

TẠP CHÍ

p-ISSN 1859 - 3461

e-ISSN 3030 - 4008

# Y HỌC THẢM HỌA & BỎNG

JOURNAL OF DISASTER MEDICINE AND BURN INJURIES

*Website: vienbongquocgia.vn*

*Website: jbdmp.vn*

**BỆNH VIỆN BỎNG QUỐC GIA LÊ HỮU TRÁC**

Le Huu Trac National Burn Hospital

**HỘI BỎNG VIỆT NAM**

Vietnam Burn Association

**HỘI Y HỌC KHẨN CẤP VÀ THẢM HỌA VIỆT NAM**

Vietnam Association of Disaster and Emergency Medicine

**3**

**2024**

# 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 khóa tiếng Việt và tiếng Anh). **Đặt vấn đề** bao gồm cả phần mục đích nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu, kết quả, bàn luận, kết luận** (chỉ sử dụng những biểu, bảng, ảnh cần thiết và phải có chú thích rõ yêu cầu in vào đoạn nào trong bài).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ĐT: 069566624 - Email: [tcbongvn@yahoo.com](mailto:tcbongvn@yahoo.com)

# Y HỌC THẢM HỌA & BỎNG

JOURNAL OF DISASTER MEDICINE AND BURN INJURIES

Số 3 - 2024

## 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 Hiển

- PGS.TS. Nguyễn Gia Tiến

- PGS.TS. Nguyễn Ngọc Tuấn

- PGS.TS. Đỗ Quang Hùng

- TS. Ngô Đức Hiệp

- ThS. Phạm Trần Xuân Anh

- PGS.TS. Phạm Trịnh Quốc Khanh

- TS. Nguyễn Hồng Đạo

### 4. Thư ký tòa soạn

- CN. Trần Xuân Việt

### Trụ sở tòa soạn

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

Số 263 Phùng Hưng - Phúc La

- Hà Đông - Hà Nội

ĐT: 069566624;

fax: 84.024 36883180

E.mail: tcbongvn@yahoo.com

Website: www://jbdmp.vn

Giấy phép xuất bản

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

In 500 cuốn tại NXB Nông nghiệp

in xong và nộp lưu chiểu tháng 6/2024

## MỤC LỤC

### I. NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

- 1 Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân bỏng cao tuổi 7

**Ngô Tuấn Hưng, Nguyễn Như Lâm, Nguyễn Hải An, Trần Đình Hùng, Lại Thị Nga, Trần Thị Kim Thu**

- 2 Gây tê thần kinh bịt dưới hướng dẫn của siêu âm kết hợp với gây tê tủy sống trong phẫu thuật nội soi cắt u bàng quang 13

**Võ Văn Hiển, Phạm Văn Nam**

- 3 Đánh giá kết quả sử dụng vật tự do đùi trước ngoài có nối thông mạch máu điều trị tổn thương bỏng điện cao thể vùng cổ tay 20

**Tống Thanh Hải, Đỗ Trung Quyết, Vũ Quang Vinh, Trần Quang Nghĩa**

- 4 Kiến thức, thái độ và hành vi về chăm sóc sức khỏe sinh sản của sinh viên nữ Trường đại học Yersin Đà Lạt 29

**Nguyễn Thị Hồng Hạnh, Thượng Ngọc Thu Hiền, Phạm Thị Hoàng Yến**

- 5 Thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành của nhân viên y tế về cấp cứu trước bệnh viện 46

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

- 6 Kết quả che phủ khuyết hồng mô mềm đốt xa ngón tay dài bằng vật da cân cuống nhánh xuyên mu tay của động mạch gan ngón riêng 56

**Lê Minh Hoan, Phan Đức Minh Mẫn**

7	Đánh giá kết quả sử dụng vật da hai cuống tự do vùng lưng điều trị sẹo di chứng bỏng rộng vùng cổ - mặt <b>Đỗ Trung Quyết, Hoàng Thanh Tuấn, Tống Thanh Hải, Vũ Quang Vinh</b>	66
8	Thực trạng trầm cảm, lo âu, stress của người bệnh trước phẫu thuật tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2024 <b>Lê Hải Anh, Phan Thị Dung</b>	74
9	Bước đầu đánh giá sự biến đổi chỉ số NIPE để theo dõi mức độ đau trong phẫu thuật bỏng ở trẻ em <b>Nguyễn Văn Quỳnh, Nguyễn Ngọc Thạch, Nguyễn Tiến Đức, Hoàng Văn Tú</b>	90
10	Đánh giá sự hài lòng người bệnh ra viện và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác năm 2022 <b>Nguyễn Thị Thu Hằng, Nguyễn Thị Thu Hà, Phạm Thị Huyền Trang, Nguyễn Thị Liên</b>	97
11	Điều trị thành công một bệnh nhân mắc hội chứng Fournier (Thông báo lâm sàng) <b>Nguyễn Thái Ngọc Minh, Nguyễn Hải An, Lê Thị Lại Tâm</b>	111
12	Gây mê cho phẫu thuật Miles nội soi trên bệnh nhân cao tuổi rung nhĩ cao huyết áp giãn tĩnh mạch chi dưới (Thông báo lâm sàng) <b>Ngô Xuân Tý, Nguyễn Ngọc Thạch, Nguyễn Văn Quỳnh</b>	118
13	Cảnh báo tử vong do tự điều trị bỏng tại nhà (Thông báo lâm sàng) <b>Chu Anh Tuấn, Lê Quốc Chiêu</b>	123

**Ảnh bìa 1:** Các thầy, cô Bộ môn Bỏng & Y học Thâm hoạ chụp ảnh lưu niệm cùng các học viên tại buổi khai giảng Lớp đào tạo chuyên khoa cơ bản Bỏng, ngày 07/5/2024.



# Contents

## Journal of disaster medicine and burn injuries

Number 3 - 2024

### TABLE OF CONTENTS

#### I. SCIENTIFIC AND CLINICAL RESEARCH

- 1 Study on prognostic factors of mortality in elderly burn patients 7  
**Ngo Tuan Hung, Nguyen Nhu Lam, Nguyen Hai An, Tran Dinh Hung, Lai Thi Nga, Tran Thi Kim Thu**
- 2 Obturator anesthesia under ultrasound-guided combined with spinal anesthesia for endoscopic removal of bladder tumor 13  
**Vo Van Hien, Pham Van Nam**
- 3 Results of applying the free flow-through anterolateral thigh flap for wrist high-voltage electrical burns 20  
**Tong Thanh Hai, Do Trung Quyet, Vu Quang Vinh, Tran Quang Nghia**
- 4 Knowledge, attitudes and behaviors on reproductive health care of female students of Yersin University Dalat 29  
**Nguyen Thi Hong Hanh, Thuong Ngoc Thu Hien, Pham Thi Hoang Yen**
- 5 Knowledge, attitude and practice of medical staff in pre-hospital emergency 46  
**Nguyen Hong Son, Tran Quoc Viet, Bui Duc Thanh, Dao Trung Hai, Tong Duc Minh, Nguyen Quang Tuong, Nguyen Thi Ngoc Dung, Dao Tan Duy, Vu Dinh An**
- 6 Result fingers soft tissue defects were treated with the perforator flap digital artery perforator 56  
**Le Minh Hoan, Phan Duc Minh Man**
- 7 Assessment of applying the dorsal bi-pedicles free flap in reconstruction of large burn scar of face and neck 66  
**Do Trung Quyet, Hoang Thanh Tuan, Tong Thanh Hai, Vu Quang Vinh**
- 8 Status of depression, anxiety, stress of patients before surgery at the Thanh Nhan Hospital in 2024 74  
**Le Hai Anh, Phan Thi Dung**

9	The use of the NIPE index for pain evaluation during pediatric burn surgery <b>Nguyen Van Quynh, Nguyen Ngoc Thach, Nguyen Tien Duc, Hoang Van Tu</b>	90
10	Assessment of hospital satisfaction and some related factors at the Le Huu Trac National Burn Hospital in 2022 <b>Nguyen Thi Thu Hang, Nguyen Thi Thu Ha, Pham Thi Huyen Trang, Nguyen Thi Lien</b>	97
11	Successful treatment of a patient with Fournier syndrome (Case report) <b>Nguyen Thai Ngoc Minh, Nguyen Hai An, Le Thi Lai Tam</b>	111
12	General anesthesia for miles endoscopic surgery in an elderly patient with hypertension, atrial fibrillation, lower extremity varicose vein (Case report) <b>Ngo Xuan Ty, Nguyen Ngoc Thach, Nguyen Van Quynh</b>	118
13	Report two case of death due to self-treating burns at home <b>Chu Anh Tuan, Le Quoc Chieu</b>	123

## NGHIÊN CỨU CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TỬ VONG Ở BỆNH NHÂN BÔNG CAO TUỔI

<sup>1</sup>Ngô Tuấn Hưng, <sup>1</sup>Nguyễn Như Lâm, <sup>1</sup>Nguyễn Hải An,  
<sup>1</sup>Trần Đình Hùng, <sup>1</sup>Lại Thị Nga, <sup>2</sup>Trần Thị Kim Thu

<sup>1</sup>Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác

<sup>2</sup>Trường Cao đẳng Hậu cần 1/Tổng cục Hậu cần

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định các yếu tố ảnh hưởng đến tử vong ở bệnh nhân bông cao tuổi.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 173 bệnh nhân bông trên 60 tuổi, diện tích bông  $\geq 10\%$  diện tích cơ thể (DTCT), điều trị tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác từ ngày 01/1/2021 - 31/12/2022. Bệnh nhân được chia làm hai nhóm cứu sống và tử vong, được so sánh về đặc điểm và kết quả điều trị.

**Kết quả:** Tỷ lệ tử vong 17,92%. Các bệnh nhân mắc 2 bệnh kết hợp tỷ lệ tử vong cao hơn đáng kể so với các bệnh nhân không có bệnh kết hợp và mắc 1 bệnh kết hợp ( $p < 0,05$ ).

Phân tích đa biến cho thấy diện tích bông sâu (DTBS) và bông hô hấp có mối liên quan độc lập với tử vong ( $p < 0,05$ ). Sự gia tăng 1% diện tích bông sâu làm tăng nguy cơ tử vong lên 0,078 đơn vị, bông hô hấp làm tăng nguy cơ tử vong lên 3,762 đơn vị.

Thang điểm PBI và phương trình logarit dự báo tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân bông cao tuổi tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác thu được là (gọi tắt là BVB):  $BVB = 0,078 \times \text{Diện tích bông sâu} + 3,762 \times \text{Bông hô hấp} - 2,850$ ; bông hô hấp (Không = 0, Có = 1) có giá trị tiên lượng tử vong ở mức độ tốt và khi kiểm định Hosmer - Lemeshow cho thấy phương trình hồi quy phù hợp với tử vong ( $p > 0,05$ ).

Phương trình tiên lượng tử vong BVB có giá trị tiên lượng cao nhất (AUC = 0,85; độ nhạy: 77,42%; độ đặc hiệu: 84,51% và độ chính xác: 83,24%).

**Kết luận:** Sự gia tăng diện tích bông sâu và bông hô hấp bông làm tăng nguy cơ tử vong ở bệnh nhân cao tuổi bị bông. Giá trị tiên lượng tử vong của diện tích bông sâu kết hợp với bông hô hấp ở mức tốt.

**Từ khóa:** Bông ở người cao tuổi, tử vong

---

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

Email: tuanhungvb@gmail.com

Ngày nhận bài: 03/5/2024; Ngày nhận xét: 21/6/2024; Ngày duyệt bài: 26/6/2024

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.3.2024.325>

## ABSTRACT

**Objectives:** Evaluation of factors predicting mortality in elderly burn patients.

**Subjects and methods:** Retrospective study on 173 elderly burn patients (over 60 years old), burn extent  $\geq 10\%$  of total burn surface area (TBSA) treated at the National Burns Hospital from 01/01/2021 to 31/12/ 2022. Patients were divided into two groups survival and death and were compared in terms of the characteristics and outcome.

**Results:** The mortality rate was 17.92%. Patients with 2 combined diseases had a significantly higher mortality rate than patients without combined diseases and with 1 combined disease ( $p < 0.05$ ).

Multivariate analysis showed that the increased deep burn area and the presence of inhalation injury were independently associated with mortality ( $p < 0,05$ ). An increase of 1% of a deep burn area increases the risk of death by 0.078 units, the presence of inhalation injury increases the risk of death by 3.762 units.

The PBI scale and the BVB ( $BVB = 0,078 * \text{deep burn area} + 3,762 * \text{inhalation injury} - 2,850$ ; inhalation injury (No = 0, yes = 1)) equation had good predictive value for mortality and the Hosmer - Lemeshow test shows that the regression equation was suitable for mortality ( $p > 0.05$ ). The BVB mortality prediction equation has the highest predictive value (AUC = 0.85; sensitivity: 77.42%; specificity: 84.51% and accuracy: 83.24%).

**Conclusion:** The increase in deep burn areas and the presence of inhalation injury increases the risk of mortality in elderly burn patients. The mortality prognostic value of deep burn area combined with inhalation injury was at a good level.

**Keywords:** Elderly burn patients, mortality

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bỏng là tai nạn hay gặp ở người cao tuổi do khả năng di chuyển hạn chế và phản ứng chậm khi gặp nguy hiểm. Ở các nước Đông Nam Á và Trung Đông, bỏng ở người cao tuổi chiếm khoảng 5% số ca bỏng cả nước [1]. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong điều trị, chăm sóc bệnh nhân bỏng nặng, sự gia tăng tuổi vẫn là yếu tố dự báo tử vong quan trọng nhất ở bệnh nhân bỏng [2]. Do quá trình lão hóa mà bỏng ở người cao tuổi có những điểm khác biệt với bệnh nhân bỏng là người trưởng thành. Mặt khác, ở người cao tuổi thường có các bệnh lý đi kèm và tỷ lệ tử vong cao gấp đôi so với người trưởng thành bị bỏng [1].

Do đó, các thang điểm tiên lượng trên bệnh nhân bỏng có thể khác trên bệnh nhân bỏng người cao tuổi và thường liên quan đến đặc điểm riêng của từng quốc gia.

Mục đích của nghiên cứu này nhằm tìm ra các yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân người cao tuổi bị bỏng được điều trị tại Bệnh viện bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác trong 2 năm (2021 - 2022).

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu 173 bệnh nhân bỏng trên 60 tuổi có diện tích bỏng từ 10% diện tích cơ thể trở lên, điều trị nội trú tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác từ ngày 01/1/2021 đến ngày 31/12/2022.



Các chỉ tiêu nghiên cứu gồm đặc điểm bệnh nhân: Tuổi, giới, bệnh kết hợp, chấn thương kết hợp. Đặc điểm tổn thương bỏng: Tác nhân bỏng, diện tích bỏng, diện tích bỏng sâu, bỏng hô hấp; kết quả điều trị. Kết quả nghiên cứu được so sánh giữa hai nhóm bệnh nhân cứu sống và tử vong.

Các nhóm bệnh kết hợp gồm có: Bệnh tim mạch, bệnh thần kinh, bệnh tâm thần, đái tháo đường, bệnh thận, bệnh gan và ung thư.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân không lấy đủ số liệu nghiên cứu, bệnh nhân xin về khi đang điều trị hoặc bệnh nhân chuyển bệnh viện khác.

Số liệu được phân tích bằng phần mềm Stata 14.0. Giá trị  $p < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê. Phân tích đơn biến

và đa biến để xác định các yếu tố ảnh hưởng độc lập đến tỷ lệ tử vong. Sử dụng kiểm định Hosmer - Lemeshow về sự phù hợp của mô hình hồi qui với tử vong.

Diện tích dưới đường cong (AUC), độ nhạy, độ đặc hiệu được xác định bằng ROC test:

+ AUC > 0,9: Giá trị tiên lượng rất tốt

+ AUC = 0,8 ÷ 0,9: Giá trị tiên lượng tốt

+ AUC = 0,7 ÷ 0,8: Giá trị tiên lượng khá.

+ AUC = 0,6 ÷ 0,7: Giá trị tiên lượng trung bình

+ AUC < 0,6: Ít có ý nghĩa

Điểm cắt tối ưu được xác định bằng chỉ số Jouden:  $J = \max(Se+Sp - 1)$ . Trong đó: J là chỉ số Jouden (điểm cắt tối ưu); Se là độ nhạy; Sp là độ đặc hiệu.

### 3. KẾT QUẢ

**Bảng 3.1. Tương quan giữa đặc điểm bệnh nhân và tử vong**

Thông số		Cứu sống (n = 142)	Tử vong (n = 31)	p
Tuổi, năm, trung vị (IQR)		68 (63 - 72)	65 (62 - 82)	0,96
Giới, n (%)	Nữ	52 (36,62)	11 (35,48)	0,91
	Nam	90 (63,38)	20 (64,52)	
Bệnh kết hợp, n (%)	Không (n = 122)	99 (81,15)	23 (18,85)	0,02
	01 bệnh (n = 39)	36 (92,31)	3 (7,69)	
	02 bệnh (n = 7)	3 (42,86)	4 (57,14)	
	Từ 03 bệnh trở lên (n = 5)	4 (80)	1 (20)	
Chấn thương kết hợp, n (%)		2 (1,41)	2 (6,45)	0,09
Tác nhân bỏng, n (%)	Nhiệt khô	91 (64,08)	27 (87,10)	0,045
	Nhiệt ướt	39 (27,46)	3 (9,68)	
	Điện	12 (8,45)	1 (3,23)	
Bỏng hô hấp, n (%)		1 (0,7)	11 (35,48)	0,000
Diện tích bỏng, trung vị (IQR)		18 (12-27)	35 (17 - 74)	0,0001
Diện bỏng sâu, trung vị (IQR)		3 (0-11)	17 (10 - 36)	0,0001

Trong 173 bệnh nhân nghiên cứu, có 31 bệnh nhân tử vong, chiếm 17,92%. Nhóm bệnh nhân tử vong có diện tích bỏng, diện tích bỏng sâu, tác nhân do nhiệt khô và sự hiện diện bỏng hô hấp cao hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân được cứu sống ( $p < 0,05$ ). Các bệnh nhân mắc 2

bệnh kết hợp tỷ lệ tử vong cao hơn đáng kể so với các bệnh nhân không có bệnh kết hợp và mắc 1 bệnh kết hợp ( $p < 0,05$ ). Không có sự khác biệt giữa nhóm sống và nhóm tử vong về tuổi, giới, chấn thương kết hợp ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3.2. Phân tích đa biến các yếu tố dự báo tử vong**

Thông số	Coef. (95% CI)	OR (95% CI)	p
Tác nhân bỏng	-0,11 (-1,02 - 0,81)	0,90 (0,36 - 2,24)	0,82
Diện tích bỏng	-0,0005 (-0,04 - 0,04)	1,0 (0,96 - 1,04)	0,98
Diện tích bỏng sâu	0,08 (0,03 - 0,13)	1,08 (1,03 - 1,14)	0,003
Bỏng hô hấp	3,92 (1,06 - 6,79)	50,5 (2,87 - 886)	0,007
Bệnh kết hợp	0,46 (-0,16 - 1,08)	1,58 (0,85 - 2,93)	0,15
_cons.	-2,94 (-4,67 - (-1,21))	0,05 (0,01 - 0,30)	0,001

Bỏng hô hấp và diện tích bỏng sâu là các yếu tố độc lập có ý nghĩa dự báo tử vong ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.3. Phân tích đa biến kết hợp bỏng hô hấp và diện tích bỏng sâu**

Thông số	Coef. (95% CI)	OR (95% CI)	p
Diện tích bỏng sâu	0,078 (0,039 - 0,117)	1,08 (1,04 - 1,12)	0,000
Bỏng hô hấp	3,762 (1,484 - 6,039)	43,0 (4,41 - 419)	0,001
_cons.	-2,850 (-3,583 - (-2,117))	0,06 (0,03 - 0,12)	0,000

Phương trình logarit dự báo tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân bỏng cao tuổi tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác thu được là (gọi tắt là BVB):

$BVB = 0,078 \times \text{Diện tích bỏng sâu} + 3,762 \times \text{Bỏng hô hấp} - 2,850$ .

Bỏng hô hấp (Không = 0, có = 1).

Sự gia tăng 1% diện tích bỏng sâu làm tăng nguy cơ tử vong lên 0,078 đơn vị, bỏng hô hấp làm tăng nguy cơ tử vong lên 3,762 đơn vị.

**Bảng 3.4. Giá trị tiên lượng tử vong**

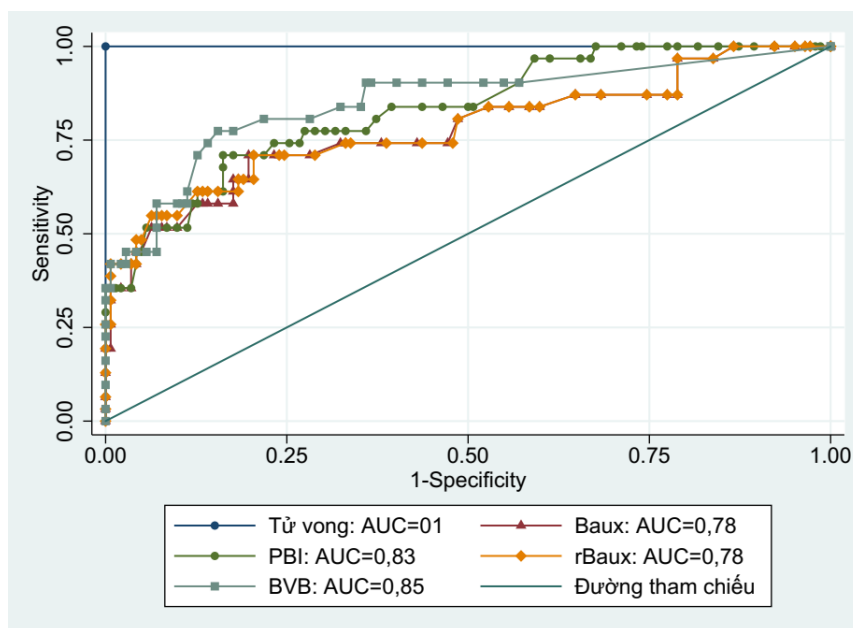
Thông số	Điểm cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Độ chính xác	H-L* $\chi^2$ (p)	AUC (95%CI)
Baux	100	70,97	80,28	78,61	19 (0,01)	0,78 (0,67 - 0,88)
rBaux	100	70,97	79,58	78,03	20,07 (0,01)	0,78 (0,68 - 0,89)
PBI	93,5	70,97	83,80	81,50	12,2 (0,14)	0,83 (0,75 - 0,91)
BVB		77,42	84,51	83,24	10,64 (0,10)	0,85 (0,76 - 0,94)

\*: H-L: kiểm định Hosmer - Lemeshow về sự phù hợp của mô hình hồi qui

Thang điểm Baux và rBaux có giá trị tiên lượng tử vong ở mức độ khá, tuy nhiên khi kiểm định Hosmer - Lemeshow cho thấy phương trình hồi quy của Baux và rBaux không phù hợp với tử vong ( $p < 0,05$ ).

Thang điểm PBI và phương trình BVB có giá trị tiên lượng tử vong ở mức độ tốt

và khi kiểm định Hosmer - Lemeshow cho thấy phương trình hồi quy phù hợp với tử vong ( $p > 0,05$ ). Phương trình tiên lượng tử vong BVB có giá trị tiên lượng cao nhất (AUC = 0,85; độ nhạy: 77,42%; độ đặc hiệu: 84,51% và độ chính xác: 83,24%).



Biểu đồ 3.1. Đường cong ROC biểu hiện giá trị tiên lượng tử vong của các thang điểm

#### 4. BÀN LUẬN

Tỷ lệ tử vong là một yếu tố quan trọng đánh giá khả năng điều trị bệnh nhân bỏng. Cùng diện tích bỏng, tiên lượng bỏng ở người cao tuổi thường nặng hơn [3]. Các báo cáo cho thấy tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân cao tuổi bị bỏng dao động từ 8% đến 67%, trung bình từ 15% - 20% [2], [4], [5], [6]. Nghiên cứu của chúng tôi trên 173 bệnh nhân người cao tuổi bị bỏng, có 31 bệnh nhân tử vong, chiếm 17,92%, tương đồng với các nghiên cứu trên.

Ở người cao tuổi thường mắc các bệnh kết hợp từ trước khi bị tổn thương bỏng. Năm 2020, tác giả Wang W. và cộng

sự phân tích trên 109 bệnh nhân cao tuổi bị bỏng không thấy sự khác biệt về tỷ lệ tử vong giữa những bệnh nhân không có bệnh kết hợp từ trước với những bệnh nhân có 1 hoặc 2 bệnh kết hợp từ trước (18,9% so với 19,5%), tuy nhiên tác giả thấy ở những bệnh nhân có từ 3 bệnh kết hợp từ trước có tỷ lệ tử vong cao hơn đáng kể, lên tới 60% và khi phân tích hồi quy đa biến thấy số lượng bệnh kết hợp từ trước là yếu tố nguy cơ độc lập tới tử vong ở bệnh nhân người cao tuổi bị bỏng [6]. Một báo cáo khác tại Anh cũng cho kết quả tương tự [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả bảng 3.1 cho thấy các bệnh nhân mắc

2 bệnh kết hợp tỷ lệ tử vong cao hơn đáng kể so với các bệnh nhân không có bệnh kết hợp và mắc 1 bệnh kết hợp ( $p < 0,05$ ), khi phân tích đa biến, số lượng mắc bệnh kết hợp từ trước trong nghiên cứu này không có liên quan độc lập với tử vong. Điều này có thể do số lượng bệnh nhân mắc bệnh kết hợp trong nghiên cứu của chúng tôi còn thấp.

Trên người cao tuổi bị bỏng, các báo cáo đều cho thấy bỏng hô hấp là yếu tố liên quan độc lập với tử vong. Còn diện tích bỏng, sự gia tăng tuổi tùy thuộc vào các báo cáo có hoặc không là yếu tố liên quan độc lập với tử vong [5], [6], [8], [9], [10].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy, bỏng hô hấp và diện tích bỏng sâu là các yếu tố độc lập có ý nghĩa dự báo tử vong ( $p < 0,05$ ) (bảng 3.2). Từ đó, chúng tôi xây dựng được phương trình logarit dự báo tử vong ở bệnh nhân bỏng người cao tuổi điều trị tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác (BVB): Gia tăng 1% diện tích bỏng sâu làm tăng nguy cơ tử vong lên 0,078 đơn vị, bỏng hô hấp làm tăng nguy cơ tử vong lên 3,762 đơn vị.

Khi so sánh các thang điểm tiên lượng tử vong ở bệnh nhân bỏng phổ biến hiện nay gồm thang điểm Baux, rBaux, PBI và BVB thấy: Thang điểm Baux và rBaux có giá trị tiên lượng tử vong ở mức độ khá, nhưng khi kiểm định Hosmer - Lemeshow cho thấy phương trình hồi quy của Baux và rBaux không phù hợp với tử vong ( $p < 0,05$ ).

Thang điểm PBI và phương trình BVB có giá trị tiên lượng tử vong ở mức độ tốt và khi kiểm định Hosmer - Lemeshow cho thấy phương trình hồi quy phù hợp với tử vong ( $p > 0,05$ ). Phương trình tiên lượng tử vong BVB có giá trị tiên lượng cao nhất (AUC = 0,85; độ nhạy: 77,42%; độ đặc hiệu: 84,51% và độ chính xác: 83,24%).

## 5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tử vong ở người cao tuổi bị bỏng là 17,92%. Diện tích bỏng sâu và có bỏng hô hấp là các yếu tố liên quan độc lập với tử vong. Sự gia tăng 1% diện tích bỏng sâu làm tăng nguy cơ tử vong lên 0,078 đơn vị, bỏng hô hấp làm tăng nguy cơ tử vong lên 3,762 đơn vị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dissanaikie S., Rahimi M. (2009). Epidemiology of burn injuries: highlighting cultural and socio-demographic aspects. *International review of psychiatry*, 21 (6), 505-511.
2. Wearn C., Hardwicke J., Kitsios A., et al. (2015). Outcomes of burns in the elderly: revised estimates from the Birmingham Burn Centre. *Burns*, 41 (6), 1161-1168.
3. Jeschke M.G., Peck M.D. (2017). Burn care of the elderly. *Journal of Burn Care & Research*, 38 (3), e625-e628.
4. Cheng W., Shen C., Zhao D., et al. (2019). The epidemiology and prognosis of patients with massive burns: a multicenter study of 2483 cases. *Burns*, 45 (3), 705-716.
5. Toppi J., Cleland H., Gabbe B. (2019). Severe burns in Australian and New Zealand adults: Epidemiology and burn center care. *Burns*, 45 (6), 1456-1461.
6. Wang W., Zhang J., Lv Y., et al. (2020). Epidemiological investigation of elderly patients with severe burns at a major burn center in Southwest China. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 26, e918537-918531.
7. Stylianou N., Buchan I., Dunn K.W. (2014). A model of British in-hospital mortality among burns patients. *Burns*, 40 (7), 1316-1321.
8. Bayuo J., Botchway A.E. (2017). Burns among older persons: A narrative review. *Burns Open*, 1 (1), 2-8.
9. Jeschke M.G., Pinto R., Costford S.R., et al. (2016). Threshold age and burn size associated with poor outcomes in the elderly after burn injury. *Burns*, 42 (2), 276-281.
10. Tian H., Wang L., Xie W., et al. (2018). Epidemiologic and clinical characteristics of severe burn patients: results of a retrospective multicenter study in China, 2011-2015. *Burns & Trauma*, 6.

# GÂY TÊ THẦN KINH BỊT DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM KẾT HỢP VỚI GÂY TÊ TỦY SỐNG TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U BÀNG QUANG

<sup>1</sup>Võ Văn Hiến, <sup>2</sup>Phạm Văn Nam

<sup>1</sup>Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác

<sup>2</sup>Bệnh viện K - cơ sở Tân Triều

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả vô cảm của gây tê thần kinh bịt dưới hướng dẫn của siêu âm kết hợp với gây tê tủy sống (GTTS) trong phẫu thuật nội soi cắt u bàng quang.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, phân nhóm ngẫu nhiên, có so sánh trên 70 bệnh nhân (BN) được chia thành 2 nhóm. Nhóm 1 (35 bệnh nhân): Gây tê tủy sống đơn thuần bằng Bupivacaine; nhóm 2 (35 bệnh nhân): Gây tê tủy sống bằng Bupivacaine kết hợp gây tê thần kinh bịt bằng Lidocain dưới hướng dẫn của siêu âm.

**Kết quả:** 100% bệnh nhân ở cả hai nhóm đều đạt được mức ức chế cảm đau đảm bảo cho phẫu thuật, trong đó mức tốt tương ứng là 85,7% và 91,4%; nhóm gây tê kết hợp thần kinh bịt có tỷ lệ giạt cơ khớp ít hơn (11,4%) so với nhóm GTTS đơn thuần (62,9%) ( $p < 0,05$ ).

**Kết luận:** Gây tê thần kinh bịt dưới hướng dẫn siêu âm kết hợp GTTS cho phẫu thuật nội soi cắt u bàng quang cho hiệu quả vô cảm tốt đảm bảo cho phẫu thuật, tỷ lệ giạt cơ khớp thấp hơn đáng kể so với GTTS đơn thuần, phẫu thuật viên hài lòng với phương pháp vô cảm được áp dụng.

**Từ khóa:** Gây tê tủy sống, gây tê thần kinh bịt, cắt u bàng quang nội soi, giạt cơ khớp

## ABSTRACT

**Objective:** Evaluation of the efficacy of spinal anesthesia in conjunction with obturator nerve anesthesia under ultrasound guidance for endoscopic removal of bladder tumor.

**Subjects and method:** Randomized clinical intervention and comparing research on 70 patients divided into two groups. Group 1 (35 patients): Spinal anesthesia with bupivacaine; Group 2 (35 patients): Spinal anesthesia with bupivacaine combined with obturator nerve anesthesia with lidocaine under ultrasound supervision.

<sup>1</sup>Chịu trách nhiệm: Võ Văn Hiến, Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác

Email: vanhien103@gmail.com

Ngày nhận bài: 07/6/2024; Ngày nhận xét: 21/6/2024; Ngày duyệt bài 26/6/2024

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.3.2024.326>

**Results:** 100% of patients in both groups reached a good level of pain inhibition that required surgery (good levels were 85.7% and 91.4%, respectively); adductor myoclonus was less common in patients' group 2 than those in group 1 (62.9%) ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Obturator nerve anesthesia under ultrasound guidance combined with spinal block for laparoscopic bladder tumor resection provides a good anesthetic effect to ensure surgery, and the rate of adductor muscle twitching is significantly lower than spinal anesthesia alone. The surgeon was satisfied with the anesthetic method applied.

**Keywords:** spinal anesthesia, obturator anesthesia, endoscopic removal of bladder tumor, adductor myoclonus

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Để phẫu thuật nội soi cắt u bàng quang các bác sĩ gây mê có thể áp dụng các phương pháp vô cảm như gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống (GTTS)... Tuy nhiên, với phẫu thuật nội soi cắt u bàng quang qua niệu đạo, đặc biệt những vị trí u nằm ở thành sau bàng quang, GTTS không ức chế được phản xạ cơ cơ khép được dẫn truyền qua dây thần kinh bịt, làm co giật hai chi dưới khi cắt đốt, gây khó khăn cho quá trình phẫu thuật, tăng nguy cơ biến chứng đặc biệt có thể gây thủng bàng quang và làm cho bệnh nhân lo lắng [1], [2], [3]. Có nhiều phương pháp ngăn ngừa sự kích thích của dây thần kinh bịt bao gồm: Giảm công suất dòng cắt [4], dùng dao lưỡng cực [5], [6], gây tê thần kinh bịt sau GTTS [7], [8].

Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu công bố về hiệu quả của phương pháp GTTS kết hợp gây tê thần kinh bịt dưới hướng dẫn siêu âm trong phẫu thuật nội soi cắt u bàng quang. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả vô cảm và tác dụng ức chế giật cơ khép đùi của phương pháp gây tê thần kinh bịt dưới hướng dẫn*

*siêu âm kết hợp gây tê tủy sống trong phẫu thuật nội soi cắt u bàng quang.*

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán u bàng quang có chỉ định phẫu thuật nội soi tại Khoa Gây mê Hồi sức (Bệnh viện K - cơ sở Tân Triều), thời gian từ tháng 3/2022 đến tháng 7/2022.

\* *Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:*

Bệnh nhân có độ tuổi từ 16 - 90 tuổi, ASA-I-III, đồng ý tham gia nghiên cứu.

\**Tiêu chuẩn loại trừ:*

Loại ra khỏi nghiên cứu với các bệnh nhân có một trong các tiêu chí sau: Có tiền sử dị ứng với thuốc tê sử dụng trong nghiên cứu, các bệnh nhân có hạch vùng bẹn hoặc viêm nhiễm da vùng bẹn đùi hai bên; các trường hợp có các biến chứng trong quá trình phẫu thuật phải chuyển phương pháp phẫu thuật hoặc phương pháp vô cảm.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

\* *Phương pháp nghiên cứu:* Can thiệp lâm sàng, phân nhóm ngẫu nhiên có đối chứng trên 70 bệnh nhân được chia thành 2 nhóm:

+ Nhóm 1 gồm 35 bệnh nhân: Được GTTS đơn thuần bằng hỗn hợp Levobupivacain 0,5% liều 5mcg/cm chiều cao kết hợp với 20mcg Fentanyl

+ Nhóm 2 gồm 35 bệnh nhân: Được GTTS bằng Levobupivacain 0,5% liều 5mcg/cm chiều cao kết hợp với 20mcg Fentanyl, kèm theo bệnh nhân được gây tê thần kinh bịt hai bên dưới hướng dẫn siêu âm.

*\* Các bước tiến hành nghiên cứu:*

Các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật đủ các tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu được bác sĩ gây mê khám và đánh giá toàn trạng trước mổ, giải thích về phương pháp vô cảm áp dụng và kí cam kết đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tại phòng mổ: Sau khi tiến hành các bước chuẩn bị trước mổ, các bệnh nhân nhóm 1 được tiến hành GTTS theo quy trình. Các bệnh nhân nhóm 2 sau khi tiến hành GTTS được kết hợp gây tê thần kinh bịt theo quy trình như sau:

Đặt bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa, đùi hơi gập và xoay ra ngoài, sát trùng da vùng gây tê, phủ toan vô trùng có lỗ, dung đầu dò máy siêu âm tuyến tính (5 - 13MHz) đặt trên mặt giữa của nếp gấp bẹn và sau đó nghiêng 40 - 50 độ cho đến khi xác định được cấu trúc giảm phản xạ sâu và nằm ngang với cơ bịt ngoài (ria dưới xương mu).

Các cơ được xác định bằng cách quét giữa các vị trí gần và xa, dây thần kinh bịt thường có dạng phẳng và giảm âm (tức là màu trắng). Dùng kim gây tê chuyên dụng dài 5 - 10cm cỡ 21 - 22G đưa vào cân mạc này dưới hướng dẫn siêu âm trong mặt phẳng theo hướng từ dưới lên trên. Tiến

hành hút kiểm tra và tiêm hỗn hợp 10ml Lidocain 1% và 50 $\mu$ g Adrenalin, thuốc tê sẽ bao quanh các nhánh trước và nhánh sau của dây thần kinh bịt, rút kim, sát trùng lại da vùng tiêm. Toàn bộ quy trình được lặp lại tương tự ở bên còn lại.

*\* Các chỉ tiêu theo dõi và đánh giá:*

- Đánh giá mức độ ức chế cảm giác đau cho phẫu thuật dựa vào thang điểm Abouleizh Ezzat và được chia ra 4 mức độ: Tốt (hoàn toàn không đau); Khá (còn đau nhẹ nhưng chịu được, phải dùng thêm  $\leq$  50 mcg Fentanyl); Trung bình (phải dùng thêm 100 mcg Fentanyl); Kém (đau nhiều, dùng > 100mcg Fentanyl hoặc phải chuyển phương pháp vô cảm khác (gây mê NKQ).

- Đánh giá mức độ hài lòng của phẫu thuật viên được đánh giá thông qua phỏng vấn theo 5 mức độ từ thấp đến cao: 1 (rất không hài lòng); 2 (không hài lòng); 3 (chấp nhận được); 4 (hài lòng); 5 (rất hài lòng).

- Theo dõi phản xạ co giật cơ khớp đùi (có/không): Bắt đầu theo dõi tình trạng giật cơ khớp sau khi phẫu thuật viên sử dụng dao điện cắt u bàng quang.

*\* Xử lý kết quả nghiên cứu:*

Các kết quả nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê Y học bằng phần mềm SPSS 22.0. Các số liệu được biểu diễn dưới dạng giá trị trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn, tỉ lệ phần trăm (%). So sánh các giá trị trung bình bằng kiểm định T-Student. Giá trị  $p < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê.

*\* Vấn đề đạo đức nghiên cứu*

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Khoa học của Bộ môn Gây mê (Học viện Quân y) và được Ban Giám đốc, Bệnh viện K - cơ sở Tân Triều chấp thuận cho

phép thực hiện tại Khoa Gây mê Hồi sức (Bệnh viện K - cơ sở Tân Triều).

Đối tượng nghiên cứu được cung cấp đầy đủ chi tiết về những nội dung cần biết

về nghiên cứu trước khi tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các nguyên tắc về y đức được đảm bảo thực hiện nghiêm túc.

### 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu**

Chỉ số	Nhóm	Nhóm 1 (n=35) $\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)	Nhóm 2 (n=35) $\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)	p
Tuổi (năm)		60,03 ± 11,91 (29 - 85)	59,86 ± 12,47 (18 - 78)	> 0,05
Chiều cao (cm)		163,89 ± 6,69 (150 - 177)	162,91 ± 5,89 (150 - 175)	> 0,05
Cân nặng (kg)		55,46 ± 7,48 (43 - 70)	58,71 ± 8,35 (36 - 75)	> 0,05

*Nhận xét:* Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm chung giữa hai nhóm nghiên cứu ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3.2. Mức độ ức chế cảm giác đau theo thang điểm Abouleizh Ezzat**

Mức độ ức chế cảm giác đau trong mổ	Nhóm 1 (n = 35)		Nhóm 2 (n = 35)		p
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	
Tốt	30	85,7	32	91,4	> 0,05
Khá	5	14,3	3	8,6	

*Nhận xét:* Có 91,4% số bệnh nhân của nhóm được GTTS kết hợp tê thần kinh bện và 85,7% bệnh nhân của nhóm được GTTS đơn thuần có mức độ ức chế cảm

giác đau tốt. Mức độ ức chế cảm giác đau ở hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3.3. Tình trạng giật cơ khớp**

Tình trạng giật cơ	Nhóm	Nhóm 1 (n = 35)		Nhóm 2 (n = 35)		p
		n	%	n	%	
Có giật cơ		22	62,9	4	11,4	< 0,001
Không giật cơ		13	37,1	31	88,6	

**Biểu đồ 3.1. Mức độ giật cơ khớp ở hai nhóm**

*Nhận xét:* Tỷ lệ bệnh nhân có giật cơ khớp ở nhóm 1 là 62,9%, nhiều hơn đáng



kể so với tỷ lệ bệnh nhân có giật cơ khớp ở nhóm 2 (11,4%) với mức ý nghĩa  $p < 0,001$ .

**Bảng 3.4. Mức độ hài lòng của phẫu thuật viên**

Mức hài lòng của phẫu thuật viên	Nhóm 1 (n = 35)		Nhóm 2 (n = 35)		p
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	
Rất hài lòng	23	65,7	32	91,4	< 0,05
Hài lòng	9	25,7	2	5,7	> 0,05
Chấp nhận được	3	8,6	1	2,9	> 0,05

*Nhận xét:* Mức độ rất hài lòng của phẫu thuật viên trong nhóm được GTTS kết hợp gây tê thần kinh bịt là 91,4%, cao hơn đáng kể so với nhóm được GTTS đơn thuần với 65,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,015$ .

#### 4. BÀN LUẬN

Dây thần kinh bịt được hợp thành từ các nhánh trước của dây thần kinh L2, L3 và L4 trong thân của của thất lưng, đi tới bờ trong của cơ thất lưng ở mào chậu. Dây thần kinh chạy xuống dưới dọc phía trên thành bên của xương chậu, dọc bó mạch bịt và đến lỗ bịt [9]. Cơ chế giật cơ khớp do kích thích dây thần kinh bịt, dây thần kinh có một đoạn đi dọc theo bờ trong cơ thất lưng chậu qua thành chậu hông bé để tới lỗ bịt, qua rãnh bịt xuống đùi phân thành 2 nhánh để vận động cho cơ khớp trước và cơ khớp sau, cảm giác một phần da đùi và gối.

Trong quá trình cắt bỏ u, khi bàng quang được làm đầy bằng nước, dây thần kinh áp sát vào mặt sau bên của thành bàng quang. Bất kỳ sự kích thích nào trong quá trình phát điện đều dẫn đến sự co cơ khớp và sự chuyển động bất ngờ của chân bệnh nhân, dễ gây thủng bàng quang thông với ổ bụng hoặc tổn thương các mạch máu lớn [10]. Gây tê thần kinh bịt

chọn lọc dưới hướng dẫn của siêu âm được cho là phương pháp an toàn và hiệu quả nhất để hạn chế giật cơ khớp với tỷ lệ thành công dao động từ 60,5% đến 100%. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy cả hai nhóm đều đạt được mức ức chế cảm giác đau đảm bảo cho cuộc mổ, tuy nhiên có 22 bệnh nhân (chiếm 62,9%) trong nhóm được GTTS đơn thuần xuất hiện tình trạng giật cơ khớp và chỉ có 4 bệnh nhân (chiếm 11,4%) trong nhóm được GTTS kết hợp gây tê thần kinh bịt có tình trạng giật cơ ( $p < 0,05$ ).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như một số tác giả khác đã nghiên cứu về vấn đề này. Augspurgen RR (1980) [11], tiến hành nghiên cứu trên 50 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt u bàng quang chia làm 2 nhóm, nhóm 1 gồm 25 bệnh nhân được GTTS đơn thuần, nhóm 2 gồm 25 bệnh nhân được GTTS kết hợp gây tê thần kinh bịt dưới hướng dẫn của siêu âm. Kết quả cho thấy có 22/25 bệnh nhân trong nhóm 1 xuất hiện tình trạng giật cơ, trong khi ở nhóm 2 tỷ lệ này chỉ là 3/25.

Ploeg M, Aben KK (2009) [12] tiến hành nghiên cứu trên 60 bệnh nhân tuổi từ 18 đến 80 có phân nhóm ASA từ I-II, trong đó 30 bệnh nhân được GTTS đơn thuần (nhóm SA) và 30 bệnh nhân được GTTS

kết hợp tê thần kinh bịt dưới hướng dẫn của siêu âm thần kinh (nhóm SOB). Trong nhóm SOB, thần kinh bịt được gây tê bằng hỗn hợp 5ml Levobupivacain và 5ml NaCl 0,9%. Khi mức tê tủy sống đạt mức T10, tình trạng giật cơ khớp sẽ bắt đầu được theo dõi. Kết quả là 83% bệnh nhân ở nhóm SA có tình trạng cơ cơ khớp, trong khi chỉ có 6,7% bệnh nhân của nhóm SOB xuất hiện cơ cơ khớp. Gây tê thần kinh bịt dưới hướng dẫn của siêu âm cũng đạt hiệu quả giật cơ khớp cao hơn so với phương pháp sử dụng máy kích thích thần kinh.

Houman Teymourian và cộng sự (2018) [13] tiến hành so sánh hai phương pháp gây tê thần kinh bịt trên 124 bệnh nhân được chia làm 2 nhóm: 67 bệnh nhân được gây tê dưới hướng dẫn của siêu âm và 67 bệnh nhân được gây tê sử dụng máy kích thích thần kinh để xác định vị trí dây thần kinh. Cả hai nhóm đều được gây tê bằng 10ml dung dịch Lidocain 1,5% pha với Ephedrine 1/200000. Kết quả cho thấy thời gian cần để gây tê thần kinh bịt khi sử dụng máy siêu âm ngắn hơn đáng kể so với khi dùng máy kích thích thần kinh. Tỷ lệ gây tê thành công ở nhóm có hướng dẫn của siêu âm là hơn 92%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sử dụng máy kích thích thần kinh với khoảng hơn 75% trường hợp gây tê thành công. Tỷ lệ giật cơ ở nhóm dùng máy siêu âm là 8,1%, thấp hơn đáng kể so với nhóm dùng máy kích thích thần kinh với 22,6%.

Việc ức chế giật cơ khớp đã tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình thao tác phẫu thuật của phẫu thuật viên. Theo kết quả nghiên cứu ở bảng 4, nhóm được GTTS kết hợp gây tê thần kinh bịt có 91,4% trường hợp phẫu thuật viên có đánh giá ở mức rất hài lòng, có 2 trường hợp chiếm 5,7% trường hợp phẫu thuật viên có đánh

giá ở mức hài lòng, và chỉ có 1 trường hợp (chiếm 2,9%) có đánh giá ở mức chấp nhận được. Nguyên nhân lý giải cho những trường hợp này là do mức vô cảm chưa đảm bảo thực sự tốt, cần bổ sung thêm các thuốc giảm đau an thần toàn thân trong mổ. Ở nhóm đối chứng có 65,7% trường hợp phẫu thuật viên có đánh giá ở mức rất hài lòng và 25,7% (9 trường hợp) đánh giá ở mức hài lòng, có 3 trường hợp (chiếm 8,6%) đánh giá ở mức chấp nhận được. Nguyên nhân cho những trường hợp này chủ yếu là do tình trạng giật cơ làm cuộc phẫu thuật bị gián đoạn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với tác giả Nguyễn Ngọc Quỳnh (2020) [14], trong đó nhóm được gây tê thần kinh bịt có hơn 90% trường hợp phẫu thuật viên có mức hài lòng tốt, trong khi ở nhóm được GTTS đơn thuần con số này chỉ khoảng 60% ( $p < 0,05$ ). Mức độ hài lòng của phẫu thuật viên phụ thuộc vào nhiều yếu tố như mức độ vô cảm trong mổ, mức độ mềm cơ, mức độ giật cơ khớp, tình trạng huyết động của bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi mức độ hài lòng của phẫu thuật viên chủ yếu chịu ảnh hưởng của tình trạng giật cơ khớp.

## 5. KẾT LUẬN

Gây tê thần kinh bịt dưới hướng dẫn siêu âm kết hợp gây tê tủy sống cho phẫu thuật nội soi cắt u bàng quang cho hiệu quả vô cảm tốt đảm bảo cho phẫu thuật, tỷ lệ giật cơ khớp thấp hơn đáng kể so với gây tê tủy sống đơn thuần, phẫu thuật viên hài lòng với phương pháp vô cảm được áp dụng.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. P. I. Panagoda, N. Vasdev, S. Gowrie-Mohan (2018). Avoiding the Obturator Jerk during TURBT. *Curr Urol*, 12 (1): 1-5.
2. K. Ozer, M. O. Horsanali, S. N. Gorgel, et al. (2015). Bladder injury secondary to obturator reflex is more common with plasmakinetic transurethral resection than monopolar transurethral resection of bladder cancer. *Cent European J Urol*, 68 (3): 284-8.
3. O. Frachet, G. Cordier, N. Henry, et al. (2007). [Bladder perforation during transurethral resection of bladder tumour: a review]. *Prog Urol*, 17 (7): 1310-2.
4. P. Faul, B. Schlenker, C. Gratzke, et al. (2008). Clinical and technical aspects of bipolar transurethral prostate resection. *Scand J Urol Nephrol*, 42 (4): 318-23.
5. N. P. Gupta, A. K. Saini, P. N. Dogra, et al. (2011). Bipolar energy for transurethral resection of bladder tumours at low-power settings: initial experience. *BJU Int*, 108(4): 553-6.
6. P. Puppo, F. Bertolotto, C. Intorini, et al. (2009). Bipolar transurethral resection in saline (TURis): outcome and complication rates after the first 1000 cases. *J Endourol*, 23 (7): 1145-9.
7. C. Deliveliotis, K. Alexopoulou, D. Picramenos, et al. (1995). The contribution of the obturator nerve block in the transurethral resection of bladder tumors. *Acta Urol Belg*, 63(3): 51-4.
8. W. M. Chen, C. L. Cheng, C. R. Yang, et al. (2008). Surgical tip to prevent bladder perforation during transurethral resection of bladder tumors. *Urology*, 72(3): 667-8.
9. G. Jancke, J. Rosell, S. Jahnson (2012). Residual tumour in the marginal resection after a complete transurethral resection is associated with local recurrence in Ta/T1 urinary bladder cancer. *Scand J Urol Nephrol*, 46 (5): 343-7.
10. Berglund RK, Herr HW. (2002), *Campbell's Urology*, 8th ed. Surgery for bladder cancer Philadelphia, WB Saunders: 2375-85.
11. R. R. Augspurger, R. E. Donohue (1980). Prevention of obturator nerve stimulation during transurethral surgery. *J Urol*, 123 (2): 170-2.
12. M. Ploeg, K. K. Aben, L. A. Kiemeny (2009). The present and future burden of urinary bladder cancer in the world. *World J Urol*, 27 (3): 289-93.
13. Houman Teymourian, Shayesteh Khorasanizadeh, Mohammad Reza Razzaghi, et al. (2018). Combination of Spinal Anesthesia and Obturator Nerve Block in Transurethral Resection of Bladder Tumor, Comparison between Nerve Stimulator and Ultrasonography. *Journal of Clinical and Medical Sciences*, 2 (1): 1-5.
14. Nguyễn Ngọc Quỳnh, Hoàng Văn Chương (2020). Đánh giá hiệu quả của phương pháp gây tê tủy sống kết hợp gây tê thần kinh bìt trong phẫu thuật nội soi cắt u bàng quang qua đường niệu đạo. *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 491, số 1 (2020), trg.9-13.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỬ DỤNG VẬT TỰ DO ĐÙI TRƯỚC NGOÀI CÓ NỐI THÔNG MẠCH MÁU ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG BÔNG ĐIỆN CAO THẾ VÙNG CỔ TAY

<sup>1</sup>Tổng Thanh Hải, <sup>1</sup>Đỗ Trung Quyết, <sup>1</sup>Vũ Quang Vinh, <sup>2</sup>Trần Quang Nghĩa

<sup>1</sup>Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác

<sup>2</sup>Học viện Quân y

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bông điện cao thế hay gặp ở 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. Khi tổn thương mạch máu đi kèm tổn thương da và mô mềm vùng cổ tay, phương pháp tối ưu là vừa che phủ tổn thương, vừa phục hồi lại tuần hoàn vùng cổ tay. Vật đùi trước ngoài tự do là một vật da cân kinh điển sử dụng trong tạo hình phủ tổn thương. Tuy vậy, có rất ít báo cáo về sử dụng vật đùi trước ngoài có nối thông mạch máu để che phủ và khôi phục lại tuần hoàn vùng cổ tay sau bông điện cao thế.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu 6 bệnh nhân bông điện cao thế và di chứng sau bông điện cao thế vùng cổ tay gây tổn thương vùng cổ tay, có tổn thương mạch máu vùng cổ tay vào bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác từ tháng 8 năm 2023 đến tháng 5 năm 2024.

Các bệnh nhân bị bông điện cao thế sau khi cắt lọc làm sạch tổn thương vùng cổ tay, sử dụng vật đùi trước ngoài có nối thông mạch máu che phủ và phục hồi tuần hoàn.

**Kết quả:** Nghiên cứu được tiến hành trên 06 bệnh nhân nam, tuổi từ 22 tới 45, bị tổn thương bông điện cao thế vùng cổ tay. Tổn thương vùng cổ tay do bông điện: 4 trường hợp bên phải và 2 trường hợp bên trái. Có 04 bệnh nhân bị tổn thương gây tắc và hoại tử động mạch quay, 02 trường hợp tổn thương tắc bó mạch trụ, không có bệnh nhân nào bị tắc cả bó mạch quay và bó mạch trụ, có 02 trường hợp xuất hiện chảy máu mồm cụt trước phẫu thuật.

Kích thước tổn thương sau cắt lọc từ (10 x 9)cm tới (26 x 16)cm. Các vật có kích thước từ (13 x 12)cm tới (29 x 17)cm, chiều dài đoạn mạch máu cần bắc cầu từ 14cm tới 22cm. Vật 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 vật để lại sẹo phi đại, không ảnh hưởng đến sức cơ của đùi và chức năng khớp gối.

---

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

Email: doquyet.vmmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/5/2024; Ngày nhận xét: 21/6/2024; Ngày duyệt bài: 26/6/2024

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.3.2024.327>

**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. High-tension electrical burns in the wrist often cause damage and necrosis of the tendon, nerves, blood vessels, and bones of the wrist, resulting in high disability and amputation rates. 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.

**Patients and Methods:** Five patients with high-tension electrical wrist burns were admitted to Vietnam National Burns Hospital from August 2023 to May 2024. All patients were operated on by using the free flow-through ALT flap to resurface the defect and restore the blood supply of the hand. The vascular injuries were detected by using Doppler ultrasound and angiography. After debridement of the local wound, the ALT flap was harvested on the thigh and anastomosed with recipient vessels.

**Results:** All 6 patients were male, aged from 22 to 45 years old. The injury sites for all 5 patients were the wrists, specifically 4 right and 2 left wrists. Four patients had radial artery embolism necrosis. Two patients had ulnar arterial embolization and necrosis. Two cases had arterial bleeding at the wrist before surgery. The range of the wound areas after debridement was (10 x 9)cm to (26 x 16)cm. The flap areas ranged from (13 x 12) cm to (29 x 17)cm and the length of the bridged blood vessel ranged from 14cm to 22cm. The flap after the operation has good characteristics and the circulation of the hand has been restored. The donor site has a hypertrophic scar and the movement of the thigh and knee is not influenced.

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

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

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bỏng điện cao thế thường gây ra rất nhiều các tổn thương lớn trên cơ thể và để lại hậu quả nặng nề như cắt cụt 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 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, phương pháp tối ưu là vừa che phủ tổn thương, vừa phục hồi lại tuần hoàn vùng cổ tay [4].

Vạt đùi trước ngoài tự do là một vạt da cân kinh điển sử dụng trong tạo hình phủ tổn thương. Nghiên cứu này đánh giá hiệu quả của vạt đùi trước ngoài trong che phủ và khôi phục tuần hoàn vùng cổ tay sau bỏng điện cao thế.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

Nghiên cứu tiến cứu 06 bệnh nhân bỏng điện cao thế vùng cổ tay vào Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác từ tháng 8 năm 2023 đến tháng 5 năm 2024 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 thể là tổn thương bỏng mới hoặc tổn thương vùng cổ tay đã được điều trị bỏng và liền vết thương, có tổn thương mạch máu chính vùng cổ tay (xác định qua chụp mạch máu vùng cổ tay, siêu âm Doppler màu vùng cổ tay) chưa được xử lý, 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, bệnh nhân đồng ý phẫu thuật.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Đánh giá trước phẫu thuật:** Bệnh nhân được khám, sàng lọc, đánh giá tổn thương, chụp mạch máu hoặc siêu âm Doppler màu vùng cổ tay nhằm 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, thay băng chăm sóc tổn thương để chuẩn bị cho phẫu thuật.

**Quy trình phẫu thuật:** Phẫu thuật được thực hiện tại vùng tổn thương và vùng lấy vạt

Tại vùng tổn thương: Tiến hành xử lý tổn thương và chuẩn bị mạch máu nơi nhận. Vùng tổn thương được cắt lọc hoại tử và làm sạch tối đa tổ chức 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 móm cụt mạch máu bằng kẹp mạch máu chuyên dụng.



Tổn thương vùng cổ tay sau bỏng điện cao thế: lộ gân vùng mặt trước cổ tay tắc hoàn toàn động mạch trụ (trên hình ảnh siêu âm Doppler mạch máu)



Tổn thương đã được tiến hành cắt lọc, làm sạch hoại tử, gân chết, bóc lộ mòm cụt bó mạch trụ bị đứt, cả đầu ngoại vi và đầu trung tâm (đánh dấu bằng kẹp mạch máu)

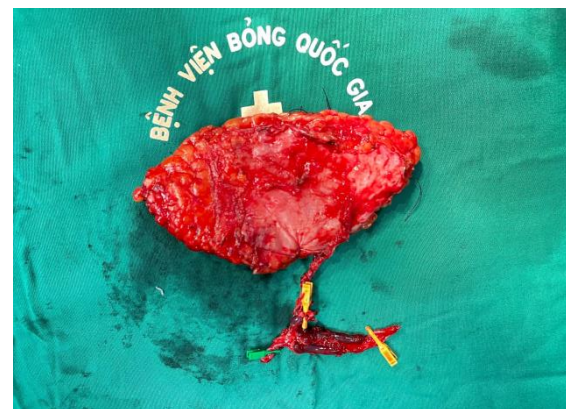
**Hình 2.1. Tổn thương vùng cổ tay sau bỏng điện cao thế**

Tại vùng lấy vạt: Thiết kế vạt da cân 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 mòm cụt phía trung tâm của bó mạch quay (hoặc trụ), nối mòm cụt của nhánh xuống động mạch mũ đùi ngoài với mòm 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.



Thiết kế vạt da cân đùi trước ngoài có nối thông mạch máu



Vạt da cân đùi trước ngoài đã được phẫu tích và cuống mạch

**Hình 2.2. Thiết kế và phẫu tích vạt da cân đùi trước ngoài**



Cuống mạch được nối thông dòng máu



Vạt sau phẫu thuật

**Hình 2.3. Hình ảnh thực tế vạt được nối mạch phục hồi lưu thông dòng máu vùng cổ tay**

**Điều trị sau phẫu thuật:** Sử dụng Heparin trong lượng phân tử trung bình với liều 100UI/Kg/24 giờ trong 72 giờ đầu sau phẫu thuật, Dextran 70, kiểm tra tình trạng lưu thông mạch máu bằng siêu âm 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:** Bệnh nhân được đánh giá tình trạng vạt sau phẫu thuật, chụp mạch vùng cổ tay, siêu âm mạch máu đánh giá tình trạng lưu thông mạch máu sau mổ ở các thời điểm 3 tháng và 6 tháng sau mổ.



Kết quả sau 3 tháng



Kết quả sau 6 tháng

**Hình 2.4. Kết quả sau phẫu thuật**

### 3. KẾT QUẢ

Nghiên cứu được tiến hành trên 06 bệnh nhân nam, tuổi từ 22 tới 45 tuổi, bị tổn thương bỏng điện cao thế vùng cổ bàn tay.

**Tổn thương vùng cổ tay do bỏng điện:** 04 trường hợp tổn thương cổ tay bên phải và 02 bên trái, tổn thương da và mô mềm rộng ra xung quanh, đã được cắt lọc

hoại tử, ghép da mỏng che phủ, tổn thương còn lại khu trú vùng cổ tay, hoại tử và lộ hệ thống gân gấp nông, sâu và xương vùng cổ tay. Vùng cổ bàn tay hạn chế vận động do tổn thương xơ cứng. Kết quả chụp mạch máu cẳng bàn tay trước mổ: Có 04 bệnh nhân bị tổn thương gây tắc và hoại tử động mạch quay (tay phải: 03 trường hợp, tay trái: 01 trường hợp), 02



trường hợp tổn thương tắc bó mạch trụ (tay phải: 01 trường hợp, tay trái: 01 trường hợp), không có bệnh nhân nào bị tắc cả bó mạch quay và bó mạch trụ, có 02 trường hợp xuất hiện chảy máu mỗm cụt trước phẫu thuật.

Thời gian từ khi bị bỏng tới khi can thiệp sớm nhất là 22 ngày, muộn nhất là 47 ngày, trung bình là 34,56 ngày. Kích thước tổn thương sau cắt lọc từ (10 x 9)cm tới (26 x 16)cm.

**Đặc điểm vật da:** Các vật có kích thước từ (13 x 12)cm tới (29 x 17)cm, chiều dài đoạn mạch máu cần bắc cầu từ 14cm tới 22cm. Vật 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 vật được khâu kín 1 phần và ghép da mỏng tự thân.

**Theo dõi sau phẫu thuật:** Theo dõi 06 bệnh nhân ở các thời điểm sau phẫu thuật 3 tháng, 6 tháng cho kết quả: Tất cả các vật da đều sống hoàn toàn, vết mổ liền kỳ đầu, vật sau mổ đảm bảo che phủ tốt tổn thương, mềm mại, không bị dày mỡ, dòng máu bàn tay được đảm bảo tốt (qua siêu âm mạch máu, chụp mạch cản quang). 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 vật để lại sẹo phì đại, không ảnh hưởng đến sức cơ của đùi và chức năng khớp gối.

## 4. BÀN LUẬN

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

Tổn thương bỏng do điện vùng cổ tay theo Shen Z.Y. và cộng sự [3] có thể được phân loại thành 4 loại: 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. 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 [5].

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 thương, các vật da căng tay quay, vật động mạch trụ hay vật da - vật cân mỡ nhánh xuyên động mạch quay cuống liền [3]... 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. Đối với những trường hợp này việc cân nhắc lựa chọn chất liệu tối ưu nhất là ngoài việc che phủ khuyết hồng đồng thời phục hồi lưu thông dòng máu vùng cổ bàn tay.

### 4.2. Sử dụng vật da tự do có nối thông mạch máu điều trị tổn thương mạch máu vùng cổ tay

Các chất liệu tạo hình phù hợp trong trường hợp này cần đảm bảo hai yêu cầu cơ bản: một là đảm bảo yêu cầu về che phủ, tức là có kích thước phù hợp với từng loại tổn thương khác nhau vùng cổ bàn tay sau cắt lọc, hai là đảm bảo có một cuống mạch bắc cầu để giúp lưu thông dòng máu từ gốc chi đến vùng cổ bàn tay. Đã có rất

nhều ý tưởng được đặt ra nhằm kết hợp hai yêu cầu này.

Ý tưởng đầu tiên là tiến hành che phủ tổn thương bằng chất liệu tự thân kết hợp ghép mạch máu để phục hồi tuần hoàn. 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. Các vật da từ xa thường sử dụng như vật da kiểu Ý sử dụng da bụng để che phủ tổn khuyết có nhiều hạn chế chứ chưa nói tới việc phục hồi tuần hoàn bằng ghép mạch máu. Các vật tự do thường được lựa chọn trong trường hợp này. Wang X.W. và cộng sự năm 1981 [6] đã sử dụng tĩnh mạch hiển để phục hồi lưu thông dòng máu sớm trong tổn thương do bỏng điện vùng cổ tay.

Chen W. và cộng sự năm 2020 cũng báo cáo sử dụng vật tự do vùng bụng kết hợp ghép tĩnh mạch hiển lớn trong điều trị bỏng điện vùng cổ tay [7]. Song kỹ thuật này có một số nhược điểm như phải ghép mạch máu dài, tình trạng nghịch dòng hay hẹp, tắc mạch.

Vật da có nối thông mạch máu được Soutar D.S. và cộng sự giới thiệu lần đầu tiên năm 1983, sử dụng vật cẳng tay quay có nối thông mạch máu để che phủ tổn thương vùng khoang miệng và phục hồi dòng máu vùng đầu cổ [8]. Sau đó, vật này được sử dụng rộng rãi trong tạo hình vùng chi thể và ngón tay. Yokota K. và cộng sự lần đầu tiên sử dụng vật đùi trước ngoài có nối thông mạch máu trong tái tạo tổn khuyết chi dưới và phục hồi dòng máu từ năm 2011 [9]. 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.

#### **4.3. Ưu điểm của vật đùi trước ngoài tự do trong tạo hình và phục hồi dòng máu vùng cổ tay sau bỏng điện cao thế**

Vật đùi trước 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. 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 để nối mạch vi phẫu [10]. 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... Một số ưu điểm khi sử dụng vật đùi trước ngoài tự do trong trường hợp này gồm:

##### **Về khả năng che phủ tổn thương:**

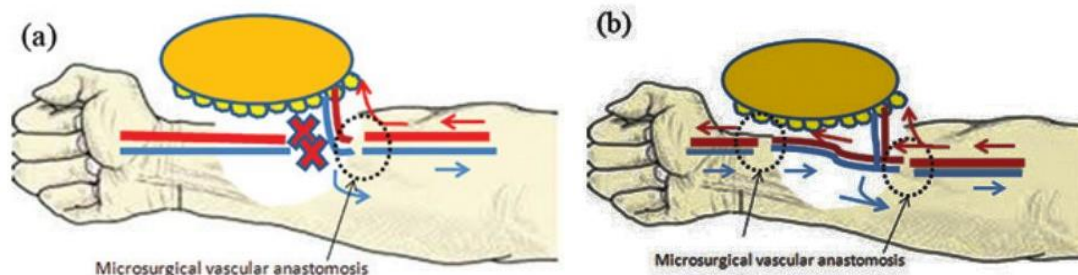
Vùng cho vật đùi trước ngoài cho vật kích thước tương đối lớn, mạch máu hằng định, dễ phẫu tích, đảm bảo che phủ diện tích rộng. Theo Samir M. thì chiều dài trung bình của vật đùi trước ngoài là 16 cm (từ 4cm đến 35cm), chiều rộng trung bình của vật là 8 cm (từ 4cm đến 25cm), chiều rộng tối đa để có thể đóng trực tiếp là 8cm [10]. Chính vì vậy có thể đảm bảo che phủ một diện tích lớn kéo dài từ cẳng tay tới bàn tay nếu cần.

##### **Về khả năng phục hồi lưu thông dòng máu:**

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. 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 cẳng tay. Nhánh xuống của động mạch mũ đùi ngoài

có đường kính lớn, phù hợp với kích thước mạch máu vùng cẳng bàn tay, thuận lợi cho khâu nối mạch. Hơn nữa, chiều dài của nhánh này cũng đủ để khôi phục lại dòng máu mà không gây căng kéo hay thiếu linh hoạt.



**Hình 4.1. Mô phỏng cách thức sử dụng vật da cân đùi trước ngoài phục hồi lưu thông dòng máu vùng cổ tay**

(Nguồn: Fujioka M. năm 2018) [11]

**Linh hoạt trong các hình thức sử dụng vật:** Vật có nhiều ưu điểm như cung cấp một lượng lớn tổ chức da, cân, mỡ, cơ do đó có thể là sử dụng dưới dạng vật da mỡ, da cân hay da cơ..., vật được sử dụng linh hoạt với nhiều hình thức khác nhau như vật đảo, vật phức hợp (da cân cơ...), kết hợp với kỹ thuật giãn da để tăng diện tích vật, vật siêu mỏng... Một hình thức sử dụng đặc biệt của vật đùi trước ngoài là vật chùm (chimeric flap). Vật chùm đùi trước ngoài vừa có những ưu điểm của một vật đùi trước ngoài thông thường vừa có những ưu điểm riêng do hình thức sử dụng dạng chùm đem lại đặc biệt tạo hình các tổn khuyết phức tạp.

**Một số ưu điểm khác:** Không cần thay đổi tư thế bệnh nhân, vì vậy có thể tiến hành 2 kíp mổ song song, giảm thời gian phẫu thuật. Ít để lại tổn thương vùng đùi lấy vật, không ảnh hưởng đến cấp máu của chi thể cho vật.

## 5. KẾT LUẬN

Điều trị tổn thương do bỏng điện cao thể vùng cổ tay có tổn thương mạch máu vẫn còn nhiều thách thức. Sử dụng vật 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. 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.
6. Wang XW, Sun YH, et al. Early vascular grafting to prevent upper extremity necrosis after electrical burns. *Chin Med J (Engl)*. 1981;94:185-194.
7. Cheng, W., Shen, Y. M., Qin, F. J., & Hu, X. H. (2020). Free flow-through anterolateral thigh flaps for wrist high-tension electrical burns: a retrospective case series. *Biomedical and Environmental Sciences*, 33(7), 510-517.
8. Soutar DS, Scheker LR, Tanner NS, et al. The radial forearm flap: a versatile method for intra-oral reconstruction. *British J Plas Surg*, 1983; 36, 1-8.
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 Microsurg*, 2011; 27, 109-14.
10. 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.
11. Fujioka, M. (2018). Application of free flow-through anterolateral thigh flap for the reconstruction of an extremity soft tissue defect requiring vascularization. *Flap Surgery*. Rijeka: InTech, 51-76.

# KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VÀ HÀNH VI VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN CỦA SINH VIÊN NỮ TRƯỜNG ĐẠI HỌC YERSIN ĐÀ LẠT

Nguyễn Thị Hồng Hạnh, Thượng Ngọc Thu Hiền, Phạm Thị Hoàng Yến

Trường đại học Yersin Đà Lạt

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả kiến thức, thái độ và hành vi về chăm sóc sức khỏe sinh sản của sinh viên nữ tại trường Đại học Yersin Đà Lạt, năm 2023.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 320 sinh viên nữ Trường đại học Yersin Đà Lạt từ tháng 09/2023 đến tháng 04/2024.

**Kết quả:** Về kiến thức sức khỏe sinh sản có 64,6% sinh viên nữ Đạt, vẫn còn một số ít sinh viên nữ chưa có kiến thức Đạt chiếm 35,4%. Tỷ lệ sinh viên nữ có thái độ và hành vi chăm sóc sức khỏe sinh sản Đạt chỉ 48,4% và còn 51,6% sinh viên nữ chưa có thái độ hành vi Đạt.

**Kết luận:** Kiến thức, thái độ và hành vi của sinh viên nữ về sức khỏe sinh sản vẫn còn hạn chế. Vì vậy chúng ta cần quan tâm hơn đến vấn đề truyền thông về sức khỏe sinh sản tới sinh viên trong đào tạo trường học.

**Từ khóa:** Kiến thức, thái độ, hành vi, sức khỏe sinh sản

## ABSTRACT

**Objectives:** Describe knowledge, attitudes and behaviors on reproductive health care of female students at Yersin University Dalat, 2023.

**Research method:** Cross-sectional description conducted on 320 female students at Yersin University of Dalat from September 2023 to April 2024.

**Results:** In terms of reproductive health knowledge, 64.6% of female students pass, there are still a few female students who do not have pass knowledge, accounting for 35.4%. The proportion of female students with good reproductive health care attitudes and behaviors is only 48.4%, while 51.6% of female students have poor reproductive health care attitudes and behaviors.

**Conclusion:** Female students' knowledge, attitudes and behaviors about reproductive health are still limited. Therefore, we need to pay attention to the issue of communication about reproductive health to students in school training.

**Keywords:** Knowledge, attitude, behavior, reproductive health

<sup>1</sup>Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Hồng Hạnh, Trường đại học Yersin Đà Lạt

Email: honghanhnd2014@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/6/2024; Ngày nhận xét: 21/6/2024; Ngày duyệt bài: 26/6/2024

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.3.2024.319>

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sức khỏe sinh sản (SKSS) là sự thể hiện các trạng thái về thể chất, tinh thần, xã hội liên quan đến hoạt động và chức năng sinh sản của mỗi người. Sức khỏe sinh sản là một trong những vấn đề quan trọng luôn được xã hội quan tâm và chú trọng, vấn đề này cũng gắn liền với sự phát triển của một quốc gia, một dân tộc.

Theo Tổng cục thống kê năm 2021, hiện nay mang thai ngoài ý muốn chiếm tỷ lệ hơn một nửa số ca nạo phá thai gần đây nhất (53,6%) [5]. Vụ Sức khỏe bà mẹ trẻ em (Bộ Y tế) cho biết trung bình mỗi năm cả nước có khoảng 300 đến 400 ngàn ca phá thai ở độ tuổi 15 - 19, trong đó 60 - 70% là học sinh, sinh viên.

Còn theo Tổng cục Dân số, mặc dù tỷ lệ phá thai ở Việt Nam trong 10 năm trở lại đây giảm, nhưng tỷ lệ nạo phá thai ở trẻ vị thành niên, thanh niên lại có dấu hiệu gia tăng - chiếm hơn 20% các trường hợp phá thai. Tuy nhiên vấn đề chăm sóc SKSS tại các trường dạy nghề, cao đẳng và đại học chưa được quan tâm. Trong khi đó, giới trẻ hiện nay đang có suy nghĩ và quan niệm theo xu hướng cởi mở hơn trong tình yêu và tình dục, độ tuổi quan hệ tình dục lần đầu ở vị thành niên Việt Nam ngày càng sớm. Tuy nhiên, kiến thức của các đối tượng này về phòng tránh thai và các bệnh lây truyền qua đường tình dục vẫn còn rất hạn chế [1].

Vì vậy đối tượng sinh viên cần phải được tiếp cận với công nghệ thông tin để truy cập những thông tin hữu ích và chính thống, cũng như hỗ trợ từ phía nhà trường, đơn vị tin cậy để các bạn sinh viên hiểu biết thêm về việc chăm sóc sức khỏe của mình. Từ đó, sinh viên có thể tránh những vấn đề liên quan đến sức khỏe sinh sản

như mang thai sớm, mang thai ngoài ý muốn, nạo phá thai không an toàn và mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục [6]. Hiểu được vai trò và ý nghĩa quan trọng của việc cung cấp thông tin sức khỏe sinh sản tới những sinh viên nữ của Trường, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả kiến thức, thái độ, hành vi về chăm sóc sức khỏe sinh sản của nữ sinh viên tại trường Đại học Yersin Đà Lạt năm 2023 từ đó đưa ra những hình thức tuyên truyền và giảng dạy về sức khỏe sinh sản cho sinh viên được phù hợp.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

320 sinh viên nữ các lớp đại học hệ chính quy tại Trường đại học Yersin Đà Lạt.

### 2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Sinh viên nữ đại học hệ chính quy.
- Sinh viên đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

### 2.3. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Sinh viên vắng mặt trong thời gian nghiên cứu.
- Sinh viên không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 09/2023 đến tháng 04/2024

- Địa điểm: Nghiên cứu được thực hiện tại Trường đại học Yersin Đà Lạt.

(Số 27 Tôn Thất Tùng - phường 8 - thành phố Đà Lạt - tỉnh Lâm Đồng)

### 2.5. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

## 2.6. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

Tổng số lượng sinh viên nữ học đại học chính quy tại Trường đại học Yersin Đà Lạt năm 2023 là 1543 sinh viên. Phương pháp tính mẫu được tính theo công thức sau:

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

Trong đó:

n: Kích thước mẫu cần xác định

N: Quy mô tổng thể

e: Sai số cho phép là  $\pm 0,05$

Thay số vào công thức trên chúng tôi tính được  $n = 318$ .

Sau đó, tiến hành lấy danh sách sinh viên tại Phòng công tác Sinh viên và tiến hành mã hoá sinh viên theo số thứ tự rồi cho vào phần mềm bốc số ngẫu nhiên để xác định sinh viên sẽ tham gia vào nghiên cứu. Số lượng mẫu thực tế đối tượng tham gia nghiên cứu là 320 sinh viên nữ.

## 2.7. Phương pháp thu thập thông tin

- Bộ câu hỏi được thiết kế dựa vào các tài liệu về SKSS, kế hoạch hành động quốc gia về chăm sóc SKSS, sức khoẻ tinh dục cho vị thành niên, thanh niên giai đoạn 2020 - 2025 [1] (bộ câu hỏi xem phụ lục cuối bài báo).

- Những đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu lựa chọn mẫu phù hợp sẽ

được gửi bộ câu hỏi nghiên cứu online và trực tiếp làm bài khảo sát trực tuyến.

- Sau khi thu thập được toàn bộ thông tin, nghiên cứu viên sẽ tiến hành thống kê qua online.

- Các số liệu được trình bày dưới dạng số lượng và tỷ lệ phần trăm (%).

## 2.8. Phương pháp phân tích số liệu:

- Dữ liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0.

- Điểm đánh giá kiến thức, thái độ và hành vi với:

Tổng điểm Kiến thức là 38 điểm. (Tổng điểm  $\geq 28$  điểm là Kiến thức Đạt, Tổng điểm  $< 28$  điểm là Kiến thức chưa Đạt).

Tổng điểm Thái độ và Hành vi là 9 điểm. (Tổng điểm  $\geq 6$  điểm là Thái độ và Hành vi Đạt, Tổng điểm  $< 6$  điểm là Thái độ và Hành vi chưa Đạt).

## 2.9. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề tài đã được Hội đồng khoa học Trường đại học Yersin Đà Lạt thông qua trước khi thực hiện. Tất cả thông tin đối tượng đã khảo sát được bảo mật hoàn toàn.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu trên 320 sinh viên nữ các lớp đại học hệ chính quy tại Trường đại học Yersin Đà Lạt, chúng tôi phân tích được một số kết quả như sau:

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 320)**

Thông tin		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	18 - 20 tuổi	256	80,0
	21 - 24 tuổi	64	20,0
Dân tộc	Kinh	272	85,0
	Dân tộc khác	48	15,0
Cấp học	Năm thứ nhất	142	44,4
	Năm thứ hai	98	30,6
	Năm thứ ba	80	25,0
Nơi ở hiện tại	Tại gia đình	55	17,2
	Ở trọ	171	53,4

*Nhận xét:* 100% nữ sinh viên tham gia nghiên cứu có độ tuổi trên 18. Đa số đối tượng là dân tộc Kinh chiếm 85,0%. Có đến 44,4% nữ sinh viên tham gia nghiên cứu là sinh viên năm nhất và 30,6% đối tượng là sinh viên năm 2 còn lại là sinh viên năm 3 chiếm 25,0%. Phần lớn sinh viên nữ ở trọ chiếm 53,4%.

**Bảng 3.2. Kiến thức về phòng tránh thai và nạo phá thai (n = 320)**

STT	Nội dung		Kết quả (n = 320)	
			Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Thời điểm dễ có thai	Đúng	41	12,8
		Sai	264	82,5
		Không biết	15	4,7
2	Dấu hiệu có thai	>=3 dấu hiệu	280	87,5
		<3 dấu hiệu	40	12,5
		Không biết	0	0
3	Biện pháp phòng tránh thai	>= 4 biện pháp	259	80,9
		<4 biện pháp	60	18,8
		Không biết	1	0,3
4	Hậu quả của nạo phá thai	>= 4 hậu quả	274	85,6
		<4 hậu quả	41	12,8
		Không biết	5	1,6
5	Cơ sở nạo phá thai an toàn	Cơ sở y tế nhà nước	284	88,8
		Không biết	24	7,5

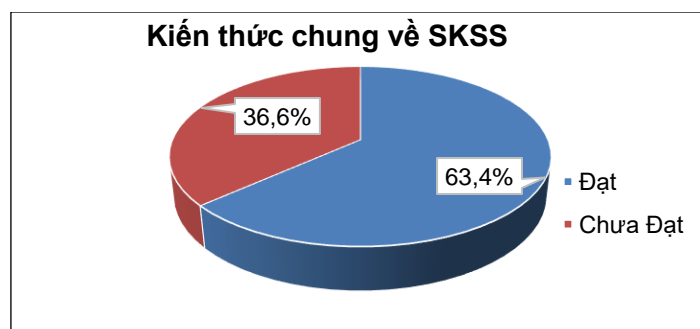
*Nhận xét:* Có 12,8% sinh viên trả lời đúng về thời điểm dễ có thai. Đa số sinh viên biết được hầu hết các dấu hiệu có thai ( $\geq 3$  dấu hiệu) chiếm 87,5%. Có 88,8% sinh viên có kiến thức đúng về cơ sở nạo phá thai an toàn là ở cơ sở y tế nhà nước.

**Bảng 3.3. Kiến thức chung của sinh viên về các bệnh lây truyền qua đường tình dục và biểu hiện của bệnh**

STT	Nội dung		Kết quả (n = 320)	
			Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Biết các bệnh lây truyền qua đường tình dục	>=4 bệnh	265	82,8
		< 4 bệnh	48	15
		Không biết	7	2,2
2	Biết biểu hiện mắc của các bệnh lây truyền qua đường tình dục	>= 2 biểu hiện mắc	285	89,1
		< 2 biểu hiện mắc	14	4,4
		Không biết	21	6,6



**Nhận xét:** Đa số các sinh viên nữ không biết. Có 89,1% sinh viên biết từ 2 (82,8%) đều biết được  $\geq 4$  bệnh lây qua biểu hiện mắc bệnh trở lên, và có 6,6% đường tình dục, chỉ có 2,2% sinh viên sinh viên không biết biểu hiện mắc bệnh.



**Biểu đồ 3.1. Kiến thức chung về sức khỏe sinh sản (n = 320)**

**Nhận xét:** Tỷ lệ sinh viên có kiến thức sinh viên có kiến thức về chăm sóc sức Đạt chiếm 63,4%, vẫn còn số lượng lớn khỏe sinh sản chưa Đạt chiếm 36,6%.

**Bảng 3.4. Thái độ của sinh viên khi nói chuyện/hỏi người thân bạn bè về lĩnh vực Sức khỏe sinh sản - Tình dục**

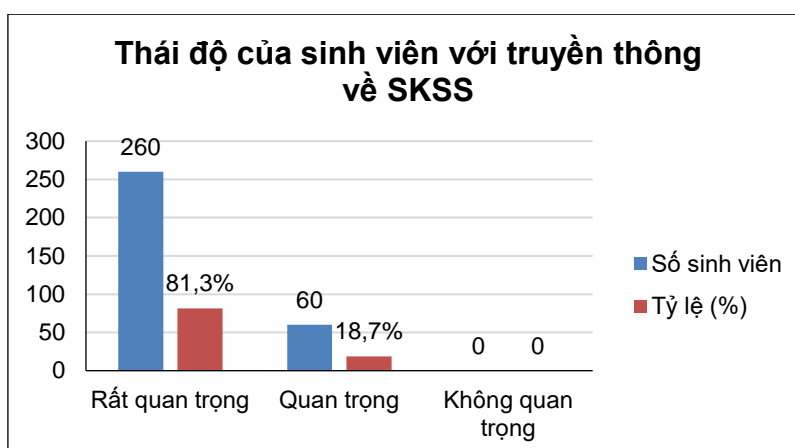
STT	Nội dung	Kết quả (n = 320)	
		Số sinh viên (SV)	Tỷ lệ (%)
1	Không ngại gì	171	53,4
2	Ngại	133	41,6
3	Rất ngại	16	5

**Nhận xét:** Đa số các sinh viên nữ Sức khỏe sinh sản - Tình dục, có 41,6% (53,4%) không thấy ngại gì khi nói sinh viên cảm thấy ngại và chỉ có 5,0% chuyện/hỏi người thân bạn bè về lĩnh vực sinh viên thấy rất ngại.

**Bảng 3.5. Tỷ lệ sinh viên đã đi khám SKSS trong những năm qua**

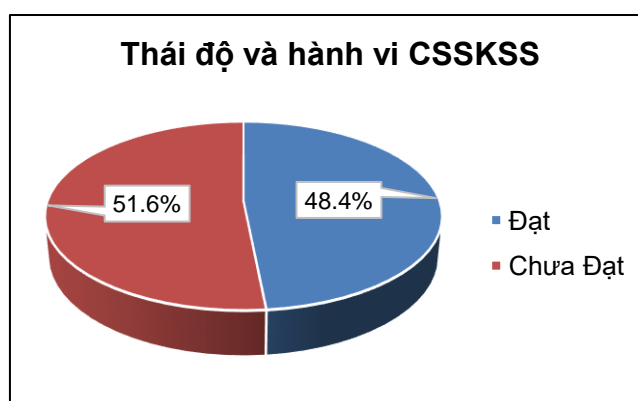
STT	Nội dung	Kết quả (n = 320)	
		Số SV	Tỷ lệ (%)
1	Chưa đi khám	237	74,1
2	Có đi khám	83	25,9

**Nhận xét:** Trong 320 đối tượng tham đã đi khám SKSS, còn lại là chưa đi khám gia nghiên cứu thì chỉ có 25,94 % sinh viên bao giờ.



**Biểu đồ 3.2. Thái độ của sinh viên với truyền thông về sức khỏe sinh sản trường học (n = 320)**

**Nhận xét:** Đa số sinh viên cảm thấy quan trọng chiếm 81,3%, không có sinh viên nào cảm thấy không quan trọng.



**Biểu đồ 3.3. Thái độ và hành vi của sinh viên nữ về chăm sóc sức khỏe sinh sản (n = 320)**

**Nhận xét:** Kết quả số lượng các bạn sinh viên nữ có thái độ và hành vi chưa Đạt về vấn đề chăm sóc sức khỏe sinh sản chiếm tỷ lệ lớn (51,6%), có 48,4% sinh viên có thái độ và hành vi Đạt.

#### 4. BÀN LUẬN

Kết quả chúng tôi nghiên cứu trên 320 sinh viên nữ trường Đại học Yersin Đà Lạt, 100% sinh viên nữ có độ tuổi trên 18, tỷ lệ ở trọ khá cao chiếm 53,4%. Đối với độ tuổi này các bạn sinh viên nữ đã phát triển đầy

đủ về mặt thể chất, phần lớn các bạn sẽ tự đưa ra những quyết định của bản thân liên quan đến vấn đề SKSS, chính vì vậy sinh viên nữ rất cần được cung cấp các thông tin và định hướng đúng đắn về SKSS để tránh những vấn đề liên quan đến sức khỏe cá nhân.

Bảng 3.2 cho thấy, có 12,8% sinh viên trả lời đúng về thời điểm để có thai nhất trong chu kỳ kinh nguyệt. Tỷ lệ này có thấp hơn so với nghiên cứu của Mai Thuý Mai có 48% sinh viên có kiến thức đúng

về thời điểm nào thì sẽ có thai [2], có thể do đối tượng nghiên cứu của tác giả đều thuộc khối ngành sức khoẻ nên sinh viên có sự nghiên cứu kỹ càng hơn về thông tin này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số sinh viên biết được hầu hết từ 3 dấu hiệu có thai trở lên chiếm 87,5% và có 88,8% sinh viên có kiến thức đúng về cơ sở nạo phá thai an toàn. Với kết quả trên cho thấy hầu hết các bạn sinh viên nữ cũng đã ý thức tự tìm hiểu những thông tin liên quan đến SKSS để nhận biết rõ ràng tình trạng sức khoẻ của bản thân.

Về kiến thức các bệnh lây truyền qua đường tình dục đa số các sinh viên nữ (82,81%) đều biết được từ 4 bệnh lây qua đường tình dục trở lên, có 89,1% sinh viên biết từ 2 biểu hiện mắc bệnh trở lên, chỉ có 6,6% sinh viên không biết biểu hiện mắc bệnh. Điều này cho thấy các bạn sinh viên nữ đã có kiến thức về các bệnh lây truyền qua đường tình dục từ đó giúp cho các bạn sẽ có ý thức ngăn ngừa mắc những bệnh lý này.

Mặc dù các bạn sinh viên nữ đều trên 18 tuổi, nhưng tỷ lệ sinh viên cảm thấy ngại và rất ngại khi nói chuyện về vấn đề SKSS vẫn còn chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 41,6% và 5,0%. Vì vậy việc các bạn có thể chủ động chăm sóc sức khoẻ bản thân trực tiếp khi đến các cơ sở y tế rất khó khăn, trong nghiên cứu của chúng tôi có đến 74,1% sinh viên nữ chưa đi khám SKSS bao giờ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ sinh viên có kiến thức Đạt chiếm 63,4%, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Mai Thuý Mai (2017) tỷ lệ sinh viên có kiến thức Đạt là 69,2% [2]. Kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của

Nguyễn Ngọc Nghĩa (2023) tỷ lệ kiến thức tốt chiếm 52,7% có thể do đối tượng nghiên cứu của tác giả còn ở độ tuổi vị thành niên [3] và cũng cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Như Quý (2022) tỷ lệ sinh viên có kiến thức đạt chiếm 46,8% lý do có thể do đối tượng nghiên cứu của tác giả chỉ tập trung vào sinh viên năm nhất nên các bạn sinh viên chưa quan tâm nhiều đến vấn đề này [4]. Số lượng sinh viên có thái độ và hành vi chưa Đạt về vấn đề chăm sóc SKSS trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm số lượng lớn 51,6%, có thể nói từ kiến thức tới hành vi còn rất nhiều khó khăn, việc được đôn đốc nhắc nhở và quan tâm đến sức khoẻ cho sinh viên nữ tại trường rất quan trọng để hỗ trợ các bạn sinh viên chủ động hơn trong việc thăm khám sức khoẻ thường xuyên.

Đa số sinh viên cảm thấy truyền thông về SKSS trong trường học rất quan trọng chiếm 81,3%, từ kết quả trên cho thấy phần lớn các bạn sinh viên mong muốn được tìm hiểu thêm các thông tin về SKSS ở ngay tại trường học của mình, chính vì vậy nhà trường cần quan tâm hơn nữa và hỗ trợ truyền thông, cũng như tư vấn về vấn đề chăm sóc SKSS cho các nữ sinh viên đang theo học tại trường.

## 5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 100% sinh viên nữ Trường đại học Yersin Đà Lạt đã tham gia nghiên cứu có độ tuổi trên 18 tuổi. Đa số đối tượng là dân tộc Kinh chiếm 85,0% và 44,4% nữ sinh viên tham gia nghiên cứu là sinh viên năm nhất.

Về kiến thức chung sức khoẻ sinh sản có 64,6% sinh viên nữ Đạt, vẫn còn không ít sinh viên nữ chưa có kiến thức Đạt chiếm 35,4%.

Về thái độ và hành vi chăm sóc sức khỏe sinh sản tỷ lệ sinh viên nữ Đạt chiếm 48,4% và còn 51,6% sinh viên nữ chưa có thái độ hành vi Đạt.

Đa số sinh viên cảm thấy truyền thông về SKSS trong trường học rất quan trọng chiếm 81,3%.

Kiến thức, thái độ và hành vi của sinh viên nữ về sức khỏe sinh sản vẫn còn hạn chế. Vì vậy chúng ta cần quan tâm hơn đến vấn đề truyền thông về sức khỏe sinh sản tới sinh viên trong đào tạo trường học.

## 6. KIẾN NGHỊ

Thông qua nghiên cứu, nhóm nghiên cứu có một số đề xuất kiến nghị nhằm nâng cao kiến thức, thái độ và hành vi chăm sóc sức khỏe sinh sản của nữ sinh viên Trường đại học Yersin Đà Lạt như sau:

- Nhà trường cần phối hợp với các phòng ban, chuyên gia y tế để tổ chức các buổi ngoại khoá, hoặc bổ sung nội dung tập huấn trong tuần sinh hoạt công dân, qua đó truyền đạt những thông tin cần thiết và giải đáp những thắc mắc của các bạn sinh viên về vấn đề này.

- Ngoài ra nhà trường cần tăng cường các biện pháp truyền thông liên quan đến chăm sóc SKSS cho sinh viên qua các trang thông tin của trường và sinh viên, định hướng bổ sung nội dung sinh hoạt của một số câu lạc bộ.

- Đối với các ngành thuộc khối ngành sức khỏe giảng viên xem xét điều chỉnh,

phân bổ thời gian cho nội dung về CSKSS cho phù hợp với độ tuổi và nhu cầu tìm hiểu kiến thức của các bạn sinh viên hơn từ đó góp phần định hướng thái độ và hành vi phù hợp cho các bạn sinh viên nữ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2020). Quyết định 3781/QĐ-BYT, ngày 28/8/2020 của Bộ Y tế về Ban hành Kế hoạch hành động quốc gia về chăm sóc SKSS, sức khỏe tình dục cho vị thành niên, thanh niên giai đoạn 2020-2025.
2. Mai Thuý Mai (2017). Kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan về sức khỏe sinh sản của sinh viên Học viện Quân Y, năm 2017. Tạp chí Y học Quân sự, 350, tr.48-52.
3. Nguyễn Ngọc Nghĩa và cộng sự (2023). Khảo sát kiến thức và thực hành về sức khỏe sinh sản vị thành niên ở học sinh trường THPT Lý Thường Kiệt thành phố Yên Bái năm 2023. Tạp chí Y học Việt Nam, 533(2), tr.286-291.
4. Nguyễn Thị Như Quý và cộng sự (2022). Thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành chăm sóc sức khỏe sinh sản của sinh viên năm thứ nhất khối ngành sức khỏe trường Đại học Đại Nam, năm 2022. Tạp chí Y học dự phòng, 32(7), 131-139. <https://doi.org/10.51403/0868-2836/2022/849>
5. Tổng Cục Thống Kê (2021). Điều tra các chỉ tiêu SDG về Trẻ em và Phụ nữ Việt Nam 2020-2021: Các kết quả về lĩnh vực sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục.
6. Vamos, C. A., Thompson, E. L., Logan, R. G., Griner, S. B., Perrin, K. M., Merrell, L. K., & Daley, E. M. (2020). Exploring college students' sexual and reproductive health literacy. *Journal of American College Health*, 68(1), 79-88. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1515757>

**PHỤ LỤC 1: BỘ CÂU HỎI KHẢO SÁT**

STT	Câu hỏi	Trả lời	Ghi chú
<b>PHẦN A. THÔNG TIN CHUNG VỀ ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU</b>			
A1	Bạn bao nhiêu tuổi?	.....	
A2	Bạn là người dân tộc nào?	.....	
A3	Gia đình bạn hiện sống ở khu vực nào?	1. Thành phố. 2. Huyện. 3. Thị xã. 4. Khác.	
A4	Bạn thuộc tôn giáo nào?	.....	
A5	Bạn đang học chuyên ngành nào?	.....	
A6	Bạn là sinh viên năm thứ mấy?	1. Năm 1. 2. Năm 2. 3. Năm 3.	
A7	Hiện tại bạn đang sống cùng ai?	1. Sống cùng gia đình (bố, mẹ). 2. Sống cùng người thân, họ hàng (không phải bố mẹ). 3. Ở ký túc xá. 4. Ở trọ cùng với bạn cùng giới. 5. Ở trọ cùng với bạn khác giới. 6. Ở trọ 1 mình.	
<b>PHẦN B. KIẾN THỨC VỀ SỨC KHỎE SINH SẢN.</b>			
B1	Theo bạn, hiểu biết của mình về chăm sóc sức khỏe sinh sản hiện ở mức nào?	1. Hiểu biết đủ. 2. Hiểu biết mức độ trung bình. 3. Hiểu biết kém.	
B2	Bạn có biết trong chu kỳ kinh nguyệt, thời điểm nào dễ có thai nhất?	1. Trong khi có kinh. 2. 7 ngày trước khi có kinh. 3. 7 ngày trước khi có kinh. 4. 7 ngày giữa chu kỳ kinh. 5. Bất kỳ ngày nào trong tháng 6. Không biết.	

STT	Câu hỏi	Trả lời	Ghi chú
B3	Bạn hãy kể những dấu hiệu mà người phụ nữ được cho là có thai? (Câu hỏi nhiều lựa chọn)	1. Mất kinh 2. Mệt mỏi, chán ăn. 3. Buồn nôn, nôn. 4. Cương vú. 5. Bụng lớn dần. 6. Không biết.	
B4	Làm mẹ quá trẻ dễ dẫn đến hậu quả gì? (Câu hỏi nhiều lựa chọn)	1. Thiếu máu 2. Thai kém phát triển, dễ bị chết lưu 3. Trẻ sinh ra thiếu cân, trẻ suy dinh dưỡng, trẻ mắc bệnh và tử vong cao hơn nhiều so với các bà mẹ sinh con ở tuổi trưởng thành. 4. Không biết. 5. Khác: .....	
B5	Bạn đã quan hệ tình dục chưa?	1. Có. 2. Chưa.	Nếu chưa chuyển câu B9
B6	Bạn quan hệ tình dục lần đầu tiên năm bao nhiêu tuổi? (Nếu “không nhớ” thì ghi “không nhớ”)	.....	
B7	Khi quan hệ tình dục bạn có sử dụng bất kỳ một biện pháp tránh thai nào không?	1. Có. 2. Không. 3. Có khi có hoặc không	
B8	Bạn đã nạo phá thai lần nào chưa?	1. Có. 2. Chưa.	
B9	Theo bạn, nạo phá thai ở nơi nào là an toàn nhất?	1. Cơ sở y tế nhà nước. 2. Cơ sở y tế tư nhân. 3. Thầy lang, mụ vườn. 4. Tự mua thuốc hoặc kiến lá cây thuốc uống. 5. Không biết. 6. Khác:.....	

STT	Câu hỏi	Trả lời	Ghi chú
B10	Bạn đã được cung cấp các thông tin về sức khỏe sinh sản và tình dục từ đâu?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Chương trình giáo dục giới tính ở cấp I, II, III, đại học.</li> <li>2. Phương tiện truyền thông (ti vi, đài báo, quảng cáo).</li> <li>3. Bố mẹ, anh/ chị /em.</li> <li>4. Bạn bè.</li> <li>5. Tự tìm hiểu qua sách báo, Internet.</li> <li>6. Chưa được tiếp cận thông tin.</li> </ol>	
B11	Bạn đã biết đến các biện pháp phòng tránh thai nào? (Câu hỏi nhiều lựa chọn)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bao cao su.</li> <li>2. Thuốc tránh thai (khăn cấp, hàng ngày, cấy thuốc...).</li> <li>3. Xuất tinh ngoài.</li> <li>4. Tính chu kỳ kinh nguyệt</li> <li>5. Sử dụng bao cao su</li> <li>6. Đặt vòng tránh thai</li> <li>7. Triệt sản (nam/ nữ)</li> <li>8. Không biết.</li> <li>9. Khác: .....</li> </ol>	
B12	Theo bạn, bạn gái có thể mang thai sau lần quan hệ tình dục đầu tiên như thế nào?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Không có khả năng mang thai trong lần QHTD đầu tiên.</li> <li>2. Khả năng mang thai rất thấp.</li> <li>3. Hoàn toàn có khả năng mang thai ngay trong lần quan hệ tình dục đầu tiên.</li> <li>4. Không biết.</li> <li>5. Khác: .....</li> </ol>	
B13	Theo bạn quan hệ tình dục không sử dụng bao cao su có thể bị nhiễm những bệnh nào sau đây? (Câu hỏi nhiều lựa chọn)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lậu.</li> <li>2. Giang mai.</li> <li>3. Trùng roi.</li> <li>4. Nấm sinh dục.</li> <li>5. Viêm gan B.</li> <li>6. HIV.</li> <li>7. Mụn giộp sinh dục HSV.</li> <li>8. Mụn cơ quan sinh dục HPV.</li> <li>9. Không biết.</li> <li>10. Khác: .....</li> </ol>	

STT	Câu hỏi	Trả lời	Ghi chú
B14	Theo bạn biết, các biểu hiện nào dưới đây biểu hiện mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục? (Câu hỏi nhiều lựa chọn)	1. Chảy dịch, mủ ở bộ phận tiết niệu, sinh dục. 2. Đau/ngứa ở bộ phận sinh dục. 3. Đau/rát khi tiểu tiện. 4. Xuất hiện thương tổn ở bộ phận sinh dục. 5. Không biết. 6. Khác: .....	
B15	Theo bạn, nạo phá thai có thể dẫn đến những hậu quả sức khỏe nào sau đây? (Câu hỏi nhiều lựa chọn)	1. Nhiễm khuẩn đường sinh dục. 2. Chảy máu/băng huyết. 3. Chấn thương cổ tử cung hoặc thủng tử cung. 4. Sảy thai/đẻ non. 5. Vô sinh. 6. Tai biến do dị ứng thuốc. 7. Tổn thương tinh thần. 8. Tử vong. 9. Không biết. 10. Khác: .....	
<b>PHẦN C. THÁI ĐỘ VÀ HÀNH VI.</b>			
C1	Bạn có ngại khi nói chuyện hoặc hỏi người thân, bạn bè về lĩnh vực Sức khỏe sinh sản - Tình dục không?	1. Không ngại gì. 2. Ngại. 3. Rất ngại.	
C2	Bạn có thường xuyên quan tâm đến các thông tin về chăm sóc Sức khỏe sinh sản - Tình dục không?	1. Thường xuyên 2. Thỉnh thoảng. 3. Hiếm khi 4. Chưa bao giờ	
C3	Trường của bạn có giáo dục, truyền thông về Sức khỏe sinh sản - Tình dục không?	1. Có. 2. Không.	
C4	Bạn có cho rằng việc giáo dục, truyền thông về chăm sóc sức khỏe sinh sản trong trường học là quan trọng không?	1. Rất quan trọng. 2. Quan trọng. 3. Không quan trọng.	
C5	Theo bạn có cần lồng ghép nội dung giảng dạy về chăm sóc sức khỏe sinh sản trong chương trình giảng dạy của nhà trường không?	1. Có. 2. Không.	Nếu không chuyển câu C7



STT	Câu hỏi	Trả lời	Ghi chú
C6	Nếu thấy cần thiết, bạn muốn nhận được qua loại hình giáo dục truyền thông nào?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trao đổi riêng.</li> <li>2. Hướng dẫn trong chương trình học.</li> <li>3. Hướng dẫn trong hoạt động ngoại khóa.</li> <li>4. Qua phương tiện thông tin đại chúng.</li> </ol>	
C7	Bố mẹ bạn quan tâm đến vấn đề quan hệ tình dục của bạn như thế nào?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Không có ý kiến.</li> <li>2. Nói chuyện xa gần nhắn nhủ thông điệp về việc không nên quan hệ tình dục trước hôn nhân.</li> <li>3. Mua, gửi các cuốn sách, tài liệu về vấn đề này cho bạn.</li> <li>4. Trò chuyện, tâm sự trực tiếp với bạn về vấn đề này một cách cởi mở.</li> <li>5. Theo dõi/ để ý / giám sát các mối quan hệ của bạn với bạn khác giới.</li> <li>6. Khác:.....</li> </ol>	
C8	Bạn cảm thấy thoải mái ở mức độ nào khi nói chuyện với bố mẹ về vấn đề Sức khỏe sinh sản và Tình dục?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rất thoải mái.</li> <li>2. Thoải mái.</li> <li>3. Không thoải mái.</li> <li>4. Rất không thoải mái.</li> </ol>	
C9	Ai là người bạn thường chia sẻ nhiều nhất khi có vấn đề về tình yêu/ sức khỏe sinh sản/ quan hệ tình dục của bản thân?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bố mẹ.</li> <li>2. Bạn cùng lớp.</li> <li>3. Bạn cùng phòng.</li> <li>4. Anh/ chị/em ruột/ họ.</li> <li>5. Nhóm bạn thân.</li> <li>6. Thầy cô.</li> <li>7. Khác: .....</li> </ol>	
C10	Trong năm vừa qua, bạn đã đi khám bệnh liên quan tới Sức khỏe sinh sản lần nào chưa?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Có.</li> <li>2. Chưa.</li> </ol>	
C11	Nếu có bạn đi khám ở đâu?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bệnh viện Tỉnh</li> <li>2. Bệnh viện huyện/ TTYT</li> <li>3. Trạm y tế xã/ phường</li> <li>4. Y tế tư nhân</li> <li>5. Khác (Ghi rõ).....</li> </ol>	

**PHỤ LỤC 2: THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ**

STT	Câu hỏi	Trả lời	Điểm
<b>I. KIẾN THỨC VỀ SỨC KHỎE SINH SẢN</b>			
1	B2. Bạn có biết trong chu kỳ kinh nguyệt, thời điểm nào dễ có thai nhất?	1. Trong khi có kinh.	0
		2. 7 ngày trước khi có kinh.	0
		3. 7 ngày trước khi có kinh.	0
		4. 7 ngày giữa chu kỳ kinh.	1
		5. Bất kỳ ngày nào trong tháng	0
		6. Không biết.	0
2	B3. Bạn hãy kể những dấu hiệu mà người phụ nữ được cho là có thai? (Câu hỏi nhiều lựa chọn)	1. Mất kinh	1
		2. Mệt mỏi, chán ăn.	1
		3. Buồn nôn, nôn.	1
		4. Cương vú.	1
		5. Bụng lớn dần.	1
		6. Không biết.	0
3	B4. Làm mẹ quá trẻ dễ dẫn đến hậu quả gì? (Câu hỏi nhiều lựa chọn)	1. Thiếu máu	1
		2. Thai kém phát triển, dễ bị chết lưu	1
		3. Trẻ sinh ra thiếu cân, trẻ suy dinh dưỡng, trẻ mắc bệnh và tử vong cao hơn nhiều so với các bà mẹ sinh con ở tuổi trưởng thành.	1
		4. Không biết.	0
		5. Khác	0
4	B9. Theo bạn, nạo phá thai ở nơi nào là an toàn nhất?	1. Cơ sở y tế nhà nước.	1
		2. Cơ sở y tế tư nhân.	0
		3. Thầy lang, mụ vườn.	0
		4. Tự mua thuốc hoặc kiến lá cây thuốc uống.	0
		5. Không biết.	0
		6. Khác	0

STT	Câu hỏi	Trả lời	Điểm
5	B11. Bạn đã biết đến các biện pháp phòng tránh thai nào? (Câu hỏi nhiều lựa chọn)	1. Bao cao su.	1
		2. Thuốc tránh thai (khăn cấp, hằng ngày, cấy thuốc,...).	1
		3. Xuất tinh ngoài.	1
		4. Tính chu kỳ kinh nguyệt	1
		5. Sử dụng bao cao su	1
		6. Đặt vòng tránh thai	1
		7. Triệt sản (nam/ nữ)	1
		8. Không biết.	0
		9. Khác	0
6	B12. Theo bạn, bạn gái có thể mang thai sau lần quan hệ tình dục đầu tiên như thế nào?	1. Không có khả năng mang thai trong lần quan hệ tình dục (QHTD) đầu tiên.	0
		2. Khả năng mang thai rất thấp.	0
		3. Hoàn toàn có khả năng mang thai ngay trong lần quan hệ tình dục đầu tiên.	1
		4. Không biết.	0
		5. Khác	0
7	B13. Theo bạn quan hệ tình dục không sử dụng bao cao su có thể bị nhiễm những bệnh nào sau đây? (Câu hỏi nhiều lựa chọn)	1. Lậu.	1
		2. Giang mai.	1
		3. Trùng roi.	1
		4. Nấm sinh dục.	1
		5. Viêm gan B.	1
		6. HIV.	1
		7. Mụn giộp sinh dục HSV.	1
		8. Mụn cơ quan sinh dục HPV.	1
		9. Không biết.	0
		10. Khác	0

STT	Câu hỏi	Trả lời	Điểm
8	B14. Theo bạn biết, các biểu hiện nào dưới đây biểu hiện mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục? (Câu hỏi nhiều lựa chọn)	1. Chảy dịch, mủ ở bộ phận tiết niệu, sinh dục.	1
		2. Đau/ngứa ở bộ phận sinh dục.	1
		3. Đau/rát khi tiểu tiện.	1
		4. Xuất hiện thương tổn ở bộ phận sinh dục.	1
		5. Không biết.	0
		6. Khác	0
9	B15. Theo bạn, nạo phá thai có thể dẫn đến những hậu quả sức khỏe nào sau đây? (Câu hỏi nhiều lựa chọn)	1. Nhiễm khuẩn đường sinh dục.	1
		2. Chảy máu/băng huyết.	1
		3. Chấn thương cổ tử cung hoặc thủng tử cung.	1
		4. Sẩy thai/đẻ non.	1
		5. Vô sinh.	1
		6. Tai biến do dị ứng thuốc.	1
		7. Tổn thương tinh thần.	1
		8. Tử vong.	1
		9. Không biết.	0
		10. Khác	0
<b>II. THÁI ĐỘ VÀ HÀNH VI</b>			
10	C1. Bạn có ngại khi nói chuyện hoặc hỏi người thân, bạn bè về lĩnh vực Sức khỏe sinh sản - Tình dục không?	1. Không ngại gì.	2
		2. Ngại.	1
		3. Rất ngại.	0
11	C2. Bạn có thường xuyên quan tâm đến các thông tin về chăm sóc Sức khỏe sinh sản - Tình dục không?	1. Thường xuyên	2
		2. thỉnh thoảng.	1
		3. Hiếm khi	0
		4. Chưa bao giờ	0

STT	Câu hỏi	Trả lời	Điểm
12	C4. Bạn có cho rằng việc giáo dục, truyền thông về chăm sóc sức khỏe sinh sản trong trường học là quan trọng không?	1. Rất quan trọng.	2
		2. Quan trọng.	1
		3. Không quan trọng.	0
13	C8. Bạn cảm thấy thoải mái ở mức độ nào khi nói chuyện với bố mẹ về vấn đề Sức khỏe sinh sản và Tình dục?	1. Rất thoải mái.	2
		2. Thoải mái.	1
		3. Không thoải mái.	0
		4. Rất không thoải mái.	0
14	C10. Trong năm vừa qua, bạn đã đi khám bệnh liên quan tới Sức khỏe sinh sản lần nào chưa?	1. Có.	1
		2. Chưa.	0
Tổng điểm kiến thức là 38 điểm. (Tổng điểm $\geq$ 28 điểm là kiến thức Đạt, Tổng điểm $<$ 28 điểm là kiến thức Chưa đạt).			
Tổng điểm thái độ và hành vi là 9 điểm. (Tổng điểm $\geq$ 6 điểm là thái độ và hành vi Đạt, Tổng điểm $<$ 6 điểm là thái độ và hành vi Chưa đạt).			

## THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VÀ THỰC HÀNH CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ VỀ CẤP CỨU TRƯỚC BỆNH VIỆN

<sup>1</sup>Nguyễn Hồng Sơn, <sup>1</sup>Trần Quốc Việt, <sup>1</sup>Bùi Đức Thành,  
<sup>2</sup>Đào Trung Hải, <sup>2</sup>Tổng Đức Minh, <sup>1</sup>Nguyễn Quang Tường,  
<sup>1</sup>Nguyễn Thị Ngọc Dung, <sup>1</sup>Đào Tấn Duy, <sup>1</sup>Vũ Đình Ân

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 175

<sup>2</sup>Học viện Quân y

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành của nhân viên y tế (NVYT) về cấp cứu trước bệnh viện.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả thực trạng cấp cứu trước bệnh viện (CCTBV) dựa trên 1.200 nhân viên y tế (NVYT) tham gia khảo sát, đánh giá thực trạng CCTBV và khả năng đáp ứng của hệ thống y tế cơ sở về CCTBV.

**Kết quả:** Đa số NVYT đều phải hoàn thành báo cáo chăm sóc bệnh nhân (92,83%), tuy nhiên chỉ có 22,25% các báo cáo được đánh giá chất lượng. Các trung tâm cấp cứu có cung cấp các chương trình giáo dục y tế liên tục, tuy nhiên, tỷ lệ này chỉ đạt 24,67% và không có liên quan đến kết quả đánh giá chất lượng chăm sóc bệnh nhân. Về thái độ, hầu hết các NVYT đều đồng ý với tầm quan trọng của tài liệu chăm sóc bệnh nhân, cũng như vai trò khi tài liệu này được đánh giá, đồng thời đồng ý với việc xác định người thực hiện và phương pháp đánh giá, chất lượng đánh giá. Về thực hành, việc đánh giá chất lượng chăm sóc bệnh nhân chủ yếu dựa vào tích lũy kinh nghiệm (25,75%) và đánh giá kỹ năng (23,58%).

**Kết luận:** Đa số NVYT không được nhận báo cáo đánh giá về chất lượng chăm sóc bệnh nhân, trong khi đó, hầu hết NVYT đều mong muốn được nhận đánh giá và biết về kết quả thực hiện và nâng cao năng lực thông qua các khóa học giáo dục y tế liên tục dựa trên kết quả đánh giá năng lực.

**Từ khóa:** Kiến thức, thái độ, thực hành, cấp cứu trước bệnh viện

### ABSTRACT

**Objective:** Assessing the current state of knowledge, attitude and practice of medical staff regarding pre-hospital emergency.

Chịu trách nhiệm: Trần Quốc Việt, Bệnh viện Quân y 175

Email: bsvietbv175@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/11/2023; Ngày nhận xét: 26/12/2023; Ngày duyệt bài: 26/6/2024

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.3.2024.337>

**Subjects and methods:** A descriptive study to assess the current situation of pre-hospital emergency based on 1,200 medical staff participating in the survey of the pre-hospital emergency status and the ability of the local health care system.

**Results:** The majority of medical staff were required to complete patient care reports (92.83%), however only 22.25% of reports were assessed for quality. Emergency centers provided continuing medical education programs, however, this rate was only 24.67% and was not related to patient care quality assessment results. In terms of attitudes, most medical staff agreed with the importance of patient care documentation, as well as the role when this documentation was evaluated, and agreed with determining who performs and evaluation methods and quality. Regarding practice, evaluating the quality of patient care was mainly based on accumulated experience (25.75%) and skills assessment (23.58%).

**Conclusion:** The majority of medical staff did not receive evaluation reports on the quality of patient care, while most medical staff wanted to receive assessments and know about performance results and improvement through continuing medical education courses based on competency assessment results.

**Keywords:** Knowledge, attitude, practice, pre-hospital emergency

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các dịch vụ y tế khẩn cấp 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]. CCTBV có ý nghĩa quan trọng, ở đó, người bệnh, người bị nạn được cấp cứu ngay từ đầu, được theo dõi chăm sóc cấp cứu trên đường vận chuyển, tạo thuận lợi cho các bệnh viện tiếp tục cứu chữa người bệnh [3].

Hiện nay, ở nước ta đã có nhiều văn bản pháp lý khác nhau nhằm hỗ trợ phát triển lĩnh vực CCTBV như QĐ 01/2008/QĐ-BYT của Bộ Y tế về việc ban hành quy chế cấp cứu, hồi sức tích cực và chống độc [4], QĐ 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 [5],... trong đó, yếu tố nhân lực luôn giữ vai trò quan trọng. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu: “Đánh giá thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành của nhân viên y tế về cấp cứu trước bệnh viện”.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

1.200 nhân viên y tế (NVYT) tham gia khảo sát, đánh giá thực trạng CCTBV và khả năng đáp ứng của hệ thống y tế cơ sở về CCTBV tại 6 tỉnh, thành phố: Hà Nội, Hồ Chí Minh, Đà Nẵng, Hà Nam, Quảng Nam và Tiền Giang. Trong đó, các nhân viên y tế tham gia nghiên cứu là các bác sĩ cấp cứu, bác sĩ đa khoa, điều dưỡng làm việc tại các trạm y tế xã, bệnh viện đa khoa huyện và trung tâm cấp cứu của các tỉnh, thành phố nghiên cứu.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả đánh giá thực trạng CCTBV.

**Nội dung nghiên cứu:** Khảo sát các NVYT tuyến cơ sở về thực trạng CCTBV làm việc tại các địa điểm nghiên cứu, đồng thời khảo sát về kiến thức, thái độ, thực hành đánh giá hiểu biết, áp dụng các biện pháp nâng cao chất lượng cấp cứu trước bệnh viện.

### Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm nguồn nhân lực, vật lực hiện có và khả năng triển khai CCTBV của

các đơn vị cấp cứu y tế tại các địa điểm thực hiện nghiên cứu.

- Đặc điểm kiến thức về CCTBV của NVYT tham gia nghiên cứu.

- Đặc điểm về thái độ CCTBV của NVYT tham gia nghiên cứu.

- Đặc điểm thực hành về đánh giá hiểu biết, áp dụng các biện pháp nâng cao chất lượng CCTBV của NVYT tham gia nghiên cứu.

## 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 cấp cứu trước bệnh viện theo đánh giá của NVYT (n = 1.200)**

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Cường độ làm việc tại trung tâm 115	Rảnh rỗi	-	-
	Bình thường	61	5,08
	Bận rộn	1139	94,92
Tình trạng quá tải công việc	Không	-	-
	Thi thoảng	81	6,75
	Thường xuyên	1119	93,25
Mức độ hài lòng với CCTBV	Hài lòng	80	6,67
	Vừa phải	1093	91,08
	Không hài lòng	27	2,25
Nhu cầu gọi cấp cứu	Không	28	2,33
	Có	1116	93,00
	Tùy trường hợp	56	4,67
Thời gian tới hiện trường (TB ± SD) (phút)		30,76 ± 11,39	

**Nhận xét:** Hầu hết NVYT cho rằng công việc tại Trung tâm cấp cứu 115 là bận rộn (94,92%), thường xuyên quá tải công việc (93,25%). Đánh giá hài lòng ở mức độ

vừa phải (91,08%). Đa số NVYT đều xác định cần có nhu cầu gọi cấp cứu (93,00%). Thời gian xe cứu thương tới hiện trường trung bình cần đến 30,76 ± 11,39 phút.



**Bảng 3.2. Đặc điểm nguyên nhân cấp cứu trước bệnh viện theo đánh giá của NVYT (n = 1.200)**

Nguyên nhân	Phân bố (%)	
	TB ± SD	Min-max
Do chấn thương	60,22 ± 8,92	45 - 75
Không do chấn thương	39,78 ± 8,92	25 - 55
Nguyên nhân chấn thương		
Chấn thương vùng đầu	30,11 ± 3,10	25 - 35
Chấn thương vùng ngực	12,48 ± 1,70	10 - 15
Chấn thương vùng bụng	19,96 ± 3,16	15 - 25
Chấn thương vùng chậu	10,29 ± 3,15	5 - 15
Chấn thương chi thể	27,16 ± 5,59	12 - 44
Nguyên nhân không do chấn thương		
Bệnh tim mạch	29,91 ± 3,19	25 - 35
Bệnh hô hấp	30,05 ± 3,21	25 - 35
Bệnh tiêu hóa	9,89 ± 3,18	5 - 15
Bệnh tiết niệu	9,94 ± 3,13	5 - 15
Khác	20,20 ± 6,39	1 - 39

*Nhận xét:* Theo đánh giá của NVYT, chủ yếu CCTBV là do chấn thương chiếm 60,22 ± 8,92(%). Trong đó, gặp nhiều nhất là chấn thương vùng đầu với 30,11 ±

3,10(%). Các bệnh lý CCTBV không do chấn thương thường gặp là do bệnh tim mạch và hô hấp, lần lượt là 29,91 ± 3,19(%) và 30,05 ± 3,21(%).

**Bảng 3.3. Khảo sát kiến thức của NVYT về CCTBV (n = 1200)**

Kiến thức	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Bạn có bắt buộc phải hoàn thành biểu mẫu báo cáo chăm sóc bệnh nhân không?	Có	1114	92,83
	Không	-	-
	Không biết	47	3,92
	Không áp dụng	39	3,25
Báo cáo chăm sóc bệnh nhân của bạn có được đánh giá chất lượng không?	Có	267	22,25
	Không	320	26,67
	Không biết	312	26,00
	Không áp dụng	301	25,08
Tổ chức của bạn có bộ phận quản	Có	-	-

Kiến thức		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
lý/đảm bảo chất lượng hay tương đương không?	Không	1117	93,08
	Không biết	49	4,08
	Không áp dụng	34	2,83
Ai chịu trách nhiệm cho việc đánh giá chất lượng trong tổ chức của bạn?	Nhân viên hồi sinh tim phổi nâng cao	-	-
	Giám sát luân phiên	-	-
	Giám sát cơ bản	-	-
	Bộ câu hỏi sâu	-	-
	Không biết	1140	95,00
	Không áp dụng	60	5,00
Có tiêu chuẩn đánh giá chất lượng chăm sóc bệnh nhân không?	Có	-	-
	Không	1120	93,33
	Không biết	46	3,83
	Không áp dụng	34	2,83
Có kết quả đánh giá chất lượng chăm sóc bệnh nhân không?	Có	-	-
	Không	-	-
	Không biết	1141	95,08
	Không áp dụng	59	4,92
Có kết quả đánh giá hiệu suất chung liên quan đến sự khích lệ không?	Có	306	25,50
	Không	304	25,33
	Không biết	289	24,08
	Không áp dụng	301	25,08
Có kết quả đánh giá hiệu suất chung liên quan đến hình phạt không?	Có	296	24,67
	Không	320	26,67
	Không biết	288	24,00
	Không áp dụng	296	24,67
Có kết quả đánh giá chất lượng chăm sóc bệnh nhân được thảo luận với đánh giá hiệu suất chung không?	Có	-	-
	Không	1118	93,17
	Không biết	41	3,42
Tổ chức của bạn có cung cấp chương trình giáo dục y tế liên tục không?	Có	296	24,67
	Không	329	27,42
	Không biết	294	24,50
	Không áp dụng	281	23,42
Tổ chức của bạn có cung cấp hoạt động y tế dựa trên kết quả khảo sát chất lượng không?	Có	-	-
	Không	1106	92,17
	Không biết	49	4,08
	Không áp dụng	45	3,75

*Nhận xét:* Đa số NVYT đều phải hoàn thành báo cáo chăm sóc bệnh nhân (92,83%), tuy nhiên chỉ có 22,25% các báo cáo được đánh giá chất lượng. NVYT không biết rõ ràng người nào chịu trách nhiệm đánh

giá chất lượng, không có bộ phận quản lý, bảo đảm chất lượng. Hầu hết NVYT ghi nhận không có tiêu chuẩn đánh giá chất lượng chăm sóc bệnh nhân (93,33%), và cũng không biết về kết quả đánh giá.

**Bảng 3.4. Khảo sát thái độ của NVYT về CCTBV (n = 1.200)**

Thái độ	Rất đồng ý	Đồng ý	Trung gian	Không đồng ý	Rất không đồng ý
	n (%)				
Tầm quan trọng của các tài liệu chăm sóc, quản lý, tương tác với bệnh nhân	568 (47,33)	593 (49,42)	39 (3,25)	-	-
Tầm quan trọng của các tài liệu hướng dẫn chăm sóc bệnh nhân được khảo sát	599 (49,92)	570 (47,50)	31 (2,58)	-	-
Tầm quan trọng của các phương pháp được sử dụng để đánh giá chất lượng, khảo sát tài liệu	598 (49,83)	566 (47,17)	36 (3,00)	-	-
Tầm quan trọng trong việc biết người chịu trách nhiệm cho đánh giá chất lượng trong tổ chức của bạn	586 (48,83)	576 (48,00)	38 (3,17)	-	-
Nên có tiêu chuẩn được sử dụng để đánh giá chất lượng chăm sóc bệnh nhân	596 (49,67)	565 (47,08)	39 (3,25)	-	-
Nhận thấy tầm quan trọng khi hiểu chất lượng được đánh giá như thế nào	607 (50,58)	559 (46,58)	34 (2,83)	-	-
Nên có kết quả khảo sát chất lượng	593 (49,42)	572 (47,67)	35 (2,92)	-	-
Nên có kết quả khảo sát chất lượng liên quan đến kích lệ	573 (47,75)	595 (49,58)	32 (2,67)	-	-
Nên có kết quả khảo sát chất lượng liên quan đến các loại hình phạt	581 (48,42)	576 (48,00)	43 (3,58)	-	-
Chất lượng chăm sóc bệnh nhân sẽ cải thiện nếu có kết quả khảo sát chất lượng liên quan đến kích lệ	607 (50,58)	551 (45,92)	42 (3,50)	-	-
Chất lượng chăm sóc bệnh nhân sẽ cải thiện nếu có kết quả khảo sát chất lượng liên quan đến hình phạt	567 (47,25)	594 (49,50)	39 (3,25)	-	-
Tôi được hỗ trợ từ tổ chức nếu lỗi sai được phát hiện trong khảo sát chất lượng chăm sóc bệnh nhân	558 (46,50)	601 (50,08)	41 (3,42)	-	-
Kết quả khảo sát chất lượng nên là một phần trong đánh giá hiệu suất chung	566 (47,17)	586 (48,83)	48 (4,00)	-	-

*Nhận xét:* Hầu hết các NVYT đều đồng ý với tầm quan trọng của tài liệu chăm sóc bệnh nhân, cũng như vai trò khi tài liệu này được đánh giá, đồng thời đồng ý với việc xác định ai thực hiện và phương pháp đánh giá, chất lượng đánh giá.

**Bảng 3.5. Khảo sát thực hành của NVYT về CCTBV (n = 1200)**

	<b>Thực hành</b>	<b>Số lượng (n)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Các phương pháp khác nhau được sử dụng để đánh giá chất lượng chăm sóc bệnh nhân	Giám sát ca lao động	-	-
	Kiểm tra viết	-	-
	Kiểm tra miệng	-	-
	Tích lũy	309	25,75
	Đánh giá kỹ năng	283	23,58
	Không biết	294	24,50
	Không đánh giá	314	26,17
	Khác	-	-
Tần suất đánh giá chất lượng chăm sóc bệnh nhân	Hàng ngày	-	-
	1 lần/tuần	-	-
	1 lần/tháng	-	-
	1 lần/năm	59	4,92
	Không biết	538	44,83
	Không áp dụng	603	50,25
Cảm thấy nên có tần suất đánh giá chất lượng chăm sóc bệnh nhân	Hàng ngày	-	-
	1 lần/tuần	-	-
	1 lần/tháng	-	-
	1 lần/3 tháng	60	5,00
	1 lần/6 tháng	404	33,67
	1 lần/năm	368	30,67
	Không biết	368	30,67
	Khác	-	-
Cung cấp kết quả đánh giá như thế nào?	Trao đổi miệng	70	5,83
	Qua mail	-	-
	Bảng thông báo	-	-
	Thuyết trình trong ngày cụ thể	-	-
	Không có kết quả	574	47,83
	Không áp dụng	556	46,33
	Khác	-	-
Bạn thích cung cấp kết quả như thế nào?	Trao đổi miệng	-	-
	Qua mail	-	-
	Bảng thông báo	565	47,08
	Thuyết trình trong ngày cụ thể	560	46,67
	Không có kết quả	-	-
	Không áp dụng	75	6,25
	Khác	-	-

	<b>Thực hành</b>	<b>Số lượng (n)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Tần suất có kết quả	Hàng ngày	-	-
	1 lần/tuần	-	-
	1 lần/tháng	-	-
	1 lần/6 tháng	388	32,33
	1 lần/năm	398	33,17
	Không biết	414	34,50
	Không áp dụng	-	-
Bạn thích tần suất bao lâu có kết quả	Hàng ngày	-	-
	1 lần/tuần	433	36,08
	1 lần/tháng	400	33,33
	1 lần/6 tháng	367	30,58
	1 lần/năm	-	-
	Không biết	-	-
	Không áp dụng	-	-
Tần suất đánh giá hiệu suất chung	1 lần/tháng	-	-
	1 lần/3 tháng	-	-
	1 lần/6 tháng	-	-
	1 lần/năm	435	36,25
	Không biết	377	31,42
	Không áp dụng	388	32,33
	Khác	-	-
Bạn có tham gia các hoạt động giáo dục y tế liên tục không?	Có	1138	94,83
	Không	62	5,17
	Không biết	-	-
	Không áp dụng	-	-
Tiêu chí lựa chọn chủ đề giáo dục y tế liên tục để tham gia	Dễ hiểu	1039	86,58
	Yêu thích	-	-
	Ít biết	-	-
	Kém về chủ đề này sau khảo sát chất lượng	-	-
	Duy trì thành viên	-	-
	Ngẫu nhiên	161	13,42
	Không áp dụng	-	-
	Khác	-	-

*Nhận xét:* Việc đánh giá chất lượng chăm sóc bệnh nhân chủ yếu dựa vào tích lũy kinh nghiệm (25,75%) và đánh giá kỹ năng (23,58%). Hầu hết NVYT không biết về tần suất và phương pháp thông báo kết quả đánh giá chất lượng chăm sóc bệnh nhân, đồng thời có mong muốn nên có đánh giá chất lượng chăm sóc bệnh nhân mỗi nửa năm hoặc mỗi năm và được cung cấp kết quả qua bảng thông báo hoặc báo cáo trong ngày cụ thể. Tần suất có kết quả, đánh giá hiệu quả chung là hàng năm hoặc mỗi nửa năm.

#### 4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi khảo sát kiến thức của NVYT về CCTBV ghi nhận đa số NVYT đều phải hoàn thành báo cáo chăm sóc bệnh nhân (92,83%), tuy nhiên chỉ có 22,25% các báo cáo được đánh giá chất lượng. Nhân viên y tế không biết rõ ràng người nào chịu trách nhiệm đánh giá chất lượng, không có bộ phận quản lý, bảo đảm chất lượng.

Hầu hết nhân viên y tế ghi nhận không có tiêu chuẩn đánh giá chất lượng chăm sóc bệnh nhân (93,33%), và cũng không biết về kết quả đánh giá. Có kết quả đánh giá hiệu suất chung liên quan đến kích lệ và hình phạt, tỷ lệ này dưới 30% và không có kết quả thảo luận với chất lượng chăm sóc bệnh nhân. Các trung tâm cấp cứu có cung cấp các chương trình giáo dục y tế liên tục, tuy nhiên, tỷ lệ này chỉ đạt 24,67% và không có liên quan đến kết quả đánh giá chất lượng chăm sóc bệnh nhân.

Về thái độ, hầu hết các NVYT đều đồng ý với tầm quan trọng của tài liệu chăm sóc bệnh nhân, cũng như vai trò khi tài liệu này được đánh giá, đồng thời đồng ý với việc xác định ai thực hiện và phương pháp đánh giá, chất lượng đánh giá. Đa số

đồng ý nên có kết quả khảo sát chất lượng, và cho rằng chất lượng chăm sóc bệnh nhân sẽ cải thiện nếu có kết quả đánh giá.

Về thực hành, việc đánh giá chất lượng chăm sóc bệnh nhân chủ yếu dựa vào tích lũy kinh nghiệm (25,75%) và đánh giá kỹ năng (23,58%). Hầu hết NVYT không biết về tần suất và phương pháp thông báo kết quả đánh giá chất lượng chăm sóc bệnh nhân, đồng thời có mong muốn nên có đánh giá chất lượng chăm sóc bệnh nhân mỗi nửa năm hoặc mỗi năm và được cung cấp kết quả qua bảng thông báo hoặc báo cáo trong ngày cụ thể. Tần suất có kết quả, đánh giá hiệu quả chung là hàng năm hoặc mỗi nửa năm. Đa số nhân viên y tế có tham gia các hoạt động giáo dục y tế liên tục, tuy nhiên chủ yếu dựa vào lý do các chủ đề hoạt động dễ hiểu hoặc ngẫu nhiên mà không dựa trên kết quả khảo sát chất lượng.

Trong nghiên cứu của Ian Howard và cộng sự (2019) [6] đã thu thập kết quả về đặc điểm kiến thức, thái độ và thực hành của NVYT cấp cứu tại Nam Phi cho thấy, phần lớn các NVYT (73,4%) đã nhận thức được các tài liệu về chăm sóc bệnh được có sự đánh giá, tuy nhiên chỉ có 48,5% người tham gia nghiên cứu cho rằng các hoạt động đánh giá chất lượng chăm sóc này được thực hiện bởi các bộ phận chuyên môn và cũng chỉ có 50,9% được biết là có tiêu chuẩn trong quá trình đánh giá chất lượng chăm sóc bệnh nhân. 60,4% NVYT nhận thức việc tổ chức của họ đã cung cấp các hoạt động giáo dục y tế liên tục và 37,3% được biết rằng các hoạt động này như một dạng cải thiện chất lượng sau đánh giá chất lượng chăm sóc bệnh nhân.

Về thái độ, các NVYT tham gia nghiên cứu có sự đồng thuận về mong muốn

được biết ai chịu trách nhiệm đánh giá chất lượng (91,1%); tiêu chí nào đã được sử dụng (92,9%); chất lượng chăm sóc được đánh giá như thế nào (92,3%); và những điều này đều phải được cung cấp cho họ biết (91,7%). Kết quả đánh giá chất lượng liên quan đến sự kích lệ có 43,2% người tham gia không đồng ý, nhưng 47,9% những người khác đã đồng ý, trong khi đó, những kết quả đánh giá chất lượng liên quan đến hình phạt có tới 56,8% người tham gia không đồng ý.

Về thực hành, kết quả đánh giá chất lượng được cung cấp cho NVYT thông qua nhiều phương pháp khác nhau, trong đó email (23,1%) và thuyết trình vào ngày cụ thể (21,3%) là phổ biến nhất và được ưa thích nhất trong tiếp nhận kết quả (65,1% và 57,4%). 19% người tham gia cho biết những thông tin đó không được cung cấp. 52,5% số người được hỏi cho biết mong muốn có báo cáo ít nhất hàng tháng về đánh giá chất lượng [6].

## 5. KẾT LUẬN

Đa số NVYT đều phải hoàn thành báo cáo chăm sóc bệnh nhân (92,83%), tuy nhiên chỉ có 22,25% các báo cáo được đánh giá chất lượng. Hầu hết NVYT ghi nhận không có tiêu chuẩn đánh giá chất lượng chăm sóc bệnh nhân (93,33%), và cũng không biết về kết quả đánh giá.

Các trung tâm cấp cứu có cung cấp các chương trình giáo dục y tế liên tục, tuy nhiên, tỷ lệ này chỉ đạt 24,67% và không có liên quan đến kết quả đánh giá chất lượng chăm sóc bệnh nhân.

Về thái độ, hầu hết các NVYT đều đồng ý với tầm quan trọng của tài liệu chăm sóc bệnh nhân, cũng như vai trò khi tài liệu này được đánh giá, đồng thời đồng ý với việc xác định ai thực hiện và phương pháp đánh giá, chất lượng đánh giá.

Về thực hành, việc đánh giá chất lượng chăm sóc bệnh nhân chủ yếu dựa vào tích lũy kinh nghiệm (25,75%) và đánh giá kỹ năng (23,58%).

## 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. Nguyễn Văn Chánh (2012). Đặc điểm dịch tễ học bệnh nhân cấp cứu trước bệnh viện tại Hà Nội. *Tạp chí Y học thực hành*, 817(4): 52-54.
4. Bộ Y tế (2008). Quyết định số 01/2008/QĐ/BYT về việc ban hành quy chế cấp cứu, hồi sức tích cực và chống độc.
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. Ian Howard, Peter Cameron, Maaret Castrén, et al. (2019). Knowledge, attitude and practices of clinical quality and performance assessment among emergency medical services personnel in South Africa: A mixed methods study. *Emergency Medicine Australasia* 31(6): 1024-1036.

# KẾT QUẢ CHE PHỦ KHUYẾT HỔNG MÔ MỀM ĐỐT XA NGÓN TAY DÀI BẰNG VẬT DA CÂN CUỐNG NHÁNH XUYÊN MU TAY CỦA ĐỘNG MẠCH GAN NGÓN RIÊNG

<sup>1</sup>Lê Minh Hoan, <sup>2</sup>Phan Đức Minh Mẫn

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Khánh Hòa

<sup>2</sup>Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình Tp. Hồ Chí Minh

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Che phủ khuyết hồng mô mềm đầu các ngón tay nói chung và các ngón tay dài nói riêng là một thách thức cho các phẫu thuật viên bàn tay. Sự phục hồi vận động, tính thẩm mỹ đặc biệt là phục hồi cảm giác sau phẫu thuật luôn được các phẫu thuật viên quan tâm. Vật da cân cuống nhánh xuyên của động mạch gan ngón riêng là một trong những lựa chọn này.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt dọc thực hiện từ tháng 01/2020 đến tháng 5/2021 tại Trung tâm Chấn Thương Chỉnh Hình - Bông, Bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa và Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình Tp. Hồ Chí Minh.

34 bệnh nhân (BN) với 37 ngón tay thương tổn búp ngón được điều trị bằng vật da cân cuống nhánh xuyên mu tay của động mạch gan ngón riêng.

**Kết quả:** Các vật da đều sống sau phẫu thuật, có 14 trường hợp (37,8%) vật bị ứ trệ tuần hoàn sau mổ, cảm giác phân biệt 2 điểm tĩnh trung bình (TB) là  $8,19 \pm 1,97$  mm (thời gian theo dõi TB là 7,89 tháng), tầm vận động các ngón tay thương tổn theo TAM tất cả các ngón tay đều có kết quả tốt với TAM  $\geq 210$  độ (tầm vận động TB của ngón tay thương tổn là  $231,6 \text{ độ} \pm 23,2 \text{ độ}$ ). Tất cả bệnh nhân đều hài lòng với kết quả điều trị này.

**Kết luận:** Vật da có tỉ lệ sống cao, không phải hi sinh các mạch máu chính; đáp ứng được các tiêu chí trong điều trị khuyết hồng mô mềm búp ngón tay, là một trong những lựa chọn trong các thương tổn này.

**Từ khóa:** Nhánh xuyên động mạch gan ngón riêng, vật cánh quạt, khuyết hồng ngón tay, tạo hình búp ngón.

---

Chịu trách nhiệm: Lê Minh Hoan, Bệnh viện Đa khoa Khánh Hòa

Email: drleminhhoang@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/8/2023; Ngày nhận xét: 10/12/2023; Ngày duyệt bài: 26/6/2024

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.3.2024.334>



## ABSTRACT

**Background:** When restoring the appearance and function of the fingers, hand surgeons face a challenge in choosing a suitable surgical method to repair finger skin defects.

**Methods:** In this study, we designed a long elliptical flap based on a propeller perforator flap (PPF) and located slightly toward the dorsal lateral aspect of the finger. The flap with a pedicle consisting of the dorsal perforator of the distal digital artery and the dorsal digital artery perforator chain is rotated to cover a wound on the distal end. From January 2020 to May 2021, 34 patients with 37 fingers soft tissue defects were treated with the propeller perforator flap.

**Results:** All flaps survived after surgery, and 14 had transient venous congestion. After an average follow-up time of 7.89 months, the static two-point discrimination of the flap was  $8.19 \pm 1.97\text{mm}$ , and the range of motion was  $231.60 \text{ degree} \pm 23.20 \text{ degree}$ . All patients were satisfied with the results of the treatment.

**Conclusions:** PPFs are a reliable option for digital reconstruction, allowing surgeons to cover a variety of finger defects without sacrificing local vasculature; well flap survival and patient satisfaction.

**Keywords:** Digital artery perforator, propeller flap, finger defects, reconstruction

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bàn tay đóng vai trò quan trọng trong sinh hoạt hằng ngày từ những việc làm đơn giản tới các hoạt động tinh tế. Ngày nay với sự phát triển đa dạng phương tiện sản xuất, trong khi an toàn trong lao động chưa được chú ý đúng mực và ý thức người lao động phần lớn chưa được nâng cao thì các thương tổn bàn, ngón tay càng trở nên phổ biến trong đó có vết thương búp ngón tay. Thực tế lâm sàng có những thương tổn mất mô đầu ngón tay lúc đầu nhỏ, đơn giản nhưng được xử trí không thỏa đáng dẫn tới nhiễm khuẩn sâu, lộ các cấu trúc bên dưới gây khó khăn cho điều trị và kết quả cuối cùng bị hạn chế.

Da, tổ chức dưới da của bàn tay nói chung và ngón tay nói riêng có cấu trúc giải phẫu khác biệt; có nhiều thụ thể cảm giác

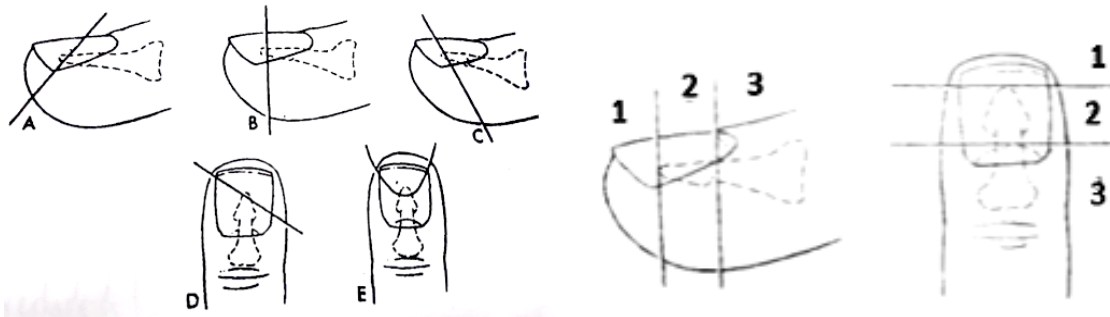
phân bố. Bất kỳ sự thay đổi cấu trúc giải phẫu nào ở búp ngón cũng ảnh hưởng tới cảm giác đầu ngón tay, làm ảnh hưởng tới chức năng của nó. Do vậy các thương tổn này cần phải được xử trí, che phủ một cách hợp lí. Kỹ thuật mổ phải đạt được cả về mặt thẩm mỹ lẫn chức năng, đồng thời phải giảm thiểu tối đa tỉ lệ các biến chứng. Đây là vấn đề mà các phẫu thuật viên bàn tay thường phải đối mặt. Tùy theo các thương tổn mà có các chiến lược khác nhau, chỉ định của mỗi phương pháp dựa vào vị trí, kích thước, các thương tổn phối hợp, thương tổn một hay nhiều ngón cũng như chức năng của các ngón... mỗi phương pháp đều có ưu và nhược điểm của nó [1].

Mục tiêu của việc tái tạo mất mô mềm búp ngón tay là che phủ bằng vật có cảm giác, chất liệu tạo hình tương tự với mô bị

mất và duy trì tối đa chiều dài ngón tay... nhằm trả lại chức năng tốt nhất có thể cho ngón tay thương tổn. Xuất phát từ những yêu cầu này mà chúng tôi chọn nghiên cứu đề tài: “*Kết quả che phủ khuyết hồng mô mềm đốt xa ngón tay dài bằng vật da cân cuống nhánh xuyên mu tay của động mạch gan ngón riêng*” với mục tiêu nghiên cứu sau:

1. Đánh giá khả năng che phủ khuyết hồng đốt xa các ngón tay dài và sự sống của vật da cân này.

2. Đánh giá khả năng phục hồi chức năng của đầu ngón tay: phục hồi cảm giác, tầm vận động các khớp của ngón tay thương tổn, thời gian trở lại công việc, thẩm mỹ của ngón tay bị thương tổn cũng như mức độ hài lòng của BN khi điều trị bằng phương pháp này.



**Hình 2.1. Mặt cắt thương tổn và phân vùng thương tổn búp ngón tay của Rosenthal**

(Nguồn: Rosenthal EA (1983). "Treatment of fingertip and nail bed injuries". *Orthop Clin North Am*, 14, pp. 657-697.)

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Các thương tổn phối hợp ở ngón tay làm ảnh hưởng tới nhánh mạch xuyên mu ngón tay; những bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật, bệnh nhân bị tiểu đường, bệnh nhân nghiện thuốc lá hoặc những bệnh nhân tâm thần, những bệnh nhân có ý định tự tử, cố ý hủy hoại thân thể...; bệnh nhân đa

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

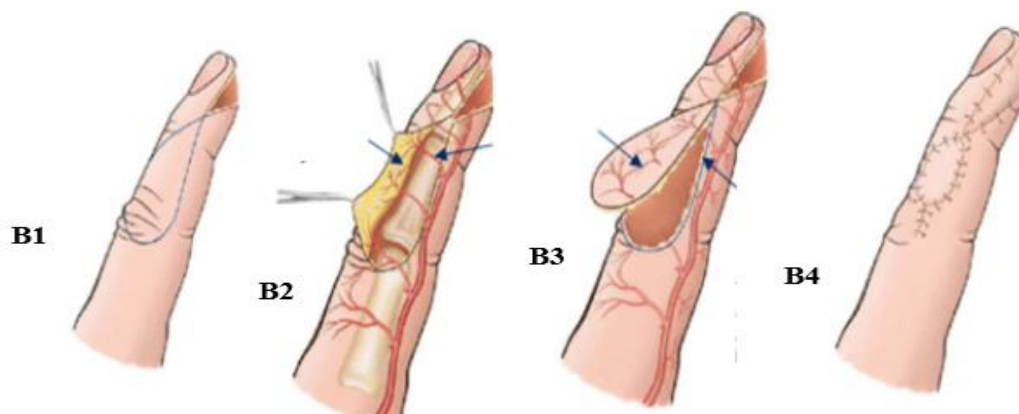
34 bệnh nhân với 37 ngón tay thương tổn (có 3 bệnh nhân bị đồng thời 2 ngón trên cùng bàn tay). Thời gian, từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 5 năm 2021 tại Trung tâm Chấn Thương Chỉnh Hình - Bông, Bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa và Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình Tp. Hồ Chí Minh.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt dọc.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** Tất cả bệnh nhân bị khuyết hồng phần mềm ở đốt xa ngón tay II, III, IV, V, bàn tay có lộ gân, xương và bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu; tổn thương thuộc vùng 2, vùng 3 và mặt cắt thuộc loại A, C, D, E theo phân loại của Rosenthal; Các vết thương đến sớm không bị nhiễm trùng.

chấn thương; nhiễm trùng khuyết hồng búp ngón tay, vết thương búp ngón tay đến muộn; những trường hợp không được theo dõi sau mổ.

**Phương pháp phẫu thuật:** Sau khi cắt lọc sạch khuyết hồng và đánh giá thương tổn kèm [8].



**Hình 2.2. Vạt da cân cuống nhánh xuyên mu tay của động mạch gan ngón ring**

(Nguồn: Hu H, Chen H, Hong J, et al. (2019). "Propeller perforator flaps from the dorsal digital artery perforator chain for repairing soft tissue defects of the finger". *BMC Surgery*, 19 (1).)

**B1:** Đo kích thước khuyết hổng, diện tích vạt/khuyết hổng theo hình elip, tính diện tích vạt da theo diện tích hình elíp và ước lượng góc xoay của vạt, ghi nhận góc xoay vạt.

**B2:** Bóc vạt, chú ý dây chằng Grayson và dây chằng Cleland.

**B3:** Vạt được xoay đến vị trí khuyết hổng.

**B4:** Khâu da trực tiếp (nơi cho vạt nếu chiều rộng nhỏ 1cm), ghép da (nơi cho vạt nếu chiều rộng lớn hơn 1cm).

**Chăm sóc hậu phẫu:** Sau mổ bệnh nhân được theo dõi tình trạng toàn thân và tại chỗ và lần khám cuối cùng trước khi tổng kết đề tài này.

**Đánh giá kết quả điều trị:** Bệnh nhân được đánh giá ở 2 thời điểm: 4 tuần đầu sau mổ đánh giá: sự sống vạt da, khả năng che phủ của vạt, và sự lành vết thương; 3 tháng sau phẫu thuật đánh giá: tầm vận động các ngón tay thương tổn theo TAM, đánh giá cảm giác chủ quan, độ phân biệt 2 điểm tĩnh, cũng như sự hài lòng của bệnh nhân.

### 3. KẾT QUẢ

#### **Diện tích khuyết hổng đầu ngón tay (n = 37):**

Diện tích trung bình của khuyết hổng:  $244,5\text{mm}^2 \pm 66,6\text{mm}^2$  (cao nhất  $392,7\text{mm}^2$  và nhỏ nhất:  $117,8\text{mm}^2$ )

#### **Diện tích của vạt da (n = 37):**

Diện tích TB của vạt da:  $342,9\text{mm}^2 \pm 76,9\text{mm}^2$  (từ  $172,8\text{mm}^2$  -  $494,8\text{mm}^2$ ).

**Khả năng che phủ của vạt da (n = 37):** Tiêu chuẩn để che phủ các khuyết hổng ở búp ngón tay là lộ gân, xương, khớp (mô trắng). Trong số 37 ngón tay bị khuyết hổng được che phủ bởi vạt da cân không có trường hợp nào cần phải ghép da bổ sung hoặc thay đổi phương pháp điều trị trong suốt quá trình theo dõi: có 33 trường hợp vạt da che hết khuyết hổng, chiếm 89,2%, che không hết - không ghép da 8,1%, che không hết - ghép da 2,7%.

**Góc xoay vạt da (n = 37):** Có 50% trường hợp vạt có góc xoay  $\leq 150$  độ, góc xoay nhỏ nhất 100 độ, góc xoay lớn nhất là 180 độ và góc xoay trung bình là  $141,1$  độ  $\pm 22,6$  độ.

**Sự sống vật da (n = 37):** Không có vật da nào hoại tử hoàn toàn, có 14 trường hợp vật bị ứ trệ tuần hoàn sau mổ trong tuần đầu, chiếm 37,8%.

**Sự phục hồi cảm giác của vật da (n = 37):** (Cảm giác phân biệt hai điểm tĩnh)

Có 50% vật da có phân biệt 2 điểm tĩnh  $\leq 7\text{mm}$ , phân biệt 2 điểm tĩnh của vật da trung bình là  $8,19 \pm 1,97\text{mm}$ ; thấp nhất là  $5\text{mm}$  và lớn nhất là  $12\text{mm}$ ; có 2 vật da (5,4%) có cảm giác phân biệt 2 điểm tĩnh ở mức 11 - 15mm.

**Tầm vận động của khớp ngón tay bị thương tổn (n = 37):** Đánh giá về khả năng phục hồi tầm vận động của khớp theo thang điểm TAM (phân loại của Hiệp Hội Phẫu Thuật Bàn Tay Hoa Kỳ) có so sánh với ngón tay tương ứng bên lành; thời gian theo dõi TB  $7,89 \pm 2,9$  tháng. Chúng tôi nhận thấy tất cả các ngón tay đều có kết quả tốt với TAM  $\geq 210$  độ, tầm vận động trung bình của ngón tay thương tổn là  $231,6 \text{ độ} \pm 23,2 \text{ độ}$ .

**Sự hài lòng của bệnh nhân (n = 37):** Hầu hết các bệnh nhân đều hài lòng với phương pháp điều trị này (97,1%), 01 trường hợp tạm hài lòng với kết quả điều trị.

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Nhận xét khả năng che phủ vật da

*Kích thước khuyết hồng búp ngón tay:* Trong 37 ngón tay thương tổn, kích thước trung bình của khuyết hồng là  $244,5\text{mm}^2$  sau khi đã cắt lọc, khuyết hồng búp ngón tay lớn nhất là  $392,7\text{mm}^2$ , thương tổn chéo vát mặt lòng ở các ngón tay (phân loại C của Rosenthal) chiếm 73,0%. Có lẽ vị trí này tiếp xúc với các công cụ lao động trong quá trình sản xuất nên khi tai nạn xảy ra thì vị trí này gặp nhiều hơn những vị trí khác. Ngoài ra, những khuyết hồng lớn thường đi

kèm các thương tổn gân, xương, móng. Kích thước và đặc tính của khuyết hồng phụ thuộc vào công cụ lao động sử dụng cũng như tư thế, vị trí các ngón tay khi xảy ra tai nạn [2].

*Kích thước vật da che khuyết hồng:* Ở mu ngón tay tính chất da đàn hồi và lỏng lẻo nên chúng tôi dễ dàng thiết kế một vật da đáp ứng tiêu chí trên. Vật da cân cuống nhánh xuyên mu tay của động mạch gan ngón riêng được chỉ định cho các khuyết hồng nhỏ và trung bình ở ngón tay nói chung và búp ngón nói riêng. Tác giả Haoliang - Hu và cộng sự đã sử dụng vật da này với tỉ lệ chiều dài/chiều rộng vật là 3/1 đã thu được các vật da có kích thước lớn hơn để điều trị 10 khuyết hồng búp ngón tay và không có trường hợp nào vật da bị hoại tử [7].

*Mức độ che phủ vật da:* Kết quả nghiên cứu của các tác giả cho thấy, diện tích vật da thu được trung bình từ  $3\text{cm}^2$  đến  $4\text{cm}^2$ , góc xoay của vật rộng từ 0 độ đến 180 độ nên ta có thể thu được một vật da cân có kích thước đủ lớn và di chuyển linh hoạt tới các vị trí để che các khuyết hồng ở búp ngón tay [5], [7], [8]. Đây là ưu điểm của vật da này mà các vật V - Y, chéo ngón và một số vật da khác không có được. Kết quả có 33/37 vật da che hết khuyết hồng (chiếm 89,2% trường hợp), 3/37 vật da (8,1% trường hợp) che không hết nhưng không cần ghép da và vết thương lành tự nhiên, 1/37 vật (chiếm 2,7% trường hợp) sau khi chuyển vật che khuyết hồng có ghép da bổ sung. Chúng tôi chỉ ưu tiên che các vị trí lộ gân, xương, khớp và vị trí chịu lực của búp ngón, phần còn lại hai bên búp ngón tổ chức dưới da còn mà vật da không che hết sẽ được ghép da dày hoặc để lành tự nhiên.

#### 4.2. Nhận xét về sự sống của vật da

Vấn đề gặp phải khi sử dụng vật da này là tình trạng ứ trệ tĩnh mạch sau mổ. Có 14/37 (chiếm 37,8%) vật bị ứ trệ tuần hoàn sau mổ. Các vật ứ trệ tuần hoàn được phát hiện trong tuần đầu sau mổ, vật da ổn định, lành hẳn và không can thiệp gì thêm sau 1 tuần theo dõi. Để cải thiện sự sống của vật da, chúng tôi không khâu căng vật; dùng chỉ nhỏ 5.0 để cố định vật vào khuyết hồng; bóc vật nhẹ nhàng; kiểm tra kỹ 2 dây chằng Cleland, Grayson và chắc chắn nó được giải phóng hoàn toàn; góc xoay không bị căng - xoắn; cầm máu kỹ vật da cũng như khuyết hồng và cuối cùng băng lỏng vết thương sau mổ cũng như theo dõi sát vật da các ngày đầu sau mổ.

Các tác giả cho rằng nguyên nhân dẫn đến vật ứ trệ tĩnh mạch sau mổ: nhánh xuyên quá nhỏ dễ bị chèn ép hoặc bị gấp khúc khi xoay vật, cuốn vật bị chèn ép bởi các dải cân, quá trình phẫu tích vật gây sang chấn nhiều [6]. Ngoài ra các yếu tố từ bệnh nhân như hút thuốc lá, các bệnh lý chuyển hóa (đái đường), bệnh tự miễn cũng làm ảnh hưởng tới sự sống của vật. Cách khắc phục tình trạng trên: cuống vật phải được giải phóng tự do hoàn toàn khi phẫu tích và để lại tổ chức mô mềm xung quanh cuống vật từ 3mm đến 8mm trong quá trình bóc tách vật [5], [7]. Các tác giả nhận thấy rằng hệ thống các mạch máu xung quanh vật bắt đầu tăng sinh từ ngày thứ 5 sau mổ, cho nên sau thời gian này sự ứ trệ tĩnh mạch của vật da mới dần được cải thiện [8]. Do vậy việc theo dõi hậu phẫu trong những ngày đầu sau mổ hết sức quan trọng.

#### 4.3. Nhận xét về vị trí cuốn mạch

Theo nghiên cứu giải phẫu mạch máu ngón tay của tác giả Strauch B và cộng

sự mạch máu nuôi da vùng lưng ngón tay thuộc nhóm C, có đường kính ngoài đo được từ 0,3mm đến 0,5mm ở đốt gần; 0,2mm - 0,4mm ở đốt giữa và xa. Các nhánh xuyên phân bố cách khớp liên đốt ngón tay  $7,4\text{mm} \pm 4,0\text{mm}$  và phân bố tương đối hằng định nhưng không luôn đối xứng giữa bên trụ - bên quay [9]. Các mạch máu này có thể được phát hiện dưới siêu âm Doppler có tần số từ 8 - 18MHz. Tĩnh mạch tùy hành thì nhỏ và mỏng hơn đi cùng với các nhánh xuyên có đường kính 0,23 - 0,32mm. Mất thường có thể nhìn thấy các nhánh xuyên này ở đốt gần nhưng khó hơn ở đốt giữa và xa [5], [7].

Từ những kết quả nghiên cứu giải phẫu trên, khi phẫu thuật bóc vật chúng tôi luôn đánh dấu vị trí tương đối cuống mạch trên da; bóc từ ngoại vi hướng về cuốn vật cố gắng tìm nhánh xuyên và giải phóng hoàn toàn dây chằng Cleland mặt lưng và Grayson mặt lòng. Toàn bộ quá trình bóc vật có sử dụng kính lúp để hỗ trợ. Trong một số trường hợp không nhìn thấy nhánh xuyên sau khi giải phóng hai dây chằng Cleland và Grayson chúng tôi lấy rộng tổ chức mô dưới da tương ứng vị trí đánh dấu cuống vật trên da và xoay vật đến vị trí khuyết hồng. Trong 37 khuyết hồng ngón tay được điều trị bằng vật da này không có vật da nào hoại tử hoàn toàn hoặc cần thay đổi phương pháp điều trị khác. Điều này phù hợp với báo cáo của một số tác giả cho rằng cuống mạch nhánh xuyên này tương đối hằng định và đáng tin cậy, đặc biệt khi sử dụng vật da này không cần phải hi sinh mạch máu chính (động mạch gan ngón riêng) do vậy hạn chế được các biến chứng xảy ra trong điều trị [4], [7], [8].

#### 4.4. Nhận xét về sự phục hồi cảm giác của vật da

Ở mặt lòng và búp ngón tay do thần kinh trụ và giữa chi phối qua các nhánh của thần kinh gan ngón riêng: thần kinh giữa chi phối ngón I, II, III và một nửa ngoài ngón IV; thần kinh trụ chi phối một nửa trong ngón IV và ngón V.

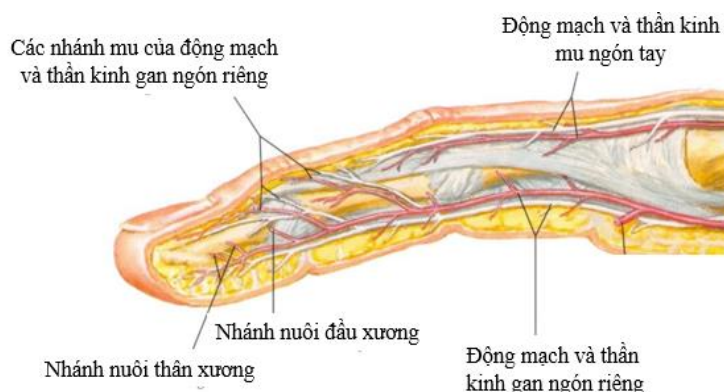
Ở mặt lưng ngón tay dài: Các nhánh thần kinh gan ngón riêng chi phối cảm giác cho đốt giữa và đốt xa - đây là cơ sở giải phẫu cho thấy vật da cân cuống nhánh xuyên mu tay của động mạch gan ngón riêng ở vị trí này là vật có chi phối thần kinh cảm giác; mặt lưng đốt gần được chi phối bởi các nhánh mu tay của thần kinh quay và thần kinh trụ nhưng giới hạn này chưa xác định rõ ràng (ở ngón cái nhiều tác giả chưa thống nhất các nhánh mặt lòng có phân bố cho mặt lưng hay không) [3], [5], [6].

Dựa vào bảng phân loại phục hồi cảm giác của Hiệp Hội Phẫu Thuật Bàn Tay Hoa Kỳ, chúng tôi nhận thấy rằng sau mổ 12 tháng thì khả năng phục hồi cảm giác của vật da gần như bình thường với độ phân biệt 2 điểm tĩnh xung quanh giá trị 5 mm. Trong nghiên cứu chúng tôi, thời gian theo dõi sau mổ trung bình 7,89 tháng và kết quả

phân biệt 2 điểm tĩnh cao hơn so với kết quả của các tác giả, có lẽ thời gian theo dõi hậu phẫu ít hơn các tác giả trên. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của Mohamed Ahmed K. A và cộng sự cho thấy rằng không có sự khác biệt giữa phục hồi cảm giác vật da với thời gian theo dõi [3], [7].

Vật da cân cuống nhánh xuyên mu tay của động mạch gan ngón riêng trong nghiên cứu của chúng tôi là vật da có phân bố thần kinh; sự phân các nhánh thần kinh cảm giác ở phía mu ngón tay tay ít hơn phía gan ngón tay [7], [9].

Trong 34 bệnh nhân với 37 ngón tay bị thương tổn được điều trị và theo dõi, chúng tôi nhận thấy có 5/37 ngón tay (chiếm 13,5%) bệnh nhân than phiền tê đầu ngón tay thương tổn khi làm việc, 32/37 ngón tay (chiếm 86,5%) bệnh nhân không có cảm giác tê đầu ngón tay và không có trường hợp nào đau đầu ngón tay thương tổn. Đa số các báo cáo của các tác giả sử dụng vật da này đều cho kết quả phục hồi tốt về thẩm mỹ và chức năng. Song một số báo cáo của các tác giả sau thời gian theo dõi vật ghi nhận sự than phiền của bệnh nhân: Tê, đau đầu ngón tay và ngón tay không chịu được lạnh [4], [8].



**Hình 4.1. Hệ thống thần kinh ngón tay**

(Nguồn: Nguyễn Quang Quyền (2007). "Atlas Giải phẫu người". TP. Hồ Chí Minh, Nhà xuất bản Y học.)

#### 4.5. Nhận xét về tầm vận động khớp của ngón tay bị thương tổn

Dựa vào thang điểm TAM - phân loại của Hiệp Hội Phẫu Thuật Bàn Tay Hoa Kỳ và có so sánh với ngón tay bên lành, thời gian theo dõi trung bình là  $7,89 \pm 2,9$  tháng. Chúng tôi thấy tất cả các ngón tay đều đạt kết quả tốt với TAM  $\geq 210$  độ. Nguyên nhân dẫn tới sự hạn chế cung vận động của hai khớp này liên quan tới dính gân duỗi phía mu ngón tay [5].

Trong 37 ngón tay của chúng tôi điều trị bằng vật da cân cuống nhánh xuyên mu tay của động mạch gan ngón riêng với thời gian theo dõi trung bình 7,89 tháng, được đánh giá tầm vận động theo thang điểm TAM đều cho kết quả tốt  $\geq 210$  độ. Những trường hợp có thương tổn kèm theo như thương tổn gân, sau mổ chúng tôi hướng dẫn bệnh nhân tập vật lý trị liệu sớm nhất có thể khi vết thương ổn định.

Qua 37 ngón tay thương tổn đầu ngón được che phủ bằng vật da cân cuống nhánh xuyên mu tay của động mạch gan ngón riêng, chúng tôi nhận thấy rằng vai trò tập vật lý trị liệu sau mổ đóng vai trò hết sức quan trọng (tập chủ động ngay khi phần mềm ổn định: 3 - 4 tuần sau mổ); giúp trả lại sớm biên độ vận động bình thường cho các khớp vùng lân cận, đồng thời tập cho vật da thích nghi cảm giác với vị trí mới, giúp bệnh nhân trở về sinh hoạt cộng đồng sớm hơn.

#### 4.6. Nhận xét sự hài lòng của bệnh nhân sau điều trị phương pháp này

Các bệnh nhân đều hài lòng với kết quả điều trị khuyết hồng búp ngón tay bằng vật da cân này. Vật da cân cuống nhánh xuyên mu tay của động mạch gan ngón riêng là vật có phân bố thần kinh cảm giác,

cung cấp một chất liệu tạo hình gần giống mô bị mất, phẫu thuật xâm nhập ít, đặc biệt không phải hi sinh động mạch gan ngón riêng [6]. Những yếu tố trên cùng nhau tạo ra kết quả tốt trong điều trị: Phục hồi lại giải phẫu và chức năng của búp ngón tay thương tổn - đáp ứng được tiêu chí điều trị thương tổn vùng này. Ngoài ra phẫu thuật một thì làm cho người bệnh giảm đau, ngày nằm viện rút ngắn và thời gian tái hòa nhập cộng đồng sớm hơn nên giảm được gánh nặng chi phí điều trị và giúp cải thiện tâm lý bệnh nhân. Ngoài ra, sự hài lòng của bệnh nhân không phải là vận động bình thường của các khớp, sự thẩm mỹ của búp ngón tay mà là cảm giác không chịu lạnh của ngón tay thương tổn. Chao Cheng nhấn mạnh trong tạo hình búp ngón tay thì việc ngăn ngừa đau do u thần kinh quan trọng hơn việc phục hồi cảm giác - nó dẫn tới các rối loạn tâm lý và thực thể làm ảnh hưởng kết quả điều trị [4]. Qua đó cho thấy các rối loạn cảm giác của ngón tay ảnh hưởng nhiều tới chất lượng phương pháp điều trị.

### 5. KẾT LUẬN

#### Sự sống và khả năng che phủ của vật da:

- Vật da có tỉ lệ sống tốt: 100% vật da sống, trong đó 83,7% trường hợp vật da sống hoàn toàn và 16,3% trường hợp vật da hoại tử một phần vật. Sự ứ trệ tĩnh mạch của vật da chiếm 37,8% các trường hợp sau mổ trong tuần đầu (Đây là điểm cần lưu ý khi sử dụng vật da này).

- Vật da có cuống mạch tương đối hằng định, đáng tin cậy và là vật da có phân bố thần kinh cảm giác.

- Vật da cân cuống nhánh xuyên mu tay của động mạch gan ngón riêng che phủ

tốt cho các thương tổn vùng 2, vùng 3 và các hình thái mặt cắt theo phân loại của Rosenthal.

**Chức năng búp ngón tay:**

- Cảm giác của vật da phục hồi tốt chiếm 94,6% (ở mức bình thường và khá) các trường hợp, khả năng phân biệt 2 điểm tĩnh của vật da trung bình là 8,19mm với thời gian theo dõi trung bình là 7,89 tháng.

- Tầm vận động các khớp ngón tay đạt kết quả tốt: 100% trường hợp với TAM ≥ 210 độ.

- Điều trị khuyết hồng phần mềm búp ngón tay bằng vật da cân cứng nhánh xuyên mu tay của động mạch gan ngón riêng giúp bảo tồn chiều dài ngón tay, trả lại hình dạng gần như ban đầu của búp ngón. Vật da cung cấp chất liệu tạo hình tương đương khuyết hồng bị mất; phẫu thuật một thì, kỹ thuật mổ xâm nhập tối thiểu đặc biệt không phải hi sinh mạch máu chính.

- Tất cả bệnh nhân đều hài lòng với kết quả điều trị theo phương pháp này.

**MỘT SỐ HÌNH ẢNH MINH HOẠ CÁC TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG**



Bệnh nhân: THẠCH THỊ T Năm sinh: 2004

Nhập viện: 14/12/2020 số bệnh án: 20/37386

Chẩn đoán: Khuyết hồng búp ngón II, III bàn tay trái.



Bệnh nhân: TRẦN THỊ KIM L Năm sinh: 1979

Nhập viện: 17/11/2020 số bệnh án: 20/34049

Chẩn đoán: VT vát mặt bên lộ xương đốt xa ngón II bàn tay phải.



Bệnh nhân: NGUYỄN ĐỨC T Năm sinh: 1994

Nhập viện: 13/4/2020 số bệnh án: 2020095704

Chẩn đoán: Khuyết hồng búp ngón III bàn tay trái.



**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Võ Văn Châu (2004). "Các vật da che phủ đầu ngón tay trong phẫu thuật cấp cứu". *Báo cáo tại hội phẫu thuật bàn tay lần thứ 5, Hội phẫu thuật bàn tay TP. Hồ Chí Minh*, tr. 19-27.
2. Phan Đức Minh Mẫn (2003). "Xử trí vết thương mõm cụt đầu ngón tay". *Hội phẫu thuật bàn tay TP. Hồ Chí Minh*, tr. 41-44.
3. Ayhan E, Cevik K, Celik V, et al. (2020). "Patient satisfaction after innervated digital artery perforator flap for fingertip injuries". *Acta Orthop Traumatol Turc*, 54 (3), pp. 269-275
4. Chen C, Tang P, Zhang X (2014). "The dorsal homo-digital island flap based on the dorsal branch of the digital artery: a review of 166 cases". *Plast Reconstr Surg*, 133 (4), pp. 519e-529e.
5. Chen CT, Wei FC (2000). "Lateral-dorsal neurovascular island flap for pulp reconstruction". *Plast Reconstr Surg*, 45 (6), pp. 616-622.
6. Feng SM, Wang AG, Zhang ZY, et al. (2017). "Repair-and-sensory-reconstruction-of-the-children's-finger pulp defects with perforator pedicled propeller flap in proper artery.". *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 21(16), pp. 3533-3537.
7. Hu H, Chen H, Hong J, et al. (2019). "Propeller perforator flaps from the dorsal digital artery perforator chain for repairing soft tissue defects of the finger". *BMC Surgery*, 19 (1).
8. Ozcanli H, Bektas G, Cavit A, et al. (2015). "Reconstruction of fingertip defects with digital artery perforator flap". *Acta Orthop Traumatol Turc*, 49 (1), pp. 18-22.
9. Strauch B, de Moura W (1990). "Arterial system of the fingers". *The Journal of Hand Surgery*, 15 (1), pp. 148-154.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỬ DỤNG VẬT DA HAI CUỐNG TỰ DO VÙNG LƯNG ĐIỀU TRỊ SẼO DI CHỨNG BỎNG RỘNG VÙNG CỔ - MẶT

Đỗ Trung Quyết, Hoàng Thanh Tuấn,  
Tống Thanh Hải, Vũ Quang Vinh  
Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác

### TÓM TẮT

**Giới thiệu:** Sẹo di chứng bông vùng cổ mặt, đặc biệt là các trường hợp sẹo rộng luôn đặt ra các tiêu chuẩn tái tạo rất cao khi sử dụng các phương án tạo hình khác nhau. Các phương pháp tạo hình kinh điển như ghép da, vật tại chỗ, phương pháp giãn tổ chức... đều thể hiện các nhược điểm khi tạo hình loại tổn thương này. Đối với các tổn thương rộng vùng cổ mặt, vật da tự do hai cuống vùng lưng luôn là một lựa chọn hàng đầu trong tái tạo nhằm khôi phục cả chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 15 bệnh nhân, 10 nữ và 5 nam, tuổi từ 12 đến 61, điều trị tại Trung tâm Phẫu thuật Tạo hình, thẩm mỹ và Tái tạo (Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác) từ tháng 08/2019 đến tháng 8/2024 với chẩn đoán sẹo bông rộng, co kéo vùng mặt cổ.

Thiết kế ở vùng lưng 09 vật hai cuống nhánh xuyên động mạch mũ vai và động mạch liên sườn sau đối bên, 03 vật hai cuống nhánh xuyên động mạch mũ vai và động mạch liên sườn sau cùng bên, 03 vật hai cuống tự do hai nhánh xuyên động mạch liên sườn sau. Bó mạch nhận là bó mạch mặt và/ hoặc bó mạch thái dương nông. Vùng vật giữa hai cuống được làm mỏng. Vật được chuyển tới vùng mặt cổ và nối mạch máu che phủ tổn thương, vùng cho vật được khâu kín một phần và ghép da mỏng tự thân

**Kết quả:** 13 vật sống hoàn toàn, 02 vật bị hoại tử một phần ở đầu xa (chiều dài vùng hoại tử dưới 5cm). Vùng cho vật được ghép da trung bình che phủ. Chiều dài tối đa đạt được là 36cm, chiều rộng tối đa là 19cm. Bệnh nhân đạt được yêu cầu về chức năng và thẩm mỹ.

**Kết luận:** Vật da hai cuống tự do vùng lưng là lựa chọn hàng đầu trong tái tạo tổn khuyết rộng vùng mặt cổ do di chứng bông bởi tính linh hoạt và độ tin cậy trong thiết kế và sử dụng.

**Từ khóa:** Sẹo bông vùng mặt cổ, vật tự do, vật hai cuống, vật nhánh xuyên vùng lưng

---

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

Email: doquyet.vmmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/5/2024; Ngày nhận xét: 21/6/2024; Ngày duyệt bài: 26/6/2024

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.3.2024.328>

## ABSTRACT

**Background:** Nowadays, face and neck reconstruction for post-burn patients, especially for large burn scars, always challenges plastic surgeons. The formerly reconstructive procedures, for instance, skin graft, local flaps, tissue expansion...have numerous disadvantages. For reconstruction of large burn scars in the face and neck region, the dorsal double-free flaps are the first choice to recover functional and cosmetic outcomes.

**Patients and methods:** Fifteen patients, 10 females and 5 males, were admitted at the Center of the Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery of the National Hospital of Burn from August 2019 to August 2024. Range of age from 12 to 61 years old.

Nine dorsal double perforator free flaps with circumflex scapular artery perforator and contralateral posterior intercostal perforator, three dorsal double perforator free flaps with circumflex scapular artery perforator and ipsilateral posterior intercostal perforator two bipedicle flap with posterior intercostal perforator and ipsilateral posterior intercostal perforator and one flap with posterior intercostal perforator and contralateral posterior intercostal perforator, were designed at the dorsal region. Recipients were the facial artery and/or superficial temporal artery. The adipose tissue between the two pedicles was thinned before the pedicles divided. The pedicles of the flap were anastomosed with the recipient's vessels.

**Results:** Thirteen flaps survived completely and two flaps happened a distal part necrosis. The donor site was covered by using a split-thickness skin graft. The maximum length of the flaps we could obtain was 36cm, the largest width was 19cm. The patients were satisfied with both cosmetically and functionally.

**Conclusion:** Dorsal double pedicle free flap is a confident procedure in the reconstruction of large defects on the face and neck region post-burn patients.

**Keywords:** Burn scar in face and neck, free flap, bipedicle flap, dorsal perforator flap

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong phẫu thuật tạo hình hiện nay, các phương pháp tạo hình kinh điển như ghép da, sử dụng vạt da có cuống mạch, hay phương pháp giãn tổ chức là các phương pháp chủ yếu được các phẫu thuật viên tạo hình lựa chọn khi tạo hình các tổn thương, sẹo vùng mặt cổ [1].

Tuy nhiên, tái tạo di chứng bỏng rộng vùng cổ mặt, đặc biệt là di chứng bỏng toàn bộ khuôn mặt hiện nay là một thách

thức với các phẫu thuật viên tạo hình. Vấn đề đặt ra là làm sao để chọn được một chất liệu tạo hình phù hợp về kích thước (thường là rất rộng), độ mỏng, tương đồng về màu sắc, tương hợp về mô học và miễn dịch thực sự là một vấn đề nan giải [2], [3].

Một số vạt da tự do kinh điển cũng đã được sử dụng trong tái tạo vùng mặt song các hạn chế về kích thước và độ dày nên chưa đem lại hiệu quả cao trong điều trị

[4], [5]. Hai vấn đề chính khi tạo hình di chứng bỏng rộng vùng mặt cổ đặt ra với các phẫu thuật viên tạo hình đó là: Một là lựa chọn được chất liệu tự thân đảm bảo kích thước (rộng) và độ mỏng phù hợp, hai là chất liệu phải linh hoạt trong thiết kế và sử dụng bởi các tổn khuyết thường có hình dạng phức tạp và không đồng nhất giữa các ca bệnh.

Vạt da hai cuống tự do vùng lưng thể hiện tính linh hoạt và đáp ứng yêu cầu về tạo hình sẹo vùng mặt cổ với từng bệnh nhân cụ thể. Hiệu quả của phương pháp này sẽ được chúng tôi đánh giá và bàn luận trong bài báo này.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

15 bệnh nhân (10 nữ và 5 nam) tuổi đời từ 12 đến 61, được chẩn đoán sẹo co kéo vùng mặt cổ sau bỏng, điều trị tại Trung tâm Phẫu thuật Tạo hình, thẩm mỹ và Tái tạo (Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác) từ tháng 08/2019 đến tháng 8/2024.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm các loại vạt nhánh xuyên hai cuống tự do vùng lưng: 09 vạt hai cuống nhánh xuyên động mạch mũ vai và động mạch liên sườn sau đối bên (loại 1), 03 vạt hai cuống nhánh xuyên động mạch mũ vai và động mạch liên sườn sau cùng bên (loại 2), 02 vạt hai cuống tự do hai nhánh xuyên động mạch liên sườn sau đối bên (loại 3). 01 vạt hai cuống tự do hai nhánh xuyên động mạch liên sườn sau đối bên (loại 4).

#### 2.2.1. Quy trình phẫu thuật

- Vạt da được thiết kế tại vùng da lành ở lưng, theo hình dạng và kích thước của

tổn khuyết. Thường chúng tôi thiết kế theo đơn vị thẩm mỹ của mặt và cổ. Vị trí nhánh xuyên cần tương ứng với vị trí của động mạch tại nơi nhận vạt.

- Xử lý sẹo bỏng và bóc lột hai bó mạch nhận: Rửa da, cắt bỏ hết tổ chức sẹo đến mô lành, cầm máu kỹ nền tổn khuyết. Tiến hành bóc lột hai bó mạch nhận. Thông thường phải bóc tách một bó mạch mặt. Việc xác định bó mạch nhận còn lại là bó mạch thái dương nông hay bó mạch mặt tùy thuộc vào đặc điểm kích thước của từng tổn khuyết. Nếu tổn khuyết kéo dài đến sát vị trí động mạch thái dương nông thì tiến hành bóc tách bóc lột bó mạch thái dương nông.

- Phẫu tích vạt: Rửa da từ đầu mút vạt theo giới hạn của đường vẽ đã thiết kế. Bóc tách nhánh xuyên động mạch mũ vai: Bóc tách vạt đến lớp cân sâu, xác định nhánh xuyên động mạch mũ vai và phẫu tích dọc theo đường đi của trục mạch, tiến hành thắt các nhánh bên, bóc tách đến gốc mạch, nơi nó tách ra từ động mạch vai dưới. Phẫu tích nhánh xuyên động mạch liên sườn sau: Phẫu tích tương tự động mạch mũ vai, bóc tách đến tận gốc mạch để đảm bảo đủ độ dài và đường kính mạch.

- Tiến hành làm mỏng vạt bằng cách loại bỏ bớt một phần lớp mỡ ở vùng mép vạt và khoảng giữa hai cuống mạch. Vùng mỡ quanh hai cuống mạch không được làm mỏng vì có thể gây tổn thương mạch xuyên.

- Vùng cho vạt được khâu kín một phần và ghép da xẻ đôi che phủ.

- Khâu nối mạch máu và vạt da: Vạt da sau khi cắt cuống mạch được chuyển đến nơi nhận và tiến hành khâu nối 2 bó mạch

dưới kính hiển vi. Vạt da được khâu kín và đặt dẫn lưu áp lực âm.

### 2.2.2. Đánh giá kết quả

Vạt nhánh xuyên tự do hai cuống vùng lưng được theo dõi và đánh giá tại các thời điểm: Trong vòng 3 tháng sau phẫu thuật (theo dõi gần), sau phẫu thuật trên 6 tháng (theo dõi xa), tương tự cách theo dõi, đánh giá của một số công trình nghiên cứu của các tác giả Trần Văn Anh [5], Nguyễn Gia Tiến, Vũ Quang Vinh và cộng sự [4].

+ Tốt: Vạt sống hoàn toàn, vùng cho và nhận vạt liền sẹo tốt. Chức năng và thẩm mỹ được phục hồi hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn.

+ Trung bình: Vạt da bị thiếu dưỡng, hoại tử <1/3 diện tích vạt, phải ghép da bổ xung, vết mổ liền kỳ hai. Chắc năng và thẩm mỹ có cải thiện nhưng còn hạn chế.

+ Xấu: Vạt bị hoại tử > 1/3 diện tích vạt, chức năng và thẩm mỹ không cải thiện.

## 3. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm của sẹo di chứng bỏng vùng mặt cổ

- Tác nhân: Tác nhân chủ yếu là nhiệt khô (80%), điện (6,67%), hóa chất (13,33%).

- Tính chất sẹo: 86,67% các trường hợp là sẹo phì đại, 13,33% trường hợp là sẹo lồi.

- Vị trí và kích thước sẹo: 93,33% số trường hợp sẹo chiếm cả hai bên của vùng mặt và cổ, 6,67% số trường hợp sẹo nằm ở một bên nhưng kéo dài cả vùng mặt và cổ.

- Ảnh hưởng của sẹo đến các cơ quan trên khuôn mặt: Sẹo di chứng bỏng gây tác động đến hầu hết các bộ phận trên khuôn mặt. Co kéo các cơ quan trên khuôn mặt xảy ra nhiều nhất ở vùng miệng (93,33%).

### 3.2. Kết quả phẫu thuật

- Lựa chọn vạt hai cuống tự do vùng lưng:

Loại vạt (n = 15)	Các thông số	Tối đa	Tối thiểu	Trung bình
Loại 1 (n = 9)	Chiều dài vạt (cm)	36	26	29,44
	Chiều rộng vạt (cm)	17	10	13,56
Loại 2 (n = 3)	Chiều dài vạt (cm)	33	25	28,76
	Chiều rộng vạt (cm)	20	11	14,94
Loại 3 (n = 2)	Chiều dài vạt (cm)	27	23	25,00
	Chiều rộng vạt (cm)	19	15	17,00
Loại 4 (n = 1)	Chiều dài vạt (cm)	20	20	20,00
	Chiều rộng vạt (cm)	15	15	15,00

- Tình trạng vạt sau phẫu thuật: 13/15 trường hợp (86,67%) vạt sống hoàn toàn, vết mổ liền kỳ đầu, 02/15 trường hợp (13,33%) vạt hoại tử 1 phần ở đầu xa, được cắt lọc phần hoại tử, ghép da che phủ.

- Tình trạng vùng cho vạt: 93,33% trường hợp vùng cho vạt liền kỳ đầu, 6,67% số trường hợp phải ghép da bổ xung che phủ.

- Tai biến và biến chứng: Chúng tôi không gặp tai biến trong phẫu thuật, sau phẫu thuật có 02 trường hợp bị hoại tử một phần vạt, đã được xử trí cắt lọc hoại tử, ghép da che phủ.

### 3.3. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật

- Kết quả gần: Tốt: 13/15 số trường hợp (86,67%), trung bình: 2/15 số trường hợp (13,33%).

- Kết quả xa: Tốt: 14/15 số trường hợp (93,33%), trung bình: 1/15 số trường hợp (6,67%).

## 4. BÀN LUẬN

Tái tạo di chứng bỏng rộng vùng mặt cổ sau di chứng bỏng hoặc chấn thương hiện vẫn đang là thách thức lớn với các phẫu thuật viên tạo hình. Các phẫu thuật tạo hình kinh điển đều không thể áp dụng được do các hạn chế về kích thước, tính linh hoạt [6], [7]. Yêu cầu chất lượng tạo hình vùng mặt cổ là phải đảm bảo đủ về kích thước, độ mỏng, tương đồng về màu sắc cũng như có nguồn cấp máu tin cậy để có thể tiến hành mở các đơn vị thẩm mỹ như mũi, miệng, mắt chỉ trong một thì mổ [2], [5], [7], [8].

Một số vạt da có cuống như vạt cằm cổ lưng được nối mạch vi phẫu ở đầu xa cũng đã được chúng tôi áp dụng trong tái tạo di chứng bỏng vùng mặt cổ song do sử dụng cuống cằm nên cung xoay còn hạn chế và kích thước chưa đủ rộng để tái tạo toàn bộ khuôn mặt [5], [8], [9]. Do vậy, vạt da tự do hai cuống mạch xuyên vùng lưng như là một lựa chọn tối ưu trong tái tạo tổn khuyết rộng vùng cổ - mặt.

### 4.1. Lựa chọn vạt da hai cuống tự do vùng lưng tạo hình vùng cổ mặt

Việc lựa chọn cuống mạch cho vạt da phụ thuộc chủ yếu vào đặc điểm kích

thước của tổn khuyết cũng như đặc điểm da lành vùng lưng của bệnh nhân. Với các tổn khuyết rộng, kích thước lớn đòi hỏi phải thiết kế vạt da có vùng lưng có hai cuống mạch cách xa nhau, thường là khác bên. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vạt da chiều dài tối đa là 36cm và chiều rộng tối đa là 19cm. Với chiều dài vạt như vậy, thông thường chúng tôi phải thiết kế vạt da hai cuống mạch xuyên đối bên. Chủ yếu là hai cuống nhánh xuyên động mạch mũ vai và nhánh xuyên động mạch gian sườn sau đối bên (n = 9).

Đặc điểm da lành vùng lưng là yếu tố quan trọng để xác định lựa chọn cuống mạch nào cho phù hợp. Một số bệnh nhân có tổn thương da hoặc sẹo cũ ở vị trí nhánh xuyên động mạch mũ vai thì không thể tiến hành thiết kế cuống mạch này cho vạt da hai cuống. Thực tế chúng tôi gặp 2 bệnh nhân có sẹo bỏng ở vị trí nhánh xuyên động mạch mũ vai. Khi đó bắt buộc chúng tôi phải sử dụng cuống mạch nhánh xuyên động mạch gian sườn sau để thay thế.

Do sự phong phú của hệ thống các nhánh xuyên nuôi da vùng lưng với cơ sở chính là hệ thống các nhánh nuôi da của động mạch mũ vai và các nhánh nuôi da của động mạch liên sườn sau. Việc lựa chọn vị trí cuống mạch để thiết kế vạt vùng lưng tương đối dễ dàng và có tính linh hoạt.

Căn cứ vào vị trí của các cuống mạch nuôi da và có tính đối xứng hai bên, chúng ta có thể có 05 loại vạt da hai cuống khác nhau dựa trên những nguồn động mạch mũ vai và các động mạch liên sườn sau. Đó là: Vạt hai cuống nhánh xuyên động mạch mũ vai và động mạch liên sườn sau đối bên (loại 1), vạt hai cuống 2 nhánh xuyên động mạch mũ vai đối bên (loại 2), vạt hai cuống tự do hai nhánh xuyên động mạch liên sườn sau hai bên (loại 3), vạt hai

cuống nhánh xuyên động mạch mũ vai và động mạch liên sườn sau cùng bên (loại 4) và 04 vạt hai cuống 2 nhánh xuyên động mạch liên sườn sau cùng bên.

Một nguyên nhân nữa quyết định đến việc lựa chọn bó mạch trong thiết kế vạt da hai cuống đó là việc làm tổn thương bó mạch trong khi tiến hành phẫu tích. Chúng tôi đã gặp tình huống này ở một bệnh nhân. Ban đầu chúng tôi thiết kế vạt nhánh xuyên động mạch mũ vai và động mạch liên sườn sau cùng bên. Tuy nhiên khi tiến hành phẫu tích, bó mạch mũ vai bị tổn thương. Khi đó chúng tôi phải thay đổi vị trí thiết kế cuống mạch. Sử dụng mạch xuyên liên sườn sau số III cùng bên để thay thế. Vạt da vẫn được cấp máu đầy đủ và sống hoàn toàn.

#### **4.2. Một số ưu điểm khi sử dụng vạt da hai cuống tự do vùng lưng**

- *Kích thước lớn*: Vạt có kích thước rất lớn, đảm bảo che phủ được diện tích rộng sau cắt sẹo. Vạt đặc biệt thích hợp với các trường hợp sẹo cả hai bên mặt, có thể kéo dài từ vùng thái dương bên này sang vùng thái dương bên kia. Sở dĩ vạt có kích thước lớn như vậy là do kết hợp cả hai vùng giải phẫu của hai cuống mạch.

- *Độ mỏng phù hợp*: Do có hai cuống mạch nuôi, vạt được làm mỏng dễ dàng, đặc biệt là vùng giữa hai cuống mạch, chỉ giữ lại một lớp mỡ mỏng che phủ mạng mạch dưới da. Sau khi vạt sống hoàn toàn, các mạch máu tân tạo từ dưới nền phát triển để nuôi dưỡng vạt. Khi đó có thể tiến hành phẫu thuật làm mỏng vùng cuống vạt để làm cho vạt mỏng hoàn toàn.

- *Linh hoạt trong thiết kế và sử dụng*: Do sự đa dạng của các cuống mạch xuyên cấp máu cho da vùng lưng. Việc lựa chọn vạt và cuống mạch trở nên dễ dàng, phụ

thuộc chủ yếu vào hình dạng và kích thước của tổn khuyết. Khi một cuống mạch bị tổn thương có thể thay đổi vị trí cuống mạch mà vẫn đảm bảo được hình dạng và kích thước của vạt. Việc mở rộng kích thước vạt được thực hiện dễ dàng do sự nổi thông phong phú của các cuống mạch vùng lưng.

#### **4.3. Kết quả điều trị và biến chứng**

Nghiên cứu của chúng tôi gặp 02 trường hợp có biến chứng hoại tử một phần vạt, kết quả tốt về chức năng và thẩm mỹ sau mổ chiếm 86,67%.

Trong 02 trường hợp gặp biến chứng hoại tử vạt, có 01 trường hợp bị hoại tử phần xa vạt ở vùng mũi, nguyên nhân là do bệnh nhân đặt sụn nhân tạo để nâng mũi trước đó, sụn này gây ra tình trạng viêm và hoại tử một phần nhỏ (5cm<sup>2</sup>) ở đầu xa của vạt. Sau khi được cắt lọc và ghép da trung bình, vết mổ liền tốt.

Trường hợp thứ hai là do bó mạch liên sườn sau có tĩnh mạch quá nhỏ, chúng tôi chỉ tiến hành nối động mạch. Tĩnh mạch của bó mạch mũ vai còn lại không đảm bảo dẫn lưu được toàn bộ vạt nên vạt bị hoại tử một phần (<1/3 diện tích vạt). Chúng tôi tiến hành cắt lọc và ghép da mỏng tự thân. Hai trường hợp có biến chứng chảy máu sau phẫu thuật đã được phát hiện và xử trí trong những giờ đầu sau mổ. Cuống mạch vẫn đảm bảo an toàn và lưu thông tốt, vạt sống hoàn toàn.

#### **5. KẾT LUẬN**

Vạt da tự do hai cuống mạch xuyên vùng lưng là vạt da có độ tin cậy cao, đảm bảo đủ độ rộng, độ mỏng, tương đồng về màu sắc da. Đây là các chất liệu tạo hình tốt cho tái tạo tổn thương bỏng rộng vùng cổ - mặt.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. F.-C. Tsai (2003) A new method: perforator-based tissue expansion for a preexpanded free cutaneous perforator flap. *Burns*, 29 (8), 845-848.
2. H. Hyakusoku and J.-H. Gao (1994) The "super-thin" flap. *British journal of plastic surgery*, 47 (7), 457-464.
3. R. Ogawa, H. Hyakusoku, I. Iwakiri. et al (2004) Severe neck scar contracture reconstructed with a ninth dorsal intercostal perforator augmented "super-thin flap". *Annals of plastic surgery*, 52 (2), 216-219.
4. V. Q. Vinh, R. Ogawa, T. Van Anh. et al (2007) Reconstruction of neck scar contractures using supraclavicular flaps: Retrospective study of 30 cases. *Plastic and reconstructive surgery*, 119 (1), 130-135.
5. V. Q. Vinh, T. Van Anh, L. Nam. et al (2009) Reconstruction of acid-injured face with occipitocervicodorsal super-thin flaps. *Plastic and reconstructive surgery*, 124 (1), 167e-169e.
6. R. Ogawa, H. Hyakusoku, M. Murakami. et al (2004) Clinical and basic research on occipito-cervico-dorsal flaps: including a study of the anatomical territories of dorsal trunk vessels. *Plastic and reconstructive surgery*, 113 (7), 1923-1933.
7. C. Angrigiani and D. Grilli (1997) Total face reconstruction with one free flap. *Plastic and reconstructive surgery*, 99 (6), 1566-1575.
8. H. Hyakusoku, D. G. Pennington and J.-H. Gao (1994) Microvascular augmentation of the super-thin occipito-cervico-dorsal flap. *British journal of plastic surgery*, 47 (7), 465-469.
9. V. Q. Vinh, T. Van Anh, R. Ogawa. et al (2009) Anatomical and clinical studies of the supraclavicular flap: analysis of 103 flaps used to reconstruct neck scar contractures. *Plastic and reconstructive surgery*, 123 (5), 1471-1480.

## MỘT SỐ HÌNH ẢNH MINH HỌA



Hình 1. Bệnh nhân trước mổ



Hình 2. Xử lý sẹo di chứng bỏng cho bệnh nhân





Hình 3. Vẽ thiết kế vạt



Hình 4. Vạt 2 cường tự do vùng lưng sau khi bóc tách



Hình 5. Bệnh nhân sau mổ 3 tháng



Hình 6. Bệnh nhân sau mổ 6 tháng

# THỰC TRẠNG TRẦM CẢM, LO ÂU, STRESS CỦA NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN NĂM 2024

<sup>1</sup>Lê Hải Anh, <sup>1,2</sup>Phan Thị Dung

<sup>1</sup>Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ sản Thiện An

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng trầm cảm, lo âu, stress của người bệnh trước phẫu thuật tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2024.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 226 người bệnh (NB) trước phẫu thuật tại Khoa Ngoại thần kinh và Khoa Chấn thương chỉnh hình (Bệnh viện Thanh Nhàn) nhằm đánh giá mức độ trầm cảm, lo âu, stress dựa trên thang điểm DASS-21. Nghiên cứu thực hiện từ tháng 01/2024 đến tháng 06/2024.

**Kết quả:** Trước phẫu thuật có 23,9% người bệnh mắc trầm cảm, 35,4% mắc lo âu và 28,8% mắc stress. Trong đó, tỷ lệ mắc trầm cảm mức độ nhẹ là 10,2%, mức độ vừa là 12,8%, mức độ nặng là 0,9%. Tỷ lệ mắc lo âu mức độ nhẹ là 9,7%, mức độ vừa là 14,2%, mức độ nặng là 10,6% và mắc lo âu mức độ rất nặng là 0,9%. Có 13,7% người bệnh thấy stress mức độ nhẹ và 15% người bệnh stress mức độ vừa.

**Kết luận:** Trước phẫu thuật người bệnh có bị trầm cảm, lo âu và stress. Tỷ lệ người bệnh trầm cảm, lo âu và stress ở các mức độ khác nhau. Vì vậy, việc nâng cao, đẩy mạnh công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người bệnh cũng như công tác đánh giá tâm lý người bệnh trước phẫu thuật trong thời gian tới là hết sức cần thiết.

**Từ khóa:** Trầm cảm, lo âu, stress, người bệnh, trước phẫu thuật

## ABSTRACT

**Objective:** Describe the current state of depression, anxiety, and stress of patients before surgery at Thanh Nhan Hospital, in 2024.

**Research subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 226 patients before surgery at the Department of Neurosurgery and Department of Orthopedics, Thanh Nhan Hospital, the level of depression, anxiety, and stress was assessed based on the DASS-21 scale. Research from January 2024 to June 2024.

---

Chịu trách nhiệm: Phan Thị Dung, Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội

Email: phanthidzungvd@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/6/2024; Ngày nhận xét: 21/6/2024; Ngày duyệt bài: 26/6/2024

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.3.2024.323>

**Results:** Before surgery, 23.9% of patients had depression, 35.4% had anxiety and 28.8% had stress. Of these, the rate of mild depression is 10.2%, moderate depression is 12.8%, and severe depression is 0.9%. The rate of mild anxiety is 9.7%, moderate anxiety is 14.2%, severe anxiety is 10.6% and very severe anxiety is 0.9%. 13.7% of patients feel mild stress and 15% of patients experience moderate stress.

**Conclusion:** Before surgery, patients suffered from depression, anxiety and stress. Rates of depression, anxiety and stress at different levels. Therefore, improving and promoting mental health care for patients as well as psychological assessment of patients before surgery in the future is extremely necessary.

**Keywords:** Depression, anxiety, stress, patients, before surgery

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xã hội ngày càng hiện đại và phát triển, con người lại càng có nhiều những nỗi lo khác nhau. Đặc biệt, những nỗi lo thường trở nên lớn hơn và nghiêm trọng hơn ở những người bệnh cần trải qua một cuộc phẫu thuật.

Các vấn đề về sức khỏe tâm thần như trầm cảm, lo âu, stress có tác động rất lớn tới bệnh tật và quá trình phẫu thuật của người bệnh. Một số trường hợp người bệnh xuất hiện trạng thái căng thẳng, lo lắng quá mức sẽ khiến cho cuộc phẫu thuật bị trì hoãn hoặc không thể tiến hành được. Điều này cũng khiến cho sức khỏe và tình trạng bệnh trở nên nghiêm trọng hơn. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương và cộng sự (2023), trầm cảm, lo âu, stress quá độ có thể tác động xấu tới một số cơ quan trong cơ thể như hô hấp, tuần hoàn, tiêu hóa,... và làm phức tạp quá trình phẫu thuật, kéo dài thời gian phục hồi sau phẫu thuật, có thể làm tăng chi phí điều trị, tăng gánh nặng kinh tế cho người bệnh và gia đình người bệnh [1].

Theo nghiên cứu của Trương Văn Hiếu (2018), người bệnh lo lắng quá nhiều về kết quả và rủi ro của cuộc phẫu thuật có thể làm tăng tỉ lệ từ chối thực hiện phẫu thuật.

Trầm cảm, lo âu, stress quá độ có thể liên quan đến mức độ để lại di chứng sau phẫu thuật, nguy cơ tái phát bệnh và thậm chí gia tăng nguy cơ tử vong. Trước phẫu thuật nếu người bệnh trầm cảm, lo âu, stress quá độ không được can thiệp hoặc giảm nhẹ có thể gây ra sự đau đớn không cần thiết. Từ đó, người bệnh có thể cần sử dụng nhiều hơn thuốc giảm đau và thuốc gây mê, ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe người bệnh, tình trạng bệnh, kéo dài thời gian nằm viện cũng như làm tăng nguy cơ nhiễm trùng và xảy ra biến chứng [2].

Bệnh viện Thanh Nhàn là một trong những đơn vị cung cấp dịch vụ thăm khám, điều trị nội ngoại trú cho tất cả các chuyên khoa. Ngoài việc chú trọng đầu tư cơ sở vật chất, Bệnh viện Thanh Nhàn cũng rất quan tâm tới phát triển chất lượng chăm sóc và chất lượng dịch vụ đối với người bệnh. Trước đây, bệnh viện Thanh Nhàn đã từng thực hiện một số nghiên cứu liên quan đến lâm sàng, an toàn người bệnh,... Tuy nhiên, vẫn chưa có nghiên cứu nào về tâm lý của người bệnh, đặc biệt là tình trạng trầm cảm, lo âu, stress của người bệnh trước hoặc sau phẫu thuật.

Vậy trầm cảm, lo âu, stress của người bệnh trước phẫu thuật tại Bệnh viện Thanh Nhàn như thế nào? Để trả lời cho câu hỏi

này, chúng tôi thực hiện đề tài: “Thực trạng trầm cảm, lo âu, stress của người bệnh trước phẫu thuật tại bệnh viện Thanh Nhân, năm 2024”. với mục tiêu: *Mô tả thực trạng trầm cảm, lo âu, stress của người bệnh trước phẫu thuật tại 2 khoa bệnh viện Thanh Nhân, năm 2024.*

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Người bệnh từ 18 tuổi trở lên có chỉ định phẫu thuật và đồng ý phẫu thuật, trả lời được đầy đủ bộ câu hỏi phỏng vấn, tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu, không mắc các bệnh về tâm thần.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh không thuộc độ tuổi nghiên cứu, không có chỉ định phẫu thuật, không trả lời được đầy đủ bộ câu hỏi phỏng vấn, không tự nguyện hoặc từ chối tham gia nghiên cứu, người bệnh nặng, có lú lẫn, mất ý thức, tâm thần, cảm điếc.

**Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến hành tại Khoa Chấn thương chỉnh hình và Khoa Ngoại thần kinh (Bệnh viện Thanh Nhân) từ tháng 1 đến tháng 7 năm 2024. Trong đó, thời gian thu thập số liệu từ tháng 4 tới hết tháng 5 năm 2024.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang
- Cỡ mẫu: Theo công thức ước tính một tỷ lệ trong quần thể:

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

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu

p: Tỷ lệ lo âu nghiên cứu trước đó,  $p = 0,18$

$\alpha$ : Sai số loại I, ước tính = 0,05 với độ tin cậy là 95%.

Khi đó hệ số tin cậy  $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ .

$\Delta$ : là độ chính xác mong muốn giữa mẫu và quần thể. Ước tính  $\Delta = 0,05$ .

Thay vào công thức, tính được cỡ mẫu tối thiểu là 226 [3].

#### 2.2.1 Biến số nghiên cứu

- Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: Giới, tuổi, nơi ở, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, tình trạng việc làm, thu nhập trung bình 1 tháng.

- Thông tin về cuộc phẫu thuật: Cách thức phẫu thuật, phương pháp vô cảm, bệnh nền kèm theo, khoảng thời gian biết tin trước phẫu thuật, giải thích về phương pháp phẫu thuật, phương pháp gây mê/gây tê cho cuộc phẫu thuật với người bệnh.

- Thông tin về môi trường và chất lượng dịch vụ bệnh viện: Đón tiếp, chỉ dẫn, phòng chờ, phương tiện vận chuyển, thực hiện cận lâm sàng, phòng bệnh, nhà vệ sinh, đồ dùng cá nhân, môi trường cảnh quan bệnh viện, sự chia sẻ, tôn trọng quyền riêng tư, công khai minh bạch viện phí và giải quyết phàn nàn, thắc mắc kịp thời với người bệnh.

#### 2.2.2. Phương pháp thu thập số liệu

- Công cụ: Bộ công cụ gồm 4 phần.

Phần A - Thông tin chung có 7 câu hỏi.

Phần B - Thông tin về cuộc phẫu thuật có 7 câu hỏi.

Phần C - Thông tin về môi trường và chất lượng dịch vụ bệnh viện có 13 câu hỏi.

Phần D - Thang đo đánh giá trầm cảm, lo âu, stress trước phẫu thuật DASS 21 của

Lovibond (năm 1995) [4]. Có 21 câu hỏi, đánh số từ 1 đến 21 (Bộ câu hỏi đạt hệ số tin cậy thang đo *Cronbach's Alph = 0,981*); trong đó có 7 câu hỏi đánh giá tình trạng trầm cảm (gồm câu 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21); 7 câu hỏi đánh giá tình trạng lo âu (gồm câu 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20); 7 câu hỏi đánh giá tình trạng stress (gồm câu 1, 6,

8, 11, 12, 14, 18). Các phần được tính toán dựa theo tỷ lệ phần trăm (%).

- Cách tính điểm: Điểm của trầm cảm, lo âu và stress được tính bằng cách cộng điểm các câu lại rồi nhân hệ số 2.

Xếp loại mức độ điểm được chia như bảng sau:

Mức độ	Trầm cảm	Lo âu	Stress
1: Bình thường	0 - 9	0 - 7	0 - 14
2: Nhẹ	10 - 13	8 - 9	15 - 18
3: Vừa	14 - 20	10 - 14	19 - 25
4: Nặng	21 - 27	15 - 19	26 - 33
5: Rất nặng	≥ 28	≥ 20	≥ 34

### 2.3. Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 23.0. Kết quả được biểu thị dưới dạng phần trăm (%). Thống kê mô tả (tỷ lệ phần trăm) được sử dụng để mô tả các biến số của nghiên cứu.

### 2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Khoa học Khoa Điều dưỡng, Trường Đại

học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội và sự cho phép của Ban lãnh đạo Bệnh viện Thanh Nhàn.

Người bệnh được giải thích về mục đích và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Danh sách thông tin về người bệnh được giữ bí mật. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc người bệnh.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu**

Biến số		Số lượng (n = 226)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	120	53,1
	Nữ	106	46,9
Nhóm tuổi	18 - 35 tuổi	44	19,5
	36 - 60 tuổi	78	34,5
	Trên 60 tuổi	104	46,0
Nơi ở hiện tại	Thành thị	193	85,4
	Nông thôn	33	14,6
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	56	24,8

Biến số		Số lượng (n = 226)	Tỷ lệ (%)
	Đã kết hôn	170	75,2
Trình độ học vấn	Tiểu học	9	4,0
	Trung học cơ sở	51	22,6
	Trung học phổ thông	72	31,9
	Trung cấp	52	23,0
	Đại học/Cao đẳng	42	18,6
	Trên đại học	0	0,0
Tình trạng việc làm	Sinh viên	23	10,2
	Nhân viên văn phòng	19	8,4
	Cán bộ công chức	21	9,3
	Lao động phổ thông	29	12,8
	Nghề nghiệp khác	56	24,8
	Không có việc làm	78	34,5
Thu nhập trung bình 1 tháng	Không có thu nhập	65	28,8
	Dưới 5 triệu	59	26,1
	5 - 10 triệu	71	31,4
	10 - 20 triệu	30	13,3
	Trên 20 triệu	1	0,4

*Nhận xét:* Có 53,1% nam và 46,9% nữ. Người bệnh trên 60 tuổi chiếm 46%. Hầu hết người bệnh (85,4%) sống ở thành thị. Người bệnh đã kết hôn chiếm 75,2%. Trình độ học vấn phổ biến nhất là trung học phổ thông (31,9%), trung cấp (23%), trung học

cơ sở (22,6%). 34,5% người bệnh không có việc làm. Thu nhập trung bình hàng tháng của người bệnh là 5 - 10 triệu chiếm 31,4%. Người bệnh không có thu nhập và thu nhập dưới 5 triệu tỉ lệ lần lượt là 28,8% và 26,1%.

**Bảng 3.2. Đặc điểm về cuộc phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Số lượng (n = 226)	Tỷ lệ (%)
Cách thức phẫu thuật	Phẫu thuật mở	138	61,1
	Phẫu thuật nội soi	88	38,9
Phương pháp vô cảm	Gây mê	14	6,2
	Gây tê	212	93,8
Tiền sử phẫu thuật	Chưa từng	126	55,8
	Đã từng 1 lần	74	32,7

Đặc điểm		Số lượng (n = 226)	Tỷ lệ (%)
	Từ 2 lần trở lên	26	11,5
Bệnh nền kèm theo	Không	131	58,0
	Tim mạch	17	7,5
	Tăng huyết áp	10	4,4
	Đái tháo đường	18	8,0
	Khác	50	22,1
Khoảng thời gian biết tin trước phẫu thuật	Dưới 1 tuần	127	56,2
	1 - 2 tuần	79	35,0
	2 - 4 tuần	20	8,8
	Trên 4 tuần	0	0,0
Được giải thích về phương pháp phẫu thuật	Có	226	100,0
	Không	0	0,0
Được giải thích về phương pháp vô cảm	Có	226	100,0
	Không	0	0,0

**Nhận xét:** Phương pháp phẫu thuật mở chiếm (61,1%). Phương pháp gây tê chiếm 93,8%. 55,8% người bệnh chưa từng phẫu thuật, 32,7% đã từng phẫu thuật 1 lần, và 11,5% đã từng phẫu thuật từ 2 lần trở lên. Các bệnh nền là tim mạch (7,5%),

tăng huyết áp (4,4%), đái tháo đường (8,0%) và các bệnh khác (22,1%). 58% người bệnh không có bệnh nền. 56,2% người bệnh biết tin trước phẫu thuật dưới 1 tuần.

**Bảng 3.3. Đặc điểm về môi trường và chất lượng dịch vụ bệnh viện**

Đặc điểm		Số lượng (n = 226)	Tỷ lệ (%)
Đón tiếp và chỉ dẫn rõ ràng	Có	225	99,6
	Không	1	0,4
Chờ đợi trong phòng đầy đủ tiện nghi	Có	224	99,1
	Không	2	0,9
Vận chuyển phù hợp với tình trạng bệnh	Có	224	99,1
	Không	2	0,9
Trình tự hướng dẫn, thực hiện cận lâm sàng thuận tiện	Có	223	98,7
	Không	3	1,3
Phòng bệnh gọn gàng, ngăn nắp	Có	224	99,1

Đặc điểm		Số lượng (n = 226)	Tỷ lệ (%)
	Không	2	0,9
Giường bệnh đơn	Có	185	81,9
	Không	41	18,1
Phòng vệ sinh sạch sẽ, đủ phương tiện	Có	217	96,0
	Không	9	4,0
Đồ dùng cá nhân đầy đủ, sạch sẽ	Có	224	99,1
	Không	2	0,9
Môi trường, cảnh quan bệnh viện xanh, sạch, đẹp	Có	224	99,1
	Không	2	0,9
Phòng bệnh gọn gàng, ngăn nắp	Có	224	99,1
	Không	2	0,9
Giường bệnh đơn	Có	185	81,9
	Không	41	18,1
Phòng vệ sinh sạch sẽ, đủ phương tiện	Có	217	96,0
	Không	9	4,0
Đồ dùng cá nhân đầy đủ, sạch sẽ	Có	224	99,1
	Không	2	0,9
Môi trường, cảnh quan bệnh viện xanh, sạch, đẹp	Có	224	99,1
	Không	2	0,9
Tư vấn, chia sẻ, cung cấp thông tin trong suốt quá trình điều trị	Có	223	98,7
	Không	3	1,3
Tôn trọng quyền riêng tư	Có	223	98,7
	Không	3	1,3
Thanh toán viện phí công khai, minh bạch, chính xác và thuận tiện	Có	223	98,7
	Không	3	1,3
Giải quyết khiếu nại, phàn nàn, thắc mắc kịp thời	Có	224	99,1
	Không	2	0,9

*Nhận xét:* Có 99,6% người bệnh được đón tiếp, chỉ dẫn rõ ràng. 99,1% người bệnh hài lòng với phòng chờ và được vận chuyển phù hợp với tình trạng bệnh. 98,7% người bệnh thấy trình tự thực hiện

các cận lâm sàng được tiến hành thuận tiện, nhanh chóng. 99,1% người bệnh hài lòng với sự gọn gàng, ngăn nắp của phòng bệnh. 81,9% người bệnh được nằm giường bệnh đơn.



96,0% người bệnh hài lòng với sự sạch sẽ, đầy đủ phương tiện trong phòng vệ sinh. 99,1% người bệnh hài lòng với sự đầy đủ, sạch sẽ của đồ dùng cá nhân và môi trường, cảnh quan bệnh viện. 98,7% người bệnh được tư vấn, chia sẻ, cung cấp

thông tin đầy đủ, chính xác, kịp thời và được tôn trọng quyền riêng tư, được thanh toán viện phí công khai, minh bạch, chính xác; 99,1% người bệnh được giải quyết khiếu nại, phàn nàn, thắc mắc một cách kịp thời và hiệu quả.

**Bảng 3.4. Mức độ trầm cảm của đối tượng nghiên cứu**

Kết quả đánh giá	Trước phẫu thuật	
	Số lượng (n = 226)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	172	76,1
Nhẹ	23	10,2
Vừa	29	12,8
Nặng	2	0,9
Rất nặng	0	0,0

*Nhận xét:* 76,1% người bệnh bình thường trước phẫu thuật; 10,2% người bệnh có mức độ trầm cảm nhẹ; 12,8% người bệnh trầm cảm vừa; 0,9% người bệnh trầm cảm nặng và không có người bệnh nào trầm cảm rất nặng trước phẫu thuật.

**Bảng 3.5. Mức độ lo âu của đối tượng nghiên cứu**

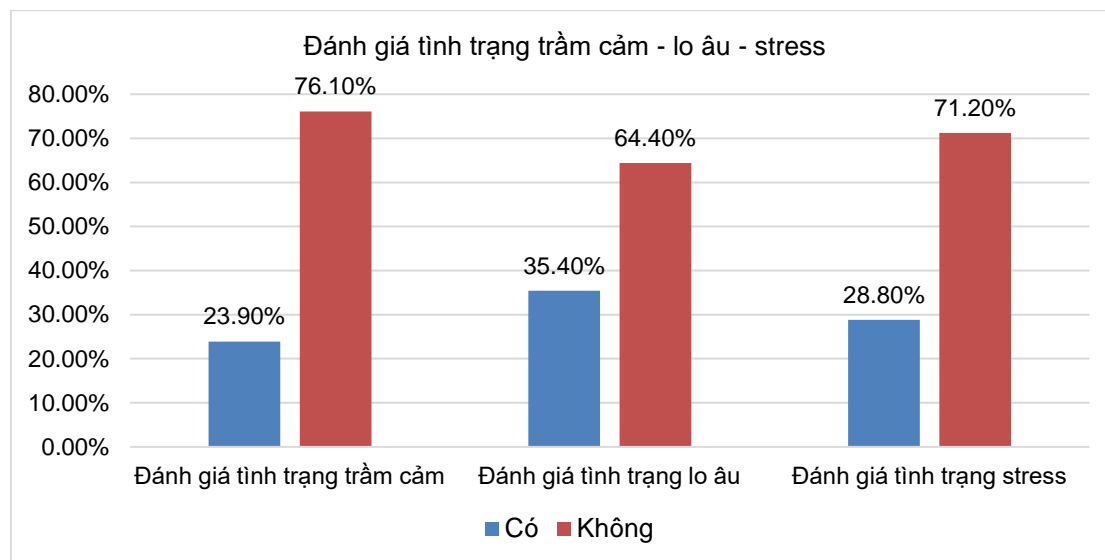
Kết quả đánh giá	Trước phẫu thuật	
	Số lượng (n = 226)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	146	64,6
Nhẹ	22	9,7
Vừa	32	14,2
Nặng	24	10,6
Rất nặng	2	0,9

*Nhận xét:* 64,6% người bệnh bình thường trước phẫu thuật; 9,7% người bệnh có mức độ lo âu nhẹ; 14,2% người bệnh lo âu vừa; 10,6% người bệnh độ lo âu nặng và 0,9% người bệnh lo âu rất nặng.

**Bảng 3.6. Mức độ stress của đối tượng nghiên cứu**

Kết quả đánh giá	Trước phẫu thuật	
	Số lượng (n = 226)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	161	71,2
Nhẹ	31	13,7
Vừa	34	15,0
Nặng	0	0,0
Rất nặng	0	0,0

*Nhận xét:* 71,2% người bệnh bình thường trước phẫu thuật; 13,7% người bệnh có mức độ stress nhẹ; 15% người bệnh stress vừa; không có người bệnh nào stress nặng hoặc rất nặng.



**Biểu đồ 3.1. Đánh giá tình trạng trầm cảm, lo âu, stress của người bệnh trước phẫu thuật**

*Nhận xét:* Có 23,9% người bệnh mắc trầm cảm trước phẫu thuật, 35,4% người bệnh mắc lo âu trước phẫu thuật và 28,8% người bệnh mắc stress trước phẫu thuật.

#### 4. BÀN LUẬN

Trầm cảm, lo âu, stress là những trạng thái tâm lí không chỉ ảnh hưởng tới sức khỏe mà còn ảnh hưởng đến quá trình và kết quả của cuộc phẫu thuật, sự chăm sóc và điều trị đối với người bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 226 người bệnh trên 18 tuổi. Trong đó, 46% người bệnh là người già (60 tuổi trở lên). Kết quả nghiên cứu này tương đồng với một số nghiên cứu khác và phù hợp với địa điểm nghiên cứu là hai Khoa Chấn thương chỉnh hình và Ngoại thần kinh. Do người cao tuổi thường dễ gặp phải tình trạng chấn thương hơn vì người bệnh cao tuổi thường có xu hướng sức khỏe yếu hơn, xương khớp

kém bền vững, hay gặp khó khăn trong việc đi lại, di chuyển hoặc mất mồi dễ gây va chạm với các vật khác. Nam giới chiếm tỷ lệ 53,1% và nữ giới là 46,9%. Kết quả này trái ngược với kết quả nghiên cứu của Hồ Thị Diễm Thu với đối tượng nghiên cứu sau mổ sỏi mật có tỷ lệ nữ/nam là 74,6% và 25,4% [5].

Như vậy có thể thấy kết quả về tỷ lệ giới tính giữa nam và nữ phụ thuộc vào đối tượng nghiên cứu của mỗi nghiên cứu. Trong nghiên cứu này 75,2% NB đã kết hôn, chỉ có 24,8% người bệnh độc thân. Kết quả của chúng tôi giống với kết quả của Nguyễn Duy Linh và cộng sự khi có tỷ lệ người bệnh đã kết hôn là 85,61% và tỷ lệ độc thân là 14,39% [6]. Tỷ lệ đã kết hôn thường cao hơn tỷ lệ độc thân rất dễ lí giải vì đa số đối tượng nghiên cứu thuộc nhóm tuổi trưởng thành (trên 18 tuổi).

Trong nghiên cứu này chủ yếu người bệnh có trình độ học vấn là trung học cơ sở và trung học phổ thông. Tỷ lệ này có sự khác biệt với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thu Hương (2022) [7]. Nguyên nhân của sự khác biệt này có thể là do đa phần bệnh nhân thuộc nhóm tuổi người già (trên 60 tuổi) không đủ điều kiện và sức khỏe đầu tư cho việc học tập, nâng cao trình độ. Người bệnh là sinh viên chiếm 10,2% và không có việc làm chiếm 34,5%. Tỷ lệ người bệnh là nhân viên văn phòng, cán bộ công chức, lao động phổ thông, nghề nghiệp khác lần lượt là 8,4%, 9,3%, 12,8% và 24,8%. Đặc điểm nghề nghiệp trong nghiên cứu này cũng phù hợp với đặc điểm tuổi và trình độ của đối tượng nghiên cứu.

Phương pháp phẫu thuật mổ mở được áp dụng phổ biến cho người bệnh trong nghiên cứu này chiếm tỷ lệ 61,1%. Còn lại là 38,9% người bệnh mổ nội soi. Kết quả này không tương đồng với nhiều kết quả khác vì các kết quả ở nghiên cứu khác đa phần phương pháp mổ tập trung là mổ nội soi. Vì vậy, kết quả này phụ thuộc vào từng bệnh cần phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu.

Trong nghiên cứu này, phương pháp gây tê chiếm phần lớn với tỷ lệ 93,8%. Trong khi đó phương pháp gây mê chỉ chiếm tỷ lệ 6,2%. Tương tự như phương pháp phẫu thuật, kết quả của phương pháp vô cảm phụ thuộc vào từng bệnh và vị trí cần phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu. Về tiền sử đã từng phẫu thuật trước đây, kết quả cho thấy có nhiều người bệnh chưa từng phẫu thuật chiếm hơn một nửa (55,8%), có tương đối người bệnh đã từng phẫu thuật 1 lần (32,7%) và có ít người

bệnh đã từng phẫu thuật từ 2 lần trở lên (11,5%). Có tổng 42% NB trong nghiên cứu này hiện có mắc ít nhất một bệnh nền, trong đó cao nhất là mắc các bệnh khác (như COPD, hen suyễn, viêm khớp, viêm dạ dày....).

Người bệnh mắc các bệnh như tim mạch chiếm 7,5%, mắc bệnh huyết áp chiếm 4,4%, mắc bệnh đái tháo đường chiếm 8%. Có thể thấy, việc mắc các bệnh nền phụ thuộc vào yếu tố sức khỏe có sẵn ở từng đối tượng nghiên cứu trước phẫu thuật. Khoảng thời gian biết tin trước cuộc phẫu thuật dưới 1 tuần và từ 1 - 2 tuần chiếm phần lớn với tỷ lệ lần lượt là 56,2% và 35,0%. Trong khi đó, từ 2 - 4 tuần chỉ chiếm tỷ lệ 8,8% và không có người bệnh nào biết tin trước khi cuộc phẫu thuật diễn ra trên 4 tuần.

Bệnh viện Thanh Nhàn có diện tích 50.000m<sup>2</sup>, được xây dựng với quy mô hơn 600 giường bệnh. Trong những năm gần đây, bệnh viện không ngừng phát triển. Từ việc chú trọng, cải thiện thái độ và chất lượng dịch vụ chăm sóc tới người bệnh, bệnh viện cũng luôn chú trọng cả về tăng cường chuyên môn kỹ thuật cũng như đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị hiện đại nhằm đáp ứng nhu cầu của người bệnh. Theo nghiên cứu của chúng tôi, gần 100% người bệnh đều được hưởng đầy đủ về chất lượng dịch vụ, cơ sở vật chất, môi trường cảnh quan bệnh viện và người bệnh cảm thấy được tôn trọng, đảm bảo quyền riêng tư, được khuyến khích tham gia vào quá trình điều trị của bản thân để tăng hiệu quả điều trị bệnh.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy trước phẫu thuật có 23,9% người bệnh mắc trầm cảm, 35,4% mắc lo âu và

28,7% mắc stress. Kết quả của nghiên cứu này cao hơn rất nhiều với nghiên cứu của Nguyễn Thu Hương (2022) khi có tỷ lệ trầm cảm là 1,5%, tỷ lệ lo âu là 13,3% và tỷ lệ stress là 1,8% [7]. Có thể giải thích tỷ lệ trầm cảm, lo âu, stress của người bệnh trong nghiên cứu này tương đối cao vì nhiều yếu tố khác nhau góp phần tạo thành như tuổi, giới, trình trạng hôn nhân, học vấn, thu nhập, yếu tố về cuộc phẫu thuật,...

Trên thực tế, tất cả những điều này đều có thể tác động mạnh tới tâm lí người bệnh, làm thay đổi trạng thái tâm lí, khí sắc, sức khỏe, động lực vượt qua bệnh tật và tình trạng bệnh tật,... của người bệnh. Ngược lại, ở nghiên cứu này đa số người bệnh hài lòng với môi trường và chất lượng dịch vụ bệnh viện. Như vậy, có thể nói điều này góp phần cải thiện trạng thái tâm lí của người bệnh. Lấy một ví dụ cụ thể từ trong nghiên cứu này, khi người bệnh được vận chuyển bằng phương tiện phù hợp với tình trạng bệnh, người bệnh sẽ cảm thấy thoải mái hơn hoặc bớt đau đớn hơn, bởi khó chịu hoặc đau đớn cũng sẽ làm ảnh hưởng xấu tới tâm lí của người bệnh.

## 5. KẾT LUẬN

Trong tổng số 226 người bệnh trước phẫu thuật, có 23,9% người bệnh mắc trầm cảm, 35,4% mắc lo âu và 28,8% mắc stress. Trong đó, tỷ lệ mắc trầm cảm mức độ nhẹ là 10,2%, mức độ vừa là 12,8%, mức độ nặng là 0,9%. Tỷ lệ mắc lo âu mức độ nhẹ là 9,7%, tỷ lệ mắc lo âu mức độ vừa là 14,2%, mức độ nặng là 10,6% và mắc lo âu mức độ rất nặng là 0,9%. Có 13,7% người bệnh thấy stress mức độ nhẹ và 15% người bệnh stress mức độ vừa.

Như vậy, trước phẫu thuật người bệnh có bị trầm cảm, lo âu, stress ở các mức độ khác nhau.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Phương và cộng sự (2023), "Khảo sát mức độ lo âu của người bệnh trước phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2023". *Tạp chí Y học Thăm hỏi & Bông*, số 3 (2023), tr.g.54-62.
2. Trương Văn Hiếu (2018), "Đánh giá thực trạng lo sợ của bệnh nhân trước can thiệp nha khoa tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội, năm 2018". Trường Đại học Y tế Công cộng.
3. Phạm Quang Minh và cộng sự (2020), "Khảo sát tình trạng lo âu, stress trước phẫu thuật ở người bệnh mổ phìên tại khoa Chấn thương chỉnh hình và Y học Thể Thao bệnh viện Đại học Y Hà Nội". *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, tập 134, số 10 (2020), tr.g.85-91.
4. Lovibond P.F và Lovibond S.H (1995), "The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories", *Behav Res Ther*, 3 (33), pg. 335-343.
5. Hồ Thị Diễm Thu (2014), "Nghiên cứu chất lượng cuộc sống của người bệnh sau mổ cắt túi mật nội soi do sỏi". *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 15, số 4 (2014), tr.g.181-184.
6. Nguyễn Duy Linh và cộng sự (2023), "Lo âu của người bệnh trước phẫu thuật lồng ngực tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, năm 2023". *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, tập 172, số 11 (2023), tr.g.245-248.
7. Nguyễn Thu Hương (2022), "Thực trạng stress, lo âu, trầm cảm trước và sau phẫu thuật của người bệnh tại Bệnh viện đa khoa Quốc tế Vinmec Times City năm 2022 và một số yếu tố liên quan". Luận văn Thạc sĩ Điều dưỡng, Trường Đại học Thăng Long.

**PHỤ LỤC**  
**Bộ công cụ phỏng vấn người bệnh**  
**ĐÁNH GIÁ TÂM LÝ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT**  
**TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN**

Xin chào ông/bà!

Tôi là Lê Hải Anh hiện là sinh viên của Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội. Hiện nay, tôi đang thực hiện luận văn tốt nghiệp với đề tài "*Thực trạng trầm cảm, lo âu, stress trước phẫu thuật của người bệnh tại Bệnh viện Thanh Nhàn, năm 2024*". Nghiên cứu được tiến hành nhằm mục đích tìm hiểu thực trạng sức khỏe, tình trạng tâm lý và thấu hiểu những lo lắng của người bệnh trong thời gian điều trị tại bệnh viện, từ đó có các khuyến nghị với ngành y tế và lãnh đạo bệnh viện để nâng cao chất lượng chăm sóc cũng như đời sống tinh thần cho ông/bà. Ông/Bà sẽ được yêu cầu trả lời các câu hỏi liên quan đến các tâm lý như trầm cảm, lo âu hay stress mà ông/bà cảm nhận được trước phẫu thuật. Để thực hiện công trình nghiên cứu này, chúng tôi rất mong nhận được sự quan tâm của ông/bà bằng việc tham gia trả lời bằng câu hỏi này.

Rất mong sự hợp tác và giúp đỡ của ông/bà. Mọi thông tin, kết quả thu thập được chỉ phục vụ cho việc thực hiện đề tài, không sử dụng vào mục đích nào khác và sẽ được giữ bí mật hoàn toàn. Chúng tôi đánh giá cao sự giúp đỡ của ông/bà trong việc hưởng ứng nghiên cứu này. Chúng ta sẽ mất khoảng 15 đến 30 phút để hỏi và trả lời các câu hỏi cho cuộc phỏng vấn hôm nay.

Xin chân thành cảm ơn!

Xác nhận đồng ý tham gia nghiên cứu  
(Ký và ghi rõ họ tên)

**A. THÔNG TIN CHUNG**

STT	Câu hỏi	Đáp án	Ghi chú
A1	Ông/Bà cho biết giới tính của mình?	1. Nam 2. Nữ	
A2	Ông/Bà hãy cho biết tuổi của ông/bà?	1. 18-35 tuổi 2. 36-60 tuổi 3. Trên 60 tuổi	
A3	Ông/Bà hiện tại đang sống/làm việc ở đâu?	1. Thành thị 2. Nông thôn	
A4	Ông/Bà đã lập gia đình chưa?	1. Độc thân 2. Đã kết hôn	
A5	Ông/Bà hãy cho biết trình độ học vấn cao nhất của ông/bà hiện nay là gì?	1. Tiểu học 2. Trung học cơ sở 3. Trung học phổ thông 4. Trung cấp 5. Đại học/Cao đẳng 6. Trên đại học	
A6	Ông/Bà hãy cho biết tình trạng việc làm hiện tại của mình?	1. Sinh viên 2. Nhân viên văn phòng 3. Cán bộ công chức 4. Lao động phổ thông 5. Nghề nghiệp khác 6. Không có việc làm	
A7	Thu nhập trung bình 1 tháng của ông/bà?	1. Không có thu nhập 2. Dưới 5 triệu 3. 5 - 10 triệu 4. 10 - 20 triệu 5. Trên 20 triệu	

## B. THÔNG TIN VỀ CUỘC PHẪU THUẬT

(NVYT tra cứu HSBA hoàn thiện câu B1-B2, tiến hành phát vấn từ câu B3-B7)

STT	Câu hỏi	Đáp án	Ghi chú
B1	Cách thức phẫu thuật	1. Mở mở 2. Mở nội soi	
B2	Phương pháp vô cảm	1. Gây mê 2. Gây tê	
B3	Ông/Bà đã từng phẫu thuật chưa?	1. Chưa từng 2. Đã từng 1 lần 3. Từ 2 lần trở lên	
B4	Ông/Bà có mắc bệnh mãn tính nào không?	1. Không 2. Bệnh tim mạch 3. Bệnh tăng huyết áp 4. Bệnh đái tháo đường 5. Khác	
B5	Khi nào ông/bà biết tin trước khi cuộc phẫu thuật diễn ra	1. Dưới 1 tuần 2. 1-2 tuần 3. 2-4 tuần 4. Trên 4 tuần	
B6	Ông/Bà có được phẫu thuật viên giải thích về cuộc phẫu thuật không?	1. Có 2. Không	
B7	Ông/Bà có được BS gây mê khám mê và giải thích về phương pháp gây tê/gây mê cho cuộc mổ không?	1. Có 2. Không	

**C. THÔNG TIN VỀ MÔI TRƯỜNG VÀ CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ BỆNH VIỆN**

STT	Câu hỏi	Đáp án	Ghi chú
C1	Ông/Bà có được NVYT đón tiếp và chỉ dẫn rõ ràng không?	1. Có 2. Không	
C2	Ông/Bà có được chờ đợi trong phòng đầy đủ tiện nghi không?	1. Có 2. Không	
C3	Ông/Bà có được vận chuyển phù hợp với tình trạng bệnh không?	1. Có 2. Không	
C4	Ông/Bà có được hướng dẫn làm xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng thuận tiện không?	1. Có 2. Không	
C5	Phòng bệnh của ông/bà có gọn gàng, ngăn nắp không?	1. Có 2. Không	
C6	Ông/Bà có được nằm 1 mình 1 giường không?	1. Có 2. Không	
C7	Ông/Bà có được sử dụng buồng vệ sinh sạch sẽ và đầy đủ thiết bị không?	1. Có 2. Không	
C8	Ông/Bà có được cung cấp đồ dùng cá nhân đầy đủ và sạch sẽ không?	1. Có 2. Không	
C9	Môi trường, cảnh quan của bệnh viện có xanh, sạch, đẹp không?	1. Có 2. Không	
C10	Ông/Bà có được tư vấn, chia sẻ, cung cấp thông tin trong suốt quá trình điều trị không?	1. Có 2. Không	
C11	Ông/Bà có được tôn trọng quyền riêng tư không?	1. Có 2. Không	
C12	Ông/Bà có được nộp viện phí công khai, minh bạch, chính xác và thuận tiện không?	1. Có 2. Không	
C13	Khi ông/bà có ý kiến phàn nàn, thắc mắc có được bệnh viện giải quyết kịp thời không?	1. Có 2. Không	

**D. THANG ĐO ĐÁNH GIÁ TÂM LÝ TRƯỚC PHẪU THUẬT**



Xin Ông/Bà cho biết đánh giá của Ông/Bà về các yếu tố tâm lý bằng cách khoanh vào các số tương ứng trong bảng các tiêu chí dưới đây:

STT	Nội dung câu hỏi	Điểm			
		0	1	2	3
1	Tôi cảm thấy khó mà thoải mái được	0	1	2	3
2	Tôi bị khô miệng	0	1	2	3
3	Tôi dường như chẳng có chút cảm xúc tích cực nào	0	1	2	3
4	Tôi bị rối loạn nhịp thở (thở nhanh, thở gấp, khó thở dù chẳng làm việc gì nặng)	0	1	2	3
5	Tôi cảm thấy khó bắt tay vào công việc	0	1	2	3
6	Tôi có xu hướng phản ứng thái quá với mọi người	0	1	2	3
7	Tôi bị run (tay, chân,...)	0	1	2	3
8	Tôi thấy mình đang suy nghĩ quá nhiều	0	1	2	3
9	Tôi lo lắng về những tình huống có thể làm tôi hoảng sợ hoặc biến tôi thành trò cười	0	1	2	3
10	Tôi thấy mình chẳng có gì để mong đợi cả	0	1	2	3
11	Tôi thấy bản thân dễ bị kích động	0	1	2	3
12	Tôi thấy khó thư giãn được	0	1	2	3
13	Tôi cảm thấy chán nản, thất vọng	0	1	2	3
14	Tôi không chấp nhận được việc có cái gì đó xen vào cản trở việc tôi đang làm	0	1	2	3
15	Tôi thấy mình gần như hoảng loạn	0	1	2	3
16	Tôi không thấy háng hái với bất kỳ việc gì nữa	0	1	2	3
17	Tôi thấy mình chẳng đáng làm người	0	1	2	3
18	Tôi thấy mình khá dễ phật ý, tự ái	0	1	2	3
19	Tôi nghe thấy rõ tiếng nhịp tim dù chẳng làm việc gì cả (tăng nhịp tim, tiếng tim loạn)	0	1	2	3
20	Tôi hay sợ vô cớ	0	1	2	3
21	Tôi thấy cuộc sống vô nghĩa	0	1	2	3

- 0: Không đúng với tôi chút nào cả  
 1: Đúng với tôi phần nào, hoặc thỉnh thoảng mới đúng  
 2: Đúng với tôi phần nhiều, hoặc phần lớn thời gian là đúng  
 3: Hoàn toàn đúng với tôi, hoặc hầu hết thời gian là đúng

***Xin chân thành cảm ơn sự giúp đỡ nhiệt tình của Ông/Bà!***

## BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ SỰ BIẾN ĐỔI CHỈ SỐ NIPE ĐỂ THEO DÕI MỨC ĐỘ ĐAU TRONG PHẪU THUẬT BỎNG Ở TRẺ EM

<sup>1</sup>Nguyễn Văn Quỳnh, <sup>2</sup>Nguyễn Ngọc Thạch,  
<sup>3</sup>Nguyễn Tiến Đức, <sup>1</sup>Hoàng Văn Tú

<sup>1</sup>Bệnh viện Bỏng Quốc gia

<sup>2</sup>Bệnh viện Quân y 103

<sup>3</sup>Bệnh viện K - cơ sở Tân Triều

### TÓM TẮT

Phẫu thuật cắt hoại tử và ghép da thường gây đau nhiều cho bệnh nhi bỏng, do đó theo dõi mức độ đau trong phẫu thuật bỏng nhi là rất cần thiết. Trên lâm sàng, đánh giá mức độ đau ở bệnh nhân gây mê thường dựa vào sự biến thiên nhịp tim, huyết áp, cử động của cơ thể hoặc vã mồ hôi. Tuy nhiên các chỉ số này có độ nhạy và độ đặc hiệu thấp.

Gần đây, chỉ số đánh giá hoạt động hệ phó giao cảm ở trẻ nhỏ, trẻ sơ sinh (Neonate Infant Parasympathetic Evaluation - NIPE) giúp đánh giá mức độ đau một cách khách quan. Do đó, trong nghiên cứu này chúng tôi thông báo 8 trường hợp sử dụng chỉ số NIPE trong phẫu thuật cắt hoại tử, ghép da ở bệnh nhi nhằm mục đích theo dõi, đánh giá mức độ đau trong mổ.

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả trên 8 bệnh nhi bỏng từ 7 tháng đến 23 tháng tuổi, có chỉ định gây mê phẫu thuật cắt hoại tử và/hoặc ghép da tại Khoa Gây mê, Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác từ ngày 6/11/2019 đến ngày 23/7/2020, được theo dõi chỉ số NIPE trong quá trình phẫu thuật.

Kết quả cho thấy giá trị chỉ số NIPE ở tất cả các thời điểm nghiên cứu đều lớn hơn 50, đồng nghĩa với việc bệnh nhi bỏng không đau trong quá trình phẫu thuật.

NIPE là chỉ số có thể được sử dụng để đánh giá mức độ đau trong phẫu thuật bỏng nhi.

**Từ khóa:** NIPE, cắt hoại tử, bỏng, ghép da

### SUMMARY

*Surgical excision of burn necrosis and autologous skin grafting usually cause much pain for pediatric burn patients, so monitoring the level of pain during pediatric burn surgery is vital. Clinically, evaluating the level of pain in anesthetized patients is often*

---

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Văn Quỳnh, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

Email: nguyenvanquynh304@gmail.com

Ngày nhận bài: 08/5/2024; Ngày nhận xét: 21/6/2024; Ngày duyệt bài: 26/6/2024

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.3.2024.322>

based on changes in heart rate, blood pressure, body movement, or sweating. Nevertheless, these indicators have low sensitivity and specificity. Recently, the Neonate Infant Parasympathetic Evaluation (NIPE) index has helped to evaluate pain levels objectively. Hence, in this study, we report 8 cases of using the NIPE index during burn necrotomy and skin grafting in pediatric patients for the purpose of monitoring and evaluating the level of intraoperative pain.

A prospective, descriptive study was conducted on a series of 8 pediatric burn patients whose ages ranged from 7 months to 23 months old, with indications for anesthesia, burn necrotomy, and/or skin grafting, at the Department of Anesthesia, Le Huu Trac National Burn Hospital, from November 6, 2019, to July 23, 2020, who were monitored for NIPE index during the surgery.

The results showed that the NIPE index value at all study times was greater than 50, meaning that the pediatric burn patients were painless during surgery.

NIPE is an index that can be used to evaluate the level of pain during pediatric burn surgery.

**Keywords:** NIPE, pediatric, burn, excision, skin grafting.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đánh giá mức độ đau liên tục trong phẫu thuật bỏng ở bệnh nhi là cần thiết giúp các bác sĩ gây mê có biện pháp can thiệp kịp thời đảm bảo an toàn cho phẫu thuật. Tuy nhiên việc đánh giá gặp khó khăn bởi chủ yếu dựa vào các chỉ số sinh tồn như mạch và huyết áp, trong khi những chỉ số này thường biến động do bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như sử dụng thuốc co mạch, yếu tố bệnh lý bỏng. Do đó, để đánh giá đầy đủ mức độ đau trong phẫu thuật bỏng nhi cần có công cụ khách quan hơn.

Neonate Infant Parasympathetic Evaluation (NIPE Monitor) là máy theo dõi độ đau liên tục được thiết kế để sử dụng cho trẻ sơ sinh, từ trẻ sinh non từ 26 tuần tuổi đến 2 tuổi. Thiết bị cho phép theo dõi các trương lực của hệ thần kinh phó giao cảm bằng phân tích độ biến thiên nhịp tim (HRV), từ đó có thể theo dõi những tác động của các thuốc giảm đau. Trên thế giới

đã có các nghiên cứu chứng minh được rằng NIPE là chỉ số tin cậy để đánh giá mức độ đau trong mổ ở bệnh nhi nhi dưới 2 tuổi [1], [2], [3], [4].

Tuy nhiên, ở Việt Nam, các nghiên cứu còn hạn chế. Chúng tôi xin báo cáo bước đầu 8 trường hợp bệnh nhi đã được sử dụng thiết bị theo dõi mức độ đau bằng chỉ số NIPE liên tục trong phẫu thuật cắt hoại tử, ghép da tại Khoa Gây mê, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

08 bệnh nhi bị bỏng từ 7 tháng đến 23 tháng tuổi, có chỉ định gây mê phẫu thuật cắt hoại tử và/hoặc ghép da tại Khoa Gây mê, Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác từ ngày 06/11/2019 đến ngày 23/7/2020.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiền cứu, mô tả chùm ca bệnh.

### 2.2.1. Thuốc và phương tiện nghiên cứu

- Propofol ống 200mg/20ml của hãng Kabi (Áo), Fentanyl ống 500mcg/10ml của hãng Rotex - Medica (Đức), Midazolam ống 1mg/1ml của hãng Hameln (Đức), Ketamin lọ 500mg/10ml của hãng Rotex - Medica (Đức).

- NIPE Monitor (Hãng sản xuất: Mdloris Medical Systems-Pháp), máy theo dõi Life Scope của hãng Nihon Kohden (Nhật Bản), bóng bóp, mặt nạ thanh quản, đèn soi thanh quản, ống nội khí quản các cỡ, nguồn oxy, máy gây mê Carestation 620 hãng GE (Mỹ), máy hút.

### 2.2.2. Tiến hành

- Tại Khoa Điều trị Bỏng Trẻ em: Bệnh nhân được khám trước mổ và nhịn ăn uống trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng mổ:

+ Khởi mê: tiêm bắp hỗn hợp Ketamin 3mg/kg và Atropin 0,01mg/kg. Khi bệnh nhân mê, tiến hành theo dõi các chỉ số sinh tồn SpO<sub>2</sub>, mạch, huyết áp, điện tim, hút đờm rãi, úp mặt nạ với lưu lượng ô xy 3 lít/phút, đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại vi bằng kim lùn 22G, duy trì truyền tĩnh mạch dung dịch Ringerlactat 8 - 10 ml/kg/h (theo công thức 4:2:1). Tiêm tĩnh mạch Fentanyl 1µg/kg, Ketamin 2mg/kg, đặt mask thanh quản (MTQ) (cỡ số theo cân nặng), duy trì hô hấp hỗ trợ SIMV-VC với thể tích khí lưu thông 10ml/kg, tần số thở 18 - 22 lần/phút.

+ Duy trì mê: Sevoran 2% và tiêm tĩnh mạch Ketamin 1mg/kg mỗi khi chỉ số NIPE < 50. Ngừng Sevoran khi bắt đầu băng vết thương. Truyền tĩnh mạch Paracetamol 15mg/kg qua bơm tiêm điện trong 15 phút để giảm đau ngay sau mổ.

+ Hồi tỉnh: Khi bệnh nhi tự thở thỏa đáng (thể tích khí lưu thông 8 ml/kg, tần số thở > 20 lần/phút, SpO<sub>2</sub> > 97%), chuyển bệnh nhi ra buồng hồi tỉnh, tiếp tục theo dõi mạch, SpO<sub>2</sub> qua monitor di động và cho thở ô xy 3 lít/phút. Khi bệnh nhân tỉnh, khóc, tiến hành rút mặt nạ thanh quản, hút sạch đờm rãi, thở oxy 3 lít/phút, theo dõi tiếp đến khi điểm hồi tỉnh Aldrette > 9, bàn giao bệnh nhân cho khoa lâm sàng.

- Các thì phẫu thuật

+ Thì 1: Bộc lộ tổn thương bỏng

Sát khuẩn vùng phẫu thuật bằng dung dịch PVP 10%, vùng da lành xung quanh bằng cồn 70<sup>0</sup>. Trải sẵn vô trùng bộc lộ vùng phẫu thuật.

+ Thì 2: Cắt hoại tử

Dùng dao mổ thường hoặc dao mổ điện hoặc dao có định mức chiều sâu như lagrot cắt hoại tử đến phần lành. Cầm máu bằng gạc tẩm adrenalin 1/200000 hoặc đốt điện hay kẹp, thắt, buộc, khâu cầm máu. Rửa vết mổ bằng dung dịch bằng dung dịch PVP 3%. Rửa lại bằng dung dịch NaCl 0,9%.

+ Thì 3: Lấy da và xử trí mảnh da mỏng

Sát khuẩn vùng lấy da bằng dung dịch PVP 10%, sau đó sát trùng lại bằng cồn 70<sup>0</sup>. Trải sẵn vô khuẩn, bộc lộ vùng lấy da. Bôi vaselin một lớp mỏng lên vùng lấy da. Tiến hành lấy da mỏng 0,1 - 0,15mm bằng dao lấy da có định mức. Diện tích lấy da được lấy tùy thuộc diện tích che phủ. Dùng mũi lưới dao mổ rạch các lỗ thoát dịch ở mảng da kiểu mắt lưới, ngâm mảnh da vào dung dịch nước muối sinh lý 0,9%.

+ Thì 4: Ghép da

Đặt các mảnh da lên nền ghép, dàn đều mảnh da sao cho các mảnh da bám sát vào nền ghép. Đặt gạc tẩm dung dịch kháng khuẩn sau lên vùng đã ghép da:

Dung dịch Berberin, dung dịch PVP 3%. Sau đó đặt 1 lớp gạc vaselin và cuối cùng là 4 - 6 lớp gạc khô kiểu lợp ngói từ dưới lên trên. Băng ép vừa phải với áp lực khoảng 28 - 30mmHg.

### 2.2.3. Các chỉ tiêu theo dõi

- Tuổi, giới, cân nặng, diện tích bỏng chung, diện tích bỏng sâu, diện tích cắt hoại tử, diện tích ghép da.

- Liều lượng các thuốc sử dụng trong mổ, thời gian gây mê, thời gian phẫu thuật.

- Mạch, huyết áp, chỉ số NIPE tại các thời điểm nghiên cứu

### 2.2.4. Các thời điểm nghiên cứu

Ngay sau khởi mê (T0), ngay khi bắt đầu cắt hoại tử (T1), ngay khi bắt đầu lấy da (T2), ngay khi lấy da xong (T3), ngay khi cắt hoại tử xong (T4), ngay khi mổ xong (T5).

### 2.2.5. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 và được biểu diễn dưới dạng  $\bar{X} \pm SD$ , tần suất, tỉ lệ phần trăm.

## 3. KẾT QUẢ

**Bảng 3.1. Tuổi, cân nặng, diện tích bỏng chung, diện tích bỏng sâu, diện tích cắt hoại tử, diện tích ghép da**

Chỉ tiêu	$\bar{X} \pm SD$ (Min-Max)
Tuổi (tháng)	17,37 ± 6,32 (7 - 23)
Cân nặng (kg)	9,37 ± 1,06 (8 - 11)
Diện tích bỏng chung (%)	34,28 ± 11,41 (18 - 50)
Diện tích bỏng sâu (%)	8,85 ± 3,23 (3 - 12)
Diện tích cắt hoại tử (%)	8,14 ± 3,71 (0 - 12)
Diện tích ghép da (%)	9,25 ± 3,10 (3 - 12)

*Nhận xét:* Độ tuổi và cân nặng trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu lần lượt là 17 tháng và 9kg. Diện tích cắt hoại tử và diện tích ghép da gần tương đương nhau.

**Bảng 3.2. Đặc điểm về giới**

Giới	Số lượng bệnh nhân (n = 8)	Tỷ lệ %
Nam	05	62,5%
Nữ	03	37,5%

*Nhận xét:* Số lượng bệnh nhân chủ yếu là nam giới, chiếm 62,5%.

**Bảng 3.3. Liều lượng thuốc sử dụng trong mổ**

Liều lượng thuốc	$\bar{X} \pm SD$
Ketamin (mg)	43,75 ± 9,16
Propofol (mg)	30,00 ± 21,38
Sevoran (ml)	20,00 ± 10,35
Fentanyl (mcg)	9,12 ± 6,79
Atropin (mg)	0,09 ± 0,01
Paracetamol (mg)	135,00 ± 16,03

*Nhận xét:* Lượng thuốc Ketamin, Propofol, Sevoran, Fentanyl trung bình sử dụng trong mổ lần lượt là khoảng 43mg, 30mg, 20ml và 9mcg.

**Bảng 3.4. Thời gian gây mê, thời gian phẫu thuật**

Thời gian	$\bar{X} \pm SD$
Thời gian phẫu thuật (phút)	34,37 ± 14,25
Thời gian gây mê (phút)	63,75 ± 22,32

*Nhận xét:* Thời gian gây mê gần gấp đôi thời gian phẫu thuật.

**Bảng 3.5. Biến đổi các chỉ số NIPE, mạch, huyết áp tối đa, huyết áp tối thiểu**

Các thời điểm	NIPE ( $\bar{X} \pm SD$ )	Mạch(lần/phút) ( $\bar{X} \pm SD$ )	HATĐ (mmHg) ( $\bar{X} \pm SD$ )	HATT (mmHg) ( $\bar{X} \pm SD$ )
Khi đặt mask thanh quản	53,62 ± 10,29	146,5 ± 12,09	96,25 ± 14,45	61,25 ± 14,98
Bắt đầu cắt hoại tử	62,57 ± 10,27	151,25 ± 6,73	109 ± 8,85	67 ± 9,38
Bắt đầu lấy da	63 ± 8,61	150,12 ± 7,37	106,12 ± 11,03	60,62 ± 11,71
Lấy da xong	66,37 ± 9,10	150,25 ± 7,81	103 ± 13,54	63,5 ± 9,62
Cắt hoại tử xong	68,14 ± 6,22	146,5 ± 9,53	103,14 ± 11,66	60,42 ± 10,87
Mổ xong	64,62 ± 6,43	143,5 ± 8,58	103,25 ± 14,72	59,37 ± 9,33

*Nhận xét:* 100% bệnh nhi có NIPE > 50, đồng nghĩa với người bệnh không đau.

cân nặng phù hợp với các thông số sinh lý của người Việt Nam và mức độ bông nặng (bảng 3.1, bảng 3.2).

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung

Bệnh nhân nghiên cứu nằm trong độ tuổi nhỏ hơn 24 tháng, nam nhiều hơn nữ,

### 4.2. Chỉ số NIPE

Chỉ số NIPE được coi là một công cụ khách quan và đáng tin cậy để đánh giá sự

khó chịu lâu dài ở trẻ sơ sinh trong hồi sức sơ sinh (NICU). Phương pháp NIPE sử dụng tín hiệu điện tim và không xâm lấn. Sự thay đổi nhịp tim đánh giá trương lực của hệ thần kinh tự chủ. Để nhận tín hiệu chỉ từ trương lực phó giao cảm, NIPE sử dụng bộ lọc thông cao (high-pass filter) > 0,15Hz. Tín hiệu được lọc phát hiện các khoảng R-R bằng cách sử dụng thuật toán lọc phi tuyến để loại bỏ các thành phần nhiễu. Giá trị chỉ số số kết quả nằm trong khoảng từ 0 đến 100. Giá trị < 50 hoặc giảm đáng kể chỉ số NIPE tương quan với giảm hoạt động phó giao cảm, khó chịu, hoặc đau đớn. Khi giá trị NIPE  $\geq 50$  đồng nghĩa với việc bệnh nhân không đau [6].

Các nghiên cứu khác gần đây cũng sử dụng chỉ số NIPE để đánh giá sự cân bằng giữa đau và giảm đau, đánh giá hoạt động phó giao cảm, cảm giác đau và những kích thích dễ chịu, đồng thời ghi lại sự căng thẳng và cảm giác đau ở trẻ em được dùng thuốc an thần [7], [8] và NIPE có thể được sử dụng trong quá trình gây mê để chỉ ra mức độ giảm đau không đủ [4].

Giá trị chỉ số NIPE ở tất cả các thời điểm trong nghiên cứu của chúng tôi đều lớn hơn 50, thấp nhất khi đặt mask thanh quản ( $53,62 \pm 10,29$ ) và cao nhất khi cắt hoại tử xong ( $68,14 \pm 6,22$ ), có nghĩa là bệnh nhân không đau trong quá trình gây mê phẫu thuật (bảng 3.5). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương (2018) khi sử dụng chỉ số NIPE đánh giá hiệu quả giảm đau của Ketamin liều thấp trong thay băng bệnh nhân bỏng nhi đã nhận thấy chỉ số NIPE trong suốt quá trình gây mê thay băng đều lớn hơn 50 [5]. Giá trị chỉ số NIPE thấp nhất ở thời điểm đặt mặt nạ thanh quản và theo sau đó là thời điểm cắt hoại tử. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của

Zhang và cộng sự (2019) cho thấy chỉ số NIPE giảm đáng kể sau khi đặt nội khí quản và vết rạch da ban đầu ở trẻ sơ sinh được gây mê [3].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy, thời điểm mạch, huyết áp tối đa và huyết áp tối thiểu cao nhất là lúc cắt hoại tử, trung bình lần lượt là  $151,25 \pm 6,73$  lần/phút,  $109 \pm 8,85$ mmHg và  $67 \pm 9,38$ mmHg (bảng 3.5). Trong khi đó, chỉ số NIPE ở thời điểm này là  $62,57 \pm 10,27$ , tức là bệnh nhân không đau (bảng 3.5). Ngược lại ở thời điểm được cho là đau nhất theo chỉ số NIPE là thời điểm khởi mê đặt mask thanh quản, lúc này chỉ số NIPE là  $53,62 \pm 10,29$  (bệnh nhân không đau) trong khi đó mạch, huyết áp tối đa và huyết áp tối thiểu không ở giá trị cao nhất (bảng 3.5). Điều đó chứng tỏ mạch và huyết áp có thể không phải là các chỉ số tin cậy để đánh giá mức độ đau.

Các nghiên cứu cho thấy những thay đổi về nhịp tim được cho là gián tiếp chỉ ra cơn đau cấp tính được cảm nhận, nhưng đây là một triệu chứng không đặc hiệu [9], [10]. Weber và cộng sự (2018) sử dụng chỉ số NIPE và mạch để theo dõi mức độ đau trong mổ ở trẻ em dưới 2 tuổi dưới gây mê bằng sevofluran, kết quả cho thấy chỉ số NIPE ưu việt hơn chỉ số mạch trong việc theo dõi mức độ đau [2]. Các tác giả khác cũng đã công bố rằng nhịp tim không đáng tin cậy trong việc biểu thị cảm giác đau [11].

Kan Zhang và cộng sự (2019) sử dụng chỉ số NIPE như một chỉ số dự báo đáp ứng huyết động trong mổ ở trẻ em dưới 2 tuổi dưới gây mê, kết quả cho thấy chỉ số NIPE có vai trò phản ánh cảm giác đau [3]. Điều này càng củng cố vai trò đánh giá mức độ đau của NIPE trong nghiên cứu của chúng tôi.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế sau:

+ Thứ nhất, chưa đánh giá được chỉ số NIPE tại thời điểm trước gây mê một phần do trẻ nhỏ (dưới 24 tháng tuổi) chưa thể hợp tác tốt với bác sĩ gây mê trong quá trình nghiên cứu.

+ Thứ hai, cỡ mẫu chưa đủ lớn, chưa có nhóm chứng. Cuối cùng là, chưa có các xét nghiệm khác để đánh giá độ tin cậy của chỉ số NIPE.

## 5. KẾT LUẬN

Qua 8 trường hợp phẫu thuật cắt hoại tử, ghép da có sử dụng NIPE ở bệnh nhi bỏng, chúng tôi thấy rằng chỉ số NIPE có thể được sử dụng để đánh giá mức độ đau trong phẫu thuật bỏng nhi. Độ tin cậy của chỉ số này cần được xác định trong các nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Sabourdin, Nada, et al. "Pain monitoring in anesthetized children: first assessment of skin conductance and analgesia-nociception index at different infusion rates of remifentanyl." *Pediatric Anesthesia* 23.2 (2013): 149-155.
- Weber, Frank, et al. "The heart rate variability-derived Newborn Infant Parasympathetic Evaluation (NIPE™) Index in pediatric surgical patients from 0 to 2 years under sevoflurane anesthesia - A prospective observational pilot study." *Pediatric Anesthesia* 29.4 (2019): 377-384.
- Zhang, Kan, et al. "Newborn infant parasympathetic evaluation (NIPE) as a predictor of hemodynamic response in children younger than 2 years under general anesthesia: an observational pilot study." *BMC anesthesiology* 19.1 (2019): 1-7.
- Neumann, Claudia, et al. "Comparison of the Newborn Infant Parasympathetic Evaluation (NIPE™) index to changes in heart rate to detect intraoperative nociceptive stimuli in healthy and critically ill children below 2 years: An observational study." *Pediatric Anesthesia* 32.7 (2022): 815-824.
- Nguyễn Thị Hương (2018) "Đánh giá hiệu quả giảm đau của ketamin liều thấp trong thay băng bệnh nhân bỏng trẻ em". Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Quân y.
- Butruille, Laura, et al. "Development of a pain monitoring device focused on newborn infant applications: The NeoDoloris project." *IRBM* 36.2 (2015): 80-85.
- Okur, Nilufer, et al. "Neonatal pain and heart rate variability in preterm infants treated with surfactant: a pilot study." *Archivos Argentinos de Pediatría* 117.6 (2019): 397-397.
- Recher, Morgan, et al. "Assessment of procedural distress in sedated/intubated children under 3 years old using the newborn infant parasympathetic evaluation: a diagnostic accuracy pilot study." *Pediatric Critical Care Medicine* 21.12 (2020): e1052-e1060.
- Weissman, Amir, et al. "Heart rate dynamics during acute pain in newborns." *Pflügers Archiv-European Journal of Physiology* 464 (2012): 593-599.
- Guignard, Bruno. "Monitoring analgesia." *Best practice & research Clinical anaesthesiology* 20.1 (2006): 161-180.
- Ranger, Manon, C. Celeste Johnston, and K. J. S. Anand. "Current controversies regarding pain assessment in neonates." *Seminars in perinatology*. Vol. 31. No. 5. WB Saunders, 2007.



## ĐÁNH GIÁ SỰ HÀI LÒNG NGƯỜI BỆNH RA VIỆN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN BỔNG QUỐC GIA LÊ HỮU TRÁC NĂM 2022

Nguyễn Thị Thu Hằng, Nguyễn Thị Thu Hà,  
Phạm Thị Huyền Trang, Nguyễn Thị Liên  
Bệnh viện Bổng Quốc gia Lê Hữu Trác

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá sự hài lòng người bệnh ra viện và xác định một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Bổng Quốc gia Lê Hữu Trác.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiến hành trên 373 người bệnh/ thân nhân làm thủ tục ra viện từ tháng 8/2022 đến tháng 1/2023 tại Bệnh viện Bổng Quốc gia Lê Hữu Trác. Nghiên cứu cắt ngang, mô tả có phân tích, phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn.

**Kết quả:** Điểm hài lòng trung bình 4,3/5 điểm, cao nhất là tiêu chí kết quả cung cấp dịch vụ với 4,34/5 điểm và khả năng tiếp cận dịch vụ với 4,33/5 điểm, tiếp theo là thái độ ứng xử và năng lực chuyên môn với 4,31/5 điểm. Thấp nhất là sự minh bạch thông tin và cơ sở vật chất, phương tiện phục vụ với 4,28/5 điểm.

Tỷ lệ hài lòng chung là 86,1%; chỉ số hài lòng toàn diện là 50,7%; có 72,6% người bệnh chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác. Chưa thấy mối liên quan giữa sự hài lòng chung và tỷ số hài lòng toàn diện với một số đặc điểm chung người bệnh/ thân nhân ( $p > 0,05$ ).

**Kết luận:** Người bệnh và thân nhân người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Bổng Quốc gia Lê Hữu Trác tin nhiệm cao với chất lượng chăm sóc y tế tại Bệnh viện. Tuy nhiên, cần tiếp tục đầu tư hơn về cơ sở hạ tầng (nhà tắm, nhà vệ sinh, dịch vụ ăn uống, đảm bảo sự riêng tư của người bệnh) và cần minh bạch thông tin hơn nữa đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của người bệnh.

**Từ khóa:** Hài lòng

### ABSTRACT

**Objective:** Research subjects and methods: Conducted on 373 patients/relatives undergoing discharge procedures from August 2022 to January 2023 at Le Huu Trac

National Burn Hospital. Cross-sectional, descriptive research with analysis, direct interviews with research subjects using pre-designed questionnaires.

**Results:** The average satisfaction score is 4.3/5 points, the highest is the service delivery results criteria with 4.34/5 points and service accessibility with 4.33/5 points, next is behavioral attitude and professional capacity with 4.31/5 points. The lowest is information transparency and facilities and service facilities with 4.28/5 points.

The overall satisfaction rate is 86.1%; Overall satisfaction index is 50.7%; 72.6% of patients will definitely come back or recommend it to others. There was no relationship between overall satisfaction and overall satisfaction ratio with general patient/relative information ( $p > 0.05$ ).

**Conclusion:** Patients and relatives of patients receiving inpatient treatment at Le Huu Trac National Burn Hospital have high confidence in the quality of Medical care at the Hospital. However, it is necessary to continue to invest more in infrastructure (bathrooms, toilets, food services, ensuring patient privacy) and need more information transparency to meet the growing needs. patient's height.

**Keywords:** Satisfied

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự hài lòng của người bệnh là tiêu chí quan trọng để đánh giá chất lượng cung cấp dịch vụ y tế tại các cơ sở y tế. Khi sự hài lòng của người bệnh được tăng lên chứng tỏ cơ sở y tế đã có bước phát triển về mọi mặt, chất lượng khám bệnh, chữa bệnh được nâng cao, thỏa mãn nhu cầu của người bệnh. Bệnh viện Bông quốc gia Lê hữu Trác là bệnh viện chuyên khoa, tuyền cuối về chuyên ngành Bông, trong những năm qua Bệnh viện đã và đang không ngừng phấn đấu nâng cao trình độ chuyên môn, thái độ phục vụ, cơ sở vật chất để đáp ứng với nhu cầu ngày càng cao của người bệnh nhân. Khảo sát sự hài lòng của người bệnh là việc làm thường xuyên, nhằm phản ánh chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh. Chúng tôi tiến hành đề tài này với hai mục tiêu sau:

- Đánh giá sự hài lòng người bệnh ra viện tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác năm 2022.

- Xác định một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác năm 2022.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

373 người bệnh/ thân nhân làm thủ tục ra viện đồng ý tham gia khảo sát tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác từ tháng 8/2022 đến tháng 1/2023.

**Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:**

- Người bệnh/thân nhân người bệnh  $\geq$  18 tuổi

- Tinh thần tỉnh táo, có khả năng đọc và viết bằng tiếng Việt, đủ khả năng trả lời câu hỏi trên phiếu khảo sát và đồng ý tham gia nghiên cứu.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu cắt ngang, mô tả có phân tích.

- Phương pháp chọn mẫu: Lựa chọn mẫu ngẫu nhiên. Những trường hợp đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được hướng dẫn thực hiện phiếu khảo sát tại các khoa vào ngày hôm trước bệnh nhân làm thủ tục ra viện, hoặc vào buổi sáng người bệnh làm thủ tục ra viện.

- Công cụ thu thập thông tin: Khai thác sự hài lòng người bệnh bằng phiếu thiết kế sẵn theo biểu mẫu số 1 ban hành kèm theo Quyết định 3869/QĐ-BYT của Bộ Y tế ngày 28/8/2019 (*Phần phụ lục*). Mỗi đối tượng nghiên cứu là người bệnh hoặc thân nhân người bệnh tương ứng với 1 phiếu khảo sát.

- Phương pháp thu thập thông tin: Phòng vấn trực tiếp người bệnh hoặc thân nhân người bệnh theo bộ câu hỏi soạn sẵn trong phiếu "Phiếu đánh giá sự hài lòng bệnh nhân ra viện tại bệnh viện bồng quốc gia năm 2022", sau khi đã giải thích rõ ràng mục đích, nội dung của việc khảo sát điều tra. người bệnh hoặc thân nhân người bệnh trả lời phiếu khảo sát được phép dấu tên và trả lời bằng cách đánh dấu (X) vào ô đã lựa chọn.

- Sau khi thu thập được toàn bộ thông tin, nghiên cứu viên sẽ tiến hành thống kê.

- Các số liệu được trình bày dưới dạng số lượng và tỷ lệ phần trăm (%).

### 2.2.2. Chỉ tiêu nghiên cứu

\* **Cách tính các chỉ số hài lòng:** Mỗi chỉ tiêu theo các khía cạnh A, B, C, D và E được đánh giá 5 mức: Rất không hài lòng

hoặc rất kém; Không hài lòng hoặc kém; Bình thường hoặc trung bình; Hài lòng hoặc tốt; Rất hài lòng hoặc rất tốt.

\* **Cách tính điểm hài lòng (áp dụng chung cho các chỉ tiêu):**

- Các lựa chọn trả lời của người bệnh từ 1 đến 5 trong các câu hỏi khảo sát hài lòng được tính điểm tương ứng từ 1 đến 5 theo thang đo Likert 5 mức [2].

- Điểm hài lòng trung bình chung: Bằng tổng số điểm/tổng số câu hỏi.

- Điểm trung bình của từng khía cạnh bằng điểm trung bình các câu hỏi thuộc từng khía cạnh của tất cả các mẫu phiếu khảo sát.

\* **Cách tính tỷ lệ hài lòng (áp dụng chung cho các đối tượng khảo sát):**

- Cách tính tỷ lệ hài lòng chung (tối đa 100%):

+ Tỷ số =  $\{[(\text{Tổng số câu hỏi có trả lời mức 4} + \text{Tổng số câu hỏi trả lời mức 5 của người thứ 1})/(\text{Tổng số câu hỏi}) + [(\text{Tổng số câu hỏi có trả lời mức 4} + \text{Tổng số câu hỏi trả lời mức 5 của người thứ 2})/(\text{Tổng số câu hỏi}) + [(\text{Tổng số câu hỏi có trả lời mức 4} + \text{Tổng số câu hỏi trả lời mức 5 của người thứ n})/(\text{Tổng số câu hỏi})]\} \times 100$ .

Mẫu số = Tổng số người được khảo sát.

- Tỷ lệ hài lòng theo từng khía cạnh: Áp dụng cách tính tương tự.

\* **Chỉ số hài lòng toàn diện:**

Cách tính chỉ số hài lòng toàn diện: Tỷ số =  $\text{Tổng số người có toàn bộ câu trả lời ở mức 4 hoặc 5} \times 100 / \text{Mẫu số} = \text{Tổng số người được khảo sát} (\text{Tỷ số loại trừ những người có bất kỳ câu trả lời nào ở mức 1, 2, 3})$ .

**2.2.3. Phương pháp xử lý số liệu.**

Số liệu được tính các chỉ số hài lòng trên các tiêu chí và trên các khía cạnh, phân tích so sánh tỷ lệ theo các đặc điểm của người bệnh, kiểm định bằng T- Student,  $p < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê.

**3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU****Bảng 3.1. Nguồn thông tin của người bệnh về Bệnh viện (n = 373)**

TT	Nguồn thông tin	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1	Qua phương tiện thông tin đại chúng	139	37,2
2	Người quen, người nhà giới thiệu	234	62,8
Tổng cộng		373	100

*Nhận xét:* Người bệnh biết đến bệnh viện chủ yếu qua người quen, người nhà giới thiệu (62,8%), còn lại là qua các

phương tiện thông tin đại chúng như: báo in, ti vi, nghe đài, qua Facebook, Zalo và đọc báo điện tử. Kết quả nghiên cứu cho chúng ta thấy chính sự hài lòng và hiệu quả điều trị của mỗi người bệnh sau khi ra viện sẽ được người bệnh, thân nhân ghi nhận và sẽ sẵn sàng giới thiệu cho người khác. Do đó việc không ngừng nâng cao năng lực chuyên môn và thái độ phục vụ người bệnh thực sự rất cần thiết.

**Bảng 3.2. Kết quả khảo sát hài lòng theo các chỉ số (n = 373)**

Tiêu chí	Kết quả
Điểm hài lòng trung bình	4,30
Tỷ lệ hài lòng chung	86,1%
Chỉ số hài lòng toàn diện	50,7%

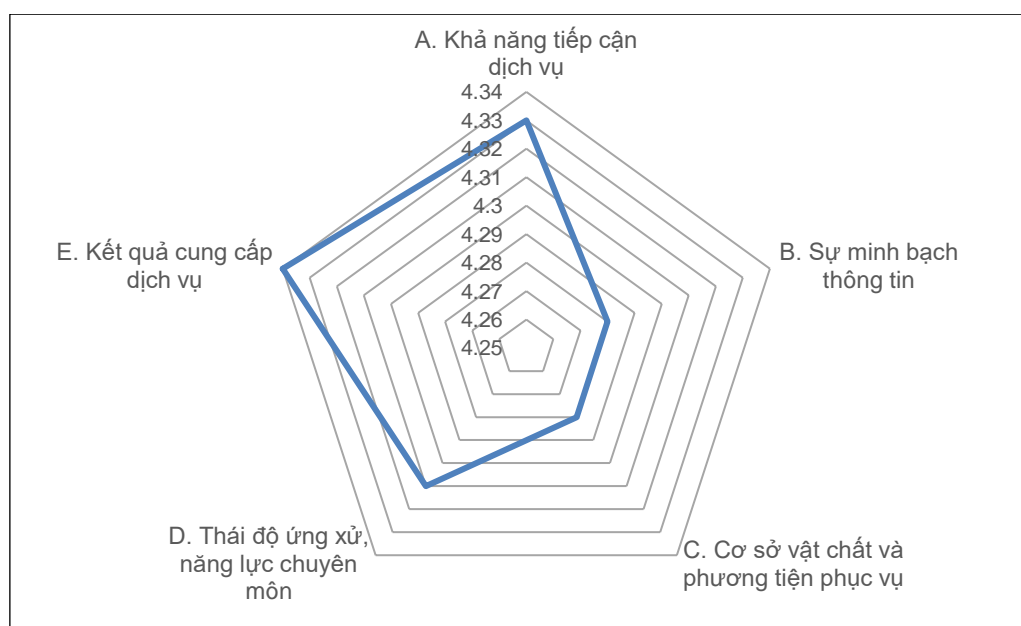
*Nhận xét:* Điểm hài lòng trung bình, cũng như tỷ lệ hài lòng chung là khá cao. Tuy nhiên, chỉ số hài lòng toàn diện còn thấp (50,7%).

**Bảng 3.3. Điểm hài lòng trung bình theo từng khía cạnh (n = 373)**

Tiêu chí	Mức 1 điểm	Mức 2 điểm	Mức 3 điểm	Mức 4 điểm	Mức 5 điểm	Tổng điểm	TB
Khả năng tiếp cận dịch vụ	95	22	190	424	1134	8075	4,33
Sự minh bạch thông tin	92	29	192	505	1047	7981	4,28
Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ	162	48	401	835	1911	14356	4,28
Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn	155	45	365	822	1970	14478	4,31
Kết quả cung cấp dịch vụ	86	8	186	487	1098	8098	4,34

*Nhận xét:* Kết quả cung cấp dịch vụ, khả năng tiếp cận dịch vụ được đánh giá cao nhất (lần lượt là 4,34 và 4,33), tiếp theo là thái độ ứng xử, năng lực chuyên

môn của nhân viên y tế (4,31), thấp nhất là sự minh bạch thông tin và cơ sở vật chất, phương tiện phục vụ (cùng 4,28 điểm).



**Biểu đồ 3.1. Điểm hài lòng trung bình theo từng khía cạnh**

**Bảng 3.4. Khả năng quay lại điều trị và giới thiệu người bệnh khác (n = 373)**

Stt	Nhận định của người bệnh	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Chắc chắn không quay lại	05	1,3
2	Không muốn quay lại nhưng ít sự lựa chọn khác	08	2,2
3	Muốn chuyển tuyến sang bệnh viện khác	07	1,9
4	Có thể quay lại	82	21,9
5	Chắc chắn quay lại, giới thiệu cho người khác	271	72,7
Tổng		373	100

*Nhận xét:* Đa số người bệnh/thân nhân hài lòng với Bệnh viện, có 72,7% số khảo sát đánh giá chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác. Tuy nhiên, vẫn còn 1 số không muốn quay lại hoặc muốn chuyển tuyến sang bệnh viện khác.

**Bảng 3.5. Mối liên quan giữa các yếu tố với mức độ hài lòng chung về bệnh viện (n = 373)**

Đặc điểm đối tượng khảo sát		Hài lòng chung về bệnh viện		OR (95%CI)	p
		Không hài lòng n (%)	Hài lòng n (%)		
Nghề nghiệp	Công chức	13 (22,0%)	46 (78,0%)	1,99 (0,99 - 4,02)	0,050
	Nghề khác	39 (12,4%)	275 (87,6%)		
Trình độ học vấn	≤ THPT	19 (14,8%)	108 (85,2%)	1,12 (0,61 - 2,06)	0,716
	> THPT	33 (13,5%)	212 (86,5%)		

Đặc điểm đối tượng khảo sát		Hài lòng chung về bệnh viện		OR (95%CI)	P
		Không hài lòng n (%)	Hài lòng n (%)		
Tuổi	> 30	37 (14,8%)	213 (85,2%)	1,25 (0,66 - 2,38)	0,495
	≤ 30	15 (12,2%)	108 (87,8%)		
Giới tính	Nam	29 (15,3%)	161 (84,7%)	1,25 (0,70 - 2,26)	0,453
	Nữ	23 (12,6%)	160 (87,4%)		
Thời gian điều trị	≥ 1 tháng	14 (14,9%)	80 (85,1%)	1,11 (0,57 - 2,15)	0,758
	< 1 tháng	38 (13,6%)	241 (86,4%)		
Số lần nằm điều trị	≥ 2 lần	4 (14,3%)	24 (85,7%)	1,03 (0,34 - 3,10)	0,956
	Lần đầu	48 (13,9%)	297 (86,1%)		
Bệnh lý mắc kèm	Có	8 (11,6%)	61 (88,4%)	0,78 (0,35 - 1,73)	0,533
	Không	44 (14,5%)	260 (85,5%)		
Khó khăn trong sinh hoạt	Khó khăn	24 (16,4%)	122 (83,6%)	1,40 (0,78 - 2,52)	0,264
	Bình thường	28 (12,3%)	199 (87,7%)		

*Nhận xét:* Chưa tìm thấy mối liên quan sát với mức độ hài lòng chung của người giữa các đặc điểm đối tượng được khảo bệnh/ thân nhân người bệnh về Bệnh viện.

**Bảng 6. Mối liên quan giữa các yếu tố với mức độ hài lòng toàn diện về bệnh viện (n = 373)**

Đặc điểm đối tượng khảo sát		Hài lòng toàn diện về BV		OR (95%CI)	P
		Không hài lòng n (%)	Hài lòng n (%)		
Nghề nghiệp	Công chức	35 (59,3%)	24 (40,7%)	1,62 (0,92 - 2,84)	0,094
	Nghề khác	149 (47,5%)	165 (52,5%)		
Trình độ học vấn	≤ THPT	60 (46,9%)	68 (53,1%)	0,86 (0,56 - 1,32)	0,493
	> THPT	124 (50,6%)	121 (49,4%)		
Tuổi	> 30	127 (50,8%)	123 (49,2%)	1,20 (0,78 - 1,84)	0,418
	≤ 30	57 (46,3%)	66 (53,7%)		
Giới tính	Nam	90 (47,4%)	100 (52,6%)	0,85 (0,57 - 1,28)	0,440
	Nữ	94 (51,4%)	89 (48,6%)		
Thời gian điều trị	≥ 1 tháng	45 (47,9%)	49 (52,1%)	0,93 (0,58 - 1,48)	0,744
	< 1 tháng	139 (49,8%)	140 (50,2%)		
Số lần nằm điều trị	≥ 2 lần	14 (50,0%)	14 (50,0%)	1,03 (0,48 - 2,22)	0,941
	Lần đầu	170 (49,3%)	175 (50,7%)		
Bệnh lý mắc kèm	Có	34 (49,3%)	35 (50,7%)	1,00 (0,59 - 1,68)	0,992
	Không	150 (49,3%)	154 (50,7%)		
Khó khăn trong sinh hoạt	Khó khăn	72 (49,3%)	74 (50,7%)	1,00 (0,66 - 1,51)	0,996
	Bình thường	112 (49,3%)	115 (50,7%)		

*Nhận xét:* Chưa tìm thấy mối liên quan giữa các đặc điểm đối tượng được khảo sát với mức độ hài lòng toàn diện của người bệnh/ thân nhân về Bệnh viện.

#### 4. BÀN LUẬN

##### 4.1. Về sự hài lòng của người bệnh và thân nhân người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác

Lắng nghe phản hồi của người sử dụng dịch vụ trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe để cải thiện chất lượng dịch vụ y tế vẫn là một cách tiếp cận mới mẻ với nhiều quốc gia trên thế giới. Ngay ở các nước phát triển, khảo sát hài lòng người bệnh mang tính bắt buộc và được tiêu chuẩn hóa, áp dụng đồng bộ tại các bệnh viện công trong toàn quốc cũng chỉ mới bắt đầu từ thập kỷ 1990.

Ở Việt Nam, kể từ thời điểm Bộ Y tế ban hành Thông tư số 19/2013/TT-BYT ngày 12 tháng 7 năm 2013, ngành y tế đã triển khai đo lường sự hài lòng của người bệnh đối với chất lượng phục vụ khám, chữa bệnh ở các cơ sở khám chữa bệnh công lập, chú trọng đánh giá và quản lý chất lượng theo Bộ Tiêu chí chất lượng bệnh viện của Bộ Y tế.

Hiện nay, chúng ta đã thống nhất sử dụng các mẫu phiếu và hướng dẫn khảo sát hài lòng người bệnh ban hành kèm theo Quyết định 3869/QĐ-BYT ngày 28 tháng 8 năm 2019 của Bộ Y tế. Về nội dung, năm lĩnh vực được khảo sát đã bao phủ các nội dung tổng hợp về các vấn đề mà người bệnh nội trú quan tâm, cũng như các vấn đề có khả năng ảnh hưởng tới trải nghiệm của người bệnh trong cơ sở y tế. Câu hỏi được đặt khoa học, ngắn gọn, các thông tin thu thập được có giá trị giúp các

bệnh viện tiếp tục cải tiến chất lượng phục vụ khám, chữa bệnh [2].

Theo Báo cáo chính sách chỉ số hài lòng người bệnh của Bộ Y tế tháng 3/2018: Kết quả khảo sát gần 3000 bệnh nhân nội trú và người nhà đi theo chăm sóc ở 29 bệnh viện năm 2017 cho thấy, chỉ số hài lòng người bệnh trung bình đạt 3,98/5 điểm, trong đó có những bệnh viện đạt mức cao như Bệnh viện Bà Rịa - Vũng Tàu (4,65 điểm), Bệnh viện Từ Dũ/Tp. HCM (4,4 điểm) [1].

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 373 người nhà/thân nhân ra viện sau quá trình nằm điều trị tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác trong thời gian từ tháng 8/2022 đến tháng 1/2023. Với đặc thù là bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối, nên các đối tượng được khảo sát đa dạng về độ tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn và đến từ nhiều khu vực khác nhau trong cả nước.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm hài lòng trung bình 4,3/5 điểm, tỷ lệ hài lòng chung là 86,1%; chỉ số hài lòng toàn diện là 50,7%; cao nhất là tiêu chí kết quả cung cấp dịch vụ với 4,34/5 điểm và khả năng tiếp cận dịch vụ với 4,33/5 điểm, tiếp theo là thái độ ứng xử và năng lực chuyên môn với 4,31/5 điểm. Thấp nhất là sự minh bạch thông tin và cơ sở vật chất, phương tiện phục vụ với 4,28/5 điểm, có 72,6% người bệnh chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác. Kết quả khảo sát của chúng tôi về cơ bản cao hơn công bố của Ngô Trí Tuấn tại Bệnh viện Thận Hà Nội (2023): điểm hài lòng chung của đối tượng nghiên cứu về chất lượng khám chữa bệnh tại khoa Khám bệnh là 4,24/5 điểm. Hơn 85% người bệnh có tỷ lệ hài lòng chung với dịch vụ y tế tại khoa

Khám bệnh. Trong đó, 38,4% người bệnh hài lòng toàn diện với các tiêu chí [6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả khảo sát của các tác giả như Nguyễn Văn Bằng (2022): Tỷ lệ hài lòng chung về dịch vụ khám chữa bệnh 80,1% [3]; của Niên Thị Thiện Mỹ (2021-2022): Điểm hài lòng trung bình chung 4,1/5 điểm; tuy nhiên chỉ số hài lòng toàn diện là 87,28% cao hơn nghiên cứu của chúng tôi [5].

Có sự khác biệt về kết quả nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu khác do sự khác nhau về thời điểm khảo sát, tại các bệnh viện khác nhau, đối tượng khảo sát khác nhau không có sự đồng nhất. Chính vì vậy cũng rất khó so sánh chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh giữa các bệnh viện. Mặc dù nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ hài lòng của người bệnh về Bệnh viện khá cao và có 72,6% người bệnh chắc chắn quay lại hoặc giới thiệu cho người khác, cho thấy sự tín nhiệm cao của người bệnh và thân nhân với Bệnh viện. Tuy nhiên, vẫn còn một số đánh giá không tốt về thái độ, giao tiếp ứng xử của nhân viên y tế; của các tiêu chí về nhà vệ sinh, nhà tắm, căng-tin bệnh viện phục vụ ăn uống và nhu cầu sinh hoạt thiết yếu và bảo đảm sự riêng tư; phản ánh đúng thực trạng cơ sở vật chất của Bệnh viện hiện nay. Điều này đòi hỏi Bệnh viện phải chú trọng, thường xuyên tập huấn, nhắc nhở về ý thức, về giao tiếp ứng xử không chỉ cho đội ngũ nhân viên y tế, mà cho cả đội ngũ hộ lý, bảo vệ, kế toán,... của Bệnh viện. Trong thời gian tới, Bệnh viện sẽ dần hoàn thiện bệnh án điện tử, tháo gỡ những bất cập để đảm bảo sự minh bạch thông tin cho người bệnh, cũng như nâng cấp cơ sở vật chất, phương tiện phục vụ, để người bệnh hài lòng khi được nằm điều trị tại Bệnh viện.

Đáng chú ý là kết quả khảo sát của chúng tôi thấp hơn công bố của Đỗ Quang Hiếu (2020) cũng tại Bệnh viện Bông Quốc gia: Điểm hài lòng trung bình là 4,55/5 điểm, tỷ lệ hài lòng chung là 97,5%, chỉ số hài lòng toàn diện là 71,5% [4]. Theo chúng tôi, một trong những lý do của sự khác biệt này là Đỗ Quang Hiếu (2020) khảo sát người bệnh, thân nhân người bệnh đang nằm viện, còn chúng tôi là người bệnh ra viện, lúc này, người bệnh và thân nhân có thể phản ánh một cách chính xác, khách quan hơn. Mặt khác, điều này cũng cho thấy nhu cầu và kỳ vọng ngày càng cao của người bệnh và người nhà, đòi hỏi Bệnh viện Bông Quốc gia và các bệnh viện nói chung phải không ngừng nỗ lực cải tiến, nâng cao chất lượng công tác khám, chữa bệnh hướng tới sự hài lòng của người bệnh.

#### **4.2. Mối liên quan giữa các yếu tố đến sự hài lòng của người bệnh/ thân nhân người bệnh với Bệnh viện**

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chưa tìm thấy mối liên quan giữa các yếu tố với tỷ lệ hài lòng toàn diện, cũng như tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh/ thân nhân người bệnh. Có thể thấy, sự hài lòng là một khái niệm tương đối, nó là sự đánh giá của người bệnh về dịch vụ nhận được so với tiêu chuẩn đánh giá chủ quan trước khi tiếp cận và sử dụng dịch vụ. Do đó, việc quan tâm tới truyền thông cho khách hàng về việc chăm sóc hợp lý để điều chỉnh những kỳ vọng của họ sao cho phù hợp hơn với điều kiện thực tế tại các bệnh viện có thể cung cấp được là cần thiết.

Mặc dù nghiên cứu được tiến hành trong thời gian ngắn, số liệu điều tra còn khá nhỏ nên chưa có một kết luận chính xác về chất lượng cung cấp dịch vụ y tế



và chăm sóc người bệnh của Bệnh viện, cũng như tìm ra yếu tố liên quan, tuy nhiên qua nghiên cứu của chúng tôi cũng giúp cho Bệnh viện có đánh giá tổng quan về chất lượng cung cấp dịch vụ y tế, cũng là cơ sở để điều chỉnh và nâng cao chất lượng điều trị, đổi mới phong cách, thái độ phục vụ, để hướng tới sự hài lòng của người bệnh.

## 5. KẾT LUẬN

Qua khảo sát 373 người bệnh/ thân nhân làm thủ tục ra viện từ tháng 8/2022 đến tháng 1/2023 tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Điểm hài lòng trung bình 4,3/5 điểm, cao nhất là tiêu chí kết quả cung cấp dịch vụ với 4,34/5 điểm và khả năng tiếp cận dịch vụ với 4,33/5 điểm, tiếp theo là thái độ ứng xử và năng lực chuyên môn với 4,31/5 điểm. Thấp nhất là sự minh bạch thông tin và cơ sở vật chất, phương tiện phục vụ với 4,28/5 điểm.

- Tỷ lệ hài lòng chung là 86,1%; chỉ số hài lòng toàn diện là 50,7%; có 72,6% người bệnh chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác. Chưa thấy mối liên quan giữa sự hài lòng chung và tỷ số hài lòng toàn diện với một số đặc điểm của người bệnh, thân nhân người bệnh.

## \*KIẾN NGHỊ:

- Duy trì thường xuyên công tác khảo sát đánh giá sự hài lòng người bệnh tại Bệnh viện theo đúng quy định.

- Tăng cường công tác truyền thông về Bệnh viện.

- Đầu tư nâng cấp trang thiết bị, cơ sở vật chất, hạ tầng kỹ thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y Tế (3/2018). Báo cáo chính sách chỉ số hài lòng người bệnh, tháng 3/2018.
2. Bộ Y Tế (2019). Quyết định 3869/QĐ-BYT ngày 28 tháng 8 năm 2019 ban hành các mẫu phiếu và hướng dẫn khảo sát hài lòng người bệnh và nhân viên y tế.
3. Nguyễn Văn Bằng (2022). “Đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân nội trú tại khoa phục hồi chức năng - bệnh viện đà nẵng năm 2022”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 526 số 1A (2023).
4. Đỗ Quang Hiếu (2020). “Khảo sát sự hài lòng người bệnh và thân nhân người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác năm 2020”, *Tạp chí Y học Thẩm hoa & Bông*, số 5 (2020).
5. Niền Thị Thiện Mỹ (2021-2022), “Sự hài lòng của người bệnh nội trú tại bệnh viện y được cổ truyền tuyên quang năm 2021-2022”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 522, số 1 (2023).
6. Ngô Trí Tuấn (2023), “Sự hài lòng của người bệnh với chất lượng dịch vụ y tế tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Thận Hà Nội năm 2023 và một số yếu tố liên quan”, *Tạp chí Nghiên cứu Y học, Trường đại học Y Hà Nội*, tập 169, số 8 (2023).



**7. Anh (chị) hoặc người nhà có sử dụng thẻ bảo hiểm trong đợt điều trị này không?**

Có  Không

**8. Anh (chị) hoặc người nhà đã từng điều trị tại Bệnh viện Bỏng quốc gia ?**

Lần đầu  Lần thứ 2  Lần thứ 3  Trên 3 lần

**9. Anh (chị) hoặc người nhà có những bệnh kèm theo nào sau đây?**

Cao huyết áp  Bệnh về đường hô hấp  Không mắc bệnh kèm theo   
Tim mạch  Liệt nửa người  Bệnh khác   
Tiểu đường  Liệt toàn thân

**10. Anh (chị) hoặc người nhà có những khó khăn nào trong sinh hoạt hàng ngày?**

Ăn bằng miệng  Thị lực (mắt)  Bình thường   
Đi lại  Thính giác (tai)   
Cầm nắm  Khứu giác (mũi)

**11. Nếu có nhu cầu khám, chữa những bệnh tương tự, Anh (chị) có quay trở lại hoặc giới thiệu cho người khác đến không?**

Chắc chắn không  Có thể quay lại   
Không muốn nhưng ít lựa chọn khác  Chắc chắn quay lại   
Chuyển sang viện khác  Giới thiệu cho người khác

**12. Anh (chị) biết đến bệnh viện Bỏng qua kênh thông tin nào sau đây?**

Đọc báo in, xem ti vi, nghe đài  Người quen, người nhà giới thiệu   
Xem facebook, zalo, đọc báo điện tử

**13. Anh (chị) Đã biết những dịch vụ nào sau đây đang triển khai tại bệnh viện bỏng?**

Điều trị Vết Bỏng  Điều trị nám, tàn nhang, sẹo rỗ, mụn, da lão hóa, sẹo lồi...   
Điều trị vết loét lâu liền  Phẫu thuật nâng mũi, cắt mí, tạo hình thành bụng, ngực, hàm, cằm...   
Phục hồi chức năng bệnh nhân sau bỏng

**II. HÀI LÒNG BỆNH NHÂN VỀ BỆNH VIỆN**

Ông/Bà đánh dấu gạch chéo vào một số từ 1 đến 5, tương ứng với mức độ hài lòng hoặc nhận xét từ rất kém đến rất tốt cho từng câu hỏi dưới đây:

1	2	3	4	5
Rất không hài lòng <i>hoặc: Rất kém</i>	Không hài lòng <i>hoặc: Kém</i>	Bình thường <i>hoặc: Trung bình</i>	Hài lòng <i>hoặc: Tốt</i>	<i>hoặc: Rất tốt</i>

Stt	Nội dung	Mức độ hài lòng				
		Rất kém	Kém	Bình thường	Tốt	Rất tốt
1	Khả năng tiếp cận					
	Các sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đường đến các khoa, phòng trong bệnh viện rõ ràng, dễ hiểu, dễ tìm	①	②	③	④	⑤
	Thời gian vào thăm người bệnh được thông báo rõ ràng	①	②	③	④	⑤
	Các khối nhà, cầu thang, buồng bệnh được đánh số rõ ràng, dễ tìm.	①	②	③	④	⑤
	Các lối đi trong bệnh viện, hành lang bằng phẳng, dễ đi.	①	②	③	④	⑤
Người bệnh hỏi và gọi được nhân viên y tế khi cần thiết	①	②	③	④	⑤	
2	Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị					
	Quy trình, thủ tục nhập viện rõ ràng, công khai, thuận tiện	①	②	③	④	⑤
	Được phổ biến về nội quy và những thông tin cần thiết khi nằm viện rõ ràng, đầy đủ.	①	②	③	④	⑤
	Được giải thích về tình trạng bệnh, phương pháp và thời gian dự kiến điều trị rõ ràng, đầy đủ.	①	②	③	④	⑤
	Được giải thích, tư vấn trước khi yêu cầu làm các xét nghiệm, thăm dò, kỹ thuật cao rõ ràng, đầy đủ.	①	②	③	④	⑤

	Được công khai và cập nhật thông tin về dùng thuốc và chi phí điều trị	①	②	③	④	⑤
3	Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh					
	Buồng bệnh nằm điều trị khang trang, sạch sẽ, có đầy đủ các thiết bị điều chỉnh nhiệt độ phù hợp như quạt, máy sưởi, hoặc điều hòa	①	②	③	④	⑤
	Giường bệnh, ga, gối đầy đủ cho mỗi người một giường, an toàn, chắc chắn, sử dụng tốt.	①	②	③	④	⑤
	Nhà vệ sinh, nhà tắm thuận tiện, sạch sẽ, sử dụng tốt.	①	②	③	④	⑤
	Được bảo đảm an toàn, an ninh, trật tự, phòng ngừa trộm cắp, yên tâm khi nằm viện	①	②	③	④	⑤
	Được cung cấp quần áo đầy đủ, sạch sẽ	①	②	③	④	⑤
	Được cung cấp đầy đủ nước uống nóng, lạnh	①	②	③	④	⑤
	Được bảo đảm sự riêng tư khi nằm viện như thay quần áo, khám bệnh, đi vệ sinh tại giường... có rèm che, vách ngăn hoặc nằm riêng.	①	②	③	④	⑤
	Căng-tin bệnh viện phục vụ ăn uống và nhu cầu sinh hoạt thiết yếu đầy đủ và chất lượng	①	②	③	④	⑤
	Môi trường trong khuôn viên bệnh viện xanh, sạch, đẹp.	①	②	③	④	⑤
4	Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế					
	Bác sĩ, điều dưỡng có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực	①	②	③	④	⑤
	Nhân viên phục vụ (hộ lý, bảo vệ, kế toán...) có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực.	①	②	③	④	⑤
	Được nhân viên y tế tôn trọng, đối xử công bằng, quan tâm, giúp đỡ	①	②	③	④	⑤
	Bác sĩ, điều dưỡng hợp tác tốt và xử lý công việc thành thạo, kịp thời	①	②	③	④	⑤
	Được bác sĩ thăm khám, động viên tại phòng điều trị.	①	②	③	④	⑤
	Được tư vấn chế độ ăn, vận động, theo dõi và phòng ngừa biến chứng.	①	②	③	④	⑤
	Được tư vấn, hướng dẫn chuẩn bị trước phẫu thuật	①	②	③	④	⑤

	Được tư vấn, hướng dẫn sau khi ra viện	①	②	③	④	⑤
	Nhân viên y tế không có biểu hiện gợi ý bồi dưỡng	①	②	③	④	⑤
5	Kết quả cung cấp dịch vụ					
	Cấp phát thuốc và hướng dẫn sử dụng thuốc đầy đủ, chất lượng	①	②	③	④	⑤
	Trang thiết bị, vật tư y tế đầy đủ, hiện đại, đáp ứng nguyện vọng	①	②	③	④	⑤
	Kết quả điều trị đáp ứng được nguyện vọng	①	②	③	④	⑤
	Ông/Bà đánh giá mức độ tin tưởng về chất lượng dịch vụ y tế.	①	②	③	④	⑤
	Ông/Bà đánh giá mức độ hài lòng về giá cả dịch vụ y tế.	①	②	③	④	⑤

Góp ý của anh (chị) để nâng cao chất lượng điều trị tại bệnh viện:

**Sốt liên hệ:**.....

# ĐIỀU TRỊ THÀNH CÔNG MỘT BỆNH NHÂN MẮC HỘI CHỨNG FOURNIER

(Thông báo lâm sàng)

<sup>1</sup>Nguyễn Thái Ngọc Minh, <sup>1</sup>Nguyễn Hải An, <sup>2</sup>Lê Thị Lại Tâm

<sup>1</sup>Bệnh viện Bỏng Quốc Gia Lê Hữu Trác

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

## TÓM TẮT

Hội chứng Fournier là bệnh lý hiếm gặp thường xuất hiện ở nam giới. Tình trạng nhiễm trùng có thể gây ra do nhiều loại vi khuẩn làm suy giảm miễn dịch dẫn đến suy đa tạng và tử vong.

**Ca lâm sàng:** Bệnh nhân nam 33 tuổi tiền sử đái tháo đường, suy tuyến thượng thận, xuất hiện các mụn nhọt, chảy mủ vùng bẹn, bìu sinh dục tự điều trị bằng kháng sinh và chích rạch tại nhà. Vết thương không khỏi, biến chứng nhiễm trùng vết thương, sốc nhiễm khuẩn, viêm phổi thở máy được điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai.

Chuyển tới Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác với vết thương nhiễm khuẩn lan tỏa tầng sinh môn. Bệnh nhân được điều trị kết hợp hồi sức tích cực, hút áp lực âm truyền rửa (NWPTi-d) và phẫu thuật. Sau 3 lần phẫu thuật vết thương đã liền.

Thông báo này chúng tôi muốn đưa ra thêm lựa chọn cho các bác sĩ lâm sàng phương pháp để làm sạch vết thương nhiễm khuẩn phức tạp, chuẩn bị tốt cho cuộc phẫu thuật thành công.

**Từ khóa:** Hội chứng Fournier, liệu pháp hút áp lực âm truyền rửa

## SUMMARY

Fournier syndrome is a rare disease that usually occurs in men. Infection can be caused by many types of bacteria that compromise immune systems, leading to multiple organ failure and death. Clinical case: 33-year-old male patient with a medical history of diabetes, and adrenal insufficiency. The patient had pimples and pus in the groin and scrotum areas and was self-treated with antibiotics and incisions at home. The wound did not heal, complications of wound infection, septic shock, and ventilator-associated pneumonia were treated at Bach Mai Hospital. The patient was transferred to the Le Huu Trac National Burn Hospital with diffuse wound infection of the perineum. The patient was treated with a combination of intensive resuscitation, negative pressure wound therapy

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thái Ngọc Minh, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

Email: minhnguyennib@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/6/2024; Ngày nhận xét: 21/6/2024; Ngày duyệt bài: 26/6/2024

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.3.2024.320>

with instillation and dwell time (NWPTi-d), and surgery. After three surgeries, the wound was healed. With this announcement, we want to give clinicians more options for methods to clean complicated infected wounds and prepare them well for successful surgery.

**Keywords:** Fournier syndrome, negative pressure wound therapy with instillation and dwell time

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Fournier lần đầu được ghi nhận bởi bác sĩ người Pháp Jean-Alfred Fournier (1832-1914) [1]. Hội chứng gây ra tình trạng nhiễm trùng lan toả các lớp cân nông, sâu vùng đáy chậu, bộ phận sinh dục hoặc quanh hậu môn. Tình trạng nhiễm trùng gây ra bởi nhiều loại vi khuẩn bao gồm các loài kỵ khí, hiếu khí trong đó phổ biến nhất là *Staphylococcus aureus*, *E. Coli* và *Pseudomonas aeruginosa* [2], [3].

Các trường hợp được báo cáo trên thế giới cho thấy có thể phát hiện ít nhất 3 loài vi sinh vật trên một bệnh nhân và ngoài vi khuẩn đã có báo cáo nuôi cấy dương tính với một số chủng vi nấm *Candida*. Hầu hết trong số này là các vi sinh vật bình thường vùng tầng sinh môn nhưng khi bệnh nhân có tình trạng suy giảm miễn dịch, các vi sinh vật trở nên nguy hiểm [1]. Các vi khuẩn hợp tác với nhau xâm nhập vào mô, giải phóng các enzyme gây hoại tử mô rất nhanh, tốc độ có thể lên đến 2 - 3cm mỗi giờ [2], [4]. Tình trạng bệnh nhân thường tiến triển xấu đi nhanh chóng do nhiễm khuẩn huyết, suy chức năng đa tạng và tử vong [4], [5]. Hội chứng rất hiếm gặp, theo thống kê chỉ chiếm < 0,02% số ca nhiễm trùng nhập viện, tỷ lệ mắc ở nam giới từ 1,6 đến 1,9 ca trên 100.000 và cao gấp 10 lần ở nữ giới [2], [3]. Mặc dù tỷ lệ mắc thấp nhưng tỷ lệ tử vong của hội chứng

rất cao, tỷ lệ chung từ 20% đến 40% và có thể lên đến 70% đến 80% nếu đã có biến chứng nhiễm khuẩn huyết khi nhập viện [2], [4].

Các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân có thể mắc hội chứng Fournier rất nhiều, bao gồm: Bệnh tim mạch, mắc các bệnh lý ác tính, nghiện rượu, sử dụng steroid kéo dài, đái tháo đường, sử dụng ma túy, nhiễm HIV, viêm ruột, xơ gan, nam giới, suy dinh dưỡng, bàng quang thần kinh, béo phì, áp xe quanh hậu môn, bệnh mạch máu ngoại biên, chấn thương hoặc phẫu thuật vùng hậu môn sinh dục, rò trực tràng, suy thận, chấn thương tủy sống, hẹp niệu đạo [3].

## 2. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân Lê Văn K., 33 tuổi, thể trạng béo phì, tiền sử mắc nhiều bệnh lý mạn tính: Đái tháo đường tuýp 2, suy tuyến thượng thận, sử dụng corticoid nhiều năm. Bệnh nhân là nhà sư tu tập tại chùa, phát hiện các mụn nhọt mưng mủ vùng bẹn, bìu, gần hậu môn viêm chảy dịch mủ vào ngày 07/11/2023. Do tâm lý ngại đến bệnh viện, nên bệnh nhân đã tự sử dụng kháng sinh và dùng vật nhọn chích rạch nặn mủ tại chỗ nhưng không đỡ. Bệnh nhân vào Bệnh viện Đa khoa Nghệ An điều trị từ ngày 8/11/2023.

Ngày 9/11/2023, tình trạng bệnh nhân chuyển biến nặng, biến chứng sốc nhiễm



khuẩn đã được chuyển tới Bệnh viện Bạch Mai điều trị. Tại Bệnh viện Bạch Mai, bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng Fournier, suy thượng thận.

Về điều trị: Duy trì an thần thở máy, lọc máu liên tục, kháng sinh phối hợp nhóm Carbapenem và Glycopeptide, mở hậu môn nhân tạo, dẫn lưu bàng quang trên xương mu, duy trì phác đồ bổ sung Hydrocortison đường tĩnh mạch.

Về điều trị tại chỗ: Vết thương đã được cắt lọc loại bỏ một hoại tử da và tổ chức dưới da. Sau 4 ngày tình trạng nhiễm trùng toàn thân cải thiện, ngừng phụ thuộc thuốc vận mạch nhưng vẫn duy trì thở máy do viêm phổi và vết thương tiếp tục hoại tử tiến triển. Bệnh nhân được chuyển đến Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác ngày 13/11/20223 (ngày thứ 6 từ khi khởi phát).

Tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác, qua thăm khám thấy bệnh nhân sốt cao, phù nề toàn thân, da niêm mạc nhợt, nhiều rêu lưỡi. Vết thương tại vùng tầng sinh môn do hội chứng Fournier với các triệu chứng: Vùng bìu, hai đùi, sinh môn và khe liên môn các mảng hoại tử lan rộng, sưng đau, diện tích rộng tương đương 3% diện tích cơ thể, nền vết thương còn nhiều các cân cơ và tổ chức dưới da đang giai đoạn viêm lan toả nhiễm trùng nặng, rất nhiều dịch mủ vàng mùi hôi.

Các xét nghiệm của bệnh nhân khi vào viện nổi lên tình trạng nhiễm trùng: Bạch cầu tăng 20,7 G/l, bạch cầu Neutro tăng 86,3%, Procalcitonin 6,7 ng/ml, tiểu cầu giảm 100 G/l, thiếu máu, huyết sắc tố 86 g/l. Bệnh nhân được cấy khuẩn vết thương và cấy máu nhiều lần trong quá trình điều

trị đều cho kết quả âm tính. Bệnh nhân được chỉ định điều trị toàn thân: Nâng đỡ thể trạng, tập vận động và phục hồi chức năng hô hấp cho bệnh nhân thở máy. Kháng sinh sử dụng theo phác đồ từ Bệnh viện Bạch Mai kết hợp đổi thuốc kháng sinh theo đợt điều trị. Các thuốc kháng sinh đã dùng gồm: Meronem, Tienam, Zavicefta, Vancomycin, Linezolid, Ciprofloxacin, Moxifloxacin, Netilmicin, Metronidazole, Cancidas. Với vết thương, phác đồ liệu pháp hút áp lực âm kèm truyền rửa được áp dụng để chuẩn bị vết thương trước phẫu thuật.

Sau 9 ngày từ khi nhập viện, bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật cắt bỏ lọc triệt để các tổ chức cân cơ hoại tử và chuyển vạt tại chỗ che phủ tinh hoàn. Do phần da lành vùng gần vết thương không đủ che các phần khuyết hồng phần mềm, bệnh nhân tiếp tục được duy trì hút áp lực âm kèm truyền rửa. Sau khi các tổ chức khuyết hồng đã được làm sạch và mô hạt đầy phẳng so với da lành, bệnh nhân tiếp tục được phẫu thuật lần thứ hai.

Phẫu thuật lần 2 vết thương được chuyển vạt tại chỗ che phủ các phần khuyết hồng còn lại vùng mặt trước cơ thể vào ngày thứ 21. Các vết thương vùng mặt sau cơ thể, vùng tý đê, quanh hậu môn còn mô hạt được phẫu thuật ghép da tự thân bổ sung ngày thứ 42. Nguyên nhân của việc các lần phẫu thuật cách xa nhau là do trong quá trình điều trị xuất hiện nhiều biến chứng như: Sốc nhiễm khuẩn, xuất huyết tiêu hoá, viêm phổi thở máy, phụ thuộc máy thở. Bệnh nhân được phẫu thuật 3 lần vết thương đã liền sau 50 ngày điều trị.



Mở bàng quan trên xương mu

Mỡ hậu môn nhân tạo

Hình 2.1. Vết thương của bệnh nhân khi nhập viện



Hình 2.2. Sử dụng hệ thống V.A.C ULTA cho liệu pháp hút áp lực âm truyền rửa



Hình 2.3. Vết thương sau hút áp lực âm chuẩn bị phẫu thuật



Vết thương sau phẫu thuật

Vết thương khi ra viện

Hình 2.4. Vết thương sau phẫu thuật và trước khi ra viện

### 3. BÀN LUẬN

Hội chứng Fournier được đánh giá là một bệnh rất nguy hiểm, tuy là bệnh hiếm gặp nhưng các yếu tố nguy cơ ngày càng gia tăng ở nước ta như bệnh đái tháo đường, béo phì, nghiện rượu, tim mạch có thể làm tăng tỷ lệ mắc bệnh. Mặc dù tỷ lệ mắc bệnh thấp nhưng tỷ lệ tử vong cao đặc biệt quá trình tiến triển rất nhanh. Bệnh thường khởi phát âm thầm, đa số bệnh nhân không có triệu chứng nên phát hiện bệnh sớm rất quan trọng. Triệu chứng có thể là đau ở vùng sinh dục hoặc quanh hậu môn, có thể có hoặc không có tổn thương da rõ ràng, là những triệu chứng sớm nhất. Các đặc điểm nhiễm trùng đáng chú ý hơn xuất hiện khi tổn thương tiến triển đến bề mặt da. Da vùng tổn thương đổi màu, thường sẫm hơn. Sưng nề bìu là triệu

chứng phổ biến nhất, tiếp theo là nhịp tim nhanh, có mủ từ vùng đáy chậu, lép búp dưới da vùng tổn thương và sốt. Tiếng lép búp dưới da có mùi hôi thối là do hoạt động của vi khuẩn kỵ khí có thể xuất hiện ở giai đoạn cuối của nhiễm trùng [2], [3].

Ngoài các biện pháp khám lâm sàng, các biện pháp chẩn đoán hình ảnh gồm: Siêu âm, chụp cắt lớp vi tính (CT), chụp cộng hưởng từ (MRI) cũng đánh giá được tình trạng, phạm vi tổn thương và hỗ trợ trong lập kế hoạch phẫu thuật [4]. Trong những năm 2010 - 2011, tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác đã có thông báo lâm sàng với 4 ca bệnh bị hoại tử tầng sinh môn do hội chứng Fournier đã được điều trị thành công. Ngoài ra cũng có nhiều ca bệnh được báo cáo ở nhiều bệnh viện trên cả nước nhưng chưa có con số thống

kê cụ thể. Vì vậy, cần có thông báo lâm sàng và nghiên cứu thống kê đánh giá cũng như chia sẻ kinh nghiệm lâm sàng trong điều trị hội chứng Fournier.

Điều trị hội chứng Fournier cần được thực hiện theo 3 nguyên tắc: Phẫu thuật loại bỏ mô hoại tử sớm, hồi sức tích cực về huyết động và kháng sinh phổ rộng [1], [4]. Phẫu thuật cần phải loại bỏ triệt để tổ chức hoại tử, kết hợp chuyển hướng phân và nước tiểu phù hợp với vị trí tổn thương. Do được cung cấp máu riêng biệt từ dương vật và bìu nên tình hoàn thường không bị ảnh hưởng, tuy nhiên vẫn có báo cáo phải cắt bỏ tình hoàn do không thể bảo tồn [1]. Đối với chỉ định phẫu thuật trong một số trường hợp vẫn phải trì hoãn để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân nhưng vết thương vẫn cần phải được làm sạch hiệu quả. Để hỗ trợ điều trị tại chỗ vết thương và trì hoãn phẫu thuật liệu pháp hút áp lực âm (NPWT) đã được tất cả các báo cáo đánh giá hiệu quả tốt. Các bệnh nhân sử dụng liệu pháp hút áp lực âm có thời gian điều trị dài hơn và tỷ lệ tử vong giảm [4].

Hiệu quả của liệu pháp hút áp lực âm là thúc đẩy quá trình loại bỏ dịch tiết dư thừa, hoại tử, tăng dòng máu tới vết thương thúc đẩy quá trình liền vết thương, giảm diện tích phẫu thuật [2], [3].

Bệnh nhân của chúng tôi có độ tuổi trẻ (33 tuổi) nhưng đã mắc một số bệnh lý mạn tính nặng gồm đái tháo đường, suy tuyến thượng thận và tự điều trị không đúng cách dẫn đến diễn biến nhanh, sốc nhiễm khuẩn sau 3 ngày khởi phát bệnh. Bệnh nhân được điều trị hồi sức tích cực trước với các chỉ định lọc máu liên tục, sử dụng thuốc vận mạch, thở máy xâm nhập. Trong giai đoạn hồi sức tình trạng bệnh nhân vẫn diễn biến rất nặng do tình trạng viêm nhiễm trùng vết thương, bệnh nhân

đã được dẫn lưu bàng quang trên xương mu và mở hậu môn nhân tạo.

Về phương pháp điều trị, sau khi hội chẩn và quyết định trì hoãn phẫu thuật nhưng vẫn song song tiến hành hồi sức và cắt lọc làm sạch vết thương. Bằng liệu pháp hút áp lực âm kèm truyền rửa (NPWTi-d), chúng tôi sử dụng dung dịch nước điện hóa (Electrolyte water) làm dung dịch truyền rửa. Nước điện hóa được chứng minh có đặc tính kháng khuẩn, chống màng biofilm của vi khuẩn và thúc đẩy sự di chuyển của nguyên bào sợi trong liền vết thương [5].

Liệu trình hút truyền rửa bao gồm: Áp lực hút 125mmHg, chế độ hút Continuous, lượng dịch truyền rửa đo thực tế thể tích vết thương 40ml, chế độ truyền rửa bằng dung dịch nước điện hóa 6 giờ một lần, thời gian ngâm rửa 10 phút. Sau mỗi 72 giờ sử dụng liệu pháp hút áp lực âm truyền rửa, bệnh nhân được thay các vật tư là các miếng foam bằng polyurethane, và đây là thời cơ tiến hành làm sạch cắt lọc vết thương. Do vết thương luôn được duy trì độ ẩm và áp lực hút làm kéo các tổ chức hoại tử bám vào foam và dễ dàng loại bỏ khi cắt lọc, giảm nguy cơ chảy máu trong quá trình thực hiện.

Sau 9 ngày với 3 lần bộ băng foam hút vết thương đã giảm phù nề, giảm tình trạng viêm, tổ chức hoại tử đã được loại bỏ dễ dàng trong quá trình cắt lọc thay băng, mô hạt đỏ rớm máu đều. Các báo cáo lâm sàng của Hota (2012) và Cordova (2023) cũng áp dụng liệu pháp hút áp lực âm trên vết thương của hội chứng Fournier và có kết quả tương tự [6], [7]. Lợi ích của liệu pháp hút áp lực âm kèm truyền rửa so với hút áp lực âm thông thường là hiệu quả loại bỏ hoại tử và diệt khuẩn hiệu quả trong khi vết thương giảm thời gian phơi nhiễm với môi trường trong quá trình thay băng.

So với các báo cáo về tình trạng điều trị và phẫu thuật cho bệnh nhân hội chứng Fournier tương tự, ca bệnh nhân chúng tôi điều trị có số lần phẫu thuật thấp (3 lần phẫu thuật). Tổng số lần thay vật tư hút áp lực âm là 5 lần, tương tự các báo cáo của nước ngoài [6], [7].

#### 4. KẾT LUẬN

Hội chứng Fournier là bệnh lý hiếm gặp có nguy cơ tử vong cao. Bệnh nhân cần được tiếp cận điều trị sớm phòng tránh xảy ra các biến chứng có thể xảy ra. Bên cạnh các nguyên tắc điều trị chính, liệu pháp hút áp lực âm kèm truyền rửa là lựa chọn hữu hiệu trong điều trị tại chỗ vết thương.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thwaini, A., Khan, A., Malik, A., Cherian, J., Barua, J., Shergill, I., & Mammen, K. (2006). Fournier's gangrene and its emergency management. *Postgraduate medical journal*, 82(970), 516-519.
2. Lewis, G. D., Majeed, M., Olang, C. A., Patel, A., Gorantla, V. R., Davis, N.,... & Lewis, G. (2021). Fournier's gangrene diagnosis and treatment: a systematic review. *Cureus*, 13(10).
3. Leslie, S. W., Rad, J., & Foreman, J. (2022). Fournier Gangrene. *StatPearls*. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549821/>> Accessed on June 5, 2023.
4. Chennamsetty, A., Khourdaji, I., Burks, F., & Killinger, K. A. (2015). Contemporary diagnosis and management of Fournier's gangrene. *Therapeutic Advances in Urology*, 7(4), 203-215.
5. Yan, P., Daliri, E. B. M., & Oh, D. H. (2021). New clinical applications of electrolyzed water: a review. *Microorganisms*, 9(1), 136.
6. Córdova, C. G., Aguilar, I. F., Martínez, E. G., Silva, L. P., & Castillo, R. D. (2023). Use of Vacuum-assisted closure (VAC) for the treatment of necrotizing fasciitis from Fournier's gangrene. *Cirugía Andaluza*, 34(3), 388-391.
7. Hota, P. K. (2012). Fournier's Gangrene: Report of 2 Cases. *Case Reports in Emergency Medicine*, 2012.

# GÂY Mê CHO PHẪU THUẬT MILES NỘI SOI TRÊN BỆNH NHÂN CAO TUỔI RUNG NHĨ CAO HUYẾT ÁP GIÃN TĨNH MẠCH CHI DƯỚI

(Báo cáo ca lâm sàng)

<sup>1</sup>Ngô Xuân Tý, <sup>1</sup>Nguyễn Ngọc Thạch, <sup>2</sup>Nguyễn Văn Quỳnh

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 103

<sup>2</sup>Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác

## TÓM TẮT

Gây mê cho bệnh nhân tim mạch phẫu thuật ngoài tim ở bệnh nhân cao tuổi nhiều bệnh lý nền là một vấn đề thách thức với bác sĩ gây mê vì bệnh nhân có nhiều thay đổi về sinh lý, dược động học của thuốc cũng như tỉ lệ tai biến tim mạch cao. Chúng tôi thông báo ca lâm sàng bệnh nhân nam, 71 tuổi, ung thư trực tràng 1/3 dưới, cao huyết áp, rung nhĩ, giãn tĩnh mạch chi dưới. Bệnh nhân được gây mê nội khí quản phẫu thuật Miles nội soi, sau phẫu thuật về khoa hồi sức ngoại điều trị và ra viện sau 5 ngày phẫu thuật.

**Từ khóa:** Gây mê, rung nhĩ, cao huyết áp, giãn tĩnh mạch chi dưới, phẫu thuật Miles nội soi.

## SUMMARY

General anesthesia for non-cardiac surgery in elderly patients with chronic disease is a difficult problem for anesthesiologists because not only the physiology of patients and pharmacokinetics of drugs are changed, but also the rate of cardiovascular events is high. We present a case of a 71-year-old male patient who has low rectal cancer, hypertension, atrial fibrillation, varicose veins. The patient was made successful under general anesthesia for the Miles endoscopic surgery and was cared for at the surgical resuscitation department postoperative. The patient was discharged on the 5<sup>th</sup> day after surgery.

**Keywords:** General anesthesia, atrial fibrillation, hypertension, varicose vein, Miles endoscopic surgery.

---

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Ngọc Thạch, Bệnh viện Quân y 103

Email: nnthach1970@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/5/2024; Ngày nhận xét: 21/6/2024; Ngày duyệt bài: 26/6/2024

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.3.2024.313>

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, gây mê cho bệnh nhân có bệnh tim mạch ngày càng phổ biến do tỉ lệ mắc bệnh mãn tính đặc biệt là bệnh tim mạch có xu hướng tăng trong những năm gần đây. Gây mê cho bệnh nhân tim mạch phẫu thuật ngoài tim ở bệnh nhân lớn tuổi có nhiều bệnh lý nền là một vấn đề thách thức với các bác sĩ gây mê vì bệnh nhân có nhiều thay đổi về sinh lý, được động học của thuốc cũng như tỉ lệ tai biến tim mạch cao [1], [2], [3].

Ngày 26/9/2023, chúng tôi đã gây mê nội khí quản để phẫu thuật Miles nội soi thành công ở bệnh nhân cao tuổi được chẩn đoán ung thư trực tràng 1/3 dưới trên bệnh nhân rung nhĩ, cao huyết áp, giãn tĩnh mạch chi dưới.

## 2. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nam, 71 tuổi, cao 155cm, nặng 50kg, tiền sử cao huyết áp, rung nhĩ, giãn tĩnh mạch chi dưới đang được điều trị tại nhà bằng các thuốc Betaloc zok, Xarelto, Clopidrogel, Daflon, Trimetazidin

Ngày 18/9/2023, bệnh nhân vào Khoa Ống tiêu hóa (Bệnh viện Quân y 103) điều trị trong tình trạng toàn thân tỉnh táo, không sốt, không đau tức ngực, không khó thở, loạn nhịp tim, tần số 80 chu kỳ/phút, huyết áp 144/80mmHg.

Tại chỗ thăm khám trực tràng thấy nhiều khối bất thường vị trí 12 giờ khi người bệnh ở tư thế sản khoa, kích thước 3cm, bề mặt trơn bóng, cảm giác đau khi ấn, mật độ chắc, có máu theo găng. Nội soi đại trực tràng bằng ống nội soi mềm phát hiện khối u sùi trực tràng sát ống hậu môn, chiếm 50% chu vi lòng trực tràng, bề mặt nhám nhờ và sinh thiết khối u cho kết quả ung thư biểu mô tuyến, xâm lấn qua lớp cơ niêm.

Điện tim hình ảnh rung cuồng nhĩ đáp ứng tần số thất 90 chu kỳ/phút. Siêu âm tim hình ảnh hở van 2 lá, van 3 lá mức độ nhẹ, không tăng áp lực động mạch phổi, giãn nhẹ thất trái, chức năng tâm thu thất trái bình thường, Dd 53,8mm, EF 82,9%.

Các xét nghiệm khác bình thường cho phép phẫu thuật. Bác sĩ chuyên khoa tim mạch thăm khám trước mổ và kết luận nguy cơ tim mạch khi phẫu thuật vừa, tỉ lệ tai biến tử vong do tim là 3% theo Goldman, khuyến cáo bệnh nhân ngừng sử dụng thuốc chống đông thể hệ mới (NOAC) trước phẫu thuật ít nhất 24 giờ và ngừng clopidrogel ít nhất 7 ngày trước mổ.

Chẩn đoán trước mổ là ung thư trực tràng 1/3 dưới trên bệnh nhân rung nhĩ, cao huyết áp, giãn tĩnh mạch chi dưới. Phương pháp phẫu thuật dự kiến là phẫu thuật Miles nội soi và phương pháp vô cảm là gây mê nội khí quản.

Lúc 7 giờ 30 phút ngày 26/9/2023, bệnh nhân được đưa vào phòng mổ trong tình trạng toàn trạng ổn định. Bệnh nhân được đặt đường truyền tĩnh mạch với kim lùn 16G, catheter động mạch xâm nhập, catheter tĩnh mạch trung tâm và đo được CVP 5 cmH<sub>2</sub>O, gắn các thiết bị theo dõi mạch, huyết áp, ECG, SpO<sub>2</sub> trên monitor LifeScope.

Bệnh nhân được khởi mê lúc 8 giờ 10 phút ngày 26/9/2023 bằng Propofol 60mg, Fentanyl 100µg, Rocuronium 50mg, đặt ống nội khí quản (NKQ) số 7,5 thuận lợi. Bệnh nhân được thông khí nhân tạo mode PCV-VG với Vt 400ml, tần số thở 16 lần/phút, I:E = 1:2, PEEP 5 cmH<sub>2</sub>O, duy trì mê bằng Sevofluran 1 - 2% kết hợp duy trì bơm tiêm điện Fentanyl 10 - 150 µg/giờ, Rocuronium 20 - 40mg/giờ.

Phẫu thuật bắt đầu lúc 8 giờ 30 phút và kết thúc lúc 12 giờ 30 phút cùng ngày. Trong quá trình phẫu thuật duy trì áp lực bơm CO<sub>2</sub> là 10mmHg, lưu lượng bơm là 10 lít/phút.

Diễn biến các thông số sinh tồn trong quá trình phẫu thuật được ghi lại tại bảng 1. Các chỉ số khí máu ở các thời điểm được liệt kê ở bảng 2. Thuốc và dịch truyền được sử dụng trong mổ được liệt kê ở bảng 3. Tổng thời gian phẫu thuật là 4 giờ, thời gian gây mê là 4 giờ 20 phút.

**Bảng 1. Biến đổi các chỉ số sinh tồn trong quá trình gây mê và phẫu thuật**

Thời điểm	Giai đoạn	Mạch (lần/phút)	Huyết áp động mạch (mmHg)	SpO <sub>2</sub> (%)	CVP (cmH <sub>2</sub> O)
7 giờ 30 phút	Vào phòng mổ	75	128/75	99	5
8 giờ 10 phút	Khởi mê	74	104/88	100	
8 giờ 45 phút	Giải phóng trực tràng	48	100/60	97	
10 giờ 15 phút	Cắt trực tràng	80	82/30	96	
12 giờ	Đóng da	86	114/62	99	
12 giờ 30 phút	Kết thúc cuộc mổ	90	120/70	100	7

**Bảng 2. Biến đổi các thông số khí máu trong quá trình gây mê, phẫu thuật**

Thông số	Thời điểm		
	Ngay trước khởi mê (8h00)	Trong mổ (10h15)	Trước khi kết thúc phẫu thuật (12h00)
pH	7,41	7,32	7,38
PaO <sub>2</sub> (mmHg)	244,1	558,3	466,5
PaCO <sub>2</sub> (mmHg)	34,2	47,3	38,1
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> (mmol/l)	22	24,8	22,8
BE (mmol/l)	-1,4	-0,8	-1,4
Hb (g/l)	12,7	11,6	10,7
Hct (%)	38	35	32
Na <sup>+</sup> (mmol/l)	136,4	136,4	134,4
K <sup>+</sup> (mmol/l)	3,22	3,83	3,78
Ca <sup>2+</sup> (mmol/l)	0,96	1,06	0,88
Lactat (mmol/l)	0,9	0,7	0,6

**Bảng 3. Liều lượng thuốc và thể tích dịch truyền dùng trong mổ**

Tên thuốc/dịch	Liều lượng/thể tích
Atropin (mg)	1
Noradrenalin (µg)	20
Propofol (mg)	60
Fentanyl (µg)	750
Rocuronium (mg)	250
Sevofluran (ml)	20
Ringerlactat (ml)	1500
Voluven (ml)	500
Albumin (ml)	100
Tổng lượng nước tiểu	1200 ml/160 phút



Trong quá trình phẫu thuật, hô hấp và huyết động cơ bản được duy trì trong giới hạn cho phép, tim loạn nhịp hoàn toàn, có thời điểm nhịp tim giảm xuống còn 48 chu kỳ/phút, huyết áp động mạch giảm 82/30mmHg (Bảng 1), đã được xử trí tiêm tĩnh mạch 1mg Atropin và bolus tĩnh mạch 20µg Nordrenalin, sau đó huyết động nhanh chóng trở lại bình thường.

Sau phẫu thuật, bệnh nhân được chuyển về Khoa Hồi sức ngoại để tiếp tục điều trị. Tại đây, bệnh nhân được thông khí nhân tạo và rút ống nội khí quản vào lúc 16 giờ 30 phút cùng ngày trong tình trạng tỉnh, mạch 90 lần/phút, huyết áp 135/70 mmHg, SpO<sub>2</sub> 98% (ô xy 2 lít/phút). Bệnh nhân được chuyển về Khoa Ông tiêu hóa và ra viện sau 5 ngày phẫu thuật.

### 3. BÀN LUẬN

Theo nghiên cứu của Relin Yang (2011), tỉ lệ người trên 65 tuổi chiếm 13% dân số thế giới và tỉ lệ bệnh nhân trên 65 tuổi cần phẫu thuật chiếm xấp xỉ 53% tất cả các bệnh nhân cần phẫu thuật [4], tỉ lệ biến chứng và tử vong ở bệnh nhân cao tuổi do phẫu thuật còn cao [5].

Gây mê cho bệnh nhân cao tuổi có nhiều thay đổi về sinh lý cũng như dược động học của thuốc nên việc lựa chọn thuốc, liều lượng thuốc cho phù hợp là điều rất quan trọng, đặc biệt trên các bệnh nhân này thường có các bệnh lý kết hợp. Với bệnh nhân có bệnh tim mạch được phẫu thuật ngoài tim như bệnh nhân rung nhĩ cần duy trì huyết động ổn định, khi rung nhĩ gây ảnh hưởng đến sức bóp cơ tim gây tụt huyết áp và đe dọa tính mạng bệnh nhân cần ổn định huyết động và cố gắng khôi phục nhịp xoang [6].

Rung nhĩ và đột quy não có mối liên hệ mật thiết với nhau. Rung nhĩ làm tăng

nguy cơ đột quy lên đến 5 lần so với người bình thường. Giãn tĩnh mạch chi dưới có thể gây ra biến chứng huyết khối tĩnh mạch sâu và gần 1/3 số người bị huyết khối tĩnh mạch sâu có nguy cơ tiến triển thành tắc mạch phổi [7], [8].

Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi là nam giới, 71 tuổi với nhiều bệnh lý kết hợp nặng (tăng huyết áp, rung nhĩ, giãn tĩnh mạch chi dưới) với tỉ lệ tai biến tim mạch theo thang điểm Goldman là 3%. Bệnh nhân này đã được chúng tôi chuẩn bị trước mổ đầy đủ và chiến lược gây mê hợp lý. Việc lựa chọn thuốc, liều lượng thuốc sử dụng trong gây mê để tránh biến đổi lớn về huyết động lúc khởi mê và trong quá trình duy trì mê là điều quan trọng.

Trong các thuốc mê tĩnh mạch dùng để khởi mê đang sử dụng hiện nay, chúng tôi lựa chọn Propofol là thuốc có thời gian khởi phát nhanh và thời gian tác dụng ngắn. Tuy nhiên, Propofol là thuốc có nguy cơ gây tụt huyết áp trong lúc khởi mê nên chúng tôi đã sử dụng liều thấp (1,2mg/kg) và chia thành hai lần để bolus khởi mê. Trong các thuốc mê tĩnh mạch đang sử dụng, chúng tôi không lựa chọn Ketamin vì thuốc này gây nhịp tim nhanh trên nền bệnh nhân rung nhĩ dẫn đến hiệu quả co bóp tổng máu từ nhĩ xuống thất càng kém. Etomidat là thuốc ít ức chế co bóp cơ tim và ổn định huyết động nhưng hiện tại chúng tôi không có thuốc này. Duy trì mê bằng Sevofluran, là thuốc có tác dụng bảo vệ cơ tim, phối hợp với thuốc giãn cơ Rocuronium và Fentanyl giúp đảm bảo huyết động trong phẫu thuật vì yêu cầu của gây mê cho phẫu thuật ổ bụng là đảm bảo giãn cơ, giảm đau đầy đủ, ức chế phản xạ thần kinh thực vật tạo điều kiện cho việc thăm dò, bộc lộ các tạng. Thuốc mê hô hấp có tác dụng ức chế cơ tim dẫn đến giảm

nhu cầu tiêu thụ ô xy cơ tim vì vậy có ảnh hưởng thuận lợi trên sự cân bằng cung cầu ô xy trong lúc thiếu máu cơ tim. Nhiều nghiên cứu thực nghiệm cho thấy thuốc mê hô hấp có tác dụng bảo vệ cơ tim chống lại với các hậu quả do thiếu máu và tái tưới máu qua cơ chế tiền thích nghi với thiếu máu cơ tim cục bộ [9].

Trong quá trình phẫu thuật chúng tôi đã giảm áp lực bơm CO<sub>2</sub> xuống 10mmHg nhằm góp phần hạn chế ảnh hưởng của bơm CO<sub>2</sub> đến hô hấp và tuần hoàn. Trong quá trình phẫu thuật cần đảm bảo duy trì cân bằng lượng dịch vào và ra của cơ thể, cân bằng kiềm toan. Thông qua các giá trị khí máu tại 3 thời điểm (Bảng 2), áp lực tĩnh mạch trung tâm tại hai thời điểm (Bảng 1) và thể tích nước tiểu trong phẫu thuật (Bảng 3) đã cho thấy chúng tôi đáp ứng được yêu cầu trên.

#### 4. KẾT LUẬN

Gây mê cho phẫu thuật ngoài tim ở bệnh nhân cao tuổi có bệnh lý tim mạch kết hợp các bệnh lý nền nặng khác vẫn là vấn đề phức tạp, đòi hỏi bác sĩ gây mê phải có kiến thức, kinh nghiệm, đặc biệt là vấn đề lựa chọn và quản lý các thuốc sử dụng cho bệnh nhân.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sylvia L. Ranjeva, Avery Tung and Daniel S. Rubin (2021). "Morbidity and mortality after acute myocardial infarction following elective major non-cardiac surgery" *J Cardiothorac Vasc Anesth* 35(3): 834-842.
2. James B Froehlich and Kim A Eagle (2002). "Anaesthesia and the cardiac patient: the patient versus the procedure" *Heart* 87 (1): 91-96.
3. Kaul, Tej K, Tayal, Geeta (2007). "Anaesthetic considerations in cardiac patients undergoing noncardiac surgery" *Indian Journal of Anaesthesia* 51(4): 280-286.
4. Relin Yang, Matthew Wolfson and Michael C. Lewis (2011). "Unique aspects of the elderly surgical population" *Geriatr orthop surg rehabil* 2(2): 56-64.
5. Florence E Turrentine (2006). "Surgical risk factors, morbidity and mortality in elderly patients" *J am coll surg* 203(6): 865-877.
6. Hsiu-Rong Liao et al. (2012). "Atrial fibrillation: An anesthesiologist's perspective" *Acta Anaesthesiologica Taiwanica* 51(2013): 34-36.
7. Erin M. Hald et al. (2018) "Atrial fibrillation and cause-specific risks of pulmonary embolism and ischemic stroke" *Journal of the American Heart Association*;7.
8. Shyue – Luen Chang et al. (2018). " Association of varicose veins with incident venous thromboembolism and peripheral artery disease" *JAMA*;319(8):807-817.
9. Nguyễn Thị Quý (2011). "Bảo vệ cơ tim: Thuốc và thuốc mê hô hấp" <https://timmachhoc.vn/bo-v-c-tim-thuc-va-thuc-me-ho-hp/>

# CẢNH BÁO TỬ VONG DO TỰ ĐIỀU TRỊ BỎNG TẠI NHÀ

(Báo cáo hai trường hợp lâm sàng)

Chu Anh Tuấn, Lê Quốc Chiêu

Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

## TÓM TẮT

Bỏng là căn bệnh song hành với sự tồn tại và phát triển của xã hội loài người. Hiện nay, công tác điều trị bỏng ở Việt Nam vẫn còn nhiều hạn chế, như tình trạng giữ người bệnh bỏng tại nhà, tự điều trị không đúng chỉ định, gây hậu quả xấu. Chúng tôi xin giới thiệu hai trường hợp điển hình đã tử vong để các bạn đồng nghiệp cùng tham khảo.

**Từ khóa:** Tử vong, bỏng

## SUMMARY

Burns is a disease that parallels the existence and development of human society. Currently, burn treatment in Vietnam still has many limitations, such as keeping burn patients at home and self-treatment not as prescribed, causing negative consequences. We would like to introduce two typical cases that have died for our colleagues' reference.

**Keywords:** Death, burns

## 1. GIỚI THIỆU

Bỏng là căn bệnh song hành với sự tồn tại và phát triển của xã hội loài người. Tồn thương bỏng không những gây ảnh hưởng trước mắt mà còn để lại nhiều hậu quả nặng nề về chức năng, tâm lý, thẩm mỹ, tinh thần và kinh tế không chỉ với nạn nhân, gia đình mà với toàn xã hội.

Việt Nam là một nước đang phát triển, điều kiện kinh tế còn khó khăn, trình độ dân trí còn nhiều hạn chế, còn nhiều bất

cập trong công tác dự phòng và điều trị bỏng, làm ảnh hưởng không nhỏ đến kết quả điều trị, đến tính mạng, chức năng và thẩm mỹ của người bệnh. Một trong những sai sót thường gặp là giữ người bệnh bỏng tại nhà, tự điều trị không đúng chỉ định, khi tình trạng người bệnh diễn biến nặng mới đưa đến cơ sở y tế, gây khó khăn cho công tác cấp cứu, điều trị người bệnh, làm kéo dài thời gian nằm viện, gia tăng chi phí, thậm chí gây tử vong đáng tiếc.

Tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác, hàng năm thu dung hàng chục người bệnh sau khi bị bỏng được giữ điều trị tại nhà, tự ý dùng các thuốc bôi vết thương không đúng chỉ định trước khi nhập viện, gây hậu quả xấu. Chúng tôi xin giới thiệu hai trường hợp điển hình đã tử vong để các bạn đồng nghiệp cùng tham khảo.

Chịu trách nhiệm: Chu Anh Tuấn, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

Email: drchuanhtuan@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/5/2024; Ngày nhận xét:

21/6/2024; Ngày duyệt bài: 26/6/2024

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.3.2024.335>

## 2. GIỚI THIỆU CA BỆNH

### 2.1. Ca bệnh 1

Người bệnh Lê Quang M.; 53 tuổi; Giới tính: Nam; Số bệnh án: 00180

Vào viện với chẩn đoán: Bỏng lửa than 6% độ IV, V tay phải ngày thứ 4, biến chứng sốc nhiễm khuẩn/ đái tháo đường tuýp 2, suy kiệt.

*Tóm tắt quá trình bệnh sử và điều trị:* Người bệnh bị đái tháo đường tuýp 2, nhưng dùng thuốc điều trị không thường xuyên. Ngày 03/01/2023, bị bỏng lửa than, không được sơ cứu tại chỗ, tự điều trị tại nhà, bôi thuốc gì không rõ, không băng bó; khi tình trạng người bệnh diễn biến nặng mới đưa đến cơ sở y tế địa phương và được chuyển thẳng đến Bệnh viện Bỏng quốc gia lúc 14 giờ ngày 07/01/2023 trong tình trạng:

- Toàn thân: Ý thức lơ đãng, mệt mỏi, môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi, thể trạng suy kiệt, da bọc xương, da niêm mạc nhợt, nhiệt độ 37,5°C, khó thở, tần số thở 26 lần/phút, SpO<sub>2</sub> giảm (94%), rì rào phế nang hai phổi rõ, mạch 100 lần/phút, huyết áp trung bình 66 mmHg (với liều duy trì Noradrenalin 0,5 µg/kg/phút).

- Tại chỗ vết bỏng: 6% hoại tử màu đen ở cẳng, bàn tay phải, tiết dịch mủ nhiều, mùi hôi, bờ mép viêm nề lan rộng.

- Xét nghiệm: Thiếu máu nặng; protein toàn phần, albumin giảm thấp; bạch cầu tăng cao (18,3 G/L), PCT: 70 ng/mL; pH máu: 7,22.

Người bệnh đã được điều trị tích cực tại Khoa Hồi sức cấp cứu/ Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác: Thở ô xy, kháng sinh mạnh, truyền dịch, truyền khối hồng cầu, albumin, thuốc vận mạch, điều chỉnh thăng bằng kiềm toan, chăm sóc. Đến 03

giờ ngày 08/01/2023, tình trạng người bệnh diễn biến xấu, tiên lượng tử vong, gia đình đã xin cho đưa người bệnh về.

### 2.2. Ca bệnh 2

Người bệnh Nguyễn Thị Thùy D., 02 tuổi; Giới tính: Nữ; Số bệnh án: 00451

Vào viện với chẩn đoán: Bỏng nước sôi 20% độ II, III cổ, ngực, bụng, 2 tay, nhiễm khuẩn, nhiễm độc nặng ngày thứ 6.

*Tóm tắt quá trình bệnh sử và điều trị:* Tiền sử khỏe mạnh. Bệnh nhi bị bỏng nước sôi, không được sơ, cấp cứu gì, tự điều trị tại nhà bằng rắc thuốc đông y lên vết bỏng, không băng bó vết thương. Bệnh nhi bị sốt cao, nôn, đi ngoài,... Được người nhà đưa vào Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác cấp cứu lúc 23 giờ 45 phút ngày 20/01/2024 (ngày thứ 6 của bệnh), trong tình trạng:

- Toàn thân: Thể trạng suy dinh dưỡng, da niêm mạc nhợt, lơ đãng, mệt mỏi; mạch: 150 lần/phút, huyết áp 90/55 mmHg; thở nhanh, phổi nhiều ran rít, ran ngáy, SpO<sub>2</sub> 92%, bụng chướng căng, nước tiểu ít, vàng đậm.

- Tại chỗ: Vết thương se khô, sẫm màu, đe dọa chuyển hoại tử thứ phát toàn bộ, dịch tiết mùi hôi. Bờ mép vết thương viêm nề mạnh, lan rộng.

- Xét nghiệm máu: HC: 2,45 T/L, HST: 56g/L; BC: 6,4 G/L; Tiểu cầu: 37 G/L; Glucose: 11,7 mmol/L; Ure: 16,8 mmol/L, creatinin: 143,6 µmol/L, protein TP: 31,4 g/L, albumin: 13,8 g/L; PCT: 83,15 ng/ml; pH: 6,84; HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 7,8 mmol/L, BE: 24,2 mmol/L; Na<sup>+</sup>: 140 mmol/L, K<sup>+</sup>: 2,3 mmol/L.

Bệnh nhi đã được điều trị tích cực: Đặt ống nội khí quản, thở máy, truyền dịch, albumin, điều chỉnh rối loạn toan kiềm, rối loạn điện giải; kháng sinh mạnh,... nhưng

tình trạng bệnh nhi diễn biến xấu rất nhanh, huyết áp tụt, phải dùng vận mạch, đến 0 giờ 30 phút ngày 21/01/2024: Ngừng tim, ngừng hô hấp lần 1, được hồi sinh tổng hợp, tim đập trở lại, duy trì vận mạch, thở máy,... Đến 6 giờ 30 phút cùng ngày: Ngừng tim lần 2, cấp cứu không hiệu quả, người bệnh tử vong.

### 3. BÀN LUẬN

#### 3.1. Hậu quả của việc tự điều trị bỏng tại nhà

Chấn thương bỏng gây ra các rối loạn chức năng trong cơ thể và các phản ứng toàn thân để tự bảo vệ, phục hồi. Nếu bị bỏng rộng, diện tích độ sâu lớn sẽ gây rối loạn toàn bộ các cơ quan trong cơ thể, tạo nên bệnh bỏng. Như vậy, bỏng là bệnh lý toàn thân, trong đó tổn thương tại chỗ là nguyên ủy của mọi rối loạn bệnh lý xảy ra. Do đó, khi bị bỏng cần được cấp cứu, điều trị toàn thân, cũng như tại chỗ tổn thương bỏng đúng cách. Hai người bệnh được nêu trên đều không được cấp cứu, điều trị tại các cơ sở y tế mà tự điều trị tại nhà đã dẫn đến hậu quả nghiêm trọng: khi được đưa đến viện thì tình trạng bệnh lý đã rất nặng, cấp cứu điều trị không hiệu quả, người bệnh tử vong.

Đối với người bệnh Lê Quang M.; 53 tuổi, diện tích bỏng của người bệnh L.Q.M. không lớn (6% diện tích cơ thể/ DTCT), tuy nhiên, người bệnh có bệnh lý nền đái tháo đường tuýp 2 không được điều trị thường xuyên, khi bị bỏng do không được sơ cứu và điều trị kịp thời, đúng phác đồ tại cơ sở y tế nên đã dẫn đến tình trạng nhiễm khuẩn nhiễm độc, rối loạn nội môi nặng nề, tiên lượng tử vong.

Với trẻ em, bỏng dù diện tích nhỏ cũng gây nguy hiểm, khi bị bỏng khoảng 10%

DTCT đã xuất hiện nguy cơ sốc đe dọa tính mạng, do đó cần được thăm khám, theo dõi chặt chẽ tại các cơ sở y tế đúng tuyến để cấp cứu, điều trị kịp thời. Trong khi bệnh nhi Nguyễn Thị Thùy D., 02 tuổi, diện bỏng là 20% DTCT, nhưng không được sơ cứu tại chỗ, hoàn toàn không được điều trị toàn thân (bù dịch thể, giảm đau, kháng sinh, chăm sóc,...) và điều trị tại chỗ đúng cách (đắp thuốc, băng bó); hậu quả người bệnh khi được đưa đến Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác trong tình trạng rất nặng, sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng và tử vong nhanh chóng.

Không phải tất cả người bệnh bỏng tự điều trị tại nhà đều tử vong, nhưng có thể thấy việc tự ý điều trị tại nhà không có sự theo dõi, chỉ định của nhân viên y tế sẽ dẫn đến nhiều hậu quả nghiêm trọng.

Qua 02 trường hợp trên, chúng tôi xin nhắc lại khuyến cáo như sau:

- Nếu không may bị bỏng, người bị nạn cần được sơ cứu ngay tại chỗ đúng cách càng sớm càng tốt (ngâm rửa vết bỏng bằng nước mát, băng bó, giảm đau, bù dịch,...) nhằm làm giảm diện tích, độ sâu tổn thương bỏng, tránh bị bội nhiễm vết thương và các biến chứng nguy hiểm khác. Khẩn trương chuyển người bệnh tới cơ sở y tế gần nhất để được thăm khám, cấp cứu, điều trị và chăm sóc kịp thời.

- Người bệnh bỏng cần được thăm khám và điều trị tại các cơ sở y tế, chỉ điều trị ngoại trú với các bệnh nhân bỏng nhẹ và đồng thời thỏa mãn các điều kiện sau:

- + Bỏng độ I, II dưới 5% diện tích cơ thể.
- + Bỏng không ở các vị trí đầu mặt, bàn tay, tầng sinh môn, bàn chân.
- + Không bỏng hô hấp, bỏng tiêu hóa, bỏng mắt.

+ Không bị nhiễm độc CO, nhiễm độc hóa chất toàn thân.

+ Trạng thái toàn thân khỏe mạnh, không bị bệnh hoặc tổn thương phổi hợp.

+ Không có các biến chứng nặng như biến chứng nhiễm khuẩn.

Sau khi khám xét mức độ thương tổn, diễn biến toàn thân, người bác sỹ sẽ quyết định chế độ điều trị ngoại trú, có đăng ký theo dõi, hẹn tới thay băng và kiểm tra diễn biến. Người bệnh ngoại trú cần tuân thủ chặt chẽ lời dặn của bác sỹ, tới cơ sở điều trị ngay khi có bất kỳ dấu hiệu bất thường nào như sốt, ăn kém, đái ít,...

- Đối với người bệnh bỏng có bệnh lý nền, như đái tháo đường, bệnh lý tim mạch, gan, thận,... diễn biến bệnh lý thường phức tạp và nặng hơn so với người bệnh có tiền sử khỏe mạnh. Vì vậy, các đối tượng này cần được chăm sóc và điều trị chuyên khoa bỏng, cũng như điều trị kết hợp các bệnh lý nền theo phác đồ của Bộ Y tế, không được tự ý điều trị tại nhà để tránh các hậu quả đáng tiếc có thể xảy ra.

### 3.2. Nguyên nhân tử vong chủ yếu ở người bệnh bỏng

Công tác chẩn đoán và điều trị bỏng ngày càng có nhiều tiến bộ, cứu sống được nhiều người bệnh bỏng nặng, nhưng theo Tổ chức Y tế Thế giới, mỗi năm có khoảng 300.000 ca tử vong do bỏng trên khắp thế giới, chủ yếu ở các nước đang phát triển, trong đó nhiễm trùng vẫn là nguyên nhân chính gây tử vong ở người bệnh bỏng nặng, ước tính 60 - 70% tử vong trong bỏng có liên quan đến nhiễm trùng. Nhiễm khuẩn là tình trạng phổ biến ở bệnh nhân bỏng nặng sau thời kỳ sốc, là nguồn gốc của những rối loạn bệnh lý nặng nề trong bệnh bỏng.

Da là hàng rào bảo vệ đầu tiên giúp cơ thể chống lại các tác nhân vi sinh vật gây bệnh, trong khi đặc điểm tự nhiên của tổn thương bỏng thường có diện tích rộng, vết thương hở, mức độ ô nhiễm cao, luôn tiết dịch, hoại tử bỏng sâu tan rữa,... là môi trường thuận lợi cho vi sinh vật sinh sản, phát triển và xâm nhập sâu. Mặt khác, khi bị bỏng sức đề kháng miễn dịch chung của cơ thể bị suy giảm do độc tố bỏng, độc tố vi khuẩn; do suy mòn, thiếu dinh dưỡng, thiếu các axit amin cần thiết, các vitamin,... để sản xuất bạch cầu, các kháng thể,... điều này làm người bệnh bỏng dễ bị nhiễm trùng hơn. Các vi sinh vật có thể xâm lấn vào máu, vào bạch mạch gây nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn toàn thân. Nhiễm khuẩn huyết là một trong những biến chứng nặng nhất của bệnh bỏng, là nguyên nhân chủ yếu gây tử vong ở người bệnh bỏng.

Ở 02 người bệnh được nêu trên, mặc dù kết quả cấy khuẩn máu không mọc (hoặc chưa kịp cấy khuẩn máu), nhưng căn cứ vào các triệu chứng và diễn biến của bệnh có thể chẩn đoán đều bị nhiễm khuẩn huyết, dẫn tới sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng và hậu quả cuối cùng là tử vong. Hiện nay, căn nguyên gây nhiễm trùng huyết ở người bệnh bỏng rất đa dạng, chủ yếu là các chủng vi khuẩn đa kháng kháng sinh như *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter* spp.,... và nấm *Candida* spp., *Aspergillus* spp.,... làm cho công tác điều trị hết sức khó khăn, làm gia tăng chi phí, thời gian nằm viện cũng như tỷ lệ tử vong.

Vì vậy, công tác dự phòng nhiễm trùng ở người bệnh bỏng là một công việc rất quan trọng, đòi hỏi sự quan tâm hàng đầu của các cán bộ nhân viên điều trị bỏng,

đồng thời là một thách thức đặc biệt đối với nhân viên y tế. Để ngăn ngừa nhiễm trùng ở người bệnh bỏng, ngoài các biện pháp điều trị tích cực (phẫu thuật cắt hoại tử sớm, ghép da che phủ ngay; liệu pháp kháng sinh; nâng cao sức chống đỡ miễn dịch của cơ thể,...) thì phải thực hiện phòng ngừa chuẩn: Phòng ngừa chuẩn là các biện pháp phòng ngừa cơ bản áp dụng cho mọi người bệnh không phụ thuộc vào chẩn đoán, tình trạng nhiễm trùng và thời điểm khám, điều trị, chăm sóc dựa trên nguyên tắc coi máu, chất tiết và chất bài tiết của người bệnh đều có nguy cơ lây truyền bệnh. Phòng ngừa chuẩn áp dụng cho tất cả người bệnh ở mọi thời điểm. Nhân viên y tế phải tuân thủ tuyệt đối các quy tắc phòng ngừa chuẩn và tuân thủ quy trình kỹ thuật đang được áp dụng tại bệnh viện. Đối với người bệnh bỏng thì phải đặc biệt chú ý đến khu vực điều trị và đánh giá nguy cơ nhiễm khuẩn:

- *Bố trí, sắp xếp người bệnh hợp lý:*  
Sắp xếp người bệnh phù hợp, cách ly những người bệnh có nguy cơ lây nhiễm cao hoặc có nguy cơ nhiễm chéo cao. Hạn chế tối đa khả năng tiếp xúc với nguồn lây nhiễm vi khuẩn bệnh viện. Ngoài ra cần tiến hành khử trùng thường xuyên các vật dụng và môi trường trong buồng bệnh, đặc biệt là buồng bệnh có người bệnh bỏng nhiễm khuẩn.

- *Rửa tay thường xuyên:*

+ Đối với người bệnh bỏng: Cần rửa tay thường xuyên (nếu có thể).

+ Đối với nhân viên y tế: Thực hiện rửa tay theo đúng quy trình rửa tay thường quy tại 5 thời điểm chính.

- *Sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân phù hợp:* Da là hàng rào bảo vệ chống lại vi sinh vật. Vì vậy, khi điều trị cho người bệnh bỏng, sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân phù hợp là rất quan trọng. Việc này có thể tạo ra một hàng rào hiệu quả giúp chống lại nhiều nguồn lây nhiễm phổ biến và ngăn ngừa lây nhiễm từ nhân viên y tế cho người bệnh bỏng.

#### 4. KẾT LUẬN

Bỏng là căn bệnh song hành với sự tồn tại và phát triển của xã hội loài người, để lại nhiều hậu quả nặng nề về chức năng, tâm lý, thẩm mỹ, tinh thần và kinh tế không chỉ với nạn nhân, gia đình mà với toàn xã hội. Mọi người dân khi bị bỏng cần được thực hiện đúng các biện pháp sơ, cấp cứu tại chỗ và chuyển đến các cơ sở y tế để được thăm khám và điều trị đúng phương pháp; không tự điều trị tại nhà hoặc điều trị tại các cơ sở y tế không được phép.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thế Trung (2003). *Bỏng - Những kiến thức chuyên ngành*, Nhà Xuất Bản Y học.
2. Nguyễn Ngọc Tuấn (2018). *Giáo trình bỏng*, Nhà Xuất Bản Quân Đội Nhân Dân, Hà Nội.
3. Bộ Y tế (2012), *Hướng dẫn phòng ngừa chuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*.
4. Peck M., Molnar J. và Swart D. (2009). A global plan for burn prevention and care. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 802-803.
5. Manning J. (2018). Sepsis in the Burn Patient. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 30 (3), 423-430.
6. Singer M., Deutschman C. S., Seymour C. W. et al. (2016). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*, 315 (8), 801-810.