 2020.

Phương pháp: Mô tả cắt ngang.

Kết quả: Tỷ lệ các loại KT phát hiện trên hồng cầu là: 61,1% IgG+C3d, 27% IgG và 11,9% C3d; 46/92 BN có xét nghiệm ngưng kết trực tiếp dương tính, 26/46 bệnh nhân có hiệu giá KT lạnh

≥64 và 0 bệnh nhân có KT Donath – Landsteiner; Tỷ lệ các loại KT theo nhiệt độ hoạt động: 79,4% KT nóng, 9,5% KT lạnh, 11,1% phối hợp KT nóng và lạnh.

Kết luận: Nghiên cứu của chúng tôi phát hiện các loại tự kháng thể ở 126 BN AIHA gồm có 61,1% IgG+C3d, 27% IgG và 11,9% C3d. Theo nhiệt độ hoạt động của tự KT, chúng tôi thấy có 79,4% KT nóng, 9,5% KT lạnh và 11,1% phối hợp KT nóng và lạnh.

Từ khóa: Thiếu máu tan máu tự miễn, tự kháng thể.

SUMMARY

Autoimmune hemolytic anemia (AIHA) is characterized by the appearance of autoantibodies and/or complement components against red blood cells. The determination of the characteristics of autoantibodies is very important for diagnosis and treatment of AIHA.

Objective: “Determine the characterization of autoantibodies in autoimmune hemolytic anemia patients”. Subjects: 126 patients were diagnosed with AIHA and treated at Bach Mai hospital from September 2019 to June 2020. Method: Cross – sectional study.

Chịu trách nhiệm: Phạm Quang Thịnh

Email: phamquangthinh.hmu@gmail.com

Ngày nhận: 08/7/2020

Ngày phản biện: 18/8/2020

Ngày duyệt bài: 10/9/2020

Results: The proportion of antibodies detected on erythrocytes were: 61.1% IgG combined with C3d, 27% IgG and 11.9% C3d; we found 46/92 patients with positive direct agglutination test, 26/46 patients with cold antibody titer ≥ 64 and not found patient who positive with Donath – Landsteiner antibodies.

Conclusion: Our study detected types of autoantibodies in 126 patients with AIHA include 61.1% IgG combined with C3d, 27% IgG and 11.9% C3d. According to activity temperature, we found 79.4% warm, 9.5% cold and 11.1% mixed autoantibodies.

Keywords: Autoimmune hemolytic anemia, autoantibodies.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu tan máu tự miễn (Autoimmune hemolytic anemia - AIHA) được đặc trưng bởi sự xuất hiện của các tự kháng thể (KT) và/hoặc các thành phần bổ thể chống lại kháng nguyên có trên hồng cầu. Việc xác định đặc điểm của tự KT rất có ý nghĩa trong chẩn đoán và định hướng điều trị bệnh AIHA. Mục tiêu: “Xác định đặc điểm

của tự kháng thể ở bệnh nhân thiếu máu tan máu tự miễn”.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 126 bệnh nhân được chẩn đoán AIHA và điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 6 năm 2020.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

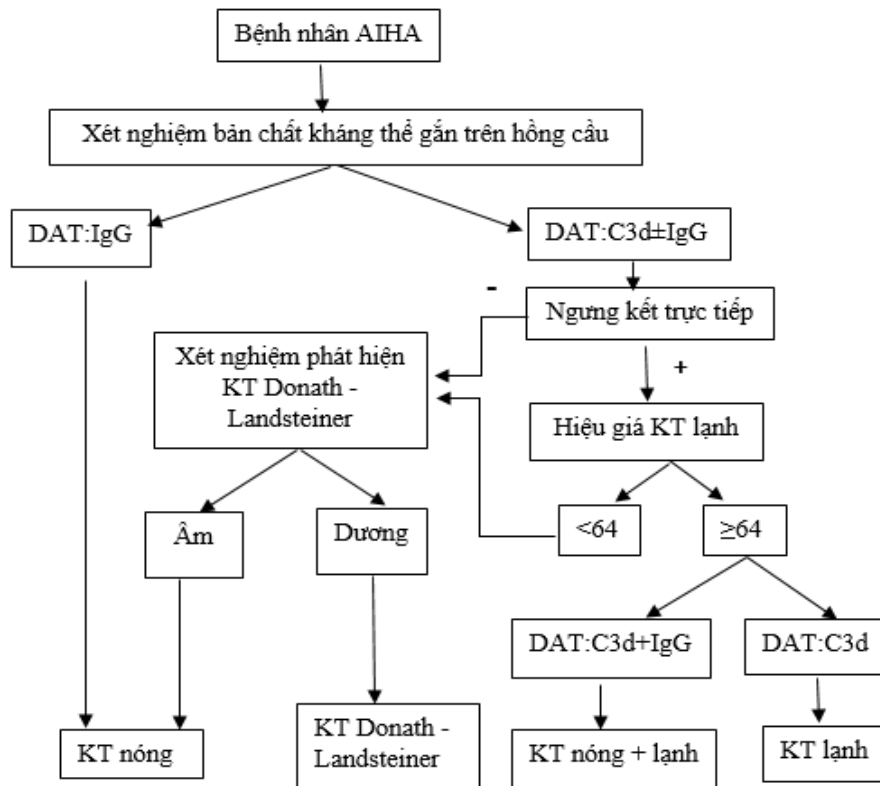
2.2. Kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu:

- Xét nghiệm xác định bản chất kháng thể theo nguyên lý xét nghiệm Coombs trực tiếp (Direct Antiglobulin Test - DAT) bằng gelcard Cellbind direct của hãng Sanquin, Hà Lan.

- Xét nghiệm ngưng kết trực tiếp ở nhiệt độ phòng xét nghiệm, hiệu giá kháng thể lạnh bằng kỹ thuật ống nghiệm để xác định sự có mặt của kháng thể lạnh trong huyết thanh bệnh nhân AIHA.

- Xét nghiệm phát hiện kháng thể Donath – Landsteiner trong huyết thanh theo phương pháp hai thì bằng kỹ thuật ống nghiệm.

2.3. Sơ đồ nghiên cứu:



Chú thích:

AIHA: thiếu máu tan máu tự miễn

DAT: Xét nghiệm Coombs trực tiếp

KT: Kháng thể

Hình 1. Sơ đồ nghiên cứu

2.4. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 16.0

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm theo giới và tuổi của đối tượng nghiên cứu

Giới Độ tuổi	Nam (n=29)	Nữ (n=97)	Tổng số (N=126)	p
Tuổi trung bình (Mean±SD)	57,9 ± 19,8	42,6 ± 20,3	45,1 ± 21,1	<0,05
Dưới 18 tuổi (%)	3,4	10,3	8,1	
Từ 18 – 45 tuổi (%)	20,7	48,5	42,1	
Trên 45 tuổi (%)	75,9	41,2	49,2	

Nhận xét: Trong số 126 BN AIHA có 29 BN là nam (chiếm 23%), có 97 BN là nữ (chiếm 77%), tỉ lệ theo giới nam/nữ là 1/3,3. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 45,1 tuổi, giới nam có tuổi trung bình cao hơn giới nữ. BN giới nam gặp chủ yếu ở độ tuổi trên 45 (chiếm 75,9%), BN giới nữ gặp ở độ tuổi dưới 45 nhiều hơn (59,1%).

Đặc điểm theo nguyên nhân gây bệnh của ĐTNC: Bệnh nhân AIHA thứ phát chiếm chủ yếu, gặp ở 94/126 trường hợp (chiếm 74,6%). Tỉ lệ mắc AIHA nguyên phát/thứ phát là 1/3.

2. Đặc điểm của tự kháng thể ở bệnh nhân AIHA

Bảng 2. Đặc điểm theo bản chất KT phát hiện trên hồng cầu ở bệnh nhân AIHA

Loại kháng thể	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
IgG	34	27,0
C3d	15	11,9
IgG + C3d	77	61,1
Tổng số (N)	126	100

Nhận xét: Tự kháng thể được phát hiện trên bề mặt hồng cầu ở bệnh nhân AIHA có bản chất là IgG và C3d chiếm tỉ lệ lớn. Tự kháng thể tồn tại chủ yếu ở dạng IgG kết hợp C3d (tỉ lệ 61,1%). Dạng tồn tại của tự kháng thể là IgG và C3d đơn độc chiếm tỉ lệ thấp hơn, tương ứng là 27% và 11,9%.

Kết quả xét nghiệm ngưng kết trực tiếp ở BN AIHA: Có 92/126 BN được thực hiện xét nghiệm ngưng kết trực tiếp, trong đó 46/92 BN có kết quả xét nghiệm dương tính.

Bảng 3. Kết quả xét nghiệm hiệu giá KT lạnh và phát hiện KT Donath- Landsteiner ở BN AIHA

Xét nghiệm	Kết quả	Số lượng	Tổng số bệnh nhân
Hiệu giá KT lạnh	<64	20	46
	≥64	26	
KT Donath - Landsteiner	Âm tính	66	66
	Dương tính	0	

Nhận xét: Có 26/46 BN AIHA làm xét nghiệm hiệu giá KT lạnh có kết quả ≥64, không có BN AIHA làm xét nghiệm phát hiện KT Donath – Landsteiner có kết quả dương tính.

Bảng 4. Đặc điểm kháng thể theo nhiệt độ hoạt động ở bệnh nhân AIHA

Loại tự kháng thể	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
KT nóng	100	79,4
KT lạnh	12	9,5
KT nóng + lạnh	14	11,1
Tổng số (N)	126	100

Nhận xét: Theo nhiệt độ hoạt động của tự KT ở BN AIHA, KT nóng chiếm chủ yếu với tỉ lệ 79,4%, KT lạnh và phối hợp KT nóng và lạnh chiếm tỉ lệ thấp hơn, tương ứng là 9,5% và 11,1%.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1 mô tả đặc điểm theo giới và tuổi của đối tượng nghiên cứu chỉ ra bệnh nhân AIHA gặp ở nữ nhiều hơn nam (tỉ lệ nam/nữ là 1/3,3), ở giới nam thường mắc AIHA ở độ tuổi trên 45 trong khi ở giới nữ gặp nhiều hơn ở độ tuổi dưới 45. AIHA là bệnh liên quan đến rối loạn điều hòa miễn dịch nên thường có đặc điểm là gặp ở giới nữ nhiều hơn nam. Nghiên cứu của Chen³ (năm 2020) thấy 78,5% bệnh nhân AIHA là nữ, nghiên cứu của Barcellini[4] (năm 2014) thấy tỉ lệ này là 64%, các nghiên cứu từ rất sớm của Bạch Quốc Tuyên (năm 1973) và Gologan R[5] (năm 1979) cũng cho kết quả tương tự.

Phân loại đối tượng nghiên cứu theo nguyên nhân gây bệnh cho thấy bệnh nhân AIHA chiếm chủ yếu (chiếm 74,6%), tỉ lệ bệnh AIHA nguyên phát/thứ phát là 1/3, là bệnh hay gặp ở chuyên khoa Huyết học và Dị ứng (chiếm 71,4%). Nghiên cứu của Chen[3] chỉ ra 70,1% bệnh nhân AIHA thứ phát trong đó 30,1% gặp ở bệnh nhân SLE, 15,6% ở bệnh nhân u lympho, 5,3% ở bệnh nhân CLL. Barcellini⁴ cũng chỉ ra 80% bệnh nhân AIHA thứ phát liên quan đến bệnh của hệ thống lympho và rối loạn điều hòa miễn dịch, tuy nhiên tỉ lệ AIHA thứ phát trong nghiên cứu của tác giả là 50%.

Như vậy, bệnh nhân trong đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có các đặc điểm về tuổi và giới, tỉ lệ bệnh nguyên phát/thứ phát tương tự như các nghiên cứu trước.

2. Đặc điểm của tự kháng thể ở bệnh nhân AIHA

Bảng 2 mô tả đặc điểm theo bản chất của tự KT phát hiện được trên bề mặt hồng cầu cho thấy tự KT có bản chất là IgG và C3d chiếm tỉ lệ rất lớn, trong đó KT IgG kết hợp C3d là dạng tồn tại hay gặp nhất với 61,1%, KT IgG và C3d đơn độc chiếm tỉ lệ ít hơn tương ứng với 27% và 11,9%. Nghiên cứu của Bùi Thị Mai An [6] (năm 2014) cho thấy ở BN AIHA có 83,9% IgG và 82,8% C3d được phát hiện trên hồng cầu, trong

đó kháng thể IgG kết hợp với C3d là dạng tồn tại phổ biến nhất với 49,5%. Nghiên cứu của Das và Chaudhary[7] (năm 2009) cũng cho thấy 42/43 (97,7%) bệnh nhân AIHA tìm thấy IgG trên bề mặt hồng cầu. Các nghiên cứu của Barcellini[4] (năm 2014) và Das[7] (năm 2009) lại cho rằng IgG tồn tại đơn độc chiếm tỉ lệ cao nhất (trên 70%). Sự khác biệt này có thể liên quan đến sự khác biệt của đối tượng nghiên cứu, yếu tố dịch tễ cũng như lựa chọn kỹ thuật xác định bản chất tự kháng thể ở bệnh nhân AIHA.

Ngoài IgG và C3d, ở bệnh nhân AIHA cũng có thể phát hiện các tự KT có bản chất là IgM, IgA, C3c,... trên bề mặt hồng cầu. Theo nghiên cứu của Bùi Thị Mai An [6] (năm 2014), Barcellini [4] (năm 2014) thì tỉ lệ những tự KT này rất thấp. Theo Berentsen [8], tự KT ngoài IgG có khả năng liên kết với C1 khởi tạo con đường hoạt hóa bổ thể và gây ra tan máu trong lòng mạch hoặc kết quả là các tế bào hồng cầu được gắn một số thành phần của bổ thể, trong đó chủ yếu là C3d. Do vậy, xác định sự có mặt của KT-IgG và C3d trên hồng cầu có nhiều ý nghĩa ở bệnh nhân AIHA. Tác giả Hill AQ và cộng sự (năm 2018) đã dùng đặc điểm này của tự kháng thể để phân loại bệnh AIHA [9].

Để xác định sự có mặt của KT lạnh hoặc KT Donath - Landsteiner trong huyết thanh, những bệnh nhân AIHA có KT trên bề mặt hồng cầu là C3d ± IgG được sàng lọc bằng xét nghiệm ngưng kết trực tiếp ở điều kiện nhiệt độ phòng. Kết quả nghiên cứu cho thấy 46/92 bệnh nhân AIHA được làm xét nghiệm có kết quả dương tính. Tuy nhiên, KT lạnh cũng có thể xuất hiện ở người bình thường với hiệu giá thấp, thường là dưới 64 [1,9]. Do đó, xét nghiệm hiệu giá KT lạnh sẽ được thực hiện với những trường hợp có kết quả dương tính. Kết quả nghiên cứu từ bảng 3 chỉ ra 26 BN có hiệu giá KT lạnh ≥ 64 . Đây là những trường hợp bệnh nhân tồn tại KT lạnh có ý nghĩa trong chẩn đoán và phân loại bệnh AIHA. Những bệnh nhân có xét nghiệm ngưng kết trực tiếp âm tính và hiệu giá KT lạnh < 64 được xét nghiệm phát hiện KT Donath – Landsteiner, tuy nhiên không có bệnh nhân nào cho kết quả xét nghiệm dương tính (theo bảng 3).

Kết hợp các kết quả xét nghiệm xác định bản chất KT trên hồng cầu và khảo sát KT lạnh trong huyết thanh BN AIHA để phân tích đặc điểm của tự KT theo nhiệt độ hoạt động. Kết quả nghiên cứu từ bảng 4 cho thấy tự KT ở BN AIHA chủ yếu là KT nóng (chiếm 79,4%), tỉ lệ KT lạnh và phối hợp KT nóng và lạnh ở bệnh nhân AIHA thấp (tương ứng 9,5% và 11,1%). Nghiên cứu

của Chen [3] (năm 2020) cho thấy AIHA do KT nóng chiếm tỉ lệ 97,3%, nghiên cứu của Zhang [10] (năm 2019) tỉ lệ này là 81,7%, nghiên cứu của Barcellini [4] (năm 2014) cũng chỉ ra 60% bệnh nhân AIHA do KT nóng. Nhìn chung các nghiên cứu đều chỉ ra tự KT ở bệnh AIHA chủ yếu là KT nóng. Xác định đặc điểm theo nhiệt độ hoạt động của tự KT ở BN AIHA là cơ sở để phân loại bệnh nhân AIHA, đó là việc rất cần thiết liên quan đến điều trị.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi phát hiện các loại tự kháng thể ở 126 bệnh nhân AIHA gồm có 27% IgG, 11,9% C3d và 61,1% IgG + C3d. Theo nhiệt độ hoạt động của tự kháng thể, chúng tôi thấy có 79,4% kháng thể nóng, 9,5% kháng thể lạnh và 11,1% phối hợp kháng thể nóng và lạnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Quang Vinh** (2019), *Bài giảng sau đại học Huyết học – Truyền máu*, Nhà xuất bản Y học, 1, 178-203.
2. **Zanella A et al** (2011), Disorders of red cell metabolism, *In Postgraduate Haematology*, 6, 158-175.
3. **Chen C** (2020), Autoimmune hemolytic anemia in hospitalized patients: 450 patients and their red blood cell transfusions, *Medicine*, 99(2), 1873-1879.
4. **Barcellini W et al** (2014), Clinical heterogeneity and predictors of outcome in primary autoimmune hemolytic anemia: a GIMEMA study of 308 patients, *Blood*, 124(19), 2930-2936.
5. **Gologan R, Berceanu S** (1979). Serologic diagnosis in the differentiation of autoimmune hemolytic anemias. *Medecine interne*, 17.2, 191-196.
6. **Bùi Thị Mai An, Hoàng Thị Thanh Nga** (2014). Nghiên cứu xác định bản chất kháng thể ở bệnh nhân thiếu máu tan máu tự miễn, *Y học Việt Nam*, số đặc biệt, 667-670.
7. **Das SK, Chaudhary R et al** (2008), Clinical and serological characterization of autoimmune hemolytic anemia in a tertiary care hospital in North India, *Ann Hematol*, 88, 727-732.
8. **Berentsen S** (2018), Complement activation and inhibition in autoimmune hemolytic anemia: Focus on cold agglutinin disease, *Senin Hematol*, 55(3), 141-149.
9. **Hill QA et al** (2019), Autoimmune hemolytic anemia, *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*, 2018(1), 382-389.
10. **Zhang LN** (2019), Serological Characteristics of Patients with Autoimmune Hemolytic Anemia and Efficacy and Safety of Incompatible Transfusion of Red Blood Cells, *Zhongguo Shi Yan Xue Ye Xue Za Zhi*, 27(3), 916-919.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ SỎI TRONG GAN KÈM HẸP ĐƯỜNG MẬT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

ĐỖ HẢI ĐĂNG¹,
TRẦN ĐÌNH THO², NGUYỄN THỊ LAN²,
ĐỖ TUẤN ANH², NGUYỄN HẢI NAM²
¹Trường Đại học Y Hà Nội
²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tán sỏi bằng máy tán sỏi điện thủy lực điều trị sỏi mật có hẹp đường mật và các yếu tố tiên lượng sạch sỏi.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu, chọn mẫu thuận tiện trên 124 bệnh nhân sỏi mật kèm hẹp đường mật được mổ tán sỏi tại khoa Phẫu thuật gan mật, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2019. Kết quả: Vị trí hẹp hay gặp nhất là ống gan trái, chiếm 61,3%; đa số bệnh nhân hẹp ở 1 vị trí và ở mức độ nặng. Tỷ lệ sạch sỏi là 51,6%, tỷ lệ cắt gan do sỏi mật là 23,4%. Mức độ hẹp đường mật và phương pháp mổ là hai yếu tố tiên lượng nguy cơ sót sỏi của bệnh nhân sỏi mật có hẹp đường mật ($p < 0,05$). **Kết luận:** Hẹp đường mật là một tình trạng bệnh lý phức tạp kèm theo bệnh lý sỏi mật. Vì vậy, cần phối hợp nhiều phương pháp điều trị, giải thích về nguy cơ sót sỏi cao và ảnh hưởng của yếu tố này trong quá trình điều trị.

Từ khóa: Sỏi mật, hẹp đường mật, nội soi tán sỏi, điện thủy lực, yếu tố tiên lượng.

SUMMARY

EVALUATE SURGERY OUTCOME FOR INTRA-HEPATIC STONE WITH BILIARY STRICTURE AND ASSOCIATED FACTORS IN VIET DUC HOSPITAL

Objective: Evaluate the efficacy of using intracorporeal electrohydraulic lithotripsy in the treatment of gallstones combined with biliary stricture and identify prognostic factors for stone clearance.

Chịu trách nhiệm: Đỗ Hải Đăng
Email: dangdo.fsh@gmail.com
Ngày nhận: 07/7/2020
Ngày phân biện: 18/8/2020
Ngày duyệt bài: 09/9/2020

Subject and method: The research was conducted retrospectively with convenient sampling, recruited 124 eligible patients who underwent intracorporeal lithotripsy in Department of Biliary surgery, Viet Duc Hospital from January 2018 to December 2019.

Results: The most common stricture site was the left hepatic duct, accounting for 61.3%, mostly occurred in one site and the severity was high. The stone clearance rate was 51.6%, 23.4% of patients underwent hepatic resection. The degree of stricture and surgical method were two independent predictors of residual stones in patients with gallstones and biliary stricture ($p < 0.05$).

Conclusion: Biliary stricture is a complex condition in gallstones diseases. Therefore, multiple techniques should be used, and doctors should explain the risk of residual stone and the effects of biliary stricture on treatment results.

Keywords: Cytolithiasis, biliary stricture, lithotripsy, electrohydraulic, predictive factor.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi mật là một bệnh lý phổ biến ở Việt Nam, trong đó sỏi trong gan chiếm hơn 50% trường hợp [1]. Nguyên nhân thường gặp là nhiễm khuẩn đường mật và kí sinh trùng [2]. Hẹp đường mật là yếu tố phối hợp, được định nghĩa là tình trạng giảm khẩu kính đường mật một cách tương đối so với đường mật kế cận. Sỏi trong gan kèm hẹp đường mật là một tình trạng phức tạp, tăng nguy cơ tạo sỏi, nhiễm trùng đường mật, kéo dài thời gian mổ. Có nhiều phương pháp điều trị sỏi mật như nội khoa, tán sỏi ngoài cơ thể, nội soi mật tụy ngược dòng (SE, ERCP)... [2,3]. Tuy nhiên phẫu thuật lấy sỏi đường mật vẫn là phương pháp phổ biến nhất [4]. Phương pháp nội soi bằng ống soi mềm kết hợp tán sỏi điện thủy lực

cho phép tiếp cận hiệu quả bệnh lý sỏi mật. Mặc dù vậy, vẫn còn ít nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phương pháp này trong điều trị bệnh nhân sỏi trong gan kèm hẹp đường mật. Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật tán sỏi ở bệnh nhân sỏi trong gan có hẹp đường mật và các yếu tố liên quan.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng

124 bệnh nhân (BN) sỏi trong gan kèm hẹp đường mật đã được phẫu thuật bằng phương pháp nội soi tán sỏi (NSTS) tại khoa Phẫu thuật Gan mật, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2018-12/2019.

Hẹp đường mật được xác định dựa vào hình ảnh nội soi đường mật theo phân loại của tác giả Lee (Hàn Quốc) dựa trên ống soi cơ sở đường kính 5 mm⁵.

Hẹp nhẹ: ống soi không đưa qua được chỗ hẹp nhưng sau khi nong đường mật thì có thể đưa qua được.

Hẹp vừa: sau khi nong chỗ hẹp, ống soi vẫn không đưa qua được.

Hẹp nặng: khẩu kính chỗ hẹp nhỏ hơn so với khẩu kính của ống soi.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Hẹp đường mật do ung thư, chấn thương, xơ đường mật nguyên phát.

BN không có đầy đủ thông tin trong bệnh án nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu (NC) được tiến hành dưới dạng mô tả hồi cứu, chọn mẫu thuận tiện với BN đủ tiêu chuẩn trong thời gian NC.

Biến số nghiên cứu: Hành chính (mã bệnh án, tên, tuổi, giới, tiền sử bệnh lý, số lần mổ sỏi mật, lý do vào viện, thời gian nằm viện), đặc điểm lâm sàng (đau, sốt, vàng da, nôn...), cận lâm sàng (công thức máu, đông máu, sinh hóa: chức năng gan thận, bilirubin, vi khuẩn...), chẩn đoán hình ảnh (độ chính xác, giãn/hẹp đường mật, kích thước sỏi ...), phẫu thuật (phương pháp, tổn thương gan, đường mật, dịch mật, sạch sỏi, biến chứng: chảy máu/vỡ đường mật, nhiễm khuẩn...), hẹp đường mật (vị trí, số lượng, mức độ).

3. Phân tích dữ liệu: Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Từ 1/2018-12/2019, 124 BN có sỏi trong gan có kèm hẹp đường mật đã phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật Gan mật, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức; kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân loại	N	%
Tuổi	<40	28	22,6
	40-60	63	50,8
	≥60	33	26,6
Giới	Nam	44	35,5
	Nữ	80	64,5
Tiền sử	Tăng huyết áp (THA)	8	6,5
	Đái tháo đường (ĐTĐ)	9	7,3
	Sỏi mật	89	71,8
	Khác	21	16,9
Tiền sử số lần mổ sỏi mật	0	58	46,8
	1-2	55	44,4
	>2	11	8,9
Dấu hiệu lâm sàng	Đau	120	96,8
	Sốt	87	70,2
	Vàng da	45	36,3
	Khác (nôn, chán ăn...)	7	5,6

Tỉ lệ nam:nữ là 0,55:1; đa số BN ở độ tuổi 40-60 tuổi (hơn 50%), tương đương tác giả Đỗ Kim Sơn⁶. Nguyên nhân là do estrogen làm tăng cholesterol dịch mật, ú mật³. Dưới 20% BN có bệnh lý nội khoa như THA, ĐTĐ, xơ gan. 72% BN có tiền sử sỏi mật, trong đó 46,8% chưa điều trị. BN vào viện chủ yếu vì đau bụng (96,8%), sốt (70,2%).

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân sỏi mật kèm hẹp đường mật

Đặc điểm	Phân loại	N	%
BMI	<18.5	27	21,8
	18.5-25	84	67,7
	>25	13	10,5
Bạch cầu	<4	2	1,6
	4-10	79	63,7
	>10	43	34,7
Tiểu cầu	<150	16	12,9
	≥150	108	87,1
Prothrombin	<70	8	6,5
	>70	116	93,5
Bilirubin TP	<20	76	61,3
	≥20	48	38,7
Men gan	<37	44	35,5
	≥37-100	80	64,5
Vi khuẩn	Klebsiella	29	23,4
	E.Coli, Enterobacter/Enterococcus	112	90,3
	Khác	32	27,8
	Không	15	12,1

67,7% BN có giá trị BMI ở mức bình thường, hơn 20% BN có BMI thấp <18.5. Tỷ lệ BN có bạch cầu tăng >10 G/l là trên 30%, đa số BN có giá trị đông máu bình thường, tương đương tác giả Đỗ Kim Sơn [6]. Gần 40% bilirubin toàn phần tăng, 30,6% có giá trị men gan >100 UI/l. Kết quả cấy dịch mật là E.coli, Enterobacter/ Enterococcus chiếm hơn 90%, hơn 10% có kết quả cấy âm tính.

Bảng 3. Đặc điểm sỏi đường mật trong gan trên chẩn đoán hình ảnh

Đặc điểm	Siêu âm (n=124)		Cắt lớp vi tính (n=20)		MRI (n=48)	
	n	%	n	%	n	%
Phát hiện sỏi	119	95,9	20	100	58	100
OMC > 12mm	46 (n=104)	44,2	11 (n=16)	68,8	29 (n=56)	51,8
Sỏi lớn > 20mm	85	68,5	10	50	33	56,7
Hẹp đường mật	2	1,6	1	5	4	6,9
Giãn đường mật	117	94,4	17	85	51	87,9

Tỷ lệ phát hiện sỏi trên siêu âm là 95,9%, thấp hơn trên CT và MRI là 100%. Khoảng 50% BN có ống mật chủ (OMC) giãn > 12 mm và sỏi lớn > 20 mm. Tỷ lệ phát hiện giãn đường mật trong và ngoài gan là khoảng 90%, cao nhất là siêu âm (94,4%). Khả năng phát hiện hẹp đường mật trước mổ thấp (chiếm < 7% các trường hợp).

Bảng 4. Đặc điểm liên quan đến phẫu thuật sỏi mật có hẹp đường mật

Đặc điểm	Phân loại	N	%
Dịch mật	Gan xơ	81	65,3
	Trong	69	55,6
	Đục/Mủ	55	44,4
Sỏi	Gan phải/gan trái	24	19,4
	2 gan	19	15,3
	Gan phải/gan trái, OMC	32	25,8
	2 gan, OMC	49	39,5
Niêm mạc đường mật	Bình thường	46	37,1
	Sung huyết/Đỏ	78	62,9
Áp xe gan đường mật	Có	24	19,4
	Không	100	80,6
Vị trí hẹp đường mật	Ống gan phải	41	33,1
	Ống gan trái	76	61,3
	Ngã ba đường mật	2	1,6
	Hạ phân thùy	11	8,9

Số vị trí hẹp	1	98	79
	≥2	26	21
Mức độ hẹp đường mật	Hẹp nhẹ	22	17,2
	Hẹp vừa	41	32
	Hẹp nặng	61	47,7
Phương pháp lấy sỏi	Cắt gan	29	23,4
	Mở nhu mô lấy sỏi	5	4
Phương pháp phối hợp (SE, lấy sỏi qua da)		1	0,8
Phương pháp phục hồi lưu thông đường mật	Đóng kín OMC	1	0,8
	Dẫn lưu Kehr/Voelker	123	99,2
	Nối mật ruột	5	4,1
Thời gian mổ (phút)	<180	13	10,5
	>180	111	89,5
Tỷ lệ sạch sỏi		64	51,6
Biến chứng	Không	102	82,3
	Chảy máu/vỡ đường mật	7	5,6
	Abcess tồn dư	8	6,5
	Khác	12	5,6

Tỷ lệ xơ gan là 65,3%. Sỏi OMC kèm sỏi trong gan 2 bên hay gặp nhất, chiếm gần 40%. Dịch mật có mủ đục chiếm gần 50%, khoảng 20% BN có áp xe gan đường mật. Gần 50% BN hẹp đường mật ở mức độ nặng, đa phần hẹp ở 1 vị trí, tương đương tác giả Takada[7]. Đa số hẹp đường mật gan trái, tương đương tác giả Nakayama[8]. Theo Han, nguyên nhân là do phản ứng viêm của đường mật trước kích thích của sỏi và nhiễm trùng[9]. Nguyễn Tiến Quyết cũng chỉ ra hẹp đường mật là hậu quả của sỏi trong gan gây cản trở lưu thông mật, dễ hình thành sỏi mới, nhiễm trùng[10]. 23,4% cắt thùy gan trái và khoảng 4% mở nhu mô gan lấy sỏi. Tỷ lệ sạch sỏi là 51,6%. Theo tác giả Fan, tỷ lệ sạch sỏi của phương pháp này với trường hợp sỏi mật thông thường là 54,3%[11]. Hơn 80% BN không có biến chứng, khoảng 5% chảy máu đường mật và 6,5% abcess tồn dư. Tỷ lệ sạch sỏi trong NC của chúng tôi là 51,6%, gần tương đương tác giả Trần Đình Thor[12].

Bảng 5. Yếu tố tiên lượng sỏi sỏi

Đặc điểm	Phân loại	Hệ số beta	P value
Vị trí hẹp	Ngoài gan	0,441	0,52
	Trong gan		
	Trong, ngoài gan		
Số vị trí hẹp	1	0,689	0,198
	2		
	>2		

Mức độ hẹp	Nhẹ	1,4	<0,0001
	Vừa		
	Nặng		
Phương pháp mổ	NSTS đơn thuần	-2,028	<0,001
	NSTS phối hợp		
Số lần mổ sỏi mật	0	0,153	0,664
	1-2		
	>2		
Bilirubin	<50	-0,263	0,641
	≥50		
Men gan	<100	0,062	0,641
	≥100		

Khi phân tích tương quan đơn biến, vị trí, số vị trí, mức độ hẹp và phương pháp mổ đều ảnh hưởng đến tỉ lệ sạch sỏi ($p < 0,05$). Tuy nhiên, trong mô hình hồi quy đa biến, chỉ có phương pháp mổ và mức độ hẹp nhiều đường mật có ảnh hưởng đến mức độ sót sỏi với hệ số beta là 1,4 và -2,028 ($p < 0,001$) (bảng 5). Theo đó, BN hẹp đường mật càng nhẹ và được mổ kết hợp nhiều phương pháp (như cắt gan, mỡ nhu mô...) thì tỉ lệ sót sỏi càng thấp. Tuy nhiên, chỉ định cho những phương pháp này khá hạn chế. Vì vậy, về mặt lâm sàng, mức độ hẹp là yếu tố có ảnh hưởng nhất đến tiên lượng sót sỏi.

KẾT LUẬN

71,6% trường hợp có tiền sử sỏi mật, sỏi ống mật chủ và 2 ống gan chiếm đa số (39,5%). Vị trí hẹp hay gặp nhất là ống gan trái (61,3%), đa phần hẹp ở 1 vị trí và ở mức độ nặng. Tỉ lệ sạch sỏi là 51,6%, tỉ lệ cắt gan là 23,4%, hơn 80% không có biến chứng sau mổ. Mức độ hẹp đường mật và phương pháp mổ là hai yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến tiên lượng sạch sỏi ($p < 0,05$). Vì vậy, với các trường hợp hẹp đường mật, cần áp dụng nhiều phương pháp điều trị, xác định nguy cơ sót sỏi và giải thích cho bệnh nhân về ảnh hưởng của yếu tố này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thơ TĐ, Sơn ĐK, Quyết NT, Tùng ĐT, Anh ĐT.** Vai trò của nội soi đường mật trong mổ và tán sỏi điện thủy lực trong chẩn đoán và hỗ trợ điều trị phẫu thuật sỏi trong gan. *Y học thực hành.* 2004;491:196-200.

2. **S.I Schwartz, G.T Shires, F.C Spencer** et al. Gallbladder and extrahepatic biliary system. *Principles of surgery, Mc Graw- Hill* 1999:1447-1457.

3. **J.Dooley S.** Gallstone and inflammatory gallbladder diseases. In: *Diseases of the liver and biliary system.* London: Oxford Black well; 1993:562-591.

4. **Anh PV.** Đánh giá kết quả phẫu thuật có tán sỏi điện thủy lực điều trị sỏi đường mật trong gan có chít hẹp đường mật [Luận văn thạc sĩ], Trường Đại học Y Hà Nội; 2014.

5. **Lee SK, Seo DW, Myung SJ,** cộng sự. Percutaneous transhepatic cholangioscopic treatment for hepatolithiasis: an evaluation of long-term results and risk factors for recurrence. *Gastrointestinal endoscopy.* 2001:P318-323

6. **Sơn ĐK, Long TB, Hùng V.** Nghiên cứu đặc điểm bệnh lý và đánh giá kết quả phẫu thuật trong sỏi mật mổ lại. *Ngoại khoa.* 2003;1:27-34.

7. **Takada T, Uchiyama K, Yasuda H, Hasegawa H.** Indication for the choledoscopic removal of intrahepatic stones base on the biliary anatomy. *The American Journal of Surgery.* 1995;171:558-561.

8. **Nakayama F, Koga A, Ichimiya H,** et al. Hepatolithiasis in East Asia: Comparison between Japan and China. *Journal of Gastroenterology and Hepatology.* 1991;6(2):155-158.

9. **Han MC, Han JK, Choi BI, Park JH.** Recurrent Pyogenic Cholangitis: Pathology, Imaging, and Management by Interventional Radiology. In: Rossi P, Bezzi M, eds. *Biliary Tract Radiology.* Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 1997:279-297.

10. **Quyết NT, Nam NH, Hùng ĐM,** et al. Kết quả sớm của phẫu thuật nối mật-ruột kiểu roux-en-y với đầu ruột đặt dưới da để điều trị sỏi đường mật chính kết hợp với sỏi đường mật trong gan. *Ngoại khoa.* 1999;5:8-15.

11. **Fan Sheung Tat, Tat Kuen Choi, Chung Mou Lo.** Treatment of hepatolithiasis: improvement of result by a systematic approach. In: *Surgery.* 1991:474 - 480.

12. **Thơ TĐ.** Tồn thương hẹp đường mật trong bệnh lý sỏi trong gan qua siêu âm và nội soi đường mật trong mổ. *Y học Việt Nam.* 2007;333(4):16-21.

THỰC TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN TÂM THẦN HÀ NỘI NĂM 2020

VŨ DUY TÔN¹, PHẠM DUY TƯỜNG²

¹Bệnh viện Tâm thần Hà Nội

²Trường Đại học Thăng Long

TÓM TẮT

Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang có phân tích 140 người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Hà Nội năm 2020. Kết quả cho thấy cân nặng trung bình của người bệnh lúc nhập viện là 54,3 kg ± 10,1 kg. Tính BMI tại thời điểm nhập viện có 15,7% người bệnh suy dinh dưỡng (BMI < 18,5). Tỷ lệ người bệnh đạt được mức năng lượng kcal theo khuyến nghị trong vòng tuần đầu nhập viện ≥ 100% chiếm tỷ lệ cao 93,6% và người bệnh đạt < 100% chiếm tỷ lệ thấp 6,4%. Tỷ lệ đạt được mức năng lượng và protein theo khuyến nghị trong vòng tuần đầu nhập viện ≥ 100% chiếm tỷ lệ cao 82,1% và người bệnh đạt

< 100% chiếm tỷ lệ thấp 17,9%. Trên thực tế, đảm bảo giá trị dinh dưỡng năng lượng và chất sinh nhiệt khẩu phần ăn trung bình (Kcal): 2.141, P(g): 73, L(g): 44, G(g): 362. Các vitamin A, B1, B2, C, Calci thấp so với nhu cầu khuyến nghị. Kết luận: Suy dinh dưỡng ở người bệnh điều trị nội trú là khá phổ biến ở Bệnh viện Tâm thần Hà Nội, chế độ ăn bệnh lý chưa đảm bảo đủ năng lượng với tỷ lệ cân đối các thành phần dinh dưỡng và thiếu vitamin A, D, C... Và một số chất khoáng như Calci, Magie, Sắt...

Từ khóa: Dinh dưỡng, Bệnh viện Tâm thần Hà Nội, điều trị nội trú.

SUMMARY

THE NUTRITIONAL STATUS AND SOME RELATED FACTORS OF THE IN-PATIENTS IN HANOI MENTAL HOSPITAL IN 2020

Chịu trách nhiệm: Vũ Duy Tôn
Email: vuduyton1969@gmail.com

Ngày nhận: 10/7/2020

Ngày phản biện: 07/8/2020

Ngày duyệt bài: 28/8/2020

The study used descriptive cross-sectional study with analysis of 140 in-patients at Hanoi Mental Hospital in 2020. The results showed that the average weight of patients when hospitalized were 54.3 kg ± 10.1 kg. According to BMI at the time of being hospitalized, 15.7% of patients were malnourished (BMI < 18.5). The proportion of patients achieving the recommended kcal energy level within the first week of hospital admission ≥ 100% was high at 93.6% and patients < 100% was low at 6.4%. The rate of achieving the recommended energy and protein levels within the first week of hospital admission ≥ 100% accounted for a high rate of 82.1% and patients < 100% accounted for a low rate of 17.9%. In fact, ensuring the nutritional value of energy and calorific value of the average diet (Kcal): 2,141, P (g): 73, L (g): 44, G (g): 362. Vitamins A, B1, B2, C, Calcium are low compared to the recommended needs. Conclusion: Malnutrition in in-patients is quite common in Hanoi Mental Hospital, pathological diets do not ensure adequate energy with a balanced proportion of nutritious components, and are short of vitamins A, D, C... And some minerals such as calcium, magnesium, iron...

Keywords: Nutrition, Hanoi Mental Hospital, in-patients.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chế độ dinh dưỡng cho người bệnh là yếu tố rất quan trọng và cần thiết, góp phần vào sự thành công của điều trị, chế độ ăn hợp lý sẽ góp phần phòng được bệnh, chế độ ăn hợp lý góp phần điều trị bệnh và chế độ ăn hợp lý làm cho người bệnh phục hồi nhanh hơn [2].

Đúng như Tiến sĩ Rucklidge nhấn mạnh rằng vấn đề dinh dưỡng, và thiếu dinh dưỡng là một yếu tố nguy cơ quan trọng cho sự phát triển của

bệnh tâm thần “Chúng ta cần phải có ý thức về vai trò quan trọng do dinh dưỡng” [3].

Ăn uống 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. Tuy nhiên, cả ăn thiếu hoặc thừa các chất dinh dưỡng và không đảm bảo an toàn vệ sinh thực phẩm đều có thể gây ra bệnh, thậm chí có thể tử vong. Tại Bệnh viện Tâm thần Hà Nội, cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào về thực trạng dinh dưỡng của người bệnh điều trị nội trú, vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Thực trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Hà Nội năm 2020” với 2 mục tiêu: (1) Đánh giá thực trạng dinh dưỡng của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Hà Nội năm 2020; (2) Phân tích một số yếu tố liên quan đến thực trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

140 Người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Hà Nội, tiêu chuẩn chọn: Là các người bệnh đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Hà Nội, thời gian nằm viện ≥ 5 ngày. Tiêu chuẩn loại trừ loại trừ: Các đối tượng không đồng ý hợp tác tham gia sau khi đã được nói rõ mục đích của nghiên cứu, thời gian nằm viện < 5 ngày, các người bệnh đã là đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu này từ các lần nhập viện trước

2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Tâm thần Hà Nội, địa chỉ số 467 đường Nguyễn Văn Linh, phường Sài Đồng, quận Long Biên, thành phố Hà Nội từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 6 năm 2020.

3. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang có phân tích

4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

* **Cỡ mẫu:** cỡ mẫu nghiên cứu là 140 đối tượng.

* Phương pháp chọn mẫu:

Mẫu được chọn theo phương pháp thuận tiện.

Các biến số, chỉ số nghiên cứu và tiêu chuẩn đánh giá

* Các biến số nghiên cứu: Tuổi, giới, trình độ văn hóa, nghề nghiệp, bệnh chính, bệnh lý kèm theo, số lần nằm viện, chỉ số xét nghiệm, cân nặng...

* Các chỉ số nghiên cứu: Tỷ lệ %, số cân nặng (kg)...

5. Tiêu chí đánh giá

- Đánh giá khẩu phần ăn vào của người bệnh

về tổng năng lượng ăn vào trong ngày.

- So sánh với nhu cầu khuyến nghị để đánh giá đủ hay thiếu về năng lượng.

- Cách tính nhu cầu khuyến nghị: Về năng lượng theo nhóm tuổi dựa vào cân nặng của WHO.

6. Phương pháp thu thập thông tin

- Bệnh án nghiên cứu trích xuất thông tin từ hồ sơ bệnh án người bệnh

- Cân đo và thước đo chiều cao

- Các thang điểm đánh giá: Thang điểm MUST, BMI (theo WHO)

- Bảng thành phần dinh dưỡng thực phẩm Việt Nam...

7. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu thu thập được tính toán, phân tích và xử lý bằng phần mềm thống kê y sinh học SPSS 16.0; Epi info và phần mềm Excel. Số liệu được trình bày theo số lượng và tỷ lệ %, thuật toán so sánh χ^2 và t (Student), OR(CI 95%), p được sử dụng.

8. Đạo đức trong nghiên cứu

- Đề cương nghiên cứu được Hội đồng xét duyệt đề cương Trường Đại học Thăng Long thông qua.

- Nghiên cứu được sự đồng ý của Lãnh đạo Bệnh viện Tâm thần Hà Nội, các khoa phòng liên quan của Bệnh viện Tâm thần Hà Nội.

- Đây là nghiên cứu cắt ngang, nhằm nâng cao chất lượng dinh dưỡng và điều trị, không có hoạt động gây mất an toàn cho người bệnh, không để lộ thông tin người bệnh.

- Người bệnh và thân nhân người bệnh, tự nguyện. Người bệnh và thân nhân người bệnh có quyền rút khỏi nghiên cứu không cần giải thích.

- Kết quả nghiên cứu hoàn toàn phục vụ cho mục đích học tập và nghiên cứu khoa học, không vì bất kỳ mục đích nào khác.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Thực trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Cân nặng trung bình và chỉ số BMI của người bệnh lúc nhập viện và khi ra viện:

Chỉ số	Thời điểm	
	Lúc nhập viện	Khi ra viện
Cân nặng trung bình (kg)	54,3 \pm 10,1	54,7 \pm 10
BMI trung bình	22,24 \pm 4,08	

Kết quả bảng trên cho thấy cân nặng trung bình của người bệnh lúc nhập viện là 54,3 kg \pm 10,1 kg và khi người bệnh ra viện số cân nặng trung bình 54,7 \pm 10. BMI trung bình 22,24 \pm 4,08.

Bảng 2. Giá trị dinh dưỡng khẩu phần ăn trung bình/ngày của người bệnh (n=140).

Thành phần các chất dinh dưỡng	Thứ 2	Thứ 3	Thứ 4	Thứ 5	Thứ 6	Thứ 7	CN	Trung bình
Năng lượng (Kcal)	2.046	2.186	2.146	2.029	2.251	2.162	2.170	2.141
Protein (gr)	75	66	75	70	81	64	69	71,6
Lipit (gr)	44	47	42	27	43	58	50	44,3
Glucid (gr)	346	385	371	360	388	337	370	365,3
Xellulose (gr)	4	5	6	5	5	6	5	5,1
Natri (mg)	80	87	91	90	160	530	107	163,6
Kali (mg)	1.560	1.762	1.773	2.275	1.822	1.999	1.757	1.850
Magnesium (mg)	143	115	116	100	94	95	186	121,3
Canxi (mg)	356	260	300	293	275	296	293	296,1
Phosphorou (mg)	851	787	820	772	892	716	768	800,6
Sắt (Fe)	6	6	6	6	6	5	6	5,7
PP (vitamin)	8	8	10	116	114	8	8	39
Vitamin A	222	50	308	79	291	53	97	157
Vitamin B1	590	640	805	810	677	636	591	678,2
Vitamin B2	37	125	198	180	192	177	101	144,2
Vitamin B6	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5
Vitamin C	191	168	117	134	185	36	20	121,5

Kết quả bảng trên cho thấy năng lượng và các chất sinh nhiệt cũng như các vitamin và khoáng chất người bệnh nhận được từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 7 nằm viện hoặc khi ra viện là tương đối ổn định, vì người bệnh được đảm bảo ăn theo một mức ăn như nhau là 35.000^d/người/ngày.

Bảng 3. Người bệnh được đảm bảo năng lượng kcal theo khuyến nghị trong vòng tuần đầu nhập viện theo giới (n=140).

Giới	Thực tế đảm bảo kcal theo khuyến nghị				OR χ^2 P
	<100%		≥100%		
	SL	%	SL	%	
Nam	8	12,1	58	87,9	OR = 10,07 $\chi^2 = 6,73$ p = 0,009
Nữ	1	1,4	73	98,6	
Chung	9	6,4	131	93,6	

- Thực tế đảm bảo kcal cho người bệnh < 100% theo khuyến nghị nam giới cao hơn nữ giới (12,1% so với 1,4%).

- Thực tế đảm bảo kcal cho người bệnh ≥ 100% theo khuyến nghị nữ giới cao hơn nam giới (98,6% so với 87,9%).

p = 0,009 < 0,05 → Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Người bệnh được đảm bảo năng lượng protein theo khuyến nghị trong vòng tuần đầu nhập viện theo giới (n=140).

Giới	Thực tế đảm bảo protein theo khuyến nghị				OR χ^2 P
	<100%		≥100%		
	SL	%	SL	%	
Nam	18	27,3	48	72,7	OR = 10,07 $\chi^2 = 7,54$ P = 0,006
Nữ	7	9,5	67	90,5	
Chung	25	17,9	115	82,1	

- Thực tế đảm bảo protein cho người bệnh đạt < 100% theo khuyến nghị nam giới cao hơn nữ giới (27,3% so với 9,5%).

- Thực tế đảm bảo protein cho người bệnh ≥ 100% theo khuyến nghị nữ giới cao hơn nam giới (90,5% so với 72,7%). OR = 10,07, Chi-Square $\chi^2 = 7,54$.

Với p = 0,006 < 0,05 → Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Giá trị năng lượng và protein theo cân nặng người bệnh đạt được trung bình trong tuần đầu nhập viện (n=140).

Chỉ số năng lượng	Giá trị năng lượng NB đạt được trung bình 7 ngày	
	Theo khuyến nghị	Thực tế đảm bảo
Kcalo trung bình	1.885 ± 278	2.141 ± 60
Protein trung bình	69 ± 1	71 ± 3

- Năng lượng kcal trung bình theo khuyến nghị là 1.885 ± 278.

Thực tế đảm bảo kcalo trung bình là 2.141 ± 60

- Năng lượng protein trung bình theo khuyến nghị là 69 ± 1.

Thực tế đảm bảo protein trung bình là 71 ± 3.

2. Một số yếu tố liên quan đến thực trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 6. Yếu tố liên quan giữa giới tính với BMI của người bệnh lúc nhập viện (n=140)

Yếu tố liên quan		Tình trạng dinh dưỡng BMI				OR (CI 95%)	P
		SDD	Bình thường	Thừa cân	Béo phì		
Giới	Nam	8 (12,1%)	51 (77,3%)	3 (4,5%)	4 (6,1)	OR = 0,448 (0,171-1,173)	0,008
	Nữ	14 (18,9%)	40 (54,1%)	18 (24,3%)	2 (2,7%)		
	Chung	22 (15,7%)	91 (65,0%)	21 (15,0%)	6 (4,3%)		

Kết quả bảng trên cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng của người bệnh lúc nhập viện ở nam giới thấp hơn nữ giới (12,1% so với 18,9%); bình thường ở nữ giới thấp hơn nam giới (54,1% so với 77,3%); thừa cân nam giới thấp hơn nữ giới (4,5% so với 24,3%); béo phì nữ giới thấp hơn nam giới (2,7% so với 6,1%).

OR = 0,488; CI = 0,171-1,173.

Với $p = 0,008 < 0,05 \rightarrow$ Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

Bảng 7. Yếu tố liên quan giữa giới tính của người bệnh với tình trạng đảm bảo dinh dưỡng kcal trong tuần đầu nhập viện (n=140)

Yếu tố liên quan		Dinh dưỡng kcal theo khuyến nghị				OR (CI 95%)	p
		Thiếu		Đủ			
		SL	%	SL	%		
Giới	Nam	8	12,1	58	87,9	OR = 10,069 (1,22-82,82)	0,032
	Nữ	1	1,4	73	98,6		
	Chung	9	6,4	131	93,6		

Kết quả bảng trên cho thấy tình trạng đảm bảo dinh dưỡng kcal cho người bệnh trong tuần đầu nhập viện so với khuyến nghị với mức thiếu ở nữ giới thấp hơn nam giới (1,4% so với 12,1%) và tỷ lệ đạt đủ ở nam giới thấp hơn nữ giới (87,9% so với 98,6%).

OR = 10,069; CI = 1,22-82,82.

Với $p = 0,032 < 0,05 \rightarrow$ Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

Bảng 8. Yếu tố liên quan giữa giới tính của người bệnh với tình trạng đảm bảo dinh dưỡng protein trong tuần đầu nhập viện (n=140)

Yếu tố liên quan		Dinh dưỡng protein theo khuyến nghị				OR (CI 95%)	p
		Thiếu		Đủ			
		SL	%	SL	%		
Giới	Nam	18	27,3	48	72,7	OR = 3,589 (1,39-9,26)	0,008
	Nữ	7	9,5	67	90,5		
	Chung	25	17,9	115	82,1		

Kết quả bảng trên cho thấy tình trạng đảm bảo dinh dưỡng protein cho người bệnh trong tuần đầu nhập viện so với khuyến nghị mức thiếu ở nữ giới thấp hơn nam giới (9,5% so với 27,3%) và tỷ lệ đạt đủ ở nam giới thấp hơn nữ giới (72,7% so với 90,5%).

OR = 3,589; CI = 1,39 - 9,26. Với $p = 0,008 < 0,05$

BÀN LUẬN

1. Thực trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi cân nặng trung bình của người bệnh lúc nhập viện là 54,3 kg \pm 10,1 kg và khi người bệnh ra viện là 54,7

kg \pm 10 kg số cân nặng trung bình có tăng hơn so với lúc nhập viện là 0,4 kg, mức tăng không đáng kể, chủ yếu là người bệnh nhập viện lần đầu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hữu Hoan cân nặng trung bình của người bệnh lúc nhập viện là 54,6 kg \pm 11,2 kg, ngày thứ 7 là 54,4 kg \pm 10,5 kg có bị giảm chút ít so với lúc nhập viện [4].

Chỉ số BMI của người bệnh lúc nhập viện trung bình là 22,24 \pm 4,08 và tỷ lệ suy dinh dưỡng của người bệnh lúc nhập viện là 15,7%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thùy Dung

chỉ số BMI của người bệnh lúc nhập viện trung bình là $24,2 \pm 3,6$ [6] và tương tự với kết quả BMI trung bình ở châu á là $24,4 \pm 4,1$; nghiên cứu ở Albani (71,2% SDD). Kết quả nghiên cứu của một nghiên cứu khác ở Ấn Độ cho thấy tỷ lệ SDD thấp hơn là 12,5% [11]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hữu Hoan (2015) đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng chỉ số BMI cho thấy vào thời điểm nhập viện vào khoa HSTC có 18,9% bệnh nhân suy dinh dưỡng (chỉ số BMI < 18,5) [4].

Giá trị dinh dưỡng năng lượng và chất sinh nhiệt khẩu phần ăn trung bình/ngày của NB theo khuyến nghị là 1.885 ± 278 kcal/ngày, thực tế đảm bảo là 2.141 ± 60 kcal/ngày, với $p = 0,009 < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với một số kết quả nghiên cứu trước: Nguyễn Hữu Hoan và cộng sự mức kcalo trung bình NB đạt được trong 6 ngày là 1.129,3 và mức protein trung bình NB đạt được trong 6 ngày là 44,43 [4], theo tác giả Đào Thị Thu Hoài (2016) là $1.327,8 \pm 494,6$ kcal/ngày [5]. Nguyễn Thúy Dung (2019) là $1.293,9 \pm 326,1$ kcal/ngày [6],

Thực tế đảm bảo kcal cho người bệnh < 100% theo khuyến nghị, nam giới cao hơn nữ giới (12,1% so với 1,4%).

Thực tế đảm bảo kcal cho người bệnh \geq 100% theo khuyến nghị, nữ giới cao hơn nam giới (98,6% so với 87,9%). Với $p = 0,009 < 0,05$ → sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hữu Hoan thấp hơn so với kết quả của chúng tôi, tỷ lệ người bệnh đạt > 65% nhu cầu năng lượng cao nhất là 75% ngày thứ 6 và thấp nhất là 66,2% ngày thứ 4 sau nhập viện [4].

Thực tế đảm bảo protein cho người bệnh đạt < 100% theo khuyến nghị nam giới cao hơn nữ giới (27,3% so với 9,5%).

Thực tế đảm bảo protein cho người bệnh đạt \geq 100% theo khuyến nghị nữ giới cao hơn nam giới (90,5% so với 72,7%). Với $p = 0,006 < 0,05$ → Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hữu Hoan thấp hơn so với kết quả của chúng tôi, tỷ lệ người bệnh đạt > 65% nhu cầu năng lượng Protein cao nhất là 55% ngày thứ 7 và thấp nhất là 40,5% ngày thứ 3 sau nhập viện.

Giá trị dinh dưỡng năng lượng và chất sinh nhiệt khẩu phần ăn trung bình/ngày của người bệnh theo đường tiêu hóa E(Kcal): 2.141, P(g): 73, L(g): 44, G(g): 362. Cơ bản đạt được theo Quyết định số: 2879/QĐ-BYT ngày 10/8/2006

hướng dẫn chế độ ăn bệnh viện mức ăn thông thường là E(Kcal): 2.200-2.400, P(g): 66-84, L(g): 40-65, G(g): 350-440 [1].

Thực phẩm giàu protein chất lượng cao bao gồm thịt, sữa và các sản phẩm từ sữa khác và trứng; Protein thực vật như đậu, đậu Hà Lan và ngũ cốc có thể chứa ít một hoặc hai axit amin thiết yếu. Lượng protein và lần lượt các axit amin riêng lẻ có thể ảnh hưởng đến chức năng não và sức khỏe tâm thần, nhiều chất dẫn truyền thần kinh trong não được làm từ axit amin, chất dẫn truyền thần kinh dopamine được tạo ra từ tyrosine axit amin và chất dẫn truyền thần kinh serotonin được tạo ra từ tryptophan [7.3].

Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng bổ sung hàng ngày các chất dinh dưỡng quan trọng thường có hiệu quả trong việc giảm các triệu chứng của bệnh nhân. Các chất bổ sung có chứa axit amin cũng đã được tìm thấy để giảm các triệu chứng, vì chúng được chuyển đổi thành chất dẫn truyền thần kinh, từ đó làm giảm trầm cảm và các vấn đề sức khỏe tâm thần khác. Trên cơ sở tích lũy bằng chứng khoa học, một can thiệp trị liệu hiệu quả đang xuất hiện, cụ thể là bổ sung/điều trị dinh dưỡng. Chúng có thể thích hợp để kiểm soát và ở một mức độ nào đó, ngăn ngừa trầm cảm, rối loạn lưỡng cực, tâm thần phân liệt, rối loạn ăn uống và rối loạn lo âu, rối loạn thiếu tập trung/rối loạn tăng động giảm chú ý (ADD/ADHD), tự kỷ và nghiện [3].

Mô hình ăn uống của dân số nói chung ở nhiều nước châu Á và châu Mỹ phản ánh rằng họ thường bị thiếu nhiều chất dinh dưỡng, đặc biệt là các vitamin, khoáng chất và axit béo omega-3 thiết yếu.

Theo T. S. Sathyanarayana Rao, M. R. Asha, B. N. Ramesh, và K. S. Jagannatha Rao, bổ sung hàng ngày các chất dinh dưỡng quan trọng thường có hiệu quả trong việc giảm các triệu chứng của bệnh nhân. Các chất bổ sung có chứa axit amin cũng đã được tìm thấy để giảm các triệu chứng, vì chúng được chuyển đổi thành chất dẫn truyền thần kinh, từ đó làm giảm trầm cảm và các vấn đề sức khỏe tâm thần khác. Một cách khác và hiệu quả để các bác sĩ tâm thần vượt qua sự không tuân thủ này là tự làm quen về các liệu pháp dinh dưỡng thay thế hoặc bổ sung. Mặc dù cần nghiên cứu thêm để xác định liệu khuyến cáo tốt nhất của hầu hết các chất bổ sung dinh dưỡng trong trường hợp một số chất dinh dưỡng, bác sĩ tâm thần có thể khuyến nghị liệu bổ sung chế độ ăn uống dựa trên các nghiên cứu hiệu quả trước đây và sau đó điều chỉnh liều dựa trên kết quả thu được quan sát chặt chẽ

những thay đổi ở bệnh nhân [3].

2. Một số yếu tố liên quan đến thực trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Yếu tố liên quan giữa giới tính với tình trạng dinh dưỡng BMI của người bệnh lúc nhập viện cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng ở nam giới thấp hơn nữ giới (22,7% so với 45,9%) và tỷ lệ không suy dinh dưỡng ở nữ giới thấp hơn nam giới (54,1% so với 77,3%), OR = 0,346 với p = 0,005 < 0,05.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác một số kết quả nghiên cứu khác; Đào Thị Thu Hoài tại thời điểm nhập viện thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng ở nam giới cao hơn nữ giới (31% so với 30,6%) [5]. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Duyên tỷ lệ gầy ở bệnh nhân nam (16,3%) cao hơn tỷ lệ gầy ở bệnh nhân nữ (12,1%) [8].

Người bệnh tâm thần bị suy dinh dưỡng là do chế độ ăn uống thất thường, ăn uống kém ngon miệng. Khi chúng ta xem xét kỹ chế độ ăn uống của những người trầm cảm, một quan sát thú vị là dinh dưỡng của họ không đủ. Họ lựa chọn thực phẩm kém và lựa chọn thực phẩm có thể thực sự gây ra trầm cảm, trầm cảm là một rối loạn liên quan đến các triệu chứng chính như tăng buồn bã và lo lắng, chán ăn, tâm trạng chán nản và mất hứng thú với các hoạt động vui thú. Nếu không có sự can thiệp điều trị kịp thời, rối loạn này có thể dẫn đến những hậu quả khác nhau. Bệnh nhân bị trầm cảm biểu hiện xu hướng tự tử ở mức độ lớn hơn và do đó thường được điều trị bằng thuốc chống trầm cảm và /hoặc tâm lý trị liệu. Sự thiếu hụt trong các chất dẫn truyền thần kinh như serotonin, dopamine, noradrenaline và axit γ -aminobutyric (GABA) thường liên quan đến trầm cảm [9,3].

Người bệnh tâm thần bị suy dinh dưỡng là do các rối loạn ăn uống, chán ăn tâm thần (anorexia nervosa) (F50.0) là một rối loạn được đặc trưng bằng sút cân có dụng ý do bệnh nhân gây ra và duy trì. Chán ăn tâm thần là một rối loạn tâm thần nặng, có mối quan hệ với rối loạn ám ảnh, với trầm cảm điển hình, một số lớn bệnh nhân vẫn tiếp tục biểu hiện những nét chán ăn tâm thần, dưới dạng mạn tính.

Người bệnh tâm thần bị thừa cân, béo phì cũng do ăn vô độ tâm thần (bulimia nervosa) (F50.2) một kiểu hành vi chu kỳ với đặc điểm là có những giai đoạn ăn thái quá, rồi mất tự kiểm soát, kết hợp với cảm giác tội lỗi hổ thẹn. Trong một số trường hợp, hành vi ăn vô độ được lặp lại nhiều lần trong ngày và mang tính xung động mãnh liệt. Hành vi này khác với tính tham ăn đơn thuần, ở chỗ cảm giác xấu hổ và mất kiểm

soát là những nét đặc trưng của chứng ăn vô độ tâm thần [9,10,11,12].

KẾT LUẬN

Suy dinh dưỡng ở người bệnh điều trị nội trú là khá phổ biến ở Bệnh viện Tâm thần Hà Nội, chế độ ăn bệnh lý chưa đảm bảo đủ năng lượng với tỷ lệ cân đối các thành phần dinh dưỡng và thiếu vitamin A,D,C... Và một số chất khoáng như Calci, Magie, Sắt...Cân nặng trung bình của người bệnh lúc nhập viện là 54,3 kg \pm 10,1 kg. Tính BMI tại thời điểm nhập viện có 15,7% người bệnh suy dinh dưỡng (BMI<18,5). Tỷ lệ suy dinh dưỡng của người bệnh lúc nhập viện là 15,7%. Tỷ lệ người bệnh đạt được mức năng lượng kcal theo khuyến nghị trong vòng tuần đầu nhập viện \geq 100% chiếm tỷ lệ cao 93,6% và người bệnh đạt < 100% theo khuyến nghị chiếm tỷ lệ thấp 6,4%. Tỷ lệ đạt được mức năng lượng và protein theo khuyến nghị trong vòng tuần đầu nhập viện \geq 100% chiếm tỷ lệ cao 82,1% và người bệnh đạt < 100% theo khuyến nghị chiếm tỷ lệ thấp 17,9%. Thực tế đảm bảo giá trị dinh dưỡng năng lượng và chất sinh nhiệt khẩu phần ăn trung bình (Kcal): 2.141, P(g): 73, L(g): 44, G(g): 362; Các vitamin và khoáng chất: Vitamin A, B1, B2, C, Calci thấp so với nhu cầu khuyến nghị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2006)**, Quyết định số: 2879/QĐ-BYT ngày 10 tháng 8 năm 2006 của Bộ trưởng Bộ Y tế. "Hướng dẫn chế độ ăn Bệnh viện".
2. **Trường Đại học Y Hà Nội (2016)**, Dinh dưỡng lâm sàng-Tiết chế; Giáo trình dành cho cử nhân dinh dưỡng tr 16,25,323.
3. National Institute of Mental Health: Depression. National Institute of Mental Health. 2000. (US Department of Health and Human Services, Bethesda (MD) [reprinted September 2002]
4. **Nguyễn Hữu Hoan (2015)**, "tình trạng dinh dưỡng và thực trạng nuôi dưỡng bệnh nhân tại khoa hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai năm 2015", Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội tr 16,17,50.
5. **Đào Thị Thu Hoài (2015)**, "Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần ăn của bệnh nhân ung thư tại Trung tâm Y học Hạt nhân và Ung bướu Bệnh viện Bạch Mai năm 2015" Luận văn Thạc sỹ Dinh dưỡng, Đại học Y Hà Nội, tr.42,76.
6. **Nguyễn Thúy Dung (2018)**, "Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần của bệnh nhân Đái tháo đường TYP 2 có tổn thương thận tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2018" Luận văn Thạc sỹ Dinh dưỡng, Đại học Y Hà Nội, tr.71
7. **Lê Thị Thúy (2019)**, "Đặc điểm lâm sàng rối

loạn lo âu ở người bệnh sử dụng cần sa năm 2019”, Luận văn chuyên khoa cấp 2, Đại học Y Hà Nội. tr 53,54,55.

8. **Nguyễn Thị Duyên (2015)**, “Tình trạng dinh dưỡng, thói quen ăn uống và lối sống của bệnh nhân tăng huyết áp tại khoa nội Bệnh viện đa khoa Đông Hưng Thái Bình năm 2015”. Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội

9. **Bộ môn tâm thần “Giáo trình bệnh học tâm thần” (2016)**, Trường Đại học Y Hà Nội, NXB Y học. Tr 8-9; 103,104.

10. **Nguyễn Khoa Diệu Vân (2006)**, Đánh giá

hiệu quả của phương pháp điều trị tích cực để hạn chế các yếu tố đối với bệnh lý mạch máu ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 mới phát hiện, Luận án tiến sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội.

11. **Shpata V, Ohri I, Nurka T, Prendushi X. (2015)**, The prevalence and consequences of malnutrition risk in elderly Albanian intensive care unit patients. *Clin Interv Aging*. 10:481-6.

12. **Lundin A. Danielsson K., Agardh E, et al; (2016)**, Cannabis use, depression and anxiety: A 3-year prospective population-based study. *Journal of Affective Disorders*. 193.

KẾT QUẢ SƠM PHẪU THUẬT CẮT ĐOẠN TRỰC TRÀNG, NỔ MÁY, ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2019

LƯƠNG VĂN NHẬT¹,
KIM VĂN VỤ², TRẦN THÁI PHỨC³
¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình
²Trường Đại học Y Hà Nội
³Trường Đại học Y Dược Thái Bình

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật cắt đoạn trực tràng ung thư, nối đại trực tràng bằng máy nối tiêu hóa được triển khai tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình trong những năm gần đây và cho kết quả đáng khích lệ. NC nhằm đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật này.

Phương pháp nghiên cứu: 39 bệnh nhân UTTT trên và giữa (có khoảng cách từ bờ dưới u đến rìa hậu môn từ 6 cm trở lên) được phẫu thuật cắt đoạn trực tràng, nối đại trực tràng bằng máy nối tiêu hóa tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2019. Ghi nhận các số liệu về tuổi, giới, đặc điểm khối u, giai đoạn bệnh, xạ trị trước mổ, thời gian mổ, số hạch lấy được, tai biến và biến chứng phẫu thuật.

Kết quả nghiên cứu: 39 bệnh nhân UTTT được phẫu thuật cắt đoạn trực tràng, nối đại trực tràng bằng máy nối tiêu hóa. Tuổi trung bình là 63,6 tuổi. Nam 53,8% và nữ 42,6%. UTTT giữa 46,2%, UTTT trên 53,8%. Giai đoạn I, II và III tương ứng là 2,6%; 64,3% và 33,6%. Xạ trị

trước mổ 30,8%. Thời gian mổ trung bình 148,5 phút. Phẫu thuật lấy tối thiểu 12 hạch 100%. Khoảng cách cắt dưới u tối thiểu 2cm 100%. Rò miệng nối 2,6%. Rối loạn tiểu tiện 2,6%. Không có tử vong sau mổ

Kết luận: Phẫu thuật cắt đoạn trực tràng, nối đại trực tràng bằng máy nối tiêu hóa điều trị UTTT là phương pháp an toàn, cho kết quả tốt.

Từ khóa: ung thư biểu mô tuyến trực tràng

SUMMARY

INITIAL RESULTS OF RETAL RESECTION USING CIRCULAR STAPLER IN THE TREATMENT FOR RECTAL CARCINOMA AT THAI BINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL IN 2019

Introduction: The double-stapling technique using a circular stapler to create an end-to-end anastomosis has been used widely in rectal surgery for several years at Thai Binh General Provincial Hospital and shown positive results. This study is aimed at the mentioned procedure's short term outcomes.

Methods: 39 patients with rectal cancers (> 6cm from the anal margin) were applied a double-stapling technique with a circular stapler used to create the anastomosis at Thai Binh General Provincial Hospital from 1/2019 to 12/2019. Patient's data including age, gender,

Chịu trách nhiệm: Lương Văn Nhật

Email: dr.minhnhathat195@gmail.com

Ngày nhận: 16/7/2020

Ngày phản biện: 20/8/2020

Ngày duyệt bài: 08/9/2020

tumor's characteristics, stage, preoperative radiotherapy, operation duration, number of removed lymph node, perioperative complications is recorded.

Results: The mean age was 63.6 years. Male 53.8%; female 42,6%. Tumors located in middle rectum in 46.2% case and upper rectum in 53.8% cases. The stage of the tumor was I, II và III in 2.6%; 64.3% and 33.6% patients respectively. Preoperative radiotherapy was performed in 30.8% cases. Operation time was 148.5 minutes on average. At least 12 lymph nodes were removed in all 39 cases. The anastomosis was 2 cm minimum below the tumor. Postoperative complications included: leakage (2.6%), urination disorders (2.6%). There was no perioperative fatality.

Conclusion: Rectal resection using double-stapling technique with circular staplers is an effective and safe treatment for rectal cancer.

Keywords: rectal carcinoma.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo hướng dẫn của mạng ung thư quốc gia (NCCN 2018), điều trị UTTT theo công thức đa mô thức: phẫu thuật, hóa chất và tia xạ. Trong đó phẫu thuật là cơ bản nhất [3].

UTTT giữa, những trường hợp u xâm lấn qua thành trực tràng hoặc có di căn hạch được chỉ định hóa xạ trị trước mổ [4].

Với UTTT trên và giữa, phương pháp phẫu thuật là cắt đoạn trực tràng có u, cắt toàn bộ mạc treo trực tràng, nối đại tràng với phần còn lại của trực tràng [3].

Ngày nay, với sự phát triển của các phương tiện hỗ trợ phẫu thuật máy nối tiêu hóa được áp dụng nhiều. Với UTTT trên và giữa, nối đại tràng với phần còn lại của trực tràng bằng máy nối tiêu hóa là lựa chọn tốt, rút ngắn thời gian phẫu thuật, thực hiện được những miệng nối thấp.

Phẫu thuật cắt đoạn trực tràng, nối đại trực tràng bằng máy nối tiêu hóa, điều trị UTTT đã được thực hiện tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình trong những năm gần đây và đã đạt được những thành tựu nhất định.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả sớm đầu phẫu thuật cắt đoạn trực tràng, nối đại trực tràng bằng máy nối tiêu hóa, điều trị bệnh ung thư trực tràng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2019.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

NC gồm 39 bệnh nhân UTTT trên và giữa được phẫu thuật cắt đoạn trực tràng, nối đại trực tràng bằng máy nối tiêu hóa tại Bệnh viện

Đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2019.

Chọn vào NC những trường hợp:

- UTTT giai đoạn I, II, III (chẩn đoán trước mổ bằng nội soi trực tràng kèm sinh thiết u, chụp cắt lớp vi tính 128 dãy ổ bụng).

- Xạ trị trước mổ với những bệnh nhân u trực tràng giữa T3 (và hoặc) N1.2M0

- Được phẫu thuật cắt trực tràng, nối đại trực tràng bằng máy nối. (máy nối hãng COVIDIEN, kích cỡ 28mm,31mm)

- Kết quả giải phẫu bệnh lý là ung thư biểu mô tuyến trực tràng.

NC theo phương pháp tiến cứu, mô tả can thiệp, không đối chứng.

Phương pháp phẫu thuật trong NC:

Mở thành bụng đường giữa dưới trên rốn

Cắt mạch mạc treo tràng dưới tận gốc

Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng

Cắt đầu dưới trực tràng dưới u tối thiểu 2cm

Cắt đầu trên trực tràng và đặt gối trên máy nối.

Nối đại tràng với phần trực tràng còn lại bằng máy nối tiêu hóa

Dẫn lưu ổ bụng, dẫn lưu miệng nối bằng đặt sonde qua hậu môn

Quy trình làm giải phẫu bệnh sau phẫu thuật:

Phẫu tích tất cả các hạch lấy được cùng với trực tràng

Làm XN khối u trực tràng: Đánh giá xâm lấn của u với thành trực tràng, độ biệt hóa của tế bào ung thư

Làm XN hai đầu bệnh phẩm trực tràng: đánh giá vị trí cắt trực tràng trên và dưới u còn tế bào ung thư hay không

Làm XN tất cả các hạch lấy được để tìm hạch có di căn ung thư

Nghiên cứu tuổi, giới, đặc điểm của u trực tràng, thời gian mổ, tai biến, biến chứng sau mổ.

Kết quả NC được xử lý thống kê bằng chương trình SPSS.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả NC 39 bệnh nhân UTTT đã được phẫu thuật cắt đoạn trực tràng nối máy tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2019 thấy độ tuổi trung bình là $63,6 \pm 13,1$ tuổi, thấp nhất 21 tuổi, cao nhất là 86 tuổi, tuổi thường gặp từ 61-70 tuổi (41%). Nam 53,8% và nữ 42,6%. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của Quách Văn Kiên [1] và Lê Quốc Tuấn [2]. 100% trường hợp là ung thư biểu mô tuyến.

Bảng 1. Đặc điểm khối u trực tràng

Đặc điểm khối u trực tràng		n	%
Vị trí u so với rìa hậu môn	6 - 10 cm	18	46,2
	> 10 cm	21	53,8
Xâm lấn u khối u	T ₂	1	2,6
	T ₃	17	43,6
	T ₄	21	53,8
Di căn hạch	N ₀	22	56,4
	N ₁	13	33,3
	N ₂	4	10,3
Giai đoạn bệnh	I	1	2,6
	II	25	64,3
	III	13	33,3

Nhận xét: 46,2% trường hợp vị trí u cách rìa hậu môn từ 6-10cm (UTTT giữa), 53,8% vị trí u cách rìa hậu môn trên 10cm (UTTT trên). 53,8% trường hợp khối u đã xâm lấn ra khỏi thành trực tràng và 43,6% trường hợp có di căn hạch. Giai đoạn I, II và III tương ứng là 2,6%; 64,3% và 33,6%. 100% trường hợp không có di căn xa.

Bảng 2. Xạ trị trước mổ

Vị trí u và xạ trị	Giai đoạn bệnh							Tổng	
	T ₂ N ₀ M ₀	T ₃ N ₀ M ₀	T ₄ N ₀ M ₀	T ₃ N ₁ M ₀	T ₃ N ₂ M ₀	T ₄ N ₁ M ₀	T ₄ N ₂ M ₀		
6-10cm	Không xạ	2,6	12,8	0	0	0	0	0	15,4
	Có xạ	0	0	12,8	0	2,6	15,4	0	30,8
>10cm	Không xạ	0	20,5	7,7	5,1	2,6	12,8	5,1	53,8
Tổng		2,6	33,3	20,5	5,1	5,1	28,2	5,1	100

Nhận xét:

12/39 trường hợp (30,8%) xạ trị trước mổ, đều ở nhóm UTTT giữa. Theo NCCN 2018, điều trị UTTT theo công thức đa mô thức (gồm xạ trị, hóa trị và phẫu thuật). Xạ trị trước mổ làm giảm giai đoạn của ung thư, giúp phẫu thuật được triệt để hơn nâng cao hiệu quả điều trị và tăng thời gian sống thêm. Trong UTTT giữa, xạ trị được chỉ định cho những trường hợp u xâm lấn vượt qua thành trực tràng và những trường hợp có di căn hạch. Trong nghiên cứu này, tất cả những trường hợp UTTT giữa (12/18 trường hợp) T₄, N₁ và N₂ đều được chỉ định xạ trị trước mổ. UTTT trên ít chỉ định xạ trị trước mổ [3].

Bảng 3. Đặc điểm kỹ thuật mổ

Đặc điểm kỹ thuật mổ			
	Trung bình	Min	Max
Thời gian mổ	148,5 ± 14,1 phút	120 phút	180 phút
Số hạch lấy được	12,8 ± 2,1 hạch	12 hạch	22 hạch
Khoảng cách cắt dưới u	2,9 ± 0,7cm	2cm	5cm

Nhận xét:

Trong nghiên cứu 100% bệnh nhân thực hiện mổ mở, 100% bệnh nhân thực hiện nối đại trực tràng bằng máy nối tiêu hóa. Thời gian mổ trung bình là 148,5±14,1 phút, ngắn nhất là 120 phút và dài nhất là 180 phút. Thời gian này cũng tương đương với nghiên cứu của các tác giả khác [5].

Theo khuyến cáo của Hiệp hội ung thư Mỹ, phẫu thuật UTTT cần phải lấy và làm xét nghiệm tối thiểu là 12 hạch [6]. Trong nghiên cứu, số lượng hạch lấy được trung bình là 12,8±2,1 hạch, thấp nhất là 12 hạch và nhiều nhất là 22 hạch. 43,6% trường hợp trong nghiên cứu có di căn hạch.

Theo nghiên cứu của các tác giả về sự xâm lấn ung thư xuống phía dưới trực tràng thấy: sự xâm lấn không quá 1cm đối với u T₁ và không quá 2cm đối với u T₂, T₃ và T₄. Vì vậy diện cắt an toàn phía dưới u tối thiểu là 2cm [7]. Trong nghiên cứu, khoảng cách cắt dưới u trung bình là 2,9 ± 0,7 cm, thấp nhất là 2 cm và cao nhất là 5 cm.

Bảng 4. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	n	%
Bí đái	4	10,3
Tiểu tiện không tự chủ	1	2,6
Rò miệng nối	1	2,6
Nhiễm trùng vết mổ	8	20,5

Nhận xét:

Các dây thần kinh chi phối tự chủ của bàng quang nằm ở hai bên cánh trực tràng, trong phẫu thuật nếu làm tổn thương những thần kinh này sẽ gây tiểu tiện không tự chủ sau mổ [8], [9]. Trong nghiên cứu có 1 trường hợp (2,6%) có rối loạn tiểu tiện sau mổ.

Theo các tác giả, miệng nối ống tiêu hóa ở vị trí càng xuống thấp thì tỷ lệ rò miệng nối càng tăng (từ 3% đến 11%) vì mức độ giảm tưới máu

Bảng 5. Một số đặc điểm sau phẫu thuật

Đặc điểm sau phẫu thuật	Trung bình	Min	Max
Thời gian có nhu động ruột	74,4 ± 12,5 giờ	51 giờ	90 giờ
Thời gian dùng thuốc giảm đau	4,3 ± 0,6 ngày	3 ngày	5 ngày
Thời gian nằm viện sau mổ	10 ± 1,9 ngày	7 ngày	15 ngày
Xét nghiệm diện cắt ĐT	100% không có tế bào ung thư		

Nhận xét:

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 10±1,9 ngày, thấp nhất 7 ngày và dài nhất là 15 ngày

Xét nghiệm diện cắt trực tràng 100% không còn tế bào ung thư

Không có bệnh nhân phải mổ lại và không có bệnh nhân tử vong

KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt đoạn trực tràng, nối máy, điều trị ung thư trực tràng trên và giữa tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình cho kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quách Văn Kiên** (2019), "Phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt trong ung thư trực tràng giữa và dưới", luận án tiến sỹ y học, trường đại học Y Hà Nội.

2. **Lê Quốc Tuấn** (2020), "Đánh giá kết quả phẫu thuật và nối máy trong điều trị ung thư trực tràng giữa và thấp", Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

3. **NCCN Guidelines** (2019), "Rectal cancer", National Comprehensive Cancer Network, Inc.

4. **Jessup J.M., Goldberg R.M., Asareet E.A.**, et al. (2017), "Colon and rectum", AJCC (American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual, 8th ed, Springer New York, pp.

miệng nối. Vì vậy, rò miệng nối đại trực tràng là biến chứng hay gặp [8], [9]. Trong nghiên cứu có 1 trường hợp (2,6%) có rò miệng nối, trường hợp này thấy dịch tiêu hóa qua dẫn lưu tại chỗ không nhiều, chúng tôi cho bệnh nhân nhịn ăn, rút dẫn lưu muộn, sau 7 ngày ổn định và không phải mổ lại.

Hiện nay, vẫn còn nhiều bàn cãi về làm dẫn lưu hồi để bảo vệ miệng nối đại trực tràng [10]. Trong nghiên cứu này, toàn bộ bệnh nhân là ung thư trực tràng trên và giữa nên chúng tôi không làm dẫn lưu hồi tràng.

Nhiễm trùng vết mổ đường bụng là biến chứng thường gặp trong phẫu thuật mở, trong nghiên cứu có 20,5% trường hợp có nhiễm trùng vết mổ.

251-274.

5. **Roxburgh C.S., Guillem J.G.** (2017), "Outcomes of open vs laparoscopic rectal cancer resection", JAMA Oncol, 3(1), pp. 115-116.

6. **Rajput A., Romanus D.** (2010), "Meeting the 12 lymph node (LN) benchmark in colon cancer", J Surg Oncol 102, pp. 3.

7. **Rullier E., Denost Q., Vendrely V.**, et al. (2013), "Low rectal cancer: classification and standardization of surgery", Dis Colon Rectum. 56(5), pp. 560-567.

8. **Landi F., Vallribera F., Rivera J.P.**, et al. (2016), "Morbidity after laparoscopic and open rectal cancer surgery: a comparative analysis of morbidity in octogenarians and younger patients", Colorectal Dis, 18(5), pp. 459-467.

9. **Straja N.D., Ionescu S., Bratucu E., Alecu M.**, et al. (2015), "Morbidity after Ultra Low Anterior Resection of the Rectum", Chirurgia (Bucur). 110(3), pp. 231-236.

10. **Gu W.L., Wu S.W.** (2015), "Meta-analysis of defunctioning stoma in low anterior resection with total mesorectal excision for rectal cancer: evidence based on thirteen studies", World J Surg Oncol, 13, pp. 9.