

TẠP CHÍ

ISSN 1859 - 3461

Y HỌC THẢM HỌA & BỎNG

JOURNAL OF DISASTER MEDICINE AND BURN INJURIES

Website: vienbongquocgia.vn

Website: jbdmp.vn

BỆNH VIỆN BỎNG QUỐC GIA LÊ HỮU TRÁC
Le Huu Trac National Burn Hospital

HỘI BỎNG VIỆT NAM
Vietnam Burn Association

HỘI Y HỌC KHẨN CẤP VÀ THẢM HỌA VIỆT NAM
Vietnam Association of Disaster and Emergency Medicine

3

2023

THẺ LỆ GỬI BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ Y HỌC THẨM HỌA VÀ BÔNG

I. MỤC ĐÍCH VÀ PHẠM VI CỦA TẠP CHÍ

Tạp chí Y học Thẩm họa và Bông xuất bản 6 kỳ/năm (trong đó có 01 số xuất bản bằng ngôn ngữ tiếng Anh), một số khoảng 70 trang, đăng tải các chuyên đề:

1. Chuyên đề y học thẩm họa.
2. Chuyên đề phòng, điều trị bông và nghiên cứu khoa học về bông và phẫu thuật tạo hình, thẩm mỹ.
3. Các tài liệu lược dịch về bông - Phẫu thuật tạo hình, thẩm mỹ và thẩm họa.
4. Tin tức vấn đề và sự kiện y tế trong nước và quốc tế.

Mục đích: Trao đổi thông tin nghiên cứu khoa học về bông và phẫu thuật tạo hình, thẩm mỹ trong mạng lưới điều trị bông toàn quốc; nâng cao nhận thức về phòng tránh thẩm họa, bông cho cộng đồng.

Phạm vi phát hành: Toàn quốc

II. MỘT SỐ YÊU CẦU VỀ BÀI ĐĂNG CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

1. Bài gửi đăng công trình nghiên cứu khoa học chưa đăng ở bất kỳ tạp chí quốc gia nào.

2. Các thuật ngữ thống nhất theo Từ điển Bách khoa Việt Nam.

3. Bài gửi đăng phải đánh máy bằng tiếng Việt Nam (thống nhất dùng font - Unicode cả bài), rõ ràng, cách dòng, một bài không quá 7 trang khổ A4, kể cả bảng biểu, ảnh, và tài liệu tham khảo. Các danh từ tiếng Việt nếu dịch từ tiếng nước ngoài viết kèm theo tiếng nước ngoài. Các chữ viết tắt phải có chú thích các từ gốc của các chữ viết tắt.

4. Trình tự các mục trong bài:

a. **Đầu đề** (ngắn nhưng đầy đủ, dễ hiểu và đầu đề phải dịch ra tiếng Anh)

b. **Họ và tên tác giả** (không ghi học hàm, học vị và chức danh)

c. **Địa chỉ cơ quan đang công tác hoặc Email** (nếu cần thiết)

d. **Nội dung: Tóm tắt:** tiếng Việt Nam và tiếng Anh hoặc tiếng Pháp (tối đa 150 từ). Ghi từ khoá tiếng Việt và tiếng Anh). **Đặt vấn đề** bao gồm cả phần mục đích nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu, kết quả, bàn luận, kết luận** (chỉ sử dụng những biểu, bảng, ảnh cần thiết và phải có chú thích rõ yêu cầu in vào đoạn nào trong bài).

e. **Tài liệu tham khảo** nên chọn lọc (không quá 10 tài liệu). Xếp theo thứ tự vần A, B, C... Cần nêu đủ theo thứ tự: tên tác giả, tên bài báo, tập san báo, số, năm, hoặc quyển (tập) nơi xuất bản, trang đối với cả phần tài liệu tham khảo tiếng Việt, tiếng Anh, tiếng Pháp. Phần tài liệu tham khảo đặt ở cuối bài báo.

5. Mỗi tác giả đứng tên đầu của bài báo chỉ được đăng một bài trong mỗi phần của một số.

6. Bài được đăng đều được trả tiền nhuận bút theo giá thỏa thuận.

7. Không trả lại bản thảo khi không được đăng.

III. ĐỐI VỚI CÁC BÀI TỔNG QUAN THÔNG TIN VÀ BÀI DỊCH

Đối với bài tổng quan cần có đầy đủ các tài liệu tham khảo và nguồn số liệu đã được trích dẫn trong bài. Tác giả bài tổng quan được ghi rõ chức danh, học hàm, học vị, chuyên ngành, cơ quan hoặc hội đồng chuyên khoa ở phần ghi chú cuối trang đầu của bài tổng quan. Bài tổng quan cũng phải đánh máy trên một mặt giấy khổ A4 và không dài quá 7 trang kể cả bảng biểu và tài liệu tham khảo.

Các thông tin và bài dịch cần ghi rõ xuất xứ của nguồn dữ liệu và của thông tin hoặc bài dịch. Đối với bài dịch cần chụp (photo) toàn văn bài báo tiếng nước ngoài gửi kèm theo với bản dịch.

Người viết bài hoàn toàn chịu trách nhiệm trước Ban biên tập, công luận và những Quy định liên quan đến Luật Báo chí.

Rất mong sự cộng tác, đóng góp ý kiến và phê bình của các bạn!

Bài viết xin gửi về: Toà soạn - Tạp chí Y học Thẩm họa và Bông - Bệnh viện Bông Quốc gia
263 đường Phùng Hưng - Phúc La - Hà Đông - Hà Nội * Website: <https://jbdmp.vn>

ĐT: 069566624 - Email: tcbongvn@yahoo.com

Y HỌC THẢM HỌA & BỎNG

JOURNAL OF DISASTER MEDICINE AND BURN INJURIES

Số 3 - 2023

HỘI ĐỒNG BIÊN TẬP

1. Chủ tịch Hội đồng biên tập

- GS.TS. Nguyễn Như Lâm

Đồng Chủ tịch Hội đồng

- PGS.TS. Nguyễn Xuân Kiên

Phó Chủ tịch Hội đồng

- PGS.TS. Vũ Quang Vinh

2. Tổng biên tập

- PGS.TS. Chu Anh Tuấn

3. Ủy viên Hội đồng biên tập

- PGS.TS. Nghiêm Đức Thuận

- PGS.TS. Trần Ngọc Tuấn

- GS.TS. Nguyễn Văn Ba

- TS. Trương Ngọc Dương

- PGS.TS. Trần Văn Anh

- PGS.TS. Đinh Văn Hân

- TS. Võ Văn Hiến

- PGS.TS. Nguyễn Gia Tiến

- PGS.TS. Nguyễn Ngọc Tuấn

- PGS.TS. Đỗ Quang Hùng

- TS. Ngô Đức Hiệp

- ThS. Phạm Trần Xuân Anh

- PGS.TS. Phạm Trịnh Quốc Khanh

- TS. Nguyễn Hồng Đạo

4. Thư ký tòa soạn

- CN. Trần Xuân Việt

Trụ sở tòa soạn

**Bệnh viện Bỏng Quốc gia
Lê Hữu Trác**

Số 263 Phùng Hưng - Phúc La

- Hà Đông - Hà Nội

ĐT: 069566624;

fax: 84.024 36883180

E.mail: tcbongvn@yahoo.com

Website: www://jbdmp.vn

Giấy phép xuất bản

số 231/QĐ-BTTTT cấp ngày 06/7/2023

In tại NXB Nông nghiệp

in xong và nộp lưu chiểu tháng 7/2023

MỤC LỤC

I NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

- Đánh giá tác dụng điều trị trên lâm sàng của gel HOCL tại chỗ vết thương mạn tính
Nguyễn Ngọc Tuấn, Phạm Thị Mai Phương, Bùi Thanh Lợi 7
- Đặc điểm thu dung, kết quả điều trị bệnh nhân bỏng trong 2 năm phòng chống dịch Covid-19
Ngô Minh Đức, Chu Anh Tuấn, Lê Quốc Chiêu, Đỗ Xuân Hai, Nguyễn Văn Duy 16
- Nghiên cứu biến đổi hóa mô miễn dịch và siêu cấu trúc mô tại chỗ vết thương thực nghiệm sau chiếu laser công suất thấp
Nguyễn Thị Bích Phượng, Nguyễn Ngọc Tuấn, Nguyễn Như Lâm, Đinh Văn Hân, Nguyễn Thị Hương, Nguyễn Thùy Linh, Vũ Văn Dương 30
- Kiến thức và nhu cầu đào tạo sơ cấp cứu ban đầu của sinh viên năm nhất trường Đại học Yersin Đà Lạt năm 2023
Hoàng Trung Tiến, Nguyễn Thị Hồng Hạnh 45
- Khảo sát mức độ lo âu của người bệnh trước phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2023
Nguyễn Thị Phương và cộng sự 54
- Đánh giá thực trạng cấp cứu hồi sinh tim phổi của điều dưỡng tại Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác
Đào Thị Thanh Tuyền, Hoàng Thị Uyên, Nguyễn Văn Đại, Hoàng Trung Hiếu, Ngô Tuấn Hưng 66
- Thực trạng lo âu và nhu cầu hỗ trợ tâm lý ở người bệnh trước phẫu thuật tuyến giáp tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương
Trần Thị Hiền Phi, Phạm Thị Thu Hương, Trịnh thị Tuyết 79

- 8 Đánh giá kết quả chăm sóc, phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ não sau giai đoạn cấp tại Bệnh viện Quân y 105
Đỗ Thị Thuý, Hà Thị Thu Trang, Nguyễn An Bày, Nguyễn Thị Phương, Phạm Thị Hương 89
- 9 Khảo sát thực trạng kiến thức, thực hành của điều dưỡng về an toàn người bệnh trong chăm sóc sau phẫu thuật vùng đầu mặt cổ tại Bệnh viện Bông Quốc gia
Cao Thuý Dung 94
- 10 Kết quả công tác thu dung, cấp cứu và điều trị cho bệnh nhân tại một số bệnh xá đảo cấp 1 thuộc quần đảo X
Nguyễn Hồng Sơn, Trần Quốc Việt, Bùi Đức Thành, Hoàng Việt Hùng, Lê Trọng Dũng, Nguyễn Quang Tường, Nguyễn Thị Ngọc Dung, Đào Tấn Duy, Vũ Đình Ân 104
- 11 Chăm sóc vết thương nhiễm khuẩn
Nguyễn Đức Chính 113
- 12 Gây mê cho phẫu thuật ung thư xương hàm dưới và tạo hình bằng vật xương mác vi phẫu - Thông báo lâm sàng
Nguyễn Ngọc Thạch, Nguyễn Hùng Thắng, Vũ Hữu Trung, Nguyễn Văn Quỳnh 121
- II Tin tức**
- 13 Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác tập huấn xử trí cấp cứu tai nạn thương tích thường gặp ở cộng đồng tại Cao Bằng
Tin, ảnh: **Xuân Việt** 128
- 14 Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác tổ chức lớp đào tạo liên tục phương pháp xâm lấn tối thiểu tiêm Prophilos trẻ hóa da
Tin, ảnh: **Xuân Việt** 131
- 15 Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác khai giảng lớp đào tạo kiến thức và thực hành cơ bản chuyên khoa bông năm 2023
Tin, ảnh: **Xuân Việt** 134

Ảnh bìa 1: Đại hội Đại biểu công đoàn cơ sở Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác nhiệm kỳ 2023-2028.



Contents

Journal of disaster medicine and burn injuries

Number 3 - 2023

TABLE OF CONTENTS

I SCIENTIFIC AND CLINICAL RESEARCH

- 1 Evaluate the clinical therapeutic effect of Hemi gel HOCl in chronic wounds
Nguyen Ngoc Tuan, Pham Thi Mai Phuong, Bui Thanh Loi 7
- 2 Characteristics of collection, results of treatment of patients in 2 years to prevent Covid-19 presentation
Ngo Minh Duc, Chu Anh Tuan, Le Quoc Chieu, Do Xuan Hai, Nguyen Van Duy 16
- 3 Study on immunohistochemical and tissue ultrastructural changes at the experimental wound site after low-power laser irradiation
Nguyen Thi Bich Phuong, Nguyen Ngoc Tuan, Nguyen Nhu Lam, Dinh Van Han, Nguyen Thi Huong, Nguyen Thuy Linh, Vu Van Duong 30
- 4 Knowledge and first aid training needs of first-year students at Yersin University of Da Lat in 2023
Hoang Trung Tien, Nguyen Thi Hong Hanh 45
- 5 Survey on the anxiety level of patients before surgery at Ha Dong General Hospital in 2023
Nguyen Thi Phuong et al. 54
- 6 Assessment of the emergency situation of cardiopulmonary resuscitation of nurses at the Le Huu Trac National Burn Hospital
Dao Thi Thanh Tuyen, Hoang Thi Uyen, Nguyen Van Dai, Hoang Trung Hieu, Ngo Tuan Hung 66
- 7 The situation of anxiety and the need for psychiatric support in patients before thyroid surgery at the National Hospital of Endocrinology
Tran Thi Hien Phi, Pham Thi Thu Huong, Trinh Thi Tuyet 79
- 8 Evaluate the results of care and rehabilitation of stroke patients after the acute phase in the 105 Military Hospital
Do Thi Thuy, Ha Thi Thu Trang, Nguyen An Bay, Nguyen Thi Phuong, Pham Thi Huong 89
- 9 Survey on the current status of knowledge and practice of nurses on patient safety in post-surgery care of the head, face and neck at the National Burn Hospital
Cao Thuy Dung 94

10	Study and evaluate the results of medical examination, collection, emergency and treatment of patients at the infirmary of level 1 islands of the X archipelago from 2018 to 2022 Nguyen Hong Son, Tran Quoc Viet, Bui Duc Thanh, Hoang Viet Hung, Le Trong Dung, Nguyen Quang Tuong, Nguyen Thi Ngoc Dung, Dao Tan Duy, Vu Dinh An	104
11	Infected wound care Nguyen Duc Chinh	113
12	General anesthesia for mandibular cancer surgery and reconstruction with fibula free flap - Case report Nguyen Ngoc Thach, Nguyen Hung Thang, Vu Huu Trung, Nguyen Van Quynh	121
II News		
13	National Burn Hospital trained in the emergency treatment of common injuries in the community in the Cao Bang province News, photo: Xuan Viet	128
14	National Burn Hospital organizes a continuous training class on the minimally invasive method of injecting Prophilos for skin rejuvenation News, photo: Xuan Viet	131
15	National Burn Hospital opens a training course on basic knowledge and practice in burns in 2023 News, photo: Xuan Viet	134

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ TRÊN LÂM SÀNG CỦA GEL HOCl TẠI CHỖ VẾT THƯƠNG MẠN TÍNH

Nguyễn Ngọc Tuấn, Phạm Thị Mai Phương, Bùi Thanh Lợi

Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác

TÓM TẮT

Nghiên cứu đánh giá tác dụng điều trị trên lâm sàng của Hemi gel (gel chứa HOCl 0,02%) do Việt Nam sản xuất tại chỗ vết thương mạn tính; đối tượng nghiên cứu: 30 bệnh nhân bỏng có vết thương chậm liền, phương pháp: nghiên cứu tiến cứu, so sánh trước sau thử nghiệm; chỉ tiêu đánh giá lâm sàng toàn thân và tại chỗ. Kết quả: Viêm nề vết thương; dịch xuất tiết dịch mủ giảm rõ rệt, biểu mô hoá bờ mép tăng, mô hạt đẹp hơn, diện tích vết thương thu hẹp đáng kể, tạo thuận lợi cho ghép da. Không gặp các biểu hiện dị ứng, rối loạn toàn thân hoặc tại chỗ liên quan tới sử dụng thuốc.

Kết luận: Hemi gel có tác dụng chống viêm và nhiễm khuẩn; tạo thuận lợi liền vết thương mạn tính; sử dụng trên bệnh nhân an toàn.

Từ khóa: Vết thương mạn tính, gel HOCl, kháng khuẩn, kháng viêm, liền vết thương

SUMMARY

The study to evaluate the clinical therapeutic effect of Hemi gel (gel containing HOCl 0.02%) in chronic wounds; study subjects: 30 burn patients with slow-healing wounds, methods: prospective study, comparison before and after trial; systemic and local clinical assessment criteria. Result: Inflammation of the wound and purulent exudate is significantly reduced, the epithelialization of the margin is increased, the granulation tissue is more beautiful, the wound area is significantly narrowed, facilitating skin grafting. There were no allergic manifestations, systemic or local disorders related to the use of the drug.

Conclusion: Hemi gel has anti-inflammatory and antibacterial effects; Facilitates chronic wound healing; safe patient use.

Keywords: Chronic wound, HOCl gel, antibacterial, anti-inflammatory, wound healing

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liền vết thương là quá trình phức tạp và là sự phối hợp đồng bộ hàng loạt các yếu tố như các tế bào viêm, chemokine,

cytokine, matrix, dinh dưỡng,... để dẫn đến việc phục hồi tình trạng thiếu hụt mô. Khi quá trình liền vết thương không tiến triển bình thường có thể dẫn đến vết thương mạn tính [1 - 3]. Vết thương mạn tính hoặc không liền được định nghĩa là vết thương tiến triển chậm qua các giai đoạn liền vết thương, hoặc bị gián đoạn do các yếu tố bên trong và bên ngoài tác động lên vết thương [4 - 6]; là vết thương chưa liền sau

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Ngọc Tuấn, Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác

Email: ngoctuan64@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/5/2023; Ngày phản biện: 12/7/2023;

Ngày duyệt bài: 20/7/2023

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.3.2023.231>

4 tuần chăm sóc và điều trị thông thường như thay băng, cần cân nhắc các liệu pháp thay thế và phối hợp [7]. Vết thương mạn tính tạo ra gánh nặng đáng kể cho hệ thống y tế, bệnh nhân và gia đình [6, 8] với tỷ lệ ngày càng gia tăng, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của hơn 40 triệu người trên thế giới [8]. Hiện tượng sinh lý bệnh cơ bản tại vết thương mạn tính là viêm kéo dài, nhiễm trùng mạn tính (với sự hình thành biofilm), lão hóa tế bào,... liên quan đến sự phá hủy liên tục các protein nền và các yếu tố tăng trưởng [2, 3, 8].

Acid Hypochlorous (HOCl) có tính oxy hóa mạnh, là chất kháng khuẩn nhanh, mạnh cùng với khả năng loại bỏ, ngăn chặn hình thành biofilm [9 - 12] và đặc tính chống viêm, chống ngứa; không gây độc tế bào đã tạo thuận lợi cho liền vết thương cấp và mạn tính [13, 14]. HOCl đã được sử dụng để điều trị vết loét và vết thương do nhiều nguyên nhân khác nhau (vết thương do bệnh lý động mạch, tĩnh mạch, áp lực, phẫu thuật hoặc bàn chân do bệnh tiểu đường...) [15 - 18]. Nhiều công thức HOCl ở dạng lỏng, nhưng một số ở dạng gel linh hoạt hơn vì gel có thể được bôi lên vết thương, vết loét, v.v., để tạo môi trường ngậm nước và duy trì tác dụng kháng khuẩn trong một hoặc nhiều ngày [18].

Ở Việt Nam chưa có công trình nghiên cứu hệ thống tác dụng dạng gel chứa hoạt chất HOCl trên vết thương mạn tính. Hemi gel là sản phẩm dạng gel, thành phần chính là HOCl, do Việt Nam sản xuất, được Bộ Y tế cho phép lưu hành. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu bước đầu nhằm mục tiêu đánh giá hiệu quả điều trị trên lâm sàng và tính an toàn của Hemi gel tại chỗ vết thương mạn tính.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Bệnh nhân nghiên cứu:** Tiến hành trên 30 bệnh nhân (BN) có vết bỏng chậm liền, điều trị nội trú tại Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác từ tháng 3/2022 tới 3/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân trên 18 tuổi, có vết thương bỏng chậm liền (có thời gian tồn tại trên 4 tuần khi áp dụng các biện pháp điều trị thông thường không khỏi [7]), đồng ý hợp tác nghiên cứu; bệnh nhân không mắc bệnh lý mạn tính hoặc toàn thân có diễn biến nặng.

Các bệnh nhân bị loại trừ: Bệnh nhân có tiền sử ung thư, bệnh nhân đang trong tình trạng nặng như nhiễm trùng nặng, suy kiệt, bệnh lý nội khoa như bệnh gan, tim và thận, và các biến chứng nghiêm trọng liên quan.

- **Chất liệu nghiên cứu:** Thuốc Hemi gel Việt Nam sản xuất (công ty TNHH CZ Pharma), đạt tiêu chuẩn cơ sở, đóng gói tube 25g, nồng độ HOCl là 0,02%, tương đương 200ppm. Thuốc được Bộ Y tế cho phép lưu hành.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu tiến cứu, so sánh trước và sau thử nghiệm lâm sàng trên 1 bệnh nhân.

- Phương pháp sử dụng thuốc: Thay băng vết thương mạn tính (VTMT) theo quy trình. Rửa vết thương (VT) bằng dung dịch Berberin 0,1%, cắt lọc làm sạch hoại tử (nếu có), thấm khô. Bôi đều một lớp mỏng Hemi gel lên tổn thương. Đắp gạc khô vô khuẩn, băng kín. Tiến hành thay băng hàng ngày tới khi khỏi hoặc ghép da mảnh bổ sung nếu có chỉ định.

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Tuổi, giới; tác nhân gây bỏng; ngày vào viện, ngày ra viện, ngày bắt đầu và kết thúc nghiên cứu. Diện tích bỏng chung, diện tích bỏng sâu.

+ Diễn biến toàn thân và các cơ quan trong quá trình nghiên cứu; trước và sau đắp thuốc, phản ứng dị ứng nếu có (da nổi mẩn, phát ban, tặc ngược khó thở...).

+ Đặc điểm lâm sàng tại chỗ

Vị trí, thời gian tồn tại vết loét.

Độ sâu tổn thương: Theo phân độ của Hội Liên vết thương Mỹ [19].

Cụ thể: Độ I: Da viêm nóng đỏ đau; Độ II: Tổn thương 1 phần da; Độ III: Mất toàn bộ da; Độ IV: Tổn thương dưới da, để lộ gân, cơ, xương hoặc sâu hơn.

Tình trạng viêm nề vết thương và bờ mép da lành (với biểu hiện vết thương sung huyết, da lành sưng nóng đỏ đau).

Tình trạng dịch xuất tiết, dịch mủ (mức độ ít: Dịch tiết ít, thấm lớp gạc trong cùng, mức vừa: dịch vừa phải thấm tới các lớp gạc nhưng không tới gạc ngoài cùng, mức nhiều: Dịch tiết nhiều thấm tới gạc ngoài cùng hoặc chảy ra cả vết thương).

Nền tổn thương: Tính chất hoại tử, mô hạt, nền vết thương lộ tổ chức dưới da...

Diện tích vết thương (cm^2) được tính bằng phương pháp áp giấy bóng kính kẻ ô vuông (mỗi ô là $1 \times 1 \text{ cm}$).

Tỷ lệ liền vết thương (wound healing rate) tại các thời điểm sau 1 tuần tới khỏi tính theo công thức sau [4].

(Diện tích VT ban đầu - Diện tích VT hiện tại)/Diện tích VT ban đầu. Kết quả trị giá bằng 1: Liền vết thương (LVT) hoàn toàn; bằng 0: Không có dấu hiệu LVT; > 0 : vết thương giảm diện tích; < 0 : vết thương tăng diện tích.

Tốc độ biểu mô hoá ($\text{cm}^2/\text{ngày}$) tại thời điểm sau 1 tuần và sau 2 tuần, tính theo công thức sau [4]: (Diện tích VT ban đầu - Diện tích VT còn lại)/7 ngày

- Thời gian LVT: Tính từ khi nghiên cứu tới khi vết thương khỏi hoàn toàn

* Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu thu được tính theo giá trị trung bình hoặc tỷ lệ %, so sánh thực hiện theo phần mềm SPSS 20.; sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Một số đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm bệnh nhân (n = 30)	Giá trị
Tuổi trung bình của bệnh nhân	$36,3 \pm 12,4$
Giới tính: Nam	24
Nữ	6
Tác nhân gây bỏng: Bỏng nhiệt khô (lửa, kim loại nóng...)	14
Bỏng nhiệt ướt (nước sôi...)	3
Bỏng điện cao thế	12
Bỏng hóa chất (acid)	1
Diện tích bỏng chung (% diện tích cơ thể), trong đó:	$30,1 \pm 20,1$
Diện tích bỏng chung do bỏng nhiệt khô	$46,2 \pm 18,9$
Diện tích bỏng chung do bỏng điện	$19,2 \pm 14,5$
Diện tích bỏng sâu (% diện tích cơ thể), trong đó	14% (1 - 41)
Diện tích bỏng sâu do nhiệt khô	22,5 (5 - 53)
Diện tích bỏng sâu do bỏng điện	8,8 (1 - 20)
Thời gian nằm viện (ngày)	$70,3 \pm 29,4$

Ghi chú: Có 2 BN tuổi trên 60 (62 và 67 tuổi), bỏng lửa và bỏng điện cao thế là 2 tác nhân hay gặp nhất.

3.2. Tác dụng điều trị của Hemi gel tại chỗ vết thương chậm liền

Bảng 3.2. Một số đặc điểm vết thương chậm liền trước nghiên cứu

Đặc điểm	Trị giá
Vị trí tổn thương: Đầu mặt cổ	1 BN
Thân trước	4 BN
Thân sau	5BN
Chi trên	4BN
Chi dưới	22 BN
Diện tích tổn thương	7,6 ± 4,8cm ²
Độ sâu tổn thương: Độ III	27 BN
Độ IV	3 BN
Thời gian tồn tại VT chậm liền	59,8 ± 28,8 ngày

Ghi chú: Có 4 bệnh nhân nghiên cứu vết thương chậm liền ở 2 vị trí khác nhau.

- Diễn biến lâm sàng toàn thân

Không có bệnh nhân xảy ra phản ứng dị ứng/kích ứng toàn thân và tại chỗ. Các chỉ số toàn thân và các cơ quan như mạch, nhiệt độ, huyết áp... thay đổi không đáng kể trước và sau đắp thuốc.

- Diễn biến lâm sàng tại chỗ vết thương

+ Phản ứng đau khi đắp thuốc: Không, gel thuốc bám dính vết thương khi tình trạng dịch tiết mức độ ít.

+ Trước nghiên cứu: Nền tổn thương là thương mô hạt bệnh lý: 27 BN (90%), trong đó mô hạt xơ hoá trên nền sẹo (nhọt, chác và gồ cao so da lành gặp 11 BN, 36,7%) hoặc mô hạt phù nề, nhọt, lõm so da lành; bề mặt lồi lõm, nhiều giả mạc (13 BN, 43,3%) hoặc hoại tử (3 BN). Có 3 bệnh nhân (10%) có nền tổn thương lộ gân, xương khớp.

100% vết thương viêm nề sung huyết ở mức độ khác nhau; không gặp viêm nề da lành.

Dịch tiết dịch mủ mức nhiều (27 bệnh nhân - 90%), mức vừa: 3 bệnh nhân (10%).

Biểu mô từ bờ mép kém; thậm chí không có biểu mô (lõm hằn so với da lành).

+ Ba ngày đầu sau tổn thương: Nền vết thương sạch hơn, màu sắc đỏ và rớm máu hơn; mô hạt đầy đặn. Giả mạc hoại tử giảm. Dịch tiết dịch mủ giảm, viêm nề giảm, rõ ngay từ ngày 1 sau đắp thuốc. Biểu mô hoá từ bờ mép rõ hơn, diện tích vết thương thu hẹp dần.

+ Sau 1 tuần: Mô hạt chủ yếu đỏ đẹp, sạch (không còn giả mạc, hoại tử), rớm máu đều, bằng phẳng hơn. Dịch xuất tiết giảm (mức nhẹ gặp: 24 BN, 80%) và viêm nề vết thương giảm dần rồi hết (100% BN), khác biệt rõ rệt so với trước điều trị, $p < 0,01$. Biểu mô hoá từ bờ mép rõ, thu hẹp diện tích vết thương đáng kể; 5 BN tổn thương khỏi.

+ T3 (sau 2 tuần): Mô hạt đỏ đẹp, không viêm nề, dịch xuất tiết giảm (chỉ gặp mức ít). Biểu mô hoá bờ mép rõ và 13 BN tổn thương biểu mô hoá khỏi cơ bản.

+ T4 (sau 3 tuần): Chủ yếu gặp vết thương khỏi cơ bản; còn lại vết thương diện tích hẹp ở trung tâm. Chỉ còn gặp 4 BN có vết thương thu hẹp đang biểu mô hoá tốt.

Bảng 3.3. Thay đổi diện tích tổn thương trong quá trình nghiên cứu

Thời điểm	Diện tích tổn thương (cm ²)	Tỷ lệ liền vết thương	Tốc độ biểu mô hoá (cm ² /ngày)
Trước nghiên cứu (n = 30)	7,6 cm ² (4 - 20cm ²)		0
Sau 1 tuần (n = 25)	4,7 cm ² (1 - 15cm ²)	0,5 ± 0,3	0,4 (0 - 0,8)
Sau 2 tuần (n = 19)	1,5 cm ² (1 - 5cm ²)	0,8 ± 0,2	0,5 (0,1 - 0,8)
p	< 0,01	< 0,01	> 0,05

Diện tích tổn thương thu hẹp sau 1 tuần và 2 tuần rõ rệt, $p < 0,01$. Tỷ lệ LVT sau 2 tuần tăng rõ rệt so với sau 1 tuần, $p < 0,01$. Tốc độ biểu mô hoá tăng sau 1 tuần và 2 tuần.

Bảng 3.4. Phương pháp điều trị sau đắp thuốc HOCI

Chỉ tiêu theo dõi	Trị giá
Thay băng tới khi	21 BN
Phẫu thuật ghép da che phủ	9 BN
Thời gian trung bình được ghép da che phủ	8,5 ± 2,8 ngày
Thời gian liền vết thương (thời gian nghiên cứu)	13,0 ± 5,8 ngày

*Ghi chú: Kết quả phẫu thuật: Da ghép bám sống 100%

- Minh hoạ hình ảnh bệnh nhân



Ảnh 3.1. Tổn thương sau bỏng lửa ngày thứ 60, mô hạt viêm nề, gồ cao da lành, biểu mô kém, dịch nhiều



Ảnh 3.2. tổn thương sau 3 ngày nghiên cứu: mô hạt đẹp sạch, đỏ và phẳng hơn, giảm nề và dịch tiết, biểu mô bờ mép rõ



Ảnh 3.3. Tổn thương sau 1 tuần, dịch tiết ít; biểu mô thu hẹp diện tích đáng kể



Ảnh 3.4. Tổn thương sau 11 ngày, biểu mô

từ bờ mép phủ kín, khối cơ bản

- Minh họa bệnh nhân khác



Ảnh 3.5. Tổn thương sau bỏng điện cao thế ngày 81, mô hạt xơ hóa, dịch nhiều, bờ mép xơ chai biểu mô kém;



Ảnh 3.6. Sau 3 ngày, mô hạt sạch và đỡ hơn, dịch tiết giảm, biểu mô bờ mép rõ



Ảnh 3.7. Sau 1 tuần, mô hạt đỏ đẹp



Ảnh 3.8. Ghép da tự thân mảnh mỏng bổ sung

4. BÀN LUẬN

- Một số đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên nhóm bệnh nhân trưởng thành, tiền sử khỏe mạnh; chủ yếu do bỏng lửa với diện tích bỏng chung và sâu đều rộng (46,2% và 22,5% tương ứng) và bỏng điện cao thế (diện tích bỏng chung là 19,2% và bỏng sâu là 8,8%; đều có bỏng độ V). Sau gần 2 tháng (59,8 ± 28,8 ngày sau bỏng), tổn diện tích tổn thương còn lại không lớn (trung bình là 7,6 cm²) nhưng là vết thương chậm liền [7]. Về toàn thân, các bệnh nhân này đang ở giai đoạn phục hồi với sự hình thành sẹo đã

dạng cần phải tập phục hồi chức năng. Đặc điểm của vết thương chậm liền trong nghiên cứu: Đã điều trị lâu dài nhưng chưa liền, hầu hết có các dấu hiệu viêm, phù nề, mùi hôi, dịch tiết và mủ nhiều... là dấu hiệu báo trước khó và lâu liền; đòi hỏi áp dụng những biện pháp toàn diện, hiệu quả hơn.

- Tác dụng chống viêm của HOCl tại VTMT

Vết thương mạn tính là vết thương không liền theo quá trình sinh lý và kéo dài tuổi của vết thương. Giai đoạn phản ứng viêm và chuyển từ phản ứng viêm sang tái tạo mô hạt đóng vai trò quan trọng trong sự

liền vết loét. Thiếu hoặc kéo dài giai đoạn viêm đều làm trì trệ sự LVT. Khi viêm kéo dài tạo nhiều tế bào viêm, làm chậm phản hồi của các yếu tố tăng trưởng (growth factor, GF) tại chỗ, nhiều lớp mỏng fibrin hình thành hạn chế mô hạt phát triển. Viêm liên tục ở vết thương có thể kéo dài trạng thái không hồi phục. Viêm kéo dài này cũng gây tăng MMPs (một họ protease có thể làm suy giảm chất nền ngoại bào ECM) nhưng gây giảm các chất ức chế protease. Sự thay đổi này có thể gây ra phân hủy nhanh chóng các GF xuất hiện tại VTMT [2, 7, 8, 20].

Sử dụng Hemigel chứa thành phần chủ yếu là HOCl điều trị VTMT có tác dụng làm giảm viêm trên lâm sàng. Trước nghiên cứu gặp vết thương với biểu hiện viêm mạn: 11 BN (36,7%) có mô hạt xơ hoá trên nền sẹo: nhọt, chắc và gồ cao so da lành. Biểu hiện của viêm mạn là bờ mép vết thương thâm nhiễm, xơ chai (fibrosis/sclerosis) do tăng lắng đọng chất nền ngoại bào và suy giảm sửa chữa tái tạo [7]. Gặp 13 BN (43,3%) có mô hạt phù nề, nhọt, lõm so da lành; 100% bệnh nhân có vết thương viêm nề ở các mức độ khác nhau. Dịch xuất tiết trước nghiên cứu cũng chủ yếu mức nhiều (27 BN, 90%) và vừa (3 BN, 10%).

Sau nghiên cứu, tình trạng viêm mạn giảm rõ rệt, sự khác biệt được thể hiện sớm ngay sau 1 ngày. Tình trạng mô hạt phù nề hoặc xơ hóa giảm, mô hạt dần đỡ đẹp, sạch (không còn giả mạc, hoại tử), rớm máu đều, bằng phẳng hơn. Mức độ tiết dịch của VTMT có xu hướng giảm dần.

Sau 1 tuần, dịch xuất tiết giảm (mức nhẹ gặp: 24 BN, 80%), viêm nề vết thương giảm dần rồi hết (100% BN), khác biệt rõ rệt với $p < 0,01$.

Cơ chế chống viêm của HOCl:

Hypochlorous (HOCl) là một acid yếu nhưng là một chất oxy hóa mạnh. Trong cơ thể, Hypochlorous được tạo ra từ các bạch cầu trung tính hoạt hóa tại nơi viêm. HOCl làm giảm tác dụng hoặc ức chế các chất trung gian viêm như cytokin (interleukin 2, TNF, GM-CSF), các eicosanoid (prostaglandin), làm giảm hoạt động các leukotrien như B4 do bạch cầu trung tính tiết ra. HOCl oxy hóa α 2-macroglobulin, gây ra trung hòa hoạt động của α 2-macroglobulin đối với các cytokin tiền viêm (TNF α , IL-2, IL-6). HOCl nồng độ cao làm giảm hoạt động của các protease như MMP-7, collagenase, gelatinase. HOCl ổn định màng tế bào Mast, ức chế bộ máy tế bào để bài tiết hạt, làm giảm phóng thích histamin từ tế bào Mast và làm giảm hoạt động của histamin. Trên lâm sàng, HOCl còn được dùng điều trị viêm da hoặc kích ứng da do dị ứng [10, 12 - 14].

- Tác dụng chống nhiễm khuẩn tại vết thương

Biểu hiện lâm sàng của vết thương nhiễm khuẩn là tình trạng viêm nề vết thương, dịch xuất tiết và dịch mủ. Vết thương trước khi áp dụng liệu pháp có biểu hiện dịch nhiều, nhiều giả mạc. Sau khi điều trị bằng gel chứa HOCl, mức độ tiết dịch của các vết loét có xu hướng giảm. Tình trạng viêm nề vết thương cũng giảm đáng kể.

HOCl có tác dụng tiêu diệt hoặc bất hoạt vi khuẩn hoặc virus bằng cơ chế phá hủy màng, ly giải tế bào hoặc đông vón protein. HOCl là một chất nội sinh ở động vật có vú. Bạch cầu trung tính, bạch cầu ái toan, thực bào đơn nhân và lympho B tiết ra HOCl để đáp ứng với tổn thương và nhiễm trùng thông qua enzyme gắn màng ty thể. HOCl liên kết chọn lọc với lớp lipid

không bão hòa gây phá vỡ tế bào; sau đó phân ly thành các gốc tự do OH^\cdot và Cl^\cdot , tiếp tục gây phá hủy màng tế bào và nội bào của vi khuẩn. HOCl tác động nhiều quá trình như phá hủy hoạt động protein màng, gián đoạn phosphoryl hóa oxy hóa, ức chế hoạt động liên kết màng, tạo cloramin và các gốc nitơ tự do dẫn tới tổn thương ADN. HOCl có khả năng trung hòa màng biofilm do *S. aureus* và *P. aeruginosa* tạo ra ở VTMT [10, 11, 15, 17].

- Tác dụng tới liền vết thương mạn tính

Trên lâm sàng, vết thương trước nghiên cứu trong tình trạng rối loạn liền vết thương. Biểu hiện rối loạn biểu mô hóa: Bờ mép vết thương không có hiện tượng biểu mô, ranh giới bờ mép với da lành rõ ràng. Rối loạn tái tạo còn biểu hiện nền vết thương có mô hạt bệnh lý như phù nề, nhiều giả mạc hoặc xơ hóa (90%), lộ gân cơ xương (30%).

Sau khi sử dụng gel HOCl, biểu mô hóa từ bờ mép rõ rệt, góp phần làm thu hẹp đáng kể diện tích. Vết thương dần xuất hiện mô hạt đẹp hơn, 100% vết thương đều có mô hạt đẹp sau 1 tuần. Diện tích tổn thương thu hẹp sau 1 tuần và 2 tuần rõ rệt, $p < 0,01$. Tỷ lệ LVT sau 2 tuần tăng rõ rệt so với sau 1 tuần, $p < 0,01$. Tốc độ biểu mô hoá tăng sau 1 tuần và 2 tuần so với trước nghiên cứu (bảng 3.3).

Kết quả nghiên cứu có 21 BN (70%) có vết thương biểu mô hoá từ bờ mép da lành đã làm liền vết thương hoàn toàn, 9 BN (30%) có mô hạt đẹp đủ điều kiện ghép da bổ sung theo chỉ định với kết quả da ghép bám sống 100%. Số ngày nghiên cứu (điều trị khỏi) trung bình là $13,0 \pm 5,8$ ngày. Cần nhắc lại là bệnh nhân nghiên cứu đều có vết loét tồn tại kéo dài (xấp xỉ 2 tháng),

trước đó đã được điều trị bằng các biện pháp thông thường có nhưng không / chưa liền. Kết quả 100% vết loét khỏi hoàn toàn. Ứng dụng liệu pháp đã góp phần kích thích liền vết thương, tạo thuận lợi cho sự thành công của phẫu thuật điều trị triệt để vết thương.

Tác dụng tới LVT của HOCl chủ yếu do tác dụng chống viêm và diệt khuẩn tại vết thương. Mặt khác, theo Draelos Z, quá trình oxy hóa các nhóm thiol của HOCl có thể gây ra sự phosphoryl hóa, kích hoạt các thụ thể tyrosine kinase làm tăng tổng hợp các yếu tố tăng trưởng; làm tăng hoạt động TGF [14]. Nhiều nghiên cứu công bố tác dụng điều trị của gel HOCl tại VTMT [12,17 - 19].

Rafael Herruzo (2023) nghiên cứu tác dụng HOCl trên 346 vết thương khi phối hợp dạng dung dịch để rửa và gel để đắp ghi nhận tác dụng hiệp đồng; làm tăng tốc độ liền vết thương và khả năng chữa khỏi, giảm tình trạng nhiễm trùng [15].

- Tính an toàn của gel HOCl trên bệnh nhân vết thương mạn tính

HOCl là một chất nội sinh trong tất cả các động vật có vú và có hiệu quả chống lại nhiều loại vi sinh vật, do đó không gây độc tế bào vật chủ. HOCl dùng điều trị vết thương hầu như ít hấp thu vào cơ thể do đó tương đối an toàn. Cần lưu ý HOCl có thể gây kích ứng hoặc dị ứng khi ở nồng độ cao và dùng thời gian kéo dài, diện rộng [14]. Trên lâm sàng, chúng tôi không gặp các biểu hiện dị ứng tại chỗ và toàn thân khi sử dụng Hemi gel.

5. KẾT LUẬN

Tác dụng điều trị của Hemi gel chứa HOCl trên 30 bệnh nhân trưởng thành có vết thương bỏng chậm liền cho thấy:

Gel có tác dụng chống viêm: Tình trạng phù nề vết thương, dịch xuất tiết, giả mạc giảm rõ rệt sau 1 tuần điều trị, $p < 0,01$.

Thuốc tạo thuận lợi liền vết thương: tình trạng biểu mô hoá bờ mép tăng, mô hạt đẹp hơn. Diện tích tổn thương thu hẹp, tỷ lệ liền vết thương và tốc độ biểu mô tăng đáng kể sau 1 - 2 tuần điều trị ($p < 0,01$). Thuốc sử dụng trên bệnh nhân an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sibbald RG, Goodman L, Woo KY, et al (2011)**. Special considerations in wound bed preparation 2011: an update. *Adv Skin Wound Care* 24(9): 415-36; quiz 437-8
2. **Han G, Ceilley R (2017)**; Chronic wound healing: a review of current management and treatments. *Adv Ther* 34(3): 599-610
3. **Boersema GC, Smart H, Giaquinto-Cilliers MG, et al. (2021)**. Management of unhealable and maintenance wounds: a systematic integrative review and referral pathway. *Adv Skin Wound Care* 34(1): 11-22
4. **Fridman and Dino RechSibbald RG, Elliott JA, Ayello EA, Somayaji R (2015)**. Optimizing the moisture management tightrope with wound bed preparation. *Adv Skin Wound Care*; 28(10): 466-76.
5. **Woo KY, Krasner DL, Kennedy B., et al (2015)**; Palliative wound care management strategies for palliative patients and their circles of care. *Adv Skin Wound Care* 28(3): 130-40, quiz 140-2
6. **Woo K, de Gouveia Santos VLC, Alam T (2018)**; Optimising quality of life for people with non-healing wounds. *Wounds International* 9(3): 6-14
7. **Krister Järbrink, Gao Ni, Henrik Sönergren, Artur Schmidtchen, Caroline Pang, Ram Bajpai, and Josip Ca (2016)**. "Prevalence and incidence of chronic wounds and related complications: a protocol for a systematic review". *Syst Rev*. 2016; 5(1): 152
8. **Zhao R, Liang H, Clarke E, et al (2016)**. Inflammation in chronic wounds. *Int J Mol Sci* 17(12): 2085
9. **Armstrong DG, Bohn G, Glat P, et al**. Expert recommendations for the use of hypochlorous solution: science and clinical application. *Ostomy Wound Manage*. 2015; **61**: S2-S19.
10. **Block MS, Rowan BG**. Hypochlorous acid: a review. *J Oral Maxillofac Surg*. 2020; 78: 1461-1466.
11. **Day A, Alkhalil A, Carney BC, Hoffman HN, Moffatt LT, Shupp JW**. Disruption of biofilms and neutralization of bacteria using hypochlorous acid solution: an in vivo and in vitro evaluation. *Adv Skin Wound Care*. 2017; 30: 543- 551.
12. **Dissemond J**. Wound cleansing: benefits of hypochlorous acid. *J Wound Care*. 2020; **29**(10): S4- S8.
13. **Medina-Tamayo J, Sanchez-Miranda E, Balleza-Tapia H et al**. Superoxidized solution inhibits IgE-antigen-induced degranulation and cytokine release in mast cells. *Int Immunopharmacol*. 2007; **7**: 1013-1024.
14. **Draeos Z**. Evaluation of a gel formulation of hypochlorous acid and sodium hypochlorite to reduce pruritus in mild to moderate atopic dermatitis. *Winter Clin*. 2012; **103**: 624-628.
15. **Rafael Herruzo Ph.D., MD, Erika Fondo Alvarez MSc, Irene Herruzo Ph.D., Emma Santiso Casanova MSc**, Synergistic effect of two formulations of hypochlorous acid in the treatment of 346 chronic ulcers; wound repair and regeneration; Volume31, Issue3; May/June 2023; Pages 401-409
16. **Del Rosso JQ, Bhatia N**. Status report on topical hypochlorous acid: clinical relevance of specific formulations, potential modes of action, and study outcomes. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2018; 11: 36-39.
17. **Sakarya S, Gunay N, Karakulak M et al**. Hypochlorous acid: an ideal wound care agent with powerful microbicidal, antibiofilm, and wound healing potency. *Wounds*. 2014; 26: 342-350.
18. **Gold MH, Andriessen A, Bhatia AC, et al**. Topical stabilized hypochlorous acid: the future gold standard for wound care and scar management in dermatologic and plastic surgery procedures. *J Cosmetic Dermatol*. 2020; 19: 270-277.
19. **National Pressure Ulcer Advisory Panel (2016)**, NPUAP Pressure Injury Stages, <http://www.npuap.org/>
20. **Menke N.B., Ward K.R., Witten T.M., Bonchev D.G., Diegelmann R.F (2007)**. "Impaired wound healing". *Clin Dermatol*. 2007, 25:19-25

ĐẶC ĐIỂM THU DUNG, KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN BỎNG TRONG 2 NĂM PHÒNG CHỐNG DỊCH COVID-19

¹Ngô Minh Đức, ¹Chu Anh Tuấn,
¹Lê Quốc Chiêu, ²Đỗ Xuân Hai, ³Nguyễn Văn Duy
¹Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác
²Học viện Quân y, ³Bệnh viện Quân y 103

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số đặc điểm dịch tễ, kết quả điều trị của bệnh nhân bị bỏng điều trị tại Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác trong 2 năm phòng chống dịch bệnh Covid-19 (2020 - 2021).

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu trên 10.050 bệnh nhân bỏng điều trị trong 4 năm (2018 - 2021) tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia. Bệnh nhân được chia làm hai nhóm trước (2018 - 2019) và trong thời gian dịch bệnh Covid-19 (2020 - 2021) để so sánh.

Kết quả: Bệnh nhân thu dung giảm (64,6% so giai đoạn trước dịch); lứa tuổi < 16 giảm, chiếm 37,7%; đối tượng có bảo hiểm y tế (BHYT) tăng, chiếm 87,1%; tỷ lệ nhập viện trong 24 giờ sau bỏng giảm mạnh (54,1% so với 87,4%, $p < 0,001$); không tăng nhiều vào tháng 6, 7, 8; bệnh nhân bỏng điện tăng cả về số và tỷ lệ (657 chiếm 16,7% so với 645 chiếm 10,6%, $p < 0,05$); diện tích bỏng là 9% diện tích cơ thể (DTCT) (3 - 18%) so với 7% DTCT (3 - 15%), $p < 0,001$, bỏng sâu là 3 (1 - 8) so với 2 (1 - 7) % DTCT, $p < 0,01$.

Trong giai đoạn dịch Covid-19, ngày điều trị trung bình là 16 (10 - 29) ngày. Tỷ lệ tử vong là 3,3% (so với giai đoạn trước là 3,4%, $p > 0,05$). Ngày nằm viện của bệnh nhân tử vong là 11 (2 - 24) ngày so với 7 (2 - 14) ngày ở giai đoạn trước, $p < 0,01$. LA50 là 74% DTCT (so với 63% DTCT ở giai đoạn trước), bỏng sâu là 44% DTCT (so với 35%DTCT). Bỏng hô hấp có tỷ lệ tử vong là 39,6% (so với giai đoạn trước là 57,5%, $p = 0,002$).

Kết luận: Trong khoảng thời gian dịch Covid-19 xảy ra, bệnh nhân nhập viện điều trị giảm, tỷ lệ bỏng nặng cao hơn. Mặc dù tỷ lệ tử vong không đổi, các chỉ số chỉ ra chất lượng điều trị tốt hơn có thể do có nhiều điều kiện thuận lợi cho điều trị như mật độ bệnh nhân giảm, tập trung được nguồn lực.

Keywords: Dịch tễ, kết quả điều trị, bệnh nhân bỏng, dịch bệnh Covid-19

Chịu trách nhiệm: Ngô Minh Đức, Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác
Email: yducqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/6/2023; Ngày phản biện: 12/7/2023; Ngày duyệt bài: 20/7/2023
<https://doi.org/10.54804/yhthvb.3.2023.232>

ABSTRACT

Objectives: To evaluate some epidemiological characteristics and treatment results of burn patients treated at the National Park Service during 2 years of COVID-19 disease prevention (2020 - 2021).

Subjects and methods: Retrospective study on 10,050 burn patients who were treated at the National Burn Hospital from 2018 to 2021. Patients were divided into two groups before (2018 - 2019) and during the COVID-19 epidemic (2020 - 2021) for comparison.

Result: The number of patients entering treatment decreased (64.6% compared to the pre-epidemic period); the age group < 16 decreased by 37.7%, the population with health insurance increased by 87.1%; the rate of hospitalization in 24 hours after burns decreased sharply (54.1% compared with 87.4%, $p < 0.001$); did not increase much in June, August, August; patients with electrical burns increased in both number and percentage (657 accounted for 16.7% compared with 645 accounted for 10.6%, $p < 0.05$); burn area is 9 (3 - 18) vs 7 (3 - 15)% TBSA, $p < 0.001$, deep burn is 3 (1 - 8) vs 2 (1 - 7)% TBSA, $p < 0.01$.

During the period of COVID-19, the treatment day is 16 (10 - 29) days. The mortality rate was 3.3% (compared to 3.4% in the previous period, $p > 0.05$). The hospital day the patient died was 11 (2 - 24) days compared with 7 (2 - 14) days in the previous period, $p < 0.01$. LA50 is 74% TBSA (compared to 63% TBSA in the previous stage), and deep burns are 44% TBSA (compared to 35% TBSA in the previous stage). Respiratory damage has a mortality rate of 39.6% (compared to 57.5% in the previous period, $p = 0.002$).

Conclusion: During the COVID-19 epidemic period, the number of burn patients decreased, the rate of severe burns was higher. Although the mortality rate remained unchanged, the indicators pointing to a better quality of treatment may be due to many favorable conditions for treatment such as reduced patient density, and concentration of resources.

Keywords: Epidemiology, treatment outcomes, burn patients, Covid-19 epidemic

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dịch bệnh COVID-19 là dịch bệnh truyền nhiễm rất nguy hiểm, lây lan nhanh, diễn biến phức tạp, chính quyền đã có nhiều chính sách trong việc dự phòng và điều trị bệnh như cách ly, truy vết, điều trị. Dịch bệnh COVID-19 lây lan vào Việt Nam từ tháng 01/2020, ảnh hưởng lớn đến các địa phương, đặc biệt tại hai thành phố lớn là Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh.

Dịch bệnh COVID-19 tại Việt Nam diễn biến qua 4 giai đoạn chính: Giai đoạn 1 từ tháng 1/2020 đến tháng 4/2020, giai đoạn 2 từ tháng 7/2020 đến tháng 10/2020, giai đoạn 3 từ tháng 01/2021 đến tháng 3/2021, giai đoạn 4 từ cuối tháng 4/2021 đến tháng 10/2021. Đời sống sinh hoạt, kinh tế xã hội của người dân bị ảnh hưởng trực tiếp như người dân, học sinh, sinh viên phải ở nhà cách ly, giảm số lượng công nhân làm việc tại các xí nghiệp công xưởng, việc đi lại, giao thông cũng hạn chế, việc lưu thông

giữa các địa phương quy định chặt chẽ hơn. Các đặc điểm đó đã ảnh hưởng lớn đến kết quả thu dung điều trị tại Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác, mặt khác công tác chăm sóc điều trị bệnh nhân có thể có ảnh hưởng bởi tình hình thu dung người bệnh. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu "*Đánh giá một số đặc điểm dịch tễ, kết quả điều trị của bệnh nhân bị bỏng điều trị tại Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác trong 2 năm phòng chống dịch bệnh COVID-19 từ 2020 - 2021*".

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Toàn bộ hồ sơ, bệnh án nội trú của bệnh nhân điều trị bỏng tại Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu, kỹ thuật sử dụng

a/ Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả trên hồ sơ bệnh án, mô tả theo các chỉ tiêu đánh giá định sẵn. Thu thập thông tin về đặc điểm và kết quả điều trị của bệnh nhân bị bỏng. Dữ liệu bệnh nhân nghiên cứu được chia ra hai giai đoạn: giai đoạn trước (2018-2019) và trong thời gian dịch bệnh Covid-19 (2020-2021) để so sánh, phân tích rút ra nhận xét.

b/ Kỹ thuật tiến hành

* Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm bệnh nhân đến khám tổn thương bỏng, số liệu được lấy từ hệ thống phần mềm quản lý bệnh nhân của Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác:

+ Tuổi: Được chia thành các nhóm tuổi chính từ 16 tuổi trở xuống, 17 đến 59 tuổi và từ 60 tuổi trở lên.

+ Giới tính: Nam và nữ

+ Tác nhân bỏng: Nhiệt ướt, nhiệt khô (lửa xăng, lửa thuốc pháo/súng,...), điện, hóa chất (Axit, Bazơ, khác), tác nhân khác.

+ Địa chỉ

+ Vị trí bỏng: Đầu, mặt, cổ, thân trước, thân sau, chi trên, sinh dục, chi dưới.

+ Diện tích bỏng, bỏng sâu được tính theo % tổng diện tích da bề mặt cơ thể (%DTCT). Chia các nhóm diện tích chính: Dưới 10% DTCT; Từ 10% đến 19% DTCT; Từ 20% đến 39% DTCT; Từ 40% đến 59% DTCT và Từ 60% DTCT trở lên.

Với bỏng sâu: Chỉ có bỏng nông; Dưới 5% DTCT; Từ 5% đến 9% DTCT; Từ 10% đến 19% DTCT và Từ 20% DTCT trở lên.

+ Bỏng hô hấp, mức độ và diễn biến.

+ Diễn biến bệnh bỏng, các biến chứng: Suy hô hấp, suy tuần hoàn, sốc nhiễm khuẩn, suy thận cấp, xuất huyết tiêu hóa, rối loạn đông máu, ARDS, biến chứng khác (ghi cụ thể).

+ Kết quả điều trị: Khỏi, đỡ, không đỡ, nặng hơn, tử vong.

**Xử lý số liệu*: Phần mềm SPSS22.0 được sử dụng để phân tích dữ liệu. Các biến liên tục được dùng phép kiểm định Kolmogorov-Smirnov khi cỡ mẫu lớn hơn 50 hoặc phép kiểm Shapiro-Wilk khi cỡ mẫu nhỏ hơn 50, được coi là có phân phối chuẩn khi mức ý nghĩa (Sig.) lớn hơn 0,05, sau đó được biểu thị bằng giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn hoặc trung vị (phân vị thứ 25-75, Q1-Q3). Kiểm định phi tham số (thử nghiệm Mann - Whitney U) được sử dụng để so sánh giữa hai nhóm và phân tích phương sai cũng như thử nghiệm Kruskal Wallis được sử dụng để so sánh giữa nhiều nhóm. Thử nghiệm tương quan xếp

hạng Spearman đã được sử dụng cho thử nghiệm tương quan hai biến. Các biến phân loại được trình bày theo số trường hợp và tỷ lệ phần trăm, so sánh giữa các nhóm được thực hiện bằng phép kiểm Chi bình phương hoặc phương pháp xác suất chính xác của Fisher. Hồi quy logistic đa biến và hồi quy tuyến tính đa biến được sử

dụng để phân tích đa biến. LA50 (The lethal area 50), thước đo khả năng sống sót sau bỏng đối với diện tích bỏng (tỷ lệ phần trăm với tổng diện tích bề mặt da cơ thể) mà tại đó sẽ có 50% tỷ lệ tử vong, được tính toán bằng cách sử dụng phân tích logistics. Ý nghĩa thống kê được xem xét với xác suất giá trị $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ của bệnh nhân bị bỏng điều trị tại BV BQG trong 2 năm phòng chống dịch bệnh COVID-19 (2020 - 2021)

Bảng 3.1. Đặc điểm dịch tễ bệnh nhân bỏng 2 năm 2020 - 2021

Đặc điểm		2018 - 2019 (n = 6106)	2020 - 2021 (n = 3944)	p
Giới tính	Nam (n = 6890)	4166 (68,2%)	2724 (69,1%)	0,379
	Nữ (n = 3160)	1940 (31,8%)	1220 (30,9%)	
Tuổi	0 - 16 (n = 4386, 43,6%)	2734 (44,8%)	1852 (37,7%)	0,013
	17-59 (n = 4978, 49,5%)	2973 (48,7%)	2005 (50,3%)	
	>= 60 (n = 686, 6,8%)	399 (6,5%)	287 (7,3%)	
Đối tượng	BHYT (n = 8617, 85,7%)	5177 (84,8%)	3437 (87,1%)	0,001
	Dân (n = 1436, 14,3%)	929 (15,2%)	507 (12,9%)	
Thời điểm vào viện sau bỏng	Trong 24 giờ (7469, 74,3%)	5336 (87,4%)	2133 (54,1%)	< 0,001
	Sau 24 giờ (2581, 25,7%)	770 (12,6%)	1811 (45,9%)	
Nơi chốn	Thành thị (6792; 67,6%)	3858 (63,2%)	2934 (74,4%)	< 0,001
	Nông thôn (3258; 32,4%)	2248 (36,8%)	1010 (25,6%)	
Nguyên nhân	Điện (1302, 13,0%)	645 (10,6%)	657 (16,7%)	< 0,05
	Hoá chất (193, 1,9%)	130 (2,1%)	63 (1,6%)	
	Nhiệt lạnh (8; 0,1%)	5 (0,1%)	3 (0,1%)	
	Nhiệt khô 94169; 41,5%)	2533 (41,5%)	1636 (41,5%)	
	Nhiệt ướt (4378; 43,6%)	2793 (45,7%)	1585 (40,2%)	
Diện tích bỏng	Dưới 10% DTCT	3498 (57,3%)	1985 (50,3%)	< 0,001
	Từ 10% đến 19% DTCT	1416 (23,2%)	991 (25,1%)	
	Từ 20% đến 39% DTCT	787 (12,9%)	616 (15,6%)	

Đặc điểm		2018 - 2019 (n = 6106)	2020 - 2021 (n = 3944)	p
	Từ 40% đến 59% DTCT	244 (4,0%)	201 (5,1%)	< 0,001
	Từ 60% DTCT trở lên	161 (2,6%)	151 (3,8%)	
	Trung bình	7 (3 - 15%)	9 (3 - 18%)	
Diện tích bông sâu	Chỉ có bông nông	3138 (51,4%)	2013 (51,0%)	0,023
	Dưới 5% DTCT	2015 (33,0%)	1226 (31,1%)	
	Từ 5% đến 9% DTCT	367 (6,0%)	279 (7,1%)	
	Từ 10% đến 19% DTCT	299 (4,9%)	205 (5,2%)	
	Từ 20% DTCT trở lên	287 (4,7%)	221 (5,6%)	
	Trung bình	2 (1 - 7)	3 (1 - 8)	0,006
Có bệnh kèm theo		643 (10,5%)	352 (8,9%)	0,009
Chấn thương kết hợp		147 (2,4%)	81 (2,1%)	0,237
Bông hô hấp		219 (3,6%)	111 (2,8%)	0,035

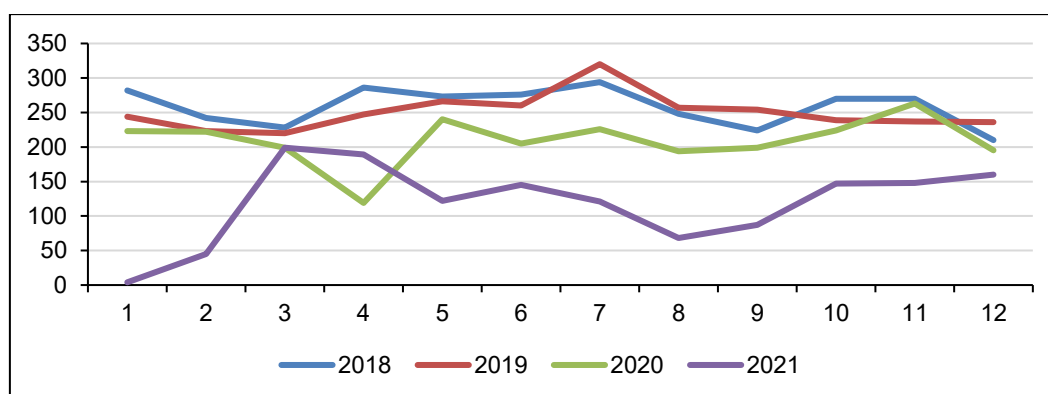
Nhận xét: Số lượng bệnh nhân bông thu dung 2018 - 2019 là 6.106, trong giai đoạn COVID-19 từ 2020 - 2021 bệnh nhân bông thu dung điều trị giảm, số lượng là 3944.

Tỷ lệ thu dung theo giới tính tương đương ở cả 2 giai đoạn, tỷ lệ bệnh nhân bông thu dung giai đoạn có Covid-19 khác ở các đặc điểm về độ tuổi, nhóm 0 -16 tuổi giảm, chiếm 37,7%; đối tượng bệnh nhân có BHYT tỷ lệ cao hơn (87,1% so với 84,8%, $p < 0,05$), bệnh nhân vào viện thời điểm sau 24 giờ có tỷ lệ tăng (45,9% so với 12,6%, $p < 0,001$), bệnh nhân đến từ thành thị tăng (74,4% so với 63,2% giai đoạn trước Covid-19, $p < 0,001$).

Theo nguyên nhân, bệnh nhân bông diện tăng cả số lượng tuyệt đối và tương đối trong giai đoạn Covid-19 (657 chiếm 16,7% so với 645 chiếm 10,6%, $p < 0,05$), bệnh nhân bông do hóa chất, lửa, nhiệt ướt giảm cả số lượng và tỷ lệ.

Theo diện tích bông, trong giai đoạn dịch bệnh Covid-19, tỷ lệ bệnh nhân có diện tích bông rộng lớn hơn giai đoạn trước dịch. Bệnh nhân với bông dưới 10% DTCT ở giai đoạn 2020 - 2021 có tỷ lệ thấp hơn giai đoạn 2018 - 2019, với diện tích bông rộng hơn thì ngược lại, giai đoạn 2020 - 2021 có tỷ lệ lớn hơn giai đoạn 2018 - 2019. Diện tích trung bình giai đoạn có Covid-19 lớn hơn giai đoạn trước dịch (9 so với 7, $p < 0,001$). Tỷ lệ bông sâu có diện tích lớn hơn ở giai đoạn có Covid-19 ($p = 0,023$), tuy nhiên diện tích bông sâu lớn hơn không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,023$).

Bệnh nhân bông có bệnh lý kèm theo ở giai đoạn 2020 - 2021 là 352 bệnh nhân chiếm 8,9%, giảm so với giai đoạn trước (643 bệnh nhân, chiếm 10,5%, $p = 0,009$). Bông hô hấp giảm cả số lượng và tỷ lệ (2,1% so với 2,4%, $p = 0,035$). Bệnh lý đái tháo đường không giảm.



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tháng trong các năm

Nhận xét: Thu dung bệnh nhân khác từng thời điểm trong năm giai đoạn covid, giai đoạn xã hội ly, bệnh nhân không còn tăng nhiều vào tháng 6, 7, 8.

Bảng 3.2. Đặc điểm bệnh nhân theo tuổi

Nhóm tuổi	Giai đoạn		Tổng (n = 1302)
	2018 - 2019 (n = 645)	2020 - 2021 (n = 657)	
Dưới 16 tuổi	110 (17,1%)	117 (17,8%)	227 (17,4%)
Từ 16 tuổi đến 59 tuổi	488 (75,6%)	502 (76,4%)	990 (76%)
Từ 60 tuổi trở lên	47 (7,3%)	38 (5,8%)	85 (6,6%)

Nhận xét: Theo nguyên nhân bệnh do dòng điện, bệnh lứa tuổi dưới 16 tuổi, 16 - 59 tuổi đều tăng, từ 60 tuổi trở lên giảm trong thời gian Covid-19.

Bảng 3.3. Diện tích bệnh trung bình theo nguyên nhân bệnh

Nguyên nhân		2018 - 2019 (n = 6106)	2020 - 2021 (n = 3944)	p
Bệnh chung	Điện	3 (0,25 - 14)	8 (1 - 21)	< 0,05
	Hóa chất	3 (1 - 8)	4 (0,25 - 11)	> 0,05
	Cóng lạnh	1 (0,04 - 1,5)	1 (0 - 3,5)	
	Nhiệt khô	10 (3 - 21)	10 (3 - 24)	< 0,05
	Nhiệt ướt	7 (3 - 12)	8 (4 - 14)	< 0,05
Bệnh sâu	Điện	1 (0,188 - 6)	2 (1 - 8)	< 0,001
	Hóa chất	2 (0,313 - 5,00)	1,5 (0,15 - 4)	> 0,05
	Cóng lạnh	0	0	> 0,05
	Nhiệt khô	3 (1 - 12)	3 (1 - 12)	> 0,05
	Nhiệt ướt	2 (1 - 4)	3 (1 - 5)	< 0,05

Nhận xét: Nhiệt khô là tác nhân gây bỏng với diện tích lớn nhất, tiếp đến là do nhiệt ướt, điện, hóa chất và lạnh. Giai đoạn 2020 - 2021, theo từng nguyên nhân điện, nhiệt (khô và ướt) diện tích bỏng lớn hơn giai đoạn 2018 - 2019 ($p < 0,05$).

Nhiệt khô cũng là tác nhân gây bỏng sâu với diện tích lớn nhất, tiếp đến là do

điện, hóa chất, nhiệt ướt và lạnh. Sự khác nhau giữa các giai đoạn không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) trừ do điện và nhiệt ướt.

3.2. Kết quả điều trị bệnh nhân bị bỏng tại BVBQG trong 2 năm phòng chống dịch bệnh COVID-19 (2020 - 2021)

Bảng 3.4. Kết quả điều trị theo giai đoạn

Kết quả điều trị	2018 - 2019 (n = 6106)	2020 - 2021 (n = 3944)	p
Số lần phẫu thuật	0 (0 - 2)	0 (0 - 2)	0,078
Ngày điều trị	14 (9 - 24)	16 (10 - 29)	< 0,001
Ngày nằm viện của BN tử vong	7 (2 - 14)	11 (2 - 24)	< 0,001
Tử vong	210 (3,4%)	131 (3,3%)	0,750

Nhận xét: Số lần phẫu thuật 2 giai đoạn khác nhau không đáng kể. ngày điều trị trung bình giai đoạn 2020 - 2021 là 16 (10 - 29) ngày kéo dài hơn giai đoạn 2018 -

2019 (14 (9 - 24), $p < 0,001$). Ngày nằm viện của các bệnh nhân tử vong trong giai đoạn COVID-19 là 11 (2 - 24) dài hơn giai đoạn trước 7 (2 - 14), $p < 0,001$.

Bảng 3.5. Ngày nằm trung bình theo nguyên nhân bỏng

Nguyên nhân	2018 - 2019 (n = 6106)	2020 - 2021 (n = 3944)	p
Điện	27 (16 - 44)	27 (14 - 46)	> 0,05
Hóa chất	10 (5 - 20)	10,5 (6 - 25)	> 0,05
Lạnh	9 (7 - 12)	8 (6 - 14,5)	> 0,05
Nhiệt khô	14 (8 - 25)	15 (9 - 29)	> 0,05
Nhiệt ướt	13 (8 - 20)	15 (9 - 23)	< 0,01

Nhận xét: Theo tác nhân gây bỏng, diện tích bỏng cũng tăng ở giai đoạn có Covid-19, trừ do lạnh. Tác nhân có ngày điều trị dài nhất là do điện, tiếp đến là do

nhiệt khô, nhiệt ướt, hóa chất. Bỏng do nhiệt ướt có ngày điều trị kéo dài hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Bảng 3.6. Ngày điều trị theo diện tích bóng

Đặc điểm		2018 - 2019 (n = 6106)	2020 - 2021 (n = 3944)	p
Diện tích bóng	Dưới 10% DTCT	12 (7 - 19)	14 (8 - 23)	< 0,001
	Từ 10% đến 19% DTCT	15 (10 - 24)	17 (10 - 28)	< 0,001
	Từ 20% đến 39% DTCT	25 (16 - 38)	26 (13 - 41,5)	0,78
	Từ 40% đến 59% DTCT	31,5 (17 - 47,5)	35 (15 - 57)	0,4
	Từ 60% DTCT trở lên	10 (2 - 32)	20 (7 - 48,5)	0,001
Diện tích bóng sâu	Bóng nông	10 (7 - 14)	12 (8 - 19)	< 0,001
	Dưới 10% DTCT	20 (14 - 29)	21 (13 - 32)	0,35
	Từ 10% đến 19% DTCT	32 (23 - 45)	32 (18 - 48)	0,35
	Từ 20% đến 39% DTCT	37 (26 - 51)	33 (19 - 53)	0,12
	Từ 40% trở lên	18 (4 - 55)	35 (11 - 59)	0,003

Nhận xét: Ngày nằm điều trị tăng dần khi diện tích bóng tăng đến 60%, bóng sâu tăng dần đến 40% DTCT sau đó giảm dần với diện tích lớn hơn. Ngày điều trị ở 2 giai đoạn trước và sau dịch không có ý nghĩa thống kê ở nhóm có diện tích bóng từ 20%

DTCT đến dưới 60% DTCT, bóng sâu dưới 40% DTCT. Bệnh nhân bóng từ 60% DTCT, bóng nông, bóng sâu từ 40% DTCT trở lên nằm điều trị kéo dài hơn trong giai đoạn COVID-19 so với giai đoạn trước ($p < 0,001$). Bóng nông điều trị là 12 (8 - 19) ngày.

Bảng 3.7. Tỷ lệ tử vong theo các đặc điểm

Đặc điểm		2018 - 2019 (n = 6106)	2020 - 2021 (n = 3944)	p
Giới tính	Nam	3,9% (163/4166)	3,7% (102/2724)	0,72
	Nữ	2,4% (47/1940)	2,4% (29/1220)	0,94
	p	0,03	0,049	
Tuổi	0 - 16	0,5% (15/2734)	0,5% (8/1652)	0,78
	17-59	4,9% (147/2973)	4,8% (97/2005)	0,86
	>= 60	12% (48/399)	9,1% (26/287)	0,22
	p	< 0,001	< 0,001	
Đối tượng	BHYT	3,0% (155/5177)	2,9% (101/3437)	0,88
	Dân	5,9% (55/929)	5,9% (30/507)	0,99
	p	< 0,001	0,013	
Thời điểm vào viện sau bóng	Trong 24 giờ	3,6% (192/5336)	4,4% (93/2133)	0,7
	Sau 24 giờ	2,3% (18/770)	2,1% (28/1811)	0,12
	p	0,073	< 0,001	
Nơi chốn	Thành thị	3,6% (139/3858)	3,3% (96/2934)	0,46
	Nông thôn	3,2% (71/2248)	3,5% (35/1010)	0,65
	p	0,36	0,77	

Đặc điểm		2018 - 2019 (n = 6106)	2020 - 2021 (n = 3944)	p
Nguyên nhân	Điện	2,6% (17/645)	2,0% (13/657)	> 0,05
	Hóa chất	0,8% (1/130)	1,6% (1/63)	> 0,05
	Lạnh	0%	0%	> 0,05
	Nhiệt khô	6,7% (169/2533)	5,7% (94/1636)	> 0,05
	Nhiệt ướt	0,8% (23/2793)	1,5% (23/1585)	> 0,05
	p	< 0,001	< 0,001	
Bệnh lý kèm theo	Có	5,4% (35/643)	6,5% (23/352)	> 0,05
	Không	3,2% (175/5463)	3,0% (108/3592)	> 0,05
	p	0,003	< 0,001	
Chấn thương kết hợp	Có	4,8% (7/147)	8,6% (7/81)	> 0,05
	Không	3,4% (203/5959)	3,2% (124/3683)	> 0,05
	p	> 0,05	0,007	
Bỏng hô hấp	Có	57,5% (126/219)	39,6% (44/111)	0,002
	Không	1,4% (84/5887)	2,3% (87/3833)	0,002
	p	< 0,001	< 0,001	

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong ảnh hưởng bởi các đặc điểm giới tính, tuổi, đối tượng, nguyên nhân bỏng, bệnh lý kèm theo ở 2 giai đoạn và không khác nhau

đáng kể giữa 2 giai đoạn. Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân bỏng hô hấp giảm hơn ở giai đoạn có dịch bệnh (39,6% so với 57,5%, $p = 0,002$).

Bảng 3.8. Tử vong theo diện tích bỏng

Diện tích bỏng chung		Giai đoạn		p
		2018 - 2019 (n = 6106)	2020 - 2021 (n = 3944)	
Bỏng chung	Dưới 10% DTCT	0,2% (6/3498)	0,3% (6/1985)	0,32
	Từ 10% đến 19% DTCT	0,8% (12/1416)	1% (10/991)	0,68
	Từ 20% đến 39% DTCT	3,6% (28/787)	2,8% (17/616)	0,40
	Từ 40% đến 59% DTCT	20,5% (50/244)	10% (20/201)	< 0,001
	Từ 60% DTCT trở lên	70,8% (114/161)	51,7% (78/151)	< 0,001
	P	< 0,001	< 0,001	
	LA50	63% DTCT	74% DTCT	
Bỏng sâu	Bỏng nông	0,6% (19/3138)	1,4% (28/2013)	< 0,01
	Dưới 5% DTCT	0,3% (7/2015)	0,3% (4/1226)	0,92
	Từ 5% đến 9% DTCT	1,4% (5/367)	1,4% (4/279)	0,94
	Từ 10% đến 19% DTCT	7,4% (22/299)	6,3% (13/205)	0,66
	Từ 20% DTCT trở lên	54,7% (157/287)	37,1% (63/221)	< 0,001
	p	< 0,001	< 0,001	
	LA50	35% DTCT	44% DTCT	

*DTCT: Tổng diện tích bề mặt da cơ thể

Nhận xét: Bồng diện tích rộng có tỷ lệ tử vong cao hơn so với bồng diện tích nhỏ hơn, diện tích bồng bé hơn 40% DTCT tỷ lệ tử vong khác nhau không có ý nghĩa thống kê ở 2 giai đoạn ($p > 0,05$), diện tích từ 40 - 59% DTCT và từ 60% DTCT trở lên tỷ lệ tử vong thấp hơn ở giai đoạn có Covid-19. Phân tích Logistics thấy rằng LA50 giai đoạn 2020 - 2021 là 74% DTCT cao hơn giai đoạn 2018 - 2019 (63%DTCT).

Tỷ lệ tử vong ở các giai đoạn đều tăng khi diện tích bồng sâu tăng. Tỷ lệ tử vong ở bồng nông giai đoạn 2020 -2021 là 1,4% cao hơn giai đoạn trước 0,6% ($p < 0,001$), tỷ lệ tử vong ở bồng sâu dưới 5% giai đoạn 2020 - 2021 cao hơn giai đoạn 2018 - 2019 (1,6% so với 0,3%, $p < 0,001$). Sự khác biệt không đáng kể ($p > 0,05$) ở bồng sâu 5 - 19%. Bồng sâu từ 20% trở lên tỷ lệ tử vong thấp hơn ở giai đoạn 2020 - 2021 (28,5% so với 54,7%, $p < 0,001$). LA50 với bồng sâu giai đoạn 2020-2021 là 44% DTCT, giai đoạn 2018 - 2019 là 35% DTCT.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ của bệnh nhân bị bồng điều trị tại BVBQG trong 2 năm phòng chống dịch bệnh COVID-19 (2020 - 2021)

Bồng là một tai nạn thương tích để lại nhiều đau đớn, hậu quả về sức khỏe, ảnh hưởng lớn đến đời sống tinh thần, sinh hoạt, công việc của người trong khi bị cũng như di chứng sau bồng. Các yếu tố tác động đến tần xuất bị, mức độ bồng, đến điều kiện chăm sóc, điều trị đều ảnh hưởng lớn đến kết quả điều trị của bồng.

Dịch bệnh Covid-19 do virus SARS-CoV-2 là dịch bệnh nguy hiểm, lây lan nhanh qua đường hô hấp và gây tổn thương phổi nghiêm trọng, bắt đầu từ tháng 12 năm 2019 ở Vũ Hán, Trung Quốc và nhanh chóng lan sang nhiều quốc gia. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) tuyên bố đây

là đại dịch vào ngày 30 tháng 1 năm 2020 [1], [2]. Khi đại dịch diễn ra, ở giai đoạn đầu khi chưa có vaccine phòng chống, nhiều quốc gia, nhiều nơi phòng chống bằng cách cô lập, cách ly từ diện hẹp đến diện rộng, thậm chí toàn quốc gia. Tại Việt Nam, dịch bệnh Covid-19 xuất hiện từ sớm, ngay từ tháng 1/2020, các địa phương đã tổ chức nhiều đợt cách ly tại các tỉnh, thành phố, Hà Nội và TP HCM cũng trải qua nhiều đợt bùng phát dịch bệnh và cách ly [3]. Người lao động phải nghỉ việc, trẻ nhỏ phải ở nhà, một số ngành quan trọng hoặc một số công xưởng nhà máy phòng chống dịch tốt mới tiếp tục hoạt động trong giai đoạn 2020 - 2021. Ngành y tế nói chung bị ảnh hưởng, mọi người bị cách ly ở nhà có một số lợi thế như được trông nom nhau, tuy nhiên cũng có thêm những nguy cơ trong sinh hoạt. Tình hình giao thông, vận chuyển do cách ly nên cũng quản lý nghiêm ngặt. Bệnh viện Bồng quốc gia Lê Hữu Trác là bệnh viện tuyến cuối về bồng cũng chịu tác động không nhỏ về thu dung điều trị bệnh nhân.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy trong 2 năm dịch bệnh 2020 - 2021, bệnh nhân thu dung điều trị tại Bệnh viện Bồng quốc gia Lê Hữu Trác giảm hơn và thay đổi một số đặc điểm. Biểu hiện 3.944 bệnh nhân bồng điều trị nội trú, giảm hơn đáng kể so với 2 năm trước đó (6.106 bệnh nhân). Trong giai đoạn Covid-19, bệnh nhân lứa tuổi lao động và trên 60 tuổi vào viện tăng, đối tượng BHYT cũng tăng hơn, bệnh nhân vào viện sau 24 giờ sau bồng cao hơn (45,9% so với 12,6%, $p < 0,05$) đặc điểm này thấy rõ được ảnh hưởng của dịch bệnh phải cách ly, việc vận chuyển bệnh nhân đến bệnh viện cũng khó khăn hơn, tâm lý người bệnh cũng ngại đến bệnh viện, nơi đông người, nên việc đến bệnh viện cấp cứu, điều trị chậm chễ hơn,

khi bệnh được điều trị tại nhà hoặc tại y tế tuyến dưới.

Tình hình thu dung theo thời điểm trong năm cũng khác, bình thường bệnh nhân thu dung điều trị thấp vào tháng 11 - 12 hàng năm, bắt đầu tăng vào tháng 2, 3, 4, tăng cao vào tháng 6, 7, 8. Tuy nhiên, trong thời gian diễn ra dịch bệnh Covid-19, tỷ lệ thu dung bệnh nhân tăng giảm liên quan đến việc lan tràn của dịch và việc áp dụng biện pháp cách ly của chính quyền, trong các tháng 7, 8, 9 năm 2020 - 2021 là thời điểm bệnh nhân nhập viện điều trị giảm đáng kể. Theo nguyên nhân, bệnh nhân bệnh điện tăng cả số lượng và tỷ lệ trong giai đoạn Covid-19 (657 chiếm 16,7% so với 645 chiếm 10,6%, $p < 0,05$), bệnh nhân bệnh do hóa chất, lửa, nhiệt ướt giảm cả số lượng và tỷ lệ. Ở nguyên nhân bệnh điện thấy tỷ lệ lứa tuổi dưới 16 và lứa tuổi lao động (16 - 59 tuổi) tăng, còn lứa tuổi từ 60 tuổi trở lên giảm, có khác với đặc điểm theo tuổi chung của cả giai đoạn 2020 - 2021, đây có lẽ là đặc điểm trẻ nhỏ phải cách ở nhà, với lứa tuổi hiếu động và hiểu biết phòng ngừa kém về an toàn điện nên mặc dù gần người nhà trông nom nhưng tai nạn bệnh xảy ra nhiều hơn.

Có sự thay đổi phân bố diện tích bệnh và bệnh sâu, tỷ lệ bị bệnh diện tích lớn hơn đều tăng, diện tích trung bình bệnh và bệnh sâu cũng tăng, điều này có lẽ cách ly của dịch bệnh, những bệnh nhân bệnh nhẹ được điều trị chủ yếu ở y tế tuyến dưới, lên tuyến trên chủ yếu ca nặng, trong tình hình dịch bệnh bệnh nhân có bệnh nhẹ cũng không đến những nơi công cộng đông người để xảy ra lây lan dịch bệnh. Chính vì vậy nó cũng biểu hiện diện tích bệnh trung bình tăng, ở cả nguyên nhân do bệnh điện, nhiệt khô và nhiệt ướt. Trong giai đoạn dịch bệnh còn thấy tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh lý kèm theo đến điều trị giảm hơn (8,9% so với 10,5%, $p = 0,009$), bệnh hô hấp giảm

(2,8% so với 3,6%, $p = 0,035$), bệnh nhân có bệnh lý kèm theo sẽ có nguy cơ mắc và diễn biến xấu khi bị Covid-19, khi cách ly phòng chống dịch việc dự phòng bệnh cũng tốt hơn nên bệnh ở người có bệnh lý kèm theo có lẽ cũng giảm, do bệnh nhân khi bị bệnh cũng hạn chế chuyển đến vùng nguy cơ dịch bệnh như thành phố Hà Nội.

Các nghiên cứu khác trên thế giới trong giai đoạn này cũng cho đặc điểm tương tự. Theo A Farroha và cộng sự (2020), số ca bệnh được báo cáo tại khoa cấp cứu đã giảm 33% trong thời gian phong tỏa và số ca được chuyển từ các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác đến trung tâm đã giảm 42% [4].

Nghiên cứu của F D'Asta và cộng sự (2020) cho thấy, tổng số người đến khoa cấp cứu đã giảm 60% trong thời gian phong tỏa, tỷ lệ thương tích do bệnh lớn hơn 2,8% trong tổng số người đến khoa cấp cứu, so với 1,5% trong năm trước, mặc dù tổng số ca thương tích do bệnh đã giảm 24%. Tuổi trung bình của bệnh nhân bệnh tăng từ 2,9 lên 4,8 tuổi. Phân phối giới tính là tương tự trong cả hai thời kỳ. Trẻ em trong độ tuổi đi học hiện đang dành nhiều thời gian hơn ở nhà do trường học đóng cửa, và hầu hết các vụ bệnh xảy ra ở nhà. Nhiều bệnh nhân nhập viện với diện tích bệnh lớn hơn, một nửa số lượt nhập viện bị bệnh trên 5% DTCT, với 29% trên 10% DTCT [5].

Da Rocha và cộng sự (2022) nghiên cứu tại Brazil trong 4 tháng dịch bệnh cho thấy sự gia tăng khoảng thời gian giữa từ khi bị bệnh và nhập viện, diện tích bệnh trung bình tăng trong thời kỳ Covid-19 [6].

Một nghiên cứu trong 8 trung tâm bệnh tại Brazil cuối năm 2019, bệnh lửa còn chiếm tỷ lệ tăng cao với 38,4% và giới tính nam chiếm 53,6%, nghề nghiệp chiếm ưu thế là những công việc liên quan đến hoạt

động gia đình (29%) và 48,6% bệnh nhân chưa học hết tiểu học. Nguyên nhân phổ biến nhất là do tai nạn trong khi nấu ăn (35,5%), sau đó là ý định tự tử (18,3%) [7].

Theo nghiên cứu của Codner, J. A., và cộng sự (2021) thấy rằng, giảm 5,8% bệnh nhân bỏng, tỷ lệ bỏng sâu và bỏng phẫu thuật cao hơn, thời gian nhập viện bị trì hoãn và số ca bỏng do phẫu thuật gia tăng [8].

Theo Christ A (2023), nghiên cứu về bệnh nhân bỏng nặng trong đợt dịch thấy lượng bệnh nhân nhập viện nội trú vào Trung tâm Điều trị bỏng nặng nhiều hơn, cũng như sự khác biệt đáng kể trong phân bố giới tính, hoàn cảnh của đại dịch không ảnh hưởng đến khả năng sống sót của những bệnh nhân bị bỏng nặng [9].

4.2. Kết quả điều trị bệnh nhân bị bỏng tại BV BQG trong 2 năm phòng chống dịch bệnh COVID-19 (2020 - 2021)

Tại bệnh viện, đặc điểm bệnh nhân bị bỏng được quan tâm đồng thời với kết quả, chất lượng điều trị.

** Ngày nằm điều trị*

Ngày nằm điều trị phụ thuộc và biểu hiện cho nhiều đặc điểm như tình trạng bệnh, tổn thương, điều kiện cơ sở vật chất của bệnh viện, khả năng kỹ thuật, chất lượng điều trị của bệnh viện, điều kiện kinh tế của người bệnh,...

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, ngày điều trị còn liên quan đến điều kiện, hoàn cảnh xã hội. Trong 2 năm 2020 - 2021, xảy ra dịch bệnh Covid-19 ngày nằm điều trị dài hơn giai đoạn trước đó, 16 (10 - 29) ngày so với 14 (9 - 24) ngày, $p < 0,001$. Phù hợp với đặc điểm giai đoạn này bỏng rộng hơn, bỏng sâu nghiêm trọng hơn, bỏng điện với tỷ lệ và số lượng mắc cao. Theo nguyên nhân, ngày nằm điều trị

khác nhau không đáng kể giữa 2 giai đoạn do nguyên nhân bỏng điện, hóa chất, lạnh, nhiệt khô ($p > 0,05$), tuy nhiên cao hơn ở bỏng nhiệt ướt, 15 (9 - 23) ngày so với 13 (8 - 20) ngày, $p < 0,01$, phù hợp với đặc điểm nhiệt ướt giai đoạn này gây diện tích bỏng và bỏng sâu lớn hơn giai đoạn trước. Bảng 3.5 cho thấy bỏng do điện là nguyên nhân gây bỏng với ngày nằm điều trị dài nhất, phù hợp với các nghiên cứu chỉ ra những yếu tố ảnh hưởng đến ngày nằm viện trước đây [10], [11]. Trong nghiên cứu này, khi phân tích theo diện tích bỏng chung chúng tôi thấy ngày nằm trung bình tăng khi diện tích bỏng tăng với vết bỏng $< 60\%$ DTCT, khi diện tích bỏng rộng hơn (từ 60% DTCT) ngày nằm điều trị giảm, với bỏng sâu mức này là 40% , có lẽ đặc điểm này do tỷ lệ tử vong cao.

Từ số liệu về ngày điều trị theo các đặc điểm bệnh nhân bỏng chúng có những chính sách áp dụng phù hợp trong quá trình điều trị như công tác phí điều trị với từng bệnh nhân, như kế hoạch điều trị, bảo đảm công tác chăm sóc, kiểm soát nhiễm khuẩn. Việc người chăm bệnh nhân, người nhà đại diện cũng có thể được hỗ trợ trong sắp xếp kế hoạch.

** Tử vong và các yếu tố ảnh hưởng*

Hàng năm, có nhiều người nhập viện do bỏng, mặc dù một số vết bỏng chỉ là vết thương rất đơn giản, nhưng một số lại có nguy cơ đe dọa đến tính mạng. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), Hiệp hội Bỏng Hoa Kỳ và Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh (CDC), 1,1 triệu người mỗi năm ở Hoa Kỳ bị thương do bỏng. Các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình được coi là có nguy cơ bị bỏng cao hơn [12].

Bỏng là một trong những vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng không chỉ Việt Nam mà cả ở các nước trên thế giới.

Tỷ lệ tử vong do bỏng đang giảm song song với sự tiến bộ của điều kiện chăm sóc và điều trị trong lĩnh vực này. Bỏng không chỉ ảnh hưởng tại chỗ mà còn ảnh hưởng đến toàn thân [12]. Bỏng ảnh hưởng không chỉ đối với người bị bỏng và gia đình của họ, mà còn ảnh hưởng đến các nhân viên y tế, xã hội. Trong bối cảnh này, đặc điểm bỏng bị ảnh hưởng bởi các sự kiện xã hội.

Sự bùng phát của coronavirus, xuất hiện ở Vũ Hán, Trung Quốc, đã gây ra đại dịch Covid-19, đã lây nhiễm cho hàng triệu người trên thế giới và hàng nghìn người ở nước ta. Đại dịch Covid-19 là một vấn đề sức khỏe rất quan trọng với tỷ lệ mắc bệnh nghiêm trọng, liên quan đến nhiều trường hợp tử vong mà nguyên nhân gây bệnh vẫn chưa được hiểu đầy đủ trong giai đoạn đầu của dịch và ảnh hưởng đến toàn thế giới. Chính vì vậy toàn thế giới đã áp dụng nhiều cách từ chính sách xã hội đến y tế để phòng chống dịch. Cách ly xã hội khi đó được coi là biện pháp hữu hiệu nhất. Giai đoạn này ảnh hưởng không nhỏ đến đặc điểm mắc cũng như kết quả điều trị của bỏng.

Trong nghiên cứu này, về kết quả điều trị, chúng tôi thấy tỷ lệ tử vong giảm không có ý nghĩa thống kê (3,3% so với 3,4%, $p > 0,05$), cơ bản chịu ảnh hưởng giống nhau từ các đặc điểm dịch tễ và tổn thương bỏng, nhưng khác nhau một số đặc điểm. Chúng tôi còn thấy dường như chất lượng điều trị trong giai đoạn này được cải thiện. Các đặc điểm giới tính, tuổi, đối tượng, nguyên nhân bỏng, bệnh lý kèm theo đều ảnh hưởng đến tử vong ($p < 0,05$) nhưng không khác nhau giữa 2 giai đoạn. Tỷ lệ tử vong do bỏng hô hấp trong giai đoạn 2020 - 2021 cải thiện hơn giai đoạn trước. Đây cũng là đặc điểm thể hiện chất lượng điều trị tăng cao. Trong các nghiên cứu trước

đây, bỏng hô hấp luôn là thách thức trong điều trị, tỷ lệ tử vong luôn cao.

Theo diện tích bỏng, thấy tử vong tăng theo diện tích bỏng tăng ở cả hai giai đoạn tuy nhiên thấy bệnh nhân bỏng diện tích 40% đến 59% và từ 60% DTCT trở lên thấy tỷ lệ tử vong giảm ở giai đoạn Covid-19 ($p < 0,05$). Số liệu này thể hiện chất lượng điều trị có tốt hơn, được thể hiện ở chỉ số LA50 có tỷ lệ cứu sống đạt 50%, trong giai đoạn 2020 - 2021 là 74% DTCT cao hơn trong năm 2018 - 2019 (LA50 là 63% DTCT). Tương tự với bỏng sâu, tỷ lệ tử vong ở các giai đoạn đều tăng khi diện tích bỏng sâu tăng. Bỏng sâu từ 20% trở lên tỷ lệ tử vong thấp hơn ở giai đoạn 2020 - 2021 (37,1% so với 54,7%, $p < 0,001$). LA50 với bỏng sâu giai đoạn 2020 - 2021 là 44% DTCT, giai đoạn 2018 - 2019 là 35%.

Tại Brazil thấy mặc dù số lượng bệnh nhân nhập viện giảm nhưng thấy sự gia tăng số ca tử vong do bỏng trong giai đoạn dịch bệnh COVID-19 diễn ra [13]. Tại Nhật Bản, Yamamoto, Ryo (2021) thấy trong giai đoạn COVID-19 diện tích bỏng cao hơn một chút đối với bỏng nông (4 [1 - 10] so với 3 [0 - 10]% DTCT), ngày nằm viện ngắn hơn (3 [1 - 13] so với 5 [1 - 18] ngày) và tỷ lệ tử vong trong bệnh viện thấp hơn (18 [8,9%] so với 817 [11,9%] [14].

Như vậy trong giai đoạn 2020 - 2021, chất lượng điều trị tốt hơn biểu hiện ở ngày nằm viện của bệnh nhân tử vong kéo dài hơn (11 (2 - 24) ngày so với 7 (2 - 140) ngày, $p < 0,001$), tỷ lệ tử vong do bỏng hô hấp giảm, LA50 giảm cả ở bỏng chung và bỏng sâu. Qua đây chúng ta có thể giải thích do trong khi dịch bệnh, bệnh nhân nhập viện giảm, tỷ lệ nhân viên y tế chăm sóc cao hơn, tập trung được nhiều tiềm lực vào điều trị hơn, cũng có thể môi trường vi sinh trong bệnh viện đỡ trầm trọng về vi khuẩn hơn.

5. KẾT LUẬN

Bệnh nhân bỏng vào điều trị tại Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác có đặc điểm riêng, tuy nhiên ảnh hưởng bởi điều kiện xã hội khi có dịch bệnh Covid-19. Qua nghiên cứu chúng tôi thấy trong giai đoạn dịch Covid-19 (2020 - 2021) một số đặc điểm đặc biệt sau:

- Bệnh nhân thu dung điều trị giảm, đặc biệt trong thời điểm có dịch bệnh, tỷ lệ bệnh nhân lứa tuổi lao động và trên 60 tuổi vào viện tăng, đối tượng BHYT cũng tăng hơn, bệnh nhân vào viện sau 24 giờ sau bỏng cao hơn, diện tích bỏng và bỏng sâu lớn hơn.

- Mặc dù tỷ lệ tử vong không giảm, nhưng chất lượng điều trị tốt hơn, ngày nằm điều trị của bệnh nhân tử vong kéo dài hơn, tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân bỏng hô hấp giảm, LA50 tăng ở bỏng chung và bỏng sâu. Do có nhiều điều kiện thuận lợi cho điều trị như mật độ bệnh nhân giảm, tập trung được nguồn lực.

6. KIẾN NGHỊ

1. Cần có những nghiên cứu liên tục và sâu về các yếu tố ảnh hưởng để có chiến lược điều trị tốt hơn.

2. Trong điều kiện điều trị bình thường không có dịch bệnh, cần tập trung tiềm lực, nhân lực, giảm tỷ lệ bệnh nhân sẽ giúp công tác điều trị tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Li Q., Guan X., Wu P., et al (2020). Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *New England journal of medicine*.
2. Kruchevsky D., Arraf M., Levanon S., et al (2020). Trends in Burn Injuries in Northern Israel During the COVID-19 Lockdown. *Journal of burn care & research*.42 (2): 135-140.
3. Wikipedia (2023). Dòng thời gian của đại dịch COVID-19 tại Việt Nam,

<https://vi.wikipedia.org/wiki/D%C3%B2ng_th%C3%A0nh_vi%E1%BB%9Di_gian_c%E1%BB%A7a_%C4%91%E1%BA%A1i_d%E1%BB%8Bch_COVID-19_t%E1%BA%A1i_Vi%E1%BB%87t_Nam>.

4. Farroha A., (2020). Effects of COVID-19 pandemic on burns epidemiology. *Burns*.46 (6): 1466.
5. D'Asta F., Choong J., Thomas C., et al (2020). Pediatric burns epidemiology during COVID-19 pandemic and 'stay home' care. *Burns*.46 (6): 1471.
6. Da Rocha B. d. F. M., Bochnia M. F., Ioris R. A., et al (2022). The impact of social isolation by COVID-19 on the epidemiological and clinical profiles of the burn patients. A retrospective study. *Burns*.48 (4): 976-983.
7. Kobarg B. S., Guanilo M. E. E., Bernard G. P., et al (2023). National multicentric study on the incidence of alcohol burns during the COVID-19 pandemic. *Burns*.49 (3): 615-621.
8. Codner J. A., De Ayala R., Gayed R. M., et al. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on burn admissions at a major metropolitan burn center. *Journal of burn care & research*.42 (6): 1103-1109.
9. Christ A., Staud C. J., Wielscher M., et al (2023). Impact of the COVID-19 pandemic on the epidemiology of severe burns. *Wiener Klinische Wochenschrift*. 1-7.
10. Bartosch I., Bartosch C., Egipito P., et al (2013). Factors associated with mortality and length of stay in the Oporto burn unit (2006-2009). *Burns*.39 (3): 477-482.
11. Bourgi J., Yaacoob E., Berberi M., et al (2019). Factors affecting length of stay among pediatric and adult patients admitted to the Lebanese Burn Centre: a retrospective study. *Annals of Burns and Fire Disasters*.32 (3): 216.
12. Akkoç M. F., Bülbüloğlu S. and Özdemir M. (2021). The effects of lockdown measures due to COVID-19 pandemic on burn cases. *International wound journal*.18 (3): 367-374.
13. Valente T. M., de Souza Ferreira L. P., da Silva R. A., et al (2021). Brazil Covid-19: Change of hospitalizations and deaths due to burn injury? *Burns*.47 (2): 499.
14. Yamamoto R., Sato Y., Matsumura K., et al (2021). Characteristics of burn injury during COVID-19 pandemic in Tokyo: A descriptive study. *Burns Open*.5 (4): 40-45.

NGHIÊN CỨU BIẾN ĐỔI HÓA MÔ MIỄN DỊCH VÀ SIÊU CẤU TRÚC MÔ TẠI CHỖ VẾT THƯƠNG THỰC NGHIỆM SAU CHIẾU LASER CÔNG SUẤT THẤP

¹Nguyễn Thị Bích Phượng, ¹Nguyễn Ngọc Tuấn,
¹Nguyễn Như Lâm, ¹Đình Văn Hân, ¹Nguyễn Thị Hương,

²Nguyễn Thuỳ Linh, ³Vũ Văn Dương

¹Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác

²Bệnh viện Quân y 103,

³Viện 69/Bộ TL Bảo vệ Lăng Chủ tịch Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm hình thái hóa mô miễn dịch và siêu cấu trúc mô tại chỗ vết thương thực nghiệm sau chiếu Laser công suất thấp (780nm, liều 3 J/cm²).

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu trên 30 thỏ, mỗi thỏ tạo 2 vết thương ở đối xứng 2 bên lưng có đường kính 2R = 4cm: vết thương A (được điều trị bằng Laser công suất thấp, bước sóng 780nm, liều 3 J/cm² với thời gian chiếu 72 giây, 1 lần/ngày), vết thương B (chứng: không chiếu Laser). Các vết thương được thay băng và chiếu Laser 1 lần/ngày theo quy trình cho đến khi tổn thương biểu mô hóa hoàn toàn. Sinh thiết vết thương được lấy vào thời điểm: trước điều trị (D₀), sau điều trị 7 ngày (D7), sau điều trị 14 ngày (D14).

Kết quả: Hình ảnh hóa mô miễn dịch tại D7, D14 cho thấy vùng chiếu Laser công suất thấp xuất hiện nhiều tế bào nội mô mạch máu (+) với CD34 và các nguyên bào sợi, tế bào cơ trơn thành mạch (+) SMA nhiều hơn khi so với bên vùng chứng. Trên hình ảnh siêu cấu trúc truyền qua (TEM) thời điểm D7 cho thấy vùng chiếu Laser công suất thấp còn ít tổn thương phá hủy mô hơn bên chứng và có hình ảnh tái tạo mô. Đến D14, tốc độ tái tạo mô bên vùng chiếu Laser công suất thấp mạnh hơn vùng không chiếu, tăng hoạt động các bào quan nguyên bào sợi (ty thể, lưới nội chất có hạt) và tăng chế tiết collagen ra chất nền ngoại bào.

Kết luận: Laser công suất thấp (780nm, liều 3 J/cm²) làm tăng quá trình liền vết thương trên mô hình thỏ thực nghiệm, kích thích tăng sinh mạch máu và tăng sinh nguyên bào sợi tổng hợp collagen.

Từ khóa: Laser công suất thấp, hóa mô miễn dịch

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Bích Phượng, Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác

Email: bspuongvbq@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/6/2023; Ngày phản biện: 12/7/2023; Ngày duyệt bài: 20/7/2023

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.3.2023.233>

ABSTRACT

Objective: Evaluation of immunohistochemical morphological characteristics and tissue ultrastructural at the experimental wound site after low-power laser irradiation (780nm, dose 3J/cm²).

Subjects and methods: Prospective study on 30 rabbits, each rabbit created two full thickness 2R = 4cm wounds on both sides of the back: Wound A (treated with LLLT, 780nm, 3 J/cm² with 72s irradiation time, 1 time per day); Wound B (control: no laser). Wounds are bandaged and laser irradiated once a day according to the procedure until the lesion is completely epithelialized. Wound biopsies were taken: Before treatment (D0), after 7 days (D7), and after 14 days (D14) of treatment.

Results: Immunohistochemical images at D7, D14 showed that the low-level laser therapy area appeared more vascular endothelial cells (+) with CD34 and more fibroblasts, vascular smooth muscle cells (+) SMA when compared to the control side. On the transmitted ultrastructural image (TEM) at D7, the low-level laser therapy area showed less tissue damage than the control side and there was tissue regeneration. Up to D14, the tissue regeneration rate in the low-level laser therapy area is stronger than in the non-irradiated area, increasing the activity of fibroblast organelles (mitochondrial, granular endoplasmic reticulum) and increasing collagen secretion into the extracellular matrix.

Conclusions: Low-level laser therapy (780nm, dose 3 J/cm²) accelerates the wound healing process in experimental rabbit models, stimulates vascular proliferation, and increases collagen synthesis in fibroblasts.

Keywords: Low-level laser therapy, immunohistochemistry

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Laser công suất thấp (LLLT) là ứng dụng ánh sáng laser trong dải công suất (1mW - 500mW) để kích thích tái tạo mô, giảm viêm và giảm đau. Liệu pháp laser công suất thấp đã được coi là một liệu pháp lựa chọn hiệu quả cho liền vết thương từ 40 năm trở lại khi Andre Mester, một nhà vật lý người Hungary lần đầu tiên nghiên cứu về hiệu quả sinh học của của laser công suất thấp. Từ đó tới nay, liệu pháp laser đã được nghiên cứu rộng khắp về tác dụng sinh lý bệnh đến cấu trúc mô. Bước sóng sử dụng chủ yếu phổ hẹp là đỏ

hay hồng ngoại gần (NIR) phổ (600nm - 1000nm), với mật độ năng lượng nằm trong khoảng 1mV - 5W/cm². Trái ngược với các hiệu ứng nhiệt được tạo ra bởi các tia laser công suất cao được sử dụng trong các thủ thuật thẩm mỹ và phẫu thuật để phá hủy mô, hiệu ứng trị liệu laser bán dẫn công suất thấp là hiệu ứng quang hóa. Khi nguồn sáng tiếp xúc với da, cho phép năng lượng photon xuyên qua mô, tương tác với các phân tử sinh học nội bào khác nhau để phục hồi chức năng tế bào và tăng cường quá trình chữa bệnh của cơ thể [1], [2].

Trong vài thập kỷ qua, một số lượng lớn các báo cáo chứng minh tác động tích cực của Laser công suất thấp trên in vitro, in vivo và nghiên cứu lâm sàng đã được xuất bản. Trên in vivo, laser công suất thấp được nghiên cứu trên nhiều mô hình động vật gây các bệnh lý khác nhau và chứng minh hiệu quả trên cả bệnh lý cấp và mạn tính.

Trong phạm vi nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá tác dụng của laser công suất thấp trên mô hình vết thương thực nghiệm qua nghiên cứu đặc điểm hình thái hóa mô miễn dịch và siêu cấu trúc mô tại chỗ vết thương.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

30 thỏ trắng chủng Newzealand white - Việt Nam, cả hai giống, đạt tiêu chuẩn thí nghiệm, khỏe mạnh, nhanh nhẹn, lông trắng mượt, không có bệnh ngoài da và đường tiêu hóa, trọng lượng 2,2 - 2,7kg. Các động vật được nhốt riêng. Nhiệt độ phòng thực nghiệm động vật ở 25°C ($\pm 3^\circ$), độ ẩm tương đối 30 - 70%. Ánh sáng được chiếu nhân tạo, theo quy luật 12 giờ sáng, 12 giờ tối. Thỏ ăn thức ăn chuẩn, uống nước tự do và được nuôi ở điều kiện trên trong 5 ngày trước khi làm thí nghiệm.

2.2. Chất liệu nghiên cứu

- Thiết bị laser bán dẫn công suất thấp của Viện Khoa học vật liệu/Viện Hàn Lâm Khoa học công nghệ Việt Nam (4 kênh tương ứng 4 bước sóng 670nm, 780nm,

805nm và 980nm), công suất quang: 0 - 300mW, nguồn điện: 100V - 240V, 50/60Hz.

- Dao mổ vô trùng, kính hiển vi quang học Leica DM1000, phần mềm chụp ảnh Proview của Optica.

- Kháng thể CD34 với Clone QBEnd/10 và kháng thể SMA với Clone Alpha sm-1 của hãng Leica.

- Dung dịch DAB, dung dịch để rửa và cố định mẫu: đệm Cacodylte 0,2M và 0,3M; dung dịch cố định Glutaraldehyt 2,5%; dung dịch axit Osmic 2%.

- Khẩu phần thay băng (dụng cụ thay băng, bông, băng, gạc), nước muối sinh lý NaCl 0,9%, dung dịch Betadin 10%, Vaseline.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu thực nghiệm đối chứng tự thân, cỡ mẫu: thuận tiện.

2.3.1. Phương pháp gây vết thương thực nghiệm trên động vật

Gây vết thương thực nghiệm trên thỏ theo phương pháp tạo mô hình vết thương thực nghiệm của của Wong V.W và cộng sự [3]. Thỏ nghiên cứu được đưa về nơi thực nghiệm trước vài ngày để chăn nuôi theo một chế độ nhất định và theo dõi tình trạng sức khỏe. Thỏ được cạo sạch lông và vệ sinh sạch sẽ vùng lưng. Cố định vào bàn thí nghiệm chuyên dụng. Trên lưng của cùng một thỏ, đánh dấu vùng tạo vết thương hình tròn 2R = 4cm ở 2 vị trí đối xứng nhau hai bên cột sống. Thỏ được gây mê toàn thân đường tĩnh mạch tai thỏ bằng dung dịch Ketamine.

Sát khuẩn vùng tạo vết thương bằng dung dịch Povidin 3%. Dùng dao mổ tạo

vết thương tương ứng với vùng đã thiết kế, cắt bỏ toàn bộ chiều dày da lưng thỏ.

Cầm máu và băng kín vết thương với gạc vaselin.



(1)



(2)

Ảnh 2.1. Tạo vết thương thực nghiệm trên thỏ

* Nguồn: Thỏ nghiên cứu số 20 được tạo vết thương tại Bộ môn Dược lý K58 - Viện đào tạo Dược/Học viện Quân y

- Vùng A ở lưng trái là vùng nghiên cứu điều trị bằng laser công suất thấp.
- Vùng B ở lưng phải là vùng đối chứng (không chiếu laser).

2.3.2. Thời gian - địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 11 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022.

Địa điểm nghiên cứu: Bộ môn Dược lý K58 - Viện đào tạo Dược/Học viện Quân y.

2.3.3. Quy trình chiếu laser điều trị vết thương thực nghiệm

Mỗi thỏ có 2 vết thương thực nghiệm, vết thương A được điều trị bằng LLLT, vết thương B không chiếu Laser (chứng), cả hai vết thương đều được thay băng 1 lần/ngày theo quy trình cho đến khi tổn thương biểu mô hóa hoàn toàn. Theo dõi, đánh giá diễn biến tại chỗ vết thương, chụp ảnh.

Quy trình chiếu laser (theo hướng dẫn của nhà sản xuất) ở lô A như sau: Thỏ

nghiên cứu được giữ cố định trên bàn. Giữ đầu chiếu laser vuông góc và cách bề mặt vết thương 3,5cm. Đặt chế độ máy chiếu laser để đạt mật độ năng lượng quang 3J/cm² với đầu phát laser có bước sóng 780nm, cụ thể: Điện áp: 10 V; Tần số f = 0 Hz; Thời gian chiếu t = 72s, 1 lần/ngày cho tới khi tổn thương biểu mô hóa hoàn toàn.



Ảnh 2.2. Hình ảnh chiếu laser công suất thấp trên thỏ

* Nguồn: Thỏ nghiên cứu được chiếu Laser tại Bộ môn Dược lý K58 - Viện đào tạo Dược/Học viện Quân y

2.3.4. Đánh giá hiệu quả điều trị tại chỗ

- Sinh thiết mô vết thương bằng dụng cụ sinh thiết tại bờ mép vết thương (bao gồm cả vùng da còn biểu bì và vùng vết thương) tại các thời điểm: Trước điều trị (D_0), sau chiếu laser 7 ngày (D_7), sau chiếu laser 14 ngày (D_{14}).

*** Quy trình nhuộm trên máy hóa mô miễn dịch tự động**

- Chuẩn bị tiêu bản: Cắt mỏng mẫu mô 3 μ m và đặt vào lam kính mang điện tích dương, trên mỗi tiêu bản có thêm mẫu mô chứng dương tương ứng với từng dấu ấn.

- Quá trình nhuộm được thực hiện trên máy hóa mô miễn dịch tự động của Leica theo chương trình điều khiển chung đã được cài đặt sẵn cho máy. Chọn kháng thể thứ nhất để nhuộm theo chỉ định. Bộc lộ kháng nguyên bằng dung dịch bộc lộ kháng nguyên 1. Phủ kháng thể 1 trên mô với từng loại kháng thể đã chỉ định và với tỷ lệ kháng thể thích hợp. Sau đó máy tiếp tục ủ mẫu với dung dịch DAB (hỗn hợp kháng thể 2 và chất chỉ thị màu).

- Sau khi kết thúc quy trình nhuộm, lấy tiêu bản ra nhuộm nhân bằng Hematoxylin, sau đó dán lam.

- Đánh giá kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch trên kính hiển vi quang học đạt yêu cầu như sau: Các dấu ấn bắt màu tại vị trí đặc hiệu trong tế bào, không có nhuộm màu nền, mẫu chứng dương phải dương tính với dấu ấn đã chỉ định.

- Các dấu ấn CD34 và SMA được xác định.

+ Dương tính: Khi bào tương tế bào nội mô mạch máu (CD34) và bào tương nguyên bào sợi cơ (SMA) bắt màu vàng nâu.

+ Âm tính: Khi bào tương tế bào nội mô mạch máu (CD34) và bào tương nguyên bào sợi cơ (SMA) không bắt màu vàng nâu.

Địa điểm nghiên cứu: Bộ môn - Khoa Giải phẫu bệnh lý - Pháp y, Bệnh viện Quân y 103/Học viện Quân y.

*** Xét nghiệm hình thái siêu cấu trúc mô vết thương trên kính hiển vi điện tử truyền qua (TEM)**

Pha mẫu mô thành các mảnh nhỏ có kích thước (1 x 1 x 1mm). Rửa mẫu bằng nước cất, 2 lần x 10 phút/lần. Cố định mẫu trong glutaraldehyde 2,5% trong 2 giờ. Rửa mẫu bằng đệm cacodylate 0,3M 2 lần x 10 phút/lần. Cố định mẫu bằng axit Osmic 1% trong đệm Cocodylat trong 2 giờ. Rửa lại mẫu bằng đệm Cacodylate 0,3M 2 lần x 10 phút/lần. Khử nước bằng chuyển liên tục qua các dung dịch cồn 50⁰, 70⁰, 80⁰, 90⁰, 95⁰, 100⁰, 2 lần x 15 phút/lần. Sau khi khử nước, các mẫu được chuyển qua khử cồn ethanol theo qui trình: Propylen oxide, 3 lần x 10 phút/lần; chuyển mẫu vào hỗn hợp Propylen oxide + Epon tỷ lệ 2/1 để trong 30 phút; hỗn hợp Propylen oxide + Epon tỷ lệ 1/1 để trong 1 giờ; hỗn hợp Propylen oxide + Epon tỷ lệ 1/2 để trong 1 giờ. Cuối cùng cho mẫu vào Epon trong 2 giờ (hoặc qua đêm). Đúc mẫu trong hỗn hợp Epon, Ủ ủ ấm 35⁰C trong 24 giờ; 45⁰C trong 24 giờ và 60⁰C trong 24 giờ.

Tiến hành gọt mẫu thô, cắt tiêu bản bán mỏng trên máy cắt siêu mỏng, nhuộm tiêu bản bằng dung dịch xanh Toluidin 1%

hoặc xanh Metylen 1% trong nước. Sau đó chuẩn bị lưới phủ màng Formvar thích hợp để giữ mẫu cho quan sát trong kính hiển vi điện tử. Tiến hành gọt tinh và cắt lát siêu mỏng trên máy Ultramicrotom để đạt được độ dày mong muốn (thường khoảng 50nm). Nhuộm tiêu bản siêu mỏng với dung dịch Uranyl acetat 1% và chì Citrat. Soi, đọc kết quả trên kính hiển vi điện tử truyền qua TEM 1400, JEOL, Nhật Bản.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Hình thái - Viện 69, Bộ tư lệnh Lãng Chủ tịch Hồ Chí Minh.

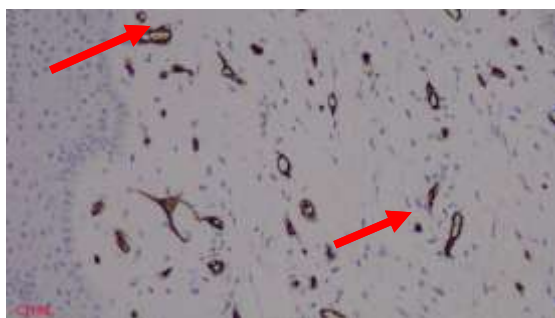
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Xét nghiệm hóa mô miễn dịch

Có sự khác nhau của các mẫu bệnh phẩm lấy 3 thời điểm khác nhau: trước điều trị (D0), sau chiếu laser 1 tuần (D1) và sau chiếu laser 2 tuần (D14).

- Đối với các mẫu mô lấy tại thời điểm D0:

Vùng A - chiếu laser (n = 5)



Vùng B - không chiếu laser (n = 5)



Bào tương các tế bào nội mô mạch máu (+) CD34 (mũi tên đỏ)



Bào tương các tế bào cơ trơn thành mạch (+) SMA (mũi tên vàng)

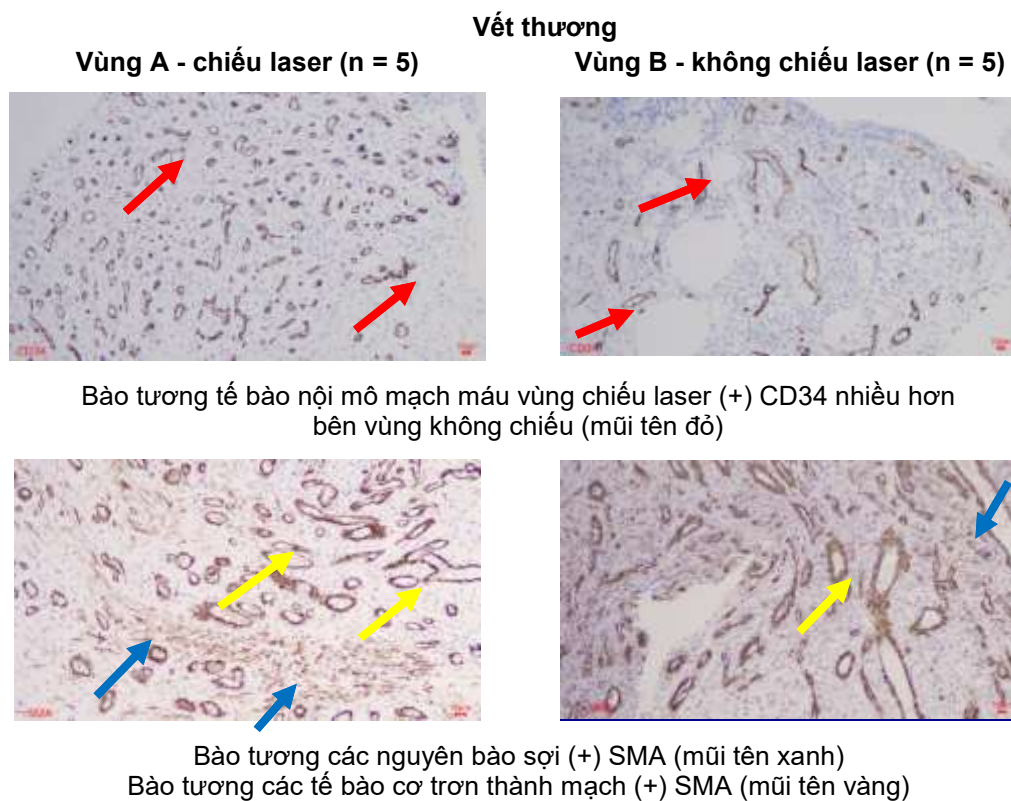
Hình 3.1. Ảnh vi thể nhuộm hóa mô miễn dịch tại chỗ vết thương thời điểm D0

* Nguồn: Ảnh chụp vi thể da thỏ nghiên cứu số 19 tại Bộ môn - Khoa Giải phẫu bệnh lý - Pháp y, Bệnh viện Quân y 103/Học viện Quân y

Nhận xét: Mô da vùng chân bì có các mao mạch máu và mô liên kết sợi. Bào tương các tế bào nội mô mạch máu (+) CD34, các tế bào cơ trơn thành mạch (+) SMA. Độ đậm vàng nâu hai vùng là tương

đương chứng tỏ vết thương thực nghiệm được tạo ra ở hai nhóm là như nhau.

- Đối với các mẫu mô lấy tại thời điểm D7:



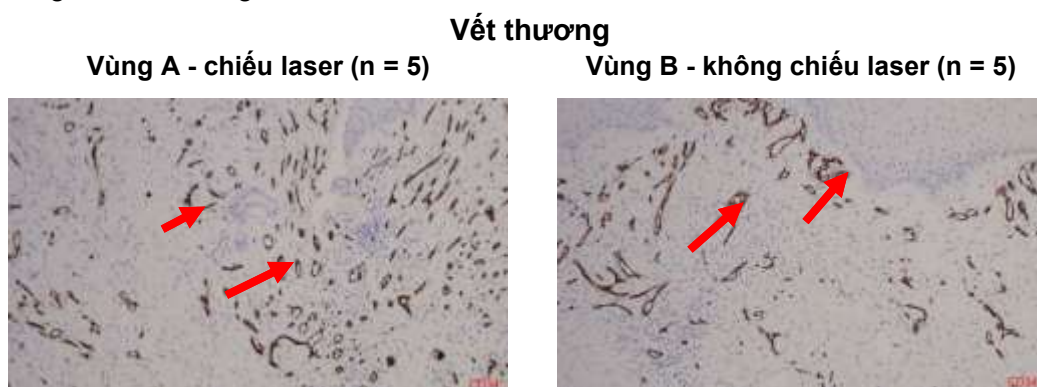
Hình 3.2. Ảnh vi thể nhuộm hóa mô miễn dịch tại chỗ vết thương thời điểm D7

* Nguồn: Ảnh chụp vi thể da thỏ nghiên cứu số 19 tại Bộ môn, khoa Giải phẫu bệnh lý - Pháp y, Bệnh viện Quân y 103/Học viện Quân y

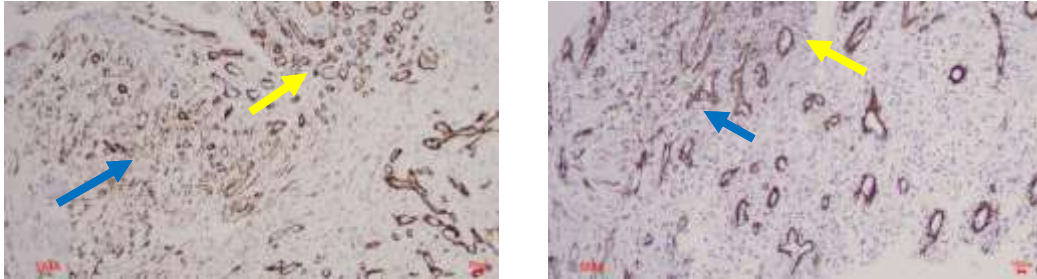
Nhận xét: Mô hạt có các mao mạch máu, các nguyên bào sợi (NBS) và thâm nhiễm các tế bào viêm. Bào tương các tế bào nội mô mạch máu bên vùng A (+) CD34 nhiều hơn (đậm màu vàng nâu hơn) bên vùng B. Bào tương các NBS và tế bào

cơ trơn thành mạch (+) với SMA. Điều này chứng tỏ vùng được chiếu laser đã có sự gia tăng mạch máu.

- Đối với các mẫu mô lấy tại thời điểm D14.



Bào tương tế bào nội mô mạch máu vùng chiếu Laser (+) CD34 nhiều hơn bên vùng không chiếu (mũi tên đỏ)



Bào tương các nguyên bào sợi (+) SMA (mũi tên xanh)

Bào tương các tế bào cơ trơn thành mạch (+) SMA (mũi tên vàng)

Hình 3.3. Ảnh vi thể nhuộm hóa mô miễn dịch tại chỗ vết thương thời điểm D14

* Nguồn: Ảnh chụp vi thể da thử nghiệm cứu số 19 tại Bộ môn, khoa Giải phẫu bệnh lý - Pháp y, Bệnh viện Quân y 103/Học viện Quân y

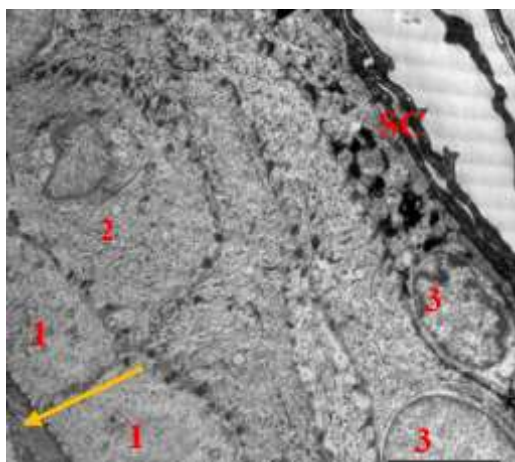
Nhận xét: Mô da vùng chân bì có các mao mạch máu thành dày và mô liên kết sợi với tăng sinh tế bào sợi và sợi tạo keo. Bào tương các tế bào nội mô mạch máu bên vùng A (+) CD34 nhiều hơn bên vùng B. Bào tương các NBS và tế bào cơ trơn

thành mạch vùng A (+) SMA nhiều hơn bên vùng B. Điều này cho thấy quá trình tăng sinh mạch máu, tăng sinh nguyên bào sợi tổng hợp collagen bên vùng được chiếu Laser công suất thấp mạnh hơn so với vùng chứng.

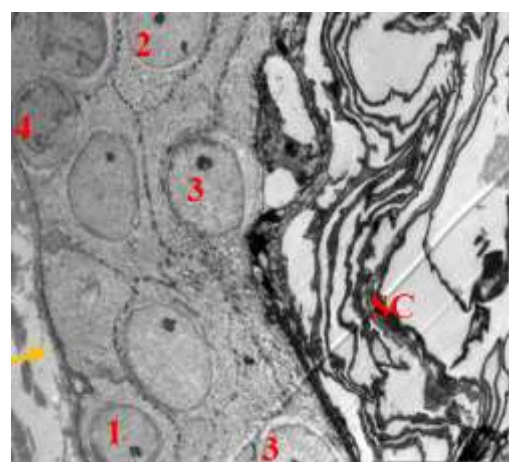
3.2. Xét nghiệm siêu cấu trúc

- Thời điểm D0

Vùng A - chiếu laser (n = 5)

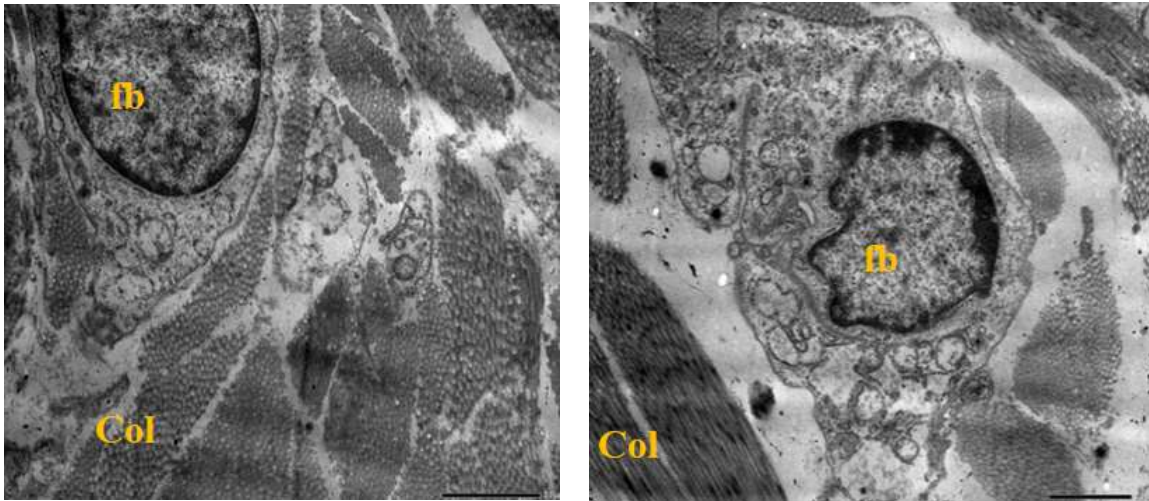


Vùng B - không chiếu laser (n = 5)



A (TEM x 1500)

Các lớp TB biểu bì: TB mầm (1), TB gai (2), TB hạt (3), lớp sừng (SC), TB Merken (4), màng đáy (→).



B (TEM x 3000)

Chân bì: NBS (fb) và các bó sợi collagen (Col)

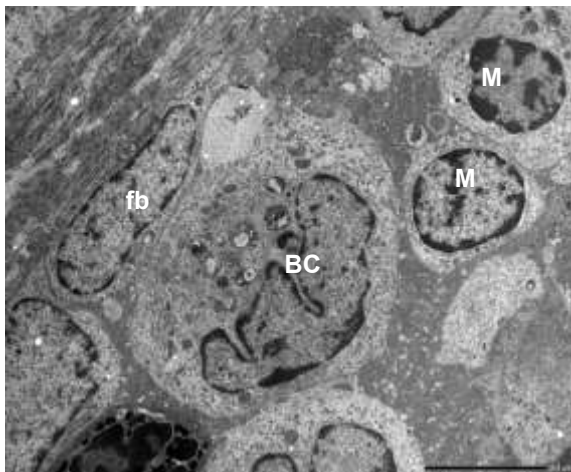
Hình 3.4. Hình ảnh siêu cấu trúc vết thương thỏ thời điểm D0

* Nguồn: Ảnh chụp vi thể da thỏ nghiên cứu số 19 tại Khoa Hình thái - Viện 69/Bộ tư lệnh Lãng Chủ tịch Hồ Chí Minh

Nhận xét: Hình ảnh mô da có cấu trúc bình thường: Các lớp tế bào biểu bì còn nguyên vẹn. Chân bì: Có các nguyên bào sợi và các bó sợi collagen sắp xếp có trật tự.

- Thời điểm D7

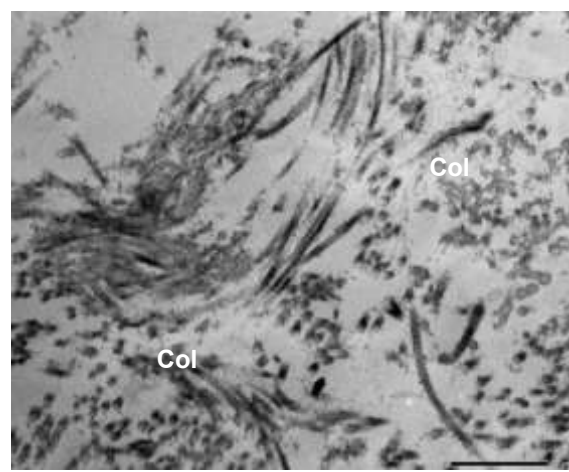
Vùng A - chiếu laser (n = 5)



Ax3000

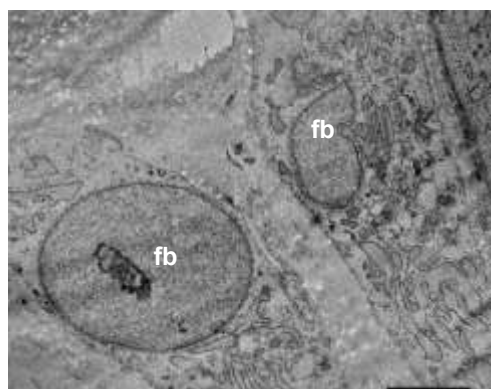
Hình ảnh thâm nhiễm các TB viêm: Bạch cầu đa nhân trung tính (BC), tế bào Mast (M)

Vùng B - không chiếu laser (n=5)

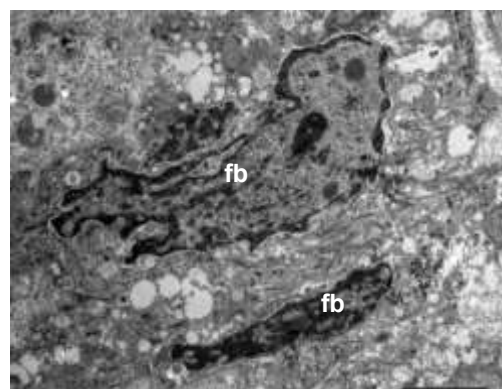


Ax6000

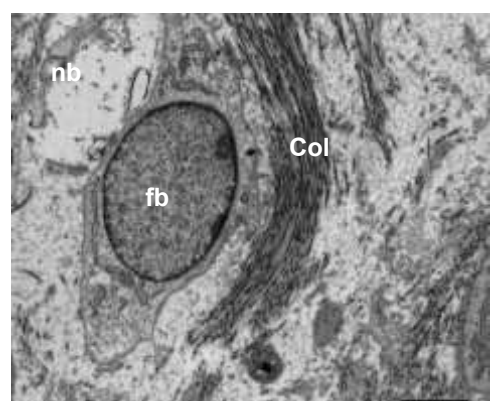
Hình ảnh phá hủy collagen, chất nền ngoại bào chân bì



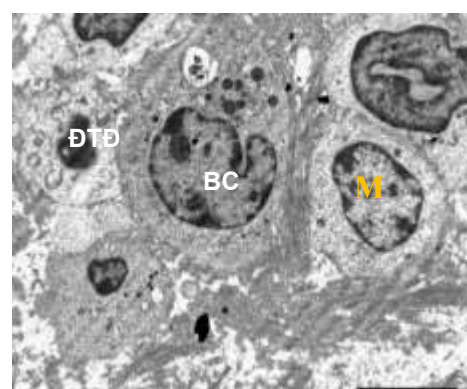
Bx4000



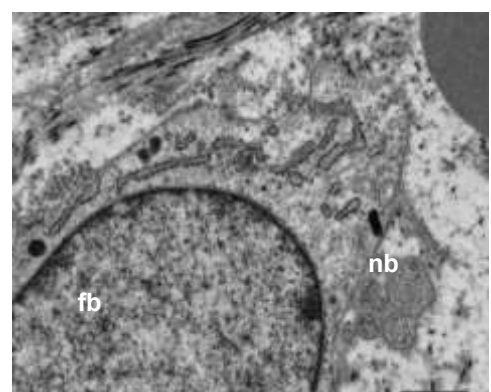
Bx3000



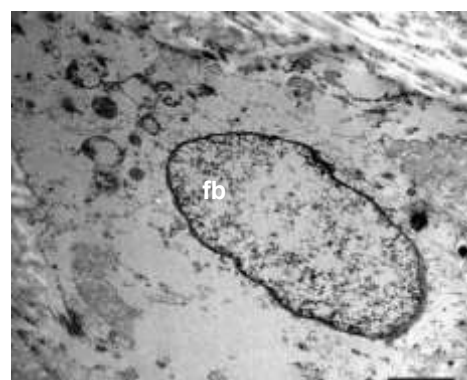
Cx4000



Cx1500



Dx5000



Dx5000

- Hình ảnh tái tạo sau tổn thương viêm (B), (C), (D): Xuất hiện các NBS (fb), bắt đầu sản xuất collagen mới (Col) với chất nền ngoại bào (nb) mật độ thấp.

- (B): Thoái hóa các nguyên bào sợi (NBS)
- (C): Thâm nhiễm các TB viêm: BC, M, đại thực bào (ĐTĐ).

- (D): Hình ảnh tái tạo sau tổn thương viêm: thâm nhập các NBS mới với bào tương nghèo nàn, chất nền ngoại bào mật độ thấp.

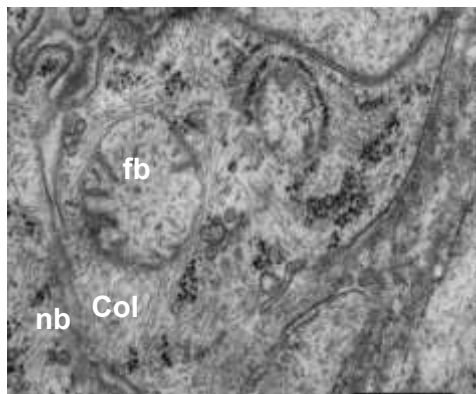
Hình 3.5. Hình ảnh siêu cấu trúc vết thương thỏ thời điểm D7

* Nguồn: Ảnh chụp vi thể da thỏ nghiên cứu số 19 tại Khoa Hình thái - Viện 69, Bộ tư lệnh Lăng Chủ tịch Hồ Chí Minh

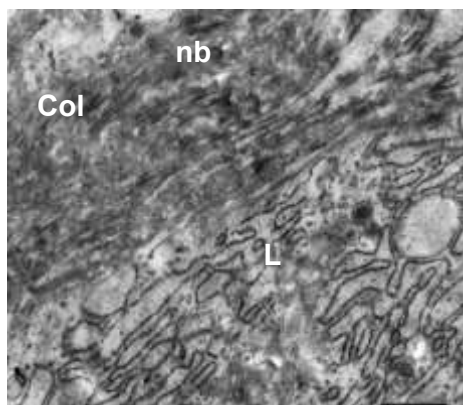
Nhận xét: Thời điểm D7 cho thấy mô vẫn còn hình ảnh tổn thương viêm với các đặc điểm: thoái hóa NBS, phá hủy collagen và chất nền ngoại bào (vùng B nhìn thấy rõ), thâm nhiễm các tế bào viêm (cả hai vùng). Song song đó là hình ảnh tái tạo mô với sự xuất hiện của NBS, collagen và chất nền ngoại bào (vùng A diễn ra quá trình tái tạo mạnh hơn vùng B).

- Thời điểm D14

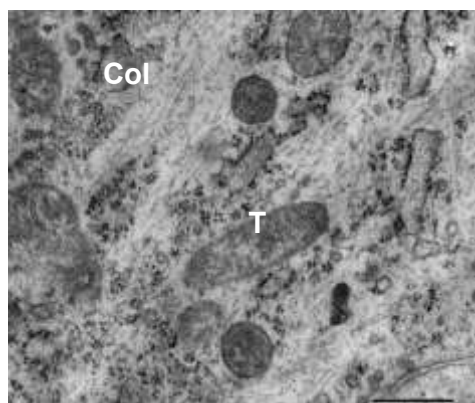
Vùng A - chiếu laser (n = 5)



Ax5000

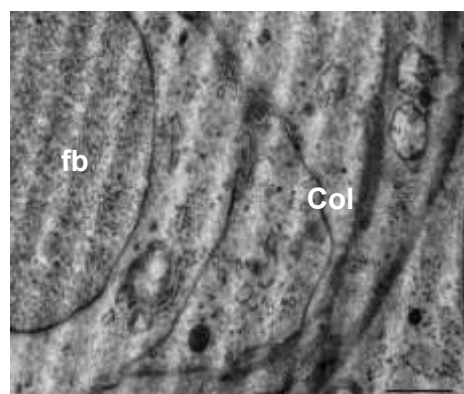


Bx8000

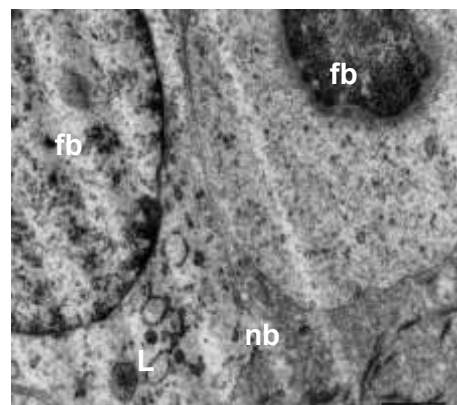


Cx8000

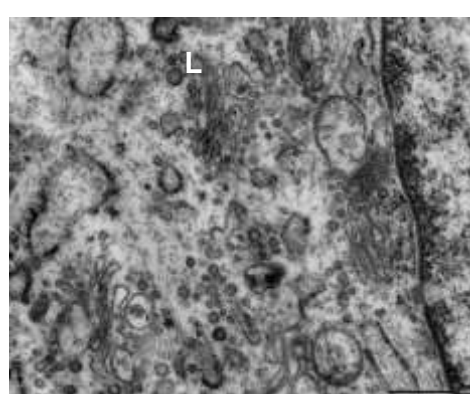
Vùng B - không chiếu laser (n = 5)



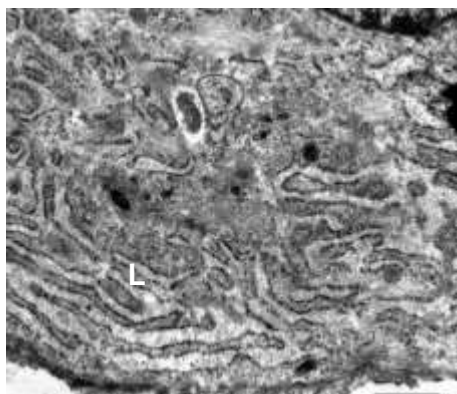
Ax6000



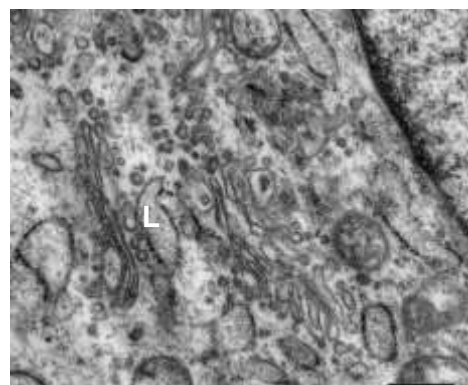
Bx6000



Cx8000



Dx12000



Dx10000

Hình 3.6. Hình ảnh siêu cấu trúc vết thương thỏ thời điểm D14

* Nguồn: Ảnh chụp vi thể da thỏ nghiên cứu số 19 tại Khoa Hình thái - Viện 69, Bộ tư lệnh Lãng Chủ tịch Hồ Chí Minh

Nhận xét: Cả hai vùng A, B đều có hình ảnh da đang hồi phục sau tổn thương viêm: tăng chế tiết collagen ra chất nền ngoại bào, các bào quan NBS (ty thể (T), lưới nội chất có hạt (L) phát triển mạnh, tăng hoạt động. Các collagen trường thành phủ khắp chất nền ngoại bào. Tuy nhiên vùng A cho thấy tốc độ hồi phục mạnh mẽ hơn.

4. BÀN LUẬN

Chúng tôi sử dụng LLLT bước sóng 780nm, liều 3 J/cm² nằm trong dải bước sóng (630 - 790nm) và dải liều tối ưu (từ 1 - 5 J/cm²) mà tác giả Chaves M.E.d.A. và cộng sự (2014) khuyến cáo [4]. Nhóm tác giả AlGhamdi K.M., Kumar A và cộng sự (2012) cũng đưa ra kết luận dải liều (0,5 - 4,0 J/cm²) làm tăng cường tốc độ tăng sinh của các dòng tế bào mà không gây ra bất kỳ tác dụng gây độc tế bào nào [5].

Trong nghiên cứu, chúng tôi ứng dụng mô hình tạo vết thương thực nghiệm bằng cách phẫu thuật cắt bỏ tất cả các lớp da (biểu bì, hạ bì và mỡ dưới da) của động vật thực nghiệm là một trong những phương pháp được sử dụng phổ biến nhất và được coi là giống với vết thương cấp tính trên

lâm sàng. Các vết thương sẽ liên kỳ hai và trải qua các giai đoạn chữa lành: Viêm, tăng sinh và tái tạo. Do vậy, mô hình này cho phép theo dõi diễn biến quá trình liền vết thương: viêm, hình thành mô hạt, tái tạo biểu mô, hình thành mạch và tu sửa.

Về nghiên cứu hình thái vết thương, chúng tôi sử dụng các xét nghiệm vi thể quan sát biến đổi hóa mô miễn dịch tại chỗ vết thương và siêu cấu trúc sử dụng kính hiển vi điện tử truyền qua (TEM). Có nhiều dấu hiệu hóa mô miễn dịch khác nhau có thể được đánh giá dựa vào từng giai đoạn khác nhau của quá trình liền vết thương. Các dấu hiệu thích hợp như: collagen I, III và IV, IL-1 β , IL-10, IL-17, TGF- β , VEGF, cytokeratin 10, 14, vimentin, fibronectin, laminin, α -SMA, CD31, CD34 [6]. Trong quá trình liền vết thương, có sự tham gia của nhiều loại tế bào. Pha tăng sinh đặc trưng bởi quá trình hình thành mạch, sự di chuyển và tăng sinh mạnh mẽ của các tế bào để tổng hợp mô hạt, hình thành chất nền ngoại bào (ECM) và biểu mô hóa [7] [8]. Chính vì vậy chúng tôi lựa chọn nhuộm tiêu bản với các dấu ấn CD34 và SMA để đánh giá mạch máu và nguyên bào sợi tại các thời điểm nghiên cứu.

Tại thời điểm D0 là thời điểm bắt đầu tạo vết thương, mô da có cấu trúc bình thường với lớp tế bào biểu bì và chân bì có các nguyên bào sợi và bó sợi collagenda sắp xếp có trật tự (tiêu bản siêu cấu trúc sử dụng kính hiển vi điện tử truyền qua TEM). Trên tiêu bản nhuộm hóa mô miễn dịch, mô da vùng chân bì có các mạch máu và mô liên kết sợi. Bào tương các tế bào nội mô mạch máu (+) với CD34, các tế bào cơ trơn thành mạch và nguyên bào sợi (+) với SMA.

Thời điểm D7 cho thấy sự tương đồng giữa hình ảnh tại chỗ vết thương, với hình ảnh tiêu bản siêu cấu trúc và nhuộm hóa mô miễn dịch. Vết thương giai đoạn này vẫn còn lớp mỏng hoại tử, giả mạc và có tổ chức hạt nhọt. Trên tiêu bản siêu cấu trúc cũng cho thấy mô da còn thâm nhiễm các tế bào viêm (bạch cầu đa nhân trung tính, đại thực bào, tế bào Mast) và có hình ảnh phá hủy collagen và chất nền ngoại bào vùng không chiếu laser rất mạnh mẽ. Đồng thời cũng có dấu hiệu tái tạo: Hình thành mạch máu và xuất hiện nguyên bào sợi mới. Trên tiêu bản nhuộm hóa mô miễn dịch, đã có mô hạt với các mạch máu, các nguyên bào sợi và sự thâm nhiễm các tế bào viêm. Bào tương tế bào nội mô mạch máu vùng chiếu LLLT (+) CD34 nhiều hơn bên vùng chứng cho thấy quá trình tái tạo sau tổn thương viêm vùng chiếu Laser mạnh mẽ hơn. Bào tương các nguyên bào sợi và tế bào cơ trơn thành mạch (+) với SMA.

Thời điểm D14 là thời điểm vết thương có tổ chức hạt đỏ, đẹp, biểu mô hóa nhanh. Trên hình ảnh tiêu bản siêu cấu trúc tương ứng với mô da đang hồi phục, mạch máu hình thành, tăng sinh và tổng hợp collagen, hình thành chất nền ngoại bào. Tuy nhiên có thể thấy tốc độ tái tạo

bên vùng chiếu laser nhanh hơn, collagen và chất nền ngoại bào tổng hợp nhiều hơn. Trên ảnh vi thể nhuộm hóa mô miễn dịch chỉ ra mô da vùng chân bì có các mạch máu thành dày, mô liên kết sợi với tăng sinh tế bào sợi và sợi tạo keo. Mật độ các bào tương tế bào nội mô mạch máu (dấu ấn CD34) bên vùng A bắt màu vàng nâu nhiều hơn bên vùng B, gián tiếp cho thấy mạch máu bên vùng A (được chiếu laser) nhiều hơn so với vùng không chiếu. Trên tiêu bản nhuộm dấu ấn SMA cho thấy mật độ bắt màu vàng nâu của bào tương các nguyên bào sợi và tế bào cơ trơn thành mạch bên chiếu laser dày hơn so với bên chứng. Điều này cho thấy quá trình tăng sinh mạch máu, tăng sinh nguyên bào sợi tổng hợp collagen bên vùng được chiếu laser công suất thấp mạnh hơn so với vùng chứng.

Các diễn biến của vết thương và sự thay đổi cấu trúc mô trên hình ảnh tiêu bản nhuộm hóa mô miễn dịch và siêu cấu trúc cho thấy vết thương diễn biến thuận lợi và tuần tự, đan xen qua các giai đoạn của quá trình liền vết thương: Viêm, tăng sinh, tái tạo [7], [9], [8]. Giai đoạn viêm diễn ra mạnh mẽ trong tuần đầu tiên với đặc trưng trên lâm sàng là vết thương còn hoại tử, giả mạc, viêm nề, xung huyết và hình ảnh cấu trúc mô là sự tham gia của các tế bào viêm. Quá trình này giảm dần và kết thúc ở tuần thứ hai. Pha tăng sinh với đặc trưng là hình thành các mạch máu tân tạo, các nguyên bào sợi để hình thành chất nền ngoại bào (tương ứng với mô hạt trên lâm sàng). Và cuối cùng là pha tái tạo (cấu trúc lại collagen), biểu mô mô vết thương, hình thành sẹo.

Một trong những vấn đề thường xảy ra ở vết thương là cung cấp oxy không đủ, điều này sẽ ngăn cản quá trình chữa lành

bình thường. LLLT đã được chứng minh cải thiện tình trạng thiếu oxy và thiếu máu cục bộ [10]. Trong quá trình liền vết thương, một sự kiện quan trọng là hình thành tân mạch. Các mạch máu mới là một thành phần cơ bản trong quá trình tạo hạt mô vì chúng cung cấp oxy và chất dinh dưỡng cần thiết để hỗ trợ chuyển hóa tế bào ở vùng vết thương [11].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kháng thể đơn dòng kháng CD34 được sử dụng để xác định số lượng mạch máu. Chúng tôi đã quan sát thấy rằng mạch máu tại D7, D14 ở vùng chiếu Laser công suất thấp nhiều hơn vùng không chiếu. Điều đó cho thấy LLLT kích thích tăng sinh mạch máu.

Kết quả này phù hợp với tác giả Chaves M.E.d.A. và cộng sự (2014) đưa ra sau khi thu thập và phân tích từ 68 nghiên cứu trên in vitro và động vật về LLLT. Laser có hiệu quả sinh học là giảm tế bào viêm, tăng sinh nguyên bào sợi, kích thích tân tạo mạch, hình thành mô hạt và tăng tổng hợp collagen [4].

Nghiên cứu của Hussein A.J. và cộng sự (2011) trên các mẫu mô bệnh giữa hai nhóm vết thương được tạo ra trên thỏ được chiếu Laser và nhóm không chiếu Laser vào ngày thứ 3, 7 và 14 đã chỉ ra LLLT cho thấy khả năng tái tạo tốt hơn và phục hồi nhanh hơn tính toàn vẹn về cấu trúc và chức năng khi so với nhóm đối chứng [12].

Nghiên cứu của Demidova-Rice TN và cộng sự (2007) cũng chỉ ra LLLT có tác dụng trong việc kích thích co rút vết thương trên da chuột sau 1 liệu chiếu duy nhất LLLT sau 30 phút tạo vết thương khi so sánh với nhóm không chiếu laser. Đồng thời, LLLT làm tăng số lượng actin cơ trơn (SMA) - tế bào dương

tính ở mép vết thương, kích thích vết thương co lại bằng cách thúc đẩy NBS biệt hóa thành NBS cơ [13].

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đặc điểm hình thái hóa mô miễn dịch và siêu cấu trúc mô trên thỏ thực nghiệm sau chiếu laser công suất thấp (bước sóng 780nm, liều 3 J/cm²), chúng tôi rút ra kết luận sau:

- Hình ảnh hóa mô miễn dịch tại D7, D14 chỉ ra mật độ các bào tương tế bào nội mô mạch máu (dấu ấn CD34) và bào tương các nguyên bào sợi và tế bào cơ trơn thành mạch (dấu ấn SMA) bên vùng chiếu Laser bắt màu vàng nâu nhiều hơn bên không chiếu. Điều đó cho thấy vùng chiếu laser công suất thấp tăng sinh mạch máu, tăng sinh nguyên bào sợi tổng hợp collagen mạnh hơn so với vùng không chiếu.

- Trên hình ảnh siêu cấu trúc truyền qua (TEM) thời điểm D7 cho thấy vùng chiếu laser công suất thấp còn ít tổn thương phá hủy mô hơn bên chứng và có hình ảnh tái tạo mô. Đến D14, tốc độ tái tạo mô bên vùng chiếu laser công suất thấp mạnh hơn vùng không chiếu, tăng hoạt động các bào quan nguyên bào sợi (ty thể, lưới nội chất có hạt) và tăng chế tiết collagen ra chất nền ngoại bào.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cotler H.B., Chow R.T., Hamblin M.R., et al. (2015). The use of low-level laser therapy (LLLT) for musculoskeletal pain. *MOJ orthopedics rheumatology*. 2(5): 1-16.
2. Huang Y.-Y., Chen A.C.-H., Carroll J.D., et al. (2009). Biphasic dose response in low-level light therapy. *Dose-response*. 7(4): 358-383.
3. Đinh Văn Hân, Nguyễn Mạnh Hùng, Ngô Ngọc Hà (2014). Đánh giá ảnh hưởng của Laser

- bán dẫn vùng ánh sáng đỏ (630-670nm) tới quá trình liền vết thương cấp tính và mạn tính. *Tạp chí Y học Thâm hoặ và Bông*, số 5-2014: tr 160-169.
4. **Chaves M.E.d.A., Araújo A.R.d., Piancastelli A.C.C., et al. (2014).** Effects of low-power light therapy on wound healing: LASER x LED. *Anais brasileiros de dermatologia*. 89: 616-623.
 5. **AlGhamdi K.M., Kumar A., Moussa N.A. (2012).** Low-level laser therapy: a useful technique for enhancing the proliferation of various cultured cells. *Lasers in medical science*. 27(1): 237-249.
 6. **Masson-Meyers D.S., Andrade T.A., Caetano G.F., et al. (2020).** Experimental models and methods for cutaneous wound healing assessment. *International journal of experimental pathology*. 101(1-2): 21-37.
 7. **Childs D.R., Murthy A.S. (2017).** Overview of wound healing and management. *Surgical Clinics*. 97(1): 189-207.
 8. **Gushiken L.F.S., Beserra F.P., Bastos J.K., et al. (2021).** Cutaneous wound healing: An update from physiopathology to current therapies. *Life*. 11(7): 665.
 9. **Tottoli E.M., Dorati R., Genta I., et al. (2020).** Skin wound healing process and new emerging technologies for skin wound care and regeneration. *Pharmaceutics*. 12(8): 735.
 10. **Rashidi S., Yadollahpour A., Mirzaiyan M. (2015).** Low-level laser therapy for the treatment of chronic wound: Clinical considerations. *Biomedical and Pharmacology Journal*. 8(2): 1121-1127.
 11. **Fortuna T., Gonzalez A.C., Sá M.F., et al. (2018).** Effect of 670 nm laser photobiomodulation on vascular density and fibroplasia in late stages of tissue repair. *International wound journal*. 15(2): 274-282.
 12. **Hussein A.J., Alfars A.A., Falih M.A., et al. (2011).** Effects of a low-level laser on the acceleration of wound healing in rabbits. *North American journal of medical sciences*. 3(4): 193-197.
 13. **Demidova-Rice T.N., Salomatina E.V., Yaroslavsky A.N., et al. (2007).** Low-level light stimulates excisional wound healing in mice. *Lasers Surg Med*. 39(9): 706-715.

KIẾN THỨC VÀ NHU CẦU ĐÀO TẠO SƠ CẤP CỨU BAN ĐẦU CỦA SINH VIÊN NĂM NHẤT TRƯỜNG ĐẠI HỌC YERSIN ĐÀ LẠT NĂM 2023

Hoàng Trung Tiến, Nguyễn Thị Hồng Hạnh

Trường Đại học Yersin Đà Lạt

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kiến thức và nhu cầu đào tạo sơ cấp cứu ban đầu (SCCBĐ) của sinh viên (SV) năm nhất trường Đại học Yersin Đà Lạt năm 2023.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả cắt ngang trên 329 sinh viên năm nhất trường Đại học Yersin Đà Lạt dựa trên bộ câu hỏi xây dựng sẵn.

Kết quả: 56 sinh viên (17,02%) đạt kiến thức về sơ cấp cứu ban đầu, 95,5% đồng tình với sự cần thiết của đào tạo sơ cấp cứu ban đầu và nhu cầu đào tạo của sinh viên chiếm 84,2%, 79% sinh viên muốn đưa vào hoạt động ngoại khóa.

Kết luận: Cần đưa sơ cấp cứu ban đầu vào trong đào tạo cho sinh viên một cách bài bản.

Từ khóa: Sinh viên, sơ cấp cứu ban đầu, kiến thức, nhu cầu đào tạo

ABSTRACT

Aim: The study aimed to assess the knowledge and first-aid training needs of first-year students at Yersin University of Da Lat in 2023.

Subject and methods: Cross-sectional description of 329 first-year university students based on a pre-built questionnaire.

Results: 56 students (17.02%) achieved knowledge of first aid, 95.5% agreed with the need for first aid training, and the training needs of students accounted for 84.2%, 79% of students want to engage in extra-curricular activities.

Conclusion: It is necessary to include first aid in training for students.

Keywords: Student, first aid, knowledge, training needs

Chịu trách nhiệm: Hoàng Trung Tiến, Trường Đại học Yersin Đà Lạt

Email: hoangtrungtien123@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/5/2023; Ngày phản biện: 12/7/2023; Ngày duyệt bài: 20/7/2023

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.3.2023.234>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai nạn thương tích là một sự kiện xảy ra bất ngờ ngoài ý muốn do một tác nhân bên ngoài gây nên các tổn thương, thương tích cho cơ thể về thể chất hay tinh thần của nạn nhân [1].

Theo thống kê của Bộ Y tế năm 2018, cả nước có 1.226.704 trường hợp mắc tai nạn thương tích, trong đó có 9.745 trường hợp tử vong, chiếm tỉ lệ 0,73% so với tổng số mắc tai nạn thương tích. Tử vong do tai nạn giao thông là nguyên nhân hàng đầu, chiếm 47,91%, tiếp theo là đuối nước 12,31%, tự tử 11,45%, tai nạn lao động 6,81%. Việt Nam là một trong số các nước có tỉ lệ tử vong do tai nạn thương tích cao trên thế giới. Nâng cao chất lượng sơ cấp cứu được xác định là giải pháp quan trọng, góp phần giảm thiệt hại về người trong các vụ tai nạn giao thông [2].

Tỷ lệ tử vong do tai nạn thương tích ở nước ta hiện nay lên tới 11%, chỉ sau các bệnh tim mạch (18%) và bệnh truyền nhiễm (15%). Đặc biệt, mỗi năm trên toàn thế giới có 900.000 ca trẻ em tử vong do tai nạn, thương tích, tương đương với gần 2.500 trẻ em tử vong mỗi ngày, mỗi giờ có hơn 100 trẻ em tử vong. Mỗi ngày, ở Việt Nam ta vẫn còn hàng trăm trẻ em và người chưa thành niên bị tai nạn thương tích. Trong số đó có khoảng gần 20 trẻ tử vong do tai nạn, thương tích mỗi ngày [1].

Tai nạn thương tích để lại nhiều hậu quả nghiêm trọng về thể chất cũng như tinh thần của nạn nhân. Để làm giảm các biến chứng sau khi gặp tai nạn thương tích, công tác sơ cấp cứu chiếm một vai trò vô cùng quan trọng trước khi nạn nhân được sự chăm sóc của đội ngũ nhân viên y tế. Chính vì vậy, việc cấp cứu tại chỗ nhờ sự hiểu biết các kiến thức cơ bản sơ cấp

cứu ban đầu từ những thành viên trong cộng đồng là cực kỳ cần thiết. Lực lượng cứu hộ trước bệnh viện phát triển ngày càng nhiều trong cộng đồng thì cơ hội cứu sống nạn nhân ngày càng cao. Do đó, việc trang bị kỹ kiến thức, kỹ năng về sơ cấp cứu ban đầu cần được chính các bạn sinh viên nỗ lực tìm hiểu, rèn luyện kết hợp với sự hỗ trợ từ nhà trường, xã hội.

Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu khoa học này để giúp Nhà trường có thể xây dựng những khóa học thiết thực và bổ ích cho sinh viên, nghiên cứu thực hiện với 2 mục tiêu sau:

- Mô tả kiến thức của sinh viên năm nhất trường Đại học Yersin Đà Lạt về sơ cấp cứu ban đầu.
- Đánh giá nhu cầu đào tạo sơ cấp cứu ban đầu của sinh viên năm nhất trường Đại học Yersin Đà Lạt.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Sinh viên năm thứ nhất Trường Đại học Yersin Đà Lạt.

* Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Là sinh viên thuộc khóa 19 nhập học năm học 2022- 2023.

+ Có mặt tại thời điểm điều tra của nghiên cứu.

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Sinh viên hệ liên thông.

+ Sinh viên bảo lưu.

+ Sinh viên vắng mặt trong thời gian nghiên cứu.

+ Sinh viên không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

+ Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 09/2022 đến tháng 06/2023.

+ Địa điểm nghiên cứu: Tại Trường Đại học Yersin Đà Lạt.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tại thời điểm khảo sát.

2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

Năm 2022, trường Đại học Yersin Đà Lạt có 1200 sinh viên nhập học chính quy năm thứ nhất.

$$n = \frac{N}{1 + N \times e^2}$$

Trong đó:

n: Kích thước mẫu cần xác định;

N: Quy mô tổng thể;

e: Sai số cho phép là $\pm 0,05$;

Kích thước mẫu là: 300 sinh viên

Sau đó, tiến hành lấy danh sách sinh viên tại Phòng Công tác sinh viên - phụ huynh và tiến hành mã hóa sinh viên theo số thứ tự rồi cho vào phần mềm bốc số ngẫu nhiên để xác định SV sẽ tham gia vào nghiên cứu. Số lượng mẫu thêm 10% để dự phòng trường hợp đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu. Số lượng mẫu thực tế đối tượng tham gia nghiên cứu là 329 sinh viên.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

2.5.1. Công cụ thu thập số liệu

Bộ câu hỏi nghiên cứu được xây dựng dựa trên tài liệu đào tạo sơ cấp cứu ban đầu (SCCBĐ) của Bộ Y tế ban hành và

Hướng dẫn quy trình sơ cấp cứu và hồi sức quốc tế 2016 [3]. Bộ câu hỏi sau đó được gửi cho hai chuyên gia xin ý kiến và chỉnh sửa.

2.5.2. Quy trình thu thập số liệu

Lấy danh sách sinh viên tại Phòng Đào tạo. Lựa chọn những sinh viên đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, tiến hành mã hóa và bốc số ngẫu nhiên. Đối tượng nghiên cứu được chọn sẽ được tập trung ở lớp học, mỗi đối tượng ngồi 1 bàn và họ sẽ được giới thiệu mục đích, nội dung, phương pháp và quyền lợi của người tham gia vào nghiên cứu.

Nghiên cứu là tự nguyện, đối tượng có thể ngừng việc tham gia nghiên cứu bất cứ lúc nào. Những đối tượng tham gia nghiên cứu sẽ được gửi bộ câu hỏi nghiên cứu online và trực tiếp làm bài khảo sát trực tuyến. Sau khi thu thập được toàn bộ thông tin, nghiên cứu viên sẽ tiến hành thống kê qua online và nhập vào phần mềm SPSS 22.0 để tiến hành các phép phân tích.

2.6. Các biến số nghiên cứu

- Các biến độc lập về thông tin chung của đối tượng nghiên cứu.

- Các biến phụ thuộc về kiến thức, nhu cầu đào tạo của đối tượng nghiên cứu.

Mức độ kiến thức được đánh giá như sau: Gồm 13 câu hỏi đánh giá kiến thức của đối tượng về SCCBĐ, đối tượng trả lời đúng từ 70% trở lên (tương ứng 9 câu trở lên) được xem là đạt kiến thức (Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Khánh Linh và cộng sự (2019) về “nghiên cứu kiến thức về sơ cấp cứu ban đầu của sinh viên tại các trường đại học trên thành phố Đà Nẵng”) [5].

2.7. Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập sẽ được thống kê trực tiếp trên google form. Ngoài ra, số liệu được đưa vào phần mềm SPSS 22.0 để thực hiện các phép phân tích mối liên quan.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng khoa học Trường đại học Yersin Đà Lạt.

- Được sự chấp thuận và cho phép của Ban giám hiệu Trường Đại học Yersin Đà Lạt về việc triển khai và thu thập số liệu.

- Sinh viên sau khi đồng ý tham gia nghiên cứu đã được giải thích về mục đích, phương pháp, nội dung nghiên cứu, quyền lợi cũng như nghĩa vụ khi tham gia nghiên cứu. Sinh viên ký bản đồng thuận tham gia sau khi đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Sinh viên có quyền từ chối nếu không đồng ý và được quyền bỏ cuộc ở bất cứ giai đoạn nào của nghiên cứu mà không bị ảnh hưởng đến việc học tập tại trường.

2.9. Sai số và biện pháp khắc phục

Một số yếu tố dẫn đến sai số:

Sai số liên quan đến quá trình thu thập số liệu, có thể gặp sinh viên không tập trung, làm đối phó.

Khắc phục:

Chọn thời gian, địa điểm phù hợp, tránh lịch học, lịch thi của SV. Tập hợp SV được chọn theo nhóm khoảng 50 SV để thuận tiện việc quản lý; phòng rộng, mỗi bàn 1 SV ngồi; Nhóm nghiên cứu tiến hành giải thích rõ mục đích của nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Giới nữ chiếm tỷ lệ cao hơn giới nam với tỷ lệ lần lượt là 67% (223) và 33% (106); độ tuổi của sinh viên chủ yếu là dưới 20 tuổi chiếm 74% (243); sinh viên chủ yếu là dân tộc kinh chiếm 86.9%.

Bảng 3.1. Thông tin về đào tạo sơ cấp cứu ban đầu (n = 329)

STT	Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ
1	Đào tạo về sơ cấp cứu ban đầu	Đã được đào tạo	84	25,5
		Chưa được đào tạo	148	45
		Không rõ/không nhớ	97	29,5
2	Nguồn tiếp cận thông tin về SCCBĐ	Ti vi, radio, internet	140	42,6
		Giáo dục quốc phòng	89	27,1
		Cán bộ y tế	42	12,8
		Trường lớp	170	51,7
		Khác	43	13,1

Nhận xét: Có một tỷ lệ khá thấp sinh viên được đào tạo về cấp cứu ban đầu chiếm tỷ lệ 25,5%; sinh viên chủ yếu tiếp cận với SCCBĐ thông qua các nguồn

thông tin từ trường lớp, ti vi - internet - radio, giáo dục quốc phòng lần lượt chiếm 51,7%, 42,6% và 27,1%.

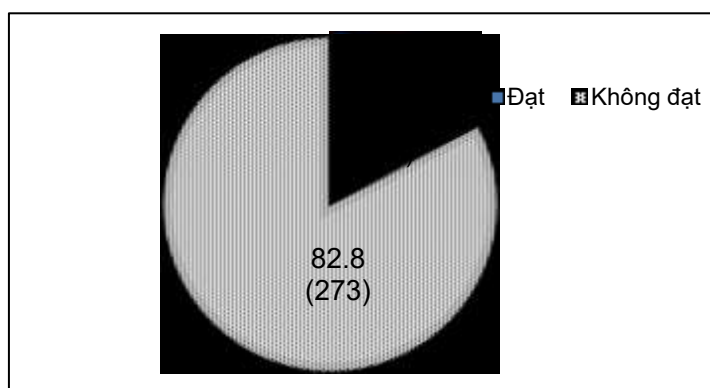
3.2. Kiến thức của sinh viên năm nhất trường Đại học Yersin Đà Lạt về sơ cấp cứu ban đầu

Bảng 3.2. Kiến thức SCCBĐ của sinh viên năm nhất trường Đại học Yersin Đà Lạt (n = 329)

STT	Nội dung	Đúng		Sai	
		n	Tỷ lệ	n	Tỷ lệ
1	Định nghĩa về SCCBĐ	206	62,6	123	37,4
2	Số điện thoại hỗ trợ cấp cứu	259	78,7	62	18,9
3	Các bước cấp cứu người bệnh ngưng hô hấp tuần hoàn	103	31,3	226	68,6
4	Kỹ thuật Hô hấp - nhân tạo	45	13,7	284	86,3
5	Cấp cứu vết thương chảy máu	111	33,7	218	66,3
6	Xử lý dị vật đường thở người lớn	132	40,1	197	59,9
7	Cấp cứu người bị điện giật	281	85,4	48	14,6
8	Xử lý bỏng	227	69	102	31
9	Xử lý gãy xương	205	62,3	134	37,7
10	Xử lý trường hợp rắn độc cắn	138	41,9	191	58,1
11	Xử lý co giật	18	5,5	311	94,5
12	Xử lý bong gân	215	65,3	114	34,7
13	Xử lý ngất xỉu	146	44,4	183	55,7

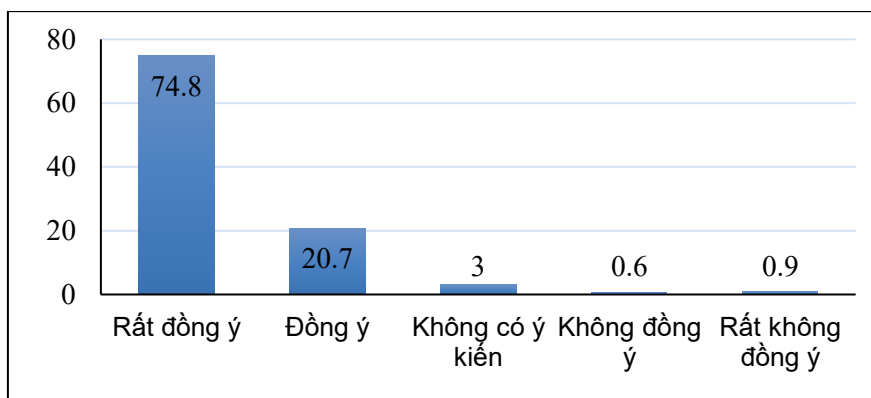
Nhận xét: Kết quả đánh giá kiến thức của SV năm nhất trường đại học Yersin Đà Lạt cho thấy 62,6% SV trả lời đúng về định nghĩa SCCBĐ; 78,7% biết số điện thoại cấp cứu; 31,3% biết đến các bước cấp cứu ngưng hô hấp tuần hoàn; 13,7% biết về kỹ thuật thổi ngạt, ép tim; 33,7% biết đến kỹ thuật cầm máu tạm thời;

40,1% có kiến thức đúng về cấp cứu dị vật đường thở; 85,4% biết cách cấp cứu người bị điện giật ban đầu; 69% biết về xử lý bỏng; 62,3% biết cách xử lý xương gãy; 41,9% biết cách xử lý rắn cắn; 5,5% biết cách xử lý co giật; 65,3% trả lời đúng về xử lý bong gân và kiến thức đúng về xử lý ngất xỉu chiếm 44,4%.



Biểu đồ 3.1. Đánh giá kiến thức của SV năm nhất về SCCBĐ (n = 329)

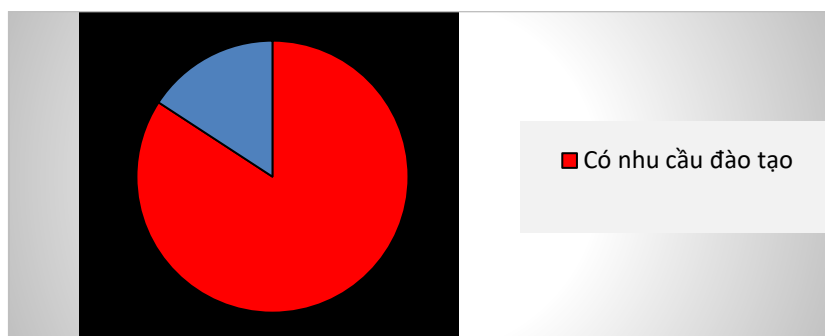
Nhận xét: Chỉ có 17,2% (56 SV) đạt kiến thức về sơ cấp cứu ban đầu.



Biểu đồ 3.2. Sự cần thiết của đào tạo SCCBD (n = 329)

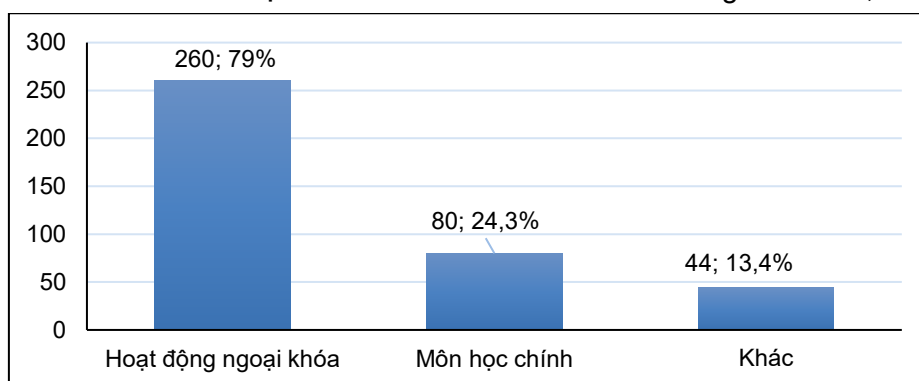
Nhận xét: Sinh viên phần lớn rất đồng ý và đồng ý với sự cần thiết của đào tạo SCCBD chiếm 95,5%.

3.3. Nhu cầu đào tạo sơ cấp cứu ban đầu của sinh viên năm nhất Trường Đại học Yersin Đà Lạt



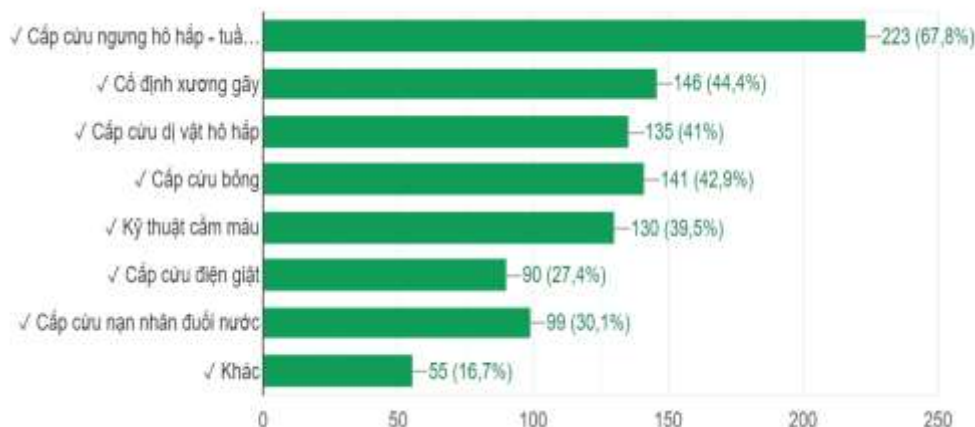
Biểu đồ 3.3. Nhu cầu đào tạo SCCBD của SV năm nhất trường đại học Yersin Đà Lạt (n = 329)

Nhận xét: Nhu cầu đào tạo SCCBD cho sinh viên của trường chiếm 84,2%.



Biểu đồ 3.4. Hình thức đào tạo SCCBD (n = 329)

Nhận xét: Đa phần SV muốn SCCBĐ được tổ chức như một hoạt động ngoại khóa và 24,3% muốn đưa vào môn học chính trong chương trình.



Biểu đồ 3.5. Nội dung SCCBĐ SV muốn tham gia học (n = 329)

Nhận xét: Nhu cầu đào tạo các kỹ thuật SCCBĐ, trong đó cấp cứu ngưng hô hấp tuần hoàn, cố định gãy xương, cấp cứu bỏng, cấp cứu dị vật đường thở có nhu cầu đào tạo cao chiếm tỷ lệ lần lượt là 67,8%, 44,4%, 42,9% và 41%.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra một tỷ lệ khá thấp SV được đào tạo về cấp cứu ban đầu chiếm tỷ lệ 25,5%, tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Khánh Linh (2017) với tỷ lệ SV đã được đào tạo về SCCBĐ chỉ chiếm 25,7% [5] và SV chủ yếu tiếp cận với SCCBĐ thông qua các nguồn thông tin từ trường lớp, ti vi - internet - radio, giáo dục quốc phòng lần lượt chiếm 51,7%, 42,6% và 27,1%. Điều này cho thấy SCCBĐ còn chưa được quan tâm đúng mức trong giáo dục kỹ năng cho HS, SV, điều này có thể làm ảnh hưởng đến kiến thức, kỹ năng của SV về SCCBĐ.

Kết quả đánh giá kiến thức SV năm nhất về SCCBĐ của chúng tôi đã cho thấy có 62,6% SV trả lời đúng về định nghĩa

SCCBĐ, 78,7% biết số điện thoại cấp cứu, 31,3% biết đến các bước cấp cứu ngưng hô hấp tuần hoàn, 13,7% biết về kỹ thuật thổi ngạt, ép tim, 33,7% biết đến kỹ thuật cầm máu tạm thời, 40,1% có kiến thức đúng về cấp cứu dị vật đường thở, 85,4% biết cách cấp cứu người bị điện giật ban đầu, 69% biết về xử lý bỏng, 62,3% biết cách xử lý xương gãy, 41,9% biết cách xử lý rắn cắn, 5,5% biết cách xử lý co giật, 65,3% trả lời đúng về xử lý bong gân và kiến thức đúng về xử lý ngất xỉu chiếm 44,4%.

So với nghiên cứu của chúng tôi, nghiên cứu của Joseph (2014) có kết quả kiến thức cao hơn và đồng đều hơn với 80,3% SV biết về định nghĩa sơ cấp cứu, 80,9% SV có kiến thức về xử trí rắn cắn, 84,2% biết về xử lý ngất, 84,9% có kiến thức về xử lý chảy máu, 85,5% biết về xử trí điện giật và 81,6% biết về xử lý co giật [8].

Nghiên cứu chúng tôi cho thấy, kiến thức của SV năm nhất trường Đại học Yersin còn chưa đều, một số nội dung còn có kiến thức ở mức độ rất thấp, còn nhầm lẫn trong phương pháp xử trí, điều này có

thể do một số tai nạn như ngưng hô hấp - tuần hoàn, co giật, dị vật đường thở,... sinh viên còn ít gặp trong đời sống hằng ngày, sự nhiễu loạn của nhiều nguồn thông tin không chính thống có thể làm SV hiểu lầm về phương pháp xử trí.

Kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy có 56 SV (17,02%) có kiến thức về SCCBĐ. Tỷ lệ này thấp hơn so với các nghiên cứu của Nguyễn Thị Khánh Linh và cộng sự (2016) kiến thức SCCBĐ của sinh viên là $7 \pm 1,93$ (7/12 câu hỏi), tỷ lệ sinh viên trả lời được đúng trên 70% tổng số câu hỏi là 27,4% [5].

Nghiên cứu của Hà Văn Anh Bảo (2017) [4] là 49,1% SV đạt kiến thức SCCBĐ và tương đương với nghiên cứu Sze Nok Ng (2020) kiến thức tốt về SCCBĐ là 15,2% [9]. Từ đó cho thấy, SV năm nhất còn có kiến thức chưa vững vàng về SCCBĐ, lý do có thể là SV còn chưa thực sự được đào tạo bài bản về lĩnh vực này và chưa có chương trình thực sự bài bản về SCCBĐ tại trường học cho SV.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, sinh viên phần lớn đồng ý với sự cần thiết của đào tạo SCCBĐ chiếm 95,5% và nhu cầu đào tạo của SV chiếm 84,2%, điều này tương tự như nghiên cứu của Hà Văn Anh Bảo và cộng sự (2017) [4] có 93% SV muốn tham gia lớp SCCBĐ và nghiên cứu của Nguyễn Thị Khánh Linh (2017) chỉ ra nhu cầu đào tạo của SV về SCCBĐ chiếm đến hơn 90% [5].

SCCBĐ là một hoạt động cần thiết trong cuộc sống hằng ngày, nó có thể xem như một kỹ năng cần thiết của con người trong cuộc sống hằng ngày. Tuy nhiên, hầu hết các nghiên cứu tại Việt Nam chỉ ra tỷ lệ thực hiện đúng sơ cấp cứu ban đầu còn rất thấp. Để cấp cứu hiệu quả cho nạn nhân

thì cần có sự đào tạo bài bản giúp SV có kỹ năng thành thục.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy, sinh viên muốn SCCBĐ được tổ chức như một hoạt động ngoại khóa chiếm 79% và 24,3% muốn đưa vào môn học chính trong chương trình. Kết quả nghiên cứu của Hà Văn Anh Bảo và cộng sự (2017) [4] với tỷ lệ 89,6% là hoạt động ngoại khóa và 61,8% là môn học chính thức. Từ kết quả các nghiên cứu cho thấy, sinh viên đa phần lựa chọn SCCBĐ như một hoạt động ngoại khóa để có thể giúp SV nâng cao kỹ năng ứng cứu trong các trường hợp khẩn cấp trong cuộc sống hằng ngày. Nhu cầu đào tạo cấp cứu ngưng hô hấp tuần hoàn, cố định gãy xương, cấp cứu bỏng, cấp cứu dị vật đường thở có nhu cầu đào tạo cao chiếm tỷ lệ lần lượt là 67,8%, 44,4%, 42,9% và 41%.

Nghiên cứu của Đặng Đức Nhu và Nguyễn Thị Thơm (2015) cho thấy, nhu cầu đào tạo cao nhất là sơ cứu ngừng tim phổi (25,87%), sơ cứu ngất (19,56%), sơ cứu gãy xương (18,56%) [6]. Nghiên cứu của các tác giả cho thấy SV có sự quan tâm về các kỹ năng xử trí SCCBĐ khác nhau, điều đó góp phần hỗ trợ việc xây dựng chương trình đào tạo phù hợp cho sinh viên để đạt được các kỹ năng cần thiết trong SCCBĐ.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn đối tượng tham gia vào nghiên cứu là nữ giới chiếm tỷ lệ 67%, độ tuổi chủ yếu là dưới 20 tuổi (74%). Ngoài ra, sinh viên là người dân tộc Kinh chiếm 86,9%. Sinh viên được đào tạo về sơ cấp cứu ban đầu chiếm một tỷ lệ khá thấp (25,5%). Sinh viên chủ yếu tiếp cận với SCCBĐ thông qua các nguồn thông tin từ trường lớp, ti vi -

internet - radio, giáo dục quốc phòng lần lượt chiếm 51,7%, 42,6% và 27,1%.

Kết quả đánh giá kiến thức SV năm nhất về SCCBĐ đã cho thấy, kiến thức của sinh viên chưa đồng đều, nhiều nội dung SCCBĐ đạt ở mức thấp như 13,7% biết về kỹ thuật thổi ngạt - ép tim, 33,7% biết đến kỹ thuật cầm máu tạm thời, 40,1% có kiến thức đúng về cấp cứu dị vật đường thở, 41,9% biết cách xử lý rắn cắn, 5,5% biết cách xử lý co giật và kiến thức đúng về xử lý ngất xỉu chiếm 44,4%. Đánh giá chung có 56 SV (17,02%) có kiến thức đạt về SCCBĐ.

Nghiên cứu cho thấy, sinh viên phần lớn đồng ý với sự cần thiết của đào tạo SCCBĐ chiếm 95,5%, nhu cầu đào tạo của sinh viên chiếm 84,2% và đa số sinh viên muốn SCCBĐ được tổ chức như một hoạt động ngoại khóa chiếm 79%.

7. KIẾN NGHỊ

Thông qua nghiên cứu, nhóm nghiên cứu có một số đề xuất dành cho lãnh đạo trường Đại học Yersin nhằm giúp góp phần nâng cao kiến thức về sơ cấp cứu ban đầu cho sinh viên trường như sau:

- Nhiều sinh viên đã được trải nghiệm đào tạo SCCBĐ trước đó qua nhiều hình thức khác nhau. Tuy nhiên, chưa thực sự có một chương trình đào tạo SCCBĐ bài bản cho sinh viên nắm vững kiến thức.

- Kiến thức của sinh viên về SCCBĐ còn hạn chế, Nhà trường nên có một chương trình đào tạo cho SV về SCCBĐ để góp phần vào việc hỗ trợ cấp cứu người gặp nạn ngoài đời sống.

- Đa phần sinh viên lựa chọn SCCBĐ như một hoạt động ngoại khóa. Vì vậy, trong thời gian tới Nhà trường nên có chương trình đào tạo SCCBĐ cho sinh viên theo hình thức ngoại khóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2022)**, Tai nạn thương tích là gì? Nguyên nhân, hậu quả và cách phòng ngừa, https://moh.gov.vn/web/phong-chong-tai-nan-thuong-tich/tin-noi-bat/-/asset_publisher/iinMRn208Zol/content/tai-nan-thuong-tich-la-gi-nguyen-nhan-hau-qua-va-cach-phong-ngua, xem ngày 22/11/2022.
2. **Bộ Y tế (2019)**, Sơ, cấp cứu kịp thời: hạn chế những biến chứng, chấn thương cho nạn nhân tai nạn giao thông, https://moh.gov.vn/web/phong-chong-tai-nan-thuong-tich/cap-cuu/-/asset_publisher/MZhfNlotpCxK/content/so-cap-cuu-kip-thoi-han-che-nhung-bien-chung-chan-thuong-cho-nan-nhan-tai-nan-giao-thong, xem ngày 21/11/2022.
3. **Hiệp hội Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế (2016)**. Hướng dẫn quy trình sơ cấp cứu và hồi sức quốc tế 2016.
4. **Hà Văn Anh Bảo, Trần Minh Nhật và cộng sự (2017)**. Kiến thức, thái độ, nhu cầu về sơ cấp cứu ban đầu của sinh viên Đại học Huế. Tạp chí Y học dự phòng, tập 27, số 8 2017.
5. **Nguyễn Thị Khánh Linh và cộng sự (2019)**. Nghiên cứu kiến thức về sơ cấp cứu ban đầu của sinh viên các trường đại học trên thành phố Đà Nẵng, tạp chí Khoa học & công nghệ đại học Duy Tân, 01(32), 2019, 17-23
6. **Đặng Đức Nhu, Nguyễn Thị Thơm (2015)**. Thực trạng và nhu cầu đào tạo về sơ cấp cứu ban đầu của sinh viên năm cuối đại học quốc gia Hà Nội năm 2014. Tạp chí Y học dự phòng, tập XXV, số 1 (161) 2015.
7. **Abera Lemma Adere (2022)**. Determinants of knowledge and attitude toward first aid among final year students at technical and vocational schools in Addis Ababa, Ethiopia, <https://doi.org/10.1177/20503121221107>
8. **Joseph (2014)**. Knowledge of First Aid Skills Among Students of a Medical College in Mangalore City of South India. Annals of Medical and Health Sciences Research. doi: 10.4103/2141-9248.129022
9. **Sze Nok Ng (2021)**. Knowledge and training preference of standard first aid among undergraduates in Hong Kong: A cross-sectional survey, Hong Kong Journal of Emergency Medicine, Volume 30, Issue 3, <https://doi.org/10.1177/102490792110501>.

KHẢO SÁT MỨC ĐỘ LO ÂU CỦA NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG NĂM 2023

Nguyễn Thị Phương và cộng sự
Bệnh viện ĐK Hà Đông

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ lo âu của người bệnh trước phẫu thuật và phân tích một số yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 190 người bệnh (NB) trước phẫu thuật tại Khoa Ngoại Tiêu hóa và Khoa Thần kinh Lồng ngực, Bệnh viện đa khoa Hà Đông được đánh giá mức độ lo âu dựa trên thang điểm DASS-21. Nghiên cứu từ tháng 1/2023 đến tháng 5/2023.

Kết quả: Tỷ lệ người bệnh lo âu trước phẫu thuật chiếm 68%. Trong đó, tỷ lệ người bệnh lo âu ở khoa ngoại tiêu hóa là 68,4%, ở khoa TKLN là 67,4%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Người bệnh chủ yếu là sợ đau sau phẫu thuật (85,3%), sợ tai biến sau phẫu thuật (53,2%). Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người bệnh lo âu trước phẫu thuật liên quan tới giới tính, trình độ học vấn, hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết luận: Nghiên cứu cho thấy 68% người bệnh lo âu trước phẫu thuật, mức độ lo âu liên quan mật thiết với một số yếu tố như giới tính, trình độ học vấn và hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe.

Từ khóa: Lo âu, người bệnh trước phẫu thuật

ABSTRACT

Study Objectives: This research aims to assess the anxiety levels of patients before surgery and examine various associated factors.

Subjects and methods: A descriptive cross-sectional study was conducted on 190 preoperative patients at Ha Dong General Hospital's Department of Gastroenterology and Thoracic Neurology. Anxiety levels were evaluated using the DASS-21 scale. The study took place from January to May 2023.

Results: The findings revealed that 68% of the patients experienced anxiety. Specifically, the anxiety rate among patients in the gastrointestinal surgery department was 68.4%, while it was 67.4% in the thoracic neurology department. However, the

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Phương, Bệnh viện ĐK Hà Đông

Email: phuongthachbvhd@gmail.com

Ngày nhận bài: 06/6/2023; Ngày phản biện: 12/7/2023; Ngày duyệt bài: 20/7/2023

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.3.2023.235>

observed difference in anxiety rates between the two departments was not statistically significant. The primary concerns expressed by patients were fear of post-surgical pain (85.3%) and anxiety regarding potential complications after the surgery (53.2%). The study demonstrated a statistically significant relationship between preoperative anxiety disorder and factors such as gender, education level, and participation in health education counseling activities ($p < 0.05$).

Conclusion: 68% of patients have anxiety before surgery. This study establishes a correlation between the anxiety levels of patients and several factors, including gender, education level, and participation in health education counseling activities.

Keywords: Anxiety, patients before surgery

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cuộc sống ngày càng hiện đại và văn minh, con người có nhiều sự lo âu, đặc biệt là khi người bệnh phải trải qua cuộc phẫu thuật [1].

Người bệnh khi biết mình phải đối mặt với một cuộc phẫu thuật thì hầu hết đều lo âu, stress ở các mức độ khác nhau. Lo âu trước khi phẫu thuật có thể làm phức tạp quá trình phẫu thuật, kéo dài khả năng phục hồi sau phẫu thuật và thời gian nằm viện. Những cảm xúc tiêu cực như quá lo âu, nghi ngờ kết quả điều trị có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị, tác động xấu đến tim mạch, hô hấp, tiêu hóa, gây rối loạn giấc ngủ... Ngoài ra lo âu trước phẫu thuật có thể dẫn đến nhiều biến chứng như tăng nhịp tim, tăng huyết áp, co mạch, buồn nôn và ảnh hưởng đến nhịp tim người bệnh [2, 7] điều này có thể làm tăng cơ thất cơ tron phế quản, cũng như cần tăng liều thuốc mê và thuốc giảm đau sau phẫu thuật.

Trong một số nghiên cứu mức độ lo âu dao động từ 30 - 90% [1, 3, 5, 6]. Hậu quả là sự lo âu có thể làm phức tạp quá trình phẫu thuật, kéo dài tình trạng phục hồi sau phẫu thuật và tăng thời gian nằm viện, những tác động tiêu cực này có thể

làm tăng chi phí điều trị và tăng gánh nặng kinh tế cho người bệnh và gia đình người bệnh.

Nhằm tạo cho người bệnh tâm lý tốt nhất trước phẫu thuật và giúp cho việc nâng cao chất lượng chăm sóc chúng tôi nghiên cứu đề tài “*Khảo sát mức độ lo âu và tìm hiểu một số yếu tố liên quan của người bệnh trước phẫu thuật tại bệnh viện đa khoa Hà Đông năm 2023*” với mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ lo âu của người bệnh trước phẫu thuật tại khoa Khoa Ngoại Tiêu Hóa và Ngoại Thần Kinh, Lồng Ngực năm 2023.

2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng lo âu của người bệnh trước phẫu thuật tại Bệnh viện đa khoa Hà Đông năm 2023.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

*Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh ≥ 18 tuổi, được phẫu thuật tại khoa Khoa Ngoại Tiêu Hóa và Ngoại Thần Kinh, Lồng Ngực từ tháng 1 đến tháng 5 năm 2023, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh tình trạng nặng, nhiều bệnh phức tạp không thể tham gia phỏng vấn được, người bệnh mắc rối loạn lo âu và tâm thần, người bệnh từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích.

- Cơ mẫu: thuận tiện. Lấy toàn bộ 190 người bệnh có chỉ định phẫu thuật và đạt tiêu chuẩn lựa chọn.

* Phương pháp tiến hành

Điều tra viên gặp người bệnh sau khi đã được nghe bác sĩ giải thích trước mổ. Giải thích cho người bệnh về đề tài, nội dung nghiên cứu, cách thức tiến hành, lợi ích của nghiên cứu và động viên họ tham gia.

Khi người bệnh đồng ý tham gia, tiến hành phỏng vấn theo bộ câu hỏi đã chuẩn bị trong phiếu điều tra.

Dữ liệu được thu thập bằng cách sử dụng bộ câu hỏi gồm

Phần 1. Thông tin về đặc điểm nhân khẩu học và thông tin liên quan đến bệnh

Phần 2. Bảng câu hỏi mức độ lo âu của người bệnh (DASS 21) gồm 07 câu hỏi (câu 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20) [12].

Phần 3. Bảng câu hỏi về vấn đề người bệnh lo âu (Phụ lục 1)

Thang đo DASS 21 (Depression Anxiety Stress Scale 21) là bộ công cụ tự điền gồm 21 tiểu mục chia thành 3 phần, tương ứng với mỗi phần là 7 tiểu mục. Phần DASS

Stress gồm các tiểu mục 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, phần DASS Lo âu gồm các tiểu mục 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, phần DASS Trầm cảm gồm các tiểu mục 3, 5, 11, 13, 16, 17, 21.

Cách tính điểm như sau:

0 - Hoàn toàn không đúng với tôi

1 - Thành thạo đúng với tôi

2 - Đúng với tôi phần nhiều

3 - Hoàn toàn đúng với tôi

Khi sử dụng DASS 21 để đo lường, tổng điểm DASS của từng rối loạn được tính bằng cách lấy tổng điểm của 07 tiểu mục nhân đôi sẽ ra kết quả. Kết quả được đánh giá theo bảng dưới đây:

Bảng phân độ mức độ stress, lo âu, trầm cảm theo thang điểm DASS 21:

Mức độ	Lo âu
Bình thường	0 - 7
Nhẹ	8 - 9
Vừa	10 - 14
Nặng	15 - 19
Rất nặng	≥ 20

* Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

* Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được sự cho phép của ban lãnh đạo Bệnh viện. Người bệnh được giải thích về mục đích và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Danh sách và thông tin về người bệnh được giữ bí mật. Nghiên cứu chỉ với mục đích nhằm nâng cao chất lượng điều trị, chăm sóc cho người bệnh.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm của người bệnh tham gia vào nghiên cứu theo các yếu tố

	Biến số	Số lượng (%)
Giới tính	Nam	84 (44,2)
	Nữ	106 (55,8)
Nhóm Tuổi	< 50 tuổi	97 (51,1)
	≥ 50 tuổi	93 (48,9)
Khu vực sinh sống	Thành Thị	61(32,1)
	Nông thôn	129 (67,9)
Trình độ học vấn	Không đi học	10 (5,3)
	TH/THCS/THPT	95 (50,0)
	TC/Cao đẳng	45 (23,7)
	ĐH/SĐH	40 (21,1)
Nghề nghiệp	Ở nhà làm ruộng	50 (26,3)
	Lao động tự do	89 (46,8)
	Công chức, viên chức	31 (16,3)
	Nghỉ hưu	20 (10,5)
Thu nhập TB (triệu)/ tháng)	< 5	69 (36,3)
	5 - 10	108 (56,8)
	≥10	13 (6,8)
Tình trạng BHYT	Có	165 (86,8)
	Không	25 (13,2)
Tình trạng phụ thuộc kinh tế	Không phụ thuộc	122 (64,2)
	Phụ thuộc một phần	29 (15,3)
	Phụ thuộc hoàn toàn	39 (20,5)
Khoảng cách đến bệnh viện (km)	< 10	89 (46,8)
	≥ 10	101 (53,2)
Hoạt động tư vấn GDSK	Có và đầy đủ	127 (66,8)
	Có nhưng chưa đầy đủ	63 (33,2)

Nhận xét: Tỷ lệ nữ nhiều hơn nam. Nhóm tuổi tương đồng nhau. Phần lớn người bệnh ở nông thôn chiếm 67,9%. Trình độ học vấn nhiều nhất ở nhóm THCS/THPT chiếm 50%, đa phần là lao động tự do 46,8%. Thu nhập chủ yếu từ 5 -

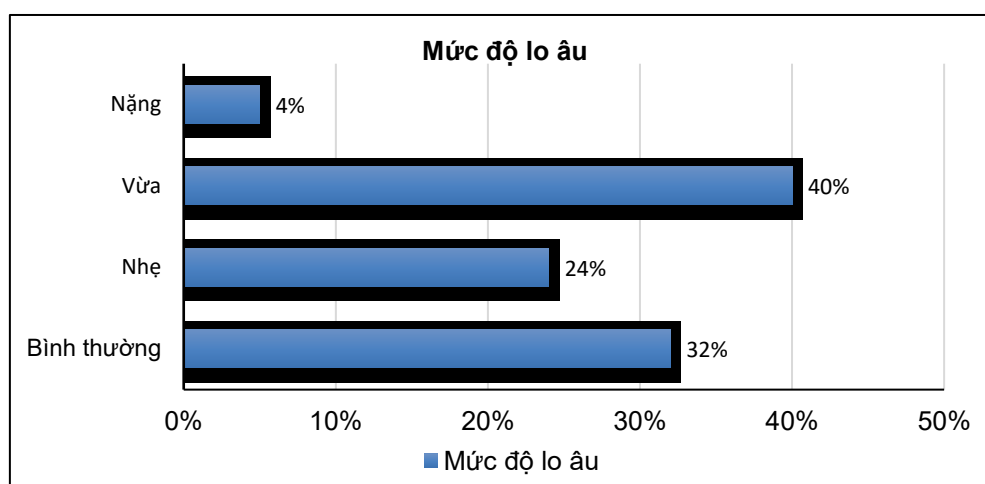
10 triệu chiếm 56,8%. Phần lớn người bệnh có bảo hiểm y tế (86,8%). Người bệnh chủ yếu không phụ thuộc kinh tế (64,2%). Khoảng cách đến bệnh viện ≥ 10 km chiếm 53,2%. Đa phần người bệnh được tư vấn giáo dục sức khỏe (66,8%).

Bảng 3.2. Đặc điểm về bệnh tật của đối tượng nghiên cứu

Biến số		Số lượng (%)
Tiền sử phẫu thuật	Chưa bao giờ	112 (58,9)
	≥ 1 lần	78 (41,1)
Bệnh kèm theo	Đái tháo đường	4 (2,1)
	Cao huyết áp	12 (6,3)
	Không có hoặc bệnh khác	174 (91,6)
Phương pháp phẫu thuật	Mổ mở	108 (56,8)
	Mổ nội soi	82 (43,2)
Hình thức phẫu thuật	Mổ phiên	110 (57,9)
	Mổ cấp cứu	80 (42,1)
Mức độ đau khi vào viện (VAS)	Không đau (0 điểm)	32 (16,8)
	Đau nhẹ (1 - 3)	57 (30,0)
	Đau TB (4 - 6)	77 (40,5)
	Đau dữ dội (7 - 10)	24 (12,6)

Nhận xét: Có 41,1% người bệnh đã từng phẫu thuật ít nhất 1 lần. Có 6,3% người bệnh có cao huyết áp; 2,1% người bệnh mắc đái tháo đường. Mổ mở chiếm 56,8%; tỷ lệ mổ phiên là 57,9%. Tình trạng đau của người bệnh khi vào viện chủ yếu đau trung bình chiếm 40,5%, có 16,8% người bệnh không có đau.

3.2. Tỷ lệ lo âu của NB trước phẫu thuật

**Biểu đồ 3.1. Phân loại mức độ lo âu**

Tỷ lệ người bệnh lo âu chiếm 68%, chủ yếu là mức độ vừa 40%

Bảng 3.3. So sánh tỷ lệ lo âu của người bệnh giữa 2 khoa

Biến số	Lo âu N (%)	Giá trị p
Khoa		
Ngoại Tiêu hóa (n = 95)	65 (68,4)	0,87
TKLN (n = 95)	64 (67,4)	

Mức độ lo âu của người bệnh trước phẫu thuật ở 2 khoa tương đồng nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,87$.

Bảng 3.4. Một số vấn đề lo âu của người bệnh trước khi phẫu thuật

Vấn đề lo âu của NB	Số lượng (%)
Đau sau phẫu thuật	162 (85,3)
Các tai biến trong phẫu thuật	101 (53,2)
Không đủ khả năng chi trả viện phí	74 (38,9)
Thời gian chờ đợi phẫu thuật lâu	62 (32,6)
Các biến chứng từ thuốc gây mê	87 (45,8)
Phẫu thuật có khả năng bị hoãn lại	50 (26,3)
Không có thu nhập vì nằm viện	84 (44,2)
Môi trường bệnh viện không thoải mái	61 (32,1)
Sợ lây nhiễm các bệnh khác	59 (31,1)
Không nhận được sự quan tâm	85 (44,7)

Nhận xét: Nguyên nhân dẫn đến lo lắng của người bệnh trước phẫu thuật chủ yếu là sợ đau sau phẫu thuật (85,3%), sợ các tai biến sau phẫu thuật (53,2%), các biến chứng của thuốc (45,8%).

Bảng 3.5. Một số yếu tố liên quan đến lo âu của người bệnh

Biến số	Lo âu N (%)	OR (KTC 95%)	Giá trị P
Giới tính			
Nam	47 (56,0)	1	0,02
Nữ	82 (77,4)	2,69 (1,44 - 5,03)	
Nhóm Tuổi			
< 50 tuổi	66 (68,0)	1,01 (0,56 - 1,9)	0,96
≥ 50 tuổi	63 (67,7)	1	
Khu vực sống			
Thành Thị	42 (68,9)	1	0,85
Nông thôn	87 (67,4)	1,07 (0,56 - 2,06)	

Biến số	Lo âu N (%)	OR (KTC 95%)	Giá trị P
Trình độ			
THPT xuống	65 (61,9)	1	0,049
Từ trung cấp trở lên	64 (75,3)	1,87 (1,0 - 3,5)	
Nghề nghiệp			
Lao động tự do, làm ruộng	93 (66,9)	1	0,63
Công chức và nghỉ hưu	36 (70,6)	1,2 (0,6 - 2,4)	
BHYT			
Có	111(67,3)	1	0,63
Không	18 (72,0)	1,25 (0,5 - 3,2)	
Thu nhập TB (triệu)/ tháng			
< 7triệu	73 (64,6)	1	0,24
≥ 7 triệu	56 (72,7)	1,4 (0,8 - 2,7)	
Tình trạng phụ thuộc kinh tế			
Không phụ thuộc	84 (68,9)	1,1 (0,6 - 2,1)	0,71
Có phụ thuộc	45 (66,2)	1	
Hoạt động tư vấn GDSK			
Có và đầy đủ	72 (56,7)	1	< 0,01
Có nhưng chưa đủ	57 (90,5)	7,25 (2,9 - 18,1)	
PP phẫu thuật			
Mổ mở	69 (63,9)	1,1 (0,4 - 1,3)	
Mổ nội soi	60 (73,2)	1	0,29
Hình thức phẫu thuật			
Mổ phiên	71 (64,5)	1	0,43
Mổ cấp cứu	58 (72,5)	1,3 (0,7 - 2,5)	
Tiền sử phẫu thuật			
Chưa bao giờ	73 (65,2)	1	0,34
≥ 1 lần	56 (71,8)	1,36 (0,72 - 2,5)	

Lo âu có liên quan với giới tính Nữ, với $p = 0,02$ (OR = 2,69, KTC 95%: 1,44 - 5,03). Liên quan với trình độ từ trung cấp trở lên $p = 0,049$ (OR = 1,87, KTC 95%: 1,0 - 3,5) và hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe $p < 0,01$ (OR = 7,25, KTC 95%: 2,9 - 18,1).

Không có mối liên quan giữa lo âu với nhóm tuổi, khu vực sống, nghề nghiệp, BHYT, tôn giáo, hình thức phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật và tiền sử phẫu thuật với $p > 0,05$.

4. BÀN LUẬN

Lo âu của người bệnh không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe mà còn ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật, chăm sóc và điều trị. Tỷ lệ NB lo âu trong nghiên cứu là 68% chủ yếu là mức độ nhẹ (23,7%), vừa (39,5%), nặng (4,7%). Tỷ lệ này thấp hơn một số tác giả khác như Nguyễn Thu Thu 79,3% [5], tác giả Thái Hoàng Đế (83,4%) [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn Phạm Minh Quang (22,8%) [3], kết quả cao hơn có thể lý giải là do 100% NB tại Bệnh viện Đại học y Hà Nội trong nghiên cứu của Phạm Minh Quang là mổ phìên nên có sự chuẩn bị và giải thích chu đáo hơn.

Vấn đề lo lắng lớn nhất đối với hầu hết người bệnh trước khi mổ các tai biến trong phẫu thuật (53,2%), thấp hơn tác giả Nguyễn Thị Thu Thu (69,4%) [5], tác giả Phạm Minh Quang (72%) [3], biến chứng từ thuốc gây mê (45,8%), vì vậy, nếu điều trị bằng thuốc hoặc phẫu thuật thôi thì chưa đủ, mà cần phải hỗ trợ tâm lý, hoạt động giao tiếp giữa thầy thuốc và bệnh nhân góp phần quan trọng cho sự thành công của điều trị.

Sợ đau sau phẫu thuật theo nghiên cứu của chúng tôi chiếm 85,3%, tỷ lệ này cao hơn so với Nguyễn Thu Thu (79,3%) [5], Thái Hoàng Đế (64,1%) [2], điều này có thể lý giải tỷ lệ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các tác giả khác.

Người bệnh có thu nhập cao ≥ 7 triệu có tỷ lệ lo âu cao hơn người bệnh có thu nhập thấp < 7 triệu, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, điều này có thể lý giải những người thu nhập cao thường có công việc với thu nhập ổn định, do vậy khi nhập viện sẽ khiến lo sợ công việc, thu nhập bị ảnh hưởng.

Người bệnh mổ cấp cứu có tỷ lệ lo âu (72,5%) cao hơn người bệnh mổ phìên (64,5%), điều này có thể lý giải khi người bệnh mổ phìên sẽ có sự chuẩn bị, hướng dẫn chu đáo về mặt tinh thần, thể chất và điều kiện kinh tế.

Với các chỉ số có được qua khảo sát, chúng tôi nhận thấy khi NB chuẩn bị phẫu thuật không được tiếp xúc với gia đình họ, không có người thân bên cạnh thì việc quan tâm, động viên, giải thích của điều dưỡng nói riêng và NVYT nói chung để chia sẻ, hướng dẫn giúp họ vượt qua được các lo lắng, sợ hãi trước mỗi cuộc phẫu thuật là hết sức cần thiết và quan trọng

Khi phân tích tìm mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học với lo âu, chúng tôi thấy nữ giới lo âu nhiều hơn nam giới, do đặc điểm tâm lý của nữ giới có xu hướng dễ dàng bộc lộ các cảm xúc và suy nghĩ của bản thân hơn do vậy đứng trước cuộc mổ, người bệnh là nữ giới sẽ có nguy cơ mắc lo âu cao hơn nam giới. Giới nữ từ lâu đã mang trong mình tâm lý dễ giao động nhất là khi phải đứng trước những tình huống khó khăn và điều này cũng không có sự khác biệt khi sắp phải trải qua một cuộc mổ ảnh hưởng đến đi lại của họ sau đó. Kết quả này có sự tương đồng với nhiều nghiên cứu của các tác giả trong nước và trên thế giới như Nguyễn Thị Thu Thu - 2020 [5], Phạm Quang Minh - 2020 [3].

Chúng tôi cũng tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trình độ người bệnh với sự lo âu ($p < 0,05$), nhóm có trình độ từ Trung cấp/cao đẳng trở lên lo âu cao hơn nhóm trình độ từ phổ thông trung học trở xuống. Để lý giải cho kết quả này những người học vấn cao, thường có điều kiện làm các công việc thiên về trí óc, nên

họ cũng có xu hướng dễ gặp phải các vấn đề liên quan đến tâm lý, tinh thần hơn so với những người có trình độ học vấn thấp. Nghiên cứu này cũng tìm thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về lo âu giữa nhóm được tư vấn GDSK và nhóm có được tư vấn nhưng chưa đầy đủ ($p < 0,05$). Điều này có thể đc giải thích những người được tư vấn có kiến thức sẽ hiểu biết và an tâm hơn.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ lo âu của người bệnh trước phẫu thuật là 68%, trong đó mức độ lo âu vừa chiếm 39,5%. Người bệnh trước phẫu thuật chủ yếu sợ đau (85,3%); sợ tai biến sau phẫu thuật (53,2%).

Một số yếu tố liên quan đến tình trạng lo âu của người bệnh trước phẫu thuật gồm: Giới tính, trình độ học vấn và hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Hồng Chi (2018)**. Mức độ lo lắng của NB trước phẫu thuật nội soi mũi xoang tại bệnh viện Tai mũi họng thành phố Hồ Chí Minh năm 2018. *Tạp chí điều dưỡng số 29/2019*, trang 43-48.
2. **Thái Hoàng Đế và cộng sự (2011)**. Đánh giá tâm lý người bệnh trước và sau phẫu thuật tại khoa ngoại Bệnh viện đa khoa huyện An Phú. *Kỷ yếu Hội nghị khoa học bệnh viện An Giang Số 10/2011*, trang 187- 193.
3. **Phạm Quan Minh và cộng sự (2020)**. Khảo sát tình trạng lo âu, Stress trước phẫu thuật ở bệnh nhân mổ phiến tại khoa Chấn thương chỉnh hình và y học Thể Thao bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí nghiên cứu y học số 10 năm 2020 trang 85-91*.
4. **Huỳnh Lê Phương (2013)**. Khảo sát mức độ lo âu trước mổ bệnh nhân khoa ngoại thần kinh. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*. 2013; 17 (2):84-89.
5. **Nguyễn Thị Thu Thư và cộng sự (2020)**. Khảo sát mức độ lo âu và một số yếu tố liên quan của người bệnh trước phẫu thuật dạ dày tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2020. *Tài liệu hội nghị khoa học Điều dưỡng Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức lần thứ XII năm 2022*.
6. **Võ Thị Yên Nhi (2017)**. “Các yếu tố liên quan đến sự lo âu của người bệnh trước phẫu thuật tiêu hóa”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 21 (1), trang 48-56.
7. **Nguyễn Tấn Việt và cộng sự (2018)**. Nghiên cứu các yếu tố liên quan đến sự lo âu của người bệnh trước phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh số 5/2018*, trang 158 -164
8. **World Health Organization (2003)**, *Investing in mental health*, World Health Organization.
9. **Pedras, S., Carvalho, R., & Pereira, MG (2018)**. Một mô hình dự đoán về các triệu chứng lo lắng và trầm cảm sau khi cắt cụt chi dưới. *Tạp chí Người khuyết tật và Sức khỏe*, 11 (1), 79-85.
10. **Wang, CW, Lin, YH, Lee, LL, Kan, YY, & Lu, CM (2014)**. Ảnh hưởng của giáo dục điều dưỡng đa phương tiện đối với sự lo lắng trước khi phẫu thuật ở bệnh nhân phẫu thuật nội soi phụ khoa. *Tạp chí Nghiên cứu Điều dưỡng & Chăm sóc sức khỏe*, 10 (3).
11. **Costa, VADSF, Silva, SCFD, & Lima, VCPD (2010)**. Nỗi lo của bệnh nhân trước mổ: Liên minh giữa điều dưỡng và bác sĩ tâm lý. *Revista da SBPH*, 13 (2), 282-298.
12. <http://nimh.gov.vn/thang-danh-gia-lo-au-tram-cam-stress-dass-21>

PHỤ LỤC 1. BỘ CÔNG CỤ NGHIÊN CỨU

Ngày phỏng vấn tháng năm 2023

Khoa:

Mã nghiên cứu:

Họ và tên NB:

A. Thông tin chung của NB

TT	Câu hỏi	Trả lời
A1	Giới tính	1. Nam 2. Nữ
A2	Tuổi	
A3	Khu vực sống	1. Thành Thị 2. Nông thôn
A4	Trình độ học vấn	1. Không đi học 2. TH/THCS/THPT 3. Trung cấp/Cao đẳng 4. ĐH/SĐH
A5	Nghề nghiệp	1. Ở nhà làm ruộng 2. Lao động tự do 3. Công chức, viên chức 4. Nghỉ hưu
A6	Bảo hiểm y tế	1. Có 2. Không
A7	Thu nhập TB (triệu)/ tháng	
A8	Tình trạng hôn nhân	1. Độc thân 2. Đã kết hôn 3. Ly hôn
A9	Tôn giáo	1. Phật giáo 2. Công giáo 3. Khác
A10	Tình trạng phụ thuộc kinh tế	1. Không phụ thuộc 2. Phụ thuộc 1 phần 3. Phụ thuộc hoàn toàn
A11	Người chăm sóc	1. Có 2. Thuê hoặc nhờ người CS
A12	Khoảng cách đến bệnh viện (km)	

B. Đặc điểm về bệnh tật của người bệnh

TT	Câu hỏi	Trả lời
B1	Tiền sử phẫu thuật	1. Chưa bao giờ 2. ≥ 1 lần
B2	Bệnh kèm theo	1. Đái tháo đường 2. CHA 3. Bệnh khác
B3	Cơ quan phẫu thuật	1. Sọ não 2. Phổi 3. Bướu giáp 4. Khác
B4	Phương pháp phẫu thuật dự kiến	1. Mở mở 2. Mở nội soi
B5	Hình thức phẫu thuật	1. Mở phiên 2. Mở cấp cứu
B6	Mức độ đau trước phẫu thuật (VAS) điểm	Điểm thực tế
B7	Hoạt động tư vấn GDSK	1. Có và đầy đủ
		2. Có nhưng sơ qua
		3. Không được tư vấn

C. Vấn đề lo âu của người bệnh khi phẫu thuật

Câu hỏi	Trả lời	Có	Không
Khi phẫu thuật Ông (bà) lo lắng vấn đề gì (câu hỏi nhiều lựa chọn)	C1. Đau sau phẫu thuật		
	C2. Các tai biến trong phẫu thuật		
	C3. Không đủ khả năng chi trả viện phí		
	C4. Thời gian chờ đợi phẫu thuật lâu		
	C5. Các biến chứng từ thuốc gây mê		
	C6. Phẫu thuật có khả năng bị hoãn lại		
	C7. Không có thu nhập vì nằm viện		
	C8. Môi trường bệnh viện không thoải mái		
	C9. Mùi và tiếng ồn bệnh viện		
	C10. Không nhận được sự quan tâm từ người thân và NVYT		
	C10. Lo lắng về vấn đề khác		

D. Thang đo DASS 21 đánh giá lo âu, trầm cảm và Stress

TT	Câu hỏi	Trả lời			
		0. Hoàn toàn không đúng với tôi	1. Thỉnh thoảng đúng với tôi	2. Phần nhiều thời gian đúng với tôi	3. Hoàn toàn đúng với tôi
D1	Ông (bà) có hay bị khô miệng không				
D2	Ông (bà) có thấy dường như không có chút suy nghĩ tích cực nào				
D3	Ông (bà) có bị rối loạn nhịp thở, thở gấp dù không làm gì quá sức				
D4	Ông (bà) có thường phản ứng thái quá với mọi tình huống không				
D5	Ông (bà) có bị <u>luôn trong trạng thái bị run tay, chân</u>				
D6	Ông (bà) có bị khó tìm được cảm giác thoải mái				
D7	Ông (bà) có cảm thấy không thể mong đợi gì ở bản thân không				
D8	Ông (bà) luôn luôn suy nghĩ quá nhiều				
D9	Ông (bà) cảm thấy mình không có giá trị				
D10	Ông (bà) rất dễ cảm thấy tự ái, bị phật ý				
D11	Ông (bà) hay sợ hãi không lý do				
D12	Ông (bà) khó mà thư giãn được				
D13	Ông (bà) hay cảm thấy tim đập nhanh, loạn nhịp dù không hoạt động gắng sức				
D14	Ông (bà) dễ cảm thấy chán nản, thất vọng về mọi việc				
D15	Ông (bà) thấy mình hay trong trạng thái hoảng loạn				
D16	Ông (bà) không cảm thấy hào hứng với mọi việc				
D17	Ông (bà) khó có thể chấp nhận việc mình đang làm bị gián đoạn				
D18	Ông (bà) thấy cuộc sống của bản thân trôi qua vô nghĩa				
D19	Ông (bà) rất dễ bị kích động				
D20	Ông (bà) luôn lo lắng về những tình huống có thể làm tôi hoảng sợ				
D21	Ông (bà) thấy khó có thể bắt đầu làm việc				

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG CẤP CỨU HỒI SINH TIM PHỔI CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN BỎNG QUỐC GIA LÊ HỮU TRÁC

Đào Thị Thanh Tuyền, Hoàng Thị Uyên,
Nguyễn Văn Đại, Hoàng Trung Hiếu, Ngô Tuấn Hưng
Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đánh giá thực trạng cấp cứu hồi sinh tim phổi của điều dưỡng tại Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang. Khảo sát lý thuyết hồi sinh tim phổi trên 120 điều dưỡng công tác tại bệnh viện và đánh giá kỹ năng thực hành trong 41 lần phát hiện và xử lý bệnh nhân ngưng tuần hoàn của điều dưỡng viên từ ngày 01/07/2022 đến 31/03/2023 tại Khoa Hồi sức Cấp cứu và Trung tâm Liền vết thương. Đánh giá thông qua bảng kiểm theo quy trình của Bộ Y tế.

Kết quả: Trong 120 điều dưỡng được khảo sát lý thuyết, có 20 điều dưỡng không đạt (chiếm 16,67%); 100 điều dưỡng đạt, chiếm 83,33%, trong đó giỏi và xuất sắc chiếm tỷ lệ cao nhất (35%). Các đối tượng không đạt có tuổi, thời gian làm việc trong ngành y và thời gian làm việc tại bệnh viện cao hơn đáng kể so với các đối tượng đạt ($p < 0,001$). Ngược lại, các đối tượng đạt chủ yếu làm việc ở Khoa Hồi sức cấp cứu (HSCC) và có thời gian làm ở khoa Hồi sức nhiều năm hơn, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Tất cả 41 lần thực hiện hồi sức tim phổi, điều dưỡng thực hiện cấp cứu đều đạt, trong đó 33 điều dưỡng được đánh giá thuần thực (chiếm 80,49%), có 8 điều dưỡng ở mức đạt (19,51%); mức độ “thuần thực” liên quan đến đơn vị công tác.

Kết luận: Tất cả các điều dưỡng đều có chuyên môn thực hành hồi sức tim phổi; trong đó, đạt mức “thuần thực” chiếm chủ yếu. Các yếu tố liên quan đến kết quả khảo sát lý thuyết hồi sinh tim phổi gồm tuổi, đơn vị công tác và thời gian công tác.

Kiến nghị: Xây dựng chương trình đào tạo cập nhật kiến thức - kỹ năng hồi sức tim phổi cho điều dưỡng tại các khoa lâm sàng hàng năm, tập trung vào đối tượng đã chuyển khoa Hồi sức nhiều năm hoặc chưa từng làm việc tại khoa Hồi sức.

Từ khoá: Hồi sinh tim phổi, điều dưỡng

Chịu trách nhiệm: Ngô Tuấn Hưng, Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác

Email: tuanhungvb@gmail.com

Ngày nhận bài: 21/4/2023; Ngày phản biện: 08/5/2023; Ngày duyệt bài: 20/7/2023

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.3.2023.236>

ABSTRACT

Aims: *The objective of the study was to assess the current status of cardiopulmonary resuscitation of nurses at Le Huu Trac National Burn Hospital. Descriptive, cross-sectional study.*

Subjects and methods: *Survey on the theory of cardiopulmonary resuscitation on 120 nurses working at the hospital and evaluate practical skills 41 times of detecting and handling patients with the circulatory arrest of nurses from 1/7/2022 - 31/03/2023 at the intensive care unit and Wound Healing Center. Only take cardiopulmonary resuscitation during office hours, enough emergency crews, the observer standing beside and do not participate in the emergency. Evaluation through checklists according to the procedures of the Ministry of Health.*

Results: *Out of 120 nurses who were theoretically surveyed, 20 nurses failed (accounting for 16.67%); 100 nurses passed, accounting for 83.33%, of which excellent accounts for the highest percentage (35%). The age, length of time working time in the medical profession, and working time at the hospital were significantly higher for the nurses who did not pass than the subjects who passed ($p < 0.001$). In contrast, the pass the exam subjects mainly worked in the ICU and spent significantly more time in the ICU than those who did not pass the exam ($p < 0.05$).*

All 41 times of performing cardiopulmonary resuscitation nursing were successful, of which 33 nurses were assessed as mastered (accounting for 80.49%), and 8 nurses at the level of achieving (19.51%.); level of "mastery" related to the work unit.

Conclusions: *All nurses have expertise in cardiopulmonary resuscitation practice; in which, the level of "mastery" occupies the majority. The factors related to the results of the survey on the theory of cardiopulmonary resuscitation include age, work unit, and working time.*

Request: *We recommend building a training program to update the knowledge and skills of cardiopulmonary resuscitation for nurses in clinical departments every year, focusing on those who have been transferred to the ICU for many years or have never worked at the ICU.*

Keywords: *Cardiopulmonary resuscitation, nurses*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngừng tuần hoàn (NTH) là hiện tượng tim mất chức năng, không co bóp và ngay sau đó dẫn đến các rối loạn hô hấp và ý thức [1]. Ngừng tuần hoàn có thể xảy ra ở bất kỳ đâu, kể cả trong viện và ngoài bệnh viện với tiên lượng rất nặng nề, nguy cơ tử vong cao nếu không xử trí kịp thời.

Hồi sinh tim phổi cần được bắt đầu ngay lập tức sau khi phát hiện bệnh nhân

ngừng tuần hoàn với mục đích là trong điều kiện nhanh nhất có thể cần cung cấp được máu cùng với oxy đến cho tế bào não, nhất là trong vòng 5 phút đầu kể từ lúc ngừng tim. Do vậy, khả năng cứu sống được bệnh nhân ngừng tim phụ thuộc chủ yếu vào khả năng và kỹ năng cấp cứu của kíp cấp cứu tại chỗ [2].

Bộ Y tế đã xây dựng và hoàn thiện quy trình cấp cứu ngừng tuần hoàn [3]. Tuy

nhiên, trong thực tiễn tại các bệnh viện, việc tuân thủ đúng quy trình kỹ thuật còn có những hạn chế nhất định. Dẫn đến, giảm hoặc không đạt hiệu quả trong cấp cứu và điều trị.

Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác đã thực hiện các đợt tập huấn và đưa kỹ thuật cấp cứu ngừng tim phổi vào thi đánh giá chất lượng điều dưỡng hàng năm. Hàng năm, bệnh viện đã triển khai tập huấn phát hiện và xử lý cấp cứu bệnh nhân ngừng tuần hoàn. Tuy nhiên chưa có một đánh giá nào để kiểm tra việc thực hiện quy trình cấp cứu ngừng tuần hoàn đang ở mức độ nào.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu "*Đánh giá thực trạng cấp cứu hồi sinh tim phổi của điều dưỡng tại Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác*" nhằm mục tiêu đánh giá thực trạng kiến thức và kỹ năng cấp cứu hồi sinh tim phổi của điều dưỡng tại Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác. Qua đó, đề xuất các giải pháp nâng cao chất lượng cấp cứu ngừng tuần hoàn của điều dưỡng, giảm tỷ lệ tử vong, nâng cao khả năng cứu sống bệnh nhân nặng và rất nặng tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- 120 điều dưỡng đang công tác tại Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác được khảo sát kiến thức về hồi sinh tim phổi từ đó phát hiện và xử lý cấp cứu bệnh nhân ngừng tuần hoàn.

Sử dụng bộ câu hỏi trắc nghiệm đã được Hội đồng khoa học Bệnh viện thông qua dựa trên quy trình cấp cứu ngừng tuần hoàn của Bộ Y tế. Bộ câu hỏi gồm 21 câu hỏi trắc nghiệm và điền từ (Phụ lục 1). Trả

lời đúng mỗi câu hoặc điền đúng 1 chỗ trống được 0,4 điểm; tổng điểm 10 điểm: Đạt: từ 5 điểm trở lên, Khá: từ 7 điểm đến dưới 8 điểm, Giỏi và xuất sắc: từ 8 điểm trở lên. Khảo sát bài lý thuyết trong 15 phút tại phòng giao ban của các khoa dưới sự giám sát của điều dưỡng trưởng và nghiên cứu viên.

- Đánh giá kỹ năng thực hành trong 41 lần phát hiện và xử lý bệnh nhân ngừng tuần hoàn của điều dưỡng viên Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác từ ngày 01/07/2022 đến 31/03/2023 tại Khoa Hồi sức cấp cứu và Trung tâm Liên vết thương. Chỉ lấy các lần hồi sức tim phổi trong giờ hành chính, có đủ ê kíp cấp cứu, người thực hiện quan sát đứng bên cạnh, không tham gia vào cấp cứu. Đánh giá thông qua bảng kiểm theo quy trình của Bộ Y tế [3] (Phụ lục 1).

Tổng toàn bộ điểm là 40 điểm, từ 20 điểm trở lên là đạt, thuần thực từ 30 điểm trở lên. Nếu bệnh nhân đang duy trì thở máy không tính điểm bước 4 (Hô hấp nhân tạo - bóp bóng) và bước 5 (Phối hợp ép tim và bóp bóng: Chu kỳ 30 lần ép tim/2 lần bóp) - tổng điểm 22, từ 11 điểm trở lên là đạt, thuần thực từ 16 điểm trở lên.

Nếu bệnh nhân không thở máy, chúng tôi xác định ê kíp hồi sinh tim phổi gồm hai người (người phụ thực hiện bước 4 và 5, người chính thực hiện tất cả các bước còn lại).

- Thu thập các số liệu về tuổi, giới, khoa công tác hiện tại, trình độ chuyên môn, số năm công tác trong ngành y, số năm công tác tại Bệnh viện, số năm công tác khoa Hồi sức cấp cứu (người thực hiện chính trong ê kíp); kết quả khảo sát lý thuyết "đạt" và "không đạt", kết quả khảo

sát thực hành “đạt” và “không đạt”, hoặc “thuần thực” và “đạt”. Các số liệu được phân tích so sánh giữa các nhóm.

- Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm Stata 14.0, giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đánh giá lý thuyết hồi sức tim phổi

Bảng 3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Thông số	Phân nhóm	Giá trị (n = 120)
Tuổi, năm, $\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)		39,3 \pm 0,6 (25 - 54)
Giới, n (%)	Nam	34 (28,33)
	Nữ	86 (71,67)
Trình độ chuyên môn, n (%)	Trung cấp	38 (31,67)
	Cao đẳng	58 (48,33)
	Đại học	24 (20)
	Sau đại học	0 (0)
Khoa công tác, n (%)	Hồi sức Cấp cứu	34 (28,33)
	Khoa khác	86 (71,67)
Thời gian làm việc trong ngành y năm, $\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)		14,9 \pm 0,6 (2 - 34)
Thời gian làm tại Bệnh viện Bồng năm, $\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)		14,0 \pm 0,5 (2 - 32)
Thời gian làm việc tại khoa HSCC năm, $\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)		3,95 \pm 0,5 (0 - 21)
Điểm khảo sát Điểm, $\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)		7,1 \pm 0,1 (1,6 - 10)

Tuổi trung bình đối tượng nghiên cứu là 39,3 tuổi, chủ yếu là nữ giới (chiếm 71,67%). Trình độ cao đẳng chiếm nhiều nhất (48,33%). Thời gian công tác trung bình tại bệnh viện là 14 năm. Điểm khảo sát lý thuyết trung bình 7,1 điểm.

Bảng 3.2. Kết quả khảo sát lý thuyết hồi sinh tim phổi

Kết quả		Số lượng (n = 120)	%
Không đạt		20	16,67
Đạt	Đạt	19	15,83
	Khá	39	32,5
	Giỏi và xuất sắc	42	35

Trong 120 điều dưỡng được khảo sát lý thuyết, có 20 điều dưỡng không đạt (chiếm 16,67%); 100 người đạt, chiếm 83,33%, trong đó giỏi và xuất sắc chiếm tỷ lệ cao nhất (35%).

Bảng 3.3. Liên quan giữa đặc điểm đối tượng nghiên cứu và kết quả kiểm tra lý thuyết

Thông số	Phân nhóm	Kết quả kiểm tra lý thuyết		p
		Không đạt (n = 20)	Đạt (n = 100)	
Tuổi, năm, $\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)		44,9 \pm 1,5	38,2 \pm 0,6	0,0000
Giới tính, n (%)	Nam (n = 34)	9 (26,47)	25 (73,53)	0,07
	Nữ (n = 25)	11 (12,79)	75 (87,21)	
Trình độ chuyên môn, n (%)	Trung cấp (n = 38)	6 (15,79)	32 (84,21)	0,39
	Cao đẳng (n = 58)	12 (20,69)	46 (79,31)	
	Đại học (n = 24)	2 (8,33)	22 (91,67)	
Khoa công tác, n (%)	Hồi sức (n = 34)	1 (2,94)	33 (97,06)	0,01
	Khoa khác (n = 86)	19 (22,09)	67 (77,91)	
Thời gian làm việc trong ngành y, năm, $\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)		20,2 \pm 1,4	13,9 \pm 0,7	0,0001
Thời gian làm bệnh trong bệnh viện, năm, $\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)		18,8 \pm 1,1	13,1 \pm 0,6	0,0000
Thời gian làm tại khoa Hồi sức cấp cứu, năm, $\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)		1,5 \pm 1,0	4,4 \pm 0,6	0,02

Các điều dưỡng không “đạt” có tuổi, thời gian làm việc trong ngành y và thời gian làm việc tại bệnh viện cao hơn đáng kể so với các đối tượng đạt ($p < 0,001$). Ngược lại, các điều dưỡng “đạt” chủ yếu

làm ở Khoa Hồi sức cấp cứu và có thời gian làm ở khoa Hồi sức cấp cứu nhiều hơn, có ý nghĩa so với các đối tượng không đạt ($p < 0,05$).

Bảng 3.4. Phân tích đa biến cho “Đạt” trong kiểm tra lý thuyết

Thông số	Coef.	P> z	95% CI
Tuổi	-0,09	0,23	-0,25 - 0,07
Khoa công tác	-0,52	0,71	-3,19 - 2,16
Thời gian công tác trong ngành y	0,04	0,69	-0,14 - 0,21
Thời gian làm tại bệnh viện	-0,11	0,23	-0,29 - 0,07
Thời gian làm tại khoa Hồi sức cấp cứu	0,08	0,29	-0,06 - 0,22
_cons	7,24	0,02	1,01 - 13,47

Phân tích đa biến cho thấy không có yếu tố nào liên quan độc lập tới “Đạt” trong

kiểm tra lý thuyết về hồi sức tim phổi cho điều dưỡng.

3.2. Đánh giá thực hành hồi sức tim phổi trên bệnh nhân

Từ ngày 01/07/2022 đến 31/03/2023 có 41 lần thực hiện hồi sinh tim phổi. Trong đó có 36 lần tại Khoa Hồi sức Cấp cứu và 5 lần tại Trung tâm Liên vết thương. Tất cả các bệnh nhân tại khoa hồi sức cấp cứu đều đang duy trì thở máy, do vậy chúng tôi không đánh giá bước 4 (Hô hấp nhân tạo - bóp bóng) và bước 5 (Phối hợp ép tim và bóp bóng: chu kỳ 30 lần ép tim/2 lần bóp).

05 lần hồi sức tim phổi tại khoa liên vết thương đánh giá đầy đủ 8 bước.

Chúng tôi chỉ lấy các lần hồi sức tim phổi trong giờ hành chính, cỡ đủ ê kíp cấp cứu, người thực hiện quan sát đứng bên cạnh, không tham gia vào cấp cứu.

Tất cả 41 lần thực hiện hồi sức tim phổi, điều dưỡng thực hiện cấp cứu đều đạt, trong đó 33 điều dưỡng được đánh giá thuần thực (chiếm 80,49%), có 8 điều dưỡng ở mức đạt (19,51%).

Bảng 3.5. Liên quan giữa đặc điểm đối tượng nghiên cứu và kết quả thực hành

Thông số	Phân nhóm	Kết quả kiểm tra thực hành		P
		Đạt (n = 8)	Thuần thực (n = 33)	
Tuổi, năm, $\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)		33,5 \pm 0,6	34,2 \pm 0,6	0,29
Giới tính, n (%)	Nam (n = 8)	1 (12,5)	7 (87,5)	0,58
	Nữ (n = 33)	7 (21,21)	26 (78,79)	
Trình độ chuyên môn, n (%)	Trung cấp (n = 38)	0	0	0,77
	Cao đẳng (n = 37)	7 (18,92)	30 (81,08)	
	Đại học (n = 4)	1 (25)	3 (75)	
Khoa công tác, n (%)	Hồi sức (n = 36)	5 (13,89)	31 (86,11)	0,015*
	Khoa khác (n = 5)	3 (60)	2 (40)	
Thời gian làm việc trong ngành y, năm, $\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)		13,3 \pm 0,7	12,5 \pm 0,3	0,15
Thời gian làm bệnh trong bệnh viện, năm, $\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)		13,3 \pm 0,7	12,5 \pm 0,3	0,15
Thời gian làm tại khoa Hồi sức cấp cứu, năm, $\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)		13,3 \pm 0,7	12,3 \pm 0,3	0,15
* OR = 9,3				

Không có sự khác biệt về kết quả kiểm tra thực hành giữa đạt mức “thuần thực” và “đạt” ở tuổi, giới tính, trình độ chuyên môn, thời gian làm việc trong ngành y, tại bệnh viện và tại Khoa Hồi sức cấp cứu. Tuy

nhiên, các điều dưỡng hiện tại đang công tác tại Khoa Hồi sức cấp cứu đạt mức “thuần thực” nhiều hơn các khoa khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,015$ (OR = 9,3).

Bảng 3.6. Mức độ “thuần thực” tại các bước theo quy trình

Các bước	Mức độ thuần thực	
	Có	Không
Bước 1	36 (87,8)	5 (12,2)
Bước 2	33 (80,49)	8 (19,51)
Bước 3	23 (56,1)	18 (43,9)
Bước 4*	4 (80)	1 (20)
Bước 5*	4 (80)	1 (20)
Bước 6	32 (78,05)	9 (21,95)
Bước 7	27 (65,85)	14 (34,15)
Bước 8	30 (73,17)	11 (26,83)

* n = 5, tính các bệnh nhân không thở máy

Mức độ không “thuần thực” ở bước 3 là nhiều nhất (ép tim ngoài lồng ngực), chiếm 43,9%; tiếp đến là bước 7 (cấp cứu đủ thời gian), chiếm 34,15%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Để nâng cao được chất lượng chăm sóc và theo dõi bệnh nhân, người điều dưỡng phải có kiến thức, kỹ năng và thái độ, đặc biệt là kỹ năng để hoàn thành các công việc phối hợp với bác sĩ hàng ngày. Chăm sóc và theo dõi bệnh nhân là công việc vất vả, các điều dưỡng phải thay nhau, tiếp xúc với bệnh nhân 24/24 giờ và chứng kiến sự đau đớn, lo lắng, bực bội, la hét, tức giận và mặc cảm về bệnh tật của họ. Do vậy người điều dưỡng cần phải có sức khỏe, có kiến thức và kỹ năng tốt, biết chia sẻ và đồng cảm với bệnh, đồng thời cần sự khéo léo, cẩn thận và kiên nhẫn. Do vậy cần tuổi trẻ, có kinh nghiệm và thường là nữ giới [4].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng thấy điều đó, độ tuổi trung bình là 39,3 tuổi, chủ yếu là nữ giới (71,67%). Tương đồng với các nghiên cứu khác [4], [5]. Tỷ lệ điều dưỡng có trình độ cao đẳng và đại học một tỷ lệ lớn (cao đẳng: 48,33% và đại học:

20%); bên cạnh đó, thời gian công tác trung bình tại bệnh viện cũng khá dài (14 năm). Đây là những lợi thế trong công tác vì các điều dưỡng có kiến thức, đã có kinh nghiệm tương đối tốt, cùng với sự ổn định của gia đình.

4.2. Kết quả đánh giá năng lực hồi sinh tim phổi

Năm vững kiến thức về hồi sinh tim phổi là cơ sở cho thực hành và xử lý tình huống. Một đánh giá về nhận thức hồi sinh tim phổi tại Botswana năm 2014 cho thấy, nhận thức xử lý hồi sức tim phổi tỷ lệ thuận với trình độ chuyên môn của nhân viên y tế [6].

Một đánh giá khác về kiến thức hồi sinh tim phổi trên 231 điều dưỡng làm việc tại bệnh viện tại Iran cho kết quả: 20,2% xuất sắc, 65,4% khá, 14% trung bình và 3% yếu; không có mối liên quan giữa mức độ nhận thức với tuổi tác, kinh nghiệm làm việc, trình độ chuyên môn; tuy nhiên, các điều dưỡng đã được đào tạo về hồi sức tim phổi, làm việc ở các khoa hồi sức hoặc đã thực hiện và quan sát hồi sức tim phổi có điểm nhận thức cao hơn có ý nghĩa ($p < 0,001$) [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 120 điều dưỡng được khảo sát lý thuyết, có 20

điều dưỡng “không đạt” (chiếm 16,67%); 100 điều dưỡng “đạt”, chiếm 83,33%, trong đó giỏi và xuất sắc chiếm tỷ lệ cao nhất (35%).

Khi phân tích mối liên quan giữa kết quả khảo sát lý thuyết “đạt” và “không đạt” thấy số lượng điều dưỡng làm việc tại khoa Hồi sức cấp cứu và có thời gian làm ở khoa Hồi sức cấp cứu “đạt” ở bài khảo sát lý thuyết nhiều hơn, có ý nghĩa so với các điều dưỡng “không đạt”; điều này hoàn toàn hợp lý vì các điều dưỡng đang làm tại khoa Hồi sức hoặc có thời gian làm việc tại khoa lâu sẽ có kinh nghiệm hơn và xử lý tốt nhiều trường hợp bệnh nhân ngừng tuần hoàn. Tuy nhiên, kết quả có một điểm đáng chú ý, cùng với tuổi cao, thời gian làm việc trong ngành y và thời gian làm việc tại bệnh viện cao hơn đáng kể ở các điều dưỡng “không đạt” so với các điều dưỡng “đạt” ở bài khảo sát lý thuyết. Nguyên nhân có thể do cơ chế phân bố điều dưỡng hiện tại ở bệnh viện, các điều dưỡng trẻ, mới về viện sẽ về khoa Hồi sức cấp cứu công tác, sau 10 - 15 năm công tác tại khoa Hồi sức Cấp cứu sẽ chuyển đi các khoa khác.

Điều này cũng nói lên vai trò quan trọng của chương trình đào tạo liên tục về hồi sức tim phổi hàng năm, đặc biệt đào tạo cho các điều dưỡng không công tác tại khoa Hồi sức cấp cứu. Đây là cơ sở để bệnh viện xây dựng chương trình đào tạo phù hợp với từng đơn vị công tác, trình độ chuyên môn của điều dưỡng nhằm nâng cao hiệu quả đào tạo và thực hành lâm sàng.

Song song với đánh giá kiến thức hồi sức tim phổi, chúng tôi đánh giá thực hành hồi sức tim phổi của điều dưỡng khi thực hiện trên bệnh nhân. Các báo cáo trên thế giới và trong nước đã cập nhật về năng lực thực hành, cũng như các yếu tố liên quan đến hồi sức tim phổi của điều dưỡng.

Năm 2014, tại Botswana, Rajeswaran L. và Ehlers V.J. đánh giá năng lực thực hành hồi sức tim phổi trên 102 điều dưỡng kết luận điều dưỡng làm trong khu vực khối Hồi sức cấp cứu và nhóm điều dưỡng tham gia cập nhật kiến thức thông qua chương trình đào tạo liên tục về hồi sức tim phổi của bệnh viện có năng lực thực hành hồi sinh tim phổi cao hơn đáng kể so với điều dưỡng làm ở các khu vực khác ($p = 0,01$) và nhóm điều dưỡng không tham gia cập nhật kiến thức ($p = 0,000$) [6].

Một nghiên cứu khác tại Tanzania năm 2018 thấy tuổi, thâm niên công tác liên quan đến năng lực thực hành hồi sức tim phổi của điều dưỡng [8].

Tác giả Munezero J.B.T. và cộng sự (2018) chỉ ra trình độ chuyên môn của điều dưỡng tỷ lệ thuận với số điểm đạt được trong đánh giá năng lực thực hành hồi sức tim phổi của điều dưỡng [9].

Tại Việt Nam, Nguyễn Thị Oanh và cộng sự (2021) đánh giá năng lực thực hành kỹ thuật hồi sức tim phổi trên mô hình ở 1418 điều dưỡng công tác tại Bệnh viện Chợ Rẫy thấy tỷ lệ điều dưỡng đạt năng lực thực hành kỹ thuật hồi sức tim phổi trên mô hình là 68%. Có mối tương quan giữa giới tính, trình độ chuyên môn, đơn vị công tác, tình trạng cập nhật kiến thức - kỹ năng về hồi sức tim phổi với năng lực thực hành kỹ thuật hồi sức tim phổi [10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, qua 41 lần đánh giá hồi sinh tim phổi thấy 100% đều đạt yêu cầu, mức độ thuần thực của thao tác chỉ liên quan đến đơn vị công tác: các điều dưỡng hiện tại đang công tác tại khoa Hồi sức cấp cứu đạt mức “thuần thực” nhiều hơn các khoa khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,015$ (OR = 9,3). Không có sự khác biệt về kết quả kiểm tra thực hành giữa đạt mức “thuần thực” và “đạt” ở tuổi, giới tính, trình độ

chuyên môn, thời gian làm việc trong ngành y, tại bệnh viện và tại khoa Hồi sức cấp cứu.

Khi đánh giá mức độ thuần thực của các bước. Kết quả bảng 6 thấy mức độ không “thuần thực” ở bước 3 là nhiều nhất (ép tim ngoài lồng ngực), chiếm 43,9%. Nguyên nhân do đây là bước rất quan trọng trong quá trình hồi sinh tim phổi, tổng điểm là 12, nếu đạt 11 hoặc 12 điểm chúng tôi mới đánh giá “thuần thực”. Ở đây nguyên nhân không đạt mức “thuần thực” do điều dưỡng ép tim để khuỷu tay cong, dùng lực của tay chứ không phải của thân người làm ép tim nhanh mệt, cần thay người khác sớm.

Một hạn chế của nghiên cứu này là do chúng tôi chỉ đánh giá được tại khoa Hồi sức cấp cứu và Trung tâm Liền vết thương - hai đơn vị có bệnh nhân ngừng tuần hoàn. Chưa đánh giá được về thực hành hồi sinh tim phổi điều dưỡng toàn bệnh viện. Để đánh giá được kỹ năng hồi sinh tim phổi của điều dưỡng toàn bệnh viện, chỉ thực hiện được trên mô hình. Điều này cần có quy mô tổ chức và trang thiết bị; mặt khác, kết quả sẽ bị ảnh hưởng bởi yếu tố tâm lý phòng thí.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ điều dưỡng “đạt” bài khảo sát lý thuyết hồi sinh tim phổi là 83,33%. Các yếu tố liên quan gồm tuổi, đơn vị công tác, thời gian công tác. 100% điều dưỡng “đạt” kỹ năng thực hành hồi sinh tim phổi, trong đó đánh giá “thuần thực” chiếm 80,49%; mức độ “thuần thực” liên quan đến đơn vị công tác.

6. KIẾN NGHỊ

Chúng tôi khuyến nghị xây dựng chương trình đào tạo cập nhật kiến thức - kỹ năng hồi sức tim phổi cho điều dưỡng

tại các khoa lâm sàng hàng năm, tập trung vào đối tượng đã chuyển khoa Hồi sức nhiều năm hoặc chưa từng làm việc tại khoa Hồi sức và kỹ thuật ép tim ngoài lồng ngực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Văn Đính** (2008) Ngừng tuần hoàn. *Hồi sức Cấp cứu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 169-189.
2. **Cục quản lý Khám chữa bệnh - Bộ y tế** (2015) *Cấp cứu ngừng tuần hoàn cơ bản. Tài liệu đào tạo cấp cứu cơ bản*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 37-40.
3. **Bộ y tế** (2010) *Cấp cứu ngừng tuần hoàn. Hướng dẫn thực hành 55 kỹ thuật điều dưỡng cơ bản*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, 360-372.
4. **Lê Thị Bình** (2013). Khảo sát về kỹ năng thực hành của điều dưỡng viên và các yếu tố ảnh hưởng. *Tạp chí Y học Thực Hành*, 884(10):123-128.
5. **Trần Thị Châu** (2005) Khảo sát sự hài lòng của điều dưỡng về nghề nghiệp tại 14 cơ sở y tế ở thành phố Hồ Chí Minh. *Kỷ yếu đề tài nghiên cứu khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ II*, Nhà xuất bản GTVT, Hà Nội, 43-49.
6. **Rajeswaran L, Ehlers VJ** (2014). Cardiopulmonary resuscitation knowledge and skills of registered nurses in Botswana. *curationis*, 37(1):1-7.
7. **Pourmirza KR, Naderipour A, Sabour B, Almasi A, Godarzi A, MIRZAEI M** (2012). Survey of the awareness level of nurses about last guidelines 2010 of cardiopulmonary resuscitation (CPR) in educational hospitals.
8. **Kaihula WT, Sawe HR, Runyon MS, Murray BL** (2018) Assessment of cardiopulmonary resuscitation knowledge and skills among healthcare providers at an urban tertiary referral hospital in Tanzania. *BMC Health Services Research*, 18(1):1-8.
9. **Munezero JBT, Atuhaire C, Groves S, Cumber SN** (2018). Assessment of nurses knowledge and skills following cardiopulmonary resuscitation training at Mbarara Regional Referral Hospital, Uganda. *Pan African Medical Journal*, 30(1)
10. **Nguyễn Thị Oanh, Vương Thị Nhật Lệ, Hoàng Thị Yến Thi, Đồng Nguyễn Phương Uyên, Võ Hữu Thuận** (2021). Năng lực thực hành hồi sức tim phổi trên mô hình của điều dưỡng Bệnh viện Chợ Rẫy và các yếu tố liên quan. *Tạp chí Điều dưỡng*, 32 (58).

PHỤ LỤC 1
BỘ CÂU HỎI KHẢO SÁT CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN

- Giới: 1. Nam 2. Nữ
- Tuổi:
- Khoa công tác:
- Số năm công tác ngành y:
- Số năm công tác tại bệnh viện:
- Số năm công tác tại khoa hồi sức cấp cứu:
- Trình độ chuyên môn:
1. Trung cấp 2. Cao đẳng 3. Đại học 4. Sau đại học
- Thời gian khảo sát: 15 phút

CÂU HỎI KHẢO SÁT

Ghi chú:

Trả lời đúng mỗi câu hoặc điền đúng 1 chỗ trống được 0,4 điểm

Tổng điểm 10 điểm

Đạt: từ 5 điểm trở lên

Khá: từ 7 điểm trở lên

Giỏi và xuất sắc: từ 8 điểm trở lên

1. Chọn định nghĩa đúng nhất về ngừng tuần hoàn

- a. Là trạng thái mất hoạt động hiệu quả của cơ tim
- b. Là trạng thái mất hoạt động hiệu quả của hệ thống tuần hoàn
- c. Là trạng thái ảnh hưởng đến các cơ quan quan trọng của cơ thể
- d. Là trạng thái tim ngừng cung cấp máu cho cơ thể, đặc biệt là các cơ quan quan trọng như não, tuần hoàn vành, phổi...

2. Các trạng thái cơ bản của ngừng tuần hoàn, chọn ý đúng

- a. Vô tâm thu, rung thất và phân ly điện cơ
- b. Vô tâm thu, rung nhĩ và phân ly điện cơ
- c. Vô tâm thu và rung thất
- d. Vô tâm thu, rung thất, rung nhĩ và phân ly điện cơ

3. Chẩn đoán ngừng tuần hoàn, chọn ý đúng

- a. Mất ý thức đột ngột, mất mạch cảnh, giãn đồng tử
- b. Mất mạch cảnh, ngừng thở, tím tái
- c. Mất ý thức đột ngột, mất mạch cảnh, giãn đồng tử
- d. Mất ý thức đột ngột, ngừng thở, mất mạch cảnh.

4. Mục đích của cấp cứu ngừng tuần hoàn, chọn ý đúng nhất

- a. Trong điều kiện nhanh nhất có thể cấp cứu cho tim đập lại
- b. Trong điều kiện nhanh nhất có thể cung cấp máu cùng oxy đến tế bào não
- c. Trong điều kiện nhanh nhất có thể cần cung cấp được máu cùng oxy đến cho tế bào não, nhất là trong 5 phút đầu kể từ lúc ngừng tim

5. Hậu quả khi xảy ra ngừng tuần hoàn, chọn ý đúng nhất

- a. Ngừng hô hấp
- b. Thiếu oxy mô
- c. Toàn chuyển hoá gây tổn thương cơ quan vĩnh viễn nếu không cứu chữa kịp thời
- d. Cả 3 đều đúng

6. Thời gian vàng cấp cứu BN ngừng tuần hoàn

- a. Trong vòng 1 phút đầu kể từ khi ngừng tuần hoàn
- b. Trong vòng 3-5 phút đầu kể từ khi ngừng tuần hoàn
- c. Trong vòng 5-7 phút đầu kể từ khi ngừng tuần hoàn
- d. Trong vòng 10 phút đầu kể từ khi ngừng tuần hoàn

7. Điền từ đúng vào dấu “...”

Chẩn đoán mất ý thức: Mất ý thức đột ngột được xác định khi bệnh nhân gọi hỏi đáp ứng trả lời, không có thức tỉnh (không có/phản xạ).

8. Điền từ đúng vào dấu “...”

Ngừng thở được xác định khi và bụng bệnh nhân hoàn toàn không có cử động thở (lồng ngực).

9. Động tác đúng khi xác định mất mạch cảnh

- a. Chỉ cần xác định 1 bên; b. Xác định mạch cảnh bên trái
- c. Xác định mạch cảnh bên phải; d. Phải xác định cả hai bên

10. Hành động đầu tiên khi xác định bệnh nhân ngừng tuần hoàn

- a. Ép tim ngoài lồng ngực; b. Hô hấp nhân tạo
- c. Gọi mọi người tới cấp cứu hoặc/và gọi 115 (nếu ở ngoài cơ sở y tế)

11. Vị trí tiến hành cấp cứu bệnh nhân ngừng tuần hoàn

- a. Cơ sở y tế; b. Phòng cấp cứu;
- c. Phòng phòng hồi sức tích cực; d. Tại chỗ

12. Tần số ép tim ở người lớn

- a. 80 - 100 lần/phút; b. 100 - 120 lần/phút;
c. 120 - 140 lần/phút; d. 140 - 160 lần/phút

13. Vị trí ép tim

- a. 1/3 trên xương ức; b. 1/3 giữa xương ức;
c. 1/3 - 1/2 dưới xương ức; d. Liên sườn IV, V đường giữa đòn trái

14. Độ sâu ép tim

- a. 3 - 4 cm; b. 4 - 5 cm;
c. 5 - 6 cm; d. 6 - 7 cm;

15. Tỷ lệ ép tim, thổi ngạt

- a. 30/2; b. 15/1; c. 30/1; d. 15/2

16. Kỹ thuật ép tim

a. Hai tay người cấp cứu đặt lồng lên nhau, đặt gốc bàn tay dưới vào vị trí ép tim, khuỷu tay để thẳng, dùng lực của thân người ấn vuông góc làm lồng ngực nạn nhân lún xuống, sau đó nâng tay để cho ngực nạn nhân trở lại vị trí ban đầu.

b. Hai tay người cấp cứu đặt chồng lên nhau, bàn tay dưới vào vị trí ép tim, khuỷu tay để thẳng, dùng lực của thân người ấn vuông góc làm lồng ngực nạn nhân lún xuống, sau đó nâng tay để cho ngực nạn nhân trở lại vị trí ban đầu.

c. Hai tay người cấp cứu đặt lồng lên nhau, đặt gốc bàn tay dưới vào vị trí ép tim, khuỷu tay cong, dùng lực của tay ấn vuông góc làm lồng ngực nạn nhân lún xuống, sau đó nâng tay để cho ngực nạn nhân trở lại vị trí ban đầu.

17. Kỹ thuật thổi ngạt, điền từ đúng vào dấu “.....”

Người cấp cứu dùng 1 bàn tay - đặt gốc bàn tay lên nạn nhân ấn ngửa ra sau, đồng thời ngón trỏ và ngón cái bóp 2 lỗ mũi; Bàn tay thứ 2 - các ngón tay vừa nâng của nạn nhân lên trên ra trước vừa mở miệng nạn nhân. Người cứu hít sâu áp sát miệng mình vào miệng nạn nhân rồi thổi hết không khí dự trữ qua miệng vào phổi nạn nhân, Sau đó thả ngón tay bóp mũi để không khí từ phổi nạn nhân thổi ra ngoài (trán/đầu/hàm dưới/)

18. Tần số thổi ngạt ở người lớn

- a. 10 - 12 lần/phút; b. 12 - 14 lần/phút
c. 14 - 16 lần/phút; d. 16 - 18 lần/phút

19. Các dấu hiệu tốt nhất của sự sống ở người bệnh ngừng tuần hoàn

- a. Thở lại; b. Tim đập trở lại
c. Người bệnh tỉnh trở lại; d. Cả 3 đều đúng

20. Trình tự cấp cứu, chọn ý đúng nhất

A (Airway). Giải phóng đường thở; B (Breathing): Hô hấp nhân tạo; C (Chest compressions): Ép tim ngoài lồng ngực

- a. ABC; b. BAC
- c. CAB; d. CBA

21. Thời gian cấp cứu, chọn ý đúng

a. Nếu thời gian cấp cứu tới 30 phút, đồng tử không co lại, tim không đập lại thì cho phép ngừng cấp cứu - nạn nhân tử vong.

b. Nếu thời gian cấp cứu tới 45 phút, đồng tử không co lại, tim không đập lại thì cho phép ngừng cấp cứu - nạn nhân tử vong.

c. Nếu thời gian cấp cứu tới 60 phút, đồng tử không co lại, tim không đập lại thì cho phép ngừng cấp cứu - nạn nhân tử vong.

THỰC TRẠNG LO ÂU VÀ NHU CẦU HỖ TRỢ TÂM LÝ Ở NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG

Trần Thị Hiền Phi, Phạm Thị Thu Hương, Trịnh Thị Tuyết

Bệnh viện Nội tiết Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng lo âu, nhu cầu hỗ trợ tâm lý ở người bệnh (NB) trước phẫu thuật tuyến giáp (PTTG) tại Bệnh viện Nội tiết Trung Ương và một số yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, trên 197 người bệnh phẫu thuật tuyến giáp tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương từ tháng 4/2022 đến tháng 6/2022.

Kết quả nghiên cứu: 65% người bệnh lo sợ biến chứng sau phẫu thuật, 58,4% sợ đau sau phẫu thuật, 46,7% NB sợ không tỉnh sau gây mê, phẫu thuật (PT), 44,2% NB sợ sau phẫu thuật còn sót nhân giáp, 41,1% NB sợ tử vong do gây mê, phẫu thuật. Điểm trung bình nhu cầu hỗ trợ từ xã hội là $24,02 \pm 6,01$. Các yếu tố liên quan đến thực trạng lo âu: Thời gian chờ phẫu thuật, số người thân chăm sóc lúc nằm viện.

Kết luận: Điều dưỡng cần thực hiện các biện pháp can thiệp làm giảm lo âu

Từ khóa: Lo âu, hỗ trợ tâm lý, phẫu thuật tuyến giáp

ABSTRACT

Objective: To describe the current state of anxiety and the need for psychological support in patients before thyroid surgery at the National Hospital of Endocrinology and some related factors.

Subjects and research methods: Using the cross-sectional descriptive design, a sample was 197 patients admitted to National Hospital Endocrinology for thyroid surgery from 4/2022 to 6/2022.

Research results: 65% of patients are afraid of complications after surgery, 58.4% are afraid of pain after surgery, 46.7% of patients are afraid of not waking up after anesthesia, surgery, 44.2% of patients were afraid of thyroid nodules left after surgery, 41.1% of patients died due to anesthesia and surgery. The average score of need for social support is 24.02 ± 6.01 . Factors related to actual anxiety: Waiting time for surgery, number of relatives taking care of during hospital stay.

Conclusion: Nurses need to implement anxiety-reducing interventions

Keywords: Anxiety, psychological support, thyroid surgery

Chịu trách nhiệm: Trần Thị Hiền Phi, Bệnh viện Nội tiết Trung ương

Email: tranhienphi38@gmail.com

Ngày nhận bài: 06/6/2023; Ngày phản biện: 12/7/2023; Ngày duyệt bài: 20/7/2023

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.3.2023.237>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sức khỏe là một trạng thái thoải mái hoàn toàn về thể chất, tâm thần và xã hội. Hiện nay, ở các nước trên thế giới, việc hỗ trợ tâm lý cho người bệnh (NB) đã được quan tâm và triển khai thực hiện ở nhiều cơ sở y tế (CSYT) [8].

Ở Việt Nam, Bộ Y tế đã đưa chỉ thị về tăng cường chăm sóc toàn diện nhằm nâng cao chất lượng điều trị người bệnh nội trú tại các bệnh viện (BV) tuy nhiên vấn đề này chưa được chú ý đúng mức, việc chăm sóc tâm lý cũng như các nguồn kinh phí chủ yếu tập trung ở các bệnh viện tâm thần [1].

Điều này có thể ảnh hưởng lớn đến hiệu quả hoạt động chăm sóc và điều trị cho người bệnh. Đặc biệt ở người bệnh có chỉ định điều trị ngoại khoa nói chung và phẫu thuật tuyến giáp (PTTG) nói riêng. Phẫu thuật tuyến giáp có thể xảy ra một số biến chứng như: Chảy máu, suy hô hấp, nói khàn, tê tay chân,... làm cho người bệnh rất lo lắng trước phẫu thuật về những biến chứng có thể xảy ra sau phẫu thuật, gây ra rối loạn về rất ngủ, mệt mỏi, căng thẳng, sợ hãi [6].

Nên việc tìm hiểu nhu cầu được hỗ trợ về tâm lý đối với người bệnh PTTG là hết sức cần thiết. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu:

- Mô tả thực trạng lo âu và một số yếu tố liên quan của người bệnh trước PTTG tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương.

- Xác định nhu cầu hỗ trợ tâm lý của người bệnh trước PTTG tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 197 người bệnh nhập viện điều trị tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương để PTTG, trong thời gian từ tháng 4/2022 đến tháng 6/2022.

2.2. Địa điểm nghiên cứu

Tại các khoa Ngoại Bệnh viện Nội tiết Trung ương.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

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

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

Trong đó:

n: cỡ mẫu tối thiểu cần thiết

α : mức ý nghĩa thống kê

(Chọn $\alpha = 0,05$ ứng với độ tin cậy 95%, ta có $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$).

p = 34,9% tỷ lệ người bệnh lo âu trước phẫu thuật tiêu hóa theo kết quả nghiên cứu của Đặng Văn Thạch, Nguyễn Thị Nga năm 2018 [2].

d = 0,07 khoảng sai số tuyệt đối

Cỡ mẫu tính được là 178 người thêm 10% đề phòng phiếu không sử dụng được, tổng số cỡ mẫu là 197 người bệnh.

Để dự phòng có người bệnh không tham gia, có phiếu không sử dụng được nghiên cứu lấy tăng thêm 10% cỡ mẫu, tổng số cỡ

mẫu là 197 người bệnh có chỉ định phẫu thuật tuyến giáp đã vào nhập viện.

- Phương pháp chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.3.3. Các khái niệm, thang đo, tiêu chuẩn và tiêu chí đánh giá

a) Mức độ lo âu được đo lường bằng thang đo HADS-A gồm 7 câu hỏi với giá trị mỗi câu từ 0 - 3 điểm. Tổng giá trị cho cả bộ câu hỏi từ 0 - 21 điểm [5].

Cách tính:

+ 0 điểm: Không lo âu; 7 điểm: Lo âu nhẹ; 8 - 14 điểm: Lo âu vừa

+ ≥ 15 điểm: Lo âu nặng.

b) Sự hỗ trợ từ phía gia đình và nhân viên y tế (NVYT) được đo lường bằng thang đo MDSS [10] gồm có 11 câu hỏi bao gồm 6 câu hỏi về hỗ trợ gia đình/bạn bè và 5 câu hỏi về hỗ trợ từ nhân viên y tế, với thang điểm 0 - 3 điểm. Người tham gia sẽ chọn một trong 4 giá trị: Không có (0 điểm), thỉnh thoảng (1 điểm), thường xuyên (2 điểm), luôn luôn (3 điểm).

+ Tổng điểm của hỗ trợ gia đình/bạn bè dao động từ 0 đến 18.

+ Tổng điểm của hỗ trợ từ nhân viên y tế dao động từ 0 đến 15.

Điểm cao hơn thể hiện sự hỗ trợ xã hội tốt hơn theo cảm nhận của người bệnh.

c) Bộ câu hỏi đánh giá nhu cầu hỗ trợ tâm lý MOS [9] bao gồm 20 câu hỏi được chia làm ba nhóm nội dung: Nhu cầu hỗ trợ cảm xúc/thông tin (12 câu hỏi), nhu cầu hỗ trợ các hoạt động thiết thực (4 câu hỏi) và nhóm nhu cầu hỗ trợ về tình cảm (4 câu hỏi).

Với mỗi câu hỏi về nhu cầu hỗ trợ tương ứng với năm mức độ về thời gian

mong muốn được hỗ trợ đó là: Không bao giờ (1 điểm), đôi khi (2 điểm), thi thoảng (3 điểm), phần lớn thời gian (4 điểm) và tất cả thời gian (5 điểm).

Tổng điểm tối đa của 20 câu là 100 điểm.

+ 20 - 60 điểm: Nhu cầu hỗ trợ thấp

+ 61 - 70 điểm: Nhu cầu hỗ trợ trung bình

+ 71 - 100: Nhu cầu hỗ trợ cao.

2.3.4. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập trên phần mềm Epi Data 3.1 và phân tích trên phiên bản phần mềm SPSS 20.0.

Phân tích mô tả:

Các biến số về thông tin của người bệnh và thông tin bệnh, mức độ lo âu, vấn đề lo âu, sự hỗ trợ xã hội và nhu cầu hỗ trợ tâm lý của người bệnh được mô tả dưới dạng tần xuất và tỉ lệ.

Phân tích mối liên quan:

Sử dụng các phép kiểm định mối tương quan Pearson và T-test để kiểm định sự liên quan giữa mức độ lo âu trước phẫu thuật với các thông tin của NB, thông tin bệnh, sự hỗ trợ xã hội. Mọi sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$ với khoảng tin cậy 95%.

2.3.5. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được sự đồng ý của Ban lãnh đạo Bệnh viện Nội tiết Trung ương.

- Nghiên cứu chỉ được tiến hành khi có sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu. Mọi thông tin cá nhân về đối tượng nghiên cứu được bảo mật, các số liệu, thông tin thu thập chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của người bệnh

Đối tượng nữ tham gia nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao hơn so với đối tượng nam (173/24). Tuổi cao nhất là 74 tuổi, thấp nhất là 22. 67,5% người bệnh có thể BHYT

đúng tuyến, 26,9% người bệnh có thể BHYT trái tuyến và 5,6% người bệnh không có thẻ bảo hiểm y tế.

3.2. Tình trạng lo âu của người bệnh trước phẫu thuật

Bảng 3. 1. Phân loại lo âu của người bệnh trước phẫu thuật (n = 197)

Phân loại lo âu	Số người (n)	Tỷ lệ (%)
Không lo âu	23	11,7
Lo âu nhẹ	141	71,6
Lo âu vừa	32	16,2
Lo âu nặng	1	0,5
Tổng	197	100

3.3. Các vấn đề lo âu của người bệnh trước phẫu thuật

Bảng 3.2. Các vấn đề lo âu của người bệnh trước phẫu thuật (n = 197)

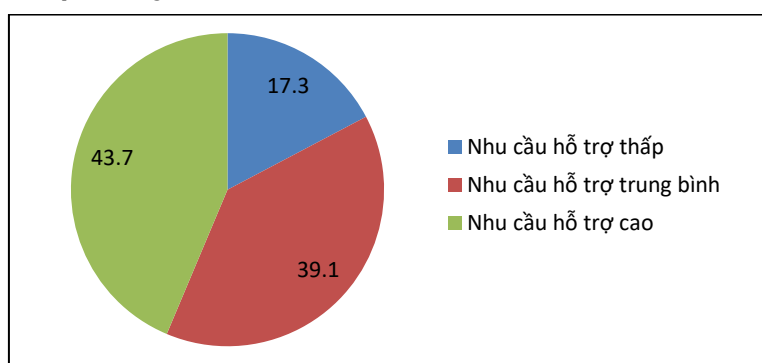
Vấn đề lo âu của NB	Số người (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Không tỉnh sau gây mê, phẫu thuật</i>	92	46,7
Tử vong do gây mê, phẫu thuật	81	41,1
Gây mê, gây tê trong PT không hiệu quả	54	27,4
<i>Đau sau phẫu thuật</i>	115	58,4
Phẫu thuật không thành công	70	35,5
<i>Biến chứng sau PT có thể gặp như nói khàn, mất tiếng, hạ canxi, dò đường chấp, chảy máu...</i>	128	65,0
<i>Sau PT còn sót nhân giáp và nhân giáp mọc lại</i>	87	44,2
Phẫu thuật ảnh hưởng đến khả năng sinh sản	12	6,1
Phẫu thuật có khả năng bị hoãn lại	31	15,7
Môi trường bệnh viện không thoải mái	10	5,1
Thời gian chờ đợi phẫu thuật lâu	23	11,7
Không đủ khả năng chi trả viện phí	12	6,1
Không có thu nhập vì nằm viện	15	7,6
Không có người thân chăm sóc	12	6,1
Không được nhân viên y tế quan tâm	18	9,1
Có nguy cơ mắc covid trong quá trình điều trị	17	8,6

3.4. Sự hỗ trợ xã hội

Bảng 3.3. Sự hỗ trợ xã hội (n = 197)

Sự hỗ trợ xã hội	X ± SD	Min	Max	Điểm tối đa
Hỗ trợ từ gia đình/bạn bè	12,88 ± 3,93	0	18	18
Hỗ trợ từ nhân viên y tế	11,14 ± 2,73	5	15	15
Tổng điểm trung bình	24,02 ± 6,01	8	33	33

3.5. Nhu cầu hỗ trợ tâm lý



Biểu đồ 3.1. Nhu cầu hỗ trợ tâm lý của người bệnh (n = 197)

Nhận xét: 100% người bệnh có nhu cầu hỗ trợ tâm lý trước phẫu thuật, trong đó nhóm người bệnh có nhu cầu hỗ trợ cao chiếm tỷ lệ cao nhất (43,7%).

3.6. Một số yếu tố liên quan

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa tình trạng lo âu và đặc điểm của người bệnh

Đặc điểm của NB	Không lo âu, lo âu nhẹ		Lo âu vừa, nặng		OR (95%CI)	p
	n	%	n	%		
<i>Nhóm tuổi</i>						
≤ 50	110	55,8	16	8,1	2,2 (1,1 - 4,6)	0,045
> 50	54	27,4	17	8,6		
<i>Trình độ học vấn</i>						
Không, Giáo dục PT	122	61,9	18	9,1	2,4 (1,1 - 5,2)	0,02
Trung cấp/CĐ trở lên	42	21,3	15	7,6		
<i>Tình trạng hôn nhân</i>						
Có gia đình	150	76,1	25	12,7	3,4 (1,3 - 9,0)	0,01
Độc thân, mất vợ/chồng	14	7,1	8	4,1		

Đặc điểm của NB	Không lo âu, lo âu nhẹ		Lo âu vừa, nặng		OR (95%CI)	p
	n	%	n	%		
<i>Người thân chăm sóc lúc nằm viện</i>						
≥ 1	160	81,2	29	14,7	5,5 (1,3 - 23,3)	0,02
Không	4	2,0	4	2,0		
<i>Tình trạng bảo hiểm</i>						
Có thẻ BHYT đúng tuyến	49	24,9	4	2,0	3,1 (1,0 - 9,3)	0,04
Không hoặc chỉ có thẻ BHYT trái tuyến	115	58,4	29	14,7		
<i>Chẩn đoán bệnh ung thư</i>						
Không	86	43,7	10	5,1	2,5 (1,1 - 5,7)	0,02
Có	78	39,6	23	11,7		
<i>Số lần phẫu thuật trước</i>						
≥ 1 lần	69	35,0	7	3,6	2,7 (1,1 - 6,6)	0,03
Không có	95	48,2	26	13,2		
<i>Bệnh mãn tính kèm theo</i>						
Không	131	66,5	18	9,1	3,31 (1,51 - 7,25)	0,003
Có	33	16,8	15	7,6		
<i>Tiền sử mắc Covid 19</i>						
Đã từng mắc	110	55,8	15	7,6	2,4 (1,1 - 5,2)	0,02
Chưa mắc	54	27,4	18	9,1		
<i>Tiền sử tiêm vaccin Covid 19</i>						
Đã tiêm ≥3 mũi	143	72,6	23	11,7	3,58 (1,5 - 8,7)	0,005
Đã tiêm ≤ 2 mũi	21	10,7	10	5,1		
<i>Nhu cầu hỗ trợ tâm lý</i>						
Nhu cầu hỗ trợ thấp	33	16,8	1	0,5	8,1 (1,1 - 61,2)	0,04
Nhu cầu hỗ trợ trung bình, cao	131	66,5	32	16,2		

Nhận xét: Người bệnh trên 50 tuổi, có trình độ từ trung cấp/cao đẳng trở lên, Tình trạng độc thân, mất vợ/chồng, không có người thân chăm sóc lúc nằm viện, không hoặc chỉ có thẻ BHYT trái tuyến, được chẩn đoán bệnh ung thư, chưa có phẫu

thuật lần nào, có bệnh mãn tính kèm theo, chưa có tiền sử mắc covid, mới tiêm vắc xin Covid-19 dưới 2 lần, nhu cầu hỗ trợ trung bình, cao có sự lo âu vừa, nặng hơn đáng kể so với người dưới 50 tuổi, trình độ giáo dục phổ thông, có gia đình, có người

thân chăm sóc, có thể bảo hiểm đúng tuyến, không chẩn đoán ung thư, đã từng phẫu thuật, không có bệnh mãn tính kèm theo, có tiền sử mắc Covid-19, tiêm vắc xin Covid-19 trên 3 lần và nhu cầu hỗ trợ thấp.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tình trạng lo âu của người bệnh trước phẫu thuật

Lo âu là một phản ứng phổ biến đối với căng thẳng ở những người bệnh được lên lịch phẫu thuật. Trong tổng số 197 người bệnh PTTG được đưa vào nghiên cứu tỷ lệ lo âu chiếm 88,3% trong đó 71,6% người bệnh lo âu nhẹ, 16,2% người bệnh lo âu vừa và 0,5% người bệnh lo âu nặng. Có thể nói rằng những người tham gia trong nghiên cứu này có mức độ lo âu vừa phải.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với một số nghiên cứu trước đây. Cùng sử dụng bộ công cụ HADS-A, nghiên cứu của Hoàng Viết Thái năm 2021 tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trên người bệnh gãy xương có 85,6% người bệnh có lo âu trước phẫu thuật trong đó 52,8% người bệnh lo âu nhẹ, 29,65% người bệnh lo âu mức độ trung bình và 2,85% người bệnh lo âu mức độ nặng [13].

Nghiên cứu của Đặng Văn Thạch ở người bệnh phẫu thuật tiêu hóa tại Bệnh viện đa khoa Trung tâm Tiền Giang năm 2018: 34,9% người bệnh lo âu và 65,1% người bệnh không lo âu [2].

4.2. Các vấn đề lo âu của người bệnh trước phẫu thuật

Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng có nhiều yếu tố khác nhau chịu trách nhiệm cho sự lo âu trước phẫu thuật. Để xác định các khía cạnh khác nhau của lo âu trước phẫu thuật của người bệnh

PTTG, trong nghiên cứu của chúng tôi người bệnh được cung cấp một danh sách các nguyên nhân khác nhau có thể gây nên sự lo âu cho người bệnh như sợ đau, biến chứng sau phẫu thuật, tử vong.

Kết quả chỉ ra những vấn đề lo âu phổ biến nhất của người bệnh trước khi PTTG bao gồm: 65% người bệnh sợ biến chứng sau phẫu thuật có thể gặp như nói khàn, mất tiếng, hạ canxi; 58,4% người bệnh sợ đau sau phẫu thuật; 46,7% người bệnh sợ không tỉnh sau gây mê, phẫu thuật; 44,2% người bệnh sợ sau phẫu thuật còn sót nhân giáp và 41,1% người bệnh sợ tử vong do gây mê, phẫu thuật.

So sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi với kết quả của các nghiên cứu khác cho thấy có những tỷ lệ tương đồng, song bên cạnh đó cũng có những sự khác biệt. Điều này có thể là do giữa các nghiên cứu có sự khác nhau về đối tượng nghiên cứu, bệnh phẫu thuật và địa điểm nghiên cứu nên các vấn đề lo âu của người bệnh trước phẫu thuật có sự khác nhau.

4.3. Sự hỗ trợ xã hội

Để đo lường sự hỗ trợ của người bệnh chúng tôi sử dụng thang MDSS. Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm trung bình nhu cầu hỗ trợ từ xã hội là $24,02 \pm 6,01$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với kết quả của tác giả Đỗ Cao Cường, điểm trung bình hỗ trợ xã hội là $21,1 \pm 4,59$ điểm [5].

4.4. Nhu cầu hỗ trợ tâm lý

Kết quả điều trị sẽ tốt khi người bệnh thoải mái, hiểu rõ quá trình chữa bệnh, những kết quả sẽ đạt được và những biến chứng có thể xảy ra. Những kết quả không mong muốn thường xảy ra ở những

người bệnh có tâm lý chán nản, lo âu, không hợp tác chữa bệnh, thay đổi phương pháp điều trị. Kết quả nghiên cứu cho thấy 43,7% NB có nhu cầu hỗ trợ cao; 39,1% người bệnh có nhu cầu hỗ trợ trung bình và 17,3% NB có nhu cầu hỗ trợ thấp. Nghiên cứu của chúng tôi người bệnh có nhu cầu hỗ trợ tâm lý cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Hiền Thanh: 38% người bệnh trước phẫu thuật có nhu cầu hỗ trợ tâm lý [3].

4.5. Một số yếu tố liên quan

Mối liên quan giữa lo âu của NB với tuổi

Sau khi tìm nhiều điểm cắt cho độ tuổi của người bệnh, chúng tôi nhận thấy tại điểm cắt ở độ tuổi 50 là sự khác biệt về tình trạng lo âu có ý nghĩa nhất. Cụ thể là nhóm NB > 50 tuổi lo âu vừa và nặng hơn đáng kể so với nhóm NB ≤ 50 tuổi với OR = 2,2. Như vậy, tuổi càng cao thì điểm người bệnh càng lo âu. Điều này có thể là do những người trẻ tuổi ít kinh nghiệm nằm viện hoặc phẫu thuật hơn nhóm người lớn tuổi, như trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số những người lớn tuổi đã từng trải qua một lần phẫu thuật.

Mối liên quan giữa lo âu của người bệnh với trình độ học vấn

Những người bệnh có trình độ từ trung cấp trở lên lo âu vừa và nặng cao hơn đáng kể so với nhóm người bệnh giáo dục phổ thông với OR = 2,4. Điều này có thể là do những người có trình độ cao thường gắn liền với các hoạt động thiên về trí óc, nên dễ gặp phải căng thẳng thiên về mặt tinh thần. Mặt khác, những người có trình độ cao họ tiếp cận thông tin nhanh hơn và từ nhiều chiều khác nhau. Vấn đề họ quan tâm hơn hết là những rủi ro tai biến mà họ có thể gặp phải.

Mối liên quan giữa lo âu của NB với tình trạng hôn nhân

Người bệnh độc thân, mất chồng/vợ lo âu vừa và nặng cao hơn đáng kể so với nhóm NB có gia đình với OR = 3,4. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi là tương đồng với nghiên cứu của Đặng Văn Thạch tại Bệnh viện đa khoa Trung tâm Tiền Giang năm 2018: Người bệnh phẫu thuật tiêu hóa chưa kết hôn hoặc đã ly hôn/ly thân lo âu nhiều hơn đáng kể so với nhóm người bệnh đã có gia đình với OR = 3,17 (1,43 - 6,96), $p < 0,05$ [2].

Mối liên quan giữa lo âu của người bệnh với người thân chăm sóc lúc nằm viện

Người bệnh không có người thân chăm sóc lúc nằm viện có tỷ lệ lo âu vừa, nặng cao hơn đáng kể nhóm người bệnh có người thân chăm sóc với OR = 5,5. Có lẽ việc có người thân chăm sóc lúc khi nằm viện ngoài việc đỡ đần các hoạt động sinh hoạt hàng ngày sẽ giúp người bệnh có người tâm sự chia sẻ những lo lắng của mình khi chuẩn bị bước vào một cuộc phẫu thuật.

Mối liên quan giữa lo âu của người bệnh với tình trạng bảo hiểm

Những người bệnh có thể BHYT trái tuyến lo âu vừa và nặng cao hơn đáng kể so với nhóm có thể BHYT đúng tuyến. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Vấn đề lo lắng lớn nhất đối với hầu hết các người bệnh khi vào viện đó là vấn đề tài chính. BHYT đóng góp rất nhiều trong an sinh xã hội và cũng giúp cho người bệnh giảm chi phí khá nhiều nhất là khi phải sử dụng các vật tư tiêu hao đắt tiền.

Mối liên quan giữa lo âu của người bệnh với chẩn đoán bệnh ung thư

Những người bệnh được chẩn đoán ung thư lo âu vừa và nặng cao hơn đáng

kể so với nhóm người bệnh không có chẩn đoán ung thư với OR = 2,5.

Hiểu rõ đặc điểm về bệnh của người bệnh trước phẫu thuật là vấn đề cần thiết của người điều dưỡng trong chăm sóc sức khỏe người lớn bệnh ngoại khoa, từ đó có những giải thích, hướng dẫn và chăm sóc thích hợp nhằm giảm lo âu cho người bệnh trước phẫu thuật.

Mối liên quan giữa lo âu của người bệnh với số lần phẫu thuật trước

Về kinh nghiệm phẫu thuật trước đó, những người bệnh chưa phẫu thuật lần nào trước đó lo âu vừa và nặng cao hơn đáng kể so với nhóm đã từng phẫu thuật trước đó với OR = 2,7. Phát hiện này phù hợp với nghiên cứu của Mulugeta năm 2018, những người bệnh đã trải qua phẫu thuật trước đây ít lo âu hơn những người bệnh đến phẫu thuật lần đầu, kinh nghiệm phẫu thuật trước đó là một yếu tố quan trọng tác động đến sự lo âu của người bệnh [7].

Mối liên quan giữa lo âu của người bệnh với bệnh mãn tính kèm theo

Những người bệnh có bệnh mãn tính kèm theo có tỷ lệ lo âu vừa và nhẹ nhiều hơn đáng kể cao hơn nhóm người bệnh không có bệnh kèm theo ở OR = 3,31.

Mối liên quan giữa lo âu của người bệnh với tiền sử mắc Covid-19

Người bệnh chưa mắc Covid-19 hoặc đã được tiêm ít hơn 2 mũi vắc xin Covid-19 có tỷ lệ lo âu vừa và nặng nhiều hơn đáng kể so với nhóm còn lại. Giữa tình hình dịch bệnh Covid-19 phức tạp tại thời điểm nghiên cứu, mắc Covid-19 là một trong những lo lắng lớn nhất của người bệnh.

Mối liên quan giữa lo âu trước phẫu thuật với nhu cầu hỗ trợ tâm lý

Trong nghiên cứu của chúng tôi những người bệnh có lo âu vừa và nặng sẽ có nhu cầu hỗ trợ trung bình, cao hơn đáng kể so với nhóm còn lại với OR = 8,1. Kết quả này cho thấy khi người bệnh phẫu thuật được điều trị tại bệnh viện, các yếu tố về thái độ phục vụ của nhân viên y tế, niềm tin vào bác sĩ là một yếu tố quan trọng có thể ảnh hưởng đến sự lo âu của người bệnh. Điều này có thể giải thích do người bệnh thường thiếu thông tin hoặc không có các kiến thức chuyên môn để hiểu được tình trạng bệnh của mình, do đó thường có tâm lý hoang mang. Vì vậy khi điều trị tại bệnh viện, được lắng nghe những lo lắng, đau đớn, hoặc nhìn thấy tình trạng xấu của người bệnh khác sẽ khiến cho người bệnh bị ảnh hưởng về tâm lý. Bên cạnh đó, nếu không hài lòng và tin tưởng bác sĩ, điều dưỡng thì người bệnh sẽ ảnh hưởng nhiều đến tinh thần.

Dựa vào kết quả nghiên cứu này, để góp phần nâng cao hiệu quả và chất lượng chăm sóc sức khỏe toàn diện cho người bệnh, những nhà quản lý bệnh viện cần có các biện pháp can thiệp, hỗ trợ có thể làm giảm lo âu trước phẫu thuật cho người bệnh như nhanh chóng hoàn thành các thủ tục nhằm rút ngắn thời gian chờ phẫu thuật, thường xuyên ghé thăm, động viên, lắng nghe ý kiến của người bệnh và tư vấn, cung cấp đầy đủ các thông tin liên quan đến cuộc phẫu thuật cũng như các phương pháp giảm đau trong và sau khi phẫu thuật.

5. KẾT LUẬN

- Phần lớn người bệnh lo âu ở các mức độ khác nhau, bao gồm: 71,6% người bệnh lo âu nhẹ, 16,2% người bệnh lo âu

vừa và 0,5% người bệnh lo âu nặng. Chỉ có 11,7% người bệnh không lo âu.

- Các vấn đề lo âu hay gặp ở người bệnh phẫu thuật tuyến giáp bao gồm: 65% người bệnh lo sợ biến chứng sau phẫu thuật, 58,4% sợ đau sau phẫu thuật, 46,7% người bệnh sợ không tỉnh sau gây mê, phẫu thuật, 44,2% người bệnh sợ sau phẫu thuật còn sót nhân giáp, 41,1% người bệnh tử vong do gây mê, phẫu thuật.

- Điểm trung bình nhu cầu hỗ trợ từ xã hội là $24,02 \pm 6,01$, trong đó hỗ trợ từ gia đình là $12,88 \pm 3,93$, từ nhân viên y tế là $11,14 \pm 2,73$.

- 43,7% người bệnh có nhu cầu hỗ trợ cao, 39,1% người bệnh có nhu cầu hỗ trợ trung bình và 17,3% người bệnh có nhu cầu hỗ trợ thấp.

- Các yếu tố liên quan đến thực trạng lo âu của người bệnh bao gồm tuổi, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, số người thân chăm sóc lúc nằm viện, bảo hiểm y tế, chẩn đoán ung thư, tiền sử phẫu thuật trước đó, bệnh mạn tính kèm theo, tiền sử mắc Covid-19, số mũi tiêm vắc xin Covid-19, nhu cầu hỗ trợ tâm lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thị Minh Đức (2014).** *Tâm lý và đạo đức y học*, Nhà xuất bản y học
2. **Đặng Văn Thạch, Nguyễn Thị Nga (2018).** "Thực trạng lo âu của bệnh nhân trước phẫu thuật tiêu hóa và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện đa khoa trung tâm Tiền Giang năm 2018", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2(470), 120-124.
3. **Nguyễn Hiền Thanh (2016).** *Mức độ lo âu và nhu cầu được hỗ trợ tâm lý của bệnh nhân trước phẫu thuật theo kế hoạch tại khoa ngoại, bệnh viện đại học y hà nội, năm 2016*, Khóa luận tốt nghiệp, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Hoàng Viết Thái (2021).** *Đánh giá tình trạng lo âu trước phẫu thuật và một số yếu tố liên quan của người bệnh gãy xương chi tại khoa chấn thương Bệnh viện Trung ương Thái nguyên*, Luận văn tốt nghiệp Thạc sỹ điều dưỡng, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Cuong Cao Do, Duangpaeng S, Hengudomsab P (2013).** "Factors related to Preoperative Anxiety among Patients undergoing Abdominal Surgery in Phu Tho Province General Hospital, Vietnam", *Thai Pharm Health Science Journal*, 8(4), 155-162.
6. **Morley SGM (2015).** "Support Needs and Survivorship Concerns of Thyroid Cancer Patients", *Thyroid: Official Journal of the American Thyroid Association*, 25(6), 649-656, doi: 10.1089/thy.2015.0032.
7. **Mulugeta H, Ayana M, Sintayehu M, et al. (2018).** "Preoperative anxiety and associated factors among adult surgical patients in Debre Markos and Felege Hiwot referral hospitals, Northwest Ethiopia", *BMC Anesthesiol*, 18(1), 155, doi: 10.1186/s12871-018-0619-0.
8. **Kang L, Ma S, Chen M, et al. (2020).** "Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study", *Brain Behav Immun*, 87, 11-17, doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.028.
9. **Sherbourne C D, Stewart A L (1991).** The MOS social support survey, *Soc Sci Med*. 32(6), 705-14.
10. **Winefield H R, Winefield A H, Tiggemann M, et al (1992).** Social support and psychological well-being in young adults: The Multi-Dimensional Support Scale, *Journal of Personality Assessment*. 58(1), 198-210.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHĂM SÓC, PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY NÃO SAU GIAI ĐOẠN CẤP TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 105

Đỗ Thị Thuý, Hà Thị Thu Trang, Nguyễn An Bày,
Nguyễn Thị Phương, Phạm Thị Hương

Bệnh viện Quân y 105

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả chăm sóc, phục hồi chức năng (PHCN) người bệnh đột quỵ não sau giai đoạn cấp.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang tiến hành trên 131 người bệnh (NB) đột quỵ não sau giai đoạn cấp tại Khoa Nội tâm thần kinh, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 4/2021 - 10/2021.

Kết quả: Tuổi trung bình của người bệnh là $63,5 \pm 12,9$ tuổi; triệu chứng lâm sàng thường gặp là liệt nửa người (100%), rối loạn ngôn ngữ (90,8%); tiền sử bệnh tật thường gặp là tăng huyết áp (71,0%), đái tháo đường (14,5%), các can thiệp điều dưỡng được áp dụng thường xuyên gồm: chế độ ăn bệnh lý (97,7%), tập phục hồi chức năng sớm (96,9%), thay đổi tư thế 95,4%.

Kết luận: Các biện pháp can thiệp điều dưỡng cần được tiến hành sớm trên các bệnh nhân đột quỵ để giảm thiểu các di chứng có thể xảy ra.

Từ khóa: Đột quỵ não, can thiệp điều dưỡng, các yếu tố nguy cơ gây đột quỵ

ABSTRACT

Objective: To evaluate the results of care and rehabilitation of stroke patients after the acute phase.

Subjects and methods: A prospective, cross-sectional study was conducted on 131 stroke patients after the acute phase at the Department of Neuropsychiatry, 105 Military Hospital, from April to October 2021.

Results: The mean age of the patients was 63.5 ± 12.9 years old; common clinical symptoms are hemiplegia (100%), language disorder (90,8%); Common medical history is hypertension (71.0%), diabetes (14.5%), nursing interventions are applied regularly including pathological diet (97.7%), early rehabilitation exercise (96.9%), position change 95.4%.

Conclusion: Nursing interventions should be initiated early in stroke patients to minimize possible sequelae.

Keywords: Brain stroke, nursing intervention, risk factors for stroke.

¹Chịu trách nhiệm: Đỗ Thị Thuý, Bệnh viện Quân y 105

Email: dtthuybv105@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/6/2023; Ngày phản biện: 12/7/2023; Ngày duyệt bài: 20/7/2023

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.3.2023.238>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não là một bệnh lý nguy hiểm có tỷ lệ tử vong và tàn phế sau đột quy cao. Tại Mỹ, đột quy nhồi máu não là nguyên nhân hàng thứ 3 gây tử vong và là nguyên nhân hàng đầu gây di chứng và tàn phế. Chẩn đoán sớm, điều trị và chăm sóc bệnh nhân đột quy có ý nghĩa quan trọng góp phần giảm tỷ lệ tử vong và hạn chế di chứng sau đột quy. Kết quả chăm sóc phục hồi chức năng ở bệnh nhân đột quy phụ thuộc vào nhiều yếu tố trong đó có vai trò của hoạt động chăm sóc điều dưỡng người bệnh.

Hàng năm, Khoa Nội tâm thần kinh, Bệnh viện Quân y 105 có khoảng một nghìn người bệnh đột quy được thăm khám và điều trị. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu đề tài “*Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh đột quy não sau giai đoạn cấp tại Bệnh viện Quân y 105*” nhằm đánh giá vai trò của hoạt động chăm sóc điều dưỡng đến kết quả điều trị người bệnh đột quy sau giai đoạn cấp.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

131 người bệnh đột quy não điều trị nội trú tại Khoa Nội tâm thần kinh, Bệnh viện Quân y 105.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

Biến số nghiên cứu		NB đột quy (n = 131)	
		Số NB (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 50	23	17,6
	50 - 69	63	48,1
	≥ 70	45	34,4
	Trung bình ± SD	63,5 ± 12,9	
Giới tính	Nam	82	62,6
	Nữ	49	37,4

Tiêu chuẩn chọn: Người bệnh được chẩn đoán đột quy não sau giai đoạn cấp.

Người bệnh đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh đột quy não có bệnh kèm theo ảnh hưởng đến đánh giá kết quả. Người bệnh không tuân thủ quy trình nghiên cứu. Người bệnh tử vong trong quá trình nghiên cứu.

Thời gian: Từ tháng 4/2021 đến tháng 10/2021.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nội tâm thần kinh, Bệnh viện Quân y 105.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

- Kỹ thuật: Chọn mẫu thuận tiện.

- Cỡ mẫu: Lấy toàn bộ người bệnh đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

- Phương pháp tiến hành: Phỏng vấn trực tiếp người bệnh bằng bộ phiếu điều tra chuẩn bị sẵn. Thu thập thông tin trên hồ sơ bệnh án, đánh giá trên người bệnh các dữ liệu về chức năng.

Xử lý số liệu: Bằng phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm Excel.

Nhận xét: Người bệnh có độ tuổi từ 50 - 69 tuổi chiếm tỷ lệ 48,1%; sau đó là nhóm tuổi từ 70 trở lên chiếm 34,4%.

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Triệu chứng lâm sàng		NB đợt quy (n = 131)		
		Tuần 1 n (%)	Tuần 3 n (%)	Tuần 5 n (%)
Liệt nửa người	Nặng	76 (58,0%)	29 (22,1%)	14 (10,7%)
	Nhẹ	55 (42,0%)	102 (77,9%)	117 (89,3%)
Rối loạn nuốt	Có	114 (87,0%)	50 (38,2%)	23 (17,6%)
	Không	17 (13,0%)	81 (61,8%)	108 (82,4%)
Rối loạn ngôn ngữ	Có	119 (90,8%)	88 (67,2%)	35 (26,7%)
	Không	12 (9,2%)	43 (32,8%)	96 (73,3%)
Rối loạn tiểu tiện	Có	97 (74,0%)	2 (1,5%)	1 (0,8%)
	Không	34 (26,0%)	129 (98,5%)	130 (99,2%)
Rối loạn đại tiện	Có	78 (59,5%)	1 (0,8%)	0 (0%)
	Không	53 (40,5%)	130 (99,2%)	131 (100%)
Teo cơ, cứng khớp	Có	39 (29,8%)	21 (16,0%)	1 (0,8%)
	Không	92 (70,2%)	110 (84,0%)	130 (99,2%)

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng của người bệnh đã được cải thiện rõ rệt kể từ tuần thứ 1 đến tuần thứ 5. Liệt nửa người nặng giảm từ 58% xuống 10,7%; rối loạn nuốt từ 87% xuống 17,6%; rối loạn ngôn ngữ từ 90,8% còn 26,7%; rối loạn tiểu tiện từ 74% còn 0,8%; rối loạn đại tiện từ 59,5% còn 0%; teo cơ, cứng khớp từ 29,8% xuống 0,8%.

Bảng 3.3. Chỉ số BMI của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số BMI	NB đợt quy (n = 131)	
	Số NB (n)	Tỷ lệ (%)
Nhẹ cân (< 18,5)	2	1,5
Vừa (18,5 - 24,9)	72	55,0
Thừa cân/béo phì (≥ 25)	57	43,5
Trung bình ± SD	24,7 ± 3,1	

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh thừa cân/béo phì chiếm 43,5%, nhẹ cân chiếm 1,5%; chỉ số BMI trung bình là 24,7.

Bảng 3.4. Hoạt động tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và người nhà

Hoạt động tư vấn, GDSK		NB đột quy (n = 131)		
		Tuần 1	Tuần 2	Tuần 3
TV kiến thức về bệnh	Có	118 (90,1%)	114 (87,0%)	110 (84,0%)
	Không	13 (9,9%)	17 (13,0%)	21 (16,0%)
TV về vệ sinh cá nhân	Có	114 (87,0%)	116 (88,5%)	113 (86,3%)
	Không	17 (13,0%)	15 (11,5%)	18 (13,7%)
TV về dinh dưỡng	Có	117 (89,3%)	110 (84,0%)	112 (85,5%)
	Không	14 (10,7%)	21 (16,0%)	19 (14,5%)
TV về tuân thủ điều trị	Có	124 (94,7%)	122 (93,1%)	125 (95,4%)
	Không	7 (5,3%)	9 (6,9%)	6 (4,6%)
TV về phòng ngừa các tai biến	Có	110 (84,0%)	115 (87,8%)	114 (87,0%)
	Không	21 (16,0%)	16 (12,2%)	17 (13,0%)

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh được tư vấn kiến thức về bệnh chiếm 90,1%; tư vấn về vệ sinh cá nhân chiếm 87%; tư vấn về dinh dưỡng chiếm 89,3%; tư vấn về tuân thủ điều trị chiếm 94,7% và tư vấn về phòng ngừa các tai biến chiếm 84%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình từ $63,5 \pm 12,9$ tuổi, tỷ lệ người bệnh là nam giới 62,6% nhiều hơn ở nữ 37,4%. Về trình độ học vấn trung cấp chiếm tỉ lệ cao nhất là 44,3%. Một số triệu chứng lâm sàng hay gặp trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu đó là: liệt vận động (100%), rối loạn ngôn ngữ (90,8%), rối loạn nuốt (87,0%), rối loạn cơ tròn (74,0%). Tiền sử bệnh nhân mắc các bệnh như tăng huyết áp (71%), đái tháo đường (14,5%), hút thuốc lá (32,1%). Các kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả khác [1], [2].

4.2. Kết quả chăm sóc điều dưỡng bệnh nhân đột quy não sau giai đoạn cấp

Khi người bệnh nhập viện điều trị, ngoài tuân thủ dùng thuốc và các kỹ thuật can thiệp trên người bệnh theo y lệnh, vai trò của điều dưỡng viên trong việc chăm sóc cho người bệnh rất quan trọng, sẽ giúp quá trình hồi phục nhanh và tránh các biến chứng có thể xảy ra.

Trong nghiên cứu này, các can thiệp của điều dưỡng được áp dụng chủ yếu là điều chỉnh chế độ ăn theo bệnh lý, tập phục hồi chức năng sớm, thay đổi tư thế phù hợp, ngoài ra còn kết hợp vỗ rung lồng ngực, vệ sinh răng miệng thường xuyên.

Kết quả khi ra viện cho thấy triệu chứng lâm sàng của người bệnh đã được cải thiện rõ rệt kể từ tuần thứ 1 đến tuần thứ 5. Liệt nửa người nặng giảm từ 58% xuống 10,7%; rối loạn nuốt từ 87% xuống 17,6%; rối loạn ngôn ngữ từ 90,8% xuống 26,7%; teo cơ, cứng khớp từ 29,8% còn 0,8%. Các biến chứng loét da vùng tỷ đè, cứng khớp chi trên chi dưới chiếm tỷ lệ

thấp cho thấy bệnh nhân tuân thủ chế độ can thiệp điều dưỡng hợp lý cho kết quả phục hồi tốt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Oliveira- Kumakura ARS và cộng sự [5] đã nhận định giá trị lâm sàng các chẩn đoán điều dưỡng liên quan đến thiếu hụt sự tự chăm sóc ở bệnh nhân đột quỵ như việc cho ăn, tắm, đi vệ sinh và một số chỉ số khác trên cơ sở đó góp phần xây dựng kế hoạch chăm sóc bệnh nhân đột quỵ ngày càng tốt hơn.

5. KẾT LUẬN

Kết quả chăm sóc tốt đạt 75,6%. Thay đổi về mức độ liệt: Khi vào viện 100% số người bệnh đột quỵ não đều có tình trạng liệt nửa người, trong đó liệt nặng chiếm tỉ lệ 58%, liệt nhẹ chiếm tỉ lệ 42%. Sang tuần thứ 3 và thứ 5 thì tỉ lệ liệt nhẹ tăng lên (77,9% và 89,3%) và tỉ lệ liệt nặng giảm xuống (22,1% và 10,7%). Như vậy hoạt động điều trị phục hồi chức năng của bệnh viện đã hoạt động tích cực để đảm bảo sự phục hồi nhanh chóng của người bệnh. Suy giảm chức năng vận động được cải thiện rõ rệt từ khi người bệnh vào viện đến ngày thứ 15 và ngày thứ 30 sau điều trị. Khả năng độc lập trong sinh hoạt: Tốt lên kể từ khi vào viện đến sau 15 ngày và sau 30 ngày.

6. KHUYẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi đưa ra một số kiến nghị sau:

- Đối với công tác chăm sóc người bệnh: Cần đặc biệt quan tâm tới hoạt động tư vấn, khuyến khích gia đình, người thân

của người bệnh tham gia vào quá trình chăm sóc.

- Đối với người bệnh: Cần tuân thủ chế độ điều trị, đặc biệt là chế độ phục hồi vận động trong giai đoạn nằm viện cũng như sau khi ra viện để đề phòng đột quỵ tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Lan và Phạm Quang Hoà (2017)**. "Cải thiện khả năng thực hành của người chăm sóc chính về phục hồi vận động cho người bệnh đột quỵ tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh", Tạp chí Nghiên cứu khoa học điều dưỡng, 1(2), tr.23-26.
2. **Wu S, Wu B, Liu M, Chen Z, Wang W, Anderson CS, et al.** Stroke in China: Advances and challenges, in epidemiology, prevention, and management. *Lancet Neurol.* (2019) 18:394-405.10.1016/S1474-4422(18)30500-3-DOI-PubMed.
3. **Clare CS (2020)**. Role of the nurse in acute stroke care. *Nurs Stand.* 2020 Apr 1;35(4):68-75. Doi: 10.7748/ns.2020.e11482.Epub 2020 Mar 30. PMID:32227723.
4. **Amatangelo MP, Thomas SB (2020)**. Priority Nursing interventions caring for the Stroke Patient. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2020 Mar;32(1):67-84, doi: 10.1016/j.cnc.2019.11.005. Epub 2019 Dec 18. PMID: 32014162.
5. **Oliveira-Kumakura ARS, Sousa CMFM, Biscaro JA, Silva KCRD, Silva JLG, Morais SCR, Lopes MVO (2021)**. Clinical Validation of Nursing Diagnoses Related to Self-Care Deficits in Patients with Stroke. *Clin Nurs Res.*2021 May; 30(4):494-501. Doi://10.1177/1054773819883352. Epub 2019 Oct 23. PMID:31640400.

KHẢO SÁT THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CỦA ĐIỀU DƯỠNG VỀ AN TOÀN NGƯỜI BỆNH TRONG CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT VÙNG ĐẦU MẶT CỔ TẠI BỆNH VIỆN BỎNG QUỐC GIA

Cao Thuỳ Dung

Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác

TÓM TẮT

An toàn người bệnh là vấn đề được quan tâm trong tất cả các quy trình chăm sóc sau phẫu thuật. Trung tâm Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ và Tái tạo (PTTHTM & TT), Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác đã tiến hành nghiên cứu để xác định bức tranh khái quát về kiến thức, thực hành của điều dưỡng (ĐD) về an toàn người bệnh (ATNB) trong chăm sóc sau phẫu thuật.

Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện từ trên toàn bộ tất cả điều dưỡng tại Trung tâm từ tháng 05/2022 đến 05/2023 đã cho kết quả: 77,3% điều dưỡng có kiến thức ATNB trong chăm sóc sau phẫu thuật đạt yêu cầu. Trong đó, tỷ lệ ĐD có điểm kiến thức đạt cao nhất là về kiểm soát nhiễm khuẩn chiếm 83,5% với điểm trung bình là $20,2 \pm 4,04$. 89,2% điều dưỡng có thái độ đúng về ATNB trong chăm sóc sau phẫu thuật. Điều dưỡng có thái độ đúng về đảm bảo ATNB trong chăm sóc và sử dụng trang thiết bị vật tư y tế cao nhất đạt 75%. Tỷ lệ ĐD có thái độ đạt về xác định chính xác người bệnh và cải thiện thông tin trong chăm sóc sau phẫu thuật thấp nhất (52,3%).

Từ khóa: An toàn người bệnh, chăm sóc hậu phẫu, vi phẫu cầm cổ

SUMMARY

Patient safety is a matter of concern in all post-operative care procedures. The Center for Plastic and Reconstructive Surgery conducted a study to determine the general picture of nurses' knowledge and practice on internal safety in postoperative care.

A cross-sectional study was carried out on all nurses at the Center from May 2022 to May 2023, with the results: 77.3% of nurses had satisfactory knowledge of internal safety in postoperative care, bridge. Which, the percentage of nurses with the highest knowledge score in infection control accounted for 83.5% with an average score of 20.2 ± 4.04 . 89.2% of nurses have the right attitude about internal safety in postoperative care. Nurses

Chịu trách nhiệm: Cao Thuỳ Dung, Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác

Email: thuydungsvb@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/6/2023; Ngày phản biện: 12/7/2023; Ngày duyệt bài: 20/7/2023

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.3.2023.239>

with the right attitude about ensuring internal safety in care and use of medical equipment and supplies reached 75%. The percentage of nurses with a satisfactory attitude about accurately identifying patients and improving information in postoperative care was the lowest (52.3%).

Keywords: Patient safety, postoperative care, microsurgery of chin and neck

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

An toàn người bệnh (ATNB) trong chăm sóc sau phẫu thuật là vấn đề phổ biến, có phạm vi rộng là sự quan tâm của toàn xã hội, bất cứ công đoạn nào của mọi quy trình chăm sóc sau phẫu thuật đều chứa đựng các nguy cơ tiềm tàng, rủi ro cho người bệnh (NB). Khi có sai sót hay sự cố y khoa không mong muốn xảy ra, người bệnh phải gánh chịu hậu quả ảnh hưởng tới sức khỏe hoặc bị khuyết tật tạm thời hay vĩnh viễn, hoặc tử vong, và các cán bộ y tế liên quan trực tiếp tới các sai sót/sự cố không mong muốn cũng phải hứng chịu áp lực của dư luận xã hội [1].

Đội ngũ điều dưỡng (ĐD) có vai trò đặc biệt trong việc giảm thiểu sự cố y khoa: Dịch vụ do ĐD cung cấp được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đánh giá là một trong những trụ cột của hệ thống cung cấp dịch vụ y tế (số lượng đông nhất, tiếp xúc với người bệnh nhiều nhất và số lượng dịch vụ cung cấp nhiều nhất); hầu hết các chỉ định của bác sĩ điều trị đều thông qua người ĐD để thực hiện trên người bệnh, công việc chuyên môn của ĐD luôn diễn ra trước và sau công tác điều trị đảm bảo công tác điều trị an toàn [3].

Những năm gần đây, số lượng người bệnh đến khám và điều trị tại Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác tăng theo từng năm, tiềm ẩn nguy cơ xảy ra các sai sót,

sự cố y khoa. Theo nghiên cứu của Nguyễn Hữu Dự năm 2015: 27,6% ĐD không nêu được khái niệm về sự cố y khoa, 53,5% cho rằng sự cố y khoa gây tổn hại nhẹ cho người bệnh [4].

Nhằm giúp bệnh viện có được bức tranh khái quát về kiến thức, thực hành của ĐD về ATNB trong chăm sóc sau phẫu thuật, từ đó cải thiện và nâng cao hơn nữa chất lượng chăm sóc sức khỏe, giảm thiểu những rủi ro, sự cố y khoa có thể xảy ra trong quá trình khám chữa bệnh, nghiên cứu “Khảo sát kiến thức, thực hành của điều dưỡng về an toàn người bệnh trong chăm sóc sau Phẫu thuật vùng đầu mặt cổ tại Bệnh viện bông quốc gia” được tiến hành với mục tiêu: Khảo sát kiến thức, thực hành của điều dưỡng về an toàn người bệnh trong chăm sóc sau phẫu thuật đầu - mặt - cổ vùng đầu mặt cổ và một số yếu tố liên quan tại Trung tâm Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ và Tái tạo (PTTHTM&TT).

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng nghiên cứu: Điều dưỡng (ĐD) đang làm việc tại Trung tâm PTTHTM&TT, Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác có mặt và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 5/2022 đến tháng 5/2023.

- Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ và Tái tạo, Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác.

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có kết hợp phương pháp định lượng và định tính.

- Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn toàn bộ điều dưỡng đang làm việc tại Trung tâm Phẫu thuật tạo hình Thẩm mỹ và Tái tạo - Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác

- Phương pháp và công cụ thu thập thông tin: Sử dụng bộ câu hỏi định lượng

và bảng kiểm soạn sẵn theo biểu mẫu quy định tại Quyết định 56/QĐ-K2ĐT của Bộ Y tế ngày 16 tháng 05 năm 2014 để phỏng vấn và quan sát thực hành chăm sóc của nhân viên Điều dưỡng thực hiện chăm sóc bệnh nhân sau vi phẫu cằm cổ. Thang điểm đánh giá được dựa trên Tiêu chuẩn đánh giá dựa trên tài liệu ATNB của Bộ Y tế năm 2014.

- Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS

3. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Thông tin chung của điều dưỡng

Đặc điểm		Số lượng (n = 12)	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	4	32,4
	Nữ	8	67,6
Tuổi	< 25 tuổi	1	4,5
	≥ 25 tuổi	11	95,5
	$\bar{X} \pm SD$	29,99 ± 4,2	
Số năm công tác	> 5 năm	7	56,8
	< 5 năm	5	43,2
Trình độ chuyên môn	Trung cấp	5	38,1
	Cao đẳng	2	17,6
	Đại học	5	42,6
	Sau đại học	0	1,7

Nhận xét: Điều dưỡng là nữ giới chiếm 67,6%. Đa số ĐD có nhóm tuổi từ 25 tuổi trở lên. Tỷ lệ ĐD có thời gian công tác >5 năm cao hơn tỷ lệ điều dưỡng có thời

gian công tác < 5 năm. Trong tổng số ĐD tham gia nghiên cứu có trình độ chuyên môn là cao đẳng trở lên cao hơn gấp 3 lần so với cán bộ ĐD trung cấp.

Bảng 3.2. Tỷ lệ ĐD có kiến thức đạt về an toàn thủ thuật trong chăm sóc sau phẫu thuật

Kiến thức	Tần số mức kiến thức (n = 12)					
	Đạt		Chưa đạt		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Yêu cầu của thay đổi tư thế NB sau phẫu thuật	8	64,8	4	35,2	12	100,0
Yêu cầu về giường/phòng của NB sau phẫu thuật	8	64,8	4	35,2	12	100,0
Tần suất theo dõi mạch, huyết áp của NB sau phẫu thuật	9	76,7	3	27,3	12	100,0
Các trường hợp NB đặc biệt cần theo dõi sát	8	64,8	4	35,2	12	100,0
Tần suất theo dõi billan dịch ngoài da của NB sau phẫu thuật	11	89,2	1	7,4	12	100,0
Tần suất theo dõi mạch, huyết áp của NB sau phẫu thuật có ống dẫn lưu	8	64,8	4	35,2	12	100,0
Yêu cầu khi sử dụng thuốc giảm đau	7	59,1	5	40,9	12	100,0
Các biến chứng tuần hoàn sau phẫu thuật	10	81,8	2	18,2	12	100,0
Các biến chứng hô hấp sau phẫu thuật	11	94,3	1	5,7	12	100,0
Các biến chứng vết mổ sau phẫu thuật	10	81,8	2	18,2	12	100,0
Kiến thức chung về an toàn thủ thuật trong chăm sóc sau phẫu thuật	9	76,7	3	27,3	12	100,0

Nhận xét: Điều dưỡng còn thiếu kiến thức về yêu cầu khi sử dụng thuốc giảm đau. Đa số ĐD có kiến thức về các biến chứng hô hấp có thể xảy ra trong chăm sóc sau phẫu thuật. Kết quả thảo luận

nhóm cũng cho thấy "Hầu hết hạn chế của ĐD khi chăm sóc sau phẫu thuật là sử dụng thuốc giảm đau, ĐD đều hiểu rằng cứ khi nào BN đau thì phát thuốc giảm đau...").

Bảng 3.3. Kiến thức của ĐD về ATNB trong chăm sóc sau phẫu thuật

Kiến thức (n = 12)	$\bar{X} \pm SD$
Kiến thức chung về ATNB	9,1 ± 1,96
Xác định NB và cải thiện thông tin	24,5 ± 5,47
An toàn thủ thuật	18,4 ± 3,62
Kiểm soát nhiễm khuẩn	20,2 ± 4,04
An toàn trong sử dụng thuốc	46,7 ± 7,25
ATNB trong chăm sóc và sử dụng trang thiết bị	14,2 ± 3,15
Tổng điểm	133,9 ± 20,08

Nhận xét: Đa số ĐD có điểm kiến thức, đạt cao nhất là kiến thức về kiểm soát nhiễm khuẩn, ĐD có điểm kiến thức thấp nhất là kiến thức về an toàn trong sử dụng thuốc.

Bảng 3.4. Tỷ lệ ĐĐ có thái độ đạt đảm bảo an toàn thủ thuật trong chăm sóc NB sau phẫu thuật

Thái độ	Tần số mức thái độ (n = 12)					
	Đạt		Chưa Đạt		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%
Thái độ niềm nở, vui vẻ thông báo cho NB và thân nhân NB diễn biến phát triển của bệnh	10	81,8	2	18,2	12	100,0
Thái độ nhiệt tình giúp đỡ những NB khó khăn thay đổi tư thế trong quá trình chăm sóc sau phẫu thuật	11	94,3	1	5,7	12	100,0
Thái độ cẩn thận chăm sóc đặc biệt cho các trường hợp NB có biến chứng hoặc có sự cố y khoa không mong muốn xảy ra trong quá trình chăm sóc sau phẫu thuật	10	81,8	2	18,2	12	100,0
Điểm chung về thái độ về đảm bảo an toàn thủ thuật trong chăm sóc sau phẫu thuật	8	64,8	4	35,2	12	100,0

Nhận xét: Phần lớn ĐĐ có thái độ đạt đảm bảo an toàn thủ thuật trong chăm sóc sau phẫu thuật. Trong đó, hầu hết ĐĐ có thái độ nhiệt tình giúp đỡ những NB khó khăn thay đổi tư thế trong quá trình chăm sóc sau phẫu thuật.

Bảng 3.5. Thực hành ATNB chăm sóc hậu phẫu của điều dưỡng

	Nội dung	n	Tỷ lệ %
1	Điều dưỡng viên có nhẹ nhàng, vui vẻ hỏi thông tin xác định chính xác người bệnh sau khi người bệnh về phòng hậu phẫu	15	62,5
2	Điều dưỡng có cho người bệnh để tư thế đầu thấp, đắp chăn, ủ ấm, thở oxy	24	100,0
3	Điều dưỡng viên có kiểm tra dấu hiệu sinh tồn	24	100,0
4	Điều dưỡng có kiểm tra đánh giá tình trạng vết mổ	17	70,8
5	Điều dưỡng có kiểm tra áp lực ống dẫn lưu	12	50,0
6	Điều dưỡng có cố định tốt vùng phẫu thuật	13	54,2
7	Điều dưỡng viên có cẩn thận theo dõi người bệnh trong suốt quá trình truyền dịch	24	100,0
8	Điều dưỡng viên có theo dõi số lượng, màu sắc dịch dẫn lưu	15	62,5
9	Điều dưỡng viên có sẵn sàng nhiệt tình giải thích và hướng dẫn cho người nhà bệnh nhân cách chăm sóc sau phẫu thuật	16	66,7
10	Điều dưỡng viên có tư vấn chế độ dinh dưỡng cho người bệnh	11	45,8
11	Điều dưỡng viên có cẩn thận khử khuẩn, tiệt khuẩn đúng quy trình các dụng cụ y tế trước khi thực hiện các thủ thuật	24	100,0
12	Điều dưỡng viên có nhẹ nhàng thu gom dụng cụ y tế, phân loại rác thải y tế sau khi thực hiện các thủ thuật	24	100,0
13	Điều dưỡng viên có niềm nở trao đổi hướng dẫn cho người bệnh và thân nhân người bệnh phòng tránh té ngã cho người bệnh	14	58,3
14	Điều dưỡng viên có niềm nở vui vẻ thông báo cho người bệnh và thân nhân người bệnh diễn biến phát triển của bệnh	12	50,0
15	Điều dưỡng viên có thực hành sẵn sàng nhiệt tình giúp đỡ NB khó khăn thay đổi tư thế trong quá trình chăm sóc sau phẫu thuật	13	54,2
16	Điều dưỡng viên có cẩn thận chăm sóc đặc biệt cho các trường hợp người bệnh có biến chứng hoặc có sự cố y khoa không mong muốn xảy ra trong quá trình chăm sóc sau phẫu thuật	24	100,0

Nhận xét: Trong tổng số 24 lần quan sát, đa phần các điều dưỡng đều đã thực hiện đúng các yêu cầu về ATNB sau phẫu thuật, với tỷ lệ đạt là từ 58,3 đến 100%. Tuy nhiên, vẫn còn có một số nội dung chưa thực sự được chú trọng như: Tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh (45,8%); kiểm tra dẫn lưu (50%), thông báo diễn biến bệnh (50%) và nhiệt tình thay đổi tư thế (54,2%). Tỷ lệ này chủ yếu là do ĐD chú trọng nhiều đến việc theo dõi việc lành vết thương trên lâm sàng, ít quan tâm đến dinh dưỡng và các phẫu thuật vi phẫu ít khi cần sử dụng đến dẫn lưu nên khiến cho ĐD đa phần không cần kiểm tra. Các hoạt động thay đổi tư thế bệnh nhân và thông báo diễn biến bệnh thì hầu hết các bệnh viện đang phụ thuộc nhiều vào người nhà bệnh nhân nên các hoạt động này ít được chú trọng hơn (vì nhân lực ở bệnh viện thường không đủ để thực hiện).

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ ĐD có kiến thức chung về ATNB đạt 73,9% với điểm trung bình là $9,1 \pm 1,96$ (bảng 3.2, bảng 3.3) tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hữu Dự năm (2015) [4] tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội có 72,4% ĐD và kỹ thuật viên nêu được một phần khái niệm về sự cố y khoa.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Agharahimi Z và cộng sự (2011) cho thấy tỷ lệ trung bình nhân viên y tế có kiến thức chung về ATNB tại bệnh viện Noor & Ali Asghar ở Isfahan là 62% [10]. Kết quả nghiên cứu này có tỷ lệ ĐD có kiến thức chung đạt tương đối cao có thể do tỷ lệ ĐD được tham dự các lớp tập huấn về ATNB trong nghiên cứu này

khá cao. Bên cạnh đó, kết quả cũng phù hợp với kết quả thảo luận nhóm ĐD trưởng cho biết “Trong các lần kiểm tra tại khoa, các điều dưỡng đều nắm được các khái niệm cơ bản về ATNB, quy trình xử lý sự cố y khoa. Tuy nhiên các ĐD còn chưa nắm rõ được tất cả các giải pháp để phòng tránh sự cố y khoa...”. Bệnh viện nên áp dụng tổ chức các buổi kiểm tra định kiến thức chuyên môn, nhằm giúp ĐD biết được phần kiến thức chuyên môn vẫn còn thiếu sót để tra đổi kịp thời đảm bảo chăm sóc NB.

52,3% ĐD có thái độ đạt về xác định chính xác NB và cải thiện thông tin trong chăm sóc sau phẫu thuật, trong đó tỷ lệ ĐD cẩn thận hỏi lại y lệnh của bác sĩ trước khi thực hiện thủ thuật còn rất thấp (68,8%). Kết quả thảo luận nhóm cán bộ lãnh đạo cũng cho kết quả tương đồng “Đa số các ĐD thực hiện chỉ định của bác sĩ đã ghi trong phiếu bệnh án, chứ không cẩn thận hỏi lại bác sĩ trước khi thực hiện...”. Việc trao đổi thông tin giữa bác sĩ và điều dưỡng còn nhiều bất cập.

Do có nhiều bác sĩ làm việc tại bệnh viện là các thầy/cô kiêm nhiệm của nhà trường, ngoài công tác khám chữa bệnh tại Bệnh viện, công việc chính của các thầy, cô là giảng dạy và nghiên cứu khoa học.

Vì vậy không phải lúc nào các thầy/cô cũng có mặt tại khoa để ĐD có thể hỏi lại chỉ định trước khi thực hiện các thủ thuật, và thành thói quen ĐD không hỏi lại mà chỉ nhìn theo phiếu chỉ định để thực hiện. Các khoa/phòng cần tăng cường giám sát nhắc nhở kịp thời những ĐD chưa cẩn thận hỏi lại chỉ định của bác sĩ trước khi thực hiện thủ thuật. Áp dụng các phương tiện thông tin liên lạc để tạo điều kiện thuận lợi cho

việc trao đổi thông tin giữa ĐD và bác sỹ trong khoa và các khoa khác, nhằm nâng cao hiệu quả quá trình chăm sóc NB sau phẫu thuật.

Điều dưỡng có thực hành đạt về ATNB trong chăm sóc sau phẫu thuật (89,2%). Kết quả này cũng phù hợp với kết quả thảo luận nhóm cán bộ lãnh đạo “Bệnh viện tôi được đánh giá là bệnh viện có hệ thống ĐD có thái độ với NB và thân nhân NB trong số các bệnh viện tuyến trung ương, các ĐD đều được yêu cầu niềm nở, vui vẻ với NB...”.

Kết quả nghiên cứu này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Lâm (2015) tại Bệnh viện đa khoa Saint Paul, tỷ lệ ĐD có thái độ đạt chỉ có 34,3% [11]. Thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Mỹ Hạnh năm 2010 về đánh giá kiến thức thái độ quy trình ĐD tại Bệnh viện cấp cứu Trưng Vương cho thấy ĐD có thái độ đúng là 96,8% [12]. Điều này được giải thích rằng, ngay từ khi bắt đầu thành lập, ban lãnh đạo Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã hướng tới xây dựng hình ảnh thân thiện, nhẹ nhàng, phục vụ tốt người bệnh trong mọi hoàn cảnh.

Hàng tuần trong các buổi giao ban cán bộ lãnh đạo bệnh viện/khoa/phòng đều quan tâm sát sao đến những tồn tại trong công tác giao tiếp với người bệnh. Những trường hợp vi phạm được đưa ra phân tích, bàn bạc và rút kinh nghiệm sâu sắc. Ngoài việc đặt các hòm thư góp ý tại từng khoa/phòng trong bệnh viện, hàng năm phòng ĐD thực hiện 2 cuộc khảo sát định kỳ về sự hài lòng của người bệnh nhằm điều chỉnh kịp thời và nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc người bệnh.

5. KẾT LUẬN

77,3% điều dưỡng có kiến thức ATNB trong chăm sóc sau phẫu thuật đạt yêu cầu. Điểm trung bình là $133,9 \pm 20,08$. Trong đó, tỷ lệ ĐD có điểm kiến thức đạt cao nhất là về kiểm soát nhiễm khuẩn chiếm 83,5% với điểm trung bình là $20,2 \pm 4,04$, tỷ lệ ĐD có điểm thấp nhất là về an toàn trong sử dụng thuốc chiếm 63,1% với điểm trung bình là $46,7 \pm 7,25$.

89,2% điều dưỡng có thái độ về ATNB trong chăm sóc sau phẫu thuật đạt. Trong đó tỷ lệ ĐD có thái độ đạt về đảm bảo ATNB trong chăm sóc và sử dụng trang thiết bị vật tư y tế cao nhất (75%). Tỷ lệ ĐD có thái độ đạt về xác định chính xác người bệnh và cải thiện thông tin trong chăm sóc sau phẫu thuật thấp nhất (52,3%). Hầu hết các nội dung thực hành đảm bảo ATNB đều được ĐD thực hiện tốt. Tuy nhiên vẫn còn một số hoạt động chưa tốt như: Cố định vùng phẫu thuật (54,2%); kiểm tra ống dẫn lưu (50%); tư vấn chế độ dinh dưỡng (45,8%); thông báo diễn biến bệnh (50%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Daniel Maurino (1998)**. Beyond aviation human factors: safety in high technology systems, Gower Technical.
2. **Olivier Guillod (2013)**. Medical error disclosure and patient safety: Legal aspects, Journal of public health research, 2(31), 182-185.
3. **Bộ Y tế (2014)**. Tài liệu đào tạo liên tục an toàn người bệnh, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. **Nguyễn Hữu Dự (2016)**. Nhận thức của điều dưỡng, kỹ thuật viên Bệnh viện Bông quốc gia về sự cố y khoa và tính khả thi của việc áp dụng mẫu báo cáo sự cố y khoa vào hồ sơ bệnh án, Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Alan Milburn (2000)**. An Organisation with a Memory: Report of an Expert Group on Learning from Adverse Events in the National Health

- Service, Department of Health Chief Medical Officer of Health.
6. **Thomas G Weiser (2008)**. An estimation of the global volume of surgery: A modeling strategy based on available data, *The Lancet*, 9633(327), 139-144.
 7. **WHO (2011)**. Patient Safety Curriculum Guide, Multi-professional Edition.
 8. **Levinson DR. Washington (2010)**. Adverse Event in Hospitals: National Incidents among Medicare beneficiaries, Office of Inspector General, Department of Health and Human Services.
 9. Nobile CG, Montuori P et al (2002). Healthcare personnel and hand decontamination in intensive care units: knowledge, attitudes, and behavior in Italy, *Journal of hospital infection*, 51(3), 226 -232.
 10. Z Agharahimi, M Mostofi et al (2012). Evaluation of staff attitudes about patients' safety culture in Noor & Ali Asghar hospitals in Isfahan-2011, *Journal of a Hospital*, 11(3), 17-26.
 11. Nguyễn Thị Hồng Lâm (2015). Kiến thức, thực hành về an toàn người bệnh của điều dưỡng lâm sàng Bệnh viện Đa khoa Saint Paul năm 2015 và một số yếu tố liên quan, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng.
 12. Thân Thị Thu Ba, Nguyễn Thị Mỹ Hạnh (2012). Đánh giá kiến thức, thực hành và thực hành quy trình điều dưỡng tại BVCC Trung Vương, tại trang web <http://www.bvtrungvuong.vn/Default.aspx?tabid=73&ctl=ViewNewsDetail&mid=402&NewsPK=12>, xem 17/5/2017.
 13. McFadden EA, Miller MA (1994). Clinical nurse specialist practice: Facilitators and barriers, *Clinical Nurse Specialist*, 8(1), 27-33.
 14. Tuduetsso Ramokate, Debashis Basu (2009). Health care waste management at an academic hospital: knowledge and practices of doctors and nurses, *South African Medical Journal*, 99(6), 67-72.
 15. Amanda J. Ullman, Debbie A. Long, Claire M. Rickard (2014). Prevention of central venous catheter infections: a survey of pediatric ICU nurses' knowledge and practice, *Nurse Education Today*, 34(2), 202-207.

PHỤ LỤC 1:
PHIẾU PHỎNG VẤN KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH VỀ AN TOÀN NGƯỜI BỆNH CỦA
ĐIỀU DƯỠNG TRONG CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN BỔNG
QUỐC GIA NĂM 2022 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Mã số:					
--------	--	--	--	--	--

Hà Nội, ngày tháng năm 2022

Với mục đích góp phần đảm bảo An toàn người bệnh của Điều dưỡng tại các khoa/phòng nhằm nâng cao công tác quản lý chất lượng tại Bệnh viện Bổng quốc gia.

Chúng tôi kính mong anh/chị dành thời gian trả lời những câu hỏi sau:

Những ý kiến góp ý của anh/chị rất quan trọng đối với chúng tôi, giúp chúng tôi có đầy đủ thông tin để tìm ra các biện pháp nâng cao chất lượng An toàn người bệnh trong Bệnh viện. Những thông tin của anh/chị cung cấp sẽ được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

Phần A: THÔNG TIN CHUNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN

STT	Câu hỏi	Trả lời
Thông tin chung cá nhân		
A1	Giới tính của anh/chị là gì? (Khoanh tròn vào một số ứng với đáp án đúng nhất)	Nam Nữ
A2	Năm nay anh/chị bao nhiêu tuổi?	_____ tuổi
A3	Tình trạng hôn nhân hiện tại của anh chị là gì? (Khoanh tròn vào một số ứng với đáp án đúng nhất)	Chưa kết hôn Đã kết hôn Đã ly hôn
A4	Anh/chị hiện có mấy con? (Điền số tương ứng vào chỗ trống)	_____ con
A5	Thu nhập hàng tháng của anh chị tại bệnh viện mình trung bình bao nhiêu? (Điền số tương ứng vào chỗ trống)	_____ triệu đồng/tháng
Thông tin về đào tạo		
A6	Bằng cấp cao nhất của anh/chị hiện tại là gì? (Khoanh tròn vào một số ứng với đáp án đúng nhất)	Sau đại học Cử nhân Điều dưỡng Cao đẳng Điều dưỡng Trung cấp Điều dưỡng
A7	Anh/chị đã tham gia chương trình đào tạo/ hệ đào tạo gì? (Khoanh tròn vào một số ứng với đáp án đúng nhất)	Chính quy Liên thông/Không chính quy

A8	Anh/ chị đã từng được tập huấn về An toàn người bệnh trong 2 năm gần đây? (Khoanh tròn vào một số ứng với đáp án đúng nhất)	Đã được tập huấn Chưa được tập huấn Không nhớ/Không trả lời
Thông tin về môi trường làm việc		
A9	Anh chị có kiêm nhiệm thêm nhiệm vụ khác trong bệnh viện không? (Khoanh tròn vào một số ứng với đáp án đúng nhất)	Có Không
A10	Thời gian làm công việc điều dưỡng của anh/ chị tính đến nay? (Điền số tương ứng vào chỗ trống)	_____ năm _____ tháng
A11	Trung bình 1 tuần anh/chị làm tại bệnh viện bao nhiêu giờ? (Khoanh tròn vào một số ứng với đáp án đúng nhất)	≤ 40 giờ/tuần > 40 giờ/tuần

Phần B: KIẾN THỨC VỀ AN TOÀN NGƯỜI BỆNH TRONG CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT ĐẦU - MẶT - CỔ

STT	Câu hỏi	Trả lời
Kiến thức chung về an toàn người bệnh		
B1	Theo anh/chị, an toàn người bệnh là gì? (Khoanh tròn vào một số ứng với đáp án đúng nhất)	1. Đảm bảo người bệnh không bị chấn thương, tai nạn. 2. Đảm bảo người bệnh không gặp sự cố y khoa. 3. Là giảm thiểu hết mức có thể nguy cơ gây tổn hại không cần thiết liên quan đến chăm sóc y tế. 4. Không biết/Không trả lời 5. Khác
B2	Theo anh/chị, sự cố y khoa là gì? (Khoanh tròn vào một số ứng với đáp án đúng nhất)	1. Điều bất trắc ngẫu nhiên với người bệnh 2. Điều bất trắc xảy ra với người bệnh hoặc liên quan tới người bệnh. 3. Điều bất trắc liên quan tới người bệnh 4. Không biết/không trả lời. 5. Khác.....
B3	Theo anh/chị, hậu quả của sự cố y khoa là gì? (Khoanh tròn vào những số tương ứng với các đáp án đúng)	1. Không có hậu quả gì 2. Tăng gánh nặng bệnh tật 3. Tăng ngày nằm viện trung bình 4. Tăng chi phí điều trị 5. Làm giảm chất lượng chăm sóc y tế và ảnh hưởng đến uy tín, niềm tin đối với cán bộ y tế và cơ sở cung cấp dịch vụ. 6. Khác (ghi rõ) 7. Không biết/không trả lời

KẾT QUẢ CÔNG TÁC THU DUNG, CẤP CỨU VÀ ĐIỀU TRỊ CHO BỆNH NHÂN TẠI MỘT SỐ BỆNH XÁ ĐẢO CẤP 1 THUỘC QUẦN ĐẢO X

¹Nguyễn Hồng Sơn, ¹Trần Quốc Việt, ¹Bùi Đức Thành,
²Hoàng Việt Hùng, ³Lê Trọng Dũng, ¹Nguyễn Quang Tường,
¹Nguyễn Thị Ngọc Dung, ¹Đào Tấn Duy, ¹Vũ Đình Ân

¹Bệnh viện Quân y 175

²Ban Quân y - Phòng Hậu cần/Vùng 4 Hải Quân

³Học viện Quân y

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đánh giá kết quả công tác khám bệnh, thu dung, cấp cứu và điều trị người bị thương bị bệnh tại bệnh xá đảo cấp 1 thuộc quần đảo X từ năm 2018 đến năm 2022.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu các đặc điểm và kết quả công tác khám bệnh, thu dung, cấp cứu và điều trị cho người bị thương, bị bệnh tại bệnh xá của các đảo cấp 1 thuộc Quần đảo X từ năm 2018 đến năm 2022.

Kết quả: Tổng số lượt khám tại các bệnh xá là 26109 lượt, trung bình là 435 lượt/tháng. Tỷ lệ bệnh nhân được thu dung điều trị chiếm tỷ lệ 7,77%. Tổng số bệnh nhân phải cấp cứu là 512. Tỷ lệ cấp cứu chiếm 25,25% so với tổng thu dung. Cơ cấu bệnh tập trung vào một số nhóm bệnh như: Tổn thương, ngộ độc và hậu quả của một số nguyên nhân từ bên ngoài với tỷ lệ cao nhất ($23,01 \pm 2,20\%$); Sau đó là các bệnh của da và tổ chức dưới da, các bệnh của hệ hô hấp và hệ tiêu hóa. Trong 5 bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất, vết thương phần mềm chiếm tỷ lệ cao nhất với $13,06 \pm 0,97\%$, tiếp đó là các bệnh viêm da; viêm, nhiễm trùng đường hô hấp trên cấp; hội chứng ruột kích thích và sốt chưa rõ nguyên nhân.

Phương pháp điều trị cho các bệnh nhân tại bệnh xá chủ yếu là nội khoa chiếm tỷ lệ 71,65%. Trong 5 năm, có 144 bệnh nhân được vận chuyển về đất liền bằng các loại phương tiện: tàu quân sự, tàu dân sự (tàu đánh cá) và máy bay.

Kết luận: Công tác khám chữa bệnh tại bệnh xá đảo cấp 1 trong 5 năm 2018 - 2022 đã hoàn thành tốt nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe bộ đội và nhân dân trong khu vực.

Từ khóa: Thu dung, cấp cứu, bệnh xá đảo cấp 1

Chịu trách nhiệm: Bùi Đức Thành, Bệnh viện Quân y 175

Email: buiducthanh175@yahoo.com

Ngày nhận bài: 25/6/2023; Ngày phản biện: 12/7/2023; Ngày duyệt bài: 20/7/2023

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.3.2023.240>

ABSTRACT

Objective: Research and evaluate the results of medical examination, collection, emergency and treatment of patients at the infirmary of level 1 islands of the X archipelago from 2018 to 2022.

Subjects and methods: A cross-sectional, retrospective descriptive study on the characteristics and results of medical examination, collection, emergency and treatment of patients at the infirmary of level 1 islands of the X archipelago from 2018 to 2022.

Results: The total number of patients examined at the infirmary was 26109 times, an average of 435 times /month. The rate of patients receiving treatment accounted for 7.77%. The total number of emergency patients was 512. The emergency rate accounted for 25.25% of the total collection. Disease structure focuses on a number of groups such as Injury, poisoning and consequences of some external causes with the highest rate ($23.01 \pm 2.20\%$); Then there are diseases of the skin and subcutaneous tissues, diseases of the respiratory and digestive systems. Among the 5 most common diseases, soft tissue wounds account for the highest rate with $13.06 \pm 0.97\%$, followed by inflammatory skin diseases; Inflammation, acute upper respiratory tract infection; Irritable bowel syndrome and fever of unknown cause.

Treatment for patients at the infirmary is mainly internal medicine, accounting for 71.65%. In 5 years, 144 patients were transported to the mainland using transport: military ships, civilian ships (fishing boats) and airplanes.

Conclusion: The medical examination and treatment at the infirmary of level 1 islands in the 5 years from 2018 to 2022 have completed the task of taking care of the health of soldiers and people in the region.

Keywords: Medical examination, collection, emergency the infirmary of level 1 islands

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Biển đảo Việt Nam nằm trong Biển Đông với diện tích 1.339.000 km² có vị trí đặc biệt về kinh tế, quốc phòng và an ninh đối với nước ta, trong đó có quần đảo Hoàng Sa, Trường Sa, là những địa hình rất quan trọng trong chiến lược phòng thủ bảo vệ Tổ quốc [1], [2].

Bảo đảm y tế cho cán bộ, chiến sĩ và nhân dân vùng biển đảo là nhiệm vụ quan trọng trong chiến lược biển Việt Nam. Nhận thấy được tầm quan trọng của y tế

biển đảo, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Chỉ thị số 25/2004/CT-TTg ngày 29 tháng 6 năm 2004 về “Tăng cường công tác kết hợp quân dân y trong chăm sóc, bảo vệ sức khỏe nhân dân và bộ đội trong giai đoạn mới” [3] và Quyết định 317/QĐ-TTg ngày 07 tháng 2 năm 2013 về việc phê duyệt Đề án “Phát triển y tế biển, đảo Việt Nam đến năm 2020” [4] với mục tiêu bảo đảm người dân sinh sống và làm việc ở vùng biển đảo được tiếp cận, sử dụng dịch vụ y tế cho dự phòng, cấp cứu, khám chữa bệnh và nâng cao sức khỏe [4].

Các đảo trên quần đảo X phân theo cấp đảo bao gồm: Đảo cấp 1; Đảo cấp 2; Đảo cấp 3 và các Đảo chìm [1]. Từ ngày 01/01/2018, 100% quân và dân thuộc quần đảo X cũng tham gia khám chữa bệnh (KCB) theo chế độ BHYT nhằm mục đích nâng cao khả năng chăm sóc sức khỏe, khám chữa bệnh cho quân nhân, nhân dân và các ngư dân trên các đảo. Đặc điểm và kết quả công tác khám bệnh, thu dung, cấp cứu và điều trị cho người bị thương, bị bệnh là một yếu tố quan trọng góp phần đánh giá và phản ánh hiệu quả của công tác khám bệnh, chữa bệnh tại các bệnh xá đảo. Tuy nhiên hiện tại chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả công tác khám bệnh, thu dung, cấp cứu và điều trị cho người bị thương, bị bệnh tại đây.

Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm bệnh tật và kết quả công tác khám bệnh, thu dung, cấp cứu và điều trị cho người bị thương, bị bệnh tại bệnh xá các đảo cấp 1 thuộc Quần đảo X từ năm 2018 đến năm 2022.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Công tác khám bệnh, thu dung, cấp cứu và điều trị người bị thương, bị bệnh tại bệnh xá các đảo cấp 1 thuộc quần đảo X, từ năm 2018 đến năm 2022.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả khám bệnh, thu dung, cấp cứu và điều trị tại bệnh xá các đảo cấp 1 thuộc Quần đảo X

2.2. Chất liệu nghiên cứu

Trong quá trình nghiên cứu đã sử dụng chất liệu nghiên cứu sau:

- Sổ đăng ký khám bệnh của các Bệnh xá đảo cấp 1 (2018 - 2022).
- Báo cáo thống kê điều trị hàng năm lưu trữ tại các Bệnh xá đảo cấp 1 (2018 - 2022).
- Sổ ghi chép cấp cứu của các Bệnh xá đảo cấp 1 (2018 - 2022).
- Sổ ghi chép phẫu thuật của các Bệnh xá đảo cấp 1 (2018 - 2022).
- Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân quân điều trị nội trú tại các Bệnh xá đảo cấp 1 (2018 - 2022).
- Văn bản, quyết định và một số tài liệu có liên quan.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu số liệu kết hợp phân tích số liệu thứ cấp định tính và định lượng.

Trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi tiến hành thu thập toàn bộ các hồ sơ bệnh án, thống kê báo cáo về kết quả khám bệnh, thu dung điều trị nội trú của quân và nhân dân đã khám bệnh, cấp cứu và điều trị tại các Bệnh xá đảo cấp 1 thuộc Quần đảo X (2018 - 2022).

- Xử lý số liệu: Các số liệu thu thập, tổng hợp qua bảng tính Excel, xử lý bằng Excel và phần mềm SPSS 22.0 và các thuật toán thống kê thông thường. Tính tỷ lệ %, tính giá trị trung bình và sử dụng thuật toán thống kê dùng trong y học.

Bảng 3.1. Kết quả thu dung, khám bệnh, cấp cứu và điều trị tại các bệnh xá đảo cấp 1 thuộc Quần đảo X

Nội dung	Năm					Tổng
	2018	2019	2020	2021	2022	
Số khám trong năm (lượt)	5551	5825	5138	4746	4849	26109
Số khám trung bình/tháng (lượt/tháng)	463	485	428	396	404	435
Số bệnh nhân thu dung vào bệnh xá điều trị	504	651	412	229	232	2028
Tỷ lệ thu dung (%)	9,08	11,18	8,02	4,83	4,78	7,77
Số bệnh nhân cấp cứu	109	89	116	78	120	512
Tỷ lệ cấp cứu/thu dung (%)	21,63	13,67	28,16	34,06	51,72	25,25

Số lượt khám bệnh tại các bệnh xá có sự thay đổi theo các năm từ 2018 đến 2022 với tổng số lượt khám là 26109 lượt, trung bình là 435 lượt/tháng. Cao nhất là năm 2019 với 5825 lượt khám, năm 2021 là thấp nhất với 4746 lượt (do giãn cách xã hội trong đợt dịch covid-19 nên số lượng người khám giảm xuống). Bệnh nhân được thu dung vào bệnh xá các đảo để điều trị trong 5 năm chiếm tỷ lệ trung bình là

7,77% số đến khám, với 2028 bệnh nhân. Trong đó, cao nhất là năm 2019 với tỷ lệ thu dung là 11,18%. Tổng số bệnh nhân phải cấp cứu trong 5 năm tại các bệnh xá đảo là 512. Tỷ lệ cấp cứu chiếm khá cao khoảng 25,25% so với tổng số bệnh nhân được thu dung vào điều trị.

3.2. Đặc điểm về cơ cấu bệnh của bệnh nhân được thu dung, cấp cứu và điều trị tại bệnh xá các đảo cấp 1 thuộc Quần đảo X

Bảng 3.2. Cơ cấu bệnh của bệnh nhân tại bệnh xá các đảo cấp 1 thuộc Quần đảo X

Tỷ lệ bệnh (%)	Năm					Trung bình
	2018 (N=5551)	2019 (N=5825)	2020 (N=5138)	2021 (N=4746)	2022 (N=4849)	
Các bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng	8,61	6,95	5,10	5,12	4,76	6,11 ± 1,64
Các bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa	1,19	1,12	1,25	1,14	1,05	1,15 ± 0,08
Các bệnh thần kinh, rối loạn tâm thần và hành vi	3,26	1,87	1,56	2,17	1,77	2,13 ± 0,67
Các bệnh mắt và phần phụ	1,73	3,50	4,44	2,53	3,22	3,08 ± 1,02
Các bệnh Tai và xương chũm	9,39	9,37	7,77	9,97	9,07	9,11 ± 0,82
Các bệnh hệ tuần hoàn	1,24	1,46	1,44	1,26	1,13	1,31 ± 0,14
Các bệnh của hệ hô hấp	15,83	14,71	16,89	16,98	17,51	16,38 ± 1,12
Các bệnh của hệ tiêu hóa	10,90	10,35	11,58	11,44	11,82	11,22 ± 0,59

Tỷ lệ bệnh (%)	Năm					Trung bình
	2018 (N=5551)	2019 (N=5825)	2020 (N=5138)	2021 (N=4746)	2022 (N=4849)	
Các bệnh của da và tổ chức dưới da	17,20	19,85	19,48	17,93	18,48	18,59 ± 1,09
Các bệnh hệ cơ xương khớp và mô liên kết	2,90	2,16	2,20	2,84	2,64	2,55 ± 0,35
Các bệnh hệ sinh dục, tiết niệu	1,13	1,01	1,07	0,95	0,74	0,98 ± 0,15
Tổn thương, ngộ độc và hậu quả của một số nguyên nhân từ bên ngoài	19,11	23,59	24,29	24,10	23,96	23,01 ± 2,20
Bệnh khác hoặc không xếp trên danh mục	7,51	4,06	2,93	3,57	3,85	4,38 ± 1,80

Kết quả về cơ cấu bệnh tại các bệnh xá đảo cấp 1 thuộc Quần đảo X theo phân loại bệnh tật quốc tế ICD-10 cho thấy: Bệnh nhân thuộc nhóm bệnh Tổn thương, ngộ độc và hậu quả của một số nguyên nhân từ bên ngoài chiếm tỷ lệ cao nhất với 23,01 ± 2,20%; Tiếp theo là

nhóm Các bệnh của da và tổ chức dưới da là 18,59 ± 1,09%; Các bệnh của hệ hô hấp và hệ tiêu hóa lần lượt chiếm tỷ lệ cao với 16,38 ± 1,12% và 11,22 ± 0,59%. Ngoài ra có một số bệnh khác và bệnh không được xếp trên danh mục chiếm tỷ lệ 4,38 ± 1,80%.

Bảng 3.3. Phân bố tỷ lệ bệnh nhân theo 05 bệnh có tỉ lệ mắc cao nhất (5 năm)

Tỷ lệ bệnh (%)	Năm					Trung bình
	2018 (N=5551)	2019 (N=5825)	2020 (N=5138)	2021 (N=4746)	2022 (N=4849)	
Vết thương phần mềm	11,55	13,75	13,99	12,79	13,24	13,06 ± 0,97
Viêm da	11,15	12,60	11,91	10,77	10,21	11,33 ± 0,94
Viêm, nhiễm trùng đường hô hấp trên cấp	11,12	9,34	10,14	9,04	8,62	9,65 ± 0,99
Hội chứng ruột kích thích	6,52	6,56	5,80	5,65	6,37	6,18 ± 0,42
Sốt chưa rõ nguyên nhân	3,82	3,12	2,47	2,72	2,91	3,01 ± 0,51

Theo kết quả thống kê về các bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất cho thấy: Vết thương phần mềm chiếm tỉ lệ cao nhất với 13,06 ± 0,97%, tiếp đó là viêm da (viêm da do nhiễm trùng hoặc do dị ứng) chiếm 11,33 ± 0,94%; Các bệnh nhân Viêm, nhiễm trùng

đường hô hấp trên cấp chiếm tỷ lệ 9,65 ± 0,99%; Hội chứng ruột kích thích chiếm tỷ lệ 6,18 ± 0,42% và các bệnh nhân có Sốt chưa rõ nguyên nhân cũng là bệnh hay gặp (thường được đặt tên riêng là sốt đảo) chiếm tỷ lệ 3,01 ± 0,51%.

3.3. Đặc điểm phân loại các bệnh nhân được cấp cứu tại bệnh xá các đảo cấp 1 thuộc Quần đảo X

Bảng 3.4. Phân loại các bệnh nhân được cấp cứu tại bệnh xá các đảo cấp 1 thuộc quần đảo X

Tên bệnh	2018 (N=109)	2019 (N=89)	2020 (N=116)	2021 (N=78)	2022 (N=120)	Tổng (N=512)
Vết thương phần mềm	28	26	29	20	32	135
Chấn thương	17	13	15	8	18	71
Tiêu chảy cấp	14	11	18	7	16	66
Sốt cao chưa rõ NN	15	9	11	14	17	66
Dị ứng, ngộ độc	11	12	19	9	12	63
Viêm dạ dày cấp	6	5	9	4	4	28
Tăng huyết áp	6	3	5	4	8	26
Bệnh giảm áp	3	1	2	3	3	12
Viêm ruột thừa	1	2	1	2	2	8
Sỏi (tiết niệu, mật)	2	1	0	2	2	7
Khác	6	6	7	5	6	30

Theo kết quả khảo sát, trong các năm từ 2018 đến 2022 có 512 trường hợp phải cấp cứu tại các bệnh xá đảo cấp 1. Tập trung chủ yếu vào 1 số bệnh như vết thương phần mềm (135 trường hợp), chấn thương do lao động hoặc tai nạn sinh hoạt khi đang làm nhiệm vụ hoặc khai thác cá trên biển (71 trường hợp); Tiêu chảy cấp

và sốt cao chưa rõ nguyên nhân (đều chiếm 66 trường hợp). Ngoài ra một số ít các trường hợp cấp cứu khác như: Viêm ruột thừa (8 trường hợp); Sỏi tiết niệu hoặc sỏi mật (7 trường hợp).

3.4. Kết quả điều trị bệnh nhân tại bệnh xá các đảo cấp 1 thuộc Quần đảo X

Bảng 3.5. Phương pháp điều trị cho các bệnh nhân trong bệnh xá quân y đảo thuộc quần đảo Trường Sa

Phương pháp		2018 (n=504)	2019 (n=651)	2020 (n=412)	2021 (n=229)	2022 (n=232)	Tổng (n=2028)
Nội khoa	n	354	482	283	163	171	1453
	%	70,24	74,04	68,69	71,18	73,71	71,65
Ngoại khoa	n	150	169	129	66	61	575
	%	29,76	25,96	31,31	28,82	26,29	28,35

Kết quả nghiên cứu về phương pháp điều trị cho các bệnh nhân tại bệnh xá các đảo cấp 1 cho thấy: Tỷ lệ bệnh nhân được thu dung và điều trị nội khoa vẫn chiếm tỷ lệ chủ yếu với 71,65%; cao nhất là năm

2022 với 73,71%. Bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp can thiệp các thủ thuật, phẫu thuật ngoại khoa chiếm tỷ lệ thấp hơn với 28,35%.

Từ năm 2018 đến 2022 các bệnh xá quân y đảo cấp 1 thuộc Quần đảo X đã tổ chức vận chuyển 144 bệnh nhân về đất liền bằng các loại phương tiện khác nhau như vận chuyển bằng tàu quân sự, tàu dân sự (tàu đánh cá). Đặc biệt có một số bệnh nhân được vận chuyển về đất liền bằng đường không.

4. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả khám bệnh, thu dung, cấp cứu và điều trị tại các bệnh xá đảo cấp 1 thuộc Quần đảo X

Tổng số lượt khám của các bệnh xá đảo cấp 1 thuộc quần đảo X từ 2018 đến 2022 là 26109 lượt, trung bình là 435 lượt/tháng. Năm 2021 là thấp nhất với 4746 lượt (do giãn cách xã hội trong đợt dịch covid-19 nên số lượng người khám giảm xuống). Bệnh nhân được thu dung vào bệnh xá các đảo để điều trị trong 5 năm chiếm tỷ lệ trung bình là 7,77% tương đương với 2028 bệnh nhân. Tổng số bệnh nhân phải cấp cứu trong 5 năm tại các bệnh xá đảo là 512. Tỷ lệ cấp cứu chiếm khá cao (25,25%) so với tổng số bệnh nhân được thu dung vào điều trị.

4.2. Đặc điểm về cơ cấu bệnh của bệnh nhân được thu dung, cấp cứu và điều trị tại bệnh xá các đảo thuộc Quần đảo X

Cơ cấu bệnh tại các đảo cấp 1 thuộc Quần đảo X khá đa dạng tuy nhiên tập trung vào một số nhóm bệnh có tỉ lệ cao như: Bệnh nhân thuộc nhóm bệnh Tồn thương, ngộ độc và hậu quả của một số nguyên nhân từ bên ngoài chiếm tỷ lệ cao nhất với $23,01 \pm 2,20\%$; Tiếp theo là

nhóm Các bệnh của da và tổ chức dưới da là $18,59 \pm 1,09\%$; Các bệnh của hệ hô hấp và hệ tiêu hóa lần lượt chiếm tỷ lệ cao với $16,38 \pm 1,12\%$ và $11,22 \pm 0,59\%$. Đặc điểm về cơ cấu bệnh được phân theo phân loại bệnh tật quốc tế ICD-10, nhưng có sự khác biệt khá nhiều so với một số nghiên cứu trong quân đội trong đất liền [5, 6]. Nhưng khá tương đồng so với nghiên cứu của Nguyễn Thế Phương (1996) [7], Nguyễn Văn Hưng (2008) [9] và Chu Tiến Cường (2011) [8].

Trong 5 bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất, vết thương phần mềm chiếm tỉ lệ cao nhất với $13,06 \pm 0,97\%$, sau đó là các bệnh viêm da (viêm da do nhiễm trùng hoặc do dị ứng), các bệnh nhân Viêm, nhiễm trùng đường hô hấp trên cấp, hội chứng ruột kích thích và các bệnh nhân có sốt chưa rõ nguyên nhân cũng là bệnh hay gặp (thường được đặt tên riêng là sốt đảo). Kết quả nghiên cứu khá phù hợp với các nghiên cứu trước đây tại khu vực quần đảo X đó là: Tỷ lệ mắc bệnh vết thương phần mềm, xây sứt da, nhiễm trùng chiếm tỷ lệ cao, nguyên nhân chủ yếu là do bệnh nhân làm việc ở vùng biển đảo san hô và nước mặn. Do có nhiều đặc điểm đặc thù về đời sống sinh hoạt, vệ sinh môi trường nên các bệnh về đường tiêu hoá cũng phổ biến.

4.3. Đặc điểm phân loại các bệnh nhân được cấp cứu tại bệnh xá các đảo cấp 1 thuộc Quần đảo X

Có 512 trường hợp phải cấp cứu tại các bệnh xá đảo trong vòng 5 năm (2018-2022). Bệnh cảnh của các bệnh nhân được cấp cứu tại các bệnh xá đảo cấp 1

là khá đa dạng, tuy nhiên không đa dạng bằng bệnh cảnh trong đất liền, do có sự khác biệt về đối tượng sinh sống và làm việc trên các đảo so với đất liền. Tập trung chủ yếu vào 1 số bệnh như vết thương phần mềm (135 trường hợp), chấn thương do lao động hoặc tai nạn sinh hoạt khi đang làm nhiệm vụ hoặc khai thác cá trên biển (71 trường hợp); Tiêu chảy cấp và sốt cao chưa rõ nguyên nhân (đều chiếm 66 trường hợp). Ngoài ra một số ít các trường hợp cấp cứu khác như: Viêm ruột thừa (8 trường hợp); Sỏi tiết niệu hoặc sỏi mật (7 trường hợp). Kết quả nghiên cứu trường hợp cấp cứu khá tương đồng với các nghiên cứu của nhiều tác giả trong quân đội.

4.4. Kết quả điều trị bệnh nhân tại bệnh xá quân y các đảo thuộc quần đảo X

Phương pháp điều trị cho các bệnh nhân tại bệnh xá quân y các đảo thuộc quần đảo Trường Sa bao gồm nội khoa và ngoại khoa. Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị nội khoa vẫn chiếm tỷ lệ chủ yếu với 71,65% với các trường hợp: Viêm họng cấp, sốt cao, tiêu chảy kéo dài,... Điều trị bằng phương pháp can thiệp ngoại khoa chiếm tỷ lệ thấp hơn với 28,35% chủ yếu xử trí các loại vết thương phần mềm, chấn thương do tai nạn trong quá trình thực hiện nhiệm vụ hoặc sinh hoạt, chấn thương mắt cá,...

Từ năm 2018 đến 2022 các bệnh xá quân y đảo cấp 1 thuộc Quần đảo X đã tổ chức vận chuyển 144 bệnh nhân về đất liền bằng các loại phương tiện khác nhau như vận chuyển bằng tàu quân sự, tàu dân sự (tàu đánh cá). Đặc biệt có một số bệnh

nhân được vận chuyển về đất liền bằng đường không.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu về công tác khám bệnh, thu dung, cấp cứu và điều trị bệnh nhân tại bệnh xá các đảo cấp 1 thuộc Quần đảo X cho kết quả:

- Tổng số lượt khám của các bệnh là 26109 lượt, trung bình là 435 lượt/tháng. Tỷ lệ bệnh nhân được thu dung chiếm tỷ lệ 7,77%. Tổng số bệnh nhân phải cấp cứu là 512. Tỷ lệ cấp cứu chiếm 25,25% so với tổng thu dung.

- Cơ cấu bệnh tập trung vào một số nhóm bệnh như: Tổn thương, ngộ độc và hậu quả của một số nguyên nhân từ bên ngoài với $23,01 \pm 2,20\%$; Các bệnh của da và tổ chức dưới da chiếm $18,59 \pm 1,09\%$; Các bệnh của hệ hô hấp và hệ tiêu hóa lần lượt chiếm tỷ lệ là $16,38 \pm 1,12\%$ và $11,22 \pm 0,59\%$.

- Trong 5 bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất, vết thương phần mềm chiếm tỷ lệ cao nhất với $13,06 \pm 0,97\%$, bệnh viêm da (viêm da do nhiễm trùng hoặc viêm da do dị ứng), Viêm, nhiễm trùng đường hô hấp trên cấp, hội chứng ruột kích thích và sốt chưa rõ nguyên nhân.

- Phương pháp điều trị cho các bệnh nhân tại bệnh xá chủ yếu là nội khoa chiếm tỷ lệ 71,65%.

- Trong 5 năm, có 144 bệnh nhân được vận chuyển an toàn về đất liền bằng các loại phương tiện khác nhau như vận chuyển bằng tàu quân sự, tàu dân sự (tàu đánh cá). Đặc biệt có một số bệnh nhân được vận chuyển về đất liền bằng đường không.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Tư lệnh Quân chủng Hải quân (2013)**, Địa lý y tế Quân sự huyện Trường Sa, Hải phòng.
2. **Thông tư số 193/2016/TT-BQP của Bộ Quốc Phòng** (ngày 26/11/2016) về Quy chế tổ chức vận chuyên cấp cứu người bị thương, bị bệnh trên các vùng biển, đảo, vùng sâu, vùng xa bằng máy bay Quân sự.
3. **Chỉ thị số 25/2004/CT-TTg của Thủ tướng chính phủ** (29/6/2004) về tăng cường công tác kết hợp Quân dân y và bộ đội trong giai đoạn mới.
4. **Quyết định 317/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ** (ngày 07/2/2013) về việc phê duyệt Đề án “Phát triển y tế biển, đảo Việt Nam đến năm 2020”.
5. **Trần Duy Thịnh (2010)**, Nghiên cứu cơ cấu bệnh của sĩ quan trung sơ cấp điều trị nội trú tại bệnh viện 354, Tổng cục hậu cần trong 5 năm (2004-2009), Luận văn thạc sỹ y học, Hà Nội.
6. **Trần Ngọc Khoa (2007)**, Nghiên cứu cơ cấu bệnh của các bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện 43 từ tháng 9/2005 đến 8/2007, Tạp chí Y học Quân sự số chuyên đề tháng 5/2007, tr 87.
7. **Nguyễn Thế Phương (1997)**, Cơ cấu bệnh tật của bộ đội Hải quân chốt giữ trên quần đảo Trường Sa 1986-1995, Tài liệu lưu trữ Bộ Tư lệnh Hải quân.
8. **Chu Tiến Cường và cộng sự (2011)**, Nghiên cứu phươg án tổ chức cứu chữa, vận chuyển thương binh, bệnh binh trong tác chiến phòng thủ quần đảo Trường Sa, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ Quốc phòng, Hà Nội.
9. **Nguyễn Văn Hưng và cộng sự (2008)**, Nghiên cứu bảo đảm quân y tác chiến phòng thủ đảo xa, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ Quốc phòng, Hà Nội.

CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG NHIỄM KHUẨN

Nguyễn Đức Chính

Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

TÓM TẮT

Nhiễm khuẩn vết thương/vết thương nhiễm khuẩn (VTNK) khá phổ biến trong môi trường chăm sóc y tế toàn cầu. Vết thương nhiễm khuẩn dẫn đến kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị và gánh nặng y tế, tăng nhiễm khuẩn bệnh viện và sự kháng kháng thuốc ảnh hưởng chất lượng điều trị, tăng nguy cơ biến chứng do vậy việc quản lý VTNK khá quan trọng và cần có sự phối hợp các chuyên khoa để giải quyết.

Đánh giá toàn diện người bệnh từ khi vào viện trong suốt quá trình chăm sóc, phối hợp kiểm soát các nguy cơ gây nhiễm khuẩn vết thương và ảnh hưởng sự liền thương, đánh giá và theo dõi quá trình tiến triển vết thương qua đó đưa ra các biện pháp chăm sóc phù hợp đóng vai trò quan trọng.

Ngoài các biện pháp can thiệp tại chỗ trực tiếp: cắt lọc, thay băng bằng các sản phẩm chăm sóc vết thương đặc hiệu, áp dụng các biện pháp tích cực như hút liên tục áp lực âm (VAC), qui trình TIME mang lại hiệu quả chuyên môn cũng như chi phí.

Từ khóa: Vết thương; chăm sóc vết thương; vết thương nhiễm khuẩn; qui trình TIME.

ABSTRACT

Infected wounds are common in healthcare facilities worldwide. Wound infection causes prolonged hospital stay, increased treatment costs and medical burden as well as hospital-acquired infections and drug resistance, affecting the quality of treatment and increasing the risk of complications. Management of infected wounds is quite important and requires multidisciplinary involvement.

Comprehensive assessment of the patient one admission to the hospital throughout the care process, coordinated control of the risk of wound infection and impact on healing, assessment and monitoring of wound progression, thereby providing appropriate care.

Additionally to direct local interventions such as wound debridements, dressing with specific wound care products, application of aggressive measures such as Vacuum Assisted Closure (VAC), the TIME procedure provides professional efficiency as well as cost decrease.

Keywords: Wound; wound care; infectious wounds; TIME procedure

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Đức Chính, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Email: duc_chinh1960@yahoo.com

Ngày nhận bài: 06/6/2023; Ngày phản biện: 12/7/2023; Ngày duyệt bài: 20/7/2023

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.3.2023.241>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo một số các nghiên cứu trên thế giới, khoảng 7% đến 10% bệnh nhân nhập viện có vết thương nhiễm khuẩn/nhiễm khuẩn vết thương, đặc biệt phổ biến trong môi trường chăm sóc cấp cứu như bệnh nhân có vết thương chấn thương. Nhiễm khuẩn vết thương được coi là mối quan tâm hàng đầu trong chăm sóc y tế toàn cầu.

Mặc dù đã được khuyến cáo và thực hiện nhiều các biện pháp kỹ thuật chăm sóc nhưng những biến chứng nhiễm khuẩn vết thương (NKVT) vẫn thường xảy ra làm ảnh hưởng quá trình liền thương, tăng chi phí điều trị và kéo dài thời gian nằm viện. Tỷ lệ mắc NKVT ước tính là 24,6 trên 1000 người mỗi năm. Đa số các trường hợp NKVT có xu hướng giải quyết trong vòng bảy đến 10 ngày, nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn (60% đến 70% trong tất cả các trường hợp) và bệnh nhân từ 45 đến 64 tuổi, trên 70% các trường hợp NKVT được theo dõi chăm sóc ngoại trú.

Liên quan đến ảnh hưởng của NKVT, theo một thống kê tại Mỹ cho thấy số ngày nằm viện tăng trung bình tăng thêm 7,4 ngày dẫn đến tiêu tốn thêm mỗi năm trên 130 triệu USD. Tại Anh cho thấy mỗi năm chi phí ngân sách dành cho chăm sóc vết thương chiếm 3 tỉ Bảng/năm, chưa tính đến các chi phí như chi phí xã hội để người nhà chăm sóc, mất thời gian lao động.

Việc triển khai các biện pháp tích cực giảm biến chứng NKVT trong chăm sóc người bệnh là cần thiết hiện nay.

2. NGUYÊN NHÂN VẾT THƯƠNG NHIỄM KHUẨN

2.1. Căn nguyên

Da thường xuyên tương tác với môi trường bên ngoài và chứa quần thể vi khuẩn

đa dạng. Sự phân bố của vi khuẩn trên cơ thể thành hai nửa lấy mốc từ thắt lưng.

Các sinh vật điển hình cư trú vùng da phía trên thắt lưng thường thuộc nhóm Gram dương như như *Staphylococcus cholermidis*, *Corynebacterium*, *S aureus* và *Streptococcus pyogenes*. Hai loài sau đặc biệt quan trọng vì chúng đóng góp vào phần lớn các trường hợp NKVT.

Từ vùng thắt lưng trở xuống hay gặp các vi khuẩn thuộc nhóm Gram âm như *Escherichia coli*, *Proteus spp* hoặc ít phổ biến hơn là *Pseudomonas aeruginosa*

2.2. Đường xâm nhập

Vết thương nhiễm khuẩn do sự xâm nhập của vi sinh vật qua da và các mô mềm bên dưới gây nên với các biểu hiện, nguyên nhân và mức độ nghiêm trọng khác nhau. Da có một hệ sinh thái vô cùng đa dạng của các vi sinh vật do vậy có thể gây nhiễm khuẩn vết thương nhanh chóng và ở mọi thời điểm.

Sự xâm nhập vi khuẩn có thể xảy ra khi:

- Từ khi có vết thương: vết thương hở do tai nạn lao động, giao thông....
- Trong quá trình điều trị: xử lý cấp cứu ban đầu, trong quá trình can thiệp phẫu thuật từ môi trường phòng mổ, bao gồm cả việc sử dụng kháng sinh không đúng qui trình, dụng cụ can thiệp không vô khuẩn/tiệt khuẩn (theo 10 khuyến cáo của WHO về An toàn phẫu thuật - WHO Surgical Safety)
- Trong quá trình chăm sóc người bệnh: thay băng chăm sóc hàng ngày.

3. CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN NHIỄM KHUẨN VẾT THƯƠNG

Có nhiều yếu tố dẫn đến NKVT, việc xác định các yếu tố này để có phương

pháp và kế hoạch can thiệp loại bỏ hoặc hạn chế các nguy cơ, giúp cho quá trình liền thương thuận lợi.

3.1. Yếu tố toàn thân

+ **Tuổi:** Bệnh nhân lớn tuổi ít vận động, cấu trúc da, mô dưới da lỏng lẻo, dễ rách, dễ tổn thương. Các bệnh nhân này thường mắc các bệnh nội khoa: tăng huyết áp, đái tháo đường, xơ vữa mạch máu, hấp thu dinh dưỡng giảm... Tất cả các yếu tố trên đều ảnh hưởng đến điều trị, phòng ngừa và quá trình liền vết thương.

+ **Bệnh sử, tiền sử:** Các vết thương, vết loét tì đè thường tái đi tái lại, các vết loét tĩnh mạch, loét tiểu đường... trên nền mô da xơ chai, thiếu máu nuôi gây khó khăn nhiều cho quá trình liền thương, đặc biệt bệnh đái tháo đường cản trở rất rõ.

+ **Tình trạng dinh dưỡng:** Thiếu dinh dưỡng, chế độ ăn uống không cân bằng sẽ làm chậm liền thương. Cần cung cấp đủ protein, carbohydrate, acid béo, các nguyên tố vi lượng: kẽm, sắt... cần có đầy đủ tất cả quá trình liền thương.

+ **Các thuốc điều trị bệnh nội khoa đi kèm cũng ảnh hưởng đến lành vết thương:** Corticoid, các thuốc kháng viêm không steroid, thuốc hóa trị, ức chế miễn dịch... gây ức chế phản ứng miễn dịch, giảm phản ứng viêm trong quá trình liền thương.

+ **Xạ trị:** Làm tổn thương tế bào mô và tăng giải phóng các gốc tự do gây hại tế bào.

+ **Béo phì:** Làm giảm sự tưới máu nuôi mô, giảm khả năng tự vận động.

+ **Vận động:** Bệnh nhân ít hoặc không vận động được làm gia tăng khả năng loét, tái loét tì đè, giảm máu lưu thông toàn cơ thể nói chung và tại vết thương nói riêng.

+ **Thói quen sinh hoạt:** Hút thuốc, nghiện rượu.

3.2. Yếu tố tại chỗ

+ **Vị trí vết thương:** Vết thương vùng nhô của các mấu xương, nền cứng (máu chuyển lớn, cùn cụt, gót) là vùng dễ gây loét tì đè. Vùng mặt trong xương chày, 1/3 dưới cẳng chân, bàn chân, ngón chân... là các vùng thường thiếu máu nuôi và thường chậm liền.

+ **Vết thương tại các vùng ẩm ướt, nhiều khe kẽ:** Các vết thương vùng tầng sinh môn, bẹn, cùn cụt thuận lợi cho vi khuẩn phát triển.

+ **Tình trạng vết thương:**

Mép vết thương: Tình trạng mép vết thương bao gồm dầm nước (mép vết thương ướt quá mức, nhọt), khô thiếu nước hoặc mép vết thương bị cuộn lại. Mép vết thương khô có thể làm chậm quá trình liền thương. Thiếu ẩm ảnh hưởng đến sự phát triển và di trú của tế bào dẫn đến mô hạt không mọc được, đồng thời máu đến vết thương cũng giảm gây ảnh hưởng đến liền thương.

Da xung quanh vết thương: Da quanh vết thương bị tổn thương cũng là vấn đề quan trọng trong điều trị vết thương, nhất là các vết thương mạn tính. Vùng da cách mép vết thương khoảng 4cm thường được coi là da xung quanh vết thương. Tuy nhiên đây cũng chỉ là giới hạn tương đối. Cần vạch ranh giới tương đối để bảo vệ da và nhất là không để da bị ảnh hưởng bởi dịch tiết ở vết thương. Các dấu hiệu da quanh vết thương bị tổn thương như đau, cảm giác khó chịu, viêm đỏ, ẩm ướt... phần lớn ảnh hưởng của da quanh là do thấm dịch tiết từ vết thương.

Lượng dịch tiết và sự hiện diện của các protein gắn kết heparin: Dịch tiết giúp liền thương trong các vết thương cấp. Tuy nhiên, đối với vết thương mạn tính, sự tăng các men phân hủy protein có thể ức chế liền thương do tổn thương nền, mép và da quanh. Sự ẩm ướt quá mức của da cũng làm chậm liền và tăng nguy cơ nhiễm trùng, cùng với sự cọ xát và tổn thương da dẫn đến vết thương rộng thêm, dịch tiết cũng làm thay đổi pH của da quanh, tăng nhẹ tính acid dẫn đến thay đổi cân bằng sinh học trên da ảnh hưởng đến quá trình liền thương.

4. CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG NHIỄM KHUẨN

Chăm sóc VTNK có hiệu quả cần dựa vào đánh giá các yếu tố nguy cơ bao gồm chăm sóc toàn thân và chăm sóc tại chỗ với các can thiệp và phẫu thuật.

4.1. Chăm sóc toàn thân

Trước hết chúng ta đều biết vai trò dinh dưỡng trong quá trình liền thương quan trọng. Chất dinh dưỡng có tác dụng tăng cường khả năng tái tạo mô liên kết, giúp làm đầy vết thương và khả năng hình thành sẹo sớm.

Ưu tiên hàng đầu là phải ăn đủ calorie: Từ một chế độ dinh dưỡng cân bằng những thực phẩm giàu dinh dưỡng. Nhóm những thực phẩm được khuyến cáo sử dụng protein (thịt, cá), hoa quả, rau xanh, các sản phẩm từ bơ sữa và các loại hạt.

Tiêu thụ một lượng protein tối ưu: Mục tiêu vào khoảng 20 - 30 gram protein mỗi bữa ăn chính và từ 10 -15 gram protein mỗi bữa ăn nhẹ.

Luôn cung cấp đủ nước và các đồ uống không chứa đường khác cho cơ thể

như trà, cà phê, nước quả nguyên chất 100% và sữa cũng có chứa protein.

Một số vết thương có thể cần phải nạp một lượng nhất định vitamin và khoáng chất. Chuyên gia dinh dưỡng sẽ đưa chế độ ăn uống phù hợp với tỷ lệ tối ưu năng lượng, protein, nước, vitamin và khoáng chất cần thiết cho nhu cầu cụ thể bệnh nhân.

Riêng đối với bệnh nhân đái tháo đường, luôn kiểm soát đường huyết là một trong những biện pháp tốt nhất để phòng và điều trị các nguy cơ gây nhiễm khuẩn.

Kiểm soát bệnh nền phối hợp, ngoài bệnh đái tháo đường như các rối loạn chuyển hóa nguyên nhân từ bệnh gan, hệ tiêu hóa, suy giảm miễn dịch, ung thư....

4.2. Sử dụng kháng sinh

Nhiều tác giả đã nêu ý kiến về chiến lược kháng sinh đối với vết thương nhiễm khuẩn, toàn thân và tại chỗ hoặc kết hợp cả hai như sau:

- Dùng kháng sinh tại chỗ khi có dấu hiệu nhiễm khuẩn khu trú.

- Dùng kháng sinh toàn thân kết hợp tại chỗ, khi có biểu hiện nhiễm khuẩn lan rộng, nhiễm khuẩn toàn thân.

Quá trình CSVT, cần xác định tình trạng vết thương và lấy mẫu làm xét nghiệm xác định căn nguyên gây nhiễm khuẩn, qua đó chỉ định kháng sinh điều trị phù hợp.

Nghiên cứu của Nguyễn Đức Chính, Trần Tuấn Anh và cộng sự năm 2021 tại Bệnh viện Việt Đức về CSVT do khuyết hồng phần mềm tổn thương tổn thương phức tạp chiếm tới 78,6%, vết thương có tổ chức hoại tử chiếm tỷ lệ 24,3%. Xét

nghiệm vi sinh vật dương tính 60%; trong đó vi khuẩn ái khí Gram (+) đa số là tụ cầu (37,5%), vi khuẩn ái khí Gram (-) *Klebsiella P* chiếm 12,5%, kỵ khí chỉ chiếm 8,3%.

4.3. Chăm sóc tại chỗ

Chăm sóc tại chỗ là một phần quan trọng của quá trình CSVT nhiễm khuẩn. Để có thể chăm sóc tại chỗ hiệu quả, bác sĩ và nhóm y tế gồm chuyên gia dinh dưỡng, điều dưỡng cần đánh giá vết thương hàng ngày, qua đó đưa ra chiến lược điều trị cụ thể.

Để việc đánh giá cụ thể cần xây dựng bộ công cụ đánh giá (tools).

Các can thiệp tại chỗ

Cắt lọc/kiểm soát mô - (T = Tissue management / D = Debridement)

Đây là quá trình cắt lọc loại bỏ tổ chức hoại tử, giả mạc được coi là một nguyên tắc cơ bản trong việc kiểm soát mô. Việc cắt lọc hoại tử, giả mạc giúp: Hỗ trợ việc đánh giá vết thương; Giảm nguy cơ nhiễm trùng; Loại bỏ mô hoại tử (yếu tố làm cản trở quá trình lên mô hạt và biểu mô hóa). Có nhiều phương pháp cắt lọc tổ chức hoại tử khác nhau bao gồm:

+ Tự cắt lọc: Tận dụng khả năng thực bào của đại thực bào nhằm phân giải mô hoại tử, các mảnh vụn ở vết thương. Băng hydrogel, hydrocolloid, alginate, được sử dụng rộng rãi để hỗ trợ quá trình tự cắt lọc vì chúng cung cấp môi trường ẩm giúp tăng cường hoạt động của đại thực bào.

+ Cắt lọc sinh học: Hay phương pháp dùng ấu trùng gần đây được ứng dụng đặc biệt tại Anh, châu Á có Malaysia. Ấu trùng được sử dụng đã qua tiệt trùng của ruồi *Lucilia sericanta*, chúng tiết ra enzyme làm

phân hủy các mô hoại tử thành dạng sệt mà ấu trùng có thể tiêu hóa được, chừa lại các mô khỏe.

+ Cắt lọc cơ học: Phương pháp này gồm sử dụng băng gạc từ ướt đến khô, tưới rửa nước với áp lực cao trên vết thương và tắm bồn sục nước, thấm nước muối đắp lên vết thương và để khô. Khi tháo băng sẽ lấy bỏ luôn các giả mạc đi theo cùng gạc đắp trên vết thương. Phương pháp này dễ gây ra đau đớn cho người bệnh nên ít tác giả ủng hộ. Ngoài ra tưới rửa nước với áp lực cao có thể gây ra sự xâm nhập vi khuẩn xuống các mô sâu hơn thay vì tống xuất ra khỏi vết thương. Tắm bồn sục nước cho vết thương có thể làm khả năng nhiễm khuẩn lan đến các vị trí khác.

+ Cắt lọc hoại tử bằng dao, kéo hay phẫu thuật: Là phương pháp loại bỏ mô chết một cách nhanh chóng. Phương pháp này cần được tiến hành bởi các phẫu thuật viên hoặc chuyên viên y tế có kỹ năng được huấn luyện. Tuy nhiên, nó không phù hợp với tất cả tình huống, có thể gây ra một số tác hại: đau, nguy cơ chảy máu, tổn kém. Gần đây, người ta bắt đầu sử dụng dao nước (thủy liệu pháp - hydrotherapy) dùng với các áp lực khác nhau để loại bỏ các tổ chức hoại tử.

Sử dụng băng gạc chuyên dụng

Sau khi cắt lọc, cần sử dụng các sản phẩm CSVT chuyên dụng (băng gạc, dung dịch) có tác dụng duy trì độ ẩm, kiểm soát nhiễm khuẩn và kích thích tổ chức hạt mọc.

Để có thể sử dụng gạc phù hợp với vết thương tiết dịch, cần đánh giá và phân độ tiết dịch. Nếu vết thương tiết dịch nhiều, cần lưu ý đến vùng da xung quanh có thể

gặp phải hiện tượng da bong tróc hoặc viêm da kích ứng. Kem chứa kẽm (Zn) cung cấp một hàng rào hiệu quả bảo vệ vùng da xung quanh vùng vết loét bị bong tróc, hoặc dùng băng gạc hydrocolloid cắt một lỗ theo hình dạng vết thương rồi dán lên vùng da xung quanh vết thương.

Quy trình TIME

Năm 2003, tác giả Schultz G S, chuyên gia về CSVT, đặc biệt trong CSVT nhiễm khuẩn đã khuyến cáo điều trị VT hiệu quả cần phải phối hợp giữa cắt lọc, kiểm soát dịch tiết, giải quyết sự mất cân bằng vi khuẩn và mép vết thương để thúc đẩy quá trình liền thương nội sinh hoặc hỗ trợ hiệu quả các phương pháp điều trị khác. Phát triển trên những khái niệm của Schultz G S, năm 2004 tác giả Falanga V đã đưa ra công thức TIME nhằm cung cấp những hiểu biết mới để tiếp cận toàn diện trong việc chăm sóc vết thương, đặc biệt đối với vết thương nhiễm khuẩn.

Nguyên tắc TIME được khái quát như sau:

T/D = Tissue management (kiểm soát mô) /Debridement (Cắt lọc)

I = Inflammation và Infection control (kiểm soát viêm và nhiễm khuẩn)

M = Moisture Balance (cân bằng ẩm)

E = Epithelial (edge) Advancement (biểu mô/mép vết thương)

Trong quá trình áp dụng quy trình TIME, việc kiểm soát nhiễm khuẩn được nhiều tác giả quan tâm. Đặc biệt chủ đề Biofilm được nghiên cứu và thảo luận nhiều. Nếu các liệu pháp tại chỗ không hiệu quả, kháng sinh toàn thân có thể cần thiết, đặc biệt trong nhiễm khuẩn lan rộng, sâu.

Schultz và cộng sự (2003) nhấn mạnh vai trò cắt lọc giúp giảm hỗn loạn sinh học bằng cách loại bỏ các mô chết, hang ổ của vi khuẩn và làm sạch vết thương tích cực; Dumville và cộng sự (2009) giới thiệu phương pháp dùng ấu trùng làm giảm lượng vi khuẩn và loại bỏ tình trạng kháng Methicilin của *Staphylococcus aureus*. Thực tế việc xác định Biofilm và xử lý vẫn còn là chủ đề khó cho đến nay trong CSVTNK.

Các nghiên cứu về sử dụng sản phẩm băng gạc chuyên dụng của N. Desroche và cs (2016), Steven L. Percival (2018) cho thấy sản phẩm băng gạc tẩm bạc tác động rõ rệt kiểm soát nhiễm khuẩn, nhất là biofilm nhờ tác dụng hiệp đồng của sợi đa thấm hút và kháng khuẩn của ion Ag⁺ ngay sau 24 h và còn duy trì được tới 7 ngày sau đó (giảm Biofilm tới 99.99%), đặc biệt biofilm của tụ cầu vàng kháng thuốc (MRSA) rất khó điều trị. Như vậy việc kiểm soát **I - Infection** trước hết cần có sự phối hợp điều trị toàn thân (kháng sinh), điều trị tại chỗ (băng gạc).

Vậy vai trò của kháng sinh sẽ như thế nào trong quy trình TIME?. Ngoài việc sử dụng gạc CSVT đặc biệt có tẩm chất kháng khuẩn như bạc (Alginate), hoặc lấy sạch tổ chức hoại tử thì việc sử dụng kháng sinh cần cân nhắc nhất là đối với vết thương cấp tính. Qua nhận xét vết thương hàng ngày về màu sắc, mùi có thể biết mức độ nhiễm khuẩn, lấy xét nghiệm vi sinh và sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ giúp thúc đẩy quá trình liền thương.

Trong nghiên cứu của nhóm tác giả bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức cho thấy việc sử dụng sản phẩm CSVT có chất kháng khuẩn như Prontosan và gạc tẩm

Alginate kết hợp kháng sinh dựa trên kết quả kháng sinh đồ có hiệu quả với vết thương nhiễm khuẩn. Kháng sinh được sử dụng theo kinh nghiệm và kết quả xét nghiệm vi sinh, trong đó kháng sinh kết hợp là 100%, kháng sinh nhóm Beta-lacma sử dụng nhiều nhất 90%, nhóm Quinolon là 44,3%.

Vacuum-assisted closure (VAC) - hút áp lực âm liên tục trong CSVT được áp dụng từ lâu giúp quá trình liền thương được thuận lợi và trở thành 1 phần của TIME. VAC giúp việc lấy bỏ dịch tiết quá nhiều cản trở việc liền thương, tăng cường cải thiện tuần hoàn, tăng cường quá trình tạo tổ chức hạt, làm giảm mật độ vi khuẩn trên vết thương giúp cho vết thương co se. Trong những nghiên cứu mẫu lớn của K.V. Lambert, N. Hyldig, FrancisRezk; Virani SR đều chứng minh vai trò quan trọng của VAC khi sử dụng đúng chỉ định. Tác giả Xin Chen tiến hành nghiên cứu mẫu lớn trên 567 trường hợp CSVT tại khoa phẫu thuật tạo hình của bệnh viện Xinqiao Hospital, Chongqing, Trung Quốc cho thấy việc sử dụng VAC là 1 trong hai yếu tố ảnh hưởng quá trình liền thương có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Đánh giá hiệu quả của TIME, báo cáo của Leaper DJ, Schultz GS, Ousey K cho thấy rõ việc áp dụng TIME đối với VTNK, cải thiện rõ rệt quá trình liền thương. Không những vậy các bằng chứng nghiên cứu các tác giả khác sự phối hợp kiểm soát các quá trình từ **T** đến **E** của TIME mang hiệu quả hơn quá trình CSVT không theo qui trình. Bên cạnh đó kiểm soát đau, mặc dù không hẳn thuộc về qui trình TIME nhưng khi I có vấn đề thì cần phải kiểm soát đau.

5. KẾT LUẬN

Vết thương nhiễm khuẩn rất phổ biến, phức tạp và đa dạng, do vậy xử lý vẫn còn là một thách thức. Các đặc điểm phức tạp của NKVT làm cho quá trình điều trị kéo dài, kết hợp bệnh nền như tiểu đường làm tổn thương lan tỏa và tiến triển nhanh, tiêm chích ma túy, suy giảm miễn dịch, nhiễm MRSA...

Hơn nữa, việc quản lý VTNK tạp do ít bằng chứng từ các nghiên cứu được ghi chép đầy đủ và các quyết định liên quan đến địa điểm chăm sóc và liệu pháp kháng sinh thích hợp có thể còn chưa nhất quán và không hiệu quả.

Để giải quyết các vấn đề liên quan đến CSVTNK thì trước khi đưa ra quyết định cần xác định mức độ nghiêm trọng của vết thương dựa trên sự kết hợp nghiên cứu kết quả cận lâm sàng và lâm sàng. Mức độ nghiêm trọng của NKVT được đánh giá các khía cạnh như vị trí, kích thước, triệu chứng toàn thân, bệnh đi kèm và các đặc điểm nhiễm khuẩn. Dựa trên các tiêu chí này, bác sĩ đưa ra các biện pháp chăm sóc phù hợp, trong đó việc áp dụng qui trình TIME và sử dụng VAC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vincent Ki, Coleman Rotstein.** Bacterial skin and soft tissue infections in adults: A review of their epidemiology, pathogenesis, diagnosis, treatment and site of care. *Can J Infect Dis Med Microbiol.* 2008 Mar; 19(2): 173-184. doi: 10.1155/2008/846453.
2. **Nguyễn Đức Chính, Trần Tuấn Anh, Phạm Vũ Hùng, Nguyễn Minh Ky và cộng sự.** Chuẩn bị nền vết thương - Vai trò quan trọng trong chăm sóc vết thương nhiễm khuẩn. Đề tài nghiên cứu cấp cơ sở, 2021.

3. **Björnsdóttir S, Gottfredsson M, Thórisdóttir AS, et al.** Risk factors for acute cellulitis of the lower limb: A prospective case-control study. *Clin Infect Dis.* 2005;41:1416-22.
4. **Eron LJ, Lipsky BA, Low DE, Nathwani D, Tice AD, Volturo GA.** Expert panel on managing skin and soft tissue infections. Managing skin and soft tissue infections: Expert panel recommendations on key decision points. *J Antimicrob Chemother.* 2003;52:i3-17.
5. **Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, et al.** Infectious Diseases Society of America. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft-tissue infections. *Clin Infect Dis.* 2005;41:1373-406. (Errata in 2005;41:1830, 2006;42:1219).
6. **Elston DM.** Optimal antibacterial treatment of uncomplicated skin and skin structure infections: Applying a novel treatment algorithm. *J Drugs Dermatol.* 2005;4(6 Suppl):s15-9.
7. **Björnsdóttir S, Gottfredsson M, Thórisdóttir AS, et al.** Risk factors for acute cellulitis of the lower limb: A prospective case-control study. *Clin Infect Dis.* 2005;41:1416-22.
8. **Frazee BW, Lynn J, Charlebois ED, Lambert L, Lowery D, Perdreau-Remington F.** High prevalence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in emergency department skin and soft tissue infections. *Ann Emerg Med.* 2005;45:311-320.
9. **Eady EA, Cove JH.** Staphylococcal resistance revisited: Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* - an emerging problem for the management of skin and soft tissue infections. *Curr Opin Infect Dis.* 2003; 16:103-24.
10. **Fung HB, Chang JY, Kuczynski S.** A practical guide to the treatment of complicated skin and soft tissue infections. *Drugs.* 2003;63:1459-80.
11. **Falagas ME, Matthaiou DK, Vardakas KZ.** Fluoroquinolones vs beta-lactams for empirical treatment of immunocompetent patients with skin and soft tissue infections: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Mayo Clin Proc.* 2006; 81:1553-66.

GÂY MÊ CHO PHẪU THUẬT UNG THƯ XƯƠNG HÀM DƯỚI VÀ TẠO HÌNH BẰNG VẬT XƯƠNG MÁC VI PHẪU (Thông báo lâm sàng)

¹Nguyễn Ngọc Thạch, ¹Nguyễn Hùng Thắng,
¹Vũ Hữu Trung, ²Nguyễn Văn Quỳnh

¹Bệnh viện Quân y 103

²Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gây mê cho phẫu thuật ung thư xương hàm dưới và tạo hình bằng vật vi phẫu là một thách thức đối với bác sĩ gây mê vì thời gian phẫu thuật dài, kiểm soát đường thở khó, duy trì huyết áp phù hợp tạo thuận lợi cho phẫu thuật. Vào ngày 16/01/2023, lần đầu tiên bệnh viện quân y 103 thực hiện phẫu thuật cắt đoạn xương hàm dưới và sàn miệng có nạo vét hạch cổ I, II, III, IV hai bên và tạo hình bằng vật xương mạc vi phẫu cho bệnh nhân K biểu mô hàm dưới T4N2M0 với phương pháp vô cảm gây mê nội khí quản.

Giới thiệu ca bệnh: Người bệnh Nguyễn Khắc D. nam, 54 tuổi, tiền sử khỏe mạnh. Ngày 3/1/2023, bệnh nhân vào Khoa Hàm mặt, Bệnh viện Quân y 103 trong tình trạng tỉnh táo, tiếp xúc tốt, nhiệt độ 37°C, hô hấp và huyết động ổn định, không có bệnh lý kết hợp, không dị ứng.

Tại chỗ: Khối u sùi vùng lợi sàn miệng vùng R31-44 cứng chắc, gồ ghề, không đau, không viêm loét. Kết quả xét nghiệm hóa sinh và huyết học trước mổ nằm trong giới hạn bình thường.

Ngày 09/01/2023, bệnh nhân đã được sinh thiết tổn thương và kết quả mô bệnh học kết luận ung thư biểu mô tế bào vảy, sừng hóa, độ II. Lúc 08 giờ ngày 16/01/2023 bệnh nhân được chuyển lên phòng mổ với chẩn đoán K biểu mô xương hàm dưới T4N2M0, phương pháp phẫu thuật là cắt đoạn xương hàm dưới và sàn miệng có nạo vét hạch cổ I, II, III, IV hai bên và tạo hình bằng vật xương mạc vi phẫu với phương pháp vô cảm là gây mê nội khí quản. Quá trình gây mê và phẫu thuật diễn ra an toàn. Bệnh nhân ra viện ngày 17/02/2023.

Kết luận: Chuyển vật vi phẫu trong điều trị các khối u ác tính ở vùng đầu mặt cổ là một thách thức đối với bác sĩ gây mê và mục tiêu cuối cùng là tối ưu hóa các điều kiện sinh lý để vật tồn tại.

Từ khóa: Gây mê, ung thư xương hàm dưới, phẫu thuật tạo hình

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Ngọc Thạch, Bệnh viện Quân y 103

Email: nnthach1970@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/5/2023; Ngày phản biện: 12/7/2023; Ngày duyệt bài: 20/7/2023

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.3.2023.242>

ABSTRACT

Introduction: General anesthesia for mandibular cancer surgery and reconstruction with a microsurgical free flap is challenging for anesthetists because of the long operative duration, difficult airway control, and maintaining appropriate blood pressure to facilitate surgery. On January 16, 2023, for the first time, Military Hospital 103 performed partial mandibular resection and floor of the mouth with bilateral cervical lymphadenectomy I, II, III, and IV and reconstruction with a fibula-free flap for a patient with mandibular epithelium cancer T4N2M0, under endotracheal general anesthesia.

Case presentation: Patients Nguyen Khac D. is a male, 54 years old, with a healthy past medical history. On January 3, 2023, he was admitted to the Maxillofacial Department of Military Hospital 103 in a state of alertness, with a temperature of 37°C, respiratory and hemodynamic stability, no comorbidities, and no allergies.

Local injury: The gingival tumor on the floor of the mouth in the R31-44 area was firm, rough, painless, and non-ulcerative. Preoperative biochemical and hematological results were within normal limits.

On January 9, 2023, the patient had a biopsy of the lesion, and histopathological results concluded that it was squamous cell carcinoma, keratinized grade II. At 08:00 on January 16, 2023, the patient was transferred to the operating room with the diagnosis of mandibular epithelium cancer T4 and N2M0. The method of surgery was partial mandibular resection and floor of the mouth with bilateral cervical lymphadenectomy I, II, III, and IV and reconstruction with a fibula-free flap under endotracheal general anesthesia. General anesthesia and surgery were safe. The patient was discharged from the hospital on February 17, 2023.

Conclusion: Microsurgical free flap in the treatment of head and neck malignant tumors presents a challenge for the anesthetist, and the ultimate goal is to optimize the physiological conditions for flap survival.

Keywords: General anesthesia, mandibular cancer, reconstructive surgery

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây mê cho phẫu thuật ung thư xương hàm dưới và tạo hình bằng vạt vi phẫu là một thách thức đối với bác sĩ gây mê vì thời gian phẫu thuật dài, kiểm soát đường thở khó, duy trì huyết áp phù hợp tạo thuận lợi cho phẫu thuật. Ngày 16/01/2023, với sự phối hợp của các bác sĩ Khoa Hàm mặt và Trung tâm Chấn thương Chỉnh hình, Bệnh viện Quân y 103 đã thực hiện phẫu thuật cắt đoạn xương hàm dưới và sàn miệng có nạo vét hạch cổ I, II, III, IV hai

bên và tạo hình bằng vạt xương mác vi phẫu cho bệnh nhân ung thư biểu mô hàm dưới T4N2M0 với phương pháp vô cảm gây mê nội khí quản. Chúng tôi xin giới thiệu về quá trình vô cảm ở bệnh nhân này để đồng nghiệp cùng tham khảo.

2. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân Nguyễn Khắc D. nam 54 tuổi, cao 158 cm, nặng 48 kg tiền sử khỏe mạnh vào Khoa Hàm mặt, Bệnh viện Quân y 103 ngày 3/1/2023 trong tình trạng tỉnh

táo, tiếp xúc tốt, nhiệt độ 37°C, mạch đều 81 lần/phút, huyết áp 110/70mmHg, tần số hô hấp 18 lần/phút, nghe phổi không có rales, tại chỗ khối u sùi vùng lợi sàn miệng vùng R31-44 cứng chắc, gồ ghề, không đau, không viêm loét, răng chắc không lung lay, khớp cắn đúng, há ngậm miệng bình thường, ASA 1 và Mallampati 2, đã được chẩn đoán khi vào khoa Hàm mặt là u sùi vùng lợi sàn miệng, theo dõi K biểu mô.

Xét nghiệm máu trước phẫu thuật cho kết quả hồng cầu 4,15T/L, Hb 146g/L, hematocrit 0,426L/L, tiểu cầu 287G/L; prothrombin 128%, APTT 29,7s, fibrinogen 4,83g/l, protein 70,54 g/L, glucose 4,88 mmol/L, GOT 37,12 U/L GPT 46,58U/L, ure 3,91mmol/L, creatinin 72,24 μ mol/L, Na⁺ 142,8mmol/L, K⁺ 4,65mmol/L, Cl⁻ 104 mmol/L.

Điện tim bình thường nhịp xoang 65 lần/phút. XQ mặt thẳng nghiêng không thấy bất thường, hình ảnh mờ xoang hàm, xoang sàng hai bên, xương cẳng chân hai bên chưa phát hiện bất thường về xương, XQ ngực thẳng không thấy bất thường.

Tại thời điểm trước mổ, CT lồng ngực chưa thấy bất thường, CT ổ bụng bình thường, CT hình ảnh động mạch chi dưới 2 bên không thấy hẹp tắc.

MRI vùng cổ kết luận theo dõi u lợi hàm phía trước và bên phải lan vào xương hàm dưới và tuyến nước bọt dưới hàm, hạch bất thường vùng cổ hai bên.

Siêu âm hình ảnh động mạch chi dưới 2 bên bình thường.

Ngày 9/1/2023 bệnh nhân đã được gây tê tại chỗ để sinh thiết tổn thương và kết quả mô bệnh học kết luận ung thư biểu mô tế bào vảy, sừng hóa, độ II.

Bệnh nhân được chẩn đoán trước phẫu thuật là K biểu mô xương hàm dưới T4, N2M0 với phương pháp phẫu thuật là cắt đoạn xương hàm dưới và sàn miệng có nạo vét hạch cổ I, II, III, IV hai bên và tạo hình bằng vật xương mác vi phẫu. Phương pháp vô cảm là gây mê nội khí quản.

Vào hồi 08 giờ ngày 16/1/2023 bệnh nhân được chuyển lên phòng mổ và được đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại vi với kim luồn 16G, thở oxy 2 lít/phút, huyết áp động mạch xâm nhập, theo dõi liên tục điện tim, nhịp tim, huyết áp, SpO₂. Bệnh nhân được khởi mê lúc 8h30 giờ cùng ngày bằng tiêm tĩnh mạch Propofol 80mg, Fentanyl 100mcg, Rocuronium 50mg, đặt ống nội khí quản số 6.5 qua mũi thuận lợi, duy trì mê bằng Sevofluran vol 1,5 - 5%, FiO₂ 60%, lưu lượng khí tươi (fresh gas) 1,5 lít/phút, Rocuronium truyền bơm tiêm điện 25 mg/giờ, thông khí nhân tạo kiểu VCV (kiểm soát thể tích) với Vt = 425ml; tần số 14 lần/phút, I/E = 1/2, PEEP 5cmH₂O. Lúc 8 giờ 45 phút bắt đầu phẫu thuật, trong quá trình phẫu thuật nhịp tim 68 - 88 chu kì/phút, huyết áp trung bình 60 - 86mmHg, SpO₂ 99-100%, EtCO₂ 31 - 38mmHg, lượng nước tiểu 900 ml/8 giờ.

Trong quá trình phẫu thuật, có những thời điểm thao tác phẫu tích quanh động mạch cảnh gây tăng huyết áp lên 155/90mmHg, đã được xử trí bằng tiêm tĩnh mạch Propofol 30mg, sau khi xử trí 1 phút huyết áp đạt 122/74mmHg. Ngoài ra, trong quá trình phẫu thuật có tiến hành garo 1/3 dưới đùi với thời gian garo 1 giờ 20 phút (bắt đầu garo lúc 9 giờ 40 phút và tháo garo lúc 11 giờ), ngay sau khi tháo garo huyết áp tụt 80/45mmHg, đã được xử trí bằng tiêm tĩnh mạch Noradrenalin 4mcg, sau khi xử trí 1 phút huyết áp đạt 104/62mmHg.

Phẫu thuật kết thúc lúc 16 giờ cùng ngày, thời gian phẫu thuật 7 giờ 15 phút. Liều lượng thuốc và thể tích dịch truyền sử dụng trong phẫu thuật bao gồm Propofol

200mg, Rocuronium 250mg, Fentanyl 800mcg, Atropin 0,5mg, Heparin 2500UI, Solumedron 40mg, Voluven 1000ml, Ringerlactat 1000ml.

Bảng 1. Kết quả khí máu trong quá trình gây mê phẫu thuật

Giá trị	Thời điểm	Sau đặt ống nội khí quản và ngay trước rạch da	Hoàn thành nối mạch vi phẫu	Ngay khi kết thúc phẫu thuật
pH		7,4	7,373	7,355
pCO ₂		44,4mmHg	46,2	48,4
pO ₂		377mmHg	384,7	392,9
Na ⁺		142,3mmol/L	138,9	137,8
K ⁺		4,12mmol/L	4,35	4,32
Ca ⁺⁺		1,18mmol/L	1,04	0,95
Hct		40%	35	32
HCO ₃ std		27,7mmol/L	27,1	27,2
Glu		5,3mmol/L	9,1	9,1
Lactat		1,4mmol/L	1,1	1,3

Sau phẫu thuật bệnh nhân được chuyển về Khoa Hồi sức Ngoại tiếp tục duy trì an thần, giảm đau, thở máy, sử dụng thuốc kiểm soát huyết áp Nicardipin, thuốc chống đông Lovenox 40mg/0,4ml/ngày, truyền 2 đơn vị hồng cầu khối nhóm O, 3 đơn vị huyết tương, điều chỉnh nước điện giải, theo dõi và chăm sóc vết cũng như vùng lấy vật. Bệnh nhân được rút ống nội khí quản 15 giờ 30 phút ngày 17/01/2023, chuyển về Khoa Hàm mặt ngày 18/01/2023 để chăm sóc tiếp và bệnh nhân ra viện ngày 17/02/2023.

3. BÀN LUẬN

Tiến hành gây mê đúng cách là cần thiết để an toàn và có kết quả tốt trong bất kỳ cuộc phẫu thuật nào. Nhiều yếu tố gây mê đóng vai trò rất quan trọng trong kết quả của phẫu thuật vi mạch tái tạo vật tự do cho các khối u ác tính ở đầu và cổ trong khi việc tiến hành gây mê là thách thức đối với bác sĩ gây mê do đường thở khó, cắt

bỏ khối lượng lớn tổ chức và thời gian phẫu thuật kéo dài [1].

Ung thư vòm họng và khoang miệng gây ra nhiều khó khăn trong việc quản lý đường thở. Các yếu tố góp phần tạo nên đường thở khó ở những bệnh nhân ung thư miệng đó là sự hiện diện của khối u, thay đổi giải phẫu và xơ hóa do phẫu thuật trước đó hoặc xạ trị, quá trình phẫu thuật kéo dài, vật được sử dụng có kích thước lớn, phù nề xung quanh đường thở do thao tác phẫu thuật, nguy cơ chảy máu chủ yếu do phẫu thuật và cố gắng kiểm soát đường thở nhiều lần [2] và nguy cơ trào ngược [3].

Từ đó đặt ra các mối quan tâm trong gây mê như các khối u quanh miệng hoặc quanh thanh môn khiến cho việc thông khí bóp bóng trở nên khó khăn hoặc không thể; các khối u có thể bị vỡ, dễ bị chảy máu khi thực hiện soi thanh quản làm cho việc quan sát thanh môn trở nên khó khăn; khối u lan rộng đến gốc lưỡi không đánh giá được hết gây hạn chế di động lưỡi, khó soi

thanh quản và đặt ống nội khí quản; tình trạng răng kém do khối u xâm lấn gây khó khăn cho việc soi thanh quản và quan sát thanh môn. Đèn soi thanh quản có camera giúp quan sát đường thở tốt hơn nhưng cần không gian để đưa đèn vào và có thể làm vỡ khối u [4]. C

ác bệnh nhân bị ung thư vòm họng và khoang miệng khi có sử dụng đồng thời xạ trị có thể gây xơ hóa cơ, gân, khớp vùng hàm mặt, cổ làm tăng thêm độ khó của việc đặt ống nội khí quản cũng như thông khí qua mặt nạ. Bác sĩ gây mê có thể gặp phải những khó khăn như bệnh nhân hạn chế mở miệng, giảm khả năng vận động của cổ, khối u lớn ... [5]. Vì vậy có thể chọn các kỹ thuật như đặt ống nội khí quản khi bệnh nhân còn tỉnh - đây là kỹ thuật tiêu chuẩn vàng nhưng đòi hỏi bác sĩ gây mê có kinh nghiệm hoặc gây mê và đặt ống nội khí quản có hoặc không có sử dụng thuốc giãn cơ hoặc đặt "mò" qua mũi tuy nhiên có khả năng làm vỡ khối u và gây chảy máu đáng kể hoặc đặt ống nội khí quản dưới hướng dẫn của nội soi khí phế quản ống mềm hoặc mở khí quản hoặc đặt ống nội khí quản ngược dòng [4]. Trong các kỹ thuật đó, đặt ống nội khí quản bằng nội soi khí phế quản khi bệnh nhân còn tỉnh được ưa dùng [1] và đặt ống nội khí quản ngược dòng gần như đã không còn được áp dụng và chỉ nên được thực hiện bởi bác sĩ gây mê nhiều kinh nghiệm [4].

Quản lý đường thở ở bệnh nhân ung thư miệng chủ yếu được thực hiện sau khi khởi mê với gây mê có hoặc không có sử dụng thuốc giãn cơ, đặt ống nội khí quản qua đường mũi do hầu hết các bệnh nhân không hợp tác [6].

Bệnh nhân này trước khi vô cảm đã được giải thích để phối hợp với bác sĩ gây mê nhằm đặt ống nội khí quản qua đường mũi dưới gây tê. Cụ thể bệnh nhân được tiền mê bằng Fentanyl 100mcg và Atropin

0,5mg tiêm tĩnh mạch, gây tê khe thanh môn bằng Lidocain 40mg, phun tê Xylocain 10% vào miệng và mũi, sau đó tiến hành đặt ống nội khí quản 6,5 qua mũi phải thuận lợi bằng việc sử dụng đèn soi thanh quản có gắn camera. Ống nội khí quản được đặt qua mũi vì nếu đặt qua miệng sẽ ảnh hưởng đến trường mổ khi phẫu thuật vùng hàm dưới. Trong trường hợp không thể đặt ống nội khí quản qua đường mũi, có 03 lựa chọn thay thế một là đặt nội khí quản sau răng hàm (đặt nội khí quản qua miệng và đưa ống ra sau răng hàm cuối cùng), hai là đặt nội khí quản dưới cằm (đặt nội khí quản qua miệng, phần cuối của ống sẽ được xuyên qua sàn miệng và ra ngoài qua da), ba là mở khí quản [7].

Bệnh nhân này sau khi cố định ống nội khí quản được khởi mê bằng tiêm tĩnh mạch Propofol 80mg và Rocuronium 50mg, duy trì mê bằng thuốc mê bốc hơi Sevofluran và truyền tĩnh mạch thuốc giãn cơ Rocuronium. Về phương pháp vô cảm đối với loại phẫu thuật này, có thể dùng gây mê bằng thuốc mê bốc hơi hoặc gây mê tĩnh mạch toàn bộ.

Vào năm 2016, một thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng so sánh gây mê cân bằng với sevofluran và gây mê tĩnh mạch toàn thể (Propofol/Remifentanyl) đã theo dõi độ bão hòa oxy mô/vạt (regional tissue oximetry) đã cho thấy Sevofluran làm giảm tổn thương do thiếu máu cục bộ - tái tưới máu (ischemia - reperfusion) [8].

Bệnh nhân của chúng tôi được duy trì mê bằng Sevofluran phần nào giúp làm giảm tổn thương vạt do thiếu máu cục bộ - tái tưới máu. Một khó khăn khác đối với bệnh nhân ung thư là thiết lập đường truyền tĩnh mạch ngoại vi có thể do tuổi cao hoặc do hóa trị liệu [9]. Bệnh nhân này 54 tuổi và chưa phải là người cao tuổi, chưa trải qua hóa trị do đó đường truyền

tĩnh mạch ngoại vi đã được thiết lập dễ dàng với kim lềun 16G.

Kiểm soát thân nhiệt trong phẫu thuật nói chung và trong phẫu thuật tái tạo vật nói riêng đóng vai trò rất quan trọng. Tái tạo vật tự do cần nhiệt độ bình thường để duy trì lưu lượng máu tối ưu tới vật. Thời gian phẫu thuật dưới gây mê toàn thể kéo dài, nhiều vị trí cơ thể không được che phủ tiếp xúc với môi trường lạnh của phòng mổ và dịch truyền tĩnh mạch không được làm ấm thường dẫn đến hạ thân nhiệt. Hạ thân nhiệt gây ra các biến chứng sau phẫu thuật khác nhau như co mạch tại chỗ hoại tử một phần hoặc toàn bộ vật, chậm lành vết thương, tăng độ nhớt của huyết tương, tăng hematocrit, rối loạn đông máu dẫn đến hình thành khối máu tụ và các biến chứng nhiễm trùng. Run sau phẫu thuật có thể dẫn đến tăng tiêu thụ oxy, thiếu oxy, rối loạn nhịp tim và biến cố cơ tim [1].

Do đó, người ta khuyên phòng mổ nên giữ ở nhiệt độ tối ưu 24 - 25°C để tránh mất nhiệt, chênh lệch giữa nhiệt độ trung tâm và nhiệt độ ngoại vi không được cao hơn 2°C, sử dụng chăn ấm để duy trì nhiệt độ cơ thể tối ưu và sử dụng dịch truyền được sử dụng đã được làm nóng trước đến 36,5 °C bằng cách sử dụng máy làm ấm dịch [9]. Bệnh nhân này trải qua hơn 7 giờ phẫu thuật, được coi là dài và chúng tôi đã áp dụng khuyến cáo trên bằng cách cài đặt nhiệt độ phòng mổ 25 độ C, sử dụng máy sưởi ấm bệnh nhân cài đặt ở mức 40 độ C và các dịch truyền ringer lactat, natriclorua 0,9%, voluven 6% đều được để trong tủ ấm trước khi bắt đầu truyền.

Opioid giảm thiểu các phản ứng huyết động đối với việc đặt nội khí quản và các kích thích phẫu thuật trong phẫu thuật cũng như cung cấp giảm đau trong giai đoạn hậu phẫu sớm. Fentanyl là thuốc giảm đau thích hợp trong phẫu thuật vi mạch, giúp

ổn định huyết động và có thể bảo vệ cơ tim chống lại tổn thương do thiếu máu cục bộ [10]. Truyền Remifentanil, một opioid tác dụng ngắn, mang lại hiệu quả giảm đau tuyệt vời trong phẫu thuật, kiểm soát huyết áp nhanh chóng, giãn mạch rõ rệt và cũng làm giảm nhu cầu sử dụng thuốc giãn cơ [1]. Ở cơ sở của chúng tôi không có Remifentanil, do đó chúng tôi đã sử dụng Fentanyl thay thế và liều lượng Fentanyl đã sử dụng là 800mcg.

Chống huyết khối cũng là vấn đề lưu tâm trong chuyển vật vi phẫu. Một số thuốc được sử dụng với các phác đồ khác nhau để làm giảm chức năng tiểu cầu, cải thiện lưu lượng máu hoặc làm giảm độ nhớt của máu là dextran 40 và heparin không phân đoạn [1]. Ở cơ sở của chúng tôi không có Dextran 40 và bệnh nhân của chúng tôi được sử dụng 2500 đơn vị heparin không phân đoạn để dự phòng huyết khối sau khi kết thúc khâu nối mạch máu.

Kiểm soát mất máu để cải thiện trường mổ là lý do để hạ huyết áp chỉ huy, có một số bằng chứng cấp độ một cho rằng hạ huyết áp chỉ huy có thể làm giảm lượng máu mất, tốc độ truyền máu và thời gian phẫu thuật, tuy nhiên tất cả những điều này còn gây tranh cãi [7]. Mức độ hạ huyết áp phải được điều chỉnh theo giai đoạn phẫu thuật và việc thông tin liên lạc giữa bác sĩ phẫu thuật và bác sĩ gây mê là rất quan trọng. Trong quá trình gây hạ huyết áp, huyết áp động mạch trung bình không nên giảm quá 30% so với mức bình thường của bệnh nhân, với giới hạn dưới là 55mmHg (đối với bệnh nhân có ASA I) [7]. Có nhiều kỹ thuật hạ huyết áp động mạch, có thể chỉ cần gây mê sâu bằng các thuốc mê bốc hơi, hoặc sử dụng các thuốc như glyceryl trinitrat, hoặc natri nitroprussid. Huyết áp trung bình trong mổ ở bệnh nhân này được kiểm soát trong mức từ 60mmHg đến 86mmHg và có thời điểm huyết áp trung

bình tục xuống 56mmHg (80/45mmHg) vẫn đáp ứng với tiêu chuẩn giới hạn dưới là 55mmHg như đề cập trên. Tuy nhiên, chúng tôi đã nhanh chóng đưa huyết áp trở về giá trị bình thường bằng cách tiêm tĩnh mạch 4 mcg noradrenalin.

Theo dõi khí máu động mạch trong phẫu thuật cung cấp thông tin bổ sung, chẳng hạn như lactat, sẽ giúp tránh được nguy cơ rối loạn chức năng các cơ quan chính. Giá trị lactat của bệnh nhân chúng tôi ở các thời điểm đều nằm trong giới hạn bình thường (1,4mmol/L; 1,1mmol/L và 1,3mmol/L). Điều này gián tiếp phản ánh huyết áp trung bình trong mổ được duy trì trong giới hạn bình thường. Hematocrit tối thiểu 30% luôn được duy trì vì nồng độ hematocrit thấp có thể dẫn đến đến thời gian chảy máu kéo dài [9]. Giá trị hematocrit của bệnh nhân này có xu hướng giảm qua các thời điểm, tuy nhiên đều cao hơn 30% (40%, 35%, và 32%).

Thuốc vận mạch sử dụng trong quá trình gây mê được cho là một trong những nguyên nhân khiến máu lưu thông đến vật kém, tuy nhiên, các nghiên cứu khác đã chỉ ra rằng các thuốc Dopamin, Noradrenalin, Metaraminol hoặc phương pháp sử dụng thuốc vận mạch không liên quan trực tiếp đến thất bại vật và trên thực tế, thuốc vận mạch như noradrenalin đã được chứng minh là có lợi bằng cách duy trì lưu lượng máu đến vật [1] và với việc sử dụng Noradrenalin 4mcg tiêm tĩnh mạch như trên, đây là liều rất thấp và được cho là không ảnh hưởng đến vật.

4. KẾT LUẬN

Chuyển vật vi phẫu trong điều trị các khối u ác tính ở vùng đầu mặt cổ là một thách thức đối với bác sĩ gây mê và mục tiêu cuối cùng là tối ưu hóa các điều kiện sinh lý để vật tồn tại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Goswami U, Jain A (2021).** Anaesthetic implications of free-flap microvascular surgery for head and neck malignancies - A relook. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol* 37(4):499-504.
2. **Supkis DE Jr, Dougherty TB, Nguyen DT, Cagle CK (1998).** Anesthetic management of the patient undergoing head and neck cancer surgery. *Int Anesthesiol Clin* 36:21-29
3. **Neelakanta G, Chikyarappa A (2006).** A review of patients with pulmonary aspiration of gastric contents during anesthesia reported to the Departmental Quality Assurance Committee. *J Clin Anesth* 18:102-107.
4. **Nikhar SA, Sharma A, Ramdasally M, Gopinath R (2017).** Airway Management of Patients Undergoing Oral Cancer Surgery: A Retrospective Analysis of 156 Patients. *Turk J Anaesthesiol Reanim* 45(2):108-111
5. **Zheng, G., Feng, L. & Lewis, C.M (2019).** A data review of airway management in patients with oral cavity or oropharyngeal cancer: a single-institution experience. *BMC Anesthesiol* 19, 92.
6. **Burtner DD, Goodman M (1978).** Anesthetic and Operative Management of Potential Upper Airway Obstruction. *Arch Otolaryngol* 104(11): 657-661.
7. **James I. Beck, Kevin D. Johnston (2014).** Anaesthesia for cosmetic and functional maxillofacial surgery. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain* 14(1):38-42.
8. **Claroni C, Torregiani G, Covotta M, et al. (2016).** Protective effect of sevoflurane preconditioning on ischemia-reperfusion injury in patients undergoing reconstructive plastic surgery with microsurgical flap, a randomized controlled trial. *BMC Anesthesiol.* 16(1):66
9. **Swaraj, Dr & Sonowal, Swaraj & Das, Anupam & Sumanjit, Dr & Boro, Sumanjit S & Borah, Tridip. (2020).** Anaesthetic considerations for head and neck cancers in patients undergoing reconstructive free flap surgeries-a review of 55 patients. *European Journal of Translational and Clinical Medicine.* 7.
10. **Sear J. W. (1998).** Recent advances and developments in the clinical use of i.v. opioids during the perioperative period. *British journal of anaesthesia*, 81(1):38-50

BỆNH VIỆN BỎNG QUỐC GIA LÊ HỮU TRÁC TẬP HUẤN XỬ TRÍ CẤP CỨU TAI NẠN THƯƠNG TÍCH THƯỜNG GẶP Ở CỘNG ĐỒNG TẠI CAO BẰNG

Trong 2 ngày từ 16 - 17/5/2023, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác phối hợp Sở Y tế Cao Bằng tổ chức Lớp tập huấn xử trí cấp cứu tai nạn thương tích thường gặp ở cộng đồng cho 83 học viên là viên chức y tế tại các đơn vị trực thuộc Sở Y tế và Quân y Bệnh xá 44, Trung đoàn 852, Ban quân dân y/Bộ Chỉ huy Quân sự tỉnh Cao Bằng.



PGS.TS Chu Anh Tuấn - Phó Giám đốc Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác phát biểu khai mạc lớp tập huấn

Tham dự khai mạc lớp tập huấn có PGS.TS. Chu Anh Tuấn - Phó Giám đốc Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác, BSCK II Nông Văn Thánh - Phó Giám đốc Sở Y tế Cao Bằng, PGS.TS Nguyễn Trung Kiên, Giám đốc Trung tâm Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện 103, TS. Nguyễn Tiến Dũng, Phó Giám đốc Trung tâm Liền Vết thương, TS. Trần Đình Hùng, Phó Chủ nhiệm Khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác và toàn thể học viên tham gia lớp tập huấn.

Lớp tập huấn này nhằm củng cố kiến thức và rèn luyện kỹ năng về xử trí, cấp cứu những tai nạn thương tích thường gặp ở cộng đồng cho đội ngũ viên chức y tế tuyến cơ sở và lực lượng quân y tại địa phương để đảm bảo sẵn sàng phòng ngừa, ứng phó, xử lý kịp thời các trường hợp tai nạn thương tích tại cộng đồng, xây dựng cộng đồng an toàn; góp phần thực hiện tốt công tác phòng, chống tai nạn thương tích tại địa phương.



PGS.TS Nguyễn Trung Kiên, Giám đốc Trung tâm Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Quân y 103 triển khai các nội dung tại lớp tập huấn

Tại lớp tập huấn, các học viên đã được các giảng viên, các chuyên gia của Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác, Bệnh viện Quân y 103 cập nhật các kiến thức mới, đồng thời hướng dẫn những kỹ năng thực hành xử trí khi gặp các trường hợp phản ứng sốc phản vệ; Xử trí đuối

nước tại hiện trường; Chẩn đoán và đánh giá nạn nhân cấp cứu; Cấp cứu ngừng tim phổi cơ bản và các kỹ thuật cấp cứu cơ bản, cố định tạm thời xương gãy; Sơ cấp cứu tai nạn bỏng, Chẩn đoán diện tích, độ sâu vết thương bỏng,...





Các giảng viên giảng bài, trao đổi với học viên tại lớp tập huấn



PGS.TS. Chu Anh Tuấn cùng các giảng viên trao chứng nhận tập huấn cho các học viên

Lớp tập huấn đã thành công tốt đẹp, đạt được mục đích, yêu cầu đề ra. 100% học viên đã hoàn thành chương trình đào tạo, được trao chứng nhận tập huấn. Theo Kế hoạch dự kiến trong tháng 6, Sở Y tế Cao Bằng sẽ tiếp tục phối hợp với Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác tổ chức

tập huấn về Đáp ứng y tế với thảm họa thương tích hàng loạt cho nhân viên y tế tuyến tỉnh, huyện.

Tin, ảnh: Xuân Việt

BỆNH VIỆN BỎNG QUỐC GIA LÊ HỮU TRÁC TỔ CHỨC LỚP ĐÀO TẠO LIÊN TỤC "PHƯƠNG PHÁP XÂM LẤN TỐI THIỂU TIÊM PROFHILO TRẺ HÓA DA"

Sáng ngày 30/5/2023, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác/Học viện Quân y tổ chức lớp đào tạo liên tục Phương pháp xâm lấn tối thiểu tiêm Profhilo trẻ hóa da cho 150 học viên là các bác sĩ đang công tác ở nhiều bệnh viện trong khu vực.



PGS.TS. Vũ Quang Vinh, Phó Giám đốc bệnh viện phát biểu khai mạc lớp tập huấn

Dự và chỉ đạo buổi tập huấn có PGS. TS. Vũ Quang Vinh, Phó Giám đốc Bệnh viện; giảng viên giảng dạy lớp đào tạo TS. BS Vũ Thái Hà, Bệnh viện Da liễu Trung ương, TS. BS Hoàng Thanh Tuấn, Bộ môn - Trung tâm Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ và tái tạo/Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác cùng một số chuyên gia khác.

Với mục tiêu đào tạo nguồn nhân lực chất lượng cho chuyên ngành thẩm mỹ da,

đồng thời cập nhật kiến thức, kỹ thuật và phương pháp điều trị bằng Profhilo với nhiều ưu điểm như giúp trẻ hoá da, làm tăng độ đàn hồi da, chống lại các nếp nhăn và da chảy xệ thông qua việc tái tạo sinh học các cấu trúc collagen và elastin trong da để cải thiện quá trình hydrat hoá và làm căng khuôn mặt, dưỡng ẩm cho da.

Tại buổi đào tạo, các học viên đã được các chuyên gia giảng dạy trực tiếp, kết hợp

thuyết trình, minh họa trực quan, thực hành làm mẫu đồng thời chia sẻ kinh nghiệm thực tế và hướng dẫn kỹ thuật tiêm Profhilo qua các bài giảng nội dung chuyên sâu như: Giải phẫu ứng dụng trong thẩm mỹ nội khoa vùng mặt, cổ; Tối ưu hóa hiệu quả

điều trị trẻ hóa da với Profhilo; Chia sẻ kinh nghiệm lâm sàng ứng dụng Profhilo trong trẻ hóa da; Hướng dẫn kỹ thuật tiêm Profhilo vùng mặt; Hướng dẫn kỹ thuật tiêm Profhilo vùng cổ,...



Các chuyên gia giảng dạy lý thuyết và hướng dẫn thực hành làm mẫu cho các học viên

Prophilo có nhiều ưu điểm như liệu trình điều trị ít, cung cấp lượng hydrat hoá cao hơn so với các phương pháp khác. Kỹ thuật tiêm Prophilo được tiêm tại 10 điểm thẩm mỹ

sinh học được lựa chọn vào lớp hạ bì sâu đến lớp dưới da,... điều này làm giảm thiểu các rủi ro cho các mạch máu và dây thần kinh và đạt được hiệu quả tối ưu nhất.



Ban Tổ chức lớp trao chứng nhận đào tạo cho các học viên

Lớp tập huấn đã thành công tốt đẹp, mong rằng với kiến thức đã được đào tạo, các học viên sẽ thực hành tiêm Prophilo một cách hiệu quả và an toàn.

Tin, ảnh: Xuân Việt

BỆNH VIỆN BỎNG QUỐC GIA LÊ HỮU TRÁC KHAIGIẢNG LỚP ĐÀO TẠO KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH CƠ BẢN CHUYÊN KHOA BỎNG NĂM 2023

Nhằm nâng cao kiến thức và thực hành cơ bản, đồng thời bổ sung nguồn nhân lực chất lượng cho chuyên ngành Bỏng của Bệnh viện và tuyển dưới; ngày 21/6/2023, Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác tổ chức khai giảng lớp đào tạo kiến thức và thực hành cơ bản chuyên khoa Bỏng năm 2023 cho các bác sĩ mới về bệnh viện, các bác sĩ ở tuyển dưới gửi về đào tạo chuyên khoa bỏng.



**GS.TS. Nguyễn Như Lâm, Giám đốc Bệnh viện, Chủ nhiệm Bộ môn Bỏng & YHTH
phát biểu Khai giảng lớp đào tạo**

Dự vào chỉ đạo buổi khai giảng có GS.TS Nguyễn Như Lâm, Giám đốc bệnh viện, Chủ nhiệm Bộ môn Bỏng & YHTH, các đồng chí trong Đảng ủy Ban giám đốc bệnh viện, các thầy, cô giảng viên Bộ môn Bỏng & YHTH/ Học viện Quân y và toàn thể học viên.

Phát biểu và chỉ đạo tại buổi Khai giảng, GS.TS. Nguyễn Như Lâm, Giám đốc Bệnh viện nhấn mạnh: Đào tạo cho các bác sĩ mới về Bệnh viện công tác và bác sĩ ở tuyển dưới nhằm giúp nâng cao kiến thức và thực hành cơ bản, bổ sung nguồn nhân lực chất lượng cho chuyên ngành

Bỏng ở Bệnh viện và tuyển dưới. Đồng thời mong muốn các học viên đặt ra mục tiêu cụ thể và xác định tư tưởng với quyết tâm cao; tham gia học tập thật nhiệt tình, thực hiện tốt quy chế chuyên môn, nội quy học tập, hoàn thành chương trình học tập đúng tiến độ và yêu cầu đề ra.

Các học viên sẽ học chương trình đào tạo ngắn hạn 06 tháng, hình thức học tập trung với chương trình đào tạo bao gồm 3 phần: Học lý thuyết: 70 tiết (14 buổi); Thực hành lâm sàng 535 tiết. Ôn tập, kiểm tra đánh giá: 40 tiết.



Toàn cảnh buổi khai giảng

Chương trình đào tạo được thiết kế đảm bảo cho học viên được bổ sung và nâng cao những kiến thức đã học ở trình độ đại học; huấn luyện các kỹ năng thực hành lâm sàng cơ bản trong điều trị bỏng; trang bị cho học viên kiến thức lý thuyết, khả năng thực hành độc lập, giải quyết

được một số tình huống cơ bản thuộc chuyên ngành Ngoại Bỏng về cấp cứu người bệnh bỏng, điều trị tại chỗ tổn thương bỏng, một yêu cầu cấp thiết trong thu dung điều trị người bệnh bỏng tại các tuyến y tế hiện nay.



Các thầy cô, giảng viên Bộ môn Bỏng & YHTH và các học viên tại buổi khai giảng

Trong quá trình học, các giảng viên sẽ sử dụng phương pháp giảng dạy tích cực, lấy học viên làm trung tâm. Học viên được đánh giá kiểm tra lý thuyết và kỹ năng thực hành, xử lý tình huống thực tế.

Chúc các học viên hoàn thành tốt chương trình đào tạo; khóa học thành công tốt đẹp!

Tin, ảnh: Xuân Việt