

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

4

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 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

TẠP CHÍ

ISSN 1859 - 3461

Y HỌC THẢM HỌA & BỎNG

JOURNAL OF DISASTER MEDICINE AND BURN INJURIES

Số 4 - 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: 069.566624

fax: 84.024 36883180

E.mail: tcbongvn@yahoo.com

Website: www://jbdmp.vn

Giấy phép xuất bản
số 231/GP-BTTTT, Bộ Thông tin Truyền
thông cấp ngày 06/7/2023

In 500 cuốn, kích thước 19x27cm tại

NXB Nông nghiệp

in xong và nộp lưu chiểu tháng 8/2023

MỤC LỤC

I. NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

- 1 Thực trạng trang thiết bị cấp cứu trên xe cứu thương trong đáp ứng cấp cứu trước bệnh viện 7

Nguyễn Hồng Sơn, Trần Quốc Việt, Bùi Đức Thành, Nguyễn Hữu Bền, Tống Đức Minh, Nguyễn Quang Tường, Nguyễn Thị Ngọc Dung, Đào Tấn Duy, Vũ Đình Ân

- 2 Đặc điểm rối loạn đông máu sớm ở bệnh nhân bỏng nặng 13

Ngô Tuấn Hưng, Nguyễn Như Lâm, Nguyễn Hải An, Trần Đình Hùng, Trần Thị Dịu Hiền, Nguyễn Thị Mai Hương

- 3 Kết quả bước đầu sử dụng vật tự do đùi trước ngoài nối thông mạch máu điều trị tổn thương vùng cổ tay sau bỏng điện cao thế 20

Tống Thanh Hải, Đỗ Trung Quyết, Vũ Quang Vinh

- 4 Đánh giá kết quả bước đầu phục hồi gấp khuỷu bằng kỹ thuật chuyển vật cơ thon vi phẫu trong điều trị tổn thương đám rối thần kinh cánh tay 28

Trần Thị Thanh Huyền, Đào Văn Giang, Nguyễn Thị Hương Giang, Hoàng Thị Vân, Tô Tuấn Linh, Trần Xuân Thạch, Nguyễn Hồng Hà

- 5 Đánh giá kết quả điều trị tổn thương cổ tay - bàn tay bằng vật nhánh xuyên động mạch quay 39

Vũ Quốc Khánh, Hoàng Thanh Tuấn, Vũ Quang Vinh, Trần Văn Anh, Đỗ Trung Quyết, Hoàng Tuấn Hoàng

6	Kết quả bước đầu sử dụng vật da cuống liền nhánh xuyên động mạch thượng vị dưới sâu “mỏng” trong tạo hình tổn thương vùng cổ bàn tay Đỗ Trung Quyết, Tống Thanh Hải, Vũ Quang Vinh	46
7	Hiệu quả gây mê mask thanh quản trong phẫu thuật nâng ngực bằng túi độn Võ Văn Hiền, Hoàng Thanh Tuấn	55
8	Đánh giá hoạt động giáo dục sức khỏe tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác năm 2022 Nguyễn Thị Lương, Ngô Minh Đức, Lê Quốc Chiêu, Nguyễn Trung Hưng	62
9	Khảo sát kiến thức và thực hành an toàn truyền máu của điều dưỡng tại Bệnh viện Bông Quốc gia Nguyễn Thị Thu Hiền, Nguyễn Thị Mai Hương	71
10	Đánh giá kiến thức chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh bỏng của điều dưỡng Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác Đỗ Thị Ngọc Anh	80
11	Đánh giá thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế ở các khoa lâm sàng, Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác Nguyễn Thị Hương, Lương Đình Tuấn, Nguyễn Hùng Thắng	95
12	Điều trị thành công bệnh nhân bỏng acid chromic có biến chứng tổn thương thận cấp (Thông báo lâm sàng) Hoàng Văn Vụ, Trần Thị Diệu Hiền, Trương Thị Thúy	105
II Tin tức		
13	Bệnh viện bỏng quốc gia lê hữu trác tập huấn “Đáp ứng y tế trong thảm họa” cho cán bộ, nhân viên y tế tỉnh Cao Bằng Tin và bài: Xuân Việt	114
14	Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác tổ chức hội nghị khoa học điều dưỡng - kiểm soát nhiễm khuẩn năm 2023 Tin và bài: Xuân Việt	116
15	Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác khám, Tư vấn sức khỏe, cấp thuốc miễn phí và trao tặng nhà tình nghĩa cho đối tượng chính sách tại huyện Phú Lương, Thái Nguyên Tin và bài: Xuân Việt	119

Ảnh bìa 1: Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác tổ chức Hội nghị Khoa học Điều dưỡng, Kiểm soát nhiễm khuẩn năm 2023.



Contents

Journal of disaster medicine and burn injuries

Number 4 - 2023

TABLE OF CONTENTS

I.	SCIENTIFIC AND CLINICAL RESEARCH	
1	Status of emergency equipments in ambulances in pre-hospital emergency Nguyen Hong Son, Tran Quoc Viet, Bui Duc Thanh, Nguyen Huu Ben, Tong Duc Minh, Nguyen Quang Tuong, Nguyen Thi Ngoc Dung, Dao Tan Duy, Vu Dinh An	7
2	Characteristics of early coagulopathy in severe burn patients Ngo Tuan Hung, Nguyen Nhu Lam, Nguyen Hai An, Tran Dinh Hung, Tran Thi Diu Hien, Nguyen Thi Mai Huong	13
3	Free flow-through anterolateral thigh flaps for wrist high-tension electrical burns: Initial results Tong Thanh Hai, Do Trung Quyet, Vu Quang Vinh	20
4	Assessment of initial results of recovered elbow bend by microsurgery to transfer gracilis muscle flap in the treatment of brachial plexus injuries Tran Thi Thanh Huyen, Dao Van Giang, Nguyen Thi Huong Giang, Hoang Thi Van, To Tuan Linh, Tran Xuan Thach, Nguyen Hong Ha	28
5	Estimating treatment result of wrist and hand defects by radial artery perforator flap Vu Quoc Khanh, Hoang Thanh Tuan, Vu Quang Vinh, Tran Van Anh, Do Trung Quyet, Hoang Tuan Hoang	39
6	Application of “thin” deep inferior epigastric perforator flap in reconstruction of wrist and hand injury: initial results Do Trung Quyet, Tong Thanh Hai, Vu Quang Vinh	46
7	Effectiveness of laryngeal mask airway anesthesia for breast augmentation surgery Vo Van Hien, Hoang Thanh Tuan	55
8	Evaluation of health education activities at Le Huu Trac National Burn Hospital in 2022 Nguyen Thi Luong, Ngo Minh Duc, Le Quoc Chieu, Nguyen Trung Hung	62
9	Survey the knowledge of nurses about blood transfusion and operation compliance with blood transfusion safety procedures at National Burn Hospital Nguyen Thi Thu Hien, Nguyen Mai Huong	71

10	Assessment of nursing about knowledge On nutritional care and supporting patients of at the Le Huu Trac National Burn Hospital Do Thi Ngoc Anh	80
11	Assessment of practice of standard infection control precautions among healthcare workers at the Le Huu Trac National Burn Hospital Nguyen Thi Huong, Luong Dinh Tuan, Nguyen Hung Thang	95
12	Successful treatment for chromic acid burns patient With complication of acute kidney injury (case report) Hoang Van Vu, Tran Thi Diu Hien, Truong Thi Thuy	105
II.	News	
13	Le Huu Trac National Burn Hospital training "Medical response in disasters" for medical staff in Cao Bang province Xuan Viet	114
14	Le Huu Trac National Burn Hospital organize conference nursing science infection control in 2023 Xuan Viet	116
15	Le Huu Trac National Burn Hospital examines and advises policy beneficiaries in Phu Luong District, Thai Nguyen Xuan Viet	119

THỰC TRẠNG TRANG THIẾT BỊ CẤP CỨU TRÊN XE CỨU THƯƠNG TRONG ĐÁP ỨNG CẤP CỨU TRƯỚC BỆNH VIỆN

Nguyễn Hồng Sơn¹, Trần Quốc Việt¹, Bùi Đức Thành¹,
Nguyễn Hữu Bền², Tống Đức Minh², Nguyễn Quang Tường¹,
Nguyễn Thị Ngọc Dung¹, Đào Tấn Duy¹, Vũ Đình Ân¹

¹Bệnh viện Quân y 175

²Học viện Quân y

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát thực trạng trang thiết bị cấp cứu trên xe cứu thương trong đáp ứng cấp cứu trước bệnh viện.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả đặc điểm hoạt động, sử dụng, đáp ứng của xe cứu thương theo tiêu chuẩn trong Thông tư 27/2017/TT-BYT và đặc điểm trang thiết bị y tế trên xe cứu thương theo Quyết định 3385/QĐ-BYT trên 105 xe cứu thương hiện có trong biên chế của các trung tâm cấp cứu 115 thuộc 6 tỉnh, thành phố Hà Nội, Hồ Chí Minh, Đà Nẵng, Hà Nam, Quảng Nam và Tiền Giang.

Kết quả: Phần lớn các xe cứu thương đang trong tình trạng sử dụng tốt chiếm 83,8%, đạt giấy kiểm định chất lượng do Sở giao thông vận tải cấp phép (95,2%) và đạt giấy phép vận chuyển cấp cứu của Sở Y tế (80,0%). Có 75,2% xe cứu thương đạt đủ tiêu chuẩn theo TT 27/2017/TT-BYT của Bộ Y tế, trong đó 89,5% đạt tiêu chuẩn bên ngoài xe, 83,8% đạt tiêu chuẩn bên trong xe và 81,0% đạt tiêu chuẩn về các trang thiết bị chuyên dụng khác. Có 60,0% xe cứu thương được trang bị đầy đủ 5 nhóm trang thiết bị thiết yếu cho cấp cứu trước bệnh viện, đầy đủ nhất là các loại dụng cụ, thiết bị thông khí, hỗ trợ hô hấp và 6,7% xe cứu thương có đầy đủ 8 nhóm vật tư theo quy định (6,7%), tỷ lệ đầy đủ cao là các loại dụng cụ hỗ trợ hô hấp, băng, gạc các loại, dụng cụ đo huyết áp, ống nghe, nhiệt kế.

Kết luận: Tỷ lệ xe cứu thương còn sử dụng tốt ở mức tương đối cao, tuy nhiên các trang thiết bị, dụng cụ y tế trên xe cứu thương phần lớn chưa đầy đủ theo tiêu chuẩn quy định.

Từ khóa: Cấp cứu trước bệnh viện, xe cứu thương, trang thiết bị y tế

ABSTRACT

Chịu trách nhiệm: Bùi Đức Thành, Bệnh viện Quân y 175

Email: buiducthanh175@yahoo.com

Ngày nhận bài: 02/8/2023; Ngày nhận xét: 20/8/2023; Ngày duyệt bài: 30/8/2023

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.4.2023.244>

Objective: Surveying the current status of emergency equipment in ambulances in pre-hospital emergency response.

Subjects and methods: A descriptive study of the operation, usage, and response characteristics of ambulances according to standards in Circular 27/2017/TT-BYT and characteristics of medical equipment on ambulances according to Decision No. 3385/QĐ-BYT on 105 ambulances currently at 115 emergency centers in 6 provinces, Hanoi, Ho Chi Minh City, Da Nang, Ha Nam, Quang Nam, and Tien Giang.

Results: The majority of ambulances were in good condition, accounting for 83.8%, achieving quality inspection issued by the Department of Transport (95.2%) and obtaining an emergency transport license by the Department of Health (80.0%). There were 75.2% of ambulances that meet the standards according to Circular 27/2017/TT-BYT of the Ministry of Health, of which 89.5% meet the standards on the outside of the vehicle, 83.8% meet the standards on the inside of the vehicle and 81.0% met standards for other specialized equipment. There were 60.0% of ambulances fully equipped with 5 groups of essential equipment for pre-hospital emergency care, the most complete was ventilation respiratory support equipment, and 6.7% of ambulances had all 8 fully equipped groups according to regulations (6.7%), a high completeness rate was all kinds of respiratory support tools, bandages, gauze of all kinds, blood pressure measuring tools, stethoscopes, thermometer.

Conclusion: The percentage of ambulances still in good use was relatively high, however, the medical equipment and instruments in ambulances were largely inadequate according to prescribed standards.

Keywords: Pre-hospital emergency, ambulance, medical equipment

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các chấn thương, cũng như các bệnh lý cấp cứu khác như ngừng tim, đột quỵ, sốc nhiễm khuẩn, cấp cứu sản khoa là những vấn đề dẫn đến nguy cơ tàn phế và tử vong nhanh chóng ở những quốc gia có mức thu nhập thấp và trung bình [1]. Do vậy, các dịch vụ y tế khẩn cấp (EMS: Emergency Medical Services) đã ra đời nhằm tổ chức các dịch vụ chăm sóc y tế cho các bệnh nhân cấp cứu trước bệnh viện [1]. Trong đó, cấp cứu trước bệnh viện (CCTBV) là thành phần giữ vai trò quan trọng trong chuỗi liên tục

các dịch vụ y tế khẩn cấp, CCTBV đã cho thấy khả năng đáng kể khi giúp giảm tới 25% tỷ lệ tử vong do chấn thương [2]. Tại Việt Nam, nhiệm vụ CCTBV được giao cho trung tâm cấp cứu 115 của các tỉnh, thành phố đảm nhiệm, tuy nhiên sau nhiều năm đi vào hoạt động nhưng cơ sở vật chất phục vụ hoạt động này còn nhiều hạn chế, do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Khảo sát, đánh giá thực trạng trang thiết bị cấp cứu trên xe cứu thương trong đáp ứng cấp cứu trước bệnh viện.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 105 xe cứu thương hiện có trong biên chế của các trung tâm cấp cứu 115 thuộc 6 tỉnh, thành phố: Hà Nội, Hồ Chí Minh, Đà Nẵng, Hà Nam, Quảng Nam và Tiền Giang.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả đặc điểm hoạt động, sử dụng, đáp ứng của xe cứu thương theo tiêu chuẩn trong **Thông tư 27/2017/TT-BYT** và đặc điểm trang thiết bị y tế trên xe cứu thương theo **Quyết định 3385/QĐ-BYT**.

Nội dung nghiên cứu: Tiến hành thống kê, khảo sát về chất lượng, đặc điểm hoạt động, sử dụng của xe cứu thương hiện có tại các trung tâm cấp cứu 115 thuộc 6 tỉnh, thành phố; nghiên cứu và mô tả về trang thiết bị y tế cấp cứu trên xe cứu thương theo các tiêu chuẩn pháp lý.

Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm xe cứu thương: Đang sử dụng tốt, đang sửa chữa, chờ thanh lý.

- Đặc điểm kiểm định chất lượng xe cứu thương do Sở Giao thông vận tải cấp phép và do Sở Y tế cấp phép.

- Tiêu chuẩn xe cứu thương theo **Thông tư 27/2017/TT-BYT**: Tiêu chuẩn bên trong xe, tiêu chuẩn bên ngoài xe.

- Phân bố trang thiết bị y tế cấp cứu trên xe cứu thương theo **Quyết định 3385/QĐ-BYT**: Thiết bị, dụng cụ thông khí và hỗ trợ hô hấp; băng, gạc các loại, dụng cụ cố định, dụng cụ kiểm soát nhiễm khuẩn, thiết bị, dụng cụ khác (Chăn ủ, gối kê, bô),...

2.3. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu thu thập được nhập và xử lý trên phần mềm thống kê y sinh học SPSS 22.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm xe cứu thương tham gia cấp cứu trước bệnh viện

Xe cứu thương	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Xe đang sử dụng tốt	88	83,8
Xe đang sửa chữa	13	12,4
Xe hỏng chờ thanh lý	4	3,8
Tổng số	105	100

Nhận xét: Chủ yếu các xe cứu thương đang trong tình trạng sử dụng tốt chiếm 83,8% (88/105 xe), có 13 xe đang sửa chữa (12,4%) và 4 xe hỏng chờ thanh lý (3,8%).

Bảng 3.2. Phân bố xe cứu thương có giấy kiểm định, giấy phép vận chuyển tham gia cấp cứu trước bệnh viện (n = 105)

Xe cứu thương	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có giấy kiểm định	100	95,2
Có giấy phép vận chuyển cấp cứu	84	80,0

Nhận xét: Có 100 xe (95,2%) đạt giấy kiểm định chất lượng do Sở giao thông vận tải cấp phép và 84 xe (80,0%) đạt giấy phép vận chuyển cấp cứu của Sở y tế cấp phép.

Bảng 3.3. Phân bố xe cứu thương đạt tiêu chuẩn theo Thông tư 27/2017/TT-BYT (n = 105)

Tiêu chuẩn	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bên ngoài xe	94	89,5
Bên trong xe	88	83,8
Các trang thiết bị chuyên dụng khác	85	81,0
Đủ tiêu chuẩn theo TT 27/2017/TT-BYT	79	75,2

Nhận xét: Có 79 xe cứu thương (75,2%) đạt đủ tiêu chuẩn theo TT 27/2017/TT-BYT của Bộ Y tế, trong đó có 94 xe (89,5%) đạt tiêu chuẩn bên ngoài xe, 85 xe (81,0%) đạt tiêu chuẩn về các trang thiết bị chuyên dụng khác.

Bảng 3.4. Phân bố xe cứu thương có đủ trang thiết bị thiết yếu trên xe theo QĐ 3385/QĐ-BYT (n = 105)

Loại trang thiết bị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thiết bị, dụng cụ thông khí và hỗ trợ hô hấp	95	90,5
Thiết bị cấp cứu tim mạch	73	69,5
Dụng cụ cố định	86	81,9
Dụng cụ kiểm soát nhiễm khuẩn	82	78,1
Thiết bị, dụng cụ khác (Chăn ủ, gối kê, bô)	94	89,5
Có đủ 5 nhóm trang thiết bị thiết yếu	63	60,0

Nhận xét: Có 64 xe cứu thương được trang bị đầy đủ 5 nhóm trang thiết bị thiết yếu cho cấp cứu trước bệnh viện, chiếm 60,0%. Các loại dụng cụ, thiết bị thông khí, hỗ trợ hô hấp đầy đủ nhất với 90,5%.

Bảng 3.5. Phân bố vali dụng cụ có đủ vật tư theo QĐ 3385/QĐ-BYT (n=105)

Loại trang thiết bị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Dụng cụ hỗ trợ hô hấp	96	91,4
Băng các loại	96	91,4
Gạc các loại	96	91,4
Vật tư sản khoa	10	9,5
Đo huyết áp, ống nghe, nhiệt kế	96	91,4
Bơm tiêm, dây truyền dịch, kim bướm	84	80,0
Khác (Hộp đựng bông, đèn pin, ga trải...)	85	81,0
Vật tư kiểm soát nhiễm khuẩn	85	81,0
Có đủ 8 nhóm vật tư theo quy định	7	6,7

Nhận xét: Có 7 xe cứu thương có đầy đủ 8 nhóm vật tư theo quy định (6,7%). Các loại dụng cụ hỗ trợ hô hấp, băng, gạc các loại, dụng cụ đo huyết áp, ống nghe, nhiệt kế đều có tỷ lệ đầy đủ cao với 91,4%.

4. BÀN LUẬN

Dịch vụ y tế khẩn cấp được xác định là hệ thống các khía cạnh chăm sóc sức khỏe nhằm cung cấp cho bệnh nhân cần cấp cứu ngoài bệnh viện, do đó, dịch vụ y tế khẩn cấp như là một phần quan trọng của

hệ thống y tế, bảo đảm sức khỏe và cần thiết để cải thiện hiệu quả xử trí các chấn thương các bệnh lý cấp cứu [1]. Mục đích chính của dịch vụ y tế khẩn cấp là cung cấp chăm sóc y tế khẩn cấp phù hợp nhất với những thứ hiện có của hệ thống dịch vụ cấp cứu khẩn cấp tới những bệnh nhân đang có nhu cầu [3].

Các xe cứu thương đảm bảo đầy đủ các điều kiện để vận chuyển cấp cứu cần có 2 loại giấy phép gồm giấy phép kiểm định xe do Sở Giao thông vận tải cấp sau khi kiểm tra về điều kiện an toàn kỹ thuật,

kết cấu của xe và đảm bảo khả năng bảo vệ môi trường và giấy phép vận chuyển cấp cứu do Sở Y tế cấp sau khi thẩm định về điều kiện nhân lực, trang thiết y tế, thuốc có trên xe nhằm phục vụ nhiệm vụ cấp cứu trước bệnh viện.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy chỉ có 83,8% các xe cứu thương còn đang sử dụng tốt, 12,4% xe cứu thương đang sửa chữa và 3,8% xe hỏng và chờ thanh lý. Trong số 105 xe cứu thương trong nghiên cứu, chỉ có 100 xe đạt tiêu chuẩn kiểm định của Sở Giao thông vận tải (95,2%) và 84 xe có giấy phép vận chuyển cấp cứu do Sở Y tế cấp (80,0%). Như vậy, hiện tại không chỉ thiếu về số lượng xe cứu thương cho nhiệm vụ cấp cứu trước bệnh viện, mà còn thiếu xe cứu thương hoạt động tốt, đảm bảo đạt tiêu chuẩn kiểm định và tiêu chuẩn vận chuyển cấp cứu, do đó, việc nâng cấp, bổ sung xe cứu thương và đảm bảo chất lượng của xe là rất cần thiết.

Căn cứ theo Thông tư số 27/2017/TT-BYT của Bộ Y tế về Quy định tiêu chuẩn và sử dụng xe ô tô cứu thương đã nêu cụ thể [4]: Tiêu chuẩn đối với trang thiết bị bên ngoài xe ô tô cứu thương phải gắn cố định bao gồm thiết bị phát tín hiệu của xe được quyền ưu tiên; Có bảng thông tin về đơn vị sử dụng. Tiêu chuẩn đối với trang thiết bị bên trong xe ô tô cứu thương gồm cang chính, ghế cho nhân viên y tế, tấm nhựa lót sàn xe, đèn chiếu sáng trong xe, móc treo dịch truyền, Ổ cắm điện 12V, hộc, giá, kệ tủ đựng chuyên dụng, búa thoát hiểm.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, về bảo đảm cho xe cứu thương theo tiêu chuẩn tại Thông tư số 27/2017/TT-BYT của Bộ Y tế: Có 94 xe cứu thương (89,5%) đạt tiêu chuẩn bên ngoài xe, 88 xe cứu thương (83,8%) đạt tiêu chuẩn bên trong xe, về tiêu chuẩn cho các trang thiết bị chuyên dụng khác có 85 xe cứu thương đảm bảo (81,0%). Có 79 xe cứu thương

(75,2%) có đủ theo tiêu chuẩn. Các xe cứu thương đã đảm bảo đủ tiêu chuẩn tương đối cao, tuy nhiên, vẫn còn tồn tại nhiều xe chưa được trang bị đầy đủ và thiếu các tiêu chuẩn trong và ngoài xe như quy định hiện hành.

Căn cứ Quyết định số 3385/QĐ-BYT ngày 18/9/2012 của Bộ Y tế về ban hành danh mục vali thuốc cấp cứu, dụng cụ cấp cứu, thuốc thiết yếu và trang thiết bị thiết yếu trang bị cho một ekip cấp cứu ngoại viện trên xe ô tô cứu thương gồm [5]: Vali dụng cụ cấp cứu gồm nhóm dụng cụ thông khí và các dụng cụ hỗ trợ hô hấp, băng, gạc, vật tư sản khoa, kiểm soát nhiễm khuẩn, dụng cụ và vật tư khác như máy đo huyết áp, ống nghe, nhiệt kế, hộp tiểu phẫu, bơm tiêm các loại, dịch truyền, kim tiêm các loại... Thuốc, vật tư y tế và trang thiết bị thiết yếu.

Trong nghiên cứu này của chúng tôi, có 64 xe cứu thương được trang bị đầy đủ 5 nhóm trang thiết bị thiết yếu cho cấp cứu trước bệnh viện, chiếm 60,0%. Các loại dụng cụ, thiết bị thông khí, hỗ trợ hô hấp đầy đủ nhất với 90,5%. Trong vali dụng cụ, có 7 xe cứu thương có đầy đủ 8 nhóm vật tư theo quy định (6,7%). Các loại dụng cụ hỗ trợ hô hấp, băng, gạc các loại, dụng cụ đo huyết áp, ống nghe, nhiệt kế đều có tỷ lệ đầy đủ cao với 91,4%. Kết quả thu thập cho thấy việc đảm bảo vật tư y tế còn ở mức thấp đáng kể, hầu hết chưa thể đáp ứng theo quy định, thường chỉ đảm bảo được các loại thuốc, vật tư y tế cho cấp cứu các bệnh lý tim mạch, chấn thương, vết thương.

Nguyễn Thị Minh Hiếu và cộng sự (2020) đã khảo sát thực trạng xe cứu thương, thuốc và các trang thiết bị y tế sử dụng trong hoạt động cấp cứu trước bệnh viện tại 53 tỉnh, thành phố trong cả nước đã ghi nhận: số lượng xe cứu thương hiện đang tham gia hoạt động cấp cứu trước bệnh viện là 1.310 xe trong đó 1.223 xe đang sử

dụng tốt (chiếm 93,4%), với 2 loại gồm xe cứu chuyên trách thực hiện cấp cứu ngoại viện và xe cứu thương của các bệnh viện làm nhiệm vụ chuyển tuyến và tham gia cấp cứu ngoại viện khi cần huy động[6]. Về đảm bảo quy định giấy phép vận chuyển cấp cứu, tác giả cho thấy có 1260 xe (96,4%) đảm bảo giấy kiểm định, 1009 xe (77,2%) có giấy phép vận chuyển cấp cứu. Cũng trong nghiên cứu, các xe cứu thương chỉ đảm bảo tiêu chuẩn bên ngoài xe đạt 93,3%, bên trong xe (73,3%), các trang thiết bị chuyên dụng khác (62,2%) và chỉ có 57,8% đảm bảo đủ tiêu chuẩn theo Thông tư 27/2017/TT-BYT. Về trang thiết bị y tế trên xe cứu thương chỉ có 34,4% đảm bảo đủ cả 5 nhóm trang thiết bị y tế thiết yếu, trong đó, cao nhất là nhóm các thiết bị, dụng cụ thông khí và hỗ trợ hô hấp (98,9%); tỷ lệ có vali dụng cụ y tế đạt 90,0%. Tuy nhiên ngay trong các vali dụng cụ, tỷ lệ đảm bảo đủ cả 8 nhóm dụng cụ theo quy định chỉ đạt 7,4%, trong đó hầu hết các vali dụng cụ đều thiếu vật tư sản khoa, số các vali có dụng cụ sản khoa chỉ chiếm 7,4% [6].

Trên cơ sở thực trạng về cơ sở, vật chất, trang thiết bị, thuốc thiết yếu phục vụ cho cấp cứu trước bệnh viện (CCTBV) ở nước ta hiện nay chỉ đáp ứng được ở mức đáp ứng cứu chữa, duy trì sự sống cơ bản, các danh mục trang thiết bị, thuốc thiết yếu được xây dựng còn hạn chế, bám theo nhiệm vụ của nhân viên y tế mà chưa xác định rõ phạm vi, chức năng, năng lực thực hiện các kỹ thuật cấp cứu của các đội cấp cứu, chính điều này dẫn đến các loại thuốc, trang thiết bị y tế chưa phù hợp với thực tế của hoạt động cấp cứu trước bệnh viện.

5. KẾT LUẬN

Phần lớn các xe cứu thương đang trong tình trạng sử dụng tốt chiếm 83,8%, đạt giấy kiểm định chất lượng do Sở giao thông vận tải cấp phép (95,2%) và đạt giấy

phép vận chuyển cấp cứu của Sở y tế cấp phép (80,0%). Có 75,2% xe cứu thương đạt đủ tiêu chuẩn theo TT 27/2017/TT-BYT của Bộ Y tế, trong đó 89,5% đạt tiêu chuẩn bên ngoài xe, 83,8% đạt tiêu chuẩn bên trong xe và 81,0% đạt tiêu chuẩn về các trang thiết bị chuyên dụng khác.

Có 60,0% xe cứu thương được trang bị đầy đủ 5 nhóm trang thiết bị thiết yếu cho cấp cứu trước bệnh viện, đầy đủ nhất là các loại dụng cụ, thiết bị thông khí, hỗ trợ hô hấp và 6,7% xe cứu thương có đầy đủ 8 nhóm vật tư theo quy định (6,7%), tỷ lệ đầy đủ cao là các loại dụng cụ hỗ trợ hô hấp, băng, gạc các loại, dụng cụ đo huyết áp, ống nghe, nhiệt kế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Amber Mehmood, Armaan Ahmed Rowther, Olive Kobusingye, et al.** (2018). Assessment of pre-hospital emergency medical services in low-income settings using a health systems approach. *International Journal of Emergency Medicine*, 11(53): 1-10.
2. **Veena M. Sriram, Gopalkrishna Gururaj, Junaid A. Razzak, et al.** (2016). Comparative analysis of three pre-hospital emergency medical services organizations in India and Pakistan. *Public Health*, 137: 169-175.
3. **Deepak Bhandari, Nabin Krishna Yadav** (2020). Developing an integrated emergency medical services in a low-income country like Nepal: a concept paper. *International Journal of Emergency Medicine*, 13(7): 1-5.
4. **Bộ Y tế** (2017). Thông tư số 27/2017/TT-BYT, ngày 28/6/2017 về Quy định tiêu chuẩn và sử dụng xe ô tô cứu thương.
5. **Bộ Y tế** (2012). Quyết định số 3385/QĐ-BYT về Ban hành Danh mục Vali thuốc cấp cứu, dụng cụ cấp cứu, thuốc thiết yếu và trang thiết bị thiết yếu trang bị cho một kíp cấp cứu ngoại viện trên xe ô tô cứu thương.
6. **Nguyễn Thị Minh Hiếu, Trịnh Ngọc Thành, Nguyễn Thái Học và cộng sự** (2020). Thực trạng xe cứu thương, thuốc và trang thiết bị y tế phục vụ hoạt động cấp cứu trước viện tại Việt Nam. *Tạp chí Chính sách Y tế*, 29: 93-105.

ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN ĐÔNG MÁU SỚM Ở BỆNH NHÂN BỎNG NẶNG

Ngô Tuấn Hưng¹, Nguyễn Như Lâm^{1,2}, Nguyễn Hải An^{1,2},
Trần Đình Hùng^{1,2}, Trần Thị Diệu Hiền¹, Nguyễn Thị Mai Hương¹

¹Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

²Học viện Quân y

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm rối loạn đông máu sớm trên bệnh nhân bỏng nặng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu 93 bệnh nhân bỏng người lớn (16 - 65 tuổi), không có bệnh và chấn thương kết hợp, diện tích bỏng $\geq 30\%$ diện tích cơ thể (DTCT), vào viện trong 24 giờ sau bỏng, điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu ≥ 3 ngày, có kết quả điều trị xác định (sống hoặc tử vong, xin về tử vong). Rối loạn đông máu sớm ở bệnh nhân bỏng nặng được xác định khi INR $> 1,5$ hoặc aPTT > 60 giây trong vòng 24 giờ đầu sau bỏng.

Kết quả: Tỷ lệ rối loạn đông máu sớm là 46,24%. Xét nghiệm lúc vào viện, giá trị PT chủ yếu giảm (61,29%); INR và Fibrinogen phần lớn tăng (73,12% và 52,69%). Nhóm bệnh nhân có rối loạn đông máu sớm có diện tích bỏng sâu, số lượng bệnh nhân thở máy và nồng độ lactat máu động mạch lúc vào viện lớn hơn đáng kể ($p < 0,05$) so với nhóm không có rối loạn đông máu sớm; trong khi, nhiệt độ lúc vào viện thấp hơn có ý nghĩa ($p < 0,05$). Các bệnh nhân có rối loạn đông máu sớm có nguy cơ tổn thương thận cấp sớm gấp 3,5 lần và nguy cơ tử vong gấp 3,2 lần các bệnh nhân không có, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết luận: Tỷ lệ rối loạn đông máu sớm ở bệnh nhân bỏng nặng còn cao. Diện tích bỏng sâu, tăng lactat máu động mạch và hạ thân nhiệt là yếu tố liên quan đến khởi phát rối loạn đông máu sớm. Rối loạn đông máu sớm có liên quan đến biến chứng tổn thương thận cấp sớm và tử vong trên bệnh nhân bỏng nặng.

Từ khóa: Rối loạn đông máu, bỏng nặng

ABSTRACT

Objectives: To evaluate characteristics of early coagulopathy in severe burn patients.

¹Chịu trách nhiệm: Ngô Tuấn Hưng, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

Email: tuanhungvb@gmail.com

Ngày nhận bài: 08/7/2023; Ngày nhận xét: 20/8/2023; Ngày duyệt bài: 30/8/2023

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.4.2023.245>

Subjects and methods: Retrospective study of 93 adult burn patients (16 - 65 years old), without comorbidity and trauma, with burn $\geq 30\%$ of total body surface area (TBSA), hospitalized within 24 hours after burn, inpatient treatment > 3 days at the ICU, have confirmed treatment result (survival or death). Early coagulopathy in severe burn patients was defined as $INR > 1.5$ or $aPTT > 60$ s within the first 24 hours after burn.

Results: The rate of coagulopathy was 46.24%. Laboratory tests at hospitalized, PT values mainly decreased (61.29%); INR and Fibrinogen were primarily increased (73.12% and 52.69%). The group of patients with early coagulopathy had a deep burn area, the number of ventilator patients and the arterial blood lactate concentration at admission was significantly higher ($p < 0.05$) compared with the group without early coagulopathy; while, the temperature at admission was significantly lower ($p < 0.05$). The patients with early coagulopathy had a 3.5 times higher risk of early acute renal failure and a 3.2 times higher risk of death than patients without, the difference was statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion: The rate of early coagulopathy in severe burn patients is still high. Increased deep burn area, lactate and hypothermia were factors associated with early coagulopathy. Early coagulopathy was associated with complications of early acute renal failure and mortality in severe burns patients.

Keywords: Coagulopathy, severe burns.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn đông máu cấp tính là một biến chứng nặng và hay gặp ở bệnh nhân chấn thương [1], chiếm khoảng 1/4 số bệnh nhân chấn thương nặng và không liên quan đến truyền dịch [1], [2]. Rối loạn đông máu cấp tính liên quan đến sự gia tăng yêu cầu truyền máu, độ nặng của chấn thương, biến chứng suy đa tạng và tử vong [2], [3]. Không có chấn thương nào nghiêm trọng hơn tổn thương bỏng nặng. Ngay sau bỏng, rối loạn đông máu xảy ra do rối loạn tạo các yếu tố đông máu, chất chống đông và quá trình tiêu sợi huyết [4].

Rối loạn đông máu sớm ở bệnh nhân bỏng nặng được xác định khi $INR > 1,5$ hoặc $aPTT > 60$ giây trong vòng 24 giờ đầu sau bỏng [3], [5]. Mục tiêu của nghiên cứu này là xác định tỷ lệ mắc rối loạn đông máu sớm, các yếu tố tương quan với rối loạn đông máu và tương quan giữa rối loạn đông máu với kết quả điều trị.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu hồi cứu, mô tả. Xét nghiệm đông máu làm trên máy ACL top 550.

* *Đối tượng nghiên cứu:*

Tra cứu thông tin các bệnh án vào khoa Hồi sức cấp cứu điều trị từ 1/1/2021 - 31/10/2021 với tiêu chí: Người lớn (16 - 65 tuổi), không có bệnh nền và chấn thương kết hợp, diện tích bỏng $\geq 30\%$ diện tích cơ thể (DTCT), vào viện trong 24 giờ sau bỏng, điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu ≥ 3 ngày, có kết quả điều trị xác định (sống hoặc tử vong, xin về tử vong).

Tổng xác định được 131 bệnh nhân, trong đó loại 38 bệnh nhân không có đủ dữ liệu đông máu, khí máu hoặc làm xét nghiệm đông máu quá 24 giờ sau bỏng. Còn lại 93 bệnh nhân đủ tiêu chí thu nhận vào nghiên cứu.

* *Các chỉ tiêu đánh giá:* Đặc điểm bệnh nhân (tuổi, giới), đặc điểm tổn thương bỏng (thời điểm vào viện sau bỏng, tác nhân bỏng, diện tích bỏng, diện tích bỏng sâu, bỏng hô hấp), tỷ lệ phần trăm phức hệ prothrombin (PT%), chỉ số bình thường hóa quốc tế (INR), thời gian thromboplastin từng phần được hoạt hóa (APTT) và fibrinogen, tình trạng máu cô, tổn thương thận cấp sớm và kết quả điều trị.

Khoảng giá trị bình thường của các chỉ số đông máu: PT (%): 70 - 140; APTT (giây): 27 - 42; Fib_C (g/l): 2-4; INR: 0,8 - 1,2.

Rối loạn đông máu được định nghĩa khi INR > 1,5 hoặc APTT > 60 giây [3], [5]. Tổn thương thận cấp được chẩn đoán theo tiêu chuẩn KDIGO-2012 [6], tổn thương thận cấp sớm được định nghĩa là tổn thương thận cấp xảy ra trong 3 ngày sau bỏng [7]. Tình trạng máu cô được xác định khi HCT > 45%.

* *Xử lý số liệu:* Các số liệu được phân tích bằng phần mềm Stata 14.0. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Thông số	Phân nhóm	Giá trị (n = 93)
Tuổi, năm, $\bar{X} \pm SD$, (Min - Max)		37,1 \pm 1,1 (17 - 63)
Nam, n (%)		76 (81,72)
Tác nhân bỏng, n (%)	Nhiệt ướt	7 (7,53)
	Nhiệt khô	63 (67,74)
	Điện	23 (24,73)
Giờ vào viện sau bỏng, giờ, trung vị (IQR)		7 (4 - 13)
Diện tích bỏng, %DTCT, trung vị (IQR)		50 (36 - 67)
Diện tích bỏng sâu, %DTCT, trung vị (IQR)		16 (5 - 32)
Bỏng hô hấp, n (%)		23 (24,73)
Thời gian nằm hồi sức, ngày, trung vị (IQR)*		16 (11 - 25)
Tỷ lệ rối loạn đông máu sớm, n (%)		43 (46,24)
Tử vong, n (%)		19 (20,43)

DTCT: Diện tích cơ thể; IQR: khoảng tứ phân vị
*Tính cho bệnh nhân sống (n = 74).

Tuổi trung bình bệnh nhân nghiên cứu là 37,1 tuổi. Có 19 bệnh nhân tử vong,

chiếm 20,43%. Tỷ lệ rối loạn đông máu sớm là 46,24%.

Bảng 3.2. Đặc điểm rối loạn các thành phần đông máu lúc vào viện (n = 93)

Thông số	Bình thường n (%)	Giảm n (%)	Tăng n (%)
PT (%)	36 (38,71)	57 (61,29)	0
APTT (giây)	69 (74,19)	17 (18,28)	7 (7,53)
INR	25 (26,88)	0	68 (73,12)
Fibrinogen (g/l)	38 (40,86)	6 (6,45)	49 (52,69)

Trên 93 bệnh nhân bỏng nặng, trong (73,12% và 52,69%). Trong khi, giá trị 24 giờ sau bỏng, giá trị PT chủ yếu giảm (61,29%); INR và Fibrinogen phần lớn tăng (73,12% và 52,69%). Trong khi, giá trị APTT đa số trong giới hạn (74,19%).

Bảng 3.3. Tương quan giữa rối loạn đông máu sớm với đặc điểm bệnh nhân

Thông số	Phân nhóm	Rối loạn đông máu		
		Không (n = 50)	Có (n = 43)	p
Tuổi, năm, $\bar{X} \pm SD$		38,3 \pm 1,6	35,7 \pm 1,5	0,12
Nam, n (%)		40 (80)	36 (83,72)	0,64
Tác nhân bỏng	Nhiệt ướt	4 (8)	3 (6,98)	0,52
	Nhiệt khô	36 (72)	27 (62,79)	
	Điện	10 (20)	13 (30,23)	
Giờ vào viện sau bỏng, giờ, trung vị (IQR)		8 (4 - 17)	5 (3 - 10)	0,06
Diện tích bỏng, %DTCT, trung vị (IQR)		43 (35 - 61)	54 (40 - 70)	0,11
Diện tích bỏng sâu, % TCT, trung vị (IQR)		11,5 (4 - 22)	22 (5 - 37)	0,03
Bỏng hô hấp, n (%)		10 (20)	13 (30,23)	0,25
Nhiệt độ lúc vào viện, độ C, $\bar{X} \pm SD$		36,8 \pm 0,4	36,4 \pm 0,3	0,04
Thở máy, n (%)		12 (24)	20 (46,51)	0,02
Máu cô, n (%)		42 (84)	36 (83,72)	0,97
Lactac máu động mạch mmol/l, trung vị (IQR)		2,7 (1,5 - 3,7)	4 (1,9 - 4,9)	0,01

So với nhóm bệnh nhân không có rối loạn đông máu sớm, nhóm bệnh nhân có rối loạn đông máu sớm có diện tích bỏng sâu, số lượng bệnh nhân thở máy và nồng độ lactat máu động mạch lúc vào viện lớn

hơn đáng kể ($p < 0,05$). Trong khi, nhiệt độ lúc vào viện của nhóm bệnh nhân có rối loạn đông máu sớm thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm không có ($p < 0,05$).

Bảng 3.4. Phân tích đa biến cho rối loạn đông máu sớm

Thông số	Coef.	OR	p
Diện tích bông sâu	0,03	1,03	0,11
Nhiệt độ lúc vào viện	0,02	1,02	0,13
Thở máy	0,38	1,46	0,48
Nồng độ lactac máu động mạch lúc vào viện	0,14	1,15	0,29
_cons	-1,23	0,29	0,01

Phân tích đa biến không có yếu tố nào liên quan độc lập với rối loạn đông máu sớm ($p > 0,05$).

Bảng 3.5. Tương quan giữa rối loạn đông máu và kết quả điều trị

Thông số	Rối loạn đông máu		p	OR
	Có (n = 43)	Không (n = 50)		
Tổn thương thận cấp sớm, n (%)	14 (32,56)	6 (12)	0,016	3,5
Sốc nhiễm khuẩn, n(%)	16 (37,21)	10 (20)	0,065	2,4
ARDS, n(%)	5 (11,63)	5 (10)	0,80	1,2
Suy đa tạng, n(%)	15 (34,88)	9 (18)	0,06	2,4
Ngày nằm ICU Ngày, trung vị (IQR)	18,5 (13 - 32)	17 (11 - 25)	0,29	1,02
Tử vong, n (%)	13 (30,23)	6 (12)	0,03	3,2

Nhóm bệnh nhân rối loạn đông máu sớm gây biến chứng tổn thương thận cấp sớm nhiều hơn đáng kể so với nhóm không có ($p = 0,016$).

Các bệnh nhân có rối loạn đông máu sớm có nguy cơ tử vong cao gấp 3,2 lần các bệnh nhân không có, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,03$).

4. BÀN LUẬN

Rối loạn đông máu sớm là một biến chứng sau bông với tỷ lệ báo cáo khác nhau giữa các nghiên cứu tùy thuộc vào thời điểm xét nghiệm, lựa chọn mức độ tổn

thương bông vào nghiên cứu. Với các nghiên cứu lấy xét nghiệm trong 24 giờ đầu sau bông và có diện tích bông trên 20% DTCT thì tỷ lệ rối loạn đông máu lúc vào viện dao động quanh 40% [8], [9].

Sherre và cộng sự (2013) nghiên cứu trên 117 bệnh nhân có diện tích bông từ 30% DTCT với thời điểm làm xét nghiệm trung bình là 6 giờ thấy tỷ lệ rối loạn đông máu tại thời điểm nhập viện là 39,3% [8]. Cùng năm đó, tại Úc, tỷ lệ đông máu trong nghiên cứu của Mitra B. và cộng sự trên 99 bệnh nhân có diện tích bông trên 20% diện tích cơ thể là 37% [5].

Năm 2020, Geng K. và cộng sự nhận xét trên 129 bệnh nhân bỏng rộng, có diện tích bỏng $\geq 50\%$ DTCT, thời điểm xét nghiệm trung bình là 5,7 giờ sau bỏng cho kết quả tỷ lệ rối loạn đông máu là 31% [9].

Tỷ lệ rối loạn đông máu trong nghiên cứu của chúng tôi là 46,24%, cao hơn các nghiên cứu khác. Điều này có thể do thời điểm làm xét nghiệm đông máu sau bỏng của chúng tôi khác với 2 nghiên cứu trên (trung vị 7).

Ngay sau khi bị bỏng, cân bằng nội môi bị suy giảm, nồng độ antithrombin III, protein C và protein S giảm; trong khi, phức hợp thrombin-antithrombin, chất kích hoạt plasminogen mô và các sản phẩm thoái hóa fibrinogen có xu hướng tăng [4], [10]. Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.2 cũng cho thấy điều đó: Giá trị PT chủ yếu giảm (61,29%), fibrinogen phần lớn tăng (52,69%) trong 24 giờ sau bỏng.

Cơ chế bệnh sinh của rối loạn đông máu ngay sau chấn thương bỏng vẫn chưa được rõ ràng. Theo các công bố trên thế giới, rối loạn đông máu sau bỏng bị ảnh hưởng bởi sự tương tác của nhiều yếu tố, bao gồm: Giảm tưới máu mô, thiếu oxy mô và tổ chức, đáp ứng viêm hệ thống, hồi sức dịch thể khối lượng lớn gây pha loãng máu thứ phát và hạ thân nhiệt [5], [8], [11]. Geng K. và cộng sự (2020) nhận thấy diện tích bỏng và nồng độ lactat máu động mạch là các yếu tố liên quan độc lập với rối loạn đông máu sớm trên bệnh nhân bỏng; trong khi hồi sức dịch thể khối lượng lớn gây pha loãng máu thứ phát có liên quan đến rối loạn đông máu khởi phát muộn (sau 24 giờ bị bỏng) [9]. Do vậy, trong giai đoạn sớm, để phòng ngừa rối loạn đông máu cần hồi sức dịch tốt, ủ ấm cơ thể và cải thiện vi tuần hoàn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân có rối loạn đông máu sớm có diện tích bỏng sâu, số lượng bệnh nhân thở máy và nồng độ lactat máu động mạch lúc vào viện lớn hơn đáng kể ($p < 0,05$). Trong khi, nhiệt độ lúc vào viện của nhóm bệnh nhân có rối loạn đông máu sớm thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm không có ($p < 0,05$). Tuy nhiên, khi phân tích đa biến thì không có yếu tố nào liên quan độc lập với rối loạn đông máu. Điều này có thể do số lượng bệnh nhân của chúng tôi còn thấp (93 bệnh nhân).

Rối loạn đông máu là yếu tố nguy cơ làm tăng các biến chứng và tỷ lệ tử vong trên bệnh nhân bỏng nặng ở các giai đoạn sớm và muộn sau bỏng [4], [5], [8], [9]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra điều đó: các bệnh nhân có rối loạn đông máu sớm có nguy cơ suy thận cấp gấp 3,5 lần và nguy cơ tử vong gấp 3,2 lần các bệnh nhân không có, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Điểm hạn chế của nghiên cứu này là một nghiên cứu hồi cứu, không thể lấy hết được số lượng bệnh nhân điều trị trong một khoảng thời gian nhất định do thiếu dữ liệu nghiên cứu, đặc biệt là xét nghiệm đông máu và xét nghiệm khí máu.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ rối loạn đông máu sớm ở bệnh nhân bỏng nặng còn cao (46,24%). Tăng diện tích bỏng sâu, lactac máu động mạch và hạ thân nhiệt là yếu tố liên quan đến khởi phát rối loạn đông máu sớm. Rối loạn đông máu sớm có liên quan đến biến chứng suy thận cấp và tử vong trên bệnh nhân bỏng nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Frith D, Davenport R, Brohi K** (2012) Acute traumatic coagulopathy. *Current Opinion in Anesthesiology*, 25(2): 229-234.
2. **Davenport R, Manson J, De'Ath H, Platton S, Coates A, Allard S, Hart D, Pearse R, Pasi KJ, MacCallum P** (2011) Functional definition and characterisation of acute traumatic coagulopathy. *Critical care medicine*, 39(12): 2652.
3. **Brohi K, Cohen MJ, Davenport RA** (2007) Acute coagulopathy of trauma: mechanism, identification and effect. *Current opinion in critical care*, 13(6): 680-685.
4. **Lavrentieva A, Kontakiotis T, Bitzani M, Papaioannou-Gaki G, Parlapani A, Thomareis O, Tsotsolis N, Giala M-A** (2008) Early coagulation disorders after severe burn injury: impact on mortality. *Intensive care medicine*, 34: 700-706.
5. **Mitra B, Wasiaik J, Cameron PA, O'Reilly G, Dobson H, Cleland H** (2013) Early coagulopathy of major burns. *Injury*, 44(1): 40-43.
6. **Khwaja A** (2012) KDIGO clinical practice guidelines for acute kidney injury. *Nephron Clinical Practice*, 120(4): c179-c184.
7. **Clark A, Neyra JA, Madni T, Imran J, Phelan H, Arnaldo B, Wolf SE** (2017) Acute kidney injury after burn. *Burns*, 43(5): 898-908.
8. **Sherren P, Hussey J, Martin R, Kundishora T, Parker M, Emerson B** (2013) Acute burn-induced coagulopathy. *Burns*, 39(6): 1157-1161.
9. **Geng K, Liu Y, Yang Y, Ding X, Tian X, Liu H, Yan H** (2020) Incidence and prognostic value of acute coagulopathy after extensive severe burns. *Journal of Burn Care & Research*, 41(3): 544-549.
10. **Garcia-Avello A, Lorente J, Cesar-Perez J, Garcia-Frade L, Alvarado R, Arevalo J, Navarro J, Esteban A** (1998) Degree of hypercoagulability and hyperfibrinolysis is related to organ failure and prognosis after burn trauma. *Thrombosis Research*, 89(2): 59-64.
11. **Lippi G, Ippolito L, Cervellin G** (2010) Disseminated intravascular coagulation in burn injury. *Seminars in thrombosis and hemostasis*, 36(04): 429-436.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU SỬ DỤNG VẬT TỰ DO ĐÙI TRƯỚC NGOÀI NỐI THÔNG MẠCH MÁU ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG VÙNG CỔ TAY SAU BỎNG ĐIỆN CAO THẾ

Tổng Thanh Hải, Đỗ Trung Quyết, Vũ Quang Vinh

Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bỏng điện cao thế hay gặp ở vùng cổ tay do đây là vị trí điểm ra của dòng điện. Khi tổn thương mạch máu đi kèm tổn thương da và mô mềm vùng cổ tay, có rất nhiều các phương pháp vừa nhằm che phủ, vừa phục hồi lại tuần hoàn vùng cổ tay. Tuy vậy, có rất ít báo cáo về sử dụng vật tự do đùi trước ngoài có nối thông mạch máu để che phủ và khôi phục lại tuần hoàn vùng cổ tay sau bỏng điện cao thế.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu 5 bệnh nhân bỏng điện cao thế vùng cổ tay vào Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác điều trị từ tháng 8/2020 đến 8/2022. Các bệnh nhân bị bỏng điện cao thế gây tổn thương vùng cổ tay, có tổn thương mạch máu vùng cổ tay (xác định qua chụp mạch máu vùng cổ tay), vùng cho vạt (vùng đùi) còn lành, không bị tổn thương.

Phẫu thuật được thực hiện qua 02 giai đoạn: Giai đoạn 1: Được cắt lọc tổ chức hoại tử vùng cổ tay, lấy sạch mô hoại tử: gân, cơ, thần kinh,... Giai đoạn 2: Thiết kế vạt da đùi trước ngoài để che phủ vùng cổ tay, tiến hành rạch da và bóc tách vạt da; đưa vạt đến vị trí cần tạo hình vùng cổ tay, nối thông mạch máu. Theo dõi và đánh giá sau phẫu thuật: Bệnh nhân được đánh giá tình trạng vạt sau phẫu thuật, chụp mạch vùng cổ tay đánh giá tình trạng lưu thông mạch máu sau mổ ở các thời điểm 6 tháng và 12 tháng sau mổ.

Kết quả và bàn luận: Nghiên cứu được tiến hành trên 05 bệnh nhân nam, tuổi từ 20 tới 42 tuổi, bị tổn thương bỏng điện cao thế, vào viện từ 20 ngày tới 58 ngày sau bỏng. Tổn thương vùng cổ tay do bỏng điện: 4 trường hợp bên phải và 1 trường hợp bên trái. Có 04 bệnh nhân bị tổn thương gây tắc và hoại tử động mạch quay, 01 trường hợp tổn thương tắc bó mạch trụ, không có bệnh nhân nào bị tắc cả bó mạch quay và bó mạch trụ. Kích thước tổn thương sau cắt lọc từ 12 x 11cm tới 25 x 16cm. Các vạt có kích thước từ 14 x 14cm tới 28 x 18cm, chiều dài đoạn mạch máu cần bắc cầu từ 12 tới 24cm. Theo dõi sau xuất viện từ 6 tháng đến 1 năm sau phẫu thuật, vạt sau mổ đảm bảo che phủ tốt tổn thương, mềm mại, không bị dày mỡ, dòng máu bàn tay được đảm bảo tốt. Vùng đùi cho vạt để lại sẹo phì đại, không ảnh hưởng đến sức cơ của đùi và chức năng khớp gối.

Chịu trách nhiệm: Tổng Thanh Hải, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

Email: doquyet.vmmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/7/2023; Ngày nhận xét: 20/8/2023; Ngày duyệt bài: 30/8/2023

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.4.2023.246>

Kết luận: Điều trị tổn thương do bỏng điện cao thế vùng cổ tay vẫn còn là thách thức. Sử dụng vạt đùi trước ngoài có nối thông mạch máu vừa đạt mục đích che phủ tổn thương, vừa khôi phục dòng máu vùng cổ tay là lựa chọn thích hợp cho điều trị loại tổn thương này.

Từ khóa: Bỏng điện cao thế, phẫu thuật vùng cổ tay, vạt đùi trước ngoài tự do có nối mạch máu

ABSTRACT

Introduction: High-tension electrical burns frequently involve the hand and wrist as these are the most common entry and exit points of the current. For patients with wrist vascular injury with skin and soft tissue defects, a variety of bridge flap blood flow is adopted to not only cover the wound but also restore blood circulation. However, there have been few reports on the use of flow-through anterolateral thigh perforator flap to repair the wrist blood flow for high-tension electrical burns.

Patients and Methods: Five patients with high-tension electrical wrist burns were admitted to Vietnam National Burns Hospital from August 2020 to August 2022. All 5 patients underwent wrist injuries after high-tension electrical burns and hand vascular crisis. The surgical plan was performed in two stages. For the first-stage operation, the wrist wounds were thoroughly debrided, the eschar was removed, and the necrosis in the tendons, muscles, and nerves of the wrist was cleared. The necrosis and the injured ulnar and radial arteries were removed up to the normal part of the blood vessel and the end of the blood vessel was temporarily clamped with a blood vessel clamp. For the second-stage operation, we designed the anterolateral thigh flap according to the soft tissue defect of the wrist. The location of the perforating branch(es) of the lateral circumflex femoral artery descending branch was determined using an ultrasound Doppler flow detector and marked. Dissecting of pedicle and elevating of flap, anastomosis of vessels. The outcomes were assessed after 6 months to one year of follow-up.

Results and discussion: All 5 patients were male, aged from 20 to 42 years old. The injury voltage and the patients were admitted to our hospital 20 to 58 days after the injury. The injury sites for all 5 patients were the wrists, specifically 4 right and 1 left wrists. The wounds led to the exposure and necrosis of the superficial and deep flexor tendons, flexor pollicis longus tendon, several muscles, pronator quadratus, median nerve, and ulnar nerve. Four patients had radial artery embolism necrosis. One patient had ulnar arterial embolization and necrosis. The range of the wound areas after debridement was 12 cm × 11 cm to 25 cm × 16 cm. The flap areas ranged from 14 cm × 14 cm to 28 cm × 18 cm and the length of the bridged blood vessel ranged from 12 cm to 24 cm. After 6 months to one year of follow-up, the shape of the flaps and blood flow in the hands were good. The shape of the thigh donor site was better restored, the thigh muscle strength was good, and the knee joint activity was regular.

Conclusion: Treating wrist high-tension electrical burns in clinical practice is still highly challenging. The use of flow-through anterolateral thigh flaps to restore the dual blood supply for the hand is a good choice for treating severe wrist electrical burns.

Keywords: High-tension electrical burns, wrist flap surgery, free flow-through anterolateral thigh flaps

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bỏng điện cao thế thường để lại rất nhiều các tổn thương lớn trên cơ thể như hoại tử chi, suy thận, đôi khi là tử vong do tổn thương da và phá hủy nghiêm trọng mô dưới da như thần kinh, mạch máu, cơ xương [1]. Bỏng điện cao thế hay gặp ở vùng cổ tay do đây là vị trí điếm ra của dòng điện. Bỏng điện cao thế vùng cổ tay thường gây nên phá hủy và hoại tử gân, thần kinh, mạch máu, xương vùng cổ tay, nguy cơ cắt cụt chi là rất hiện hữu [2], [3]. Với bệnh nhân bị tổn thương lớn mạch máu vùng cổ tay, tĩnh mạch hiển lớn thường được sử dụng để khôi phục lại tuần hoàn của bàn tay. Khi tổn thương mạch máu đi kèm tổn thương da và mô mềm vùng cổ tay, có rất nhiều các phương pháp vừa nhằm che phủ, vừa phục hồi lại tuần hoàn vùng cổ tay như vạt động mạch quay có nối thông mạch máu, vạt động mạch mác có nối thông mạch máu, vạt đùi trước ngoài có nối thông mạch máu [4]. Tuy vậy, có rất ít báo cáo về sử dụng vạt

đùi trước ngoài có nối thông mạch máu để che phủ và khôi phục lại tuần hoàn vùng cổ tay sau bỏng điện cao thế. Nghiên cứu này chứng minh vai trò của vạt đùi trước ngoài trong khôi phục tuần hoàn vùng cổ tay sau bỏng điện cao thế.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu 5 bệnh nhân bỏng điện cao thế vùng cổ tay vào Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác điều trị từ tháng 8/2020 đến tháng 8/2022 được sử dụng vạt đùi trước ngoài có nối thông mạch máu che phủ và phục hồi tuần hoàn.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Các bệnh nhân bị bỏng điện cao thế gây tổn thương vùng cổ tay, có tổn thương mạch máu vùng cổ tay (xác định qua chụp mạch máu vùng cổ tay), vùng cho vạt (vùng đùi) còn lành, không bị tổn thương. Bệnh nhân đủ sức khỏe để chịu được phẫu thuật kéo dài, không có các chống chỉ định khác về gây mê.



Hình 2.1. Tổn thương cổ tay sau bỏng điện

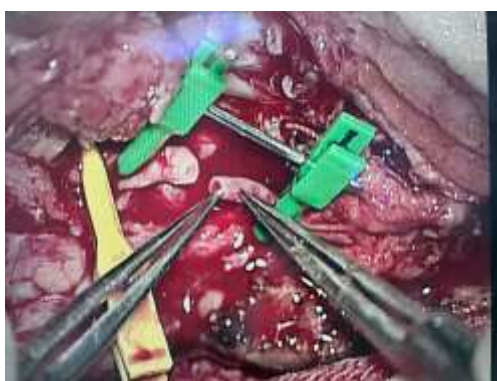


Hình 2.2. Tắc động mạch quay sau bỏng điện (Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính dựng hình mạch máu)

Bệnh nhân được khám, sàng lọc, đánh giá tổn thương, chụp mạch máu xác định tổn thương mạch máu (xác định mạch máu bị tắc, vị trí tắc), siêu âm Doppler đánh giá mạch máu vùng đùi, đặc biệt là các nhánh xuyên nuôi da của động mạch mũ đùi ngoài. Sử dụng kháng sinh toàn thân nếu đang có tình trạng nhiễm khuẩn.

Phẫu thuật được thực hiện qua 02 giai đoạn. Giai đoạn 1 bệnh nhân được

cắt lọc tổ chức hoại tử vùng cổ tay, lấy sạch mô hoại tử: gân, cơ, thần kinh... việc ghép gân và ghép thần kinh không được khuyến cáo trong giai đoạn này. Các đoạn mạch máu (cả động mạch và tĩnh mạch) của bó mạch quay và bó mạch trụ nếu bị hoại tử được cắt lọc tới phần lành, kẹp mỏm cụt mạch máu bằng kẹp mạch máu chuyên dụng.



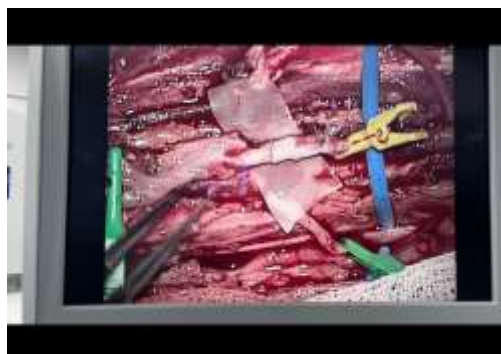
Hình 2.3. Tổn thương mạch máu dưới kính hiển vi: Nội mạc mạch máu phù nề, bong tróc, hẹp lòng mạch



Hình 2.4. Sau khâu nối hai đầu mạch máu đảm bảo nối thông dòng máu của động mạch và tĩnh mạch quay

Thiết kế vạt da đùi trước ngoài để che phủ vùng cổ tay, đánh dấu vị trí nhánh xuyên của nhánh xuyên động mạch mũ đùi ngoài vào da. Tiến hành rạch da và bóc tách vạt da đùi trước ngoài xác định nhánh xuống của động mạch mũ đùi ngoài ở khe giữa cơ thẳng đùi và cơ rộng ngoài. Bóc tách tới gốc động mạch mũ đùi ngoài, tùy theo chiều dài của mạch máu cần phục hồi, tiến hành xác định vị trí thắt mạch nhánh

xuống của động mạch mũ đùi ngoài. Đưa vạt đến vị trí cần tạo hình vùng cổ tay, nối động mạch mũ đùi ngoài với mỏm cụt phía trung tâm của bó mạch quay (hoặc trụ), nối mỏm cụt của nhánh xuống động mạch mũ đùi ngoài với mỏm cụt phía ngoại vi của các bó mạch này. Tiến hành khâu vạt, vùng đùi lấy vạt có thể đóng kín hoặc ghép da mảnh tự thân.



A: Khâu nối mạch máu kiểu (tận - tận)



B: Sau khâu nối mạch máu



C: Khâu vạt che phủ tổn thương, đặt dẫn lưu

Hình 2.5. Hình ảnh quá trình khâu nối mạch máu

Điều trị sau phẫu thuật bao gồm sử dụng Heparin trong lượng phân tử trung bình với liều 100UI/Kg/24h trong 72 giờ đầu sau phẫu thuật, Dextran 70, kiểm tra tình trạng lưu thông mạch máu bằng Doppler cầm tay, kết hợp kháng sinh toàn thân chống nhiễm khuẩn và hút áp lực âm dưới vạt tránh tiết dịch gây viêm nhiễm.

Theo dõi và đánh giá sau phẫu thuật: Theo dõi từ 6 tháng tới 1 năm sau phẫu thuật, bệnh nhân được đánh giá tình trạng vạt sau phẫu thuật, chụp mạch vùng cổ tay đánh giá tình trạng lưu thông mạch máu sau mổ ở các thời điểm 6 tháng và 12 tháng sau mổ.

3. KẾT QUẢ

Nghiên cứu được tiến hành trên 05 bệnh nhân nam, tuổi từ 20 tới 42 tuổi, bị tổn thương bỏng điện cao thế, vào viện từ 20 ngày tới 58 ngày sau bỏng.

Tổn thương vùng cổ tay do bỏng điện: 4 bên phải và 1 bên trái, tổn thương da và mô mềm rộng ra xung quanh. Vết thương dẫn tới lộ và hoại tử các gân gấp nông và sâu,

cơ sấp vuông, thần kinh giữa, thần kinh quay. Có 04 bệnh nhân bị tổn thương gây tắc và hoại tử động mạch quay, 01 trường hợp tổn thương tắc bó mạch trụ, không có bệnh nhân nào bị tắc cả bó mạch quay và bó mạch trụ. Kích thước tổn thương sau cắt lọc từ 12 x 11cm tới 25 x 16cm.

Các vạt có kích thước từ 14 x 14cm tới 28 x 18cm, chiều dài đoạn mạch máu cần bắc cầu từ 12 tới 24cm. Vạt đùi trước ngoài có nối thông mạch máu được sử dụng để tái tạo dòng máu vùng cổ tay, nuôi dưỡng bàn tay và che phủ tổn thương. Vùng cho vạt được khâu kín 1 phần và ghép da mỏng tự thân nếu không thể đóng kín 1 thì.

Các bệnh nhân có thời gian nằm viện từ 12 đến 35 ngày. Theo dõi sau xuất viện từ 6 tháng đến 1 năm sau phẫu thuật, vạt sau mổ đảm bảo che phủ tốt tổn thương, mềm mại, không bị dày mỡ, dòng máu bàn tay được đảm bảo tốt. Tuy vậy, các gân gấp của ngón tay bị tổn thương chưa được phục hồi bằng phẫu thuật và cảm giác ở đầu xa của ngón còn kém. Vùng đùi cho vạt để lại sẹo phì đại, không ảnh hưởng đến sức cơ của đùi và chức năng khớp gối.



Hình 3.1. Kết quả sau phẫu thuật

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tổn thương phần mềm vùng cổ tay do bỏng điện cao thế

Tổn thương khuyết hồng phần mềm cổ tay là dạng tổn thương hay gặp do nhiều nguyên nhân khác nhau như chấn thương, bỏng đặc biệt bỏng điện, biến chứng của bệnh lý hoặc do rắn cắn... [1], [5]. Đặc biệt bỏng điện sản sinh ra lượng nhiệt cao gây phá hủy gân, cơ... Tổn thương mạch máu trong bỏng điện có thể tiên phát do bị hoại tử ngay khi bỏng hoặc thứ phát khi hoại tử tiến triển gây tắc mạch thứ phát hoặc vỡ mạch do cơ chế hiệu ứng đực lỗ của dòng điện. Khi tổn thương mạch máu sẽ làm giảm hoặc mất nuôi dưỡng các mô vùng mạch đó chi phối, xuất hiện bàn tay co quắp, tái lạnh...

Tổn thương bỏng do điện vùng cổ tay có thể được phân loại thành 4 loại [6]: Loại 1 là tổn thương bỏng vùng gan cổ tay và dòng máu tới bàn tay không bị ảnh hưởng, loại 4 là tổn thương đi kèm hoại tử bàn tay, cần phải cắt cụt, trong đó, loại 2 và loại 3 điều trị rất khó khăn do tổn thương mạch

máu có nguy cơ lan rộng; tỷ lệ phải cắt cụt của loại 2 và loại 3 còn rất cao [6]. Vấn đề cơ bản trong điều trị loại tổn thương này là vừa phải che phủ tổn thương và vừa phải lưu ý đến dòng máu cung cấp cho bàn tay trong một thời gian dài trước, trong và sau phẫu thuật. Do đặc điểm tổn thương của dòng điện, các vật da che phủ thông thường tại chỗ có nguy cơ cao thất bại do tổn thương mạch máu lan rộng [7], [8], [9].

Do đặc điểm tổn thương mạch máu sau bỏng điện, việc tái tạo che phủ khuyết hồng vùng cổ tay gặp nhiều khó khăn, sau điều trị để lại nhiều di chứng nặng nề. Khi bị bỏng điện các thành phần gân, cơ, mạch máu bị lộ ra không có nuôi dưỡng sẽ tự oxy hóa, hoại tử [3], [4]. Chính vì vậy, điều trị tổn thương vùng cổ tay đòi hỏi che phủ sớm sau khi làm sạch hoại tử và bằng các vật có nguồn nuôi để dinh dưỡng cho các cấu trúc dưới vật nhằm bảo tồn và tạo điều kiện phục hồi chức năng sau phẫu thuật. Hơn nữa các vật lựa chọn che phủ vùng cổ tay đòi hỏi phải có độ mỏng thích hợp đáp ứng cho phục hồi chức năng và vận động, thẩm mỹ sau này [10].

Việc lựa chọn vật và thời điểm để che phủ khuyết hồng cổ tay sau bỏng điện được các nhà phẫu thuật quan tâm. Các vật da thường sử dụng như vật da kiểu Ý sử dụng da bụng để che phủ tổn khuyết, các vật da căng tay quay, vật động mạch trụ hay vật da - vật cân mỡ nhánh xuyên động mạch quay cuống liền... [5], [8], [9]. Tuy nhiên việc sử dụng các vật da nói trên có nhiều hạn chế và chỉ định trong những trường hợp nhất định đặc biệt gặp khó khăn trong trường hợp tổn thương hoại tử một trong hai nguồn mạch động mạch quay hoặc động mạch trụ [10], [11]. Đối với những trường hợp này việc cân nhắc lựa chọn chất liệu tối ưu nhất ngoài việc che phủ khuyết hồng đồng thời phục hồi lưu thông dòng máu.

4.2. Sử dụng vật đùi trước ngoài tự do có nối thông mạch máu điều trị tổn thương mạch máu vùng cổ tay

Vật trước đùi ngoài được Song Y.G. và cộng sự mô tả lần đầu tiên vào năm 1984 như một vật dựa trên nhánh xuyên cân da xuất phát từ nhánh xuống của động mạch mũ đùi ngoài để điều trị sẹo bỏng vùng đầu mặt cổ [6]. Vật có nhiều ưu điểm như cung cấp một lượng lớn tổ chức da, cân, mỡ, cơ, với cuống mạch nuôi dài, đường kính mạch lớn phù hợp đường kính mạch máu vùng cổ tay để nối mạch vi phẫu. Vật được sử dụng linh hoạt với nhiều hình thức khác nhau như vật đảo cuống nuôi xuôi dòng, ngược dòng, vật phức hợp, kết hợp với kỹ thuật giãn da để tăng diện tích vật, vật siêu mỏng... [8].

Nhánh xuống của động mạch mũ đùi ngoài: Đi xuống trước cơ rộng ngoài, giữa cơ này và cơ thẳng đùi rồi chia nhiều nhánh nhỏ tiếp nối với mạng mạch quanh bánh chè. Trên đường đi, động mạch phân nhánh cho cơ thẳng đùi, cơ rộng ngoài, cơ

rộng giữa, cơ may và hầu như toàn bộ da mặt trước ngoài đùi [6], [11].

Chiều dài mạch xuyên và chiều dài nhánh xuống sẽ quyết định đến chiều dài cuống mạch. Chiều dài cuống mạch càng lớn, khả năng sử dụng vật đùi trước ngoài càng lớn. Thông thường nhánh xuống có đường kính trong khoảng 2mm và có chiều dài hơn 8cm. Kết hợp với chiều dài cuống mạch mũ đùi ngoài có thể đảm bảo tạo ra một đoạn mạch nối có chiều dài lớn có thể bằng cả chiều dài của cổ tay [6], [9]. Do đó, Vật trước đùi ngoài lại thể hiện thêm điểm tối ưu đối với những tổn thương khuyết hồng phần mềm cổ - cổ tay và tái tạo phục hồi lại tổn thương hoại tử mất đoạn mạch quay hoặc mạch trụ.

Vật da có nối thông mạch máu được Soutar và cộng sự giới thiệu lần đầu tiên năm 1983, sử dụng vật căng tay quay có nối thông mạch máu để che phủ tổn thương vùng khoang miệng và phục hồi dòng máu vùng đầu cổ [6]. Sau đó, vật này được sử dụng rộng rãi trong tạo hình vùng chi thể và ngón tay. Yokota và cộng sự lần đầu tiên sử dụng vật đùi trước ngoài có nối thông mạch máu trong tái tạo tổn thương chi dưới và phục hồi dòng máu từ năm 2011 [10]. Tuy vậy, việc sử dụng vật này trong tạo hình và phục hồi dòng máu vùng cổ tay sau bỏng điện cao thế rất ít được nhắc đến trong y văn

Lợi ích chính của vật này trong tạo hình vùng cổ tay sau bỏng điện cao thế là: Đầu tiên, nhánh xuống của động mạch mũ đùi ngoài có đường kính lớn, phù hợp với kích thước mạch máu vùng cổ bàn tay, thuận lợi cho khâu nối mạch [12]. Hơn nữa, chiều dài của nhánh này cũng đủ để khôi phục lại dòng máu mà không gây căng kéo hay thiếu linh hoạt. Thứ 2 là vùng cho vật đùi trước ngoài cho vật kích thước tương đối lớn, mạch máu hằng định, dễ phẫu tích,

đảm bảo che phủ diện tích rộng. Thứ 3 là không cần thay đổi tư thế bệnh nhân, vì vậy có thể tiến hành 2 kíp mổ song song, giảm thời gian phẫu thuật. Cuối cùng ít để lại tổn thương vùng đùi lấy vạt, không ảnh hưởng đến cấp máu của chi thể.

Có một vài vấn đề cần lưu ý trong khi thực hiện kỹ thuật này: Đầu tiên là xác định vị trí mạch máu không bị tổn thương cả ở đầu trung tâm và ngoại vi. Vị trí thích hợp để nối mạch là tối thiểu 3cm từ vị trí tổn thương mạch máu [10], [11], [13]. Dưới kính hiển vi, lớp áo trong của đầu mạch máu phải trơn bóng và không bị bong tróc hay phù nề. Thứ 2 là nguy cơ nhiễm khuẩn sau mổ hoặc chảy máu các mạch máu lớn sau khâu nối hoặc tắc mạch [14]. Việc sử dụng kháng sinh toàn thân kết hợp dẫn lưu tốt dịch dưới vạt sau mổ nên được thực hiện để giảm nguy cơ nhiễm khuẩn. Sử dụng heparin sau mổ cũng làm giảm nguy cơ tắc mạch máu mặc dù có nguy cơ gây nên chảy máu.

5. KẾT LUẬN

Điều trị tổn thương do bỏng điện cao thế vùng cổ tay vẫn còn là thách thức. Nghiên cứu bước đầu trên 05 bệnh nhân bỏng điện cao thế gây tổn thương gân, cơ, mạch máu vùng cổ tay cho thấy: sử dụng vạt đùi trước ngoài có nối thông mạch máu vừa đạt mục đích che phủ tổn thương, vừa khôi phục dòng máu vùng cổ tay là lựa chọn thích hợp cho điều trị loại tổn thương này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Luce EA.** Electrical burns. *Clin Plas Surg*, 2000; 27, 133-43. **Shen YM, Tian P, Ning FG, et al.** Abdominal combined axial flap for repairing wrist annular high-voltage electric burn wound. *Chin J Burns*, 2012; 28, 408-10.
2. **Lee DH, Desai MJ, Gauger EM.** Electrical injuries of the hand and upper extremity. *Ame Acad Orthop Sur*, 2019; 27, e1-e8.
3. **Shen ZY, Chang ZD, Wang NZ.** Electrical injury of wrist: classification and treatment--clinical analysis of 90 cases. *Burns*, 1990; 16, 449-56.
4. **Luan A, Galvez MG, Lee GK.** Flow-through omental flap to free anterolateral thigh flap for complex chest wall reconstruction: case report and review of the literature. *Microsurgery*, 2016; 36, 70-6.
5. **Miyamoto S, Fujiki M, Nakatani F, et al.** Free flow-through anterolateral thigh flap for complex knee defect including the popliteal artery. *Microsurgery*, 2015; 35, 485-8.
6. **Qing L, Wu P, Liang J, et al.** Use of flow-through anterolateral thigh perforator flaps in reconstruction of complex extremity defects. *J Reconstr Microsur*, 2015; 31, 571-8.
7. **Zhao JC, Shi K, Hong L, et al.** Retrospective review of free anterolateral thigh flaps for limb salvage in severely injured high-voltage electrical burn patients. *Ann Plas Surg*, 2018; 80, 232-7.
8. **Thomson CJ, Miles DA, Beveridge J, et al.** Treatment of electrical burns by single debridement followed by free-flap coverage: How important is timing? *Canada J Plas Surg*, 2004; 12, 35-6.
9. **Yokota K, Sunagawa T, Suzuki O, et al.** Short interposed pedicle of flow-through anterolateral thigh flap for reliable reconstruction of damaged upper extremity. *J Reconstr Microsur*, 2011; 27, 109-14.
10. **Park KH, Park WJ, Kim MK, et al.** Alterations in arterial function after high-voltage electrical injury. *Critical Care (London, England)*, 2012; 16, R25.
11. **Pannucci CJ, Osborne NH, Jaber RM, et al.** Early fasciotomy in electrically injured patients as a marker for injury severity and deep venous thrombosis risk: an analysis of the National Burn Repository. *J Burn Care Res*, 2010; 31, 882-7.
12. **Soutar DS, Schecker LR, Tanner NS, et al.** The radial forearm flap: a versatile method for intra-oral reconstruction. *British J Plas Surg*, 1983; 36, 1-8.
13. **Wang Y.** Application of venous or arterial trunk free flaps in the treatment of severe wrist electrical burns. *J Med Theory Prac*, 2002; 15, 1289-90.
14. **Hsiao YC, Yang JY, Chang CJ, et al.** Flow-through anterolateral thigh flap for reconstruction in electrical burns of the severely damaged upper extremity. *Burns*, 2013; 39, 515-21.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHỤC HỒI GẤP KHUYỂU BẰNG KỸ THUẬT CHUYỂN VẬT CƠ THON VI PHẪU TRONG ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNNG TAY

Trần Thị Thanh Huyền^{1,2}, Đào Văn Giang²,
Nguyễn Thị Hương Giang², Hoàng Thị Vân²,
Tô Tuấn Linh², Trần Xuân Thạch², Nguyễn Hồng Hà^{1,2}

¹Trường Đại học Y Dược/Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả phục hồi gấp khuỷu bằng kỹ thuật chuyển vật cơ thon vi phẫu với nguồn cho là thần kinh liên sườn ở bệnh nhân tổn thương đám rối thần kinh cánh tay (ĐRTKCT) đến muện.

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu trên 08 bệnh nhân (BN) bị tổn thương đám rối thần kinh cánh tay trên 12 tháng được phẫu thuật chuyển cơ thon vi phẫu để phục hồi gấp khuỷu với nguồn thần kinh cho là thần kinh liên sườn cùng bên tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 01/2021 đến tháng 01/2023.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu.

Kết quả: Bệnh nhân lớn tuổi nhất là 54 tuổi, nhỏ nhất là 3 tuổi. Tuổi trung bình là: $25,3 \pm 3,9$ tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ = 7/1. Thời điểm phẫu thuật (tính từ lúc tai nạn tới lúc được phẫu thuật): bệnh nhân được phẫu thuật sớm nhất là 12 tháng, muộn nhất là 19 năm. Thời điểm phẫu thuật trung bình là: $48,8 \pm 18,5$ tháng. Bệnh nhân có kết quả phục hồi gấp khuỷu tốt (57,1%), số bệnh nhân có kết quả kém chỉ chiếm 14,3%.

Kết luận: Chuyển cơ thon tự do phục hồi gấp khuỷu với nguồn cho thần kinh là thần kinh liên sườn cùng bên là một lựa chọn hữu ích trong phẫu thuật điều trị liệt đám rối thần kinh cánh tay đến muện, giúp bệnh nhân trở về với cuộc sống lao động và sinh hoạt hàng ngày.

Từ khóa: Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay, vật cơ thon vi phẫu, phục hồi gấp khuỷu, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the results of elbow flexion recovery by gracilis functional free muscle flap transfer (FFMT) technique with the source of the intercostal nerve in patients with late brachial plexus injury.

Chịu trách nhiệm: Trần Thị Thanh Huyền, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Email: neyuhnart@gmail.com

Ngày nhận bài: 19/7/2023; Ngày nhận xét: 28/8/2023; Ngày duyệt bài: 30/8/2023

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.4.2023.247>

Subjects of study: Study on 08 patients with brachial plexus injury over 12 months who underwent gracilis FFMT surgery to restore elbow flexion with the source of the ipsilateral intercostal nerve at Viet Duc University Hospital from January 2021 to January 2023.

Objects and methods: Descriptive and prospective studies.

Results: The oldest patient is 54 years old, and the youngest is 3 years old. Mean age is: 25.3 ± 3.9 years old. The ratio of male/female patients = 7/1. The average time of surgery (from the time of the accident to the time of surgery) was: 48.8 ± 18.5 months. Patients had good results in elbow flexion recovery (57.1%), the number of patients with poor results only accounted for 14.3%.

Conclusions: Gracilis-free flexor muscle transfer to restore elbow flexion with ipsilateral intercostal nerve source is a useful option in the surgical treatment of late brachial plexus palsy, helping the patient to return home with work and daily life.

Keywords: Brachial plexus injury, microsurgical gracilis muscle flap, elbow flexion rehabilitation, Viet Duc University Hospital.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay (ĐRTKCT) ở Việt Nam khá thường gặp ở người trong độ tuổi lao động, gây ảnh hưởng chức năng chi trên nghiêm trọng, đặc biệt là nguy cơ mất động tác gấp khuỷu. Đây là một trong những chức năng cần được ưu tiên phẫu thuật phục hồi trước ở nhóm bệnh nhân này. Lý tưởng nhất là khi bệnh nhân đến sớm và được phẫu thuật chuyển hoặc ghép thần kinh nội đám rối [1 - 4].

Tuy nhiên, nhiều bệnh nhân đến với chúng tôi khá muộn, sau chấn thương trên 1 năm hoặc chuyển ghép thần kinh thất bại. Khi đó, các cơ đã có hiện tượng teo và thoái hóa, muốn phục hồi vận động chỉ còn cách chuyển cơ chức năng [5]. Các cơ lân cận có thể chuyển (bao gồm: Cơ lưng rộng, cơ ngực lớn và cơ tam đầu), có thể đã bị tổn thương trong bệnh cảnh liệt đám rối nên không phải là lựa chọn tối ưu.

Năm 1979, Ikuta và cộng sự đã báo cáo trường hợp đầu tiên thực hiện kỹ thuật chuyển vật cơ vi phẫu (cơ thon) lên phục hồi gấp khuỷu, sử dụng thần kinh cho là hai thần kinh liên sườn số 3,4 [6]. Theo Chuang DC và cộng sự, cơ thon là cơ thích

hợp nhất được sử dụng với nhiều ưu điểm: Kích thước cơ phù hợp với vùng cánh tay trước, chiều dài cơ đủ dài, cuống mạch dài và hằng định, và đặc biệt là rất ít để lại di chứng nơi cho [3, 7]. Về nguồn cho thần kinh, có thể dùng thần kinh XI, thần kinh liên sườn, thần kinh hoành, thần kinh ngực lưng, thần kinh trụ, và thần kinh giữa... Trong đó thần kinh liên sườn được các tác giả lựa chọn nhiều nhất do là thần kinh ngoại đám rối, không bị ảnh hưởng bởi đám rối bị tổn thương, và giúp bảo tồn các thần kinh ưu tiên khác trong phục hồi động tác dạng vai [5]. Tuy nhiên, phương pháp này cũng có những hạn chế nhất định bởi thời gian mổ kéo dài, đòi hỏi phẫu thuật viên làm chủ kỹ thuật vi phẫu, trang thiết bị hiện đại (kính lúp, kính hiển vi phẫu thuật, dụng cụ vi phẫu thuật,...). Do đó, kỹ thuật này không được nhiều phẫu thuật viên lựa chọn.

Đặc biệt là ở Việt Nam, chúng tôi chưa tìm thấy có báo cáo nào về việc áp dụng kỹ thuật này. Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong những năm gần đây, chúng tôi đã tiến hành chuyển vật cơ thon phục hồi gấp khuỷu với nguồn cho là thần kinh liên sườn khi bệnh nhân đến muộn. Để mở ra một hướng giải quyết mới trong điều trị liệt

ĐRTKCT đến muộn, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “**Đánh giá kết quả bước đầu phục hồi gấp khuỷu bằng kỹ thuật chuyển cơ thon vi phẫu trong điều trị liệt đám rối thần kinh cánh tay**” với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phục hồi gấp khuỷu bằng kỹ thuật chuyển vật cơ thon vi phẫu với nguồn cho là thần kinh liên sườn ở bệnh nhân tổn thương ĐRTKCT đến muộn.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2023 tại Khoa Phẫu thuật Hàm mặt - Tạo hình - Thẩm mỹ, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu trên 08 bệnh nhân bị tổn thương đám rối thần kinh cánh tay trên 12 tháng được phẫu thuật chuyển cơ thon vi phẫu để phục hồi gấp khuỷu với nguồn thần kinh cho là thần kinh liên sườn cùng bên tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong khoảng thời gian từ tháng 01/2021 - 01/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân tổn thương ĐRTKCT được phẫu thuật bằng phương pháp chuyển cơ thon vi phẫu phục hồi gấp

khuỷu với nguồn cho thần kinh là các thần kinh liên sườn cùng bên.

- Thời điểm phẫu thuật (từ khi bị chấn thương đến khi phẫu thuật) trên 12 tháng.

- Không có các bệnh lý toàn thân và tại chỗ chống chỉ định phẫu thuật.

- Bệnh nhân hiểu quá trình điều trị, chấp nhận phẫu thuật, đồng ý quá trình theo dõi, tập phục hồi chức năng sau mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Những bệnh nhân có tổn thương xương vai, cánh tay, khớp khuỷu

- Những bệnh nhân bị cứng khớp khuỷu (vận động thụ động kém)

- Bệnh nhân không tuân thủ tập phục hồi chức năng và tái khám định kì.

- BN có bệnh lý về tâm thần, không hợp tác điều trị.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu.

2.4. Các bước phẫu thuật

- Bệnh nhân được gây mê nội khí quản

- Bệnh nhân nằm ngửa, bộc lộ hết vùng cổ ngực, tay bên liệt và đùi bên đối diện.



Hình 2.1. Chuẩn bị tư thế bệnh nhân trước mổ và thiết kế đường rạch da

Kíp 1: Bóc vạt da cơ thon

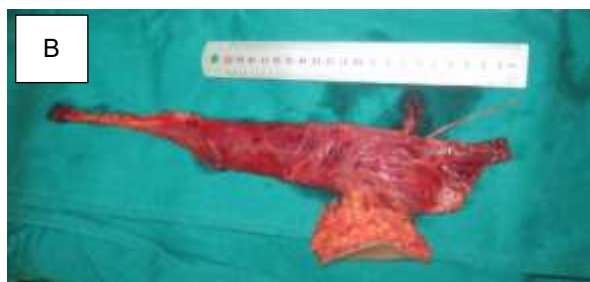
Rạch da mặt trong đùi bên lấy vạt

Phẫu tích tim cơ thon, thần kinh bịt và bó mạch nuôi vạt

Phẫu tích ngược dòng thần kinh đến lỗ bịt

Phẫu tích ngược dòng bó mạch nuôi vạt đến bó mạch đùi sâu

Lấy toàn bộ cơ thon: Đầu nguyên ủy lấy sát điểm bám vào xương mu, lấy toàn bộ gân cho đến nơi bám tận vào đầu trên xương chày



Hình 2.2. Vạt da cơ thon: (A) trước khi cắt cuống, (B) sau khi cắt cuống

Kíp 2: Phẫu tích thần kinh liên sườn và chuẩn bị nơi nhận vạt

Rạch một đường vòng cung từ bờ xương ức đến đường nách giữa, dưới núm vú, phẫu tích bộc lộ xương sườn 3,4,5

cùng bên và thần kinh liên sườn đi theo các xương đó. Phẫu tích tỉ mỉ để không làm tổn thương thần kinh và thủng màng phổi. Luồn 3 thần kinh qua đường hầm dưới da đến vùng nách.



Hình 2.3. Thần kinh liên sườn 3, 4, 5 cùng bên được phẫu tích

Rạch da tại rãnh delta ngực, nếp lằn nách và 1/3 trên trong cánh tay, phẫu tích bộc lộ đầu ngoài xương đòn, khoan 3 lỗ để cố định cơ thon.

Phẫu tích tìm động mạch và tĩnh mạch để nối với cuống mạch vạt.

Chuyển vạt cơ thon lên vùng khuỷu tay, cố định đầu nguyên ủy vào đầu ngoài

xương đòn bằng chỉ prolene 2.0, đầu ngoại vi với gân cơ nhị đầu.

Nối động tĩnh mạch vạt với động tĩnh mạch nhận vùng nách dưới kính hiển vi.

Nối 3 thần kinh liên sườn với thần kinh bịt dưới kính hiển vi bằng chỉ nylon 11.0.



Hình 2.4. Chuyển vật cơ thon lên vùng cánh tay và nối thần kinh liên sườn với thần kinh bìt



Hình 2.5. Khâu đóng vết mổ, đảo da dùng làm monitor theo dõi sức sống của vật

- Băng cánh tay bằng Urgo crepe tự thể khép cánh tay sát thành ngực, khuỷu gấp 90 độ, bàn tay úp sấp vào thành ngực trong vòng 6 tuần sau phẫu thuật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu ghi nhận tại Trung tâm phẫu thuật Hàm mặt - Tạo hình - Thẩm mỹ, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức có tổng

cộng 8 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị liệt ĐRTKCT bằng phương pháp phẫu thuật chuyển vật tự do cơ thon phục hồi gấp khuỷu với thần kinh cho là thần kinh liên sườn cùng bên. Phân tích trên các số liệu nghiên cứu thu được kết quả:

Nhóm nghiên cứu có tỉ lệ phân bố giới tính Nam/Nữ = 7/1. (Nam giới chiếm 87,5%). Bệnh nhân lớn tuổi nhất là 54 tuổi,

nhỏ nhất là 3 tuổi. Tuổi trung bình là $25,3 \pm 3,9$ tuổi. Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông chiếm 7/8 bệnh nhân (87,5%), chỉ có 1/8 bệnh nhân (12,5%) là do tai biến sản khoa. Thời điểm phẫu thuật (tính từ lúc tai nạn tới lúc được phẫu thuật): bệnh nhân được phẫu thuật sớm nhất là 12 tháng, muộn nhất là 19 năm. Thời điểm phẫu thuật trung bình là: $48,8 \pm 18,5$ tháng.

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật

Đặc điểm		Tỷ lệ
Liệt 1 bên		100%
Bên liệt	Phải	50,0% (n = 4/8)
	Trái	50,0% (n = 4/8)
Tổn thương đám rối	Hoàn toàn	87,5% (n = 7/8)
	Không hoàn toàn	12,5% (n = 1/8)

Nhận xét: 100% bệnh nhân bị liệt 1 bên với tỷ lệ bên trái và phải tương đương nhau, trong đó hầu hết là tổn thương đám rối hoàn toàn.

Bảng 3.2. Kết quả nơi cho và nhận vạt

Đặc điểm	Số lượng
Vạt sống hoàn toàn	8/8
Nhiễm trùng	0/8
Tụ dịch, tụ máu	0/8

Nhận xét: 100% vạt sống hoàn toàn sau mổ, không có trường hợp nào bị tụ máu, tụ dịch hay nhiễm trùng nơi cho và nhận vạt.

Bảng 3.3. Ảnh hưởng đến hoạt động hô hấp

Đặc điểm	Chỉ số	Số lượng
Nhịp thở	Tăng	0/8
	Bình thường	8/8
	Giảm	0/8
SpO ₂	> 95%	8/8
	≤95%	0/8

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân sau mổ đều không bị ảnh hưởng đến hoạt động hô hấp, nhịp thở và SpO₂ nằm trong giới hạn bình thường.

Bảng 3.4. Kết quả phục hồi sức cơ gấp khuỷu theo thời gian (n=8)

Thời gian \ Sức cơ	3 tháng (n=8)	6 tháng (n=8)	9 tháng (n=7)	12 tháng (n=7)	18 tháng (n=7)	≥ 24 tháng (n=7)
M0	8	1	0	0	0	0
M1	0	4	3	1	1	1
M2	0	3	1	1	1	1
M3	0	0	3	2	1	1
M4	0	0	0	3	4	4
M5	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Trong bảng này cho thấy 8/8 BN (100%) chưa có dấu hiệu phục hồi gấp khuỷu ở thời điểm 3 tháng sau mổ. Đến thời điểm 6 tháng, số bệnh nhân có dấu hiệu phục hồi là 7/8 BN (87,5%), số bệnh nhân phục hồi sức cơ từ M3 trở lên là 0/8 BN. Đến thời điểm 9 tháng, số BN phục

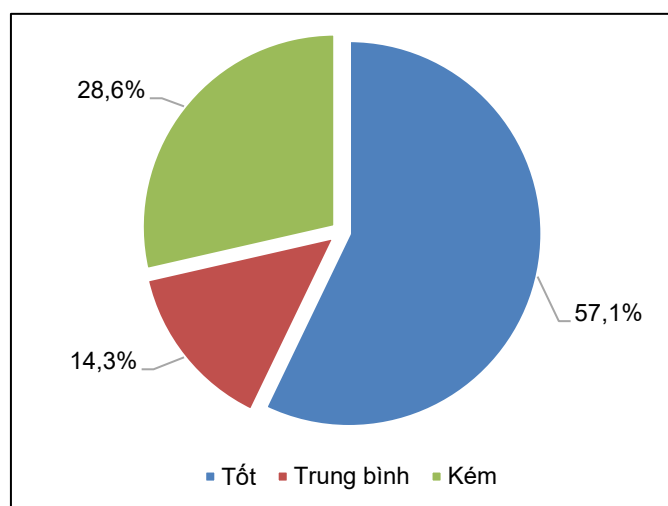
hồi là 7/7 BN (100%), có 3/7 BN đạt sức cơ M3. Đến thời điểm 18 tháng, số BN phục hồi sức cơ từ M3 trở lên là 5/7 BN, trong đó có 4/7 BN sức cơ đạt M4 và kết quả không tiến triển thêm ở các lần tái khám sau này.

Bảng 3.5. Kết quả phục hồi biên độ gấp khuỷu theo thời gian (n = 8)

Thời gian Biên độ	9 tháng (n=7)	12 tháng (n=7)	18 tháng (n=7)	≥ 24 tháng (n=7)
< 90°	4	2	1	1
90° - 135°	3	2	2	1
>135°	0	3	4	5

Nhận xét: Trong bảng này, không thống kê ở thời điểm 6 tháng vì lúc đó phục hồi gấp khuỷu đa phần mới chỉ ở mức M1, M2, nên chưa gấp khuỷu được. Ở thời điểm sau mổ 9 tháng, phần lớn số BN (4/7 BN) phục hồi gấp khuỷu dưới 90°. Ở thời điểm

18 tháng sau mổ, số BN gấp khuỷu đạt góc gấp tối đa từ 135° trở lên chiếm phần lớn (4/7 BN). Đến thời điểm kiểm tra cuối cùng ≥ 24 tháng, số BN gấp khuỷu đạt góc gấp tối đa là 5/7 BN.

**Biểu đồ 3.1. Phân loại kết quả phục hồi gấp khuỷu**

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có kết quả phục hồi gấp khuỷu tốt (57,1%), số bệnh nhân có kết quả kém chỉ chiếm 14,3%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đối tượng hay bị tổn thương ĐRTKCT phần lớn là nam giới, trong độ tuổi thanh niên (tuổi lao động). Nguyên nhân chấn thương gây ra tổn thương ĐRTKCT hầu

hết là do tai nạn giao thông. Theo kết quả của Coulet, 100% BN là nam giới, tuổi trung bình 28, nguyên nhân 100% là tai nạn xe máy [8]. Theo Kay [5] nam giới chiếm 79%. Theo Maldonado [9], 68,7% BN là nam giới, tuổi trung bình là 30,7 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi tuy số liệu còn khiêm tốn nhưng cũng có nhiều điểm tương tự như với các tác giả khác khi có 7/8 BN là nam giới, 87,5% do tai nạn xe máy và tuổi trung bình là 25,3 tuổi.

Theo nghiên cứu của Coulet, có 5/12 BN bị tổn thương đám rối không hoàn toàn, 7/12 BN tổn thương đám rối hoàn toàn, trong đó 50% do thất bại sau chuyển thần kinh, 50% do trì hoãn [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 7/8 bệnh nhân bị liệt hoàn toàn, có 1 bệnh nhân bị liệt không hoàn toàn, và tất cả các bệnh nhân phẫu thuật muộn đều do lý do trì hoãn. Điều này cho thấy hiện trạng mức độ bị tàn phá chức năng nghiêm trọng sau tổn thương đám rối thần kinh mâu thuẫn với sự điều trị kịp thời cho bệnh nhân tại Việt Nam.

Về thời điểm phẫu thuật, trong nghiên cứu của chúng tôi, tiêu chuẩn lựa chọn là những bệnh nhân được phẫu thuật sau tai nạn trên 12 tháng. Vì trước thời điểm này, nếu bệnh nhân được điều trị thì phương pháp lựa chọn sẽ là chuyển thần kinh. Những bệnh nhân đến với chúng tôi trong bệnh cảnh liệt ĐRTKCT trên 12 tháng bao gồm 2 đối tượng: Sau chuyển ghép thần kinh thất bại hoặc chưa được điều trị gì (do đa chấn thương: sọ não, ngực, bụng... họ phải điều trị trước, do hoàn cảnh không cho phép họ được điều trị sớm). Sau 1 năm cơ không vận động sẽ bị teo, thoái hóa, bắt buộc phải dùng cơ khác thay thế. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được phẫu thuật sớm nhất là 12 tháng và muộn nhất là 19 năm (bệnh nhân bị tai nạn từ lúc 5 tuổi, cũng đã khám nhiều nơi). Thời điểm phẫu thuật sau tai nạn trung bình là 48,8 tháng. Nếu không tính bệnh nhân đó thì thời gian bệnh nhân được phẫu thuật trung bình sau tai nạn là 22 tháng. Thời gian này cũng tương tự như các tác giả khác, 23,4 tháng trong nghiên

cứu của Maldonado và 26,7 tháng trong nghiên cứu của Nicoson [9, 10].

4.2. Kết quả sau phẫu thuật

Về thời điểm bắt đầu có biểu hiện cơ cơ, trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân xuất hiện sớm nhất là sau 6 tháng, cũng có thể xuất hiện sớm hơn do những biểu hiện đó bắt đầu từ M1, có thể bệnh nhân cũng không phát hiện ra, mà chỉ được khẳng định bởi Bác sĩ tại thời điểm khám lại 6 tháng. Nhưng chắc chắn tại thời điểm 3 tháng chưa có biểu hiện này. Tại thời điểm 6 tháng, số BN có dấu hiệu phục hồi là 7/8 BN (87,5%), số bệnh nhân phục hồi sức cơ từ M3 trở lên là 0/8 BN. Trong nghiên cứu có 1 bệnh nhân mới được mổ tháng 6/2022 nên lần gần nhất chúng tôi khám lại là sau mổ 8 tháng. Đến thời điểm khảo sát 9 tháng, cỡ mẫu còn lại là 7 BN, trong đó, số BN phục hồi là 7/7 BN (100%), có 3/7 BN đạt sức cơ M3. Đến thời điểm 18 tháng, số BN phục hồi sức cơ từ M3 trở lên là 5/7 BN, trong đó có 4/7 (57,14%) BN sức cơ đạt M4 và kết quả không tiến triển thêm ở các lần tái khám sau này. Như vậy, sự phục hồi sức cơ gấp khuỷu tập trung chủ yếu ở giai đoạn từ 6 tháng đến 12 tháng sau mổ và đạt đỉnh ở thời điểm 18 tháng, sau thời điểm này thì sự phục hồi không cải thiện.

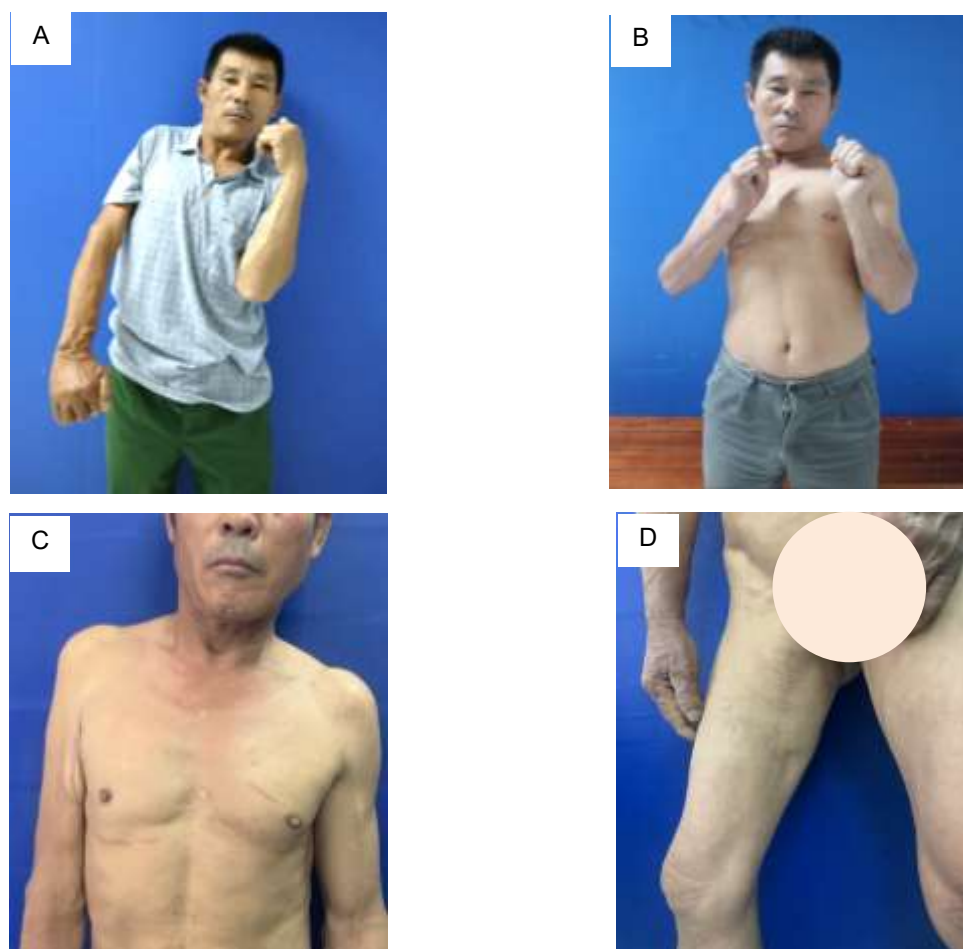
Theo y văn, không có sự thống nhất nào về thời điểm bắt đầu có sự cơ cơ, một số tác giả cho rằng dấu hiệu cơ cơ đầu tiên có thể đạt được 3 tháng sau mổ, và tăng dần cho đến 2 năm khi đạt hiệu quả tối đa. Mặc dù tác giả không theo dõi thời gian kể từ khi chuyển cơ đến khi có dấu hiệu cơ cơ nhưng có bệnh nhân kể lại họ chỉ vận động

được sau phẫu thuật 2 năm và hiện tại BMRC là M4 [5]. Trong nghiên cứu của B. Coulet, thời gian này là 7 tháng, một số tác giả khác cũng báo cáo khoảng thời gian 7 - 9 tháng là thời điểm phát hiện cơ thon có dấu hiệu co đầu tiên [11 - 13]. Các tác giả cũng khuyến cáo nên thận trọng khi đánh giá chuyển vật thất bại khi chưa theo dõi đủ 2 năm [14 - 16].

Về kết quả phục hồi sức gấp khuỷu, Chuang DC và cộng sự báo cáo kết quả của nghiên cứu 19 ca chuyển cơ thon với nguồn cho là thần kinh liên sườn, kết quả 74% bệnh nhân đạt mức hồi phục cơ lực M4 [17]. Barrie và cộng sự nghiên cứu trên 36 cơ thon được chuyển cho 27 bệnh nhân, với sự tái phân bố thần kinh từ thần kinh liên sườn hoặc XI. Kết quả cho thấy 75% cơ được tái phân bố bởi thần kinh liên sườn cho sức cơ đạt M3 trở lên [14]. Từ năm 1991 đến năm 2008, Coulet và cộng sự đã nghiên cứu trên 14 bệnh nhân được chuyển vật cơ thon vi phẫu với nguồn cho thần kinh là thần kinh liên sườn 3,4,5. Kết quả 10/14 (71,4%) bệnh nhân còn lại đều cho kết quả cơ lực đạt M4 trở lên [8]. Theo nghiên cứu của Kay 2010, nghiên cứu trên 13 bệnh nhân lớn cho thấy có 6 BN (46%) đạt cơ lực M4 trở lên. Trong 20 bệnh nhân trẻ em, có 85% BN đạt mức M4 [5]. Trong nghiên cứu của Nicoson và cộng sự năm 2016, trong 5 bệnh nhân chuyển thần kinh liên sườn, có 2/5 BN (40%) đạt sức cơ M4 [10]. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng nằm trong dải kết quả của các tác giả khác (57,14% BN phục hồi cơ cơ ở mức M4).

Về biên độ gấp khuỷu, ở thời điểm sau mổ 9 tháng, phần lớn số BN (4/7 BN) phục hồi gấp khuỷu dưới 90 độ. Ở thời điểm 18 tháng sau mổ, số bệnh nhân gấp khuỷu đạt góc gấp tối đa từ 135 độ trở lên chiếm phần lớn (4/7 BN). Đến thời điểm kiểm tra cuối cùng ≥ 24 tháng, số bệnh nhân gấp khuỷu đạt góc gấp tối đa là 5/7 BN. Như vậy, biên độ gấp khuỷu tăng tập trung trong khoảng thời gian sau mổ từ 12 tháng đến 18 tháng, sau thời điểm này thì tăng lên chậm vì phần lớn các bệnh nhân đã gấp khuỷu ở góc tối đa. Ngoài phục hồi về sức cơ thì biên độ gấp của khớp khuỷu cũng rất quan trọng, nếu cơ lực tốt mà biên độ vận động kém thì động tác phát sinh cũng không ý nghĩa. Các báo cáo trước đây về kĩ thuật này không đề cập đến biên độ vận động của khớp khuỷu.

Chúng tôi áp dụng thang điểm phân loại của Nguyễn Văn Phú [18] (đánh giá cả sức cơ và biên độ) để đánh giá kết quả chung sau mổ. 4/7 BN đạt kết quả tốt chiếm 57,14%. Trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Phú, 100% đạt kết quả tốt sau chuyển thần kinh kép (Oberlin II). Kết quả này đạt được là do trong kĩ thuật Oberlin chuyển thần kinh nội đám rối, khoảng cách giữa thần kinh cho và thần kinh cơ bị đi vào cơ rất gần, lựa chọn nhánh vận động đơn thuần để chuyển, thời gian thực hiện phẫu thuật từ lúc tai nạn đến khi chuyển thần kinh dưới 6 tháng... Như vậy, kết quả bước đầu trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối khả quan.



Hình 4.1. Bệnh nhân Hoàng Công C., 52 tuổi
(A) Tổn thương ĐRTKCT phải không hoàn toàn, (B) kết quả sau mổ 30 tháng, sức cơ đạt M4, biên độ gấp khuỷu 140 độ, (C) sẹo ngực, (D) sẹo vùng lấy vạt cơ thon

5. KẾT LUẬN

Chuyển cơ thon tự do phục hồi gấp khuỷu với nguồn cho thần kinh là thần kinh liên sườn cùng bên là một lựa chọn hữu ích trong phẫu thuật điều trị liệt đám rối thần kinh cánh tay đến muôn, giúp bệnh nhân trở về với cuộc sống lao động và sinh hoạt hàng ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Merrell GA, Barrie KA, Katz DL, Wolfe SW. Results of nerve transfer techniques for

restoration of shoulder and elbow function in the context of a meta-analysis of the English literature. *The Journal of Hand Surgery*. 2001; 26(2): 303-314.

2. Brown JM, Mackinnon SE. Nerve transfers in the forearm and hand. *Hand clinics*. 2008; 24(4): 319-340, v.
3. Chuang DC. Neurotization and free muscle transfer for brachial plexus avulsion injury. *Hand clinics*. 2007; 23(1): 91-104.
4. Oberlin C, Durand S, Belheyar Z, Shafi M, David E, Asfazadourian H. Nerve transfers in brachial plexus palsies. *Chirurgie de la main*. 2009; 28(1): 1-9.

5. Kay S, Pinder R, Wiper J, Hart A, Jones F, Yates A. Microvascular free functioning gracilis transfer with nerve transfer to establish elbow flexion. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 2010; 63(7): 1142-1149.
6. Ikuta Y, Yoshioka K, Tsuge K. Free muscle graft as applied to brachial plexus injury-case report and experimental study. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*. 1979; 8(4): 454-458.
7. Chuang DC, Mardini S, Lin SH, Chen HC. Free proximal gracilis muscle and its skin paddle compound flap transplantation for complex facial paralysis. *Plastic and reconstructive surgery*. 2004; 113(1): 126-132; discussion 133-125.
8. Coulet B, Boch C, Boretto J, Lazerges C, Chammas M. Free gracilis muscle transfer to restore elbow flexion in brachial plexus injuries. *Orthop Traumatol Surg Res*. 2011; 97(8): 785-792.
9. Maldonado AA, Kircher MF, Spinner RJ, Bishop AT, Shin AY. Free Functioning Gracilis Muscle Transfer With and Without Simultaneous Intercostal Nerve Transfer to Musculocutaneous Nerve for Restoration of Elbow Flexion After Traumatic Adult Brachial Pan-Plexus Injury. *The Journal of hand surgery*. 2017; 42(4): 293 e291-293 e297.
10. Nicoson MC, Franco MJ, Tung TH. Donor nerve sources in free functional gracilis muscle transfer for elbow flexion in adult brachial plexus injury. *Microsurgery*. 2017; 37(5): 377-382.
11. Coulet B, Boretto JG, Lazerges C, Chammas M. A comparison of intercostal and partial ulnar nerve transfers in restoring elbow flexion following upper brachial plexus injury (C5-C6+/-C7). *The Journal of Hand Surgery*. 2010; 35(8): 1297-1303.
12. Chuang DC, Yeh MC, Wei FC. Intercostal nerve transfer of the musculocutaneous nerve in avulsed brachial plexus injuries: evaluation of 66 patients. *The Journal of Hand Surgery*. 1992; 17(5): 822-828.
13. Chuang DC, Epstein MD, Yeh MC, Wei FC. Functional restoration of elbow flexion in brachial plexus injuries: results in 167 patients (excluding obstetric brachial plexus injury). *The Journal of Hand Surgery*. 1993; 18(2): 285-291.
14. Barrie KA, Steinmann SP, Shin AY, Spinner RJ, Bishop AT. Gracilis free muscle transfer for restoration of function after complete brachial plexus avulsion. *Neurosurgical focus*. 2004; 16(5): E8.
15. Chung DC, Carver N, Wei FC. Results of functioning free muscle transplantation for elbow flexion. *The Journal of Hand Surgery*. 1996; 21(6): 1071-1077.
16. Manktelow RT, Zuker RM. The principles of functioning muscle transplantation: applications to the upper arm. *Annals of plastic surgery*. 1989; 22(4): 275-282.
17. Chuang DC. Functioning free muscle transplantation for brachial plexus injury. *Clinical orthopedics and related research*. 1995(314): 104-111.
18. Nguyễn VP, Lê V. Đoàn, Vũ H. T., Bùi, V. H., & Nguyễn, H. C. Kết quả điều trị nhũ rỗ thần kinh C5, C6, ± C7 đám rối cánh tay bằng phẫu thuật chuyển thần kinh. *Bản B của Tạp Chí Khoa học và Công nghệ Việt Nam*. 2019; 61(7).

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TỔN KHUYẾT CỔ TAY - BÀN TAY BẰNG VẬT NHÁNH XUYÊN ĐỘNG MẠCH QUAY

Vũ Quốc Khánh, Hoàng Thanh Tuấn,
Vũ Quang Vinh, Trần Văn Anh,
Đỗ Trung Quyết, Hoàng Tuấn Hoàng
Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

TÓM TẮT

Mục tiêu: Che phủ tổn khuyết cổ tay - bàn tay do phỏng bằng vật nhánh xuyên động mạch quay (NXĐMQ) mà không thể ghép da hay không có điều kiện làm vi phẫu.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang không đối chứng 10 bệnh nhân có tổn khuyết vùng cổ tay - bàn tay do bỏng tại Trung tâm Phẫu thuật Tạo hình, Thẩm mỹ và Tái tạo (TT PTTHTM&TT), Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác, từ tháng 01/2021 - 09/2021.

Kết quả: Bệnh nhân trung bình $37,3 \pm 14,5$ tuổi; dao động từ 16 đến 69 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ = 4/1. Vị trí tổn phần mềm ở gan cổ - bàn tay (90%) và mu cổ - bàn tay (10%). Tất cả được sử dụng vật nhánh xuyên động mạch quay, kết quả điều trị: 8 trường hợp tốt (80%), 2 trường hợp khá (20%), không có thất bại.

Kết luận: Nhóm nhánh xuyên động mạch quay chủ yếu xuất phát trong khoảng từ 4 - 6cm tính từ mỏm trâm quay. Vật có khả năng che phủ tốt với tổn thương sâu, không yêu cầu kỹ thuật và cơ sở vật chất cao.

Từ khóa: Vật nhánh xuyên động mạch quay, tổn khuyết cổ tay - bàn tay do bỏng

ABSTRACT

Objective: Covering soft tissue defects in the wrist and hand due to burns that cannot be grafted or cannot be performed microsurgery with a radial artery perforator flap.

Subjects and methods: Estimating treatment result of wrist and hand defects by radial artery perforator flap. A non-controlled prospective cross-sectional study on 10 wrist and hand soft-tissue defects patients in Viet Nam National Burns Hospital from 01/2021 to 09/2021.

Result: The average patient was 37.3 ± 14.5 years old; ranging from 16 to 69 years old. The ratio of male/female patients = 4/1. The location of soft tissue lesions was volar

Chịu trách nhiệm: Vũ Trọng Khánh, Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác

Email: cyberpaladin93@gmail.com

Ngày gửi bài: 26/7/2023; Ngày nhận xét: 15/8/2023; Ngày duyệt bài: 30/8/2023

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.4.2023.248>

wrist and palm (90%) and dorsal wrist and hand (10%). All used radial artery perforator flaps, and treatment results: 8 good cases (80%), 2 good cases (20%), and no failure.

Conclusion: The radial artery perforator branch mainly originates from 4-6 cm from the radial styloid. The flap has good coverage with deep lesions and does not require high technology and facilities.

Keywords: Radial artery perforator flap, wrist, and hand soft-tissue defects

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các tai nạn do bỏng gây tổn thương mất da và mô dưới da để lộ gân xương ở cổ tay là tổn thương phức tạp gây khó khăn trong việc lựa chọn các phương pháp che phủ thích hợp, đặc biệt là khi các tổn thương này không thể ghép da hay thực hiện các kĩ thuật phức tạp hơn như vi phẫu. Bàn ngón tay có chức năng cực kì quan trọng, đảm nhiệm nhiều nhiệm vụ phức tạp và tinh vi trong cuộc sống, vì vậy việc những tổn thương này cần thiết được phẫu thuật triệt để sớm để bảo tồn sự sống cho mô gân và xương nhằm tránh di chứng làm mất chức năng của bàn tay.

Vạt nhánh xuyên động mạch quay là một vạt có ưu điểm: Khả năng che phủ tốt đáp ứng được nhu cầu che phủ mất da vùng bàn ngón tay, khả năng nuôi dưỡng vạt tốt, không phải hy sinh động mạch quay, giảm thiểu tổn thương thêm ở nơi cho vạt.

Việc nghiên cứu về hiệu quả che phủ tổn khuyết phần mềm cổ tay của vạt nhánh xuyên động mạch quay sẽ cung cấp thêm một chất liệu tạo hình đáng tin cậy cho các phẫu thuật viên, đặc biệt ở các cơ sở không có đủ điều kiện cơ sở vật chất thực hiện kĩ thuật vi phẫu.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 10 bệnh nhân có tổn thương bỏng sâu ở gan và mu bàn tay có chỉ định

tạo hình bằng vạt nhánh xuyên động mạch quay, nơi tổn thương không có khả năng ghép da hoặc bệnh nhân không có điều kiện làm vi phẫu.

Loại trừ các tổn thương mất da lên 1/3 giữa hay 1/3 trên cẳng tay không còn mô mềm do các nhánh xuyên của động mạch quay nuôi dưỡng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả cắt ngang không đối chứng.

- Chỉ tiêu nghiên cứu: Đặc điểm bệnh nhân (tuổi, giới tính, vị trí tổn thương); kích thước tổn thương, kích thước vạt, đánh giá kết quả điều trị gần và xa.

- Phương pháp phẫu thuật: Cắt lọc vết thương tỉ mỉ các mô bẩn, hoại tử, mô dập nát và lấy hết các dị vật bám trên tổn thương, cố gắng bảo toàn tối đa tổ chức lành, đo kích thước của tổn thương.

- Thiết kế vạt: Sau khi phân tích tổn thương có thể lựa chọn phương pháp tạo hình hợp lý: Vị trí, hình thức sử dụng vạt, kĩ thuật thiết kế vạt hợp lý để che phủ tạo hình lại tổn khuyết, đảm bảo phục hồi cả về thẩm mỹ và chức năng.

- Kẻ một đường xác định đường đi của động mạch quay nối từ điểm giữa nếp gấp khuỷu đến móm trâm quay.

- Sử dụng siêu âm Doppler mạch cầm tay xác định vị trí nhánh xuyên của động

mạch quay, đánh dấu lại, thông thường từ vị trí trên mồm trâm quay 1,5 - 2cm có các nhánh xuyên lớn của động mạch quay.

- Kích thước: Vạt được thiết kế theo hình elip với kích thước đã được xác định theo kích thước tổn thương, đặc biệt chiều rộng của vạt có thể lấy tối thiểu bằng chiều rộng của tổn thương, tuy nhiên tốt hơn là lấy rộng hơn kích thước tổn thương thực 1 - 2cm (tránh tình trạng co vạt).

- Bóc tách vạt: Sau khi xác định được vị trí ra của nhánh xuyên và điểm xoay vạt, nâng vạt theo chiều từ ngoại vi của cuống mạch cho đến vị trí trung tâm, cấu tạo của vạt bao gồm lớp da, tổ chức dưới da và lớp cân. Càng gần vị trí của cuống mạch càng phải bóc tách và phẫu tích tỉ mỉ, kết hợp kèm siêu âm cầm tay Doppler xác định vị trí và tình trạng của các nhánh xuyên, các nhánh xuyên ở vị trí ngoại vi sẽ được thắt và cắt bỏ. Khi đã đảm bảo được cuống nuôi của vạt an toàn, nâng toàn bộ vạt theo các hướng. Xả garo, đánh giá sự cấp máu cho vạt. Vạt được khâu và cố định vào khuyết hổng. Lấy da dày toàn phần ở bẹn hoặc da mỏng tại vị trí mặt trong đùi với kích thước tương đương vị trí cho vạt. Cố định da ghép lên vạt nhẹ nhàng, khâu mảnh bờ của mảnh da ghép vào vị trí cho vạt, đắp vạt vaselin và cố định gạc ẩm, băng vết thương.

- Đánh giá kết quả
- + Tốt: Vạt da sống tốt.
- + Khá: Có hoại tử đầu vạt < 1cm, phải cắt lọc khâu lại hay ghép da mỏng sau đó.
- + Trung bình: Hoại tử nửa vạt.
- + Xấu (thất bại): Hoại tử trên ½ đến hoàn toàn vạt da.
- Đạo đức trong nghiên cứu: Bệnh nhân tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu; mọi

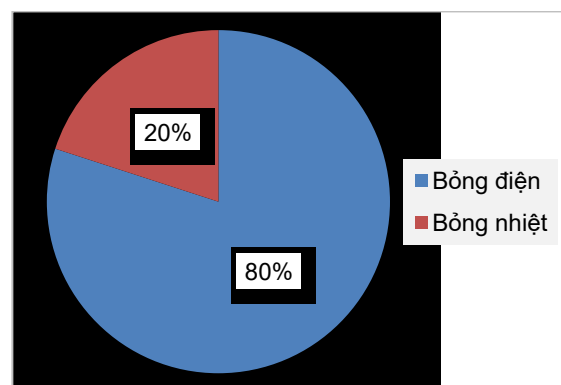
thông tin về bệnh nhân đều được bảo mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

- Tổng số bệnh: 10 bệnh nhân.
- Tuổi: Trung bình là 37,3 tuổi, nhỏ nhất 17 tuổi, lớn nhất 69 tuổi.
- Giới: số bệnh nhân nam có 8 trường hợp, 2 trường hợp còn lại là nữ, tỉ lệ nam/nữ là 4/1.



Biểu đồ 3.1. Phân bố theo nguyên nhân

- Nguyên nhân gây nên tổn khuyết phần mềm bàn tay ngón trong nhóm nghiên cứu bao gồm: Bỏng điện chiếm chủ yếu (80%), còn lại là bỏng nhiệt (20%).

3.2. Đặc điểm tổn thương

Bảng 3.1. Phân bố tổn khuyết phần mềm trên tay tổn thương

Tay tổn thương	Số lượng	Tỉ lệ %
Phải	6	60 %
Trái	4	40 %
Tổng	10	100

Trong 10 bệnh nhân nghiên cứu tay phải bị tổn thương chiếm tỷ lệ 60% cao hơn tay trái (40%). Không có trường hợp nào tổn thương cả 2 tay.

Bảng 3.2. Phân bố vị trí tổn thương

Vị trí tổn thương	Số lượng	Tỉ lệ
Gan cổ - bàn tay	9	90 %
Mu cổ - bàn tay	1	10 %
Cả gan tay và mu tay	0	0 %

Đa số vị trí khuyết hồng phần mềm ở gan cổ - bàn tay (90%) và mu cổ - bàn tay (10%). Đây cũng là vị trí mà khi bị chấn thương dễ bộc lộ các cấu trúc quan trọng, dễ bị nhiễm khuẩn và do việc điều trị che phủ các khuyết hồng vùng này gặp nhiều khó khăn.

- Kích thước tổn thương:

Diện tích khuyết hồng phần mềm trung bình: $16,9 \pm 12\text{cm}^2$. Diện tích khuyết hồng phần mềm lớn nhất: 48cm^2 . Diện tích khuyết hồng phần mềm nhỏ nhất: 6cm^2

- Kích thước vật da

Kích thước vật trung bình: $32 \pm 9,89\text{cm}^2$.

Kích thước vật lớn nhất: 78cm^2

Kích thước vật nhỏ nhất: 15cm^2

Bảng 3.3. Biến chứng sau mổ

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Không biến chứng	1	10%
Tụ dịch	3	30%
Chảy máu	2	20%
Nhiễm trùng, toác vết mổ, chậm liền	1	10%
Hoại tử một phần vật (đầu vật)	02	20%
Hoại tử hoàn toàn vật	0	0

Nhận xét: Có 9/10 vật da bị biến chứng sau mổ, từ tụ dịch, chảy máu, đến hoại tử 1 phần vật da. Tuy nhiên, không có trường hợp nào hoại tử $\frac{1}{2}$ vật đến hoại tử vật hoàn toàn.

4. BÀN LUẬN

Tuổi: Trung bình là 37,3 tuổi, nhỏ nhất 17 tuổi, lớn nhất 69 tuổi. Theo tác giả Bùi Thanh Tuấn đã sử dụng vật tại chỗ và vật da cuống mạch liền che phủ khuyết hồng vùng bàn tay báo cáo 36 trường hợp có lứa tuổi từ 2 đến 52 tuổi, trung bình 27,6 tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 18 đến 40 tuổi chiếm tỷ lệ 50% [1]. Điều này theo chúng tôi là hợp lý vì đây là độ tuổi tham gia lao động, năng động và có nhiều sinh hoạt trong xã hội, cộng đồng nên nguy cơ bị chấn thương bàn tay thường cao hơn.

Về giới tính: Trong 10 trường hợp được điều trị có 8 bệnh nhân nam (chiếm 80%) và 2 bệnh nhân nữ (chiếm 20%), Tỷ lệ nam/nữ = 4/1 tương đồng với nghiên cứu của tác giả Huỳnh Tấn Thịnh thì tỷ lệ nam/nữ là 3,16 [2], Trong một nghiên cứu của nước ngoài, tác giả Alper Ural, tỉ lệ nam/nữ là 7, số lượng nữ giới chỉ có duy nhất 1 trường hợp [3]. Điều này có thể lý giải rằng, tỷ lệ nam giới làm lao động chân tay và làm kỹ thuật nói chung bao giờ cũng cao hơn nữ giới, nên nguy cơ tổn thương ở bàn tay sẽ cao hơn.

Nguyên nhân gây nên tổn khuyết phần mềm bàn tay ngón bao gồm: Bỏng điện và bỏng nhiệt. Trong đó: Nguyên nhân gây tổn khuyết phần mềm (TKPM) bàn ngón tay cao nhất là do bỏng điện (80%), còn lại là do bỏng nhiệt (20%). Khi nghiên cứu về nguyên nhân gây tổn khuyết phần mềm ở vùng bàn tay, các tác giả phân loại rất

khác nhau. Tác giả Nguyễn Đức Tiến [4] trong nghiên cứu đánh giá tạo hình khuyết hồng phần mềm ở ngón tay bằng vật cố định liền tại chỗ đưa ra kết quả với nguyên nhân chính gây khuyết hồng phần mềm ngón tay là tai nạn lao động chiếm tỷ lệ 64,3%.

Vị trí khuyết hồng phần mềm: Ở gan cổ - bàn tay (90%) và mu cổ - bàn tay (10%). Đây cũng là vị trí mà khi bị chấn thương dễ bộc lộ các cấu trúc quan trọng, dễ bị nhiễm khuẩn và do việc điều trị che phủ các khuyết hồng vùng này gặp nhiều khó khăn.

Tác giả Nguyễn Tấn Bảo Ân cho kết quả nghiên cứu rằng tổn thương ở vùng gan cổ bàn tay chiếm 75% tổng số trường hợp, 25% số trường hợp còn lại ở vị trí mu tay [5], Tác giả Võ Văn Phúc đánh giá 34 bệnh nhân cho kết quả 76,5% tổn thương ở vị trí trước cẳng tay, 14,6% tổn thương ở vị trí mặt sau cẳng tay và 8,9% tổn thương ở cả mặt trước và mặt sau của cẳng tay [6]. Kết quả nghiên cứu cho thấy trong quá trình lao động, mặt trước bàn tay là phần thực hiện các động tác chính, tiếp xúc chính nên tỉ lệ bị tổn thương là cao hơn so với phần mu - cổ bàn tay. Kết quả của chúng tôi là tương đồng với 2 tác giả trên.

Kích thước tổn thương: Diện tích tổn thương lớn nhất là 48cm², nhỏ nhất là 4 cm². Diện tích trung bình của các tổn thương khuyết là 16,9 ± 12cm². So sánh với Võ Văn Phúc, kích thước trung bình của tổn thương là 34,97cm², nhỏ nhất: 4cm², lớn nhất: 80cm². Tập trung ở khoảng 20 - 42cm² chiếm 91,2% các trường hợp [6]. Theo Vũ Minh Hiệp: 93,48% có diện tích khuyết hồng < 100cm², kích thước khuyết

hồng phần mềm trung bình: 59,89 ± 22,56cm² (27,48 - 125,6cm²) [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có diện tích trung bình có giá trị nhỏ hơn do cỡ mẫu nhỏ, tổn thương chủ yếu ở phần cổ tay, diện tích trung bình 16,9 ± 12cm² phù hợp với khả năng che phủ của vật nhánh xuyên động mạch quay.

Kích thước vật: trung bình 32 ± 9,89cm², kích thước vật lớn nhất là 78cm², kích thước vật nhỏ nhất là 15cm². Nghiên cứu của Kazufumi [8] cho kết quả trung bình 51cm², kích thước vật lớn nhất là 90cm², kích thước vật nhỏ nhất là 26cm². Còn Võ Văn Phúc cho thấy cho kết quả trung bình 58,21cm², kích thước vật lớn nhất là 105cm², kích thước vật nhỏ nhất là 8cm² [6].

Có thể thấy kích thước vật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn so với các tác giả khác, điều này do các tổn thương của bệnh nhân trong nghiên cứu chủ yếu tập trung ở vùng cổ tay, các tổn thương này có diện tích nhỏ. Ngoài ra tổn thương chủ yếu của các bệnh nhân là do bỏng điện, với các tác giả khác, nguyên nhân tổn thương bao gồm cả chấn thương nên mức độ tổn thương cũng lớn hơn, do đó nhu cầu sử dụng vật để che phủ cũng cần diện tích lớn hơn.

Về kết quả phẫu thuật: Trong nghiên cứu của chúng tôi đạt tốt 8 trường hợp (80%), khá 2 trường hợp (20%): Vật da có hoại tử mép vật < 1cm cần cắt lọc sau đó ghép da mỏng. Không có trường hợp nào hoại tử 1/2 hay toàn vật. Kết quả phẫu thuật của chúng tôi là tương đương so với Đỗ Lương Tuấn (2008): tốt chiếm 77,42%, khá 19,5% (p > 0,05) [9].

Nhóm nhánh xuyên động mạch quay chủ yếu xuất phát trong khoảng từ 4 - 6cm

tính từ mỏm trâm quay. Đây là cơ sở giải phẫu cho việc cấp máu cho vạt.

Nên cắt lọc kĩ hoại tử, đặc biệt là gân hoại tử còn sót sẽ làm giảm thiểu khả năng bám dính và giảm sức sống của vạt.

Cần lấy chiều dài của vạt đủ che phủ dài hơn dự tính 1 - 2cm, phòng khi góc quay lớn làm vạt thiếu hụt. Khi bóc vạt nhớ bao gồm cân cơ về phía vạt để giữ gìn mạch nuôi.

Ưu điểm của vạt da cân là chỉ bóc tách vạt một lần ở mặt phẳng cân- cơ; trong khi vạt cân mỡ phải tách 2 lần: 1 ở da- mỡ và 1 ở cân - cơ. Thời gian sẽ lâu hơn vạt da - cân. Cần lấy vạt da đủ dài, bóc tách vạt cẩn thận và cố định vạt không căng.

5. KẾT LUẬN

Kết quả điều trị: Vạt có sức sống cao, không đòi hỏi kỹ thuật cao (80% đạt kết quả tốt).

Diện tích tổn thương lớn nhất là 48cm², nhỏ nhất là 4cm². Diện tích trung bình của các tổn khuyết là 16,9 ± 12cm².

Kích thước vạt lớn, trung bình 32 ± 9,89cm², kích thước vạt lớn nhất là 78cm², kích thước vạt nhỏ nhất là 15cm².

Đây là một vạt da - cân cần thiết cho những thương tổn khuyết hồng cổ tay có thể thực hiện ở tuyến cơ sở, để hạn chế bớt những phẫu thuật lớn phức tạp hơn khi bệnh nhân không có điều kiện, hoặc phải chấp nhận cắt cụt cẳng bàn tay đáng tiếc xảy ra. Việc bảo tồn được động mạch quay giúp giảm thiểu tối đa tổn thương vùng cho vạt sau phẫu thuật đồng thời bảo đảm được việc cấp máu cho vùng cẳng tay được toàn vẹn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Thanh Tuấn (2021)**. Đánh giá kết quả điều trị tổn khuyết phần mềm bàn tay bằng các vạt tại chỗ hoặc các vạt có cuống mạch liền, Luận văn Thạc sĩ Y học Trường Đại học Y Dược Huế.
2. **Huỳnh Tấn Thịnh, Võ Thành Toàn**. Đánh giá kết quả điều trị khuyết hồng phần mềm vùng bàn tay tại bệnh viện Thống Nhất. Tạp chí Y Dược thực hành 175, số 19 - 9/2019: tr. 25-29.
3. Alper Ural FEBOPRAS, F.B., Mehmet Bekerecioğlu, Reconstruction of Hand and Wrist Soft-Tissue Defects Using Radial Artery Perforator Flap Turkish Journal of Plastic Surgery, 2021.
4. **Nguyễn Đức Tiến, Nguyễn Bắc Hùng, Phạm Văn Duyệt**. Đánh giá kết quả tạo hình khuyết hồng phần mềm ngón tay bằng vạt cuống liền tại chỗ. Tạp chí Y học Việt Nam Tập 504, tháng 7, số 2 - 2021.: tr. 38 - 42.
5. **Nguyễn Tấn Bảo Ân và cộng sự (2017)**. Sử dụng vạt bì cẳng tay ngoài cuống ngoại vi che phủ khuyết hồng mô mềm cổ bàn tay, kết quả bước đầu. Nghiên cứu Y học Y Học TP. Hồ Chí Minh, phụ bản tập 21, số 2 - 2017: tr. 152 - 156.
6. **Võ Văn Phúc, Phan Xuân Chính và cộng sự**. Vạt da cân cẳng tay nhánh xuyên động mạch quay đầu xa che phủ mất da cổ tay do phỏng. Nghiên cứu Y học Y Học TP. Hồ Chí Minh, phụ bản tập 22, số 5 - 2018.
7. **Vũ Minh Hiệp**. Nghiên cứu giải phẫu và ứng dụng lâm sàng vạt cánh tay ngoài trong điều trị khuyết hồng phần mềm vùng cổ tay và bàn tay, in chấn thương chỉnh hình và tạo hình. Luận án tiến sĩ Y học (2021). Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108.
8. **Tachi, Kazufumi**. Distally based Radial artery perforator flap, which factor correlates with the Flap survivor. Int J. Surg, 2022. 3: p. 59-65.
9. **Đỗ Lương Tuấn (2008)**. Nghiên cứu điều trị bỏng sâu vùng cẳng tay trước do điện cao thế 2008. Luận án Tiến sĩ y học (2008), Học viện Quân y

MỘT SỐ HÌNH ẢNH MINH HOẠ

1. Bệnh nhân: Lê Văn T., 29T, số bệnh án: 21007948



Ảnh 1.1: Cắt lọc tổn thương



Ảnh 1.2: Bộc lộ nhánh xuyên



Ảnh 1.3: Hình ảnh vật sau khi được bóc tách hoàn toàn



Ảnh 1.4: Hình ảnh sau phẫu thuật



Ảnh 1.5: Sau phẫu thuật 3 tháng

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU SỬ DỤNG VẬT DA CUỐNG LIỀN NHÁNH XUYÊN ĐỘNG MẠCH THƯỢNG VỊ DƯỚI SÂU “MỎNG” TRONG TẠO HÌNH TỔN THƯƠNG VÙNG CỔ BÀN TAY

Đỗ Trung Quyết, Tống Thanh Hải, Vũ Quang Vinh

Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

TÓM TẮT

Vật da từ xa trong tạo hình tổn khuyết phần mềm lộ gân, xương vùng cổ bàn tay luôn là một lựa chọn hàng đầu cho các phẫu thuật viên tạo hình. Tuy vậy, kỹ thuật này cũng có nhiều nhược điểm như: Vật còn dày, cuống vật dạng ngẫu nhiên nên khi cần sử dụng vật có kích thước lớn sẽ gây tổn thương nhiều vùng cho vật, vật còn dày do phải đảm bảo đủ các lớp cấu trúc vật, thời gian nuôi dưỡng vật còn dài (21 ngày). Chúng tôi lần đầu tiên đã ứng dụng thành công vật da cuống liền nhánh xuyên động mạch thượng vị dưới sâu “mỏng” trong tạo hình tổn thương lộ gân xương vùng cổ bàn tay sau bỏng cho 03 bệnh nhân với nhiều kết quả tích cực.

Nghiên cứu tiến hành trên 03 bệnh nhân (01 trường hợp bỏng nhiệt khô, 02 trường hợp bỏng di chứng sau bỏng điện cao thế), tổn thương lộ gân xương vùng cổ bàn tay, sử dụng vật da cuống liền nhánh xuyên động mạch thượng vị dưới sâu, hút mỡ phần xa của vật để làm mỏng vật. Kết quả các vật đều sống hoàn toàn, tạo được vật có độ dày phù hợp với yêu cầu tạo hình, duy trì các đặc tính về chức năng và thẩm mỹ của vật da, rút ngắn thời gian điều trị so với phương pháp kinh điển. Bệnh nhân hài lòng về kết quả phẫu thuật cả chức năng và thẩm mỹ.

Từ khóa: Tổn thương vùng cổ bàn tay, vật da cuống liền từ xa, vật nhánh xuyên động mạch thượng vị dưới sâu, hút mỡ.

SUMMARY

Distal skin flaps for reconstruction of soft tissue injuries on wrist and hands, especially exposure of tendon and bone always are the first choices of plastic surgeons. However, there are lots of disadvantages of this technique, for example, bulky, random pedicle... the period of nourishment flap time is longer. We first successfully applied the “thin” deep inferior epigastric perforator flap to recover soft tissue defect (tendon, bone exposure) at

Chịu trách nhiệm: Đỗ Trung Quyết, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

Email: doquyet.vmmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/7/2023; Ngày nhận xét: 20/8/2023; Ngày duyệt bài: 30/8/2023

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.4.2023.249>

wrist and hands. The technique was applied to 03 patients. The distal part of flap was thinned by liposuction. All flaps survive completely, and have the suitability of flap with the characteristics of reconstructive area. The admitted time also was decreased. Patients were satisfied with functional and cosmetic outcomes.

Keywords: Wirst and hand injury, distal pedicle flap, deep inferior epigastric perforator flap, liposuction

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Để che phủ các tổn khuyết mô mềm vùng cổ bàn tay, phương pháp ghép da vẫn còn rất phổ biến tuy phương pháp này có một số hạn chế [1]. Các vật tại chỗ như vật cẳng tay trụ, vật cẳng tay quay dùng che phủ các tổn khuyết bàn tay và cẳng tay rất tiện lợi, nhưng phải hy sinh các mạch máu lớn và để lại sẹo xấu ở chi trên. Các vật da vi phẫu tự do như vật tự do đùi trước ngoài, vật bẹn tự do... [2] tuy có nhiều ưu điểm song kỹ thuật phức tạp và yêu cầu trình độ của phẫu thuật viên cũng như phương tiện y học chuyên biệt. Các vật từ xa như vật ngẫu nhiên ở vùng bụng, vật kiểu Ý, vật bẹn là những vật kinh điển dùng để che phủ tổn khuyết bàn tay, tuy nhiên thời gian cố định tay lâu, vật dày lên thẩm mỹ kém [2], [3]. Nghiên cứu này được đặt ra nhằm khắc phục các nhược điểm nêu trên của vật da tay - bụng kinh điển.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

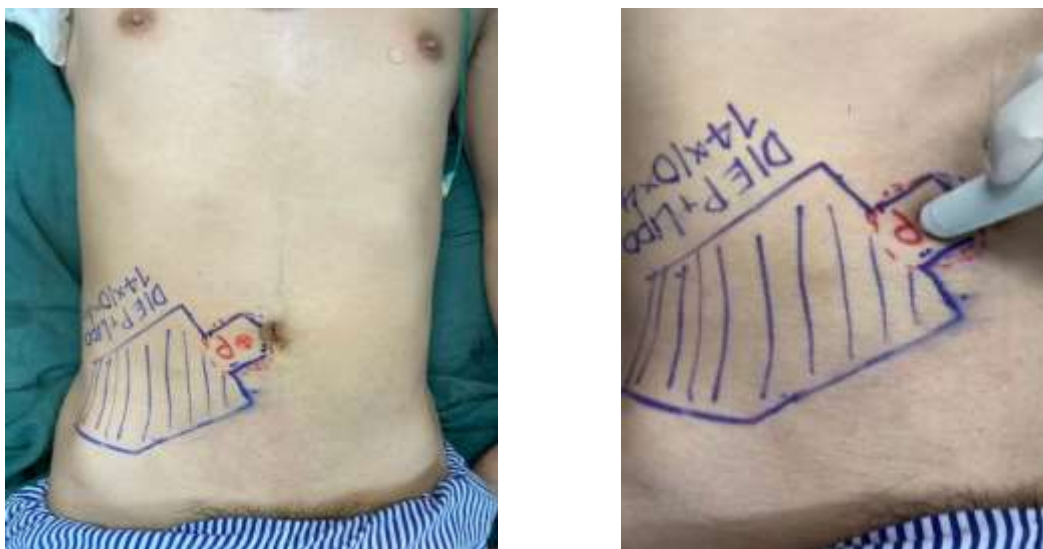
Nghiên cứu bước đầu được thực hiện trên 03 bệnh nhân, tổn thương vùng cổ bàn tay do bỏng, sẹo bỏng... được sử dụng vật da cuống liền nhánh xuyên động mạch thượng vị dưới sâu "mỏng" để che

phủ tổn thương. Nghiên cứu thực hiện tại Trung tâm Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ và Tái tạo, Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác.

Phương pháp nghiên cứu: Tiến hành nghiên cứu tiến cứu, quy trình nghiên cứu như sau: Trước tiên tiến hành khám đánh giá tổn thể toàn trạng và tình trạng tổn thương tại chỗ vùng cổ bàn tay. Xác định phương pháp phẫu thuật và vùng cho vật, vẽ thiết kế vật da.

Tiến hành cắt lọc tổ chức vùng tổn thương (hoại tử, sẹo...) đến mô lành, cố gắng cắt lọc hết tổ chức hoại tử (mô mềm, gân, cơ...), lấy sạch tổ chức viêm. Đo kích thước tổn khuyết, từ đó xác định chính xác kích thước của vật da cần tạo hình.

Thiết kế vật: Vật được thiết kế sử dụng nhánh xuyên da cùng bên hay đối bên với tay bị tổn thương (mốc phân chia là đường giữa) tùy thuộc vào mức độ thoải mái của tay khi đặt ở vùng bụng. Cố gắng thiết kế vật sử dụng nhánh xuyên và hướng vật sao cho tay đặt ở vị trí thoải mái nhất có thể. Hình dạng và kích thước của vật được thiết kế phù hợp với hình dạng và kích thước của tổn khuyết vùng cổ bàn tay.



Hình 2.1. Thiết kế vạt da (đánh dấu vị trí cuống mạch, vùng hút mỡ được đánh dấu gạch chéo, đo kích thước vạt)

Làm mỏng vạt da bằng hút mỡ: Vùng đầu xa của vạt cách vị trí nhánh xuyên chui vào da (được xác định bằng siêu âm Doppler cầm tay) được bơm nước muối sinh lý 0,9% pha thêm Lidocain với liều 35mg/kg cân nặng. Bơm dịch vào lớp mỡ

dưới da, đợi khoảng 10 phút để dịch ngấm đều. Dùng que hút mỡ có đường kính trong 5mm tiến hành hút tổ chức mỡ dưới da để làm mỏng vạt. Lượng mỡ lấy bỏ phụ thuộc vào kích thước của vạt và lượng mỡ dưới da của từng bệnh nhân cụ thể.



Hình 2.2. Hút mỡ làm mỏng vạt da (phần đánh dấu gạch chéo)



Hình 2.3. Phẫu tích vạt da, bộc lộ vùng cuống mạch

Phẫu tích vạt da: Bắt đầu từ đầu xa của vạt bóc tách xuống lớp dưới da, qua lớp cân nông, lớp mỡ và lớp cân sâu. Bóc tách hướng về phía cuống vạt lấy đủ chiều dài mong muốn. Tuy nhiên, không cần thiết phải bóc tách đến cuống vạt nếu phần vạt nhấc lên đã đủ kích thước cần thiết. Trong quá trình phẫu tích cần cần trọng các thao tác khi đến gần vùng mô chứa cuống mạch (dựa trên hướng dẫn của Doppler trước đó), tránh làm tổn thương các nhánh xuyên

nuôi da. Cầm máu kỹ bằng dao điện. Xử lý vùng cho vạt: Khâu lại da bụng 2 lớp bằng chỉ Viryl 2-0 và Nylon 3-0. Đặt 1 dẫn lưu dưới da bụng.

Tiến hành chuyển vạt: Tiến hành chuyển vạt, đưa vùng bị tổn thương khớp vào vị trí vạt da, khâu cố định và khâu vạt, đặt dẫn lưu dưới vạt để theo dõi tình trạng chảy máu, đóng vết mổ. Cố định cẳng tay bệnh nhân vào cổ, thân cùng bên bằng băng cuộn trong vòng 24 giờ đầu sau mổ.



Hình 2.4. Sau cắt lọc làm sạch tổn thương (tổn thương lộ gân, xương)



Hình 2.5. Tạo vạt da tay - bụng

Kẹp cuống vạt: Kẹp cuống vạt 2 lần cách nhau 2 ngày, lần 1 kẹp cuống vạt 45 phút (thời gian ga rô an toàn cho phép theo kinh điển). Lần 2 kẹp cuống vạt ≥ 2 giờ nếu tình trạng vạt cho phép (nguồn cấp máu từ nền ghép vẫn bảo đảm bảo: vạt không bị đe dọa hoại tử), vạt sẽ được chỉ định cắt cuống sau 24 giờ.

3. KẾT QUẢ

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 03 bệnh nhân, 01 bệnh nhân bị tổn thương bỏng, 02 bệnh nhân di chứng bỏng điện cao thể vùng cổ bàn tay, sử dụng vạt cuống liền nhánh xuyên động mạch thượng vị dưới sâu “mỏng”. Các kết quả nghiên cứu được thể hiện ở bảng dưới đây:

STT	Nguyên nhân	Đặc điểm tổn thương	Kích thước vật	Tình trạng sống của vật sau mổ	Thời điểm kẹp cuống vật (tính từ ngày mổ lần 1)	Thời điểm cắt cuống vật (tính từ ngày mổ lần 1)	Tình trạng vật sau cắt cuống	Kết quả sau mổ
1.	Bỏng nhiệt khô	Lộ gân xương vùng mu bàn ngón tay	14x10 cm	Sống hoàn toàn sau mổ	Ngày thứ 13 sau mổ	Ngày thứ 16 sau mổ	Vật sống hoàn toàn	Tốt (6 tháng)
2.	Sau bỏng điện cao thế	Sẹo mu cổ bàn tay sát xương, viêm dò hoại tử gân	10x7,5 cm	Sống hoàn toàn sau mổ	Ngày thứ 6 sau mổ	Ngày thứ 9 sau mổ	Vật sống hoàn toàn	Tốt (3 tháng)
3.	Sau bỏng điện cao thế	Sẹo mặt gan cổ bàn tay sát xương, viêm dò hoại tử gân	12x11 cm	Sống hoàn toàn sau mổ	Ngày thứ 10 sau mổ	Ngày thứ 13 sau mổ	Vật sống hoàn toàn	Tốt (6 tháng)

Các vật đều sống hoàn toàn, vết mổ liền tốt, vật da sau phẫu thuật lần 2 mềm mại, đi động tốt, đạt được độ mỏng phù hợp, bệnh nhân hài lòng với kết quả về chức năng và thẩm mỹ.

4. BÀN LUẬN

4.1. Ứng dụng vật nhánh xuyên động mạch thượng vị dưới sâu trong phẫu thuật tạo hình

Hartrampf C. R. năm 1982 [8] mô tả lần đầu vật da - cơ thẳng bụng (Transverse rectus abdominis musculocutaneous: TRAM) bao gồm phần da hình trám dưới rốn và phần cơ thẳng bụng. Cơ thẳng bụng được cấp máu bởi 2 cuống mạch trội là động mạch thượng vị trên và động mạch thượng vị dưới sâu. Cấp máu cho phần da của vật là các nhánh xuyên đến từ cơ thẳng bụng. Vật da - cơ thẳng bụng có cuống sử dụng cuống là cuống mạch thượng vị trên. Sau khi bóc tách vật

chuyển đến vùng ngực qua đường hầm dưới da thành bụng. Vật TRAM tự do trong tái tạo vú được Holmström H. mô tả lần đầu vào năm 1979, vật chỉ lấy phần dưới của cơ thẳng bụng và sử dụng cuống mạch là bó mạch thượng vị dưới sâu vì vậy vật được cấp máu tốt hơn so với khi dùng dưới dạng cuống mạch liền.

Vật nhánh xuyên động mạch thượng vị dưới sâu là vật da - mỡ ở thành bụng trước nuôi dưỡng bởi nhánh xuyên cơ trực tiếp của động mạch thượng vị dưới sâu, được Koshima I. và cộng sự thông báo lần đầu tiên vào năm 1989. Năm 1994, Allen R. J. và cs lần đầu tiên thông báo việc tái tạo vú bằng vật nhánh xuyên động mạch thượng vị dưới sâu (Deep inferior epigastric perforator: DIEP). Sau đó Blondeel P. N. cải thiện sự hiểu biết về vật và phổ biến vật trong tái tạo vú. Hiện nay phương pháp này được xem như là sự lựa chọn hàng đầu trong việc tái tạo vú ở các trung tâm lớn trên thế giới.

4.2. Những ưu điểm khi sử dụng vật cố định liền nhánh xuyên động mạch thượng vị dưới sâu “mỏng”

4.2.1. Giảm độ dày của vật da

Hút mỡ giúp làm giảm thể tích phần xa của vật nhưng vẫn duy trì cấu trúc vi tuần hoàn cấp máu cho các lớp của vật da [4], [5]. Việc giảm thể tích mô mỡ đầu xa của vật giúp giảm gánh nặng cho hệ thống vi tuần hoàn, từ đó góp phần tăng cường nuôi dưỡng cho các mô còn lại ở vùng đầu xa của vật. Hyakusoku và cộng sự năm 1994 [4] khi tiến hành nghiên cứu cách thức làm mỏng vật bằng cách cắt bớt phần mô mỡ dưới da nhưng vẫn giữ lại một lớp mỡ mỏng để đảm bảo tính toàn vẹn của hệ thống mạng mạch dưới da (subdermal plexus) cũng có cùng nhận xét tương tự, tuy rằng việc làm mỏng vật bằng kéo dù muốn hay không cũng làm tổn thương hệ thống các mạch máu nhỏ có liên quan đến mạng mạch dưới da, từ đó gián tiếp gây nên những thay đổi về huyết động ở đầu xa của vật.

Kết quả các bệnh nhân của chúng tôi cũng nhận thấy rằng hiệu quả về mặt thẩm mỹ tốt hơn so với sử dụng vật không có hút mỡ.

4.2.2. Tăng tính linh hoạt trong thiết kế và sử dụng vật

Các nhánh xuyên của động mạch thượng vị dưới sâu thường xếp thành 2 hàng dọc theo đường đi của thân chính khi chui qua lá trước bao cơ thẳng bụng đối với DIEA loại 2 hoặc 3. Một số tác giả gọi các nhánh xuyên này là nhánh xuyên hàng trong và hàng ngoài. Ngoài ra, một số tác giả gọi những nhánh xuyên chui qua cân ở thẳng bụng ở gần rốn và cung cấp máu cho mô dưới da liền kề là nhánh xuyên

cạnh rốn hoặc nhánh xuyên cạnh đường giữa hay nhánh xuyên cạnh cơ [1], [6], [7]. Chính vì tính phong phú của nhánh xuyên động mạch thượng vị dưới sâu nên có thể dễ dàng lựa chọn một nhánh xuyên để thiết kế vật chỉ bằng cách sử dụng siêu âm Doppler cầm tay để dò tín hiệu mạch máu. Hơn nữa, có thể thay đổi linh hoạt hướng thiết kế nhánh xuyên để đảm bảo tính tiện lợi cho tay bị tổn thương khi đặt vào vùng da bụng [8], [9]. Khi một nhánh xuyên được lựa chọn bị tổn thương có thể dễ dàng thay đổi sang nhánh xuyên khác lân cận ngay trong phẫu thuật. Do tính đối xứng của vật nên các nhánh xuyên có thể chi phối cấp máu cho vùng vật rộng lớn không chỉ ở một bên của cơ thể. Điều này giúp cho việc thiết kế vật được dễ dàng và thuận lợi.

4.2.3. Giảm thời gian điều trị bằng cách kẹp cố định vật sớm

Để bảo đảm vật sẽ sống tốt sau cắt cố định, chỉ được cắt cố định vật sau khi kẹp cố định mà tình trạng cấp máu cho vật vẫn bảo đảm tốt (vật không bị thiếu máu tái nhợt hay ứ máu gây xung huyết), có thể cắt cố định vật sau 24 giờ sau khi kiểm tra sự cấp máu từ nền ghép cho kết quả tốt [4], [6].

Áp dụng kỹ thuật vật Delay để rút ngắn thời gian cắt cố định vật. Để kích thích tăng sinh mạch máu và tăng tưới máu từ nền nhận lên vật nhằm rút ngắn thời gian cắt cố định vật, chúng tôi tạo sự thiếu máu chủ động tạm thời cho vật bằng cách kẹp cố định vật 2 lần cách nhau 2 ngày, lần 1 kẹp cố định vật 45' (thời gian garô an toàn cho phép theo kinh điển) để kích thích tăng sinh mạch máu từ nền ghép lên vật mà vẫn bảo đảm an toàn cho vật. Lần 2 kẹp cố định vật trên 2 giờ nếu tình trạng vật cho phép (nguồn cấp máu từ nền ghép vẫn bảo đảm

bảo: vạt không bị đe dọa hoại tử), vạt sẽ được chỉ định cắt cuống sau 24 giờ [7]. Ở đây có 2 tình huống xảy ra khi kẹp cuống lần 2:

- Nếu vạt được cấp máu đầy đủ: Vạt hồng, ấm, không có rối loạn tuần hoàn mao mạch (da vạt nổi bông, tím, tái...). Test kiểm tra cấp máu có kết quả tốt (ấn ngón tay lên vạt, buồng ngón tay ra vạt hồng lại ngay). Vạt có thể được cắt cuống sau 24 giờ.

- Nếu vạt không được cấp máu đầy đủ: Vạt tái nhợt, tím hay nổi bông. Sờ vạt thấy lạnh. Test ấn ngón tay tuần hoàn tái lập chậm > 7 giây. Thì không được cắt cuống và 2 ngày sau kiểm tra lại, nếu xác định vạt được cấp máu tốt thì mới được cắt cuống sau 24 giờ.

Riêng ở nghiên cứu này, dựa trên nguyên tắc cấp máu của các vạt Delay và thủ thuật làm mỏng vạt, chúng tôi đã tiến hành kẹp cuống sớm nhất sau 6 ngày và cắt cuống sớm nhất sau 9 ngày kể từ ngày phẫu thuật tạo vạt. Thời gian này giảm đáng kể so với thời gian cắt cuống kinh điển.

5. KẾT LUẬN

Vạt da cuống liền nhánh xuyên động mạch thượng vị dưới sâu "mỏng" với các cải tiến kỹ thuật phù hợp là một chất liệu tạo hình hữu dụng trao tạo hình tổn thương lộ gân xương vùng cổ bàn tay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Goertz O, Kapalschinski N, Daigeler A, et al.** The effectiveness of pedicled groin flaps in the treatment of hand defects: Results of 49 patients. *J Hand Surg Am.* 2012; 37: 2088-2094.
2. **Gutwein, L. G., Merrell, G. A., & Knox, K. R. (2015).** Paraumbilical perforator flap for soft tissue reconstruction of the forearm. *The Journal of Hand Surgery*, 40(3), 586-592..
3. **Ohjimi H., Taniguchi Y., Kawano K.. et al (2000).** A comparison of thinning and conventional free-flap transfers to the lower extremity. *Plastic and reconstructive surgery.*105 (2): 558-566.
4. **Kimura N., Satoh K. and Hosaka Y. (2003).** Microdissected Thin Perforator Flaps: : 46 Cases. *Plastic and reconstructive surgery.*112 (7): 1875-1885.
5. **Askouni E. P., Topping A., Ball S.. et al (2012).** Outcomes of anterolateral thigh free flap thinning using liposuction following lower limb trauma. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery.*65 (4): 474-481
6. **Wang, J., Wang, M., Xu, Y., Guo, Y., & Cui, L. (2017).** Paraumbilical Perforator Flap: A Good Choice for the Repair of the Deep Soft Tissue Defects in the Hand and Forearm. *J Gen Pract (Los Angel)*, 5(333), 2.
7. **Shukla, L., Taylor, G. I., & Shayan, R. (2013).** The pedicled inferior paraumbilical perforator (I-PUP) flap for a volar wrist defect: a reconstructive solution across the ages. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 66(11), 1613-1615.
8. **Ettefagh MH, Naraghi M, Towhidkhan F.** Position control of a flexible joint via explicit model predictive control: An experimental implementation. *Emer Sci J.* 2019; 3.
9. **Acharya AM, Ravikiran N, Jayakrishnan KN, et al.** The role of pedicled abdominal flaps in hand and forearm composite tissue injuries: Results of technical refinements for safe harvest. *J Orthop.* 2019; 16: 369-376

HÌNH ẢNH MINH HỌA

Bệnh nhân: Phí Văn Kh., 22 tuổi



Tình trạng bệnh nhân trước phẫu thuật



Sau cắt lọc làm sạch tổn thương (tổn thương lộ gân, xương)



Thiết kế vạt da



Tạo vạt da tay-bụng



Kết quả sau 3 tháng



Kết quả sau 6 tháng

Bệnh nhân Dương Đăng N., 33 tuổi**Tình trạng bệnh nhân trước phẫu thuật****Thiết kế vạt****Tạo vạt da tay-bụng****Kết quả sau 3 tháng**

HIỆU QUẢ GÂY MÊ MASK THANH QUẢN TRONG PHẪU THUẬT NÂNG NGỰC BẰNG TÚI ĐỘN

Võ Văn Hiến, Hoàng Thanh Tuấn
Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả gây mê bằng mask thanh quản cho các khách hàng (KH) được phẫu thuật nâng ngực bằng túi độ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu trên 60 KH có chỉ định phẫu thuật nâng ngực bằng túi độ tại Trung tâm Phẫu thuật Tạo hình, Thẩm mỹ - Tái tạo và Khoa Gây mê, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác từ tháng 1/2023 - 6/2023.

Khách hàng được gây mê toàn thể theo phác đồ và được đặt mask thanh quản (MTQ) kiểm soát hô hấp. Ghi lại các biến đổi huyết động, hô hấp tại các thời điểm sau khi đặt và rút MTQ, các thời điểm trong quá trình mổ, các tác dụng không mong muốn như đau họng, khàn tiếng, buồn nôn, nôn.

Kết quả: 100% khách hàng được đặt MTQ thành công sau một lần duy nhất, các chỉ số về huyết động và hô hấp được duy trì ổn định trong suốt quá trình phẫu thuật, không có khách hàng nào có các triệu chứng buồn nôn, nôn, đau họng hoặc khàn tiếng...

Kết luận: Gây mê MTQ cho phẫu thuật nâng ngực bằng túi độ đảm bảo an toàn, các chỉ số huyết động, hô hấp ổn định và không có tác dụng phụ liên quan đến gây mê.

Từ khóa: Gây mê mask thanh quản, phẫu thuật nâng ngực

ABSTRACT

Objective: Evaluation of the effectiveness of laryngeal mask airway anesthesia for customers who have indications for breast augmentation surgery.

Subjects and methodology: A study on 60 customers indicated breast augmentation surgery at the Plastic and Reconstructive Surgery Center, Department of Anesthesia, Le Huu Trac National Burn Hospital from January to June 2023.

The customers were undergoing general anesthesia according to the protocol with a laryngeal mask airway (LMA) insertion. Record the hemodynamic and respiratory changes at the time points after LMA insertion and removal, the time points of surgery, and the undesirable effects such as sore throat, hoarseness, nausea, and vomiting.

Chịu trách nhiệm: Võ Văn Hiến, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

Email: vanhien103@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/7/2023; Ngày nhận xét: 20/8/2023; Ngày duyệt bài: 30/8/2023

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.4.2023.250>

Results: 100% of patients had LMA successfully inserted after only one attempt; the hemodynamic and respiratory parameters were stable at the time of LMA insertion, removal, and throughout the surgery; no patient had symptoms of nausea and vomiting, a sore throat, or hoarseness.

Conclusion: Anesthesia with LMA for breast augmentation surgery provides safety, hemodynamics, stable breathing, and no side effects related to anesthesia.

Keywords: Laryngeal mask airway anesthesia, breast augmentation surgery

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Để vô cảm cho phẫu thuật thẩm mỹ đặt túi ngực, các bác sĩ gây mê có thể lựa chọn nhiều phương pháp như gây tê tại chỗ bằng dung dịch “Tumescent”, gây tê tại chỗ kết hợp an thần hoặc gây mê nội khí quản [1], [2]. Trong đó gây mê nội khí quản (NKQ) được bác sĩ gây mê sử dụng nhiều hơn cả bởi phương pháp này có nhiều ưu điểm như khách hàng được gây mê sâu, giảm đau, giãn cơ, kiểm soát tốt hô hấp tạo điều kiện thuận lợi và an toàn cho phẫu thuật viên thao tác phẫu thuật.

Tuy nhiên, gây mê NKQ, đặc biệt kỹ thuật đặt ống NKQ có thể gây ra các tác dụng không mong muốn như tụt huyết áp giai đoạn khởi mê, tổn thương vùng hầu họng, đường thở hoặc gây ra biến chứng sau mổ như nôn, đau họng hoặc khàn tiếng,... gây khó chịu và phiền toái cho khách hàng giai đoạn hậu phẫu. Để khắc phục những hạn chế nói trên, hiện nay tại Khoa Gây mê, Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác chúng tôi đã thực hiện kỹ thuật gây mê mark thanh quản (MTQ) cho khách hàng có chỉ định phẫu thuật thẩm mỹ nâng ngực bằng túi độn.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá các biến đổi về huyết động, hô hấp và các tác dụng không mong muốn của gây mê MTQ cho phẫu thuật nâng ngực bằng túi độn.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 60 khách hàng có chỉ định đặt túi độn ngực tại Khoa Gây mê và Trung tâm Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ và Tái tạo - Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Khách hàng có chỉ định phẫu thuật nâng ngực bằng túi độn.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Thể trạng khách hàng: ASA I, II.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Chống chỉ định đặt MTQ.
- Khách hàng có đau họng, khàn tiếng trước phẫu thuật.
- Khách hàng có tiền sử dị ứng với thuốc dùng trong gây mê
- Có tai biến trong quá trình phẫu thuật: chảy máu nhiều phải thay đổi phương pháp phẫu thuật và phương pháp vô cảm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiền cứu, can thiệp lâm sàng.

2.2.2. Cơ mẫu nghiên cứu

Lấy mẫu chủ định gồm 60 khách hàng

2.2.3. Các bước tiến hành

- Khách hàng được thăm khám tiền mê trước mổ, giải thích về gây mê và phẫu thuật, ký cam kết đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Khách hàng vào phòng mổ, đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại vi, lắp các thiết bị theo dõi. Thở ô xy 3 lít/phút qua mask mặt.

- Khởi mê theo phác đồ: Tiêm tĩnh mạch chậm các thuốc Midazolam 0,05mg/kg, Fentanyl 3mcg/kg, Propofol 3mg/kg. Úp mask bóp bóng hỗ trợ hô hấp khi khách hàng ngừng thở. Tiến hành đặt MTQ (khi mềm cơ, hàm trễ), bơm cút mask TQ, kiểm tra và cố định MTQ.

- Cài đặt chế độ hô hấp kiểm soát thể tích ($V_t = 5 - 6$ l/kg; $f = 12 - 14$ chu kỳ/phút) và được điều chỉnh tăng giảm để đảm bảo $EtCO_2$ trong khoảng 35 - 40 mmHg. Duy trì thuốc mê Propofol qua bơm tiêm điện tốc độ 1 - 1,5 mg/kg/h (tăng giảm liều theo sự biến đổi của huyết áp). Bổ sung 100mcg Fentanyl khi bắt đầu rạch da và bổ sung 100mcg sau mỗi giờ. Trước khi kết thúc cuộc mổ 30 phút truyền thuốc giảm đau 20mg Nefopam (pha trong 100ml dung dịch Natriclorua 0,9%) nhằm đạt được nồng độ thuốc giảm đau cao nhất khi khách hàng bắt đầu tỉnh. Ngừng thuốc mê khi khâu

xong vết mổ. Sau phẫu thuật khách hàng được chuyển về phòng hồi tỉnh. Rút MTQ khi khách hàng tỉnh, tự thở ($SpO_2 = 95 - 100\%$ thở khí trời), làm được theo lệnh, giờ được chân tay.

* Thu thập các số liệu:

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Theo dõi sự thay đổi mạch, huyết áp động mạch (HADM), SpO_2 , $EtCO_2$ tại các thời điểm: T0: Trước khi đặt MTQ; T1: Sau khi đặt MTQ 1 phút; T2: Sau khi đặt MTQ 5 phút; T3: Bắt đầu rạch da; T4: Nong và tạo khoang bên ngực thứ nhất; T5: Nong và tạo khoang bên ngực thứ hai; T6: đặt túi ngực thứ nhất; T7: Đặt túi ngực thứ hai; T8: Kết thúc phẫu thuật; T9: trước khi rút MTQ; T10: Sau rút MTQ 5 phút; T11: Sau rút MTQ 10 phút; T12: Sau khi rút MTQ 30 phút.

Đánh giá các chỉ số hô hấp: Áp lực đỉnh đường thở (P-peak), áp lực CO_2 cuối thì thở ra ($EtCO_2$), độ bão hòa oxy (SpO_2) và tác dụng không mong muốn trong quá trình PT (không đạt được MTQ, di lệch MTQ phải đặt lại).

Các tác dụng không mong muốn do việc đặt MTQ: Đau họng, khàn tiếng, nôn, buồn nôn sau mổ 24 giờ.

2.2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Các số liệu nghiên cứu được thu thập theo phiếu nghiên cứu và được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 18.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm khách hàng nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	Min - Max
Tuổi (năm)	32,68 \pm 7,92	23 - 46
Chiều cao (cm)	158,67 \pm 12,55	149 - 168
Cân nặng (cm)	52,55 \pm 7,78	48 - 63
Thời gian đặt MTQ thành công (giây)	40,15 \pm 5,66	10 - 90
Thời gian phẫu thuật (phút)	55,12 \pm 7,34	45 - 60
Thời gian gây mê (phút)	65,23 \pm 6,45	55 - 68

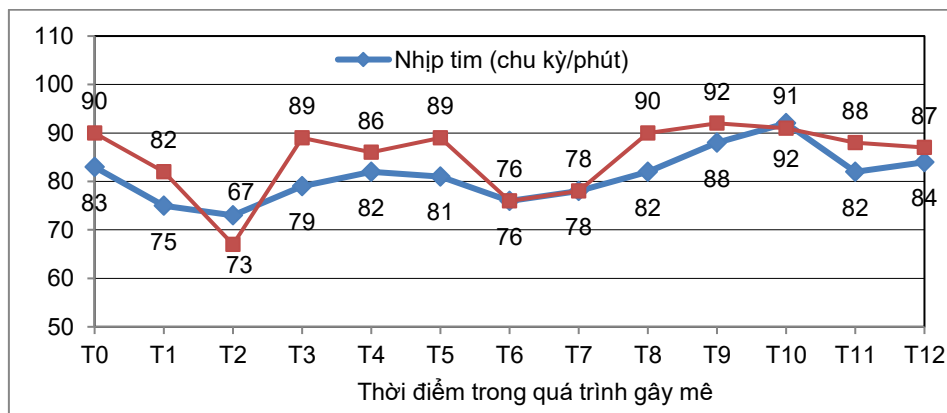
3.2. Hiệu quả kiểm soát đường thở bằng MTQ

Bảng 3.2. Hiệu quả kiểm soát đường thở bằng MTQ

Đặc điểm	n	Tỉ lệ %
Không đạt được MTQ	0	0%
Di lệch MTQ trong quá trình gây mê	0	0%
Phải đặt lại MTQ trong quá trình gây mê	0	0%

Nhận xét: 100% khách hàng được đặt MTQ thành công sau 1 lần thao tác duy nhất, không có khách hàng bị di lệch MTQ hoặc phải đặt lại MTQ trong quá trình phẫu thuật.

3.3. Biến đổi nhịp tim và HAĐMTB tại các thời điểm của nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Biến đổi nhịp tim và HAĐMTB tại các thời điểm trong quá trình gây mê

Nhận xét: Các chỉ số HAĐMTB, nhịp tim được duy trì ổn định và nằm trong giới hạn bình thường trong suốt quá trình phẫu thuật.

3.4. Biến đổi các chỉ số hô hấp tại các thời điểm nghiên cứu

Bảng 3.3. Biến đổi các chỉ số hô hấp trong quá trình gây mê

Chỉ số	SpO ₂ (%) ($\bar{X} \pm SD$)	EtCO ₂ (mmHg) ($\bar{X} \pm SD$)	P-peak (cmH ₂ O) ($\bar{X} \pm SD$)
T1	99,97 ± 0,12	-	-
T2	99,03 ± 0,32	38,45 ± 5,64	13,36 ± 2,55
T3	99,15 ± 0,54	37,23 ± 8,45	14,23 ± 3,63
T4	98,97 ± 1,00	40,15 ± 7,88	14,12 ± 4,53
T5	99,39 ± 0,54	41,28 ± 5,34	13,61 ± 2,36
T6	99,87 ± 0,34	40,19 ± 2,39	14,50 ± 4,34
T7	99,03 ± 0,77	37,13 ± 2,48	14,03 ± 6,80
T8	98,99 ± 0,12	39,17 ± 1,55	14,58 ± 5,66
T9	99,15 ± 0,55	40,27 ± 3,98	15,03 ± 2,87
T10	99,32 ± 0,63	-	-
T11	98,67 ± 1,00	-	-
T12	99,12 ± 0,33	-	-

Nhận xét: Các chỉ số về hô hấp được duy trì ổn định và nằm trong giới hạn bình thường trong suốt quá trình gây mê phẫu thuật.

3.5. Các tác dụng không mong muốn sau trong vòng 24 giờ sau mổ

Bảng 3.4. Các tác dụng không mong muốn trong vòng 24 giờ sau mổ

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Đau họng	0	0
Khàn tiếng	0	0
Nôn, buồn nôn	0	0

Nhận xét: 100% khách hàng sau phẫu thuật không có các triệu chứng như đau họng, khàn tiếng, nôn, buồn nôn.

4. BÀN LUẬN

MTQ cổ điển do bác sỹ Archie Brain phát minh 1981 và đưa vào sử dụng từ năm 1988. Vì sự tiện lợi và tính chất kiểm soát đường thở dễ dàng hơn nhiều so với ống nội khí quản nên MTQ đã được chính thức đưa vào phác đồ kiểm soát đường thở khó, đặc biệt là trong tình huống “không đặt ống nội khí quản được, không thông khí được”. Ngày nay việc sử dụng MTQ không chỉ giới hạn trong các tình huống đặt ống nội khí quản khó nữa mà nó là một xu thế mới trong việc kiểm soát đường thở trong gây mê và cấp cứu hồi sức. MTQ đã được sử dụng rộng rãi để thay thế các biện pháp kiểm soát đường thở truyền thống như ống nội khí quản hay dùng mask hở, đặc biệt là các phẫu thuật có thời gian ngắn (dưới 2 giờ), các phẫu thuật ít thay đổi tư thế trong quá trình mổ hoặc các phẫu thuật

không cần thiết phải giãn cơ sâu. Kết quả nghiên cứu tại bảng 1 cho thấy đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đa số là các khách hàng có độ tuổi từ 20 - 40 tuổi, có tình trạng sức khỏe trước mổ tốt (phân độ ASA I, II); thời gian phẫu thuật trung bình là 55,12 phút, do đó việc chỉ định vô cảm bằng gây mê MTQ cho phẫu thuật này là hoàn toàn phù hợp.

Trong quá trình gây mê cho khách hàng đặt túi ngực chúng tôi sử dụng phác đồ bao gồm thuốc an thần Midazolam, thuốc mê Propofol, thuốc giảm đau opioid và không sử dụng thuốc giãn cơ. Tất cả các khách hàng trong nghiên cứu của chúng tôi đều được đặt MTQ thành công sau một lần duy nhất với thời gian đặt MTQ trung bình là 40,15 giây. Đồng thời trong suốt quá trình thực hiện phẫu thuật không có sự di lệch của MTQ ảnh hưởng đến việc kiểm soát hô hấp và phải điều chỉnh hoặc đặt lại MTQ.

Về biến đổi của huyết động, biểu đồ 2.1 cho thấy tại các thời điểm sau khi đặt (T1, T2) và rút MTQ (T10, 11), nhịp tim và HADM biến đổi rất ít. Điều này chứng tỏ ưu điểm đầu tiên của gây mê MTQ mà chúng ta dễ dàng nhận thấy là ít gây kích thích làm tăng nhịp tim trong quá trình đặt và rút MTQ. Sở dĩ như vậy là do kỹ thuật đặt MTQ thường nhẹ nhàng, chỉ tác động đến khu vực hầu họng mà không gây kích thích các cơ quan khác trên đường thở như thanh quản, khí quản,... Tương tự, tại các thời điểm khác trong mổ KH được gây mê đủ sâu, đủ giảm đau và giãn cơ tốt nên nhịp tim và HADM được duy trì ổn định và nằm trong giới hạn bình thường.

Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của Phạm Quang Minh và

cộng sự [3] so sánh sự biến đổi huyết động giữa nhóm gây mê đặt NKQ và nhóm gây mê đặt MTQ trong phẫu thuật tán sỏi thận qua da. Các tác giả nhận thấy rằng có sự tăng lên nhịp tim và huyết áp động mạch đáng kể ở các bệnh nhân có đặt NKQ ($p > 0,05$). Tác giả Bimla Sharma và cộng sự [4] cho rằng những can thiệp vào vùng hầu họng như đặt đèn soi thanh quản hoặc đưa ống nội khí quản vào khí quản gây nên đáp ứng của hệ thần kinh giao cảm-tuyến thượng thận và gây tăng tiết epinephrin và norepinephrin, làm tăng tần số tim.

Maltby và cộng sự (2002) [5] nghiên cứu MTQ proseal trong phẫu thuật cắt túi mật nội soi thấy rằng sự ảnh hưởng trên huyết động là do kích thích vùng hầu, thanh quản vì vùng này có các sợi thần kinh hướng tâm phân phối cho toàn bộ khí đạo, các sợi thần kinh này bắt nguồn từ nhánh trong của thần kinh thanh quản trên. Đáp ứng với các kích thích cơ học như áp lực từ đèn của bóng chèn lên các sợi thần kinh hướng tâm và kích thích thần kinh giao cảm gây nên tăng huyết áp và mạch. Tuy nhiên kích thích thường thấy trên các bệnh nhân được đặt nội khí quản nhiều hơn.

Tương tự các chỉ số về huyết động các chỉ số về hô hấp như áp lực khí CO_2 cuối thì thở ra ($EtCO_2$), độ bão hòa oxy (SpO_2), áp lực đỉnh đường thở (P-peak) được duy trì ổn định và trong giới hạn bình thường (bảng 3).

Trong nghiên cứu này, chúng tôi còn đánh giá các biểu hiện tổn thương đường khí đạo do việc đặt MTQ dựa trên hai triệu chứng lâm sàng là đau họng và

khàn tiếng. Mức độ của đau họng hoặc khàn tiếng thường phụ thuộc vào kích cỡ, chất liệu của ống NKQ (MTQ) và kỹ năng thao tác của bác sĩ gây mê. Như đã phân tích ở trên, với kỹ thuật đặt MTQ thường nhẹ nhàng, không tác động nhiều đến vùng hầu họng và đường thở, hơn nữa chất liệu MTQ là silicon, tương đối mềm do vậy thường không gây tổn thương đường thở. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% khách hàng không có các triệu chứng đau họng hoặc khàn tiếng (bảng 4) trong giai đoạn hậu phẫu. Đây là một trong những ưu điểm làm cho khách hàng cảm thấy dễ chịu và hài lòng sau phẫu thuật.

Nghiên cứu của tác giả Phạm Quang Minh và cộng sự [3] cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau họng và khàn tiếng ở nhóm đặt NKQ là 40% và 3,3% so với 0% ở nhóm đặt MTQ ($p < 0,01$). Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự như của Nguyễn Thị Thanh Hương [6] và Belena [7] thấy rằng biến chứng khàn tiếng và đau họng trên khách hàng gây mê MTQ không có. Ngoài ra, khách hàng sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi cũng không thấy có các triệu chứng nôn hoặc buồn nôn.

5. KẾT LUẬN

Gây mê MTQ cho phẫu thuật nâng ngực bằng túi độn có độ an toàn cao, huyết động, hô hấp trước, sau đặt MTQ và trong quá trình phẫu thuật được duy trì ổn định. Khách hàng sau phẫu thuật không có các triệu chứng tổn thương đường thở (đau họng, khàn tiếng,...) và các biến chứng khác liên quan đến gây mê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kyu-Jin Chung, Kyu-Ho Cha, Jun-Ho Lee1, et al. (2012)**. "Usefulness of Intravenous Anesthesia Using a Targetcontrolled Infusion System with Local Anesthesia in Submuscular Breast Augmentation Surgery", *Arch Plast Surg* 2012; 39 (5): 540-545.
2. **Alex Colque, Michael L. Eisemann (2011)**. "Breast Augmentation and Augmentation-Mastopexy With Local Anesthesia and Intravenous Sedation", *Aesthetic Surgery Journal*, 32(3) 303-307.
3. **Phạm Quang Minh, Nguyễn Xuân Anh (2022)**. "Đánh giá một số tác dụng không mong muốn của mask thành quản proseal trên KH được phẫu thuật tán sỏi thận qua da", *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 514- Tháng 5 (1): 73-77.
4. **Bimla Sharma et al. Proseal laryngeal mask airway (2023)**. A study of 100 consecutive cases of laparoscopic surgery. *Indian J Anaesth.* 2003, 47 (6), pp.467-472.
5. **Maltby J. R et al (2002)**. Gastric distension and ventilation during laparoscopic cholecystectomy: LMA-Classic vs tracheal intubation, *Can J Anaesth*, 47(7): 622-626
6. **Nguyễn Thị Thanh Hương (2011)**. Đánh giá hiệu quả và sự an toàn của mask thành quản Proseal và Supreme so với ống nội khí quản trong gây mê phẫu thuật nội soi cắt túi mật, *Báo cáo khoa học Hội nghị gây mê trong phẫu thuật nội soi toàn quốc*.
7. **Belena JM, MD, Nunez M (2012)**. The laryngeal mask airway Supreme™: safety and efficacy during gynaecological laparoscopic surgery, *South Afr J Anaesth Analg*, 18(3): 143 -147.

ĐÁNH GIÁ HOẠT ĐỘNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE TẠI BỆNH VIỆN BỎNG QUỐC GIA LÊ HỮU TRÁC NĂM 2022

Nguyễn Thị Lương¹, Ngô Minh Đức¹,
Lê Quốc Chiếu¹, Nguyễn Trung Hưng²

¹Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

²Học viện Quân y

TÓM TẮT₁

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng giáo dục sức khỏe (GDSK) của điều dưỡng qua phản hồi của người bệnh bỏng điều trị nội trú tại bệnh viện và một số yếu tố liên quan.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả về hoạt động giáo dục sức khỏe của điều dưỡng, dựa trên kết quả đánh giá từ 500 người bệnh, người nhà người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác trong năm 2022.

Kết quả: Tỷ lệ người bệnh (NB), người nhà người bệnh (NNNB) nhận định mức độ chất lượng công tác GDSK của điều dưỡng ở mức tốt 55%, khá 26,8%, trung bình 13,4% và không đạt 4,8%.

Một số nội dung hướng dẫn GDSK của điều dưỡng cho người bệnh còn hạn chế, thực hiện chưa đầy đủ: Hướng dẫn phòng tránh tai nạn bỏng (50%); hướng dẫn các biến chứng hay gặp khi bỏng (31,4%); hướng dẫn dinh dưỡng sau khi ra viện (28,2%); hướng dẫn phòng loét tỳ đè (25%); hướng dẫn tập luyện nâng cao sức khỏe tại nhà trước khi xuất viện (17%). Có mối tương quan giữa kết quả đánh giá hoạt động GDSK của điều dưỡng với độ tuổi, trình độ văn hóa, nghề nghiệp của người bệnh ($p < 0,05$).

Kết luận: Tỷ lệ người bệnh và người nhà người bệnh đánh giá chất lượng giáo dục sức khỏe của điều dưỡng chiếm đa phần từ đạt trở lên. Có mối tương quan giữa kết quả đánh giá hoạt động giáo dục sức khỏe của điều dưỡng với độ tuổi, trình độ văn hóa, nghề nghiệp của người bệnh.

Từ khóa: Giáo dục sức khỏe, điều dưỡng

ABSTRACT

Aims: To assess the quality of nurses' health education through feedback from burn patients getting inpatient care at the hospital, as well as certain associated aspects.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Lương, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

Email: nguyenthiluongvbq@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/5/2023; Ngày nhận xét: 22/6/2023; Ngày duyệt bài: 30/8/2023

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.4.2023.251>

Methods: A cross-sectional study was conducted to describe nurses' health education efforts based on evaluation findings from 500 patients and their families receiving inpatient care at Le Huu Trac National Burn Hospital in 2022.

Results: The proportion of patients and patients' families who rated the quality level of health education of nurses as good was 55%, good 26.8%, average 13.4%, and unsatisfactory 4.8%. Some health education guidelines for nurses to patients were limited and not fully implemented: instructions for preventing burn accidents (50%); instructions on common burn complications (31.4%); nutritional guidance after discharge (28.2%); pressure ulcer prevention instructions (25%); instructions for health improvement exercises at home before discharge from the hospital (17%). There is a relationship between the results of assessing nurses' health education efforts and the patient's age, educational level, and occupation ($p < 0.05$).

Conclusion: The majority of patients and their families rate the quality of nurses' health education as satisfactory or higher. There is a correlation between the results of assessing nurses' health education activities and patients' age, educational level, and occupation.

Keywords: Health education, nursing

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Truyền thông giáo dục sức khỏe (TT-GDSK) có vai trò quan trọng trong công tác chăm sóc sức khỏe (CSSK) cộng đồng, vì thế đã được Tổ chức Y tế Thế giới xếp là nội dung số một trong các nội dung về chăm sóc sức khỏe ban đầu. Hoạt động GDSK nhằm giúp người bệnh và người nhà người bệnh có kiến thức về bệnh và cách tự chăm sóc làm giảm những yếu tố nguy cơ, tăng yếu tố thuận lợi giúp cho người bệnh thay đổi hành vi, nâng cao chất lượng cuộc sống [1].

Thực tế hiện nay, công tác giáo dục sức khỏe cho người bệnh chưa chủ động, thiếu sự chuyên nghiệp trong khi nhu cầu tư vấn giáo dục sức khỏe của người bệnh ngày càng tăng, người bệnh cần có kiến thức để tự theo dõi, chăm sóc và phối hợp với nhân viên y tế trong quá trình điều trị tại bệnh viện.

Việc đánh giá thực trạng công tác truyền thông GDSK của nhân viên y tế tại bệnh viện

là nhu cầu cần thiết, là cơ sở để có những giải pháp cải thiện chất lượng và hình thức cung cấp thông tin truyền thông GDSK, mang lại cho người bệnh nội dung giáo dục sức khỏe tốt nhất, nhằm nâng cao hiệu quả điều trị, hướng đến sự hài lòng của người bệnh. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục đích: *Đánh giá chất lượng giáo dục sức khỏe của điều dưỡng qua phản hồi của người bệnh bỏng điều trị nội trú tại bệnh viện và một số yếu tố liên quan.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 500 người bệnh, người nhà người bệnh (NB, NNNB) bỏng điều trị nội trú > 3 ngày tại bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác trong thời gian từ tháng 8/2022 đến 12/2022, có đầy đủ trí lực, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu

- Người bệnh không có khả năng trả lời phỏng vấn do tình trạng bệnh lý hoặc hạn chế khả năng ngôn ngữ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang, mô tả có phân tích.

- Công cụ thu thập thông tin: Đánh giá chất lượng công tác GDSK bằng Phiếu khảo sát gồm 2 phần:

Phần 1: Câu hỏi thu thập thông tin về đặc điểm chung của người bệnh, người nhà người bệnh: tuổi, giới tính, trình độ văn hóa, nghề nghiệp, nơi cư trú, bảo hiểm y tế, thời gian nằm điều trị, số lần vào viện.

Phần 2: Công cụ đánh giá công tác giáo dục sức khỏe của điều dưỡng gồm 15 câu hỏi được nhóm nghiên cứu tổng hợp và xây dựng dựa trên Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện của Bộ Y tế năm 2016 [2]. Mỗi câu hỏi trả lời "có" được tính 1 điểm, trả lời "không" được tính 0 điểm. Tổng điểm cao nhất là 15

điểm, điểm thấp nhất là 0 điểm. Điểm càng cao thì mức độ giáo dục sức khỏe càng tốt và ngược lại. Chất lượng giáo dục sức khỏe: tốt khi đạt 13,5 điểm (> 90%), khá khi đạt từ 11 - ≤13,5 điểm (>70%), trung bình khi đạt từ 8 - ≤ 10,5 điểm (>50%), không đạt khi ≤7,5 điểm (< 50%).

- Phương pháp thu thập thông tin: Người bệnh được phỏng vấn trực tiếp tại phòng giao ban của các khoa để giải thích và xác nhận đồng ý tham gia nghiên cứu. Điều tra viên phổ biến mục đích, yêu cầu, sau đó phát phiếu khảo sát và yêu cầu người bệnh, người nhà người bệnh điền các thông tin, trả lời câu hỏi trong thời gian 15 phút. Điều tra viên sẵn sàng giải đáp các nội dung chưa rõ của người bệnh trong quá trình trả lời phiếu khảo sát.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu thu thập sẽ được lập bảng, xử lý bằng sử dụng phần mềm SPSS 18.0. Giá trị $p < 0,05$ được xem có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm của đối tượng tham gia nghiên cứu (n = 500)

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	309	61,8
	Nữ	191	38,2
Tuổi	18-39	353	70,6
	40 - 60	108	21,6
	> 60	39	7,8
Trình độ văn hóa	≤ THPT	333	66,6
	Trung cấp/cao đẳng	97	19,4
	Đại học/sau đại học	70	14
Nghề nghiệp	Làm ruộng	132	26,4
	CNVC, hưu trí	156	31,2
	Lao động tự do	212	42,4

Nhận xét: Trong số 500 người bệnh, người nhà người bệnh tham gia nghiên cứu thì nam giới chiếm nhiều nhất với tỷ lệ 61,8%, có trình độ văn hóa từ cấp 3 trở xuống 66,6%; nghề nghiệp lao động tự

do là chủ yếu 42,4%. Tuổi trung bình của NB, NNNB là $36,5 \pm 0,6$ tuổi trong đó người ít tuổi nhất là 18 tuổi và cao tuổi nhất là 71 tuổi.

Bảng 3.2. Đặc điểm nơi cư trú, BHYT, thời gian và số lần vào điều trị của NB, NNNB (n = 500)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nơi cư trú	Nông thôn	330	66
	Thành phố/thị xã	170	34
Bảo hiểm y tế	Có	434	86,8
	Không	66	13,2
Thời gian điều trị	< 1 tuần	73	14,6
	1 - < 3 tuần	165	33
	≥ 3 tuần trở lên	262	52,4
Số lần vào viện	1 lần	482	96,4
	2 lần	18	3,6
	3 lần	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh và người nhà người bệnh cư trú tại vùng nông thôn chiếm nhiều nhất 66%; người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế (BHYT) 86,8%; vào điều trị 1

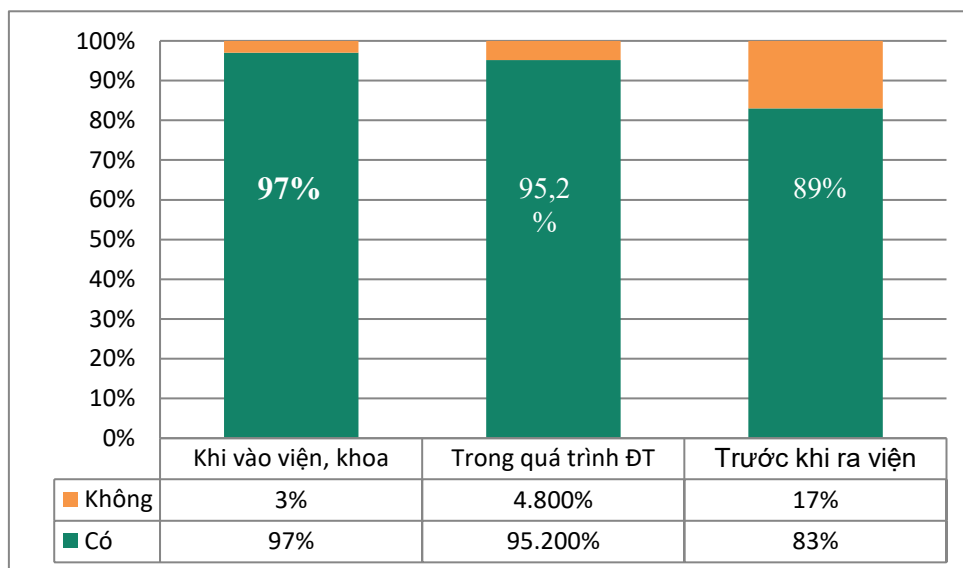
lần tại bệnh viện 96,4%. Thời gian nằm viện của người bệnh trên 3 tuần là chủ yếu tỷ lệ 52,4%.

Bảng 3.3. Đánh giá hoạt động giáo dục sức khỏe của điều dưỡng qua phản hồi của người bệnh và người nhà người bệnh (n = 500)

Nội dung đánh giá	Có		Không	
	n	%	n	%
Được ĐD thông báo tình trạng SK của NB cho gia đình không?	479	95,8%	21	4,2%
Được ĐD động viên yên tâm điều trị không?	488	97,6%	12	2,4%
Được ĐD hướng dẫn theo dõi các dấu hiệu bất thường trong QT điều trị không?	476	95,2%	24	4,8%
Được ĐD giải thích cách sử dụng thuốc an toàn không?	476	95,2%	24	4,8%
Được ĐD hướng dẫn CĐ dinh dưỡng trong QT điều trị không?	432	86,4%	68	13,6%
Được ĐD hướng dẫn hỗ trợ, tập vận động, PHCN sớm trong QT điều trị không?	439	87,8%	61	12,2%
Được ĐD hướng dẫn các biến chứng hay gặp khi bông không?	344	68,8%	156	31,2%
Được ĐD hướng dẫn phòng loét do tỳ đè trong QT điều trị không?	375	75%	125	25%
Được ĐD hướng dẫn cách phòng tránh tai nạn bông không?	250	50%	250	50%
Được ĐD phối hợp với NB và gia đình trong QT điều trị không?	488	97,6%	12	2,4%
Được ĐD thông báo PP điều trị không?	480	96%	20	4%
Được ĐD hướng dẫn chế độ dinh dưỡng, tập luyện nâng cao SK tại nhà sau khi ra viện không?	359	71,8%	141	28,2%

Nhận xét: Hướng dẫn GDSK cho người bệnh được điều dưỡng thực hiện ở tất cả các nội dung, tuy nhiên vẫn còn một số nội dung người bệnh và người nhà người bệnh phản hồi chưa thực hiện với tỷ lệ cao: hướng dẫn phòng tránh tai nạn

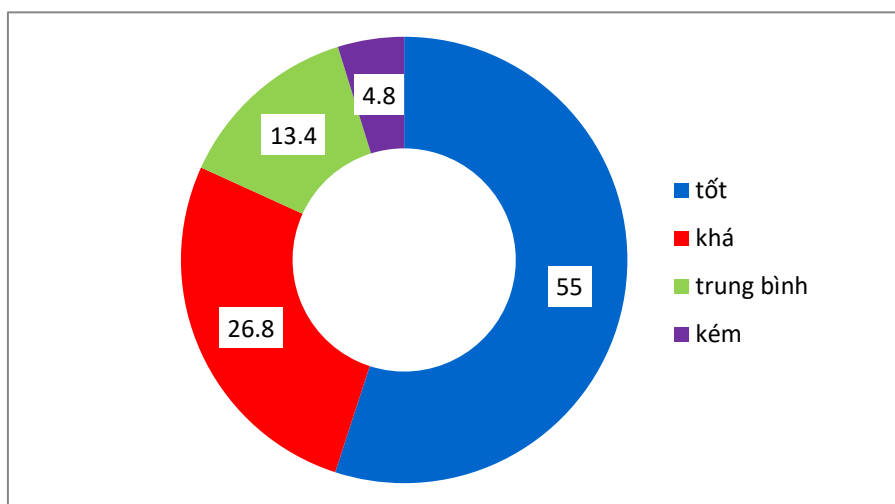
bỏ 50%; hướng dẫn các biến chứng thường gặp khi bỏ 31,4%; hướng dẫn dinh dưỡng, nâng cao sức khỏe tại nhà sau khi ra viện 28,2%; hướng dẫn phòng loét tỳ đè 25%.



Biểu đồ 3.1. Đánh giá thời điểm tư vấn của điều dưỡng cho người bệnh (n=500)

Nhận xét: Phản hồi của người bệnh về thời điểm được điều dưỡng tư vấn giáo dục sức khỏe đạt tỷ cao nhất khi vào viện

97%, tiếp theo trong quá trình điều trị là 95,2% và trước khi ra viện là 83%.



Biểu đồ 3.2. Chất lượng GDSK của ĐD qua đánh giá của người bệnh (n=500)

Nhận xét: Tỷ lệ mức độ chất lượng bệnh ở mức tốt 55%, mức khá 26,8%, mức công tác GDSK của điều dưỡng qua đánh giá của người bệnh và người nhà người trung bình 13,4% và không đạt 4,8%.

Bảng 4. Mối tương quan giữa hoạt động GDSK của điều dưỡng với đặc điểm của người bệnh (n=500)

Tương quan		Giới tính	Trình độ VH	Nghề nghiệp
Tổng điểm đánh giá của NB	Pearson Correlation	0.026	0.097	0.112
	Sig(2-tailed)	0.555	0.029	0.011
	N	500	500	500
ĐD hướng dẫn chế độ nghỉ ngơi và PHCN sớm	Pearson Correlation	0.082	0.077	0.133
	Sig(2-tailed)	0.064	0.083	0.002
	N	500	500	500
ĐD hướng dẫn phòng loét tỳ đè	Pearson Correlation	-0.034	0.082	0.120
	Sig(2-tailed)	0.447	0.064	0.007
	N	500	500	500
ĐD giải đáp trong quá trình điều trị	Pearson Correlation	-0.071	0.088	0.168
	Sig(2-tailed)	0.110	0.047	0.0001
	N	500	500	500
ĐD hướng dẫn chế độ dinh dưỡng	Pearson Correlation	0.106	0.072	0.012
	Sig(2-tailed)	0.017	0.106	0.781
	N	500	500	500
ĐD tư vấn trước khi ra viện	Pearson Correlation	0.093	0.072	0.030
	Sig(2-tailed)	0.036	0.105	0.501
	N	500	500	500

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

Nhận xét: Nghề nghiệp của NB và người nhà có mối tương quan mức độ vừa với kết quả đánh giá về điều dưỡng giải đáp trong quá trình điều trị và có mối tương quan ít với tổng điểm đánh giá của NB, điều dưỡng hướng dẫn chế độ nghỉ ngơi, phục hồi chức năng sớm và điều dưỡng hướng dẫn phòng loét tỳ đè ($p < 0,05$).

Trình độ văn hóa của NB có mối tương quan mức độ ít với kết quả đánh giá về điều dưỡng giải đáp trong quá trình điều trị và tổng điểm đánh giá của NB ($p < 0,01$). Giới tính của NB có mối tương quan mức độ ít với điều dưỡng hướng dẫn chế độ dinh dưỡng và điều dưỡng tư vấn trước khi ra viện ($p < 0,01$).

4. BÀN LUẬN

Tổng số người bệnh và người nhà người bệnh tham gia nghiên cứu là 500 người trong đó 61,8 % người bệnh là nam giới tỷ lệ Nam/Nữ = 1,62/1, đa số người bệnh và người nhà người bệnh có trình độ văn hóa từ cấp 3 trở xuống với tỷ lệ 66,6%; nghề nghiệp lao động tự do là chủ yếu chiếm 42,4%, tuổi trung bình của người bệnh và người nhà người bệnh là $36,5 \pm 0,6$ tuổi trong đó người ít tuổi nhất là 18 tuổi và cao tuổi nhất là 71 tuổi, phần lớn cư trú tại vùng nông thôn tỷ lệ 66%; vào điều trị 1 lần tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác là 96,4%. Đây là đối tượng cần được truyền thông ở mức dễ hiểu và sát với thực tế, giúp đối tượng cập nhật thông tin và biết được tình trạng bệnh của mình, có kiến thức, kỹ năng để có thể tự phòng bệnh, theo dõi tiến trình bệnh tật và tuân thủ các hướng dẫn chuyên môn, người bệnh và người nhà người bệnh có được các kiến thức, thực hành thiết yếu để tự theo dõi, chăm sóc, dự phòng các biến chứng cho bản thân và gia đình. Trong quá trình điều trị cho người bệnh, để đạt hiệu quả điều trị tốt nhất không thể thiếu vai trò của người điều dưỡng.

Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác là bệnh viện tuyến cuối trong cả nước về điều trị bông, nên tỷ lệ người bệnh tham gia nghiên cứu ở nhiều độ tuổi khác nhau, giai đoạn hiện nay chính sách bảo hiểm y tế gần đây phát triển mạnh nên người bệnh có bảo hiểm y tế chiếm đa số với tỷ lệ 86,8%. Thời gian nằm điều trị tại viện từ 3 tuần trở lên chiếm tỷ lệ cao 52,4%.

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu đánh giá hoạt động GDSK tại bệnh viện như: nghiên cứu về chất lượng chăm sóc và xác định các khu vực cải tiến chất lượng

tại Thụy Điển năm 2006 cho thấy 20% NB không nhận được thông tin về cách tự chăm sóc từ điều dưỡng [3].

Aghakhani và cộng sự khi tiến hành nghiên cứu trên 240 điều dưỡng tại Bệnh viện đại học khoa học sức khỏe Urmia, Iran năm 2012 cho rằng khó khăn quan trọng nhất của GDSK đó là: Áp lực công việc, kiến thức hạn chế, không thấy tầm quan trọng của GDSK [4].

Tại Việt Nam cũng có những nghiên cứu đã và đang được thực hiện nhằm cải tiến và nâng cao chất lượng hiệu quả công tác GDSK như nghiên cứu của Lê Thị Bích Thủy tại bệnh viện Lão khoa trung ương năm 2022 khảo sát trên 213 người bệnh đưa ra kết quả: 10,3% không được hướng dẫn chế độ nghỉ ngơi phù hợp và phục hồi chức năng sớm, 0,9% không được hướng dẫn sử dụng thuốc; 14,1% không được hướng dẫn cách phòng bệnh, 9,4% không được hướng dẫn hướng dẫn chế độ dinh dưỡng hợp lý, phù hợp với bệnh lý trong quá trình nằm viện [5].

Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Chinh tại Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình Tp. Hồ Chí Minh cho thấy tỉ lệ được điều dưỡng hướng dẫn, hỗ trợ luyện tập và phục hồi chức năng sớm 81,0%, tỉ lệ được hướng dẫn chế độ dinh dưỡng trong thời gian nằm viện là 83,0%, tỉ lệ được hướng dẫn dùng thuốc là 95%; hướng dẫn cách phòng tránh bệnh trong thời gian nằm viện 92,4% [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi khảo sát thấy nội dung hướng dẫn người bệnh tự theo dõi tình hình sức khỏe: Theo dõi các dấu hiệu bất thường trong khi nằm viện, hướng dẫn sử dụng thuốc an toàn cùng tỷ lệ 95,2%; hướng dẫn chế độ nghỉ ngơi phù hợp, phục hồi chức năng sớm là

87,8%; hướng dẫn chế độ dinh dưỡng hợp lý, phù hợp với bệnh lý trong thời gian nằm viện là 86,2%. Kết quả này tương đồng so với nghiên cứu của Lã Thị Bích Thủy (2020) và nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Chinh (2020) [5], [6]. Tỷ lệ hướng dẫn các biến chứng thường gặp của bỏng là 68,6%; hướng dẫn các biện pháp phòng loét do tỳ đè trong khi nằm viện là 65% và hướng dẫn cách phòng tránh tai nạn bỏng là 50%.

Tỷ lệ GDSK cho người bệnh ở những nội dung này được đánh giá ở mức độ thấp nguyên nhân có thể do hình thức GDSK của điều dưỡng còn đơn điệu, ít những hình thức truyền thông có hiệu quả như: Để nhận biết, để nhớ khi hướng dẫn, tư vấn và bệnh viện chưa có phần quy định nội dung bắt buộc phải tư vấn GDSK cho người bệnh ở những nội dung: hướng dẫn các biến chứng thường gặp khi bị bỏng, biện pháp phòng loét tỳ đè trong khi nằm viện và hướng dẫn phòng tránh tai nạn bỏng.

Tỷ lệ người bệnh được tư vấn giáo dục sức khỏe khi vào viện là 97%, khi nằm viện là 95,2% và trước khi ra viện là 83%. Có thể thấy rằng tỷ lệ người bệnh được điều dưỡng thực hiện các hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe trong nghiên cứu của chúng tôi ở mức cao, cao hơn so với nghiên cứu của Vương Thị Nhật Lệ tại bệnh viện Chợ Rẫy khi khảo sát trên 411 người bệnh và người nhà người bệnh được hướng dẫn GDSK trong quá trình nằm viện và lúc ra viện chỉ đạt 11,9% và nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài Trang tại Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2 khi khảo sát trên 196 người bệnh thời điểm xuất viện được điều dưỡng thực hiện tư vấn GDSK đạt hiệu quả: Vào viện 91,8%, trong quá trình điều trị 88,8%, ra viện 91,3% [7], [8].

Mức độ chất lượng công tác GDSK của điều dưỡng qua phản hồi từ người bệnh và người nhà người bệnh ở mức tốt là 55%, mức khá: 26,8%, mức trung bình: 13,4% và không đạt: 4,8%. Kết quả này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Phan Thị Dung tại Bệnh viện Phụ Sản Thiên An (2022): tỷ lệ đánh giá hoạt động GDSK qua phản hồi của người bệnh mức tốt đạt đến 93,6% [9].

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi còn thấp có thể do kỹ năng tư vấn, hướng dẫn của điều dưỡng chưa phù hợp với đối tượng người bệnh, hình thức GDSK còn đơn giản. Do đó, để nâng cao hiệu quả, chất lượng điều trị, cần chú trọng triển khai công tác tư vấn GDSK ngay khi người bệnh vào viện, trong suốt quá trình điều trị và khi ra viện; đồng thời làm phong phú các hình thức truyền thông, nâng cao chất lượng về nội dung và hình thức tư vấn GDSK.

Kết quả phân tích mối tương quan cho thấy có mối tương quan giữa hoạt động GDSK của điều dưỡng với độ tuổi, trình độ văn hóa và nghề nghiệp của người bệnh. Người bệnh đến khám và điều trị tại Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác đa số là những người bệnh có trình độ văn hóa thấp, nghề nghiệp không ổn định. Do đó GDSK cho NB cần được điều dưỡng thực hiện chi tiết từ xây dựng nội dung, lựa chọn hình thức, phương pháp hướng dẫn, tư vấn GDSK với đối tượng người bệnh, người nhà người bệnh: hướng dẫn cặn kẽ, lời nói cụ thể, từ ngữ dễ hiểu, để nhớ kết hợp với tranh ảnh, tờ rơi, poster,... Đây là cơ sở khẳng định thêm tập huấn đào tạo nâng cao kiến thức, kỹ năng hướng dẫn, tư vấn GDSK cho điều dưỡng là rất cần thiết, là cơ sở định hướng cho thực hành sẽ giúp điều dưỡng lý giải được vì sao phải thực hiện và dựa vào căn cứ nào để đưa ra

quyết định thực hành nội dung tư vấn, có như vậy công tác hoạt động GDSK sẽ ngày càng tốt hơn góp phần nâng cao hiệu quả, chất lượng điều trị cho người bệnh.

5. KẾT LUẬN

Qua phản hồi từ 500 người bệnh, người nhà người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác từ tháng 8/2022 đến 12/2022, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

- Tỷ lệ người bệnh và người nhà người bệnh đánh giá mức độ chất lượng công tác GDSK của điều dưỡng: tốt 55%, khá 26,8%, trung bình 13,4% và không đạt 4,8%.

- Có mối tương quan giữa kết quả đánh giá hoạt động GDSK của điều dưỡng với độ tuổi, trình độ văn hóa và nghề nghiệp của người bệnh và người nhà ($p < 0,05$).

Kiến nghị

- Cần mở các lớp tập huấn, đào tạo liên tục về chăm sóc người bệnh bông; đặc biệt tập trung vào nâng cao kỹ năng giáo dục sức khỏe cho điều dưỡng.

- Tăng cường đánh giá việc thực hiện tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh của nhân viên y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Hiến và cộng sự (2006)**. Khoa học hành vi và giáo dục sức khỏe: Sách dùng đào tạo cử nhân y tế công cộng Hà Nội: *Nhà xuất bản Y học*.
2. **BỘ Y TẾ (2016)**. Quyết định về việc ban hành bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam. Hà Nội.
3. **Asa M., Lena G., Marianne C., (2006)**. Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal of clinical nursing*.5(8): 1045-56.
4. **Nader Aghakhani, et al, (2012)**. Nurses' attitude to patient education barriers in educational hospitals of Urmia University of Medical Sciences. *Iranian journal of nursing and midwifery research*.
5. **Lã Thị Bích Thủy (2020)**. Thực trạng thực hiện công tác giáo dục sức khỏe của nhân viên y tế cho người bệnh nội trú và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương năm 2020. Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện. *Trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội*.
6. **Nguyễn Thị Ngọc Chính, Phùng Thị Diễm Phúc (2020)**. Thực trạng hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe cho người bệnh nội trú tại Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình năm 2020. TP Hồ Chí Minh.
7. **Vương Thị Nhật Lệ và cộng sự (2017)**. Khảo sát việc thực hiện hướng dẫn giáo dục sức khỏe cho người bệnh - người nuôi bệnh của điều dưỡng tại Bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, Phụ bản tập 21, số 2, tr 286-294
8. **Nguyễn Thị Hoài Trang và cộng sự (2020)**. Đánh giá hoạt động tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh tại Bệnh viện Trung ương Huế Cơ sở 2. *Tạp chí Y học lâm sàng*. Số 63 tr. 102-107.
9. **Phan Thị Dung, Nguyễn Việt Tiến (2022)**. Hoạt động giáo dục sức khỏe của điều dưỡng tại Bệnh viện Phụ sản Thiên An năm 2022. *Tạp chí Y học thăm hỏi và Bông*. Số 1-2023, tr. 80-87.

KHẢO SÁT KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH AN TOÀN TRUYỀN MÁU CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN BỎNG QUỐC GIA

Nguyễn Thị Thu Hiền, Nguyễn Thị Mai Hương

Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

TÓM TẮT₁

Mục tiêu: Khảo sát kiến thức của điều dưỡng về truyền máu và thực trạng tuân thủ các bước trong hoạt động an toàn truyền máu của điều dưỡng tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Tổng số 130 điều dưỡng và kỹ thuật viên. Lập bộ câu hỏi khảo sát kiến thức về an toàn truyền máu. Trả lời đúng < 50% số câu hỏi thì được phân loại là kém; 50% đến 75% là trung bình, và > 75% là tốt. Dùng bảng kiểm theo dõi hồi cứu 602 lần truyền máu trong thời gian từ tháng 7/2022 đến tháng 4/2023.

Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ trung bình điều dưỡng trả lời đúng số câu hỏi là 71,1%, thấp nhất là 46,7%, cao nhất là 100%. Tỷ lệ điều dưỡng trả lời đúng > 50% số câu hỏi là 83,3% (25/30). Tỷ lệ điều dưỡng trả lời đúng các câu hỏi về người cho máu an toàn nhất và lựa chọn huyết tương để truyền khác nhóm máu hệ ABO theo thứ tự là 20% và 16,7%. 100% có dự trữ máu trước khi lĩnh; Phiếu lĩnh máu và bệnh phẩm có đầy đủ thông tin; Vận chuyển máu và chế phẩm phù hợp. 100% có kiểm tra đối chiếu trước khi truyền máu; Định nhóm máu tại giường bệnh; Duy trì tốc độ truyền theo chỉ định; Theo dõi các chỉ số trong quá trình truyền máu; Không bỏ sung bất cứ chất gì vào túi máu khi truyền; Đảm bảo đúng thời gian truyền máu theo quy định; Ghi chép đầy đủ hồ sơ khi truyền máu.

Kết luận: Kiến thức chung về an toàn truyền máu của điều dưỡng ở mức trung bình. Thực hành về an toàn truyền máu của điều dưỡng là tốt.

Từ khoá: Truyền máu, bỏng, điều dưỡng

ABSTRACT

Aim: To survey the knowledge of nurses about blood transfusion and the nurses' compliance with blood transfusion safety procedures at Le Huu Trac National Burn Hospital.

Material and methods: A total of 130 nurses. Using the questionnaire to survey knowledge about blood transfusion safety. The proportion of correct answers <50% are classified as poor; 50% to 75% is moderate, and > 75% is good. The retrospective method was used to monitor 602 blood transfusions from July 2022 to April 2023.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Mai Hương, Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác

Email: hienxnvb78@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/5/2023; Ngày nhận xét: 20/8/2023; Ngày duyệt bài: 30/8/2023

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.4.2023.252>

Results: The percentage of correct answers was 71.1% (46.7% to 100%). The percentage of >50% correct answers was 83.3% (25/30). The percentage of correct answers about the safest blood donor and selected plasma for transfusion in ABO blood type was 20% and 16.7%, respectively. 100% had blood reserve before receiving; Blood and specimen had sufficient information; Blood and plasma were transport appropriate. 100% had a pre-transfusion check; Determination of blood group at the hospital bed; Maintained the specified baud rate; Monitor during blood transfusion; Do not add any substance to the blood bag during transfusion; Ensure the correct time for blood transfusion as prescribed; Complete records of blood transfusion.

Conclusion: General knowledge about blood transfusion safety of nurses is average. The nurse's blood transfusion safety practices are good.

Keywords: Blood transfusion, burns, nursing

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Truyền máu là một phương pháp điều trị không thể thiếu trong nhiều chuyên khoa, góp phần cứu sống bệnh nhân, mang lại hiệu quả điều trị mà chưa có một chế phẩm nào thay thế được. Tuy nhiên có nhiều rủi ro liên quan đến sai sót của con người trong quá trình truyền máu, trong đó nhiều rủi ro có thể phòng ngừa được, do đó đào tạo nâng cao kiến thức, kỹ năng thực hành của điều dưỡng đóng một vai trò quan trọng.

Đánh giá, đào tạo và cập nhật kiến thức của điều dưỡng là xu hướng mới trong nghiên cứu hướng tới phát triển thực hành lâm sàng dựa trên bằng chứng vì điều dưỡng cần có kiến thức để đưa ra quyết định phù hợp và kiến thức vững chắc là cần thiết để đảm bảo an toàn truyền máu cùng với với dịch vụ chăm sóc bệnh nhân chất lượng cao.

Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác là bệnh viện chuyên khoa điều trị bệnh nhân bỏng, đặc biệt là những bệnh nhân bỏng nặng, nhu cầu sử dụng máu và các chế phẩm máu ngày càng tăng. Với mong muốn đảm bảo tất cả các đơn vị máu và

chế phẩm máu truyền an toàn và hợp lý chúng tôi tiến hành đề tài với 2 mục tiêu:

1. Khảo sát kiến thức của điều dưỡng Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác về truyền máu.

2. Khảo sát thực trạng tuân thủ các bước trong hoạt động an toàn truyền máu của điều dưỡng tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đánh giá kiến thức của điều dưỡng về truyền máu

- Đối tượng: 130 điều dưỡng, kỹ thuật viên (KTV) các khoa Lâm sàng, Cận lâm sàng.

- Nội dung nghiên cứu: Lập bộ câu hỏi khảo sát kiến thức về an toàn truyền máu (ATTM) bao gồm: 30 câu hỏi về an toàn trước, trong và sau khi truyền máu.

- Phương pháp thu thập số liệu: Sử dụng bộ câu hỏi để thực hiện thu thập số liệu. Đánh giá kết quả < 50% số câu trả lời đúng kiến thức được đánh giá kém; 50% đến 75% số câu trả lời đúng, đánh giá trung bình và > 75% số câu trả lời đúng đánh giá tốt.

- Thời điểm khảo sát: Tháng 4/2023.

2.2. Đánh giá thực trạng tuân thủ các bước trong hoạt động truyền máu của điều dưỡng tại Bệnh viện Bông Quốc gia

- Đối tượng: 602 lần truyền máu trong giờ hành chính thời gian từ tháng 7/2022 đến 4/2023.

- Nội dung nghiên cứu: Lập bảng kiểm đánh giá theo thông tư 26/2013-BYT về Hướng dẫn hoạt động truyền máu và quy trình truyền máu lâm sàng của Bệnh viện Bông Quốc gia đã được phê duyệt: Thực

hành lĩnh máu; Thực hành truyền máu tại giường bệnh; Xử trí khi có tai biến xảy ra.

- Phương pháp thu thập số liệu: Dùng bảng kiểm, theo dõi hồi cứu 602 lần truyền ghi lại số liệu.

2.3. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

- Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Tính tần số, tỷ lệ %, trung bình.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kiến thức chung an toàn truyền máu

Bảng 3.1. Kiến thức chung ATTM của điều dưỡng (n = 130)

Câu hỏi	Trả lời đúng	
	n	%
1. Biện pháp đảm bảo an toàn cho nhân viên y tế	123	94,6
2. Nguy cơ lây nhiễm các tác nhân gây bệnh qua truyền máu	128	98,5
3. Nhiệt độ bảo quản máu toàn phần	118	90,8
4. Phương pháp hiệu quả để ngăn ngừa tác nhân lây qua đường truyền máu	81	62,3
5. Sàng lọc kháng thể bất thường	126	96,9
6. Người hiến máu an toàn nhất	65	50
7. Người cho máu an toàn nhất	26	20

Nhận xét: Tỷ lệ điều dưỡng trả lời đúng thấp nhất ở câu xác định người cho máu an toàn nhất, chỉ có 20% trả lời đúng.

Bảng 3.2. Kiến thức chung ATTM của điều dưỡng (n = 130)

Câu hỏi	Trả lời đúng	
	n	%
8. Biện pháp để bảo đảm an toàn truyền máu	122	93,8
9. Con đường chính để lây truyền HIV	127	97,7
10. Người hiến máu chuyên nghiệp	93	71,5
11. Thành phần của một đơn vị máu toàn phần	47	36,2
12. Nguyên tắc của phân loại nhóm máu ABO	70	53,8
13. Thời gian từ khi máu và chế phẩm ra khỏi tủ bảo quản tới khi truyền xong	62	47,7
14. Nhóm máu Rh (+) tại Việt Nam	108	83,1

Nhận xét: Tỷ lệ điều dưỡng trả lời đúng < 50% là ở các câu Thành phần của một đơn vị máu toàn phần và Thời gian từ khi máu và chế phẩm ra khỏi tủ bảo quản tới khi truyền xong.

3.2. Kiến thức giai đoạn trước khi truyền

Bảng 3.3. Kiến thức giai đoạn trước truyền máu của điều dưỡng

Câu hỏi	Trả lời đúng	
	n	%
1. Định lại nhóm máu tại giường bệnh	36	27,7
2. Chuẩn bị trước khi truyền máu cho bệnh nhân	126	96,9
3. Hạn sử dụng của khối hồng cầu	78	60
4. Chọn máu cho bệnh nhân khác nhóm ABO, Rh	35	26,9
5. Xét nghiệm Hb trước khi truyền máu	125	96,2
6. Chọn huyết tương truyền khác nhóm ABO	26	20
7. Chọn máu cho bệnh nhân nhóm A	125	96,2
8. Lấy mẫu xét nghiệm nhóm máu, phát máu	106	81,5

Nhận xét: Tỷ lệ điều dưỡng trả lời đúng thấp nhất ở câu hỏi Chọn huyết tương truyền khác nhóm ABO (chỉ có 20% trả lời đúng). Câu các phương pháp định lại nhóm máu tại giường bệnh chỉ có 27,7 % trả lời đúng.

3.3. Giai đoạn trong khi truyền

Bảng 3.4. Kiến thức giai đoạn trong khi truyền máu của điều dưỡng

Câu hỏi	Trả lời đúng	
	n	%
1. Nguy cơ quá tải tuần hoàn	76	58,5
2. Nguyên nhân sai lầm trong phân loại nhóm máu	130	100
3. Nguyên nhân xảy ra phản ứng tan huyết cấp	124	95,4
4. Việc cần làm khi nghi ngờ xảy ra tan huyết cấp	109	83,8
5. Theo dõi bệnh nhân truyền máu	76	58,5

Nhận xét: Tỷ lệ điều dưỡng trả lời đúng thấp nhất ở câu Nguy cơ quá tải tuần hoàn (58,5%).

3.4. Giai đoạn sau khi truyền

Bảng 3.5. Kiến thức sau khi truyền máu của điều dưỡng

Câu hỏi	Trả lời đúng	
	n	%
1. Nguyên nhân phản ứng tan huyết cấp	130	100
2. Các tổn thương khu trú do truyền máu	129	99,2

Nhận xét: Tỷ lệ điều dưỡng trả lời đúng rất cao 100% và 99,2%.

Bảng 3.6. Kết quả trả lời đúng các câu hỏi của điều dưỡng

Câu hỏi	Trả lời đúng trung bình	Thấp nhất	Cao nhất
Tổng câu hỏi (n=30)	21,32 ± 4,07 (71,1% ± 13,6%)	14 (46,7%)	30 (100%)

Nhận xét: Số câu điều dưỡng trả lời đúng trung bình là 21,32 ± 4,07 câu (71,1% ± 13,6%), thấp nhất là 14 câu (46,7%).

3.5. Thực hành về an toàn truyền máu

3.5.1. Thực hành lĩnh máu

Bảng 3.7. Các bước thực hành lĩnh máu (n = 602)

Nội dung thực hiện	Kết quả thực hiện	
	n	%
Có dự trữ máu trước khi truyền	602	100
Phiếu lĩnh máu đầy đủ thông tin	602	100
Mẫu bệnh phẩm đạt yêu cầu	602	100
Có phương tiện vận chuyển máu theo quy định về khoa lâm sàng	602	100

Nhận xét: Các bước thực hành lĩnh máu thực hiện đúng theo quy định 100%.

3.5.2. Thực hành truyền máu tại giường bệnh

Bảng 3.8. Các bước thực hành truyền máu tại giường bệnh

Nội dung thực hiện	Kết quả thực hiện	
	n	%
Thực hiện kiểm tra đối chiếu	602	100
Thực hiện kiểm tra nhóm máu và đối ứng chéo tại đầu giường	602	100
Tốc độ truyền theo chỉ định của bác sĩ	602	100
Theo dõi các chỉ số trong truyền	602	100
Không bỏ sung bất cứ chất gì vào túi máu	602	100
Thời gian truyền hết túi máu theo quy định	602	100

Nhận xét: Các bước thực hành truyền máu tại giường bệnh thực hiện đúng theo quy định 100%.

3.5.3. Thực hành sau truyền máu

Bảng 3.9. Ghi chép đầy đủ hồ sơ khi truyền máu

Ghi hồ sơ đầy đủ	Kết quả thực hiện	
	n	%
Đạt yêu cầu	602	100
Không đạt	0	0
Tổng	602	100

Nhận xét: 100% số lần truyền máu được điều dưỡng theo dõi, ghi chép đầy đủ hồ sơ.

4. BÀN LUẬN

4.1 Kiến thức về an toàn truyền máu

4.1.1. Đánh giá kiến thức chung

Truyền máu là một phương pháp điều trị không thể thiếu trong rất nhiều chuyên khoa. Tuy nhiên, truyền máu cũng có thể dẫn đến nhiều hệ lụy cho người bệnh (nhiễm khuẩn, tắc mạch,...) nếu an toàn truyền máu không được đảm bảo. Vì thế, mỗi nhân viên y tế có vai trò quan trọng trong việc giảm thiểu các nguy cơ do truyền máu gây ra, đảm bảo cập nhật kiến thức và kỹ năng liên tục cho bản thân để phục vụ cho quá trình chăm sóc người bệnh.

Các điều dưỡng của Bệnh viện có kiến thức về an toàn truyền máu với tỷ lệ trả lời đúng các câu hỏi khảo sát là $71,1 \pm 13,6\%$ (Bảng 3.6)

Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Asmaa Hamed Abd Elhy và Zeinab Abdel Aziz Kasemy về đánh giá kiến thức của các điều dưỡng về truyền máu tại bệnh viện đại học Menoufia năm 2017 cho thấy có tới 61,2% điều dưỡng có kiến thức đạt về truyền máu [1].

Đánh giá kiến thức và thực hành về truyền máu của các y tá tại bệnh viện chăm sóc cấp ba ở Ấn Độ, các y tá đạt kết quả tốt hơn ở phần Thực hành - Truyền máu (66% câu trả lời đúng) so với phần Kiến thức-Truyền máu (54% câu trả lời đúng) [2]; Kiến thức về truyền máu của các y tá ở Malaysia: Kinh nghiệm tại Bệnh viện Đại học Sains Malaysia. Dựa trên hệ thống tính điểm, kiến thức chung về truyền máu của các y tá Malaysia ($33,2 \pm 8,4$ tuổi) được ước tính là $54,9 \pm 7,6\%$. Kết quả của nghiên cứu này chỉ ra rằng hầu hết kiến thức chung của điều dưỡng về truyền máu ở mức trung bình [3].

Đoàn Thị Trúc Ly (Bệnh viện đa khoa Cần Thơ) [4], đa số các điều dưỡng có kiến thức chưa đạt về an toàn truyền máu chiếm 78,9%, chỉ có 21,1% điều dưỡng được khảo sát có kiến thức đúng về an toàn truyền máu.

Song song với việc truyền máu là vấn đề bảo quản máu trước khi truyền cũng rất quan trọng, đây là một nhiệm vụ của nhân viên khoa xét nghiệm, tuy nhiên các điều dưỡng tại khoa phòng cũng cần phải nắm vững nguyên tắc này để nhận máu từ khoa xét nghiệm. Có 90,8% điều dưỡng biết về nhiệt độ bảo quản máu toàn phần. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Đoàn Thị Trúc Ly [4]: Có 55% điều dưỡng trả lời đúng nhiệt độ để bảo quản máu là 2 - 6°C. Điều dưỡng cần phải lưu ý nhiệt độ thích hợp để đảm bảo được chất lượng máu.

Đáng ngạc nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi là 80% không biết thế nào là người cho máu an toàn; 52,3% chưa rõ thời gian máu và chế phẩm máu ra khỏi tủ bảo quản tới khi truyền xong. Nhìn chung, ở hạng mục này, điều dưỡng có kiến thức kém.

4.1.2. Kiến thức trước khi truyền máu

Điều dưỡng sở hữu kiến thức cao: 96,9% chuẩn bị bệnh nhân trước khi truyền máu, lấy mẫu xét nghiệm nhóm máu, phát máu; 96,6 % phải làm xét nghiệm Hb trước khi chỉ định truyền máu (Bảng 3.3). Việc chỉ định máu đúng là vấn đề cần phải chú ý vì máu và các chế phẩm từ máu có thể được xem là một loại thuốc điều trị. Vì vậy, cũng như tất cả các loại thuốc, việc chỉ định điều trị đúng, sử dụng hợp lý máu và các chế phẩm từ máu đóng vai trò quan trọng trong an toàn truyền máu. Thông thường việc chỉ định truyền máu thường do bác sĩ đảm nhận, tuy nhiên người điều dưỡng cũng

cần phải nắm rõ để phối hợp với bác sĩ nhằm nâng cao hiệu quả điều trị.

Kết quả nghiên cứu tương đương nghiên cứu của Đoàn Thị Trúc Ly [4], đa số điều dưỡng biết các chỉ định về truyền máu: thiếu máu nặng (99,1%), sốc mất máu (81,7%), các bệnh lý về máu (78,9%).

Hầu hết điều dưỡng có kiến thức tốt ở phần này. Nhưng kiến thức về chọn máu và huyết tương cho bệnh nhân khác nhóm ABO và Rh là chưa tốt (80% trả lời không đúng về chọn huyết tương cho bệnh nhân khác nhóm ABO).

Đoàn Thị Trúc Ly, kết quả nghiên cứu cho thấy có 43,1% điều dưỡng là vẽ đúng sơ đồ truyền máu, còn lại 56,9% điều dưỡng vẽ sai sơ đồ [4]. Điều này có thể do yếu tố chủ quan thuộc về điều dưỡng không có cập nhật kiến thức về truyền máu thường xuyên, yếu tố khách quan là không có đủ điều kiện và thời gian để cập nhật kiến thức, đồng thời tại các khoa làm việc không có dán những tranh ảnh hay poster về sơ đồ truyền máu. Đây là một trong những vấn đề cơ bản nhất trong công tác truyền máu nhưng điều dưỡng thiếu hiểu biết sẽ gây nguy hiểm cho người bệnh.

4.1.3. Kiến thức về trách nhiệm của điều dưỡng sau khi bắt đầu truyền máu

Truyền máu là việc rất hữu ích cứu được nhiều người qua cơn hiểm nghèo. Nhưng cũng do truyền máu mà có người bị nhiễm bệnh hoặc làm bệnh nặng thêm, thậm chí dẫn đến tử vong. Vì vậy, người truyền máu phải nắm vững những tai biến truyền máu để kịp thời xử lý hoặc hạn chế những mặt chưa tốt của truyền máu.

Đa số điều dưỡng điều biết về các tai biến này, tán máu cấp (95,4%), và những

việc cần làm khi xảy ra tán máu cấp (83,8%). Nghiên cứu của bệnh viện đa khoa Cần Thơ, điều dưỡng biết về các tai biến này, tán máu cấp (95,4%), phản ứng quá mẫn (87,2%), phù phổi cấp do quá tải tuần hoàn (66,1%) [4]. Việc biết được các tai biến có thể xảy ra khi truyền máu sẽ giúp điều dưỡng chủ động có những biện pháp theo dõi và phòng ngừa tốt hơn.

Trong số các câu hỏi liên quan đến hoạt động sau truyền máu, tỷ lệ cao điều dưỡng có kiến thức kém về theo dõi truyền máu (41,5% bảng 3.4).

Đào tạo nhân viên đã trở thành một phần không thể thiếu trong bất kỳ chương trình truyền máu bệnh viện thành công nào. Có sự cải thiện 34,4% về điểm số trước và sau đào tạo liên quan đến kiến thức và thực hành truyền máu [3]. Để giữ cho kiến thức của họ được làm mới, nên thực hiện đào tạo chuyên sâu, có mục tiêu và lặp đi lặp lại. Chương trình đào tạo định hướng thực hành 6 tháng một lần để ngăn chặn sự xuống cấp của kiến thức trong một khoảng thời gian.

4.2. Thực hành về an toàn truyền máu

4.2.1 Đánh giá thực hành chung

An toàn truyền máu là người nhận máu đạt được hiệu quả điều trị mà không bị ảnh hưởng xấu do truyền máu mang lại. Như vậy an toàn cho công tác truyền máu là an toàn cho người cho máu, người nhận máu và nhân viên y tế liên quan.

Qua kết quả nghiên cứu cho thấy có 100% điều dưỡng thực hành đạt về quy trình an toàn truyền máu khi thực hành truyền máu tại giường bệnh. qua đó cho thấy điều dưỡng đã góp phần tích cực trong nâng cao hiệu quả điều trị của bệnh nhân.

4.2.2. Thực hành về an toàn truyền máu

Thực hành lĩnh máu:

Truyền máu là một trong những thủ tục phổ biến nhất của bệnh viện có rủi ro lớn. Thực hành lĩnh máu là công việc của điều dưỡng trong chuỗi hoạt động truyền máu. Họ có mức độ hiểu biết cao và thực hành tốt; 100% có dự trữ máu trước khi truyền; Mẫu bệnh phẩm khi lĩnh máu đạt yêu cầu; Phiếu lĩnh máu đầy đủ thông tin; Có phương tiện vận chuyển máu theo quy định về khoa lâm sàng

Thực hành truyền máu tại giường bệnh:

Việc xác định chính xác tại giường bệnh nhân được lên lịch truyền máu là rất quan trọng để tránh những sai sót mới và xác định những sai sót có thể đã xảy ra trước đó. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng 100% bác sĩ điều trị và điều dưỡng thực hiện kiểm tra đối chiếu phiếu truyền máu, túi máu, bệnh nhân. Những kết quả này chỉ ra rằng, trong các bước quan trọng nhất của quy trình chuỗi truyền máu, đã có sự thiếu hiểu biết và kiến thức đúng đắn. Một số yếu tố thúc đẩy tỷ lệ sai sót truyền máu là (1) theo dõi máu cách xa giường bệnh, (2) sự nhầm lẫn của nhân viên điều dưỡng và (3) thực hiện truyền máu trong các trường hợp cấp cứu lâm sàng.

Hầu hết nhân viên luôn luôn thực hiện phản ứng chéo tại giường trước khi truyền máu cho bệnh nhân chiếm 100% Nguyên tắc là điều dưỡng thực hiện, bác sĩ điều trị kiểm tra kết quả. Kết quả này cao hơn Đoàn Thị Trúc Ly: 90,8%, còn lại 9,2% điều dưỡng thỉnh thoảng hoặc không làm phản ứng chéo [4]. Trịnh Xuân Quang với 80% điều dưỡng làm phản ứng chéo tại giường trước khi truyền máu [5].

Đồng hành với việc thực hiện phản ứng chéo tại giường là việc thực hiện theo dõi các chỉ số sinh tồn khi truyền máu, theo dõi tốc độ truyền... Theo dõi là bắt buộc phải thực hiện khi truyền máu nhằm phát hiện các biến chứng sớm có thể xảy ra, nhưng các điều dưỡng có thể bỏ qua vì quá nhiều công việc nên không chú ý khi truyền máu. Qua đó cho thấy bệnh viện nên tổ chức giám sát chặt chẽ hơn quy trình truyền máu, đặc biệt là giai đoạn thực hiện phản ứng sinh vật học để hạn chế những tai biến không mong muốn do truyền máu gây ra. Trong nghiên cứu cho thấy có 100% bệnh nhân được theo dõi các chỉ số mạch, nhiệt độ, huyết áp và trạng thái tinh thần trong quá trình truyền máu, theo dõi tốc độ truyền, ghi chép đầy đủ hồ sơ truyền máu.

Kết quả nghiên cứu của Đoàn Thị Trúc Ly (2017) cho thấy các vấn đề cần theo dõi trong suốt quá trình truyền máu: theo dõi dấu hiệu sinh tồn 15 phút (96,3%), phản ứng tán huyết (70,6%), theo dõi tình trạng người bệnh như lạnh run, nổi mề đay (90,8%), theo dõi và điều chỉnh tốc độ máu chảy đúng y lệnh (78%) [4]...

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu kiến thức và thực hành về an toàn truyền máu của điều dưỡng tại bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác từ tháng 7/2022 đến 4/2023, chúng tôi rút ra kết luận sau:

5.1. Kiến thức chung về an toàn truyền máu của điều dưỡng ở mức trung bình

Điều dưỡng trả lời đúng trung bình $71,1 \pm 13,6\%$ các câu hỏi về an toàn truyền máu.

Điều dưỡng trả lời đúng thấp nhất là 46,7%, cao nhất là 100% số các câu hỏi

Số câu hỏi có tỷ lệ điều dưỡng trả lời đúng > 50% là 25/30 câu (83,3%). Câu hỏi về người cho máu an toàn nhất và lựa chọn huyết tương để truyền khác nhóm hệ ABO có tỷ lệ trả lời đúng thấp nhất (20% và 16,7%).

5.2. Thực hành về an toàn truyền máu của điều dưỡng là tốt

- 100% làm tốt khi thực hành lĩnh máu; Có dự trữ máu trước khi lĩnh; Phiếu lĩnh máu điền đầy đủ thông tin, có đầy đủ chữ ký của bác sĩ điều trị và Chủ nhiệm khoa; Mẫu bệnh phẩm khi lĩnh máu đảm bảo đầy đủ thông tin; Có phương tiện vận chuyển máu và chế phẩm phù hợp; Đảm bảo thời gian, túi máu chuyển về đơn vị điều trị được truyền cho người bệnh trong vòng 6 giờ.

- Thực hành truyền máu tại giường bệnh: tỷ lệ chấp hành nghiêm các quy định truyền máu là 100%: Kiểm tra đối chiếu trước khi truyền; Định nhóm máu tại giường bệnh; Duy trì tốc độ truyền theo chỉ định của bác sĩ; Theo dõi các chỉ số trong quá trình truyền máu; Không bổ sung bất cứ chất gì vào túi máu khi truyền; Ghi chép đầy đủ hồ sơ khi truyền máu.

5.3. Kiến nghị

Cần tiếp tục tập huấn nâng cao kiến thức của điều dưỡng về an toàn truyền máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Asmaa Hamed Abd Elhy, Zeinab Abdel Aziz Kasemy (2017)**. Nurses' Knowledge Assessment Regarding Blood Transfusion to Ensure Patient Safety. IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS), Volume 6, Issue 2 Ver. II (Mar. - Apr. 2017), PP 104-111.
2. **Suhrud J Panchawagh, Sameer Melinkeri, Malathi J Panchawagh (2020)**. Assessment of Knowledge and Practice of Blood Transfusion Among Nurses in a Tertiary Care Hospital in India, Indian J Hematol Blood Transfus 2020 Apr; 36(2): 393-398.
3. **Noor Haslina Mohd Noor, Noor Hafiza Saad, Mohammad Khan, Mohd Nazri Hassan, Marini Ramli, Rosnah Bahar, Shafini Mohamed Yusoff, Salfarina Iberahim, Wan Suriana Wan Ab Rahman, Zefarina Zulkafli, and Md Asiful Islam (2021)**. Blood Transfusion Knowledge among Nurses in Malaysia: A University Hospital Experience, Int J Environ Res Public Health. 2021 Nov; 18(21).
4. **Đoàn Thị Trúc Ly (2017)**. Khảo sát kiến thức và thực hành về an toàn truyền máu của điều dưỡng tại bệnh viện đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2017; Tiểu luận tốt nghiệp đại học, chuyên ngành Điều dưỡng.
5. **Trịnh Xuân Quang và cộng sự (2009)**. Khảo sát kiến thức và thực hành về an toàn truyền máu của điều dưỡng tại bệnh viện đa khoa Tiền Giang. Tạp chí nghiên cứu Y học tập 14 (2010).

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC CHĂM SÓC DINH DƯỠNG CHO NGƯỜI BỆNH BỎNG CỦA ĐIỀU DƯỠNG BỆNH VIỆN BỎNG QUỐC GIA LÊ HỮU TRÁC

Đỗ Thị Ngọc Anh

Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức của điều dưỡng về chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh bỏng tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 100 điều dưỡng ở các khoa lâm sàng tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác. Sử dụng bộ câu hỏi soạn sẵn tự điền. Nghiên cứu được triển khai từ 8/2022 đến 2/2023

Kết quả: Cao nhất là tỷ lệ điều dưỡng nhận biết được các quy định về nhiệm vụ chăm sóc dinh dưỡng của điều dưỡng đạt 76%, kiến thức về hỗ trợ dinh dưỡng cho người bệnh là 73%, kiến thức về dinh dưỡng cho người bệnh bỏng là 61% và thấp nhất là kiến thức về sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng cho người bệnh bỏng có tỷ lệ đạt 55%.

Kết luận: Kiến thức chung về chăm sóc dinh dưỡng người bệnh bỏng của điều dưỡng tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác ở mức khá, tốt có tỉ lệ là 57%.

Từ khóa: Kiến thức, điều dưỡng, chăm sóc dinh dưỡng, người bệnh bỏng

ABSTRACT

Objectives: Describe the reality of the knowledge of nursing on nutritional care for burnt patients at Le Huu Trac National Burn Hospital.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study on 100 nurses in clinical departments at Le Huu Trac National Burn Hospital. Use self-completed pre-written questionnaires. The data collection period is from 11/2022 to 1/2023.

Results: The highest percentage of nurses who were aware of the regulations on nursing care tasks of nurses was 76%, knowledge of nursing support for patients was 73% and knowledge of nutrition for patients with burns was 61% and low. especially knowledge about nutritional risk screening for burn patients with a rate of 55%.

Conclusion: General knowledge about nutritional care of people's burns of nurses at Le Huu Trac National Burn Hospital is quite good, good has a rate of 57%.

Keywords: Knowledge, nursing, nutritional care, burn patients.

Chịu trách nhiệm: Đỗ Thị Ngọc Anh, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

Email: dongocanh.ddtc2@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/5/2023; Ngày nhận xét: 20/8/2023; Ngày duyệt bài: 30/8/2023

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.4.2023.253>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng có vai trò rất quan trọng trong sự phát triển và đảm bảo sức khỏe của con người. Đặc biệt, đối với người bệnh, dinh dưỡng là một phần không thể thiếu được trong các biện pháp điều trị tổng hợp và chăm sóc toàn diện.

Để điều trị hiệu quả bệnh nhân bỏng, bên cạnh công tác điều trị hồi sức tích cực, chống sốc, dự phòng và điều trị nhiễm khuẩn, việc nuôi dưỡng bệnh nhân có vị trí rất quan trọng giúp tái tạo mô, nâng cao sức chống đỡ của cơ thể, bù đắp cho trạng thái dị hóa cao trong bệnh bỏng.

Tại các bệnh viện, điều dưỡng được đánh giá là lực lượng chính trực tiếp chăm sóc người bệnh, đóng vai trò quan trọng trong quá trình hồi phục của người bệnh. Khi nhập viện, người bệnh cần được tầm soát nguy cơ dinh dưỡng, cung cấp dinh dưỡng càng sớm càng tốt. Vì vậy công tác chăm sóc dinh dưỡng của điều dưỡng là một phần quan trọng trong việc cải thiện, phòng ngừa và kiểm soát dinh dưỡng cho người bệnh tại bệnh viện.

Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu liên quan đến dinh dưỡng cho người bệnh nhưng hầu hết các nghiên cứu đều tập trung vào xác định tỷ lệ suy dinh dưỡng, tình trạng dinh dưỡng của người bệnh, các biện pháp can thiệp dinh dưỡng,... Các nghiên cứu này chủ yếu đánh giá thông qua người bệnh và gia đình, đánh giá đối tượng này là khách quan, song vẫn còn hạn chế là chưa đánh giá trên khía cạnh năng lực chuyên môn về dinh dưỡng của các điều dưỡng viên. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Mô tả thực trạng kiến thức về chăm sóc dinh dưỡng của điều dưỡng trong việc nuôi dưỡng bệnh nhân bỏng.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

100 điều dưỡng viên đang làm việc tại các khoa lâm sàng có bệnh nhân nằm điều trị nội trú tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Điều dưỡng viên trực tiếp chăm sóc bệnh nhân tại các khoa lâm sàng và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Điều dưỡng viên đang làm công tác quản lý, hành chính.
- Điều dưỡng viên không có mặt tại bệnh viện trong thời gian nghiên cứu
- Điều dưỡng viên bỏ cuộc trong quá trình nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được triển khai từ 8/2022 đến 2/2023, tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác.

2.3. Công cụ nghiên cứu

Bộ công cụ được xây dựng dựa trên mục tiêu nghiên cứu có tham khảo một số bộ công cụ đo lường kiến thức của điều dưỡng (ĐD) về chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân từ các nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam [1], [3], [12], đồng thời tham khảo một số tài liệu như Thông tư liên tịch số 26/2015/TTLT-BYT-NBV và Thông tư 31/2021/TT-BYT quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện, thông tư 18/2020/TT-BYT Quy định về hoạt động dinh dưỡng trong bệnh viện.

Bộ công cụ gồm 23 câu hỏi kiến thức chia thành 4 nhóm, mỗi ý chọn đúng được

1 điểm, lựa chọn sai được 0 điểm. Tổng điểm cao nhất là 82 điểm, thấp nhất là 0 điểm. Bộ câu hỏi về kiến thức được phát cho ĐDV tự điền câu trả lời. Thời gian để hoàn thành bộ câu hỏi là 45 phút.

Dựa vào kết quả trả lời của điều dưỡng, kiến thức của ĐD được phân loại như sau [3]:

Điểm	Phân loại
< 50%	Kém
>= 50% - < 70%	Trung Bình
>= 70% - < 80%	Khá
>= 80%	Tốt

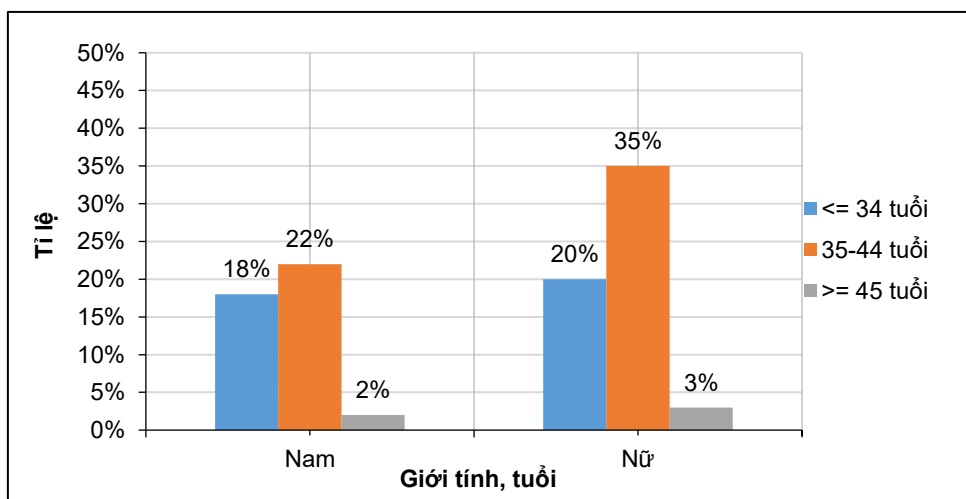
2.4. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phân tích.

2.5. Phương pháp phân tích số liệu

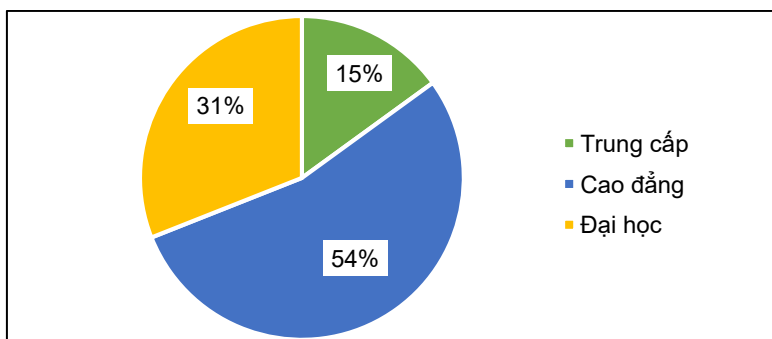
Số liệu sau khi được thu thập được kiểm tra lại từng phiếu, làm sạch dữ liệu sau đó được nhập và phân tích xử lý theo thuật toán thống kê y học sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng các thống kê tần số, tính toán tỷ lệ phần trăm và giá trị trung bình để phân tích.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



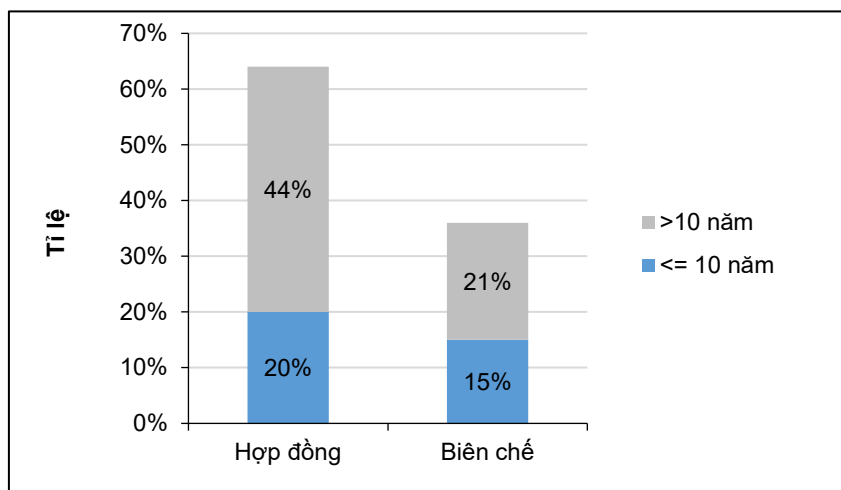
Biểu đồ 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới

Nhận xét: Điều dưỡng tham gia nghiên cứu là cả nam và nữ (Tỷ lệ nam/nữ là 42/58) chủ yếu trong độ tuổi 35 - 44 tuổi (trong đó nam 22%, nữ 35%).



Biểu đồ 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo trình độ chuyên môn

Nhận xét: Đối tượng điều dưỡng tham gia nghiên cứu chủ yếu có trình độ ca đẳng (54%), trình độ đại học (31%), trình độ trung cấp (15%).



Biểu đồ 3.3. Phân bố ĐD nghiên cứu theo nhóm đối tượng và thâm niên công tác

Nhận xét: Tỷ lệ điều dưỡng tham gia nghiên cứu là đối tượng hợp đồng lao động lớn hơn là đối tượng biên chế (64/36), tỷ lệ điều dưỡng có số năm công tác >10 năm chiếm phần lớn (65%).

Bảng 3.1. Kiến thức của ĐD về nhiệm vụ chăm sóc dinh dưỡng (n = 100)

TT	Nội dung kiến thức	Trả lời đúng	
		n	%
1	Điều dưỡng viên đáp ứng đủ 14 nhu cầu chăm sóc cơ bản của BN	98	98
2	Chăm sóc dinh dưỡng (CSDD) là chăm sóc cơ bản	84	84
3	Quy định nhiệm vụ CSDD của ĐDV tại thông tư liên tịch 26/2015/TTLT-BYT-NBV và thông tư 31/2021/TT-BYT của Bộ Y tế năm 2021	77	77
4	Quy định trách nhiệm của điều dưỡng trưởng tại thông tư 18/TT-BYT của Bộ Y tế năm 2020	81	81
5	Quy định trách nhiệm của điều dưỡng viên tại thông tư 18/TT-BYT của Bộ Y tế năm 2020	94	94
	Trả lời đúng tất cả các nội dung trên	76	76

Nhận xét: Hầu hết điều dưỡng cho rằng phải đáp ứng đủ 14 nhu cầu cơ bản của người bệnh (98%) nhưng số điều dưỡng biết chăm sóc dinh dưỡng là một trong những nhu cầu chăm sóc cơ bản là 84%. Thấp nhất là tỷ lệ điều dưỡng biết đầy

đủ quy định nhiệm vụ chăm sóc dinh dưỡng của điều dưỡng viên tại thông tư liên tịch 26/2015 và thông tư 31/2021 (77%). Trả lời đúng tất cả kiến thức của điều dưỡng viên về nhiệm vụ chăm sóc dinh dưỡng là 76%.

Bảng 3.2. Kiến thức của ĐDV về dinh dưỡng cho người bệnh bỏng (n = 100)

TT	Nội dung kiến thức	Trả lời đúng	
		n	%
1	Nguyên nhân gây suy dinh dưỡng NB bỏng	62	62
2	Vai trò của dinh dưỡng điều trị đối với NB bỏng	73	73
3	Hậu quả của SDD đối với NB bỏng	79	79
4	Giải pháp can thiệp dinh dưỡng cho NB bỏng	72	72
	Trả lời đúng tất cả các nội dung trên	61	61

Nhận xét: Điều dưỡng trả lời đúng hết các nội dung kiến thức về dinh dưỡng là 61%. Thấp nhất là kiến thức về nguyên nhân gây suy dinh dưỡng người bệnh bỏng (62%), cao nhất là kiến thức về hậu quả của suy dinh dưỡng đối với người bệnh bỏng (79%).

Bảng 3.3. Kiến thức của ĐD về sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng cho người bệnh bỏng (n = 100)

TT	Nội dung kiến thức	Trả lời đúng	
		n	%
1	Sự cần thiết sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng	95	95
2	Mục đích của sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng	81	81
3	Phương pháp sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng và đánh giá tình trạng dinh dưỡng	66	66
4	Trường hợp không đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng BMI	70	70
5	Người bệnh cần được sàng lọc yếu tố nguy cơ dinh dưỡng và ghi vào bệnh án trong 36 giờ tính từ thời điểm nhập viện	65	65
6	Người bệnh không có nguy cơ dinh dưỡng được sàng lọc lại sau 07 ngày nằm viện và ghi vào hồ sơ bệnh án.	58	58
	Trả lời đúng tất cả các nội dung trên	55	55

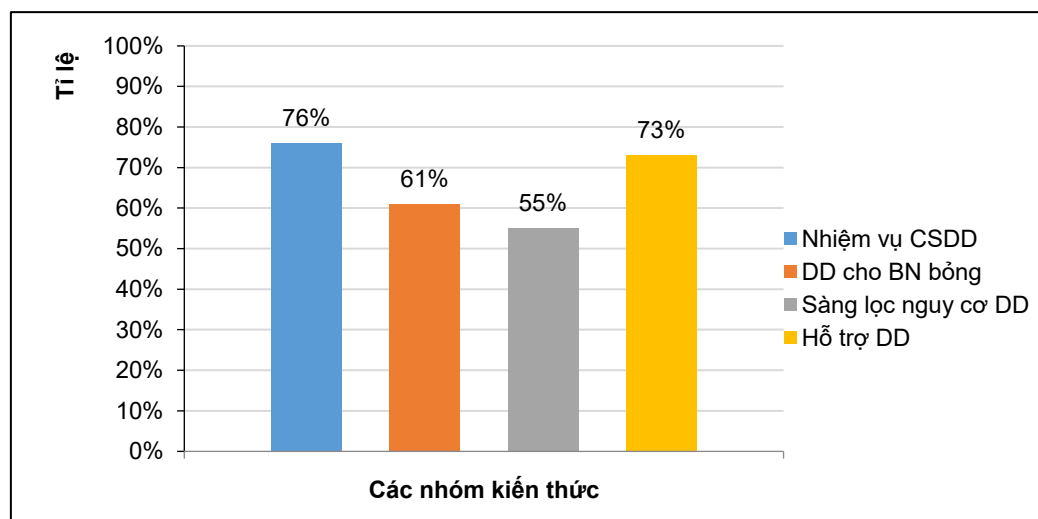
Nhận xét: Hầu hết điều dưỡng viên đều cho rằng sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng là cần thiết (95%) nhưng chỉ có 58% điều dưỡng viên biết việc người bệnh không có nguy cơ dinh dưỡng được sàng lọc lại sau 07 ngày nằm viện và ghi vào hồ sơ bệnh án. Điều dưỡng viên trả lời đúng tất cả các câu hỏi về sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng cho người bệnh bỏng là 55%.

Bảng 3.4. Kiến thức của ĐD về hỗ trợ dinh dưỡng cho người bệnh bỏng (n=100)

TT	Nội dung kiến thức	Trả lời đúng	
		n	%
1	Vai trò của ĐDV với việc hỗ trợ dinh dưỡng	76	76
2	Các phương pháp hỗ trợ dinh dưỡng	92	92
3	Trường hợp chỉ định nuôi ăn qua ống thông mũi- dạ dày	83	83
4	Ưu điểm nuôi ăn ống thông mũi- dạ dày	91	91
5	Nhược điểm nuôi ăn ống thông mũi- dạ dày	87	87
6	Lưu ý với đặt ống thông	81	81
7	Bất lợi của nuôi ăn qua đường tĩnh mạch	75	75
8	Lưu ý khi nuôi ăn đường tĩnh mạch	77	77
	Trả lời đúng tất cả các nội dung trên	73	73

Nhận xét: Đa số điều dưỡng viên nắm được các phương pháp hỗ trợ dinh dưỡng cho người bệnh (92%). Thấp nhất là kiến thức về vai trò của điều dưỡng viên với việc

hỗ trợ dinh dưỡng (76%) và bất lợi của nuôi ăn qua đường tĩnh mạch (76%). 73% điều dưỡng viên biết đầy đủ vai trò của điều dưỡng viên với việc hỗ trợ dinh dưỡng.

**Biểu đồ 3.4. Tổng hợp kiến thức của ĐD theo từng nhóm kiến thức**

Nhận xét: Điều dưỡng có kiến thức đầy đủ liên quan đến hiểu biết “*nhiệm vụ chăm sóc dinh dưỡng*” là cao nhất (76%), tiếp theo là kiến thức liên quan đến “*hỗ trợ*

dinh dưỡng” (73%). Điều dưỡng có kiến thức đạt thấp nhất liên quan đến “*sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng*” (55%) và kiến thức “*dinh dưỡng cho người bệnh bỏng*” (61%).

Bảng 3.5. Tổng hợp kiến thức chung về chăm sóc dinh dưỡng của ĐD

Điểm	Phân loại	n	%
< 50%	Kém	2	2
>= 50% - < 70%	Trung Bình	41	41
>= 70% - < 80%	Khá	56	56
>= 80%	Tốt	1	1

Nhận xét: Đánh giá kiến thức chung của điều dưỡng về chăm sóc dinh dưỡng cho thấy trên một nửa số điều dưỡng có kiến thức ở mức khá, tốt (57%). Tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức ở mức trung bình chiếm 41%, mức kém là 2%.

4. BÀN LUẬN

Qua khảo sát chúng tôi nhận thấy: Đa số điều dưỡng viên công tác trên 10 năm (65%) nhưng chủ yếu vẫn là nhân viên hợp đồng (64%) và có trình độ cao đẳng (54%). Vì vậy vấn đề nâng cao trình độ chuyên môn nói chung và kiến thức chăm sóc dinh dưỡng nói riêng là một khó khăn, thách thức không nhỏ.

Kết quả khảo sát kiến thức chung của điều dưỡng viên: Hơn một nửa số điều dưỡng viên có kiến thức ở mức khá, tốt (57%). Cụ thể: 1% điều dưỡng viên có kiến thức ở mức độ tốt, 56% điều dưỡng có kiến thức mức độ khá, còn lại 41% điều dưỡng có kiến thức mức độ trung bình và 2% điều dưỡng có kiến thức mức độ kém.

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Chu Anh Văn tại Bệnh viện Nhi Trung ương [1], cũng như một số nghiên cứu về kiến thức chăm sóc dinh dưỡng của điều dưỡng viên tại các nước trên thế giới, hầu hết các tác giả đều chỉ ra rằng điều dưỡng có kiến thức mức độ trung bình và thấp: Điểm số

kiến thức thấp được báo cáo tại Kenyatta (2006) là 57% điều dưỡng trả lời đúng các câu hỏi [12], tại Áo (2012) là 60,6% [14], tại Israel là 51,9% [15]. Như vậy có thể thấy kiến thức về chăm sóc dinh dưỡng của điều dưỡng viên là vấn đề cần quan tâm không chỉ ở Việt Nam mà cả các nước trên thế giới.

4.1. Kiến thức của điều dưỡng về nhiệm vụ chăm sóc dinh dưỡng

Tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức đạt về nhiệm vụ chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh là 76% và chiếm tỷ lệ đạt cao trong 4 nhóm kiến thức. Có tới 98% điều dưỡng khẳng định điều dưỡng cần đáp ứng đủ 14 nhu cầu chăm sóc cơ bản của người bệnh, tuy nhiên biết chăm sóc dinh dưỡng là một trong 14 nhu cầu chăm sóc cơ bản của người bệnh thì chỉ có 84%. Khi phân tích từng nhiệm vụ cụ thể được quy định trong các thông tư thì tỷ lệ điều dưỡng trả lời đúng cao nhất là các quy định trách nhiệm của điều dưỡng viên tại Thông tư 18/2020 (94%) và các quy định trách nhiệm của điều dưỡng trưởng tại Thông tư 18/2020 của Bộ Y tế (81%). Thấp nhất là các quy định nhiệm vụ chăm sóc dinh dưỡng của điều dưỡng viên tại Thông tư liên tịch 26/2015 của Bộ Nội vụ và Thông tư 31/2021 của Bộ Y tế (77%). Kết quả nghiên cứu của tôi tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Vân là

69,5% [3], Chu Anh Văn là 66,3% [1]. Nghiên cứu cho thấy nhóm kiến thức về hiểu biết nhiệm vụ chăm sóc dinh dưỡng của điều dưỡng nắm được cao hơn các nhóm kiến thức còn lại. Điều này cũng hoàn toàn phù hợp, bởi hàng năm Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác đều cập nhật, phổ biến chính sách, chỉ đạo của Nhà nước, ngành y tế đến toàn bộ nhân viên trong toàn Bệnh viện.

Hiểu biết về nhiệm vụ của bản thân đối với công tác chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh có ý nghĩa rất quan trọng, bởi khi xác định được những nhiệm vụ phải làm đã được quy định cụ thể trong Thông tư, người điều dưỡng sẽ có ý thức và hành động cụ thể cũng như lập kế hoạch chăm sóc hợp lý cho người bệnh từ đó chất lượng chăm sóc được nâng cao. Tóm lại, kiến thức về chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh của điều dưỡng trong khảo sát nghiên cứu này có tỉ lệ đạt ở mức khá, nhưng còn chưa cao chiếm 76%. Một số kết quả nghiên cứu trong và ngoài nước cũng cho thấy tỷ lệ kiến thức đạt về chăm sóc dinh dưỡng chỉ chiếm hơn một nửa số điều dưỡng tham gia nghiên cứu. Thông tin nghiên cứu này rất quan trọng cho kế hoạch cải thiện, nâng cao kiến thức cho điều dưỡng về chăm sóc dinh dưỡng người bệnh tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác.

4.2. Kiến thức của điều dưỡng về dinh dưỡng cho người bệnh bông

Kết quả cho thấy, chỉ có 61% điều dưỡng biết đúng, đủ các kiến thức về dinh dưỡng cho người bệnh bông. Trong đó thấp nhất là kiến thức đúng về nguyên nhân gây suy dinh dưỡng cho người bệnh bông (62%), các nguyên nhân nắm thấp

nhất lần lượt là thiếu các acid amin đặc biệt (63%), rối loạn hấp thu (72%), người bệnh sợ sệt, ngứa nên kiêng khem quá nhiều loại thực phẩm theo quan niệm dân gian cũ (75%), chuyển hoá các chất dinh dưỡng cơ bản của tăng cao sau bông (76%), chưa đầy đủ các vitamin, khoáng chất (85%), mức độ tăng chuyển hoá tỷ lệ thuận với diện tích và độ sâu của bông (88%). Có 73% điều dưỡng biết vai trò của dinh dưỡng điều trị đối với người bệnh bông, 79% biết đúng và đủ các hậu quả của suy dinh dưỡng đối với người bệnh bông, 72% biết đủ các giải pháp can thiệp dinh dưỡng cho người bệnh bông. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hồng Trường năm 2013 [6] và cao hơn kết quả nghiên cứu của Hồ Văn Thăng năm 2014, với các tỷ lệ lần lượt là 68,2%; 54,5%; 51,5% [7].

Đánh giá kiến thức của điều dưỡng về nhóm kiến thức dinh dưỡng cho người bệnh bông trong nghiên cứu của chúng tôi có 61% điều dưỡng trả lời đúng và đủ, vẫn còn 39% điều dưỡng chưa trả lời đúng và đủ. Kiến thức cơ bản về dinh dưỡng cho người bệnh bông rất quan trọng đối với điều dưỡng. Khi điều dưỡng hiểu được những vấn đề liên quan đến dinh dưỡng của người bệnh bông như nguyên nhân gây suy dinh dưỡng, vai trò của dinh dưỡng đối với người bệnh bông và đặc biệt là hậu quả của suy dinh dưỡng và các giải pháp can thiệp điều trị suy dinh dưỡng cho người bệnh bông sẽ giúp không chỉ bác sỹ mà cả điều dưỡng có những hướng can thiệp phù hợp và hiệu quả để phòng và điều trị suy dinh dưỡng cho người bệnh bông trong thời gian nằm viện.

4.3. Kiến thức của ĐD về sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng cho người bệnh bỏng

Trong nhóm kiến thức về sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng cho người bệnh bỏng chỉ có 55% điều dưỡng trả lời đúng và đủ. Khi phân tích cụ thể, kết quả cho thấy hầu hết điều dưỡng cho rằng khi nhập viện cần thiết phải được sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng (95%), tỷ lệ này tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Vân năm 2019 [3]: có 97,2% điều dưỡng cho rằng cần được đánh giá, sàng lọc dinh dưỡng khi nhập viện. Nhưng lại chỉ có 65% điều dưỡng biết được việc người bệnh cần được sàng lọc yếu tố nguy cơ dinh dưỡng, ghi vào bệnh án trong 36 giờ đầu tính từ thời điểm nhập viện và tỷ lệ điều dưỡng biết việc người bệnh không có nguy cơ dinh dưỡng cũng cần được sàng lọc lại sau 07 ngày, ghi vào hồ sơ bệnh án cũng rất thấp là 58%. Có 70% điều dưỡng biết xác định các trường hợp không đánh giá tình trạng dinh dưỡng người bệnh được bằng chỉ số BMI (Body Mass Index - chỉ số khối cơ thể). Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Vân năm 2019 [3], nhưng thấp hơn của tác giả Đoàn Thị Hồng Nhung năm 2017 [8].

Qua các phân tích ở trên cho thấy vẫn còn khoảng trống kiến thức của điều dưỡng về vấn đề sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng và đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho người bệnh bỏng, do vậy đây cũng là gợi ý để lãnh đạo bệnh viện, khoa dinh dưỡng bệnh viện quan tâm và tập huấn thêm cho các điều dưỡng nhằm nâng cao kiến thức cho điều dưỡng liên quan đến sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng và đánh giá tình trạng dinh dưỡng để áp dụng hoàn thành tốt hơn nhiệm vụ này.

4.4. Kiến thức của điều dưỡng về hỗ trợ dinh dưỡng cho người bệnh bỏng

Kiến thức về hỗ trợ dinh dưỡng là một mảng kiến thức quan trọng trong chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy trong nhóm kiến thức này tỷ lệ điều dưỡng trả lời đúng cao nhất là các phương pháp hỗ trợ dinh dưỡng cho người bệnh với các tỷ lệ đều trên 92%, các ưu điểm nuôi ăn ống thông mũi - dạ dày 91%. Ngược lại kiến thức về những bất lợi của nuôi ăn đường tĩnh mạch điều dưỡng nắm được với tỉ lệ chưa cao 75%, kiến thức về vai trò của điều dưỡng viên với việc hỗ trợ dinh dưỡng 76%, các lưu ý trong nuôi ăn đường tĩnh mạch 77%, các vấn đề: Lưu ý với người bệnh đặt ống thông, các trường hợp chỉ định nuôi ăn qua ống thông mũi - dạ dày, nhược điểm nuôi ăn qua ống thông lần lượt là 81%, 83%, 87%. Đã có rất nhiều nghiên cứu, khuyến nghị về lợi ích và ưu tiên dinh dưỡng đường tiêu hoá hơn so với nuôi ăn đường tĩnh mạch nhưng kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kiến thức của điều dưỡng về các vấn đề liên quan đến nuôi ăn đường tĩnh mạch còn hạn chế.

Mặc dù đánh giá chung kiến thức về hỗ trợ dinh dưỡng cho người bệnh có 73% điều dưỡng trả lời đúng và đủ, thuộc top cao trong 4 nhóm kiến thức, nhưng kết quả thấp hơn nghiên cứu của Đoàn Thị Hồng Nhung năm 2017 [8]. Người điều dưỡng không chỉ phối hợp với bác sĩ đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho người bệnh mà còn là người trực tiếp hỗ trợ chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh, chính vì vậy hỗ trợ chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh là một trong những mảng quan trọng mà lãnh đạo Bệnh viện cần quan tâm tăng cường công tác đào tạo, tập huấn.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy kiến thức chăm sóc dinh dưỡng của điều dưỡng chưa được cao, tỷ lệ đạt ở mức khá và tốt là 57%. Trong đó, cao nhất là tỷ lệ điều dưỡng nhận biết được các quy định về nhiệm vụ chăm sóc dinh dưỡng của điều dưỡng là 76%, kiến thức về hỗ trợ dinh dưỡng cho người bệnh là 73%, kiến thức về dinh dưỡng cho người bệnh bỏng là 61% và thấp nhất là kiến thức về sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng cho người bệnh bỏng có tỷ lệ đạt 55%.

Kiến nghị

Cần tiếp tục tổ chức tập huấn nâng cao nhận thức của người điều dưỡng về vấn đề dinh dưỡng cho người bệnh nói chung và người bệnh bỏng nói riêng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chu Anh Văn** (2013). Thực trạng chăm sóc dinh dưỡng của điều dưỡng viên các khoa lâm sàng và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013. Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện, Trường Đại học y tế Công cộng.
2. **Đỗ Đình Xuân, Trần Thị Thuận** (2009). Kỹ năng thực hành điều dưỡng tập 2, Sách đào tạo cử nhân điều dưỡng, Nhà xuất bản Y học.
3. **Nguyễn Thị Hồng Vân, Lê Văn Hối** (2019), "Thực trạng kiến thức về chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh của điều dưỡng tại bệnh viện phổi trung ương năm 2019"
4. **Trần Thị Anh Tường và cộng sự** (2016), "Khảo sát thực trạng nuôi ăn qua ống thông của bệnh nhân xạ trị Bệnh viện Ung bướu TP HCM". Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm, 12(4), 56-59.
5. **Trần Thị Phúc Nguyệt, Nguyễn Thị Vân Anh** (2008), "Thực trạng tư vấn dinh dưỡng tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2008", Dinh dưỡng và thực phẩm, Hội dinh dưỡng Việt Nam số 3+4, tr.178.
6. **Nguyễn Hồng Trường, Nguyễn Đỗ Huy** (2013).Hiểu biết của cán bộ y tế về dinh dưỡng và chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh trong bệnh viện năm 2012.Tạp chí Y học thực hành, 873(6), tr. 182-185.
7. **Hồ Văn Thăng** (2014). Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và các hoạt động chăm sóc bệnh nhân điều trị tại các khoa lâm sàng bệnh viện Đa khoa huyện Tân Kỳ tỉnh Nghệ An. Luận án bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y dược Thái Bình.
8. **Đoàn Thị Hồng Nhung** (2017). Tình trạng dinh dưỡng và điều kiện chăm sóc cho bệnh nhân viêm gan điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Thái Bình năm 2017. Luận văn Thạc sĩ dinh dưỡng, Trường Đại học Y Dược Thái Bình.
9. **Abdollahi M, et al.** (2013), "The nutrition knowledge level of physicians, nurses and nutritionists in some educational hospitals", Journal of Paramedical Sciences, Vol 4 (Winter),106-114.
10. **Aghakhani N, Nia H S, Ranjbar H et al** (2012). Nurses' attitude to patient education barriers in educational hospitals of Urmia University of Medical Sciences. Iran J Nurs Midwifery Res.
11. **Friedman A J, Cosby R, Boyko S et al** (2011). Effective teaching strategies and methods of delivery for patient education: a systematic review and practice guideline recommendations.
12. **Kobe J.A** (2006). Aspects of nutritional knowledge, attitudes, and practices of nurses working in the surgical division at the Kenyatta National Hospital, Kenyatta.
13. **Pueyo Garrigues M, Pardavila Belio M I, Canga Armayor A et al** (2022). Nurse's knowledge, skills and personal attributes for providing competent health education practice, and its influencing factors: A cross-sectional study, Nurse Educ Pract.
14. **Schonherr S, Halfens R. J, Lohrmann C,** (2014). Knowledge and Attitudes of Nursing Staff Towards Malnutrition Care in Nursing Homes: A Multicentre CrossSectional Study. J Nutr Health Aging. 19(7), page. 734-40.
15. **Boaz M, Rychani L, Barami K and et al** (2013). Nurses and nutrition: a survey of knowledge and attitudes regarding nutrition assessment and care of hospitalized elderly patients. J Contin Educ Nurs, 44(8), page. 357-64.

Phụ lục
BẢNG CÂU HỎI KHẢO SÁT

Phục vụ khảo sát kiến thức cơ bản của điều dưỡng và một số rào cản trong việc nuôi dưỡng bệnh nhân bỏng nhằm mục tiêu nâng cao chất lượng điều trị. Thông tin đảm bảo được giữ bí mật, kính mong quý

đồng nghiệp trả lời đầy đủ, chính xác. Xin trân trọng cảm ơn!

Anh/chị khoanh tròn vào số trước đáp án đúng, tại mỗi câu hỏi anh/chị có thể chọn 1 hoặc nhiều đáp án.

A.	ĐẶC ĐIỂM NHÓM ĐDV NGHIÊN CỨU
A1	Tuổi
	≤ 34 tuổi
	35 - 44 tuổi
	≥ 45 tuổi
A2	Giới tính
	Nam
	Nữ
A3	Trình độ chuyên môn
	Trung cấp
	Cao đẳng
	Đại học trở lên
A4	Thâm niên công tác
	≤ 10 năm
	> 10 năm
A5	Đối tượng
	Biên chế
	Hợp đồng
B	KIẾN THỨC ĐÚNG CỦA ĐD VỀ NHIỆM VỤ CHĂM SÓC DINH DƯỠNG
B1	Điều dưỡng viên (ĐDV) đáp ứng đủ 14 nhu cầu chăm sóc cơ bản của NB
	Đúng
	Sai
B2	Chăm sóc dinh dưỡng (CSDD) là chăm sóc cơ bản
	Đúng
	Sai
B3	Quy định nhiệm vụ CSDD của ĐDV tại thông tư liên tịch 26/2015/TTLT-BYT-BNV và thông tư 31/2021/TT-BYT của Bộ y tế năm 2021

	Nhận định nhu cầu dinh dưỡng, tiết chế và thực hiện chỉ định chăm sóc dinh dưỡng cho NB
	Theo dõi và kiểm tra đánh giá việc thực hiện chăm sóc dinh dưỡng cho NB
	Hỗ trợ NB thực hiện chế độ dinh dưỡng phù hợp theo chỉ định của bác sỹ.
	Theo dõi dung nạp, hài lòng về chế độ dinh dưỡng của NB để báo cáo bác sỹ và người làm dinh dưỡng kịp thời điều chỉnh chế độ dinh dưỡng.
	Ghi chép các vấn đề chăm sóc dinh dưỡng vào phiếu chăm sóc bản cứng hoặc bản điện tử theo quy định.
	Hướng dẫn, tư vấn chế độ dinh dưỡng cho NB
	Phối hợp với các chức danh chuyên môn dinh dưỡng hoạt động mô hình chăm sóc theo đội nhóm hiệu quả.
B4	Quy định trách nhiệm của điều dưỡng trưởng (ĐDT) tại thông tư 18/TT-BYT của bộ y tế năm 2020
	Tổ chức thực hiện tổng hợp chế độ DD hàng ngày theo chỉ định của bác sỹ điều trị và chuyển dữ liệu cho khoa DD.
	Tổ chức tiếp nhận, hỗ trợ và giám sát người bệnh thực hiện chế độ DD tại khoa.
	Tổ chức thực hiện tư vấn, truyền thông DD cho người bệnh tại khoa.
B5	Quy định trách nhiệm của điều dưỡng viên (ĐDV) tại thông tư 18/TT-BYT của bộ y tế năm 2011
	Thực hiện sàng lọc yếu tố nguy cơ DD của NB
	Thực hiện hỗ trợ, theo dõi, tư vấn, giám sát việc thực hiện chế độ DD của NB và ghi hồ sơ theo quy định.
C	KIẾN THỨC VỀ DINH DƯỠNG CHO BN BÔNG.
C1	Nguyên nhân gây SDD cho BN bông là:
	Chuyển hóa các chất dinh dưỡng cơ bản của BN tăng cao sau bông dẫn tới nhu cầu cao về năng lượng, Protein và các chất khác.
	Mức độ tăng chuyển hóa tỷ lệ thuận với diện tích và độ sâu của bông (có thể tăng 200% so với bình thường).
	Thiếu các acid amin đặc biệt: Glutamin, Arginin (Glutamin: <i>tác dụng ức chế trực tiếp sự thoái hóa Protein của mô cơ, cải thiện chức năng miễn dịch</i> . Arginin: <i>tăng quá trình liền sẹo, cân bằng nitơ, cải thiện chức năng miễn dịch</i>)
	Chưa đầy đủ vitamin và khoáng chất: vtm C, vtm A, Zn
	Rối loạn hấp thu
	BN sợ sẹo, ngứa nên ăn kiêng khem quá nhiều loại thực phẩm theo quan niệm dân gian cũ.
C2	Vai trò của dinh dưỡng điều trị đối với BN bông
	Giúp tái tạo mô
	Nâng cao sức chống đỡ của cơ thể
	Bù đắp cho trạng thái dị hóa cao trong bệnh bông

C3	Hậu quả của SDD đối với BN bỏng
	Giảm sức đề kháng
	Chậm liền vết thương
	Suy mòn, suy kiệt
	Tăng thời gian nằm viện -> tăng chi phí điều trị
	Tăng nguy cơ tử vong
C4	Giải pháp can thiệp dinh dưỡng cho BN bỏng
	Cung cấp khẩu phần ăn đúng bệnh lý, đủ năng lượng và các chất dinh dưỡng với nhu cầu của từng bệnh nhân
	Giáo dục tư vấn dinh dưỡng
D	KIẾN THỨC CỦA ĐDV VỀ SÀNG LỌC NGUY CƠ DD CHO BN BỎNG
D1	Sự cần thiết sàng lọc nguy cơ DD cho NB
	Có
	Không
D2	Mục đích của sàng lọc nguy cơ DD cho NB
	Xác định NB có nguy cơ SDD hoặc SDD để có can thiệp dinh dưỡng sớm và hợp lý, cải thiện kết quả điều trị.
	Theo dõi tình trạng dinh dưỡng NB trong quá trình điều trị.
D3	Phương pháp sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng và đánh giá tình trạng dinh dưỡng
	Đánh giá BMI
	Đánh giá qua các chỉ số xét nghiệm: Albumin huyết thanh, Prealbumin huyết thanh,...
	Đánh giá qua bộ công cụ: SGA, NRS,...
D4	Trường hợp không đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng BMI
	NB phù
	NB mất một phần cơ thể
	NB có dị tật gù vẹo cột sống
D5	Người bệnh cần được sàng lọc yếu tố nguy cơ DD và ghi vào bệnh án trong 36 giờ tính từ thời điểm nhập viện.
	Có
	Không
D6	Người bệnh không có nguy cơ DD được sàng lọc lại sau 07 ngày nằm viện và ghi vào hồ sơ bệnh án.
	Có
	Không

E	KIẾN THỨC CỦA ĐDV VỀ HỖ TRỢ DINH DƯỠNG CHO BN BỎNG.
E1	Vai trò của ĐDV với việc hỗ trợ dinh dưỡng
	Xác định nguy cơ thiếu dinh dưỡng để lập kế hoạch can thiệp hỗ trợ dinh dưỡng cho người bệnh an toàn, hiệu quả.
	Cần phối hợp với nhóm chăm sóc để kiểm tra chế độ ăn bệnh lý hàng ngày theo chỉ định của bác sĩ.
	Chủ động mời cán bộ khoa dinh dưỡng tham gia hội chẩn về dinh dưỡng cho các trường hợp bệnh lý phức tạp liên quan đến dinh dưỡng.
E2	Phương pháp hỗ trợ dinh dưỡng
	Hỗ trợ NB ăn/uống qua đường miệng
	Hỗ trợ NB ăn/uống qua ống sonde (mũi- dạ dày, mũi- hồng tràng, qua da)
	Hỗ trợ NB ăn/uống qua đường tĩnh mạch (trung tâm, ngoại vi)
E3	Trường hợp chỉ định nuôi ăn qua ống thông mũi- dạ dày
	NB mê
	NB bị tổn thương vùng miệng không nhai, nuốt được
	NB bị uốn ván nặng
	NB từ chối không chịu ăn
E4	Ưu điểm nuôi ăn ống thông mũi- dạ dày
	Cung cấp đầy đủ năng lượng, chất dinh dưỡng cho NB
	Ít gây tai biến
	Phù hợp với kinh tế của nhiều người
	Không phụ thuộc vào cảm quan của NB
E5	Nhược điểm nuôi ăn ống thông mũi- dạ dày
	Các enzym đường tiêu hoá bị ức chế, bài tiết dịch tiêu hoá kém
	Người bệnh không có cảm giác ngon miệng
	Dễ bị rối loạn tiêu hoá
	Viêm phổi hít, sặc do vật lạ vào phổi
	Viêm tắc tuyến nước bọt
	Lở loét vùng niêm mạc mũi nơi cố định ống
E6	Lưu ý với NB đặt ống thông
	Thức ăn lỏng, nhẹ, dễ tiêu, ấm
	Mỗi lần ăn không quá 300ml, nhiều lần trong ngày (6-8 lần/ngày)
	Nếu dùng túi thức ăn, không lưu thức ăn trong túi quá 3h/lần
	Cho thức ăn vào với áp lực nhẹ (cách dạ dày 15-20cm), liên tục tránh bọt khí.

	Duy trì tư thế nằm cao 30 phút sau ăn
	Kiểm tra dịch tồn dư dạ dày trước khi ăn, nếu trên 100ml phải báo bác sĩ.
	Tráng ống trước và sau mỗi lần ăn
	Thay ống mỗi 5-7 ngày hoặc thay khi ống bị bẩn
E7	Bất lợi của nuôi ăn qua đường tĩnh mạch
	Đắt tiền
	Dễ gây phản ứng thuốc, các tai biến do truyền dịch
	Làm cho cơ quan tiêu hoá kém hoạt động
	Nhiễm trùng (viêm tĩnh mạch), tắc mạch do bọt khí
	Tổn thương cơ học, viêm cuống tĩnh mạch
	Phản ứng dị ứng, rối loạn chức năng gan, thận máu
	Chất đưa vào không đủ loại, không có sự tham gia của bộ máy tiêu hoá
	Khó sử dụng tại nhà, nhất là NB bị kích động
E8	Lưu ý khi nuôi ăn đường tĩnh mạch
	Tuyệt đối vô khuẩn khi tiêm truyền
	Tốc độ chậm 30 giọt/ph, theo y lệnh
	Nên tiêm vào tĩnh mạch lớn
	Không nên pha lẫn các loại thuốc khác vào dung dịch
	Theo dõi các loại biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi truyền

ĐÁNH GIÁ THỰC HÀNH KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ Ở CÁC KHOA LÂM SÀNG, BỆNH VIỆN BỎNG QUỐC GIA LÊ HỮU TRÁC

Nguyễn Thị Hương, Lương Đình Tuấn, Nguyễn Hùng Thắng
Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kỹ năng thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế tại các khoa lâm sàng, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác.

Đối tượng và phương pháp: Nhân viên y tế bao gồm bác sĩ, điều dưỡng và học viên thực tập các khoa lâm sàng từ tháng 7/2022 - 4/2023. Nghiên cứu tiến cứu, quan sát mô tả thực hành rửa tay, khử khuẩn, dụng cụ y tế tại các khoa lâm sàng.

Kết quả: 1/ Tỷ lệ vệ sinh tay nhân viên y tế: học viên 21,1%, bác sĩ 36,7%, điều dưỡng 38,6%. Chỉ có 22,5% tuân thủ vệ sinh tay đủ 6 bước quy trình. Qua hai phương pháp giám sát vệ sinh tay ngoại khoa, tỷ lệ tuân thủ quan sát trực tiếp 45,3%, cao hơn quan sát qua camera 25,1%. Tỷ lệ cấy khuẩn (+) trên bàn tay nhân viên y tế là 21,6%.

2/ Kỹ năng thực hành quy trình khử khuẩn: Tỷ lệ pha hóa chất khử khuẩn mức độ cao đúng nồng độ và thời gian ngâm chỉ đạt 70%, pha hóa chất khử khuẩn sơ bộ đúng nồng độ chỉ đạt 51,7% và các dụng cụ sau khi sử dụng được ngâm ngập chỉ đạt 58,3%. Có 8/30 mẫu dụng cụ y tế bán thiết yếu nhiễm vi khuẩn (26,7%). Các loài vi khuẩn phân lập được chủ yếu là *Bacillus* (75,0%).

Kết luận: Sự tuân thủ một số quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế ở các khoa lâm sàng Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác còn chưa cao.

Từ khóa: Kiểm soát nhiễm khuẩn, nhân viên y tế

ABSTRACT

Objective: To assess the practice of standard infection control precautions among healthcare workers at Le Huu Trac National Burn Hospital.

Subjects and Methods: Health care workers including doctors, nurses and trainees of clinical departments from July 2022 to April 2023. Prospective, descriptive observation study on the practice of hand washing, sterilization and sterilization of medical instruments in clinical departments.

¹Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Hương, Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác
Email: huongnguyencnk@gmail.com

Ngày gửi bài: 20/7/2023; Ngày phản biện: 21/8/2023; Ngày duyệt bài: 30/8/2023
<https://doi.org/10.54804/yhthvb.4.2023.254>

Results: 1/Proportion of hand hygiene of medical staff: Trainees 21.1%, Doctors 36.7%, Nurses 38.6% and only 22.5% complied with all 6 steps of hand hygiene. Through two methods of monitoring surgical hand hygiene, the compliance rate observed directly at 45.3% was higher than that observed through the camera at 25.1%. The rate of positive samples in the hands of medical staff was 21.6%.

2/ Practical skills of the sterilization-sterilization process: The ratio of mixing chemicals with the correct concentration and soaking time for full sterilization was only 70%, the preparation of preliminarily disinfecting chemicals with the correct concentration only reached 51.7% and the tools after use were submerged only 58.3%. All other contents are above 80%. There were 8/30 samples of semi-essential medical equipment contaminated with bacteria (26.7%). The bacterial species isolated were mainly *Bacillus* (75.0%).

Conclusion: Compliance with some infection control procedures by medical staff in clinical departments of Le Huu Trac National Burn Hospital has still not been high.

Keywords: Infection control, healthcare workers

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các cơ sở y tế, việc thực hiện đúng quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn (KSNK) sẽ làm giảm tỉ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện, giảm tỉ lệ tử vong, rút ngắn thời gian điều trị và giảm đáng kể chi phí điều trị [1].

Hiện nay, ở Việt Nam tỉ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) chung ở người bệnh nhập viện từ 5 - 10% tùy theo đặc điểm và quy mô bệnh viện. Tỷ lệ người bệnh mắc nhiễm trùng bệnh viện có thể lên đến 20% - 30% ở những nơi có nguy cơ cao như khoa Hồi sức tích cực, khoa ngoại hoặc có thể gặp ở những nơi mà nhân viên y tế (NVYT) chưa tuân thủ tốt về KSNK. Các nghiên cứu cho thấy 30% NKBV có thể phòng ngừa được nếu cơ sở y tế triển khai tốt chương trình KSNK [2].

Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác là bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối trong điều trị bỏng. Công tác KSNK trong những năm qua đã rất được quan tâm, tuy nhiên vẫn tồn tại một vài hạn chế ảnh hưởng đến

công tác điều trị, chăm sóc và chất lượng điều trị người bệnh (NB). Để đánh giá thực trạng việc tuân thủ các quy trình KSNK của NVYT làm cơ sở đề xuất lãnh đạo và các đơn vị trong Bệnh viện có các biện pháp hạn chế tới mức thấp nhất các sai sót, nâng cao chất lượng điều trị, bảo đảm an toàn cho người bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

1. Đánh giá tuân thủ quy trình vệ sinh tay của nhân viên y tế tại các khoa lâm sàng.

2. Đánh giá kỹ năng thực hành khử khuẩn, tiệt khuẩn của điều dưỡng các khoa lâm sàng - Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Bác sỹ, điều dưỡng và học viên thực tập tại các khoa lâm sàng được lựa chọn ngẫu nhiên và không báo trước.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 07/2022 đến tháng 4/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, quan sát mô tả việc thực hành các quy trình kỹ thuật theo bảng kiểm được thiết kế sẵn, phỏng vấn trực tiếp đối tượng được quan sát. Cụ thể như sau: .

- Đánh giá cơ hội vệ sinh tay (VST) khi chăm sóc người bệnh: Thông tin liên quan tới công tác VST khi chăm sóc người bệnh được ghi lại theo bảng kiểm thiết kế sẵn.

- Quan sát thực hành VST của NVYT tại các khoa lâm sàng (6 bước theo hướng dẫn của Bộ Y tế 2006) [2].

- Quan sát VST ngoại khoa của NVYT trước khi phẫu thuật, thay băng theo bảng kiểm đã được lập sẵn, sử dụng đồng hồ bấm giây để tính thời gian rửa tay ngoại khoa của NVYT [2].

- Quan sát kỹ năng thực hành khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ y tế tái sử dụng, phỏng vấn trực tiếp điều dưỡng về quy trình pha các loại hóa chất ngâm khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ y tế [1].

- Cấy khuẩn tay NVYT và dụng cụ trước khi phẫu thuật, thay băng.

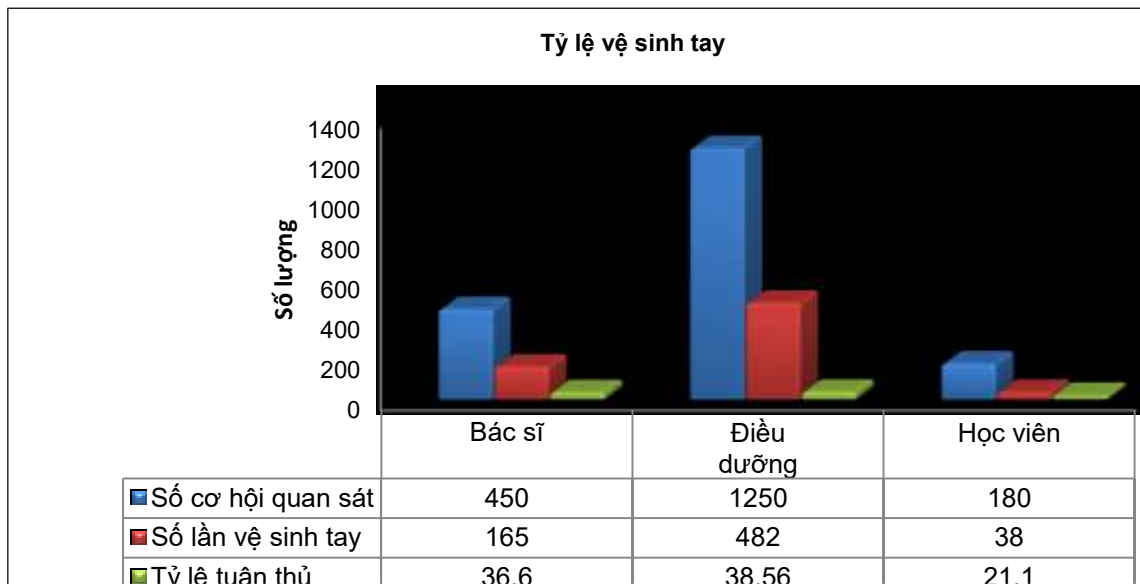
- Thời gian tiến hành giám sát vào hai thời điểm: Sáng (từ 8h - 10h), chiều (từ 14h - 16h).

2.3. Xử lý số liệu nghiên cứu

- Các kết quả nghiên cứu được nhập bằng Excel, biểu diễn dưới dạng giá trị trung bình hoặc tỷ lệ %.

- Số liệu được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 16.0. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 3. 1. Tỷ lệ vệ sinh tay theo các đối tượng quan sát

Nhận xét: Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của các đối tượng được quan sát còn thấp, thấp nhất là học viên 21,1%, tiếp theo là bác sĩ 36,6%, điều dưỡng tuân thủ VST cao hơn 38,56%. Tuy nhiên so sánh giữa ba đối tượng quan sát không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.1. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay theo các thời điểm quan sát.

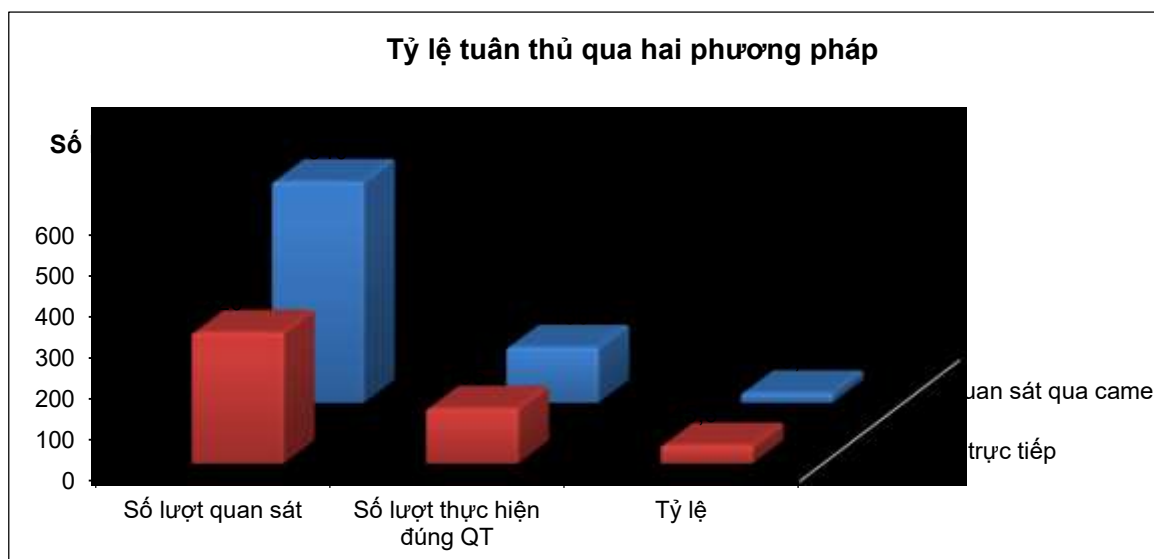
TT	Thời điểm	Số cơ hội quan sát	Số cơ hội có VST	Tỷ lệ (%)
1	Trước khi tiếp xúc với người bệnh	3140	1420	45,2
2	Trước khi làm thủ thuật vô khuẩn	4102	2025	49,4
3	Sau khi tiếp xúc với người bệnh	3255	2850	87,6
4	Sau khi làm thủ thuật vô khuẩn, tháo găng	2580	1856	72
5	Sau khi tiếp xúc với môi trường xung quanh người bệnh	3520	2125	60,4

Nhận xét: Sự tuân thủ VST theo năm thời điểm, cao nhất là thời điểm sau tiếp xúc BN 87,6%, tiếp đến thời điểm sau khi làm thủ thuật vô khuẩn, tháo găng 72%.

Bảng 3.2. Tỷ lệ VST theo 6 bước quy trình kỹ thuật của BHYT (n=1420)

TT	Quy trình	Số cơ hội thực hành	Tỷ lệ (%)
1	Bước 1	1250	88,0
2	Bước 2	950	66,9
3	Bước 3	762	53,7
4	Bước 4	560	39,4
5	Bước 5	540	38,0
6	Bước 6	650	45,8
7	Đủ 6 bước	320	22,5

Nhận xét: Tỷ lệ tuân thủ VST theo quy trình 6 bước thực hiện cao ở bước 1 và 2 88,0% và 66,9%. Chỉ có 22,5% tuân thủ vệ sinh tay đủ 6 bước quy trình.

**Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ tuân thủ VST ngoại khoa của NVYT qua quan sát**

Nhận xét: Tỷ lệ tuân thủ VST quan sát trực tiếp 45,3%, cao hơn quan sát qua camera 25,1%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Bảng 3.3. Kết quả cấy khuẩn tay ngoại khoa của NVYT trước khi phẫu thuật và thay băng (n = 134)

Chức danh	Số mẫu XN	Số mẫu không đạt	Tỷ lệ (%)
Bác sĩ	42	09	21,4
Điều dưỡng	92	20	21,7
Chung	134	29	21,6

Nhận xét: Kết quả cấy tay nhân viên y tế cho thấy tỷ lệ mẫu (+) trên bàn tay của bác sĩ 21,4%, điều dưỡng 21,7%, chung 21,6%.

Bảng 3.4. Tỷ lệ các loài vi khuẩn có trên tay nhân viên y tế (n = 29)

Loài vi khuẩn	n	Tỷ lệ %
<i>Bacillus</i>	18	62,1
<i>S.waneri</i>	3	10,3
<i>K.cristinae</i>	2	6,9
<i>A.denitri ficans</i>	1	3,45
<i>K.pneumoniae</i>	1	3,45
<i>S.epidermidis</i>	1	3,45
<i>S.horminis</i>	1	3,45
<i>S.higdunensis</i>	1	3,45
<i>S.capitis</i>	1	3,45
Cộng	29	100

Nhận xét: vi khuẩn có trên tay nhân viên y tế chủ yếu là *Bacillus* 62,1%. Tiếp theo là *S.waneri* 10,3%, *K.cristinae* 6,9%. Các loài khác chiếm 3,45%.

Bảng 3.5. Tỷ lệ tuân thủ quy trình khử khuẩn mức độ cao dụng cụ y tế bán thiết yếu bằng hóa chất diệt khuẩn (n = 40)

TT	Các nội dung kiểm tra	Đạt	Tỷ lệ (%)
1	Chuẩn bị phương tiện, dụng cụ, hóa chất.	36	90,0
2	Pha hóa chất khử khuẩn ban đầu đúng nồng độ	28	70,0
3	Tháo rời tất cả các bộ phận dụng cụ y tế bẩn (nếu có)	40	100
4	Xả dụng cụ dưới vòi nước, ngâm ngập toàn bộ các bộ phận vào dung dịch enzyme.	34	85,0

TT	Các nội dung kiểm tra	Đạt	Tỷ lệ (%)
5	Sử dụng phương tiện cọ rửa thích hợp với từng phần của dụng cụ khi làm sạch.	35	87,5
6	Tráng lại bằng nước sạch.	40	100
7	Làm khô các bộ phận bằng khăn vải mềm, gạc hoặc súng khí chuyên dụng	36	90
8	Ngâm ngập dụng cụ vào hóa chất khử khuẩn mức độ cao theo hướng dẫn của nhà sản xuất.	28	70,0
9	Thời gian ngâm tiệt khuẩn đủ theo quy định và ghi vào sổ theo dõi.	28	70,0
10	Mang găng tay vô khuẩn lấy dụng cụ đã ngâm để vào khay vô khuẩn.	30	75
11	Rửa lại dụng cụ bằng nước vô khuẩn, dùng khăn vô khuẩn lau khô và lắp ráp các phụ kiện vào dụng cụ.	36	90
12	Đem ra sử dụng ngay hoặc đóng gói sử dụng trong ngày.	35	87,5

Nhận xét: Tỷ lệ pha hóa chất khử khuẩn đúng nồng độ và thời gian ngâm tiệt khuẩn đủ theo quy định chỉ đạt 70%. Mang găng tay vô khuẩn lấy dụng cụ đã ngâm để vào khay vô khuẩn đạt 75%. Các nội dung khác đạt từ 85% - 100%.

Bảng 3.6. Tỷ lệ tuân thủ quy trình tiệt khuẩn dụng cụ y tế thiết yếu (n = 60)

TT	Các nội dung kiểm tra	Đạt	Tỷ lệ (%)
1	Chuẩn bị phương tiện, dụng cụ, xà phòng, hóa chất.	52	86,7
2	Pha hóa chất khử khuẩn đúng nồng độ.	31	51,7
3	Ngâm ngập dụng cụ vào dung dịch khử khuẩn.	35	58,3
4	Sử dụng phương tiện cọ rửa thích hợp với từng phần của dụng cụ khi làm sạch, tráng lại bằng nước sạch.	40	66,7
5	Làm khô các bộ phận bằng gạc hoặc khăn vải mềm.	60	100
6	Đóng gói theo bộ vào hộp hoặc túi chuyên dụng.	60	100
7	Bàn giao xuống KSNK, dán chỉ thị, ghi chép sổ sách	55	91,7

Nhận xét: Tỷ lệ pha hóa chất khử khuẩn đúng nồng độ chỉ đạt (51,7%) và các dụng cụ sau khi sử dụng được ngâm ngập chỉ đạt (58,3%).

Bảng 3.7. Kết quả cấy khuẩn dụng cụ y tế thiết yếu và dụng cụ y tế bán thiết yếu

Nội dung	Số mẫu XN	Số mẫu không đạt	Tỷ lệ (%)
Dụng cụ y tế thiết yếu	128	00	00
Dụng cụ y tế bán thiết yếu	30	08	26,7

Nhận xét: Kết quả cấy khuẩn dụng cụ y tế thiết yếu các mẫu đều âm tính dụng cụ y tế bán thiết yếu số mẫu không đạt là 8/30 mẫu (26,7%).

Bảng 3.8. Tỷ lệ các loài vi khuẩn phân lập được trên dụng cụ y tế bán thiết yếu (n = 8)

Loài vi khuẩn	n	Tỷ lệ %
<i>Bacillus</i>	6	75,0
<i>S.caprae</i>	1	12,5
<i>S.horminis</i>	1	12,5
Cộng	8	100

Nhận xét: Trong 8 mẫu (+) dụng cụ y tế bán thiết yếu phân lập được thì có 6 mẫu sự có mặt của *Bacillus* (75,0%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Tình hình tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế

Trong nửa thế kỷ qua, tại các nước phát triển, VST được coi là biện pháp vệ sinh quan trọng nhất trong phòng ngừa NKBV. Nhờ vậy, cùng với sự phát triển của công tác dự phòng kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện, các quy định về thực hành VST ngày càng hoàn thiện để phù hợp với yêu cầu thực tế.

Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác trong những năm qua cũng đã có nhiều biện pháp tăng cường VST như phát động phong trào "vì sự sống hãy vệ sinh tay", tập huấn, bổ sung phương tiện VST, treo các poster hướng dẫn VST tại các khoa, phòng đồng thời giám sát việc tuân thủ quy trình của NVYT và phản hồi lại để họ biết và tuân thủ tốt hơn. Tuy nhiên, về tỷ lệ VST ở biểu đồ 3.1 còn thấp, thấp nhất là học viên 21,1%, tiếp theo là bác sĩ 36,7%, điều dưỡng tuân thủ VST cao hơn 38,7%. Tuy nhiên so sánh giữa ba đối tượng quan sát, khác biệt không có ý nghĩa về mặt thống kê với $p > 0,05$.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương (2016), tại Bệnh viện Bông Quốc

gia Lê Hữu Trác, trước và sau khi có các biện pháp can thiệp như trang bị phương tiện vệ sinh tay, tập huấn cho NVYT thì tỷ lệ VST của bác sĩ trước can thiệp 29,2%, sau can thiệp tăng lên 45,8%; điều dưỡng trước can thiệp 34,2%, sau can thiệp 52,5%, học viên trước can thiệp 10,9%, sau can thiệp 22,7% [3].

Tỷ lệ VST với dung dịch chứa cồn của NVYT ở Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác thấp hơn nghiên cứu của Trần Hữu Luyện (2010) tại Bệnh viện Trung ương Huế, tỷ lệ vệ sinh tay với dung dịch chứa cồn là 78,34% [4], điều này có thể giải thích do dung dịch chứa cồn ở một số khoa lâm sàng còn chưa được sử dụng nhiều, hoặc do còn nhiều NVYT chưa có thói quen trong việc vệ sinh tay với dung dịch chứa cồn.

Sự tuân thủ năm thời điểm VST của NVYT ở bảng 3.1 cho thấy cao nhất là thời điểm sau tiếp xúc người bệnh 87,6%, tiếp đến thời điểm sau khi làm thủ thuật vô khuẩn, tháo găng 72%. Điều này cũng hoàn toàn phù hợp với một số nghiên cứu của các tác giả trong nước. Nghiên cứu của Đặng Thị Thu Hương (2012 - 2015) cho thấy tuân thủ VST theo năm thời điểm của nhân viên y tế ở Bệnh viện Nhi Trung ương sau khi tiếp xúc với người bệnh có tỷ lệ cao nhất 90,1% [5]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Quang (2014) tại Viện 175

cho thấy tỷ lệ sau tiếp xúc dịch tiết chiếm tỷ lệ cao nhất 55,5% [6].

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.2 về tuân thủ 6 bước quy trình của NVYT tại Bệnh viện cho thấy, bước 1 thực hiện cao nhất 88%, tiếp đến bước 2, các bước còn lại thực hiện thấp hơn, chỉ có 22,5% thực hiện đầy đủ các bước quy trình.

Theo WHO (2009) và CDC (2009), trên cơ sở những khuyến cáo của các chuyên gia kiểm soát nhiễm khuẩn hàng đầu trên thế giới dựa vào các kết quả nghiên cứu khoa học đã chứng minh được những bằng chứng về tầm quan trọng của vệ sinh tay [7], [8].

Một nghiên cứu tại Thụy Sĩ cho thấy, tỷ lệ NKBV giảm từ 16,9% (1994) xuống còn 9,9% (1997). Sự lan truyền vi khuẩn kháng Methicilin /10.000 ngày điều trị/BN giảm từ 2,16 % (1994) xuống còn 0,93% (1997) nhưng lượng tiêu thụ dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn lại tăng từ 3,5 lít/ngày BN (1993) lên 15,4 lít (1997). Năm 2002, nghiên cứu của Pittet đã công bố từ năm 1999 - 2001 cho thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện duy trì ở mức 10% (giảm 6% so với trước khi có chương trình rửa tay), trong khi kinh phí đầu tư cho chương trình rửa tay chỉ là 290.000 USD, tính ra là đã tiết kiệm chi phí cho điều trị nhiễm khuẩn trong 3 năm là 12 triệu đô la Mỹ [11].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở biểu đồ 3.2 về tỷ lệ tuân thủ VST ngoại khoa của NVYT qua hai phương pháp quan sát cho thấy quan sát trực tiếp tỷ lệ vệ sinh tay cao hơn hẳn so với quan sát qua Camera (45,3% so với 25,2 %). Điều này cho thấy ý thức tuân thủ của một số nhân viên y tế chưa cao, vẫn chưa hiểu hết được tầm quan trọng của vệ sinh bàn tay trong thay băng phẫu thuật. Một số NVYT

vẫn có quan điểm việc đi găng tay vô khuẩn có thể thay thế được rửa tay, một số lại cho rằng vết thương của người bệnh bị nhiễm khuẩn nên việc rửa tay không có ý nghĩa. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Hoàn (2017), về đánh giá quy trình vệ sinh tay ngoại khoa của phẫu thuật viên, điều dưỡng viên tại phòng mổ Bệnh viện Quân y 110 cho thấy tuân thủ đủ các bước quy trình chiếm tỷ lệ 35,3% và 30,5% thực hiện rửa tay không đủ thời gian [10].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.3 cho thấy mức độ ô nhiễm bàn tay của NVYT sau khi VST bằng dung dịch chứa cồn, tỷ lệ chưa đạt yêu cầu, bác sĩ là 21,4%, điều dưỡng là 21,7%. Kết quả chưa đạt yêu cầu cũng do một số nguyên nhân như nguồn nước, thời gian rửa tay chưa đủ, chưa đúng quy trình.

Ở bảng 3.4 kết quả phân lập các loài vi khuẩn có trên da tay với tổng số 28 mẫu (+) thì có 18 mẫu là sự có mặt của *Bacillus* 60,6%, tiếp đến là *S. Waneri* 10,6%. *K.cristinae* 7,14 %. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương (2016): Tỷ lệ loài vi khuẩn phân lập được là 61,5%[3].

4.2. Tình hình tuân thủ quy trình xử lý dụng cụ y tế

KK-TK dụng cụ đúng cách là một trong những khâu quan trọng trong phòng ngừa NKBV. Theo nguyên tắc phòng ngừa chuẩn, tất cả các dụng cụ sau khi sử dụng cho bệnh nhân đều phải được khử khuẩn, tiệt khuẩn theo đúng quy trình để tránh lây nhiễm chéo. Theo Denis G. Maki, Paul A. Tambyah (2001) cho biết, tại Bệnh viện Wiscousin nguy cơ nhiễm trùng với các ống thông tiểu rất cao nếu không được khử khuẩn, tiệt khuẩn đúng quy trình [11].

Kết quả nghiên cứu bảng 3.4 về tỷ lệ nhân viên pha hóa chất khử khuẩn ban đầu chưa đúng nồng độ chỉ đạt (70,0%). Việc ngâm dụng cụ ngập vào hóa chất khử khuẩn chỉ đạt 80,0%. Nghiên cứu của Lương Đình Tuấn (2020) cho thấy, trước can thiệp tỷ lệ nhân viên pha hóa chất khử khuẩn ban đầu chưa đúng nồng độ chỉ đạt 43,3%, sau can thiệp tăng cao rõ rệt 90,0% [12]. Dụng cụ y tế cần được làm sạch, khử khuẩn hóa chất đúng nồng độ, những dụng cụ có nhiều khe kẽ, khớp nối, lòng ống hẹp thường khó khử khuẩn hơn những dụng cụ có bề mặt bằng phẳng do dung dịch khử khuẩn khó xâm nhập vào các bộ phận của dụng cụ. Do vậy trong quá trình làm sạch, các dụng cụ phải được ngâm ngập trong dung dịch khử khuẩn.

Về tỷ lệ tuân thủ quy trình tiệt khuẩn dụng cụ y tế chịu nhiệt bảng 3.6 cho thấy tỷ lệ pha hóa chất khử khuẩn đúng nồng độ chỉ đạt 51,7%, lượng nước trong thùng ngâm dụng cụ ít nên không ngập hết dụng cụ 58,3%. Phần lớn các điều dưỡng không chú trọng đến việc pha hoá chất khử khuẩn ban đầu, qua phỏng vấn một số điều dưỡng trả lời khâu cuối cùng là hấp ước nhiệt độ cao nên đã diệt hết vi khuẩn.

Trong các phương pháp tiệt khuẩn đang được áp dụng hiện nay thì tiệt khuẩn bằng nhiệt ước ở dạng hơi nước bão hòa dưới áp lực hấp ước là phương pháp đang được sử dụng rộng rãi và đáng tin cậy nhất. Phương pháp này không độc, ít tốn kém và có khả năng diệt hoàn toàn bào tử. Tại bảng 3.7 cho thấy, kết quả cấy khuẩn dụng cụ y tế chịu nhiệt bằng máy hấp ước Autocla, với 128 mẫu được xét nghiệm thì tất cả các mẫu đều không có sự hiện diện của vi khuẩn. Dụng cụ y tế bán thiết yếu với 30 mẫu xét nghiệm thì có 8 mẫu không đạt. Kết quả này cho thấy sự tuân thủ chưa

đúng quy trình ngâm khử khuẩn mức độ cao của NVYT, ngoài ra các vi sinh vật có khả năng kháng với nhiều loại hóa chất, mức độ kháng hóa chất của các vi sinh vật cũng khác nhau. Về tỷ lệ các loài vi khuẩn phân lập được trên dụng cụ y tế bán thiết yếu tại bảng 3.8 chủ yếu là *Bacillus* 75%.

5. KẾT LUẬN

Qua đánh giá thực hiện một số các quy trình KSNK của NVYT còn thấp: Tỷ lệ chấp hành VST ở học viên là 21,1%, bác sĩ: 36,7%, điều dưỡng: 38,7%; tuân thủ năm thời điểm VST cao nhất là thời điểm sau tiếp xúc bệnh nhân (87,6%) và chỉ có 22,5% thực hiện đầy đủ các bước quy trình.

Tỷ lệ tuân thủ đúng kỹ thuật rửa tay ngoại khoa qua quan sát trực tiếp là 45,3%, cao hơn quan sát qua camera (25,1%); loài vi khuẩn phân lập được trên bàn tay NVYT chủ yếu là *Bacillus* 60,6%.

Qua quan sát về kỹ năng thực hành quy trình xử lý DC y tế tái sử dụng, phần lớn các điều dưỡng chưa pha đúng nồng độ khử khuẩn ban đầu, chỉ đạt 51,7%. Xét nghiệm các mẫu dụng cụ y tế thiết yếu đều đạt yêu cầu, DC y tế bán y tế bán thiết yếu có 8/32 mẫu (+) (26,7%), các vi khuẩn chủ yếu là *Bacillus* (75%).

Kiến nghị

Tăng cường công tác giám sát tuân thủ các quy trình KSNK, đặc biệt là vệ sinh tay, khử khuẩn, tiệt khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012), Hướng dẫn khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ y tế trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. **Bộ Y tế (2018)**, Quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. TT 16/2018/TT-BYT.
3. **Nguyễn Thị Hương & cộng sự (2016)**, “Đánh giá hiệu quả của một số biện pháp can thiệp nhằm nâng cao kiến thức, kỹ năng thực hành vệ sinh bàn tay của nhân viên y tế tại Bệnh viện Bông Quốc gia”, Tạp chí y học thảm họa và bồng.
4. **Trần Hữu Luyện, Đặng Như Phồn (2010)**, “Khảo sát tuân thủ vệ sinh tay tại Bệnh viện Trung ương Huế theo lời kêu gọi của Tổ chức Y tế Thế giới nhân ngày 5-5-2010”, Tạp chí Y học lâm sàng, NXB Đại học Huế, tr 19-23.
5. **Đặng thị Thu Hương và cộng sự (2022)**. "Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của Nhân viên y tế tại Bệnh viện nhi Trung ương qua giám sát giai đoạn từ 2012-2015", Báo cáo tại Hội nghị Khoa học chuyên ngành Kiểm soát nhiễm khuẩn (2016) - Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y.
6. **Nguyễn Văn Quang (2014)**. "Khảo sát tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay tại Bệnh viện Quân y 175" Kỷ yếu Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quân (2014). tr 125-129.
7. **CDC (2009)**, wash your hands http://www.cdc.gov/featur/hand_washing/16/4/2014
8. **WHO (2009)**, Frequently Asked Questions.
9. **Pitted D (2000)**, lancet 2000: 356; 1307-1312.
10. **Nguyễn Văn Hoàn (2017)**. “Đánh giá việc tuân thủ quy trình rửa tay phẫu thuật của Bác sĩ phẫu thuật viên, điều dưỡng viên tại phòng mổ, Bệnh viện Quân y 110”. Kỷ yếu Hội nghị khoa học Điều dưỡng toàn quân (2017), tr 2016-2019.
11. **Denis G. Maki, Paul A. Tambyah** (Mar. Apr 2001), "Engineering out the risk of infection with urinary catheter uni of Wisconsin medical Scool", Emerging Infections diseases,7.
12. **Lương Đình Tuấn (2020)**. “Đánh giá kiến thức, thực hành của điều dưỡng về xử lý dụng cụ y tế tái sử dụng năm 2020”, Báo cáo tại Hội nghị Khoa học điều dưỡng (2010) - Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác.

ĐIỀU TRỊ THÀNH CÔNG BỆNH NHÂN BỎNG ACID CHROMIC CÓ BIẾN CHỨNG TỔN THƯƠNG THẬN CẤP (Thông báo lâm sàng)

Hoàng Văn Vụ, Trần Thị Dịu Hiền, Trương Thị Thúy
Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

TÓM TẮT

Bỏng hóa chất xuất hiện từ khi con người biết sử dụng hóa chất và bắt đầu phát triển mạnh từ thế kỷ XV - XVI. Cùng với sự phát triển của khoa học công nghệ và công nghiệp, bỏng hóa chất trở nên phổ biến hơn. Tỷ lệ bỏng hóa chất chỉ đứng sau bỏng do nhiệt khô và nhiệt ướt [1]. Hoàn cảnh gây bỏng hóa chất rất đa dạng: do tai nạn sinh hoạt; ở những người tiếp xúc với hóa chất như trong các labo, các ngành công nghiệp hóa chất, xây dựng và sử dụng không chuyên môn các hóa chất; liên quan đến hành động tội ác và tự tử; trong đó, bỏng hóa chất liên quan đến lao động chiếm tỷ lệ cao (1/2 - 2/3 tổng số bệnh nhân bỏng hóa chất) [1], [2].

Bỏng hóa chất bao gồm bỏng do acid và bỏng do base. Về mặt cơ chế, bỏng do base thường gây hoại tử hóa lỏng và hiện tượng xà phòng hóa khiến hóa chất tiếp tục ngấm sâu gây trầm trọng thêm tình trạng tổn thương, còn bỏng do acid có xu hướng tạo hoại tử khô và đông vón ngăn cản sự xâm nhập sâu của hóa chất tới các mô dưới da [2], [3]. Tuy nhiên, vẫn có một số acid có khả năng ngấm sâu gây độc cho cơ thể như: acid formic, chromic, muriatic, sulfuric,... Cơ quan dễ bị tổn thương thường là cơ quan có chức năng đào thải như gan, thận [1].

Trong báo cáo này, chúng tôi xin giới thiệu một trường hợp bệnh nhân bỏng acid chromic có biến chứng tổn thương thận cấp đã được điều trị thành công.

Từ khóa: Bỏng acid, tổn thương thận cấp

ABSTRACT

Chemical burns appeared when people knew how to use chemicals and began to thrive in the 15th - 16th centuries. With the development of science and technology and industry, chemical burns become more common. The rate of chemical burns is third only to burns caused by dry heat and wet heat [1]. Circumstances causing chemical burns are very diverse: due to domestic accidents; in people exposed to chemicals such as in laboratories, chemical industries, construction and non-professional use of chemicals; involved in criminal acts and suicide; in which, chemical burns related to labor account for a high proportion (1/2 - 2/3 of the total number of chemical burn patients) [1], [2].

Chịu trách nhiệm: Hoàng Văn Vụ, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

Email: hoangvuk43hvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/7/2023; Ngày nhận xét: 18/8/2023; Ngày duyệt bài: 30/8/2023

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.4.2023.255>

Chemical burns include acid burns and base burns. Mechanistically, base burns often cause liquefaction necrosis and saponification, causing chemicals to continue to penetrate deeply, causing aggravation of injury, while acid burns tend to produce dry and coagulated necrosis. Prevents deep penetration of chemicals into subcutaneous tissues [2], [3]. However, there are still some acids that can penetrate deeply to cause toxicity to the body such as formic, chromic, muriatic, sulfuric acids, etc. Vulnerable organs are usually organs with elimination functions such as the liver and kidney [1].

In this report, we would like to introduce a clinical case of chromic acid burn patient with complications of acute kidney injury who was successfully treated.

Keywords: acid burn, acute kidney injury

1. GIỚI THIỆU BỆNH NHÂN

Bệnh nhân: Nguyễn Thế S., 23 tuổi, số bệnh án: 23003656

Quê quán: Cách Bi - Quế Võ - Bắc Ninh.

Tóm tắt bệnh sử và diễn biến quá trình điều trị:

Bệnh nhân là công nhân của một công ty hóa chất tại địa phương đang sinh sống, lúc 19h40 ngày 10/05/2023, đang làm việc thì sơ ý trượt chân vào thùng hóa chất công nghiệp có bản chất là dạng acid của chrom với thành phần gồm: $\text{CrO}_3 \approx 99\%$, $\text{SO}_4^{2-} \approx 0,06\%$, $\text{Na}^+ \approx 0,5\%$ (Hình 1) và được đun nóng ở nhiệt độ 70°C . Bệnh nhân mặc quần dài, đi ủng và bên trong có đi tất. Sau khi trượt chân vào thùng hóa chất, bệnh nhân rút chân ra được ngay và cởi bỏ ủng, tất, đồng thời được

đồng nghiệp giúp cắt bỏ quần ngấm hóa chất, dùng vòi nước tưới rửa lên vùng tổn thương khoảng 10 phút, đưa tới cấp cứu tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh. Tại đây được truyền 500ml dung dịch Ringer lactate, giảm đau và băng vết thương. Đến 23h40ph cùng ngày vào khoa Bỏng Người Lớn, Bệnh viện Bỏng Quốc gia điều trị trong tình trạng: tỉnh, tiếp xúc tốt, da niêm mạc hồng, không sốt, thân nhiệt lúc vào là $36,7^\circ\text{C}$, tự thở thỏa đáng, tần số thở: 16 lần/phút, SpO_2 : 99%, rì rào phế nang hai phổi rõ, không có ran, mạch: 77 lần/phút, huyết áp: 104/72 mmHg, đặt sonde tiểu được 100ml nước tiểu đầu màu vàng nhạt. Tuy nhiên, những ngày sau đó, số lượng nước tiểu bệnh nhân ít dần và đậm màu dần, chân trái phù nề tăng, lan rộng ra toàn thân.



Hình 1. Thùng Acid Chromic gây bỏng cho bệnh nhân (hình ảnh minh họa)

Ngày 15/05/2023 (ngày thứ 5 sau bông), bệnh nhân xuất hiện tình trạng vô niệu, không đi tiểu được, không có cầu bàng quang, đặt sonde tiểu không có nước tiểu. Bệnh nhân được bổ sung lợi tiểu và làm lại các xét nghiệm sinh hóa, huyết học, khí máu. Tuy nhiên, lợi tiểu không có tác dụng, bệnh nhân vẫn vô niệu, xét nghiệm có toan chuyển hóa nặng: pH: 7,2; pCO₂: 33; pO₂: 168; HCO₃⁻: 12,9; BE: -14,0; lactate: 0,5 mmol/l; ure và creatinin tăng rất cao: Ure: 16,3 mmol/L, Creatinin: 818,4 μmol/L. Bệnh nhân rơi vào tình trạng suy thận cấp.

Ngày 16/05/2023 (ngày thứ 6 sau bông), lúc 01h00, bệnh nhân được chuyển đến khoa Hồi sức cấp cứu, được đặt catheter lọc máu và tiến hành lọc máu liên tục cấp cứu ngay trong đêm. Mode lọc phù hợp với tình trạng toan chuyển hóa và tổn thương thận cấp của bệnh nhân đó là CVVHDF (siêu lọc máu thẩm tách liên tục) với các thông số được cài đặt ban đầu như sau: Tốc độ máu (Blood): 180ml/h, tốc độ

dịch thay thế (replacement): 1000ml/h, tốc độ dịch thẩm tách (Dialysis): 3000ml/h, dịch rút (Fluid remove): 200ml/h. Các thông số này sẽ được điều chỉnh dựa trên tình trạng toàn thân và xét nghiệm của bệnh nhân hàng giờ, hàng ngày. Liều chống đông Heparin được sử dụng và điều chỉnh theo phác đồ dựa trên kết quả xét nghiệm đông máu toàn bộ và số lượng tiểu cầu (Bảng 1). Đồng thời, kháng sinh mạnh toàn thân, phổ rộng được sử dụng để dự phòng nhiễm khuẩn cho bệnh nhân với liều dùng phù hợp cho bệnh nhân lọc máu liên tục: Meropenem 500mg x 03 lọ/ngày, cứ mỗi 8 giờ dùng 01 lọ, duy trì bơm tiêm điện trong 60 phút và Moxifloxacin 400mg/250ml x 01 chai/ngày, một liều duy nhất, truyền tĩnh mạch trong 60 phút.

Tại chỗ: Tổn thương tại vùng đùi, cẳng chân và bàn chân trái có tổng diện tích là 10%, toàn bộ tổn thương là hoại tử độ IV, có chỉ định phẫu thuật cắt lọc hoại tử toàn bộ và ghép da tự thân che phủ (Hình 2).

Bảng 1. Phác đồ điều chỉnh liều chống đông bằng Heparin trong liệu pháp lọc máu liên tục (CRRT) thường qui

Bolus và khởi đầu				Theo dõi và điều chỉnh		
Nguy cơ chảy máu	Không có	Thấp	Cao	APTT sau màng	Heparin bolus	Điều chỉnh tốc độ truyền Heparin
APTT (giây)	< 40	40-60	> 60	> 150	-	<ul style="list-style-type: none"> • Dừng trong 1 giờ • Giảm 200 UI/h • Kiểm tra lại APTT sau 6 giờ • Nếu vẫn còn > 150, xem xét Protamine
INR	< 1,5	1,5-2,5	> 2,5	> 100	-	<ul style="list-style-type: none"> • Dừng trong 1 giờ • Giảm 200 UI/h • Kiểm tra lại APTT sau 6 giờ
Tiểu cầu (x 10 ⁹)	> 150	60-150	< 60	80-100	-	<ul style="list-style-type: none"> • Giảm 200 UI/h

Bolus và khởi đầu				Theo dõi và điều chỉnh		
Bolus (UI)	2.000	1.000	500 Một số trường hợp không dùng	55-80	-	• Giảm 100 UI/h
Khởi đầu truyền TM (UI/kg/h)	10	5	Không dùng Biện pháp thay thế: • Hòa loãng trước màng 70-100% • Rửa quả (flushing) mỗi 30ph-2h: tối đa 250ml	45-55	-	• Không thay đổi
				40-45	-	• Tăng thêm 100 UI/h
				30-40	1.000 UI	• Tăng thêm 200 UI/h
				< 30	2.000 - 5.000 UI	• Tăng thêm 400 UI/h • Nếu làm APTT < 30 giây, xem xét phối hợp chống đông



Hình 2. Tổn thương hoại tử do acid chromic

Ngày 17/05/2023 (ngày thứ 7 sau bỏng), bệnh nhân được phẫu thuật cắt lọc toàn bộ hoại tử và được tiến hành ghép da tự thân kiểu mắt lưới che phủ tổn thương (Hình 3). Tuy nhiên, do acid chromic là loại acid có tính chất ngấm sâu vào mô tế bào, có thể gây hoại tử thứ phát trong những ngày sau đó nên chúng tôi đã tiến hành ghép da một phần diện tích nền tổn khuyết tại những vị trí đã loại bỏ hoàn toàn hoại tử đến mô lành rớm máu, không còn nguy cơ có thể ngấm sâu của acid; đồng thời tiến hành

che phủ tạm thời các phần tổn khuyết vẫn còn nguy cơ hoại tử thứ phát bằng vật liệu nhân tạo Epigard (Hình 4) và theo dõi tiến triển của tổn thương. Ở lần phẫu thuật thứ hai và thứ ba (được tiến hành vào ngày thứ 14 và ngày thứ 20 sau bỏng), chúng tôi tiến hành loại bỏ dần vật liệu Epigard, cắt lọc thêm các vùng hoại tử thứ phát và ghép da che phủ dần nền tổn khuyết (Hình 5,6). Tổn thương đã được cắt lọc hoại tử và che phủ cơ bản sau 26 ngày điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu.



Hình 3. Nền tổn khuyết sau cắt hoại tử



Hình 4. Ghép da tự thân mắt lưới và che phủ bằng Epigard



Hình 5. Phẫu thuật ghép da lần 2



Hình 6. Da ghép đã liền và biểu mô hóa khối sau 3 lần phẫu thuật

Đồng thời với quá trình phẫu thuật điều trị tại chỗ vết thương bỏng, bệnh nhân được lọc máu liên tục hàng ngày điều trị tình trạng suy thận cấp. Sau tất cả 12 lần lọc máu (220 giờ lọc máu), tình trạng tổn thương thận cấp của bệnh nhân đã có cải thiện. Ngày 25/05/2023 (ngày thứ 15 sau bỏng), trong túi nước tiểu của bệnh nhân bắt đầu xuất hiện nước tiểu và những ngày sau đó, số lượng nước tiểu tăng dần. Ngày 30/05/2023 (ngày thứ 20 sau bỏng), chúng tôi ngừng lọc máu liên tục, duy trì lợi tiểu liên tục với liều 4mg/h. Sau 3 ngày, bệnh

nhân tiểu đều với số lượng nước tiểu đạt 1-1,5ml/kg/h, màu vàng trong, các xét nghiệm chức năng thận và kiểm toan trở về bình thường, chúng tôi giảm dần liều lợi tiểu rồi cắt hẳn và theo dõi sát tình trạng bệnh nhân những ngày sau đó. Sau 26 ngày điều trị, tình trạng suy thận cấp đã hoàn toàn hồi phục, hết các rối loạn toàn thân, tổn thương tại chỗ vết thương đã được che phủ cơ bản, bệnh nhân thoát khỏi tình trạng nguy hiểm và được chuyển sang khoa Vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng (VLTL-PHCN) tiếp tục điều trị (Hình 7).



Hình 7. Bệnh nhân được chuyển khoa VLTL - PHCN tiếp tục điều trị

2. BÀN LUẬN

Acid Chromic là một acid kim loại được sử dụng rộng rãi trong nhiều ngành công nghiệp khác nhau [4], thường được dùng để mạ điện trong sản xuất hợp kim và thuốc nhuộm [5], [6]. Nó có thể gây bỏng cho da một cách nghiêm trọng và nếu hấp thụ, nó có thể dẫn đến ngộ độc chrom cấp tính. Những trường hợp ngộ độc như vậy hiếm khi xuất hiện trong y văn [5]. Chrom thường xuất hiện ở ba dạng chính: chrom kim loại và hợp kim, hợp chất chrom hóa trị ba (CrIII) và hợp chất chrom hóa trị sáu (CrVI) [4], [7]. Độc tính của chrom và các hợp chất khác nhau của nó chủ yếu liên quan đến CrVI. Hợp chất CrVI là chất oxy hóa mạnh trong môi trường acid, nó đặc biệt nguy hiểm vì dễ dàng thâm nhập sâu vào màng tế bào. Một khi vào máu, chrom hóa trị VI được hấp thụ bởi các tế bào hồng cầu và bị khử thành dạng hóa trị III. Ở dạng hóa trị III, chrom có thể liên kết với Hemoglobin làm suy yếu khả năng mang oxy của nó [6]. Khả năng di chuyển qua

màng của chrom cũng cho phép nó liên kết với các protein nội bào, dẫn đến hấp thu ở thận, gan và xương. Những rối loạn về mặt lâm sàng sau khi tiếp xúc với acid chrom nóng thường rất nghiêm trọng và có tỷ lệ tử vong cao khi diện tích tổn thương vượt quá 10% diện tích cơ thể [6].

Bệnh nhân của chúng tôi có diện tích tổn thương là 10% diện tích cơ thể nên là một trong những trường hợp lâm sàng nghiêm trọng, có tỷ lệ tử vong cao. Đồng thời, tổn thương hoại tử toàn bộ, cho thấy khả năng ngấm sâu và gây hại của acid chromic là đặc biệt nguy hiểm. Không những vậy thành phần của thùng hóa chất chính là dạng hóa trị VI của chrom (CrO_3 chiếm tới 99%) trong môi trường acid mạnh (acid sulfuric H_2SO_4) nên độc tính rất cao. Đây chính là nguyên nhân khiến cho tình trạng bệnh nhân trở nên vô cùng trầm trọng: suy thận cấp, nhiễm toan chuyển hóa và một loạt các rối loạn toàn thân cấp tính nghiêm trọng.

Về phương pháp sơ cứu, do không có chất đối kháng (chất giải độc) đặc hiệu

cho trường hợp nhiễm độc chrom cấp tính [8]. Do đó, khi da tiếp xúc với chrom acid cần phải rửa ngay với nước sạch để rửa trôi một phần tác nhân. Một số báo cáo cho thấy rằng acid ascorbic có hiệu quả khi được sử dụng tại chỗ tổn thương nhưng điều này chưa được xác nhận trong các thử nghiệm lâm sàng có đối chứng [7], [9].

Một số nghiên cứu khác lại chỉ ra rằng thuốc mỡ axit EthyleneDiamine TetraAcetic (EDTA) 10% có thể tạo điều kiện loại bỏ vảy chromat [10], [11]. Tuy nhiên, trong tình huống cấp cứu như trường hợp bệnh nhân của chúng tôi thì việc sử dụng nước mát dội rửa lên vết thương là lựa chọn chính xác và quan trọng hàng đầu giúp rửa trôi tác nhân, ngăn chặn acid ngấm sâu vào mô tế bào. Bởi vì, ngay tại nơi xảy ra tai nạn không có sẵn acid ascorbic hay EDTA; thậm chí trên thực tế, tại các cơ sở y tế và các bệnh viện chuyên khoa sâu như Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác cũng không có sẵn những hóa chất có tính đặc hiệu như vậy; chưa kể, tác dụng của các hóa chất đặc hiệu này còn chưa được kiểm chứng một cách chính xác trên lâm sàng. Như vậy, ưu tiên số một khi sơ cứu những trường hợp bỏng hiếm gặp như bỏng acid chromic trên đây vẫn là sử dụng nước mát tưới rửa lên vết thương từ 20-30ph để rửa trôi tác nhân gây bỏng, ngăn chặn acid ngấm sâu vào cơ thể.

Về điều trị, do các trường hợp bỏng do acid chromic hiếm gặp nên các guideline hướng dẫn không có nhiều [12]. Tuy nhiên, loại bỏ hoại tử sớm hoặc ngay lập tức sau bỏng gần như là phương pháp hiệu quả duy nhất giúp giảm hấp thụ chrom vào cơ

thể, từ đó làm giảm nguy cơ gây nhiễm độc toàn thân [6], [13]. Với các kỹ thuật theo dõi và phương pháp hồi sức hiện đại ngày nay thì việc cắt bỏ hoại tử sớm là hoàn toàn có thể thực hiện được.

Tuy vậy, trong trường hợp bệnh nhân này, đến ngày thứ 7 sau bỏng, khi tình trạng suy thận cấp đã tiến triển nặng mới được tiến hành loại bỏ hoại tử. Nguyên nhân chính là do tác nhân gây bỏng chưa được xác định chính xác ngay từ đầu, đồng thời có sự thiếu sót trong công tác theo dõi diễn biến và tiến triển của tình trạng bệnh nhân, một phần cũng là do sự hiếm gặp của tác nhân gây bỏng, gây ảnh hưởng đến thái độ xử trí và theo dõi bệnh nhân của nhân viên y tế. Chính điều này đã vô tình khiến bệnh nhân rơi vào tình trạng nặng nề, tiến triển biến chứng suy thận cấp, rối loạn nội môi gây nhiễm toan chuyển hóa nặng. Như vậy có thể thấy rằng các bác sĩ lâm sàng cần hết sức thận trọng trong công tác khám và hỏi bệnh cũng như cần trang bị cho mình những kiến thức thực tế về bỏng hóa chất giúp cho việc đánh giá lâm sàng giai đoạn đầu chính xác hơn. Mặc dù bệnh nhân đã được loại bỏ hoàn toàn hoại tử ở ngày thứ 7 sau bỏng nhưng chúng tôi không vội ghép da tự thân để che phủ luôn toàn bộ nền tổn khuyết sau cắt lọc hoại tử, mà chỉ tiến hành che phủ một phần bằng da tự thân, nền tổn khuyết còn lại được che phủ tạm thời bằng vật liệu tổng hợp Epigard. Nguyên nhân là do, acid chromic có tính chất ngấm sâu vào mô tế bào cơ thể, có thể gây hoại tử thứ phát nên cần được theo dõi thêm trong những ngày sau đó [1]. Và thực tế, hoại tử đã tiếp tục tiến triển ở những ngày tiếp theo, chúng tôi đã phải tiến hành thêm 2

lần phẫu thuật nữa để loại bỏ tiếp các vùng hoại tử thứ phát và che phủ dần bằng da tự thân.

Tổn thương thận cấp là một trong những biến chứng rất hay gặp khi có ngộ độc cấp tính với Chromic acid cũng như các hợp chất khác của chrom. Tổn thương thận cấp thường biểu hiện dưới dạng hoại tử ống thận cấp tính nhiễm độc [14]. Trong một thí nghiệm trên động vật tiến hành vào năm 1968 đã sử dụng một hợp chất của chrom là Dichomat nhằm gây suy thận cấp tính đã cho thấy có tình trạng hoại tử lan rộng ở ống lượn gần [15]. Tổn thương ống thận cũng có thể do sốc giảm thể tích hoặc tan máu nội mạch. Sharma và cộng sự đã từng báo cáo một trường hợp tan máu nội mạch gây suy thận cấp ở bệnh nhân ngộ độc Kali bicromat cấp tính [16].

Lọc màng bụng hoặc chạy thận nhân tạo có giá trị hỗ trợ loại bỏ chrom lưu thông và được sử dụng trong điều trị suy thận đã hình thành [5]. Tuy nhiên, lọc màng bụng có hạn chế đó là không thể thực hiện được ở bệnh nhân bị nhiễm trùng nặng vết mổ vùng bụng. Trong một nghiên cứu được tiến hành vào năm 1982, Schiff H. và các cộng sự của mình đã tiến hành so sánh hiệu quả của thẩm phân phúc mạc trên 5 bệnh nhân suy thận cấp so với chạy thận nhân tạo trên 6 bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối trong việc loại bỏ chrom. Họ đưa ra kết luận rằng chạy thận nhân tạo hiệu quả gấp khoảng 3 lần so với thẩm phân phúc mạc trong việc loại bỏ chrom trên một đơn vị thời gian [17].

Bệnh nhân của chúng tôi được lọc máu liên tục ngay khi phát hiện tình trạng suy thận cấp (ngày thứ 6 sau bỏng) với tổng

thời gian lọc máu là 220 giờ (trong khoảng thời gian từ ngày thứ 6 đến ngày thứ 19 sau bỏng). Chức năng thận đã hồi phục hoàn toàn sau 17 ngày điều trị, bệnh nhân tiểu đều, nước tiểu trong, hết các rối loạn toàn thân.

3. KẾT LUẬN

Bỏng do acid chromic hiếm gặp, thường gây hoại tử toàn bộ lớp da khi tiếp xúc với cơ thể và có khả năng ngấm sâu gây hoại tử thứ phát; đồng thời gây nhiễm độc cấp cho cơ thể, đặc biệt thường gây tổn thương các cơ quan đào thải như gan, thận,... Phẫu thuật loại bỏ hoại tử sớm hoặc ngay lập tức sau bỏng gần như là phương pháp hiệu quả duy nhất giúp giảm hấp thụ chrom vào cơ thể, làm giảm nguy cơ gây nhiễm độc toàn thân. Lọc màng bụng hoặc chạy thận nhân tạo có giá trị hỗ trợ loại bỏ chrom lưu thông và được sử dụng trong điều trị suy thận đã hình thành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Học viện Quân Y (2018). *Giáo trình bỏng*, Nhà xuất bản Quân đội Nhân dân.
2. Herndon D.N (2002). *Total burn care*, W.B Saunders Company, London.
3. Chai H., Chaudhari N., Kornhaber R., et al. (2022) Chemical burn to the skin: A systematic review of first aid impacts on clinical outcomes. *Burns*.
4. Ogawa M., Nakajima Y., Endo Y. (2007). Four cases of chemical burns thought to be caused by exposure to chromic acid mist. *Journal of Occupational Health*, 49 (5), 402-404.
5. Zhu Q., Wang B., Ling B., et al. (2019) Acute renal failure due to acute chromium poisoning after chromic acid burns. *American Journal of Emergency Medicine*.

6. **Xiang J., Sun Z., Huan J.-n.** (2011). Intensive chromic acid burns and acute chromium poisoning with acute renal failure. *Chinese Medical Journal*, 124 (13), 2071-2073.
7. **Yu D.** (2008) Chromium toxicity.
8. **Kapil V.** (2000). *Chromium toxicity*, US Department of Health and Human Services, Agency for Toxic Substances and...
9. **Bradberry S. M., Vale J. A.** (1999) Therapeutic review: is ascorbic acid of value in chromium poisoning and chromium dermatitis? *Journal of Toxicology: Clinical Toxicology*, 37 (2), 195-200.
10. **Geller R.** (2001) Clinical environmental health and toxic exposures. *Chromium. 2nd ed.* Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 152-157.
11. **Lewis R.** (2004) Occupational exposures metals. *Current Occupational and Environmental Medicine. LaDou, J. editor*, 3, 439-441.
12. **Laitung J., Earley M.** (1984) The role of surgery in chromic acid burns: our experience with two patients. *Burns*, 10 (5), 378-380.
13. **Matey P., Allison K., Sheehan T., et al.** (2000) Chromic acid burns: early aggressive excision is the best method to prevent systemic toxicity. *The Journal of burn care & rehabilitation*, 21 (3), 241-245.
14. **Varma P., Jha V., Ghosh A. et al.** (1994) Acute renal failure in a case of fatal chromic acid poisoning. *Renal failure*, 16 (5), 653-657.
15. **Biber T. U., Mylle M., Baines A. D., et al.** (1968) A study by micropuncture and microdissection of acute renal damage in rats. *The American Journal of Medicine*, 44 (5), 664-705.
16. **Sharma B., Singhal P., Chugh K.** (1978) Intravascular hemolysis and acute renal failure following potassium dichromate poisoning. *Postgraduate medical journal*, 54 (632), 414-415.
17. **Schiffli H., Weidmann P., Weiss M., et al.** (1982) Dialysis treatment of acute chromium intoxication and comparative efficacy of peritoneal versus hemodialysis in chromium removal. *Mineral and Electrolyte Metabolism*, 7 (1), 28-35.

BỆNH VIỆN BỎNG QUỐC GIA LÊ HỮU TRÁC TẬP HUẤN “ĐÁP ỨNG Y TẾ TRONG THẢM HOẠ” CHO CÁN BỘ, NHÂN VIÊN Y TẾ TỈNH CAO BẰNG

Trong 2 ngày 15 - 16/6/2023, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác phối hợp với Sở Y tế Cao Bằng tổ chức lớp tập huấn “Đáp ứng y tế trong thảm họa” cho 86 học viên là viên chức y tế tại các đơn vị trực thuộc Sở Y tế, lực lượng Quân y thuộc Bộ Chỉ huy Quân sự tỉnh Cao Bằng.

Tham dự khai mạc lớp tập huấn có Thiếu tướng, GS.TS. Nguyễn Như Lâm - Giám đốc Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác, BSCK II Nông Tuấn Phong - Giám đốc Sở Y tế, cùng với các giảng viên và toàn thể 86 học viên tham gia lớp tập huấn.

Tham dự Lớp tập huấn, các học viên được cập nhật những kiến thức về thảm họa và đáp ứng y tế trong các tình huống thiên tai thảm họa, các vấn đề y tế công cộng thường gặp trong thảm họa; Tổng quan về đội cấp cứu trong thảm họa (EMTs) theo quan điểm của Tổ chức Y tế thế giới (WHO); Phân loại nạn nhân trong thảm họa; Điều phối các đội cấp cứu trong thảm họa; Tổ chức đáp ứng y tế trước bệnh viện trong thảm họa; Xây dựng kế hoạch thu dung nạn nhân hàng loạt trong thảm họa tại cơ sở y tế; Báo cáo kết quả kế hoạch thu dung nạn nhân hàng loạt tại cơ sở y tế,...



Học viên thực hành trên mô hình tại buổi tập huấn

Trong chương trình tập huấn có nội dung khảo sát tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Cao Bằng và Trung tâm Y tế Thành phố Cao Bằng để

Với phương pháp "cầm tay chỉ việc", chú trọng thực hành, học viên đã được

cập nhật các kiến thức và rèn luyện kỹ năng xử trí với một số tình huống y tế trong thảm họa/ thương tích hàng loạt; biết lập kế hoạch thu dung nạn nhân hàng loạt tại cơ sở y tế sát với tình hình thực tế của địa phương.



Giảng viên hướng dẫn thực hành tại Bệnh viện ĐK tỉnh Cao Bằng



GS.TS. Nguyễn Như Lâm, Giám đốc Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác (thứ 3 từ trái sang) trao Chứng nhận tập huấn Đáp ứng y tế trong thảm họa cho các học viên

Khóa học đã thành công tốt đẹp, góp phần làm tốt công tác phòng, chống tai nạn thương tích và đáp ứng y tế trong các tình huống thiên tai thảm họa tại địa phương.

BỆNH VIỆN BỎNG QUỐC GIA LÊ HỮU TRÁC TỔ CHỨC HỘI NGHỊ KHOA HỌC ĐIỀU DƯỠNG - KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN NĂM 2023

Sáng 18-7, Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác tổ chức Hội nghị khoa học điều dưỡng - kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện lần thứ III, năm 2023.

Tham dự Hội nghị có Thiếu tướng, PGS. TS Trần Ngọc Tuấn, Phó Giám đốc

Học viện Quân y; Thiếu tướng, GS. TS Trần Viết Tiến, Giám đốc Bệnh viện Quân y 103; Đại biểu Bộ Y tế, Hội Điều dưỡng Ngoại khoa; Đảng uỷ, Ban Giám đốc Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác và đồng đạo các đại biểu về dự Hội nghị.



Thiếu tướng, GS.TS. Nguyễn Như Lâm, Trưởng Ban tổ chức, Giám đốc Bệnh viện phát biểu Khai mạc Hội nghị

Phát biểu khai mạc hội nghị, Thiếu tướng, GS, TS Nguyễn Như Lâm nhấn mạnh: Công tác điều dưỡng, kiểm soát nhiễm khuẩn có vai trò rất quan trọng trong việc bảo đảm chất lượng, hiệu quả chăm sóc, điều trị người bệnh, đặc biệt trong chuyên ngành bỏng, liền vết thương. Trong những năm qua, Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác với vai trò là bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối đầu ngành cả nước, bệnh viện thực hành

của Học viện Quân y, đồng thời thực hiện các nhiệm vụ đào tạo, điều trị, nghiên cứu khoa học, chỉ đạo tuyến và hợp tác quốc tế trên các lĩnh vực bỏng, y học thẩm mỹ và liền vết thương; công tác điều dưỡng và kiểm soát nhiễm khuẩn luôn nhận được sự quan tâm và đầu tư cả về nhân lực, vật lực, đã đạt được nhiều thành tựu đáng kể, góp phần không nhỏ vào thành tích chung của Bệnh viện và sự phát triển của chuyên ngành.



Toàn cảnh Hội nghị

Đồng thời Thiếu tướng, GS, TS Nguyễn Như Lâm mong muốn thông qua Hội nghị này, sẽ tạo cơ hội để các nhà khoa học, các nhân viên y tế giao lưu, trao đổi, cập nhật kiến thức và tăng cường sự

hiểu biết lẫn nhau, thúc đẩy phong trào nghiên cứu khoa học của đội ngũ điều dưỡng, KTV, dược sỹ trung học trong toàn Bệnh viện, góp phần nâng cao chất lượng điều trị, chăm sóc người bệnh.



Ban Tổ chức Hội nghị, các đại biểu và các chuyên gia tham dự Hội nghị

Đây là lần thứ III, Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác tổ chức Hội nghị khoa học điều dưỡng, kiểm soát nhiễm khuẩn; Hội nghị nằm trong chuỗi các hoạt động của Bệnh viện để Chào mừng 75 năm Ngày thành lập Học viện Quân y (10/3/1949 - 10/3/2024) và 60 năm Ngày

truyền thống Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác (01/12/1964 - 01/12/2024). Hội nghị có sự tham gia của đông đảo các chuyên gia, các nhà khoa học, các bác sĩ, nhân viên y tế thuộc chuyên ngành điều dưỡng và kiểm soát nhiễm khuẩn cả trong và ngoài đơn vị.



Các báo cáo viên thuyết trình tại các phiên chuyên đề Hội nghị

Hội nghị đã nhận được tổng cộng 30 báo cáo khoa học, đến từ các nhà khoa học, các báo cáo viên trong và ngoài Bệnh viện (Cục Quản lý Khám, chữa bệnh/ Bộ Y tế; Chi hội ĐD Ngoại khoa VN; Bệnh viện Bạch Mai, BVĐK Hồng Ngọc, BV Vinmec, BV TWQĐ108, BVQY 103, BV Giao thông vận tải, BVĐK Hà Đông, BVQY 105, BV Nội tiết TW,...); đặc biệt có sự tham gia và báo cáo của Tiến sỹ An Nguyễn, Phó Giáo sư Điều dưỡng, Đại Học San Francisco, Điều dưỡng trưởng Trung tâm Vết thương San Jose, California, Hoa Kỳ. Những báo cáo khoa học được trình bày tại Hội nghị đã giới thiệu những tiến bộ, những kết quả nổi bật và ứng dụng thực tiễn; áp dụng công nghệ

thông tin, số hóa vào quá trình chăm sóc điều dưỡng, đảm bảo an toàn người bệnh và kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện. Như chúng ta đã biết, nghiên cứu có tầm quan trọng rất lớn trong việc phát triển kiến thức nghề nghiệp và nâng cao chất lượng chăm sóc, do đó, các báo cáo khoa học đã nhận được sự chú ý lắng nghe và thảo luận sôi nổi của các nhà khoa học, nhân viên y tế trong và ngoài Bệnh viện.

Sau 1/2 ngày làm việc nghiêm túc, khẩn trương với tinh thần trách nhiệm cao, Hội nghị Khoa học Điều dưỡng - KSNK Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác lần thứ III năm 2023 đã kết thúc tốt đẹp, hoàn thành nội dung, chương trình đề ra.

BỆNH VIỆN BỎNG QUỐC GIA LÊ HỮU TRÁC KHÁM, TƯ VẤN SỨC KHỎE, CẤP THUỐC MIỄN PHÍ VÀ TRAO TẶNG NHÀ TÌNH NGHĨA CHO ĐỐI TƯỢNG CHÍNH SÁCH TẠI HUYỆN PHÚ LƯƠNG, THÁI NGUYÊN

Nhân dịp kỷ niệm 76 năm Ngày Thương binh - Liệt sĩ (27/7/1947-27/7/2023), ngày 22/7/2023, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác tổ chức khám bệnh, tư vấn chăm sóc sức khỏe, cấp thuốc miễn phí, tặng quà và tặng nhà tình nghĩa cho gia đình chính sách tại huyện Phú Lương, tỉnh Thái Nguyên.

Tham gia Đoàn công tác có: Đại tá, TS. Trương Ngọc Dương, Bí thư Đảng ủy, Chính ủy Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác; các Phó Giám đốc Bệnh viện: Đại tá, PGS, TS Vũ Quang Vinh, Đại tá, PGS, TS Chu Anh Tuấn và các cán bộ, nhân viên y tế của Bệnh viện.



Đại tá, TS Trương Ngọc Dương, Bí thư Đảng ủy, Chính ủy Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác phát biểu khai mạc

Phát biểu tại buổi khám bệnh và trao tặng nhà tình nghĩa, Đại tá, TS Trương Ngọc Dương bày tỏ sự tri ân và gửi lời hỏi thăm đến các đồng chí lão thành cách mạng; thương, bệnh binh; thân nhân gia đình liệt sĩ và các gia đình chính sách có hoàn cảnh khó khăn tại địa phương.

Chương trình khám bệnh, tư vấn chăm sóc sức khỏe, cấp thuốc, tặng quà gia đình chính sách là hoạt động thể hiện đạo lý "Uống nước nhớ nguồn", "Đền ơn đáp nghĩa", thể hiện tình cảm và trách nhiệm của quân đội với nhân dân, nhất là đối với gia đình chính sách và đối tượng chính

sách, đồng bào dân tộc, vùng sâu, vùng xa, căn cứ cách mạng. Qua đó, góp phần thực hiện tốt chính sách hậu phương quân đội, củng cố, tăng cường tinh đoàn kết quân dân, xây dựng cơ sở chính trị địa phương vững mạnh.

Đoàn công tác Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác đã tổ chức khám bệnh, tư vấn sức khỏe, cấp thuốc miễn phí cho gần 300 đối tượng chính sách, người có công của địa phương các xã Vô Tranh, Tức Tranh, Phú Đô và thị trấn Giang Tiên (Phú Lương, Thái Nguyên).



Ban Giám đốc Bệnh viện cùng lãnh đạo Huyện Phú Lương thăm hỏi, động viên các đối tượng chính sách tại buổi khám bệnh



Cán bộ đoàn công tác tiếp đón, hướng dẫn và kiểm tra sức khỏe ban đầu cho các đối tượng chính sách



Các y, bác sỹ quân y khám, tư vấn sức khỏe cho các đối tượng chính sách



Đại tá, PGS.TS. Chu Anh Tuấn, Phó Giám đốc Bệnh viện thăm hỏi, động viên đối tượng chính sách đến khám bệnh

Nhân dịp này, Bệnh viện cũng đã tặng 20 suất quà, mỗi suất trị giá 500 nghìn đồng cho đối tượng chính sách, người có công tiêu biểu thuộc các xã: Vô Tranh, Tức Tranh, Phú Đô và thị trấn Giang Tiên của

huyện Phú Lương; trao 5 suất học bổng cho các học sinh nghèo, vượt khó vươn lên; trao tặng nhà Đại đoàn kết cho gia đình anh La Văn Long tại xóm Đồng Quốc, xã Yên Trạch, huyện Phú Lương.



Lãnh đạo Bệnh viện và chính quyền địa phương tặng quà cho đối tượng chính sách, người có công tiêu biểu, thân nhân liệt sĩ có hoàn cảnh khó khăn.



Đại tá, PGS.TS. Vũ Quang Vinh, Phó Giám đốc Bệnh viện trao các suất học bổng cho học sinh nghèo vượt khó



Ban Giám đốc Bệnh viện cùng chính quyền địa phương dâng hương tại Nghĩa trang Liệt sĩ xã Vô Tranh, Phú Lương, Thái Nguyên



Đại tá, TS. Trương Ngọc Dương, Bí thư Đảng Ủy, Chính ủy Bệnh viện cùng chính quyền các cấp đến trao tặng nhà tình nghĩa và chúc mừng gia đình anh La Văn Long, xóm Đồng Quốc, Yên Trạch, Phú Lương



Đoàn công tác và chính quyền địa phương các cấp tham quan ngôi nhà tình nghĩa tặng gia đình anh La Văn Long

Qua việc thực hiện các đợt khám bệnh, tư vấn chăm sóc sức khỏe, cấp thuốc miễn phí, tặng quà gia đình chính sách, Bệnh viện mong muốn chia sẻ các khó khăn về sức khỏe của các đối tượng chính sách;

chung tay chăm sóc sức khỏe cộng đồng, góp phần tô đẹp truyền thống quý báu của Quân đội ta nói chung và đội ngũ thầy thuốc quân y nói riêng.

Tin, ảnh: Xuân Việt