

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

1

2025

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 và Email, số điện thoại**
- 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. 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: Tòa soạn - Tạp chí Y học Thẩm họa và Bông - Bệnh viện Bông Quốc gia
263 đường Phùng Hưng - Phúc La - Hà Đông - Hà Nội * Website: <https://jbdmp.vn>

ĐT: 069566624 - Email: tcbongvn@yahoo.com

**Y HỌC THẢM HỌA
& BỎNG**

JOURNAL OF DISASTER MEDICINE AND BURN INJURIES

Số 1 - 2025**HỘI ĐỒNG BIÊN TẬP****1. Chủ tịch Hội đồng biên tập**

- GS.TS. Nguyễn Như Lâm

Đồng Chủ tịch Hội đồng

- GS.TS. Trần Viết Tiến

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 Hiễn

- 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 06/7/2023In 500 cuốn tại NXB Nông nghiệp
in xong và nộp lưu chiểu tháng 2/2025**MỤC LỤC****NGHIÊN CỨU KHOA HỌC**

1. Tỷ lệ và mức độ rối loạn chức năng tạng tại thời điểm chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn ở người bệnh bỏng nặng 7
Ngô Tuấn Hưng, Nguyễn Như Lâm, Nguyễn Hải An, Trần Đình Hùng, Trần Lê Nguyệt Minh
2. Đánh giá các yếu tố dự báo tử vong ở người bệnh bỏng có thông khí nhân tạo xâm nhập 15
Nguyễn Như Lâm, Ngô Tuấn Hưng, Trần Đình Hùng
3. Đánh giá hiệu quả điều chỉnh huyết động theo mục tiêu ở người bệnh bỏng nặng dưới hướng dẫn của Uscom trong 72 giờ đầu sau bỏng 24
Hoàng Văn Vụ, Nguyễn Tiến Dũng
4. Bước đầu đánh giá sự biến đổi nồng độ và giá trị tiên lượng của Antithrombin với biến chứng viêm phổi ở người bệnh bỏng hô hấp 35
Trần Đình Hùng, Nguyễn Như Lâm, Nguyễn Thái Ngọc Minh, Đinh Thị Xuyên
5. Nghiên cứu tác dụng của dung dịch chứa Polyhexamethylene Biguanide Hydrochloride (Latex HB®) trong điều trị vết thương nhiễm khuẩn 44
Nguyễn Tiến Dũng, Chu Anh Tuấn, Trần Ngọc Diệp
6. Một số yếu tố liên quan đến kết quả sau chăm sóc người bệnh thoái hóa khớp gối tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 55
Nguyễn Thị Thúy Nga, Lê Thanh Hà, Phương Thị Hương, Đinh Thị Tuyết, Hoàng Thị Việt Hà, Lương Tuấn Anh, Lại Thị Thu Huyền

7.	Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng người bệnh khuyết sọ tử cung sau mổ lấy thai được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Thiện An	63
	Phan Thị Dung, Nguyễn Minh Thuyết	
8.	Kiến thức và yếu tố liên quan đến dự phòng phơi nhiễm nghề nghiệp do vật sắc nhọn của sinh viên điều dưỡng Trường Đại học Yersin Đà Lạt năm 2023	77
	Nguyễn Thị Hồng Hạnh, Hoàng Trung Tiến	
9.	Sự hài lòng của người bệnh sử dụng dịch vụ giảm đau sau mổ đường tĩnh mạch người bệnh tự điều khiển tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác	94
	Hoàng Thanh Thủy, Phạm Thị Thu Hương, Hoàng Kim Huệ, Nguyễn Tiến Dũng, Võ Văn Hiền	
10.	Khảo sát sự hài lòng của người bệnh nội trú tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác năm 2023	101
	Đỗ Quang Hiếu, Ngô Minh Đức, Phạm Thị Mỹ, Hoàng Ánh Dương, Nguyễn Thị Thảo, Nguyễn Anh Thư, Nguyễn Hoàng Lợi	
11.	Mô hình gây vết thương mạn tính trên thực nghiệm	115
	Nguyễn Tiến Dũng	
12.	Báo cáo 1 trường hợp nổi thành công bóc toàn bộ da đầu	122
	Ngô Đức Hiệp, Phạm Phước Tiến, Võ Minh Tuấn, Hà Quang Lâm, Lê Phát Đạt	
13	Kiểm soát đau trong điều trị bỏng ở trẻ em	128
	Biên dịch: Đoàn Chí Thanh, Hồ Thị Vân Anh	

Ảnh bìa 1:

TABLE OF CONTENTS

SCIENTIFIC AND CLINICAL RESEARCH

1. Prevalence and degree of organ dysfunction at the time of diagnosis of septic shock in severe burn patients
Ngô Tuấn Hưng, Nguyễn Như Lâm, Nguyễn Hải An, Trần Đình Hưng, Trần Lê Nguyệt Minh 7
2. Evaluation of mortality predictors in burn patients with invasive mechanical ventilation
Nguyễn Như Lâm, Ngô Tuấn Hưng, Trần Đình Hưng 15
3. Evaluating the effectiveness of target-based hemodynamics adjustment in severe burn patients under USCOM guidance in the first 72 hours after burns
Hoàng Văn Vũ, Nguyễn Tiến Dũng 24
4. Initial evaluation of Antithrombin concentration changes and predictive value for pneumonia complications in inhalation injury patients
Trần Đình Hưng, Nguyễn Như Lâm, Nguyễn Thái Ngọc Minh, Đinh Thị Xuyennh 35
5. Studying effects of Polyhexamethylene Biguanide Hydrochloride (Latex HB®) in the treatment of infected wounds
Nguyễn Tiến Dũng, Chu Anh Tuấn, Trần Ngọc Diệp 44
6. Some factors related to the outcomes post-care for patients with knee osteoarthritis at 108 Military Central Hospital
Nguyễn Thị Thủy Nga, Lê Thanh Hà, Phương Thị Hương, Đinh Thị Tuyet, Hoàng Thị Việt Hà, Lương Tuấn Anh, Lai Thị Thu Huyền 55
7. Describable clinical and subclinical characteristics of patients with cesarean section scars treated by laparoscopic surgery at Thien An Hospital of Obstetrics and Gynecology
Phan Thị Dung, Nguyễn Minh Thuyet 63
8. Knowledge and factors associated with the prevention of occupational exposure to sharp instruments among nursing students at Yersin University of Dalat in 2023
Nguyễn Thị Hồng Hạnh, Hoàng Trung Tiến 77

-
- | | | |
|-----|---|-----|
| 9. | Assessment of patients' satisfaction using patient-controlled post-operative pain relief therapy at the Le Huu Trac National Burn Hospital
Hoang Thanh Thuy, Pham Thi Thu Huong, Hoang Kim Hue, Nguyen Tien Dung, Vo Van Hien | 94 |
| 10. | Survey on inpatient satisfaction at Le Huu Trac National Burns Hospital in 2023
Do Quang Hieu, Ngo Minh Duc, Pham Thi My, Hoang Anh Duong, Nguyen Thi Thao, Nguyen Anh Thu, Nguyen Hoang Loi | 101 |
| 11. | Chronic wound animal model
Nguyen Tien Dung | 115 |
| 12. | Report of 1 case of successful microsurgery of the whole scalp
Ngo Duc Hiep, Pham Phuoc Tien, Vo Minh Tuan, Ha Quang Lam, Le Phat Dat | 122 |
| 13. | Pain Management in Pediatric Burns: A Review of the Science behind It
Translator: Doan Chi Thanh, Ho Thi Van Anh | 128 |

TỶ LỆ VÀ MỨC ĐỘ RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TẠNG TẠI THỜI ĐIỂM CHẨN ĐOÁN SỐC NHIỄM KHUẨN Ở NGƯỜI BỆNH BỎNG NẶNG

Ngô Tuấn Hưng^{✉1,2}, Nguyễn Như Lâm^{1,2}, Nguyễn Hải An^{1,2},
Trần Đình Hùng^{1,2}, Trần Lê Nguyệt Minh³

¹Học viện Quân y,

²Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

³Bệnh viện Quân y 103

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ và mức độ rối loạn chức năng tạng tại thời điểm chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn ở người bệnh bỏng nặng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang 55 đợt sốc nhiễm khuẩn (SNK) trên 38 người bệnh bỏng nặng người lớn (16 - 60 tuổi) điều trị tại Khoa Hồi sức Cấp cứu (Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác) từ tháng 01/2023 - 6/2024.

Kết quả: Tất cả các đợt sốc nhiễm khuẩn (SNK), người bệnh đều có rối loạn tạng thần kinh và tuần hoàn theo thang điểm SOFA. Trong đó chủ yếu số đợt SNK có điểm SOFA = 2 với tạng thần kinh (85,45%), điểm SOFA = 1 với tạng tuần hoàn (92,73%). Phần lớn các đợt SNK đều có rối loạn tạng hô hấp theo thang điểm SOFA (74,54%), trong đó điểm SOFA ≥ 2 ở 52,73% đợt SNK. Rối loạn tạng thận, gan, huyết học theo thang điểm SOFA xuất hiện lần lượt 27,27%; 21,82% và 18,18% trong các đợt SNK. Điểm SOFA = 3 ở tạng gan và huyết học chỉ xuất hiện ở 1 đợt SNK (1,82%), ở tạng thận thấy ở 3 đợt SNK (5,45%). Điểm SOFA tổng có trung vị 5 điểm (4 - 6 điểm). Nồng độ TNF- α và IL-6 huyết tương có mối tương quan thuận, mức độ trung bình với tổng điểm SOFA ($p < 0,05$).

Kết luận: Tại thời điểm chẩn đoán SNK trên người bệnh bỏng nặng chủ yếu rối loạn thêm các tạng thần kinh và hô hấp.

Từ khóa: Bỏng, điểm SOFA, rối loạn chức năng đa tạng

ABSTRACT

Objective: Determine the prevalence and degree of organ dysfunction at the time of diagnosis of septic shock in severe burn patients.

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

Email: tuanhungvb@gmail.com

Ngày gửi bài: 05/1/2025; Ngày nhận xét: 12/2/2025; Ngày duyệt bài: 28/2/2025

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

Patients and method: A descriptive, cross-sectional study on 55 episodes of septic shock in 38 severe burns adult patients (16 - 60 years), treated at the Department of Emergency Resuscitation, Le Huu Trac National Burn Hospital from January 2023 to June 2024.

Results: In all septic shock episodes, patients had neurological and circulatory dysfunction according to the SOFA scale. In which, the majority of septic shock episodes had a SOFA = 2 for neurological organs (85.45%), and SOFA = 1 for circulatory organs (92.73%). Most septic shock episodes had respiratory dysfunction according to the SOFA score (74.54%), in which SOFA score ≥ 2 in 52.73% of septic shock episodes. Renal, hepatic, and hematological organ disorders according to SOFA score appeared in 27.27%, 21.82%, and 18.18%, respectively, during septic shock episodes. The SOFA score = 3 in liver and hematology appeared in only 1 episode of septic shock (1.82%), in kidney it was seen in 3 episodes of septic shock (5.45%).

The total SOFA score has a median of 5 points (4 - 6 points). Plasma TNF- α and IL-6 concentrations were positively and moderately correlated with SOFA total score ($p < 0.05$).

Conclusion: At the time of diagnosis of septic shock in severe burn patients, there were mainly additional dysfunction of the nervous and respiratory organs.

Keywords: Burn, SOFA score, Multi-Organ Dysfunction Syndrome (MODS).

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc nhiễm khuẩn (SNK) là tình trạng suy tuần hoàn cấp do tiến triển xấu từ tình trạng nhiễm khuẩn, làm giảm tưới máu và cung cấp oxy cho mô, nếu không được điều trị kịp thời có thể dẫn đến tổn thương tế bào không hồi phục, suy đa tạng và tử vong [1].

Sinh bệnh học của sốc nhiễm khuẩn là do phản ứng quá mức của cơ thể đối với nhiễm khuẩn, hậu quả là làm tăng tính thấm thành mạch, tụt huyết áp, toan chuyển hóa, rối loạn chức năng và mất chức năng các tạng. Thuật ngữ rối loạn chức năng đa tạng nhấn mạnh giai đoạn đầu của rối loạn chức năng tạng trước khi xảy ra tình trạng suy đa tạng. Hiện nay, thường sử dụng thuật ngữ rối loạn chức năng đa tạng (Multiorgan Dysfunction Syndrome/MODS) thay cho thuật ngữ suy đa tạng (Multiorgan Failure Syndrome/MOFS)

vì MOFS nhấn mạnh chức năng còn hoặc mất và nhấn mạnh khả năng không thể hồi phục về mặt chức năng. Tử vong do MODS chiếm khoảng 50% các trường hợp tử vong tại ICU [2].

Bong nặng được định nghĩa khi diện tích bong $\geq 20\%$ diện tích cơ thể (DTCT) hoặc diện tích bong sâu $\geq 5\%$ DTCT hoặc có bong hô hấp, hoặc bong do dòng điện cao thế [3]. Trên người bệnh bong nặng luôn tồn tại hội chứng đáp ứng viêm hệ thống, mất cân bằng phản ứng viêm, tăng quá trình dị hoá [4], có sự gia tăng đáng kể nồng độ các cytokin viêm và nội độc tố trong tuần hoàn, làm tăng mức độ rối loạn chức năng tạng khi có biến chứng SNK.

Mục tiêu của nghiên cứu là *Đánh giá tỷ lệ và mức độ rối loạn chức năng tạng tại thời điểm chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn ở người bệnh bong nặng.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu thực hiện tại Khoa Hồi sức Cấp cứu, Bệnh Viện Bỏng Quốc Gia Lê Hữu Trác từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2024.

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang. Đợt SNK tính từ lúc chẩn đoán SNK đến khi thoát SNK. Khoảng cách giữa các đợt SNK tính từ lúc thoát SNK đợt sốc trước đến lúc chẩn đoán SNK đợt sốc sau.

- Đối tượng nghiên cứu: 38 người bệnh (NB) bỏng nặng tuổi từ 16 đến 60 điều trị tại Khoa Hồi sức Cấp cứu, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác. Trong quá trình điều trị 38 người bệnh có 55 đợt SNK. Bỏng nặng được chẩn đoán theo Hiệp hội Bỏng Hoa Kỳ năm 1994 [3]. Chẩn đoán SNK theo tiêu chuẩn của Sepsis-3 năm 2016 [1]. Không có chấn thương kết hợp hoặc có bệnh tiểu đường, tim mạch, tăng huyết áp, suy thận, ung thư từ trước.

- Chỉ tiêu nghiên cứu: Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu (tuổi, giới tính, tác nhân

bỏng, thời điểm vào viện sau bỏng, thời điểm chẩn đoán SNK, số đợt SNK/Bệnh nhân); đặc điểm tổn thương bỏng (diện tích bỏng, diện tích bỏng sâu, bỏng hô hấp); điểm SOFA, điểm APACHE II, số tạng suy. Đánh giá suy tạng tuần hoàn, hô hấp, thần kinh, thận, máu theo Knaus W.A. và cộng sự (1985) [5]. Đánh giá suy tạng gan theo Durham R.M. và cộng sự (2003) [6]. Xét nghiệm yếu tố hoại tử u- α (TNF- α), interleukin-6 (IL-6) và nội độc tố vi khuẩn tại thời điểm chẩn đoán SNK.

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

- Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh của Học viện Quân y trước khi triển khai nghiên cứu (Số 18/2023/CNChT-HĐĐĐ ngày 10 tháng 01 năm 2023). Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Đặc điểm người bệnh nghiên cứu

Thông số		Giá trị (n = 38)
Tuổi, năm, $\bar{X} \pm SD$		35,11 $\pm$ 10,32
Giới tính, n (%)	Nam	33 (86,84)
	Nữ	5 (13,16)
Diện tích bỏng, % DTCT, $\bar{X} \pm SD$		61,08 $\pm$ 17,89
Diện tích bỏng sâu, % DTCT, $\bar{X} \pm SD$		36,89 $\pm$ 16,87
Tác nhân bỏng, n(%)	Nhiệt khô	32 (84,21)
	Điện	6 (15,79)
Thời điểm vào viện sau bỏng, giờ, trung vị (Q1 - Q3)		6 (4 - 21)
Bỏng hô hấp, n (%)		22 (57,89)
Thở máy lúc vào viện, n (%)		29 (76,32)

Các người bệnh đều bỏng nặng và rất nặng với diện tích bỏng là 61,08% và diện tích bỏng sâu là 36,89%. Nam giới chiếm chủ yếu (86,84%). Có 57,89%

người bệnh bị bỏng hô hấp. Thời điểm vào viện có 29 người bệnh có chỉ định thở máy (chiếm 76,32%).

Bảng 3.2. Số lần sốc, đợt sốc, khoảng cách giữa các đợt sốc

Thông số		Giá trị
Số lần sốc/người bệnh, n (%) (n = 38)	Sốc 1 lần	23 (60,53)
	Sốc 2 lần	13 (34,21)
	Sốc 3 lần	2 (5,26)
Số đợt sốc, n (%) (n = 55)	Sốc đợt 1	38 (69,09)
	Sốc đợt 2	15 (27,27)
	Sốc đợt 3	3 (5,45)
Thời gian từ khi bị bỏng đến khi sốc nhiễm khuẩn, ngày, $\bar{X} \pm SD$, (n = 38)		11,84 $\pm$ 5,42
Khoảng cách giữa các đợt sốc, ngày, trung vị (Q1 - Q3), (n = 17)		5,13 (4,63 - 8,04)

Thời gian trung bình từ khi bị bỏng đến khi chẩn đoán SNK là 14,38 ngày. Có 13 người bệnh sốc 2 lần (34,21%), 2 bệnh

nhân sốc 3 lần (5,26%). Khoảng cách giữa các đợt sốc là 5,13 ngày.

Bảng 3.3. Đặc điểm điểm SOFA, APACHE II và số tạng suy

Thông số	Phân nhóm	Giá trị (n = 55)
SOFA, điểm, trung vị (Q1 - Q3)	Thần kinh	2 (2 - 2)
	Tuần hoàn	1 (1 - 1)
	Hô hấp	2 (0 - 2)
	Thận	0 (0 - 1)
	Gan	0 (0 - 0)
	Huyết học	0 (0 - 0)
	Tổng	5 (4 - 6)
APACHE II, điểm, n (%)	≤ 10	0
	11 - 20	29 (52,73)
	21 - 30	26 (47,27)
	> 30	0
	$\bar{X} \pm SD$	20,82 $\pm$ 4,09
Số tạng suy, tạng, n (%)	0	7 (12,73)
	1	21 (38,18)
	2	19 (34,55)
	≥ 3	8 (14,55)
	$\bar{X} \pm SD$	1,51 $\pm$ 0,90

Điểm SOFA tổng có trung vị 5 điểm. Trong các tạng tính điểm SOFA, điểm SOFA tạng thần kinh là cao nhất (2 điểm), điểm SOFA tạng gan và huyết học thấp nhất (0 điểm).

Điểm APACHE II trung bình trong các đợt SNK là 20,82 điểm, nhiều nhất trong

khoảng 11 - 20 điểm (52,73%), không có đợt sốc nào APACHE II dưới 10 điểm hoặc trên 30 điểm.

Số tạng suy trung bình là 1,51 tạng, suy 1 tạng chiếm tỷ lệ nhiều nhất (38,18%), suy ≥ 3 tạng chiếm 14,55%.

Bảng 3.4. Tỷ lệ rối loạn chức năng tạng theo thang điểm SOFA

Tạng	Điểm SOFA (n = 55)				
	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	Tổng n (%)
Thần kinh (Điểm Glasgow)	5 (9,09)	47 (85,45)	0	0	55 (100)
Tuần hoàn (Thuốc trợ tim, vận mạch)	51 (92,73)	3 (5,45)	1 (1,82)	0	55 (100)
Hô hấp (Tỷ số PaO ₂ /FiO ₂)	12 (21,82)	20 (36,37)	9 (16,36)	0	41 (74,54)
Thận (Creatinin và số lượng nước tiểu)	7 (12,73)	5 (9,09)	3 (5,45)	0	15 (27,27)
Gan (Bilirubin toàn phần)	6 (10,91)	5 (9,09)	1 (1,82)	0	12 (21,82)
Huyết học (Tiểu cầu)	4 (7,27)	5 (9,09)	1 (1,82)	0	10 (18,18)

Tất cả các đợt SNK, người bệnh đều có rối loạn tạng thần kinh và tuần hoàn theo thang điểm SOFA. Trong đó chủ yếu số đợt SNK có điểm SOFA = 2 với tạng thần kinh (85,45%), điểm SOFA = 1 với tạng tuần hoàn (92,73%).

Phần lớn các đợt SNK đều có rối loạn tạng hô hấp theo thang điểm SOFA

(74,54%). Trong đó điểm SOFA ≥ 2 ở 52,73% đợt SNK.

Rối loạn tạng thận, gan, huyết học theo thang điểm SOFA xuất hiện phần nhỏ trong các đợt SNK (lần lượt 27,27%; 21,82% và 18,18%). Điểm SOFA = 3 ở tạng gan và huyết học chỉ xuất hiện ở 1 đợt SNK (1,82%), ở tạng thận thấy ở 3 đợt SNK (5,45%).

Bảng 3.5. Tương quan giữa nồng độ TNF- α , IL-6 và nội độc tố huyết tương với điểm SOFA thành phần

Điểm SOFA tạng	TNF- α		IL-6		Nội độc tố	
	r	p	r	p	r	p
Thần kinh	-0,12	0,40	-0,15	0,29	0,10	0,50
Tuần hoàn	-0,06	0,68	0,08	0,54	-0,05	0,73
Hô hấp	0,14	0,31	0,17	0,22	-0,22	0,15
Gan	0,06	0,67	0,21	0,12	0,30	0,05
Thận	0,34	0,01	0,18	0,18	-0,05	0,75
Huyết học	0,71	0,000	0,16	0,23	-0,04	0,81
Tổng điểm SOFA	0,49	0,0002	0,30	0,03	-0,03	0,87

Tại thời điểm chẩn đoán SNK, nồng độ TNF- α huyết tương có mối tương quan thuận, mức độ trung bình với điểm SOFA tạng thận và tổng điểm SOFA, mức độ chặt chẽ với điểm SOFA tạng huyết học ($p < 0,05$). Nồng độ IL-6 huyết tương có mối tương quan thuận, mức độ trung bình với tổng điểm SOFA ($p < 0,05$), không có mối tương quan với điểm SOFA các tạng thành phần ($p > 0,05$). Không có mối tương quan giữa nồng độ nội độc tố huyết tương với điểm SOFA các tạng và tổng điểm SOFA ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

SOFA là thang điểm được sử dụng phổ biến nhất ở người bệnh rối loạn chức năng tạng và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thang điểm SOFA và MODS trong tiên lượng tử vong. Đánh giá điểm SOFA hàng ngày giúp theo dõi diễn tiến bệnh lý và tình trạng rối loạn chức năng tạng theo thời gian và tiên lượng

nguy cơ tử vong ở người bệnh SNK trong các khoa cấp cứu và hồi sức tích cực [2].

Điểm SOFA đánh giá mức độ nghiêm trọng của 6 cơ quan trong cơ thể gồm thần kinh, tuần hoàn, hô hấp, gan, thận và máu. Tùy theo cách đánh giá tại thời điểm nào mà điểm SOFA tại thời điểm chẩn đoán SNK có sự thay đổi: Đánh giá tại thời điểm huyết áp tụt chưa sử dụng vận mạch điểm SOFA sẽ thấp hơn khi đánh giá vào thời điểm dùng vận mạch để huyết áp trung bình đạt trên 65 mmHg. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại thời điểm chẩn đoán SNK, điểm SOFA của chúng tôi tính tại thời điểm bolus dịch không hiệu quả, bắt đầu sử dụng thuốc vận mạch (không tính điểm sử dụng thuốc vận mạch). Do đó, điểm SOFA = 1 ở tạng tuần hoàn chiếm gần hết (92,73%).

Trong SNK, ngoài tạng tuần hoàn, tạng hô hấp thường là bị tổn thương đầu tiên do có cơ chế tương tự với SNK là tình

trạng đáp ứng viêm quá mức và rối loạn chức năng nội mô. Ở các bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, sự phát triển ARDS diễn ra nhanh chóng và là yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ tử vong bệnh viện [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhận định trên: Phần lớn các đợt SNK đều có rối loạn tạng hô hấp theo thang điểm SOFA (74,54%). Trong đó điểm SOFA ≥ 2 ở 52,73% đợt SNK.

Ở người bệnh thở máy, việc đánh giá điểm SOFA tạng thận kinh còn phụ thuộc vào lượng an thần sử dụng và tích lũy trong cơ thể. Do đó, nếu không xác định chính xác, các tác giả có thể sử dụng điểm glasgow giả định giống nhau trong quá trình đánh giá [8], [9].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có đến 46 đợt SNK người bệnh đang thở máy. Mặt khác, tất cả người bệnh của chúng tôi đều loại trừ chấn thương sọ não; duy trì giảm đau, an thần liên tục do tình trạng đau đớn quá mức trên người bệnh bỏng từ lúc vào viện. Chúng tôi chỉ tiến hành đánh giá ý thức hàng ngày vào buổi sáng sau cắt an thần, giảm đau 1 - 2 giờ, sau đó sử dụng lại. Có sự tích lũy giảm đau, an thần khác nhau ở các bệnh nhân. Do đó, trong nghiên cứu của chúng tôi, ở các đợt sốc người bệnh đang thở máy, chúng tôi quy ước điểm SOFA = 10 (loại trừ điểm lời nói) ở tất cả các thời điểm nếu tính điểm SOFA.

Do đó, trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn các đợt SNK đều có rối loạn tạng hô hấp theo thang điểm SOFA (74,54%). Trong đó điểm SOFA ≥ 2 ở 52,72% đợt SNK.

Rối loạn tạng thận, gan, huyết học theo thang điểm SOFA xuất hiện phần nhỏ trong các đợt SNK (lần lượt 27,27%; 21,82% và 18,18%). Điểm SOFA = 3 ở tạng gan và huyết học chỉ xuất hiện ở 1 đợt SNK (1,82%), ở tạng thận thấy ở 3 đợt SNK (5,45%) (bảng 3.4). Nguyên nhân có thể do rối loạn chức năng thận và gan thường do giảm tưới máu mô trong một thời gian nhất định. Các người bệnh của chúng tôi chẩn đoán SNK khi đang điều trị tại khoa, tụt huyết áp được phát hiện sớm và nâng huyết áp kịp thời.

Bên cạnh cơ chế giảm tưới máu thận gây hoại tử ống trong SNK, cơ chế giảm lọc cầu thận hậu quả của việc giãn các tiểu động mạch đi nhiều hơn các tiểu động mạch đến cũng góp phần quan trọng gây ra rối loạn chức năng thận. Các chất trung gian gây viêm cũng đóng vai trò quan trọng trong bệnh sinh của tổn thương thận cấp. TNF có tác dụng độc trực tiếp với thận, làm tăng sự chết theo chu trình của các tế bào thận [2].

Kết quả của chúng tôi cho thấy điều đó: Nồng độ TNF- α huyết tương có mối tương quan thuận, mức độ trung bình với điểm SOFA tạng thận.

Điểm SOFA tổng tại thời điểm chẩn đoán SNK trong nghiên cứu có trung vị là 5 điểm (khoảng tứ phân vị: 4 - 6). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Innocenti F. và cộng sự (2018) [10]. Tuy nhiên, thấp hơn các nghiên cứu trên người bệnh bỏng [11], [12]. Tác giả Lavrentieva A. và cộng sự phân tích 64 người bệnh bỏng có SNK thấy điểm SOFA ngày đầu SNK là 7,6 ở nhóm sống và 8,3 ở nhóm tử vong (các người bệnh đang sử dụng NE) [11].

Nghiên cứu của Mariano F. và cộng sự

(2020) trên 39 người bệnh bỏng nặng có biến chứng SNK thấy điểm SOFA lúc chẩn đoán SNK là 12 (10-14), trong đó điểm SOFA tuần hoàn toàn bộ bằng 4 điểm (đều sử dụng NE liều > 0,1 mcg/kg/phút) [12]. Điều này có thể do của chúng tôi tính tại thời điểm bolus dịch không hiệu quả, bắt đầu sử dụng thuốc vận mạch (không tính điểm sử dụng thuốc vận mạch).

5. KẾT LUẬN

Phần lớn các đợt SNK đều có rối loạn chức năng hô hấp theo thang điểm SOFA (74,54%), điểm SOFA hô hấp ≥ 2 ở 52,72% đợt SNK. Rối loạn chức năng thận (27,27%), rối loạn chức năng gan (21,82%) và giảm tiểu cầu < 150 G/L (18,18%). Nồng độ TNF- α và IL-6 huyết tương có mối tương quan thuận, mức độ trung bình với tổng điểm SOFA ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 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.
2. Trần Duy Anh (2023). Hội chứng rối loạn chức năng đa tạng. Giáo trình Hồi sức cấp cứu và chống độc, Nhà xuất bản Quân đội Nhân dân, Hà Nội, 1, tr. 57-83.
3. Aldemir M., Kara I.H., Girgin S., et al. (2005). Factors affecting mortality and epidemiological data in patients hospitalised with burns in Diyarbakir, Turkey. *South African Journal of Surgery*, 43(4): 159-162.
4. Zhang P., Zou B., Liou Y.-C., et al. (2021). The pathogenesis and diagnosis of sepsis post-burn injury. *Burns & Trauma*, 9
5. Knaus W.A., Draper E.A., Wagner D.P., et al. (1985) Prognosis in acute organ-system failure. *Annals of Surgery*, 202(6): 685.
6. Durham R.M., Moran J., Mazuski J.E., et al. (2003) Multiple organ failure in trauma patients. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 55(4): 608-616.
7. Mikkelsen M.E., Shah C.V., Meyer N.J., et al. (2013). The epidemiology of acute respiratory distress syndrome in patients presenting to the emergency department with severe sepsis. *Shock*, 40(5): 375-381.
8. Ferreira F.L., Bota D.P., Bross A., et al. (2001). Serial evaluation of the SOFA score to predict outcome in critically ill patients. *JAMA*, 286(14): 1754-1758.
9. Bastos P.G., Sun X., Wagner D.P., et al. (1993). Glasgow Coma Scale score in the evaluation of outcome in the intensive care unit: Findings from the Acute Physiology and Chronic Health Evaluation III study. *Critical care medicine*, 21(10): 1459-1465.
10. Innocenti F., Tozzi C., Donnini C., et al. (2018). SOFA score in septic patients: incremental prognostic value over age, comorbidities, and parameters of sepsis severity. *Internal and Emergency Medicine*, 13(405-412).
11. Lavrentieva A., Voutsas V., Konoglou M., et al. (2017). Determinants of outcome in burn ICU patients with septic shock. *Journal of burn care & research*, 38(1): e172-e179.
12. Mariano F., Depetris N., Malvasio V., et al. (2020). Coupled-plasma filtration and adsorption for severe burn patients with septic shock and acute kidney injury treated with renal replacement therapy. *Burns*, 46(1): 190-198.

ĐÁNH GIÁ CÁC YẾU TỐ DỰ BÁO TỬ VONG Ở NGƯỜI BỆNH BỎNG CÓ THÔNG KHÍ NHÂN TẠO XÂM NHẬP

Nguyễn Như Lâm^{1,2}, Ngô Tuấn Hưng^{✉1,2}, Trần Đình Hùng^{1,2}

¹Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

²Học viện Quân y

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các yếu tố dự báo tử vong ở người bệnh bỏng có thông khí nhân tạo xâm nhập (thở máy).

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 234 người bệnh bỏng có thở máy điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác từ tháng 01/2022 đến tháng 6 năm 2024, có kết quả rõ ràng: Sống hoặc tử vong bệnh viện (xin về tử vong coi như tử vong).

Kết quả: Ở nhóm tử vong, nguyên nhân đặt ống nội khí quản chủ yếu do bỏng hô hấp (56,33%), trong khi ở nhóm sống nguyên nhân đặt ống nội khí quản phần lớn do nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn (46,05%) ($p < 0,05$). So với nhóm cứu sống, nhóm tử vong có diện tích bỏng, diện tích bỏng sâu, số người bệnh bỏng hô hấp, số người bệnh bỏng vùng lưng, mông, chân, tay cao hơn đáng kể ($p < 0,05$).

Phân tích đa biến cho thấy, chỉ có diện tích bỏng sâu liên quan độc lập với tử vong ($p < 0,05$), giá trị tiên lượng tử vong ở mức tốt (AUC = 0,8). Thang điểm rBaux và ABSI có giá trị tiên lượng tử vong ở mức tốt. Thang điểm BOBI và RYAN có giá trị tiên lượng tử vong ở mức khá. SMR của chỉ số ABSI có trung vị gần với giá trị 1 nhất (1,13).

Kết luận: Diện tích bỏng sâu là yếu tố liên quan độc lập với tử vong. Thang điểm tối ưu dự báo khả năng cứu sống bệnh nhân bỏng có thở máy điều trị tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia là ABSI.

Từ khóa: Bỏng, thở máy, tử vong

ABSTRACT

Objectives: Evaluation of mortality predictors in burn patients with invasive mechanical ventilation.

Subjects and methods: 234 burn patients with mechanical ventilation treated at the intensive care unit, National Burn Hospital, from January 2022 to June 2024 have clear results: Survival or mortality in the hospital.

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

Email: tuanhungvb@gmail.com

Ngày gửi bài: 05/1/2025; Ngày nhận xét: 12/2/2025; Ngày duyệt bài: 28/2/2025

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

Results: In the group mortality, the main cause of intubation was inhalation injury (56.33%), while in the group that survived, the main cause of intubation was sepsis and septic shock (46.05%) ($p < 0.05$). Compared with the survival group, the mortality group had significantly higher burn extent, deep burn area, number of inhalation injury patients, number of burn patients on the back, buttocks, legs, and arms ($p < 0.05$). Multivariate analysis showed that only the deep burn area was independently associated with mortality ($p < 0.05$), with good predictive value for mortality (AUC = 0.8). The rBaux and ABSI scores had good predictive value for mortality. BOBI and RYAN scores had a fairly good predictive value for mortality. The median SMR of the ABSI index was closest to 1 (1.13).

Conclusion: The deep burn area was independently associated with mortality. The optimal score to predict mortality in burn patients with invasive ventilation treated at the National Burn Hospital was ABSI.

Keywords: Burn, ventilation, mortality

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giảm và loại bỏ đau là xu hướng trong quá trình điều trị bỏng hiện nay, đặc biệt là các người bệnh diện tích bỏng rộng và diện tích độ sâu lớn, cần phải phẫu thuật nhiều lần. Do vậy, việc đánh giá và kiểm soát đường thở rất quan trọng. Bên cạnh đó, chỉ định thông khí nhân tạo xâm nhập (thở máy) thể tích thấp là chỉ định tuyệt đối trong điều trị bỏng hô hấp. Trong các trường hợp sốc nhược, nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn, thời điểm chỉ định thở máy thường phụ thuộc vào quyết định của các nhà lâm sàng. Theo thông báo có sự gia tăng đáng kể số lượng người bệnh bỏng được chỉ định thở máy trên toàn thế giới [1]. Sự gia tăng này liên quan đến kiểm soát đường thở tích cực trong chiến lược giảm và loại bỏ đau trên người bệnh bỏng, nâng cao chất lượng cuộc sống và các hướng dẫn quốc tế [1], [2]. Tuy nhiên, viêm phổi xuất hiện tăng lên trong và sau thở máy, khiến thở máy trở thành yếu tố tiên lượng tử vong ở người bệnh bỏng [3], [4], [5].

Với sự phát triển các đơn vị điều trị, chăm sóc bỏng chuyên biệt, tỷ lệ tử vong ở người bệnh bỏng nặng trên toàn thế giới

đã giảm. Tuy nhiên, các báo cáo cho thấy tỷ lệ tử vong ở các người bệnh bỏng nặng có thở máy cao hơn đáng kể [6], [7].

Mục tiêu của nghiên cứu này là *Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến tử vong ở người bệnh bỏng có thở máy tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2024.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

* *Đối tượng nghiên cứu:* 234 người bệnh bỏng có thở máy điều trị tại Khoa Hồi sức Cấp cứu, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác từ 01/2022 đến tháng 6 năm 2024.

* *Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:* Người bệnh bị bỏng có thông khí nhân tạo, kết quả rõ ràng: Sống hoặc tử vong bệnh viện.

* *Phương pháp nghiên cứu:* Nghiên cứu hồi cứu, mô tả.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu: Đặc điểm người bệnh nghiên cứu bao gồm tuổi, giới tính, bệnh kết hợp (BKH), chấn thương kết hợp (CTKH); đặc điểm tổn thương bỏng (tác nhân bỏng, diện tích bỏng (DTB), diện tích bỏng sâu (DTBS), bỏng hô hấp (BHH); chỉ định thở máy, thời gian thở máy, thời gian nằm ICU, kết quả điều trị (sống hoặc tử vong).

- Các thông số so sánh giữa nhóm sống và nhóm tử vong. Số liệu được phân tích bằng phần mềm Stata 14.0, giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

- Để đánh giá khả năng dự báo của từng thang điểm tiên lượng tử vong trên bệnh nhân bỏng (rBaux, ABSI, BOBI và Ryan - phụ lục), chúng tôi sử dụng tỷ suất tử vong chuẩn (SMR- standard mortality ratio) và diện tích dưới đường cong (AUC - Area under the curve).

- SMR được tính như sau [8]:

$SMR = \text{số tử vong thực tế} / \text{số tử vong theo lý thuyết}$

+ $SMR = 1$ khả năng dự báo chính xác 100%

+ $SMR < 1$ khả năng dự báo cao hơn thực tế

+ $SMR > 1$ khả năng dự báo thấp hơn thực tế

- 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

+ $AUC = 0,8 \div 0,9$: Giá trị tiên lượng tốt

+ $AUC = 0,7 \div 0,8$: Giá trị tiên lượng khá.

+ $AUC = 0,6 \div 0,7$: 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

Từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 6 năm 2024 có 1.189 người bệnh bỏng nhập điều trị tại Khoa Hồi sức Cấp cứu (Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác). Trong đó có 313 người bệnh có thở máy, chiếm 26,32%.

Có 234 người bệnh thở máy đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn. Trong đó 158 người bệnh tử vong, chiếm 67,52%. Trong 76 người bệnh sống sót, có 19 người bệnh thở máy từ 3 ngày trở xuống gồm 4 người bệnh bỏng hô hấp, 2 người bệnh sốc bỏng và 13 người bệnh sốc nhiễm khuẩn.

Bảng 3.1. Liên quan giữa đặc điểm người bệnh và tử vong

Thông số	Phân nhóm	Tổng (n = 234)	Cứu sống (n = 76)	Tử vong (n = 158)	p
Nhóm tuổi, n (%)	< 6	21 (8,97)	10 (13,16)	11 (6,96)	0,07
	6 - 16	12 (5,13)	4 (5,26)	8 (5,06)	
	16 - 60	172 (73,50)	58 (76,32)	114 (72,15)	
	> 60	29 (12,39)	4 (5,26)	25 (15,82)	
Nam giới, n (%)		175 (74,79)	62 (81,58)	113 (72,52)	0,1
Bệnh kết hợp, n (%)		26 (11,11)	7 (9,21)	19 (12,03)	0,52
Chấn thương kết hợp, n (%)		16 (6,84)	10 (13,16)	6 (3,80)	0,008
Nguyên nhân thông khí nhân tạo xâm nhập, n (%)	Bỏng hô hấp	117 (50)	28 (36,84)	89 (56,33)	0,000
	Sốc bỏng	37 (15,81)	6 (7,89)	31 (19,62)	
	Chấn thương kết hợp	2 (0,85)	0	2 (1,27)	
	ARDS	11 (4,7)	7 (9,21)	4 (2,53)	
	Nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn	67 (28,63)	35 (46,05)	32 (20,25)	
Thở máy trước khi vào viện, n (%)		113 (48,29)	25 (32,89)	88 (55,70)	0,001

Ở nhóm tử vong nguyên nhân đặt ống
chủ yếu do bỏng hô hấp (56,33%), trong
khi ở nhóm sống nguyên nhân đặt ống
phần lớn do nhiễm khuẩn huyết và sốc
nhiễm khuẩn (46,05%), sự khác biệt có ý
nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Thở máy trước
khi vào viện ở nhóm tử vong cao hơn đáng
kể so với nhóm sống sót ($p < 0,05$).

Bảng 3.2. Liên quan giữa đặc điểm tổn thương bỏng và tử vong

Thông số	Phân nhóm	Tổng (n = 234)	Cứu sống (n = 76)	Tử vong (n = 158)	p
Tác nhân bỏng, n(%)	Nhiệt khô	181 (77,35)	55 (72,37)	126 (79,75)	0,51
	Nhiệt ướt	21 (8,97)	7 (9,21)	14 (8,86)	
	Điện	28 (11,97)	12 (15,79)	16 (10,13)	
	Hóa chất	4 (1,71)	2 (2,63)	2 (1,27)	
DTB, % DTCT, trung vị (Q1 - Q3)		57 (35 - 72)	36 (21,5 - 56,5)	62 (50 - 80)	0,000
DTBS, % DTCT, trung vị (Q1 - Q3)		30 (12 - 49)	13 (5 - 21,5)	37 (23 - 53)	0,000
Bỏng hô hấp, n (%)		118 (50,43)	29 (38,16)	89 (56,33)	0,01
Bỏng vùng đầu, mặt, n (%)		188 (80,34)	63 (82,89)	125 (79,11)	0,50
Bỏng vùng lưng, n (%)		200 (85,47)	53 (69,74)	147 (93,04)	0,000
Bỏng vùng ngực, bụng, n (%)		210 (89,74)	65 (85,53)	145 (91,77)	0,14
Bỏng vùng mông, n (%)		121 (51,71)	27 (35,53)	94 (59,49)	0,001
Bỏng vùng chân, tay, n (%)		158 (67,52)	2 (22,22)	156 (69,33)	0,003

So với nhóm cứu sống, nhóm tử vong
có diện tích bỏng, diện tích bỏng sâu, số
người bệnh bỏng hô hấp, số người bệnh
bỏng vùng lưng, mông, chân, tay cao hơn
đáng kể ($p < 0,05$).

Bảng 3.3. Phân tích đa biến cho tử vong

Thông số	Coef. 95%CI	OR 95%CI	p
Chấn thương kết hợp	-0,50 (-1,69 - 0,69)	0,61 (0,18 - 1,99)	0,41
Nguyên nhân thở máy	-0,36 (-0,75 - 0,04)	0,70 (0,47 - 1,04)	0,08
Thở máy trước vào viện	-0,28 (-1,29 - 0,72)	0,75 (0,28 - 2,06)	0,58
Diện tích bỏng (DTB)	0,01 (-0,01 - 0,04)	1,01 (0,99 - 1,04)	0,19
Diện tích bỏng sâu (DTBS)	0,05 (0,02 - 0,07)	1,05 (1,02 - 1,08)	0,00
Bỏng hô hấp (BHH)	-1,00 (-2,41 - 0,40)	0,37 (0,09 - 1,49)	0,16
Bỏng vùng lưng	0,40 (-0,69 - 1,49)	1,50 (0,50 - 4,45)	0,47
Bỏng vùng mông	-0,13 (-0,91 - 0,64)	0,88 (0,40 - 1,90)	0,7
Bỏng vùng chi	-0,21 (-2,12 - 1,70)	0,81 (0,12 - 5,47)	0,83
_cons	0,31 (-2,08 - 2,69)	1,36 (0,12 - 14,80)	0,80

Chỉ có diện tích bỏng sâu liên quan độc lập với tử vong ($p < 0,05$).

Bảng 3.4. Giá trị tiên lượng tử vong của các thông số

Thông số	Điểm cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Độ chính xác	AUC (95%CI)
DTBS	22	77,22	75	76,50	0,80 (0,75 - 0,86)
rBaux	104	66,46	80,26	70,94	0,80 (0,74 - 0,86)
ABSI	11	64,56	86,84	71,79	0,81 (0,75 - 0,86)
BOBI	4	67,09	63,16	65,81	0,74 (0,68 - 0,81)
Ryan	2	57,59	75	63,25	0,73 (0,66 - 0,79)

Thang điểm rBaux, ABSI và diện tích bông sâu có giá trị tiên lượng tử vong ở mức tốt. Thang điểm BOBI và Ryan có giá trị tiên lượng tử vong ở mức khá.

Bảng 3.5. Tỷ suất tử vong chuẩn của các thang điểm

Thang điểm	Tử vong dự báo, % Trung vị (Q1 - Q3)	Tử vong thực tế, %	SMR
rBaux	31,95 (8,44 - 76,52)	67,52	2,11
ABSI	60 (30 - 90)		1,13
BOBI	20 (10 - 50)		3,38
RYAN	3 (3 - 33)		22,5

SMR của chỉ số ABSI có trung vị gần với giá trị 1 nhất (1,13).

Bảng 3.6. Liên quan giữa thời gian thở máy và một số thông số

Thông số	Nhóm sống (n = 76)			Nhóm tử vong (n = 158)		
	Coef.	OR	p	Coef.	OR	p
Nhóm tuổi	0,03		0,99	0,003		0,65
Diện tích bông	0,19	1,10	0,001	0,08		0,71
Diện tích bông sâu	0,40	1,21	0,000	0,12		0,55
Bông hô hấp	4,74		0,09	0,03		0,17
Bệnh kết hợp	6,89		0,15	-0,03		0,36
Chấn thương kết hợp	-2,15		0,60	-0,03		0,61
Nhiễm khuẩn huyết	0,048	1,05	0,03	0,11	1,12	0,000
Sốc nhiễm khuẩn	0,052	1,05	0,02	0,09	1,10	0,000
Ngày nằm điều trị hồi sức	0,09		0,26			

Ở nhóm sống, tăng 1% diện tích bóng và diện tích bóng sâu làm tăng thời gian thở máy 1,1 và 1,21 lần ($p < 0,01$). Thời gian thở máy không liên quan đến thời gian nằm điều trị hồi sức ở nhóm sống ($p > 0,05$).

Ở nhóm tử vong, người bệnh có biến chứng nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn làm tăng thời gian thở máy 1,12 và 1,1 lần ($p < 0,01$).

4. BÀN LUẬN

Tỷ lệ người bệnh bóng nhập viện từ tháng 01/2022 đến tháng 6/2024 có thở máy chiếm 26,32%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác, tỷ lệ bệnh nhân bóng có thở máy dao động từ 22 đến 26,9% [3], [4], [5].

Chỉ định thở máy, thời điểm thở máy trên người bệnh bóng chưa đồng nhất, đó là một quyết định phức tạp phụ thuộc vào các thông số lâm sàng, cận lâm sàng, kinh nghiệm của bác sĩ, đặc biệt trên các người bệnh có các dấu hiệu gợi ý bóng hô hấp, các người bệnh bóng vùng đầu, mặt, cổ. Theo hướng dẫn của Hội Bóng thế giới nên đặt ống nội khí quản, thở máy khi có nghi ngờ có bóng hô hấp [2], [5]. Khi thực hiện công tác chỉ đạo tuyến, chúng tôi cũng hướng dẫn cho tuyến dưới nên đặt ống nội khí quản, thở máy trước khi chuyển lên Bệnh viện Bóng Quốc gia Lê Hữu Trác điều trị khi có nghi ngờ bóng hô hấp.

Do vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có đến 48,29% người bệnh được thở máy trước khi vào Bệnh viện Bóng Quốc gia Lê Hữu Trác điều trị. Tuy nhiên có 6 người bệnh (4 người bệnh bóng hô hấp, 2 người bệnh sốc bóng) đã được rút ống nội khí quản trong 3 ngày đầu sau bóng do xác định không có tổn thương bóng hô hấp khi

nội soi khí phế quản và/hoặc diễn biến lâm sàng tốt lên không cần hỗ trợ thở máy.

Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi là 67,52%, cao hơn so với các nghiên cứu khác (dao động từ 12 đến 60%) [4], [7], [9], [10]. Nguyên nhân do diện tích bóng, diện tích bóng sâu, bóng hô hấp trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều so với các nghiên cứu trên. Diện tích bóng, diện tích bóng sâu và bóng hô hấp là các yếu tố chính liên quan đến tử vong trên bệnh nhân bóng [4], [7], [10]. Kết quả bảng 3 cũng cho thấy, diện tích bóng sâu liên quan độc lập với tử vong ($p < 0,05$), giá trị tiên lượng tử vong ở mức tốt ($AUC = 0,8$; điểm cắt: 22% DTCT; độ nhạy: 77,22%; độ đặc hiệu: 75%).

Các thang điểm tiên lượng được xây dựng dựa trên cơ sở dữ liệu của từng quốc gia về người bệnh bóng. Hiện nay, các thang điểm phổ biến gồm rBaux, ABSI, BOBI, Ryan... Mỗi thang điểm đều có ưu và nhược điểm riêng, việc áp dụng thang điểm nào phụ thuộc vào nghiên cứu thực tiễn trên cơ sở dữ liệu từng quốc gia trên bệnh nhân bóng, bên cạnh đó phải đảm bảo giá trị thuận tiện và dễ dàng sử dụng.

Trong nghiên cứu này, so sánh giá trị tiên lượng của các thang điểm tiên lượng dựa trên cơ sở dữ liệu của chúng tôi thấy thang điểm ABSI có giá trị tiên lượng tử vong cao nhất ($AUC = 0,81$). Khi sử dụng tỷ suất tử vong chuẩn để đánh giá các thang điểm với tỷ lệ tử vong thực tế thì SMR của thang điểm ABSI là gần với giá trị 1 nhất (1,13). Điều đó cho thấy, trong số các thang điểm tiên lượng hiện hành, thang điểm tối ưu nhất dự báo khả năng cứu sống người bệnh bóng có thở máy điều trị tại Bệnh viện Bóng Quốc gia Lê

Hữu Trác là thang điểm ABSI.

Kết quả bảng 3.6 thấy rằng, tăng 1% diện tích bỏng và diện tích bỏng sâu làm tăng thời gian thở máy thêm lần lượt 0,19 lần và 0,4 lần ($p < 0,05$). Điều này liên quan đến chiến lược điều trị của chúng tôi: Kiểm soát đường thở tích cực trong giảm và loại bỏ đau trên người bệnh bỏng, các người bệnh bỏng diện rộng cần thời gian liên lâu hơn, cũng như các người bệnh có diện tích bỏng sâu lớn cần nhiều lần phẫu thuật hơn. Với sự chăm sóc thở máy tốt và chiến lược kiểm soát áp lực đường thở tránh các biến chứng do thở máy gây ra, thời gian thở máy không liên quan đến thời gian điều trị tại hồi sức cấp cứu. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Costa S. và cộng sự (2024) [11].

5. KẾT LUẬN

Diện tích bỏng sâu là yếu tố liên quan độc lập với tử vong. Thang điểm tối ưu dự báo khả năng cứu sống người bệnh bỏng có thở máy điều trị tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác là ABSI.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Orozco-Peláez Y.A. (2018). Airway burn or inhalation injury: Should all patients be intubated? Colombian Journal of Anesthesiology, 46 (2S), 26-31.
2. Brychta P. (2011). European practice guidelines for burn care: minimum level of burn care provision in Europe. Handbook of Burns: Acute Burn Care Volume 1, Springer, 97-102.
3. Lip H.T.C., Idris M.A.M., Imran F.-H. et al. (2019). Predictors of mortality and validation of burn mortality prognostic scores in a Malaysian burns intensive care unit. BMC Emergency Medicine, 19, 1-7.
4. Gigengack R.K., van Baar M.E., Cleffken B.I. et al. (2019). Burn intensive care treatment over the last 30 years: Improved survival and shift in case-mix. Burns, 45 (5), 1057-1065.
5. Folwell J.S., Basel A.P., Britton G.W. et al. (2021). Mechanical ventilation strategies in the critically ill burn patient: A practical review for clinicians. European Burn Journal, 2 (3), 140-151.
6. Tan Chor Lip H., Tan J.H., Thomas M. et al. (2019). Survival analysis and mortality predictors of hospitalized severe burn victims in a Malaysian burns intensive care unit. Burns & trauma, 7(3), 1-8.
7. Göldoğan C.E., Kendirci M., Gündoğdu E. et al. (2019). Analysis of factors associated with mortality in major burn patients. Turkish journal of surgery, 35 (3), 155.
8. Steinvall I., Elmasry M., Fredrikson M. et al. (2016). Standardised mortality ratio based on the sum of age and percentage total body surface area burned is an adequate quality indicator in burn care: an exploratory review. Burns, 42 (1), 28-40.
9. Leung C., Lee S. (1992). Morbidity and mortality in respiratory burns prospective study of 240 cases. Annals of the Academy of Medicine, Singapore, 21 (5), 619-623.
10. Jeschke M.G., Pinto R., Kraft R. et al. (2015). Morbidity and survival probability in burn patients in modern burn care. Critical care medicine, 43 (4), 808-815.
11. Costa S., Ferros C., Reigota A. et al. (2024). Prognostic Scores for Mortality in Invasive Mechanically Ventilated Burn Patients. Cureus, 16 (6), 1-11.

Thông số	Đặc điểm	Điểm
Diện tích bông	1 - 10	1
	11 - 20	2
	21 - 30	3
	31 - 40	4
	41 - 50	5
	51 - 60	6
	61 - 70	7
	71 - 80	8
	81 - 90	9
	91 - 100	10
Điểm ABSI và khả năng cứu sống		
ABSI	Mức độ nặng	Khả năng cứu sống (%)
2 - 3	Nhẹ	≥ 99
4 - 5	Trung bình	98
6 - 7	Nặng	80 - 90
8 - 9	Rất nặng	50 - 70
10 - 11	Nghiêm trọng	20 - 40
≥ 12	Tử vong	≤ 10

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU CHỈNH HUYẾT ĐỘNG THEO MỤC TIÊU Ở NGƯỜI BỆNH BỎNG NẶNG DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA USCOM TRONG 72 GIỜ ĐẦU SAU BỎNG

Hoàng Văn Vực[✉], Nguyễn Tiến Dũng

Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều chỉnh huyết động theo mục tiêu dưới hướng dẫn của USCOM trên người bệnh (NB) bỏng nặng trong 72 giờ đầu sau bỏng.

Đối tượng, phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 30 người bệnh bỏng nặng vào điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu (Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác) trong vòng 8 giờ đầu sau bỏng, từ tháng 8/2023 - 5/2024.

Người bệnh được theo dõi và hồi sức dịch thể dưới hướng dẫn của USCOM, theo dõi sự biến đổi các thông số huyết động đo bằng USCOM, đánh giá hiệu quả hồi sức dịch thể theo USCOM thông qua tần số mạch, huyết áp trung bình (HATB) và áp lực tĩnh mạch trung ương (CVP) theo mục tiêu ở các thời điểm 8 giờ (T1), 24 giờ (T2), 48 giờ (T3) và 72 giờ (T4) sau bỏng.

Kết quả: Các thông số huyết động đánh giá tuần hoàn chung và tiền gánh (CO/CI, SV/SVI, FTc) đều giảm thấp ngay sau bỏng và trở về giới hạn bình thường sau khi bồi phụ đầy đủ thể tích tuần hoàn, CVP có mối tương quan chặt với các thông số đánh giá tiền gánh ($r_{SVI} = 0,5268$, $r_{SVV} = -0,6867$, $r_{FTc} = 0,7804$). Tần số mạch của người bệnh biến đổi không đều, nhanh 90 lần/phút, tuy nhiên không vượt quá 120 lần/phút. Huyết áp trung bình (HATB) đều cao hơn 65 mmHg từ khi nhập viện cho đến hết 72 giờ. CVP giảm thấp dưới ngưỡng giá trị bình thường (< 8 mmHg) trong những giờ đầu sau bỏng, sau 48 giờ bắt đầu trở về giới hạn cho phép ≥ 8 mmHg.

Ở thời điểm T3 và T4, 100% người bệnh đạt mục tiêu HATB ≥ 65 mmHg. Thời điểm T3, có 50% số người bệnh đạt mục tiêu CVP ≥ 8 mmHg và đạt 100% ở thời điểm T4.

Kết luận: Sau 72 giờ hồi sức dịch thể theo mục tiêu dưới hướng dẫn của USCOM, 100% người bệnh đều đạt mục tiêu điều trị về các giá trị tần số mạch, HATB và CVP.

Từ khoá: Người bệnh bỏng nặng, hồi sức dịch thể, mạch, huyết áp trung bình, áp lực tĩnh mạch trung ương, USCOM

ABSTRACT

¹Chịu trách nhiệm: Hoàng Văn Vực, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

Email: hoangvuk43hvgv@gmail.com

Ngày gửi bài: 10/01/2025; Ngày nhận xét: 15/2/2025 Ngày duyệt bài: 28/2/2025

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

Objective: To evaluate the effectiveness of target-based hemodynamic adjustment under USCOM guidance in severe burn patients within the first 72 hours after burns.

Subject and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 30 severe burn patients who were treated in the Intensive Care Unit of the National Burn Hospital within 8 hours after burns, from August 2023 to May 2024. Patients were monitored and resuscitated under USCOM guidance, monitoring changes in hemodynamic parameters measured by USCOM, evaluating the effectiveness of resuscitation according to USCOM through pulse rate, mean blood pressure (BP) and central venous pressure (CVP) according to the target at 8 hours (T1), 24 hours (T2), 48 hours (T3) and 72 hours (T4) post-burn.

Results: Hemodynamic parameters assessing general circulation and preload (CO/CI, SV/SVI, FTc) all decreased immediately post-burn and returned to normal ranges after resuscitation. CVP was closely correlated with preload assessment parameters ($r_{SVI} = 0,5268$, $r_{SVV} = -0,6867$, $r_{FTc} = 0,7804$). The patient's heart rate was higher than 90 beats per minute but not exceeding 120 beats per minute. MAP remained consistently above 65 mmHg from admission to 72 hours. CVP dropped below the normal value (< 8 mmHg) during 48 hours after the burn and which returned to the normal value (≥ 8 mmHg) after 48 hours.

At times T3 and T4, 100% of patients reached the target MAP ≥ 65 mmHg. At times T3, 50% of patients achieved the target CVP ≥ 8 mmHg, reaching 100% at T4.

Conclusion: After 72 hours of target-based fluid resuscitation under USCOM guidance, 100% of patients achieved treatment goals for heart rate, MAP, and CVP.

Keywords: Severe burn patient, Fluid resuscitation, Heart rate, Mean arterial pressure, Central venous pressure, USCOM

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

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 và độ sâu lớn sẽ gây rối loạn toàn bộ các cơ quan trong cơ thể, tạo nên bệnh bỏng. Trong đó, sốc bỏng là giai đoạn đầu tiên của bệnh bỏng với những đáp ứng cấp tính của cơ thể đối với chấn thương bỏng, được đặc trưng bằng tình trạng rối loạn huyết động do giảm khối lượng máu lưu hành, thoát dịch, thoát huyết tương từ lòng mạch ra ngoài khoảng gian bào [1].

Hồi sức dịch thể là biện pháp điều trị quan trọng hàng đầu để bù đắp khối

lượng máu lưu hành, duy trì huyết áp, chống thiếu niệu và vô niệu, giảm các rối loạn chuyển hóa, điện giải và cân bằng kiềm toan. Tuy nhiên, nếu hồi sức dịch thể không đủ sẽ gây giảm tưới máu mô và các tạng, sốc tiến triển thành sốc nhược không hồi phục. Ngược lại, truyền dịch quá nhiều cũng gây các biến chứng do quá tải dịch như: phù phổi, ARDS, suy tim... Do đó, để hồi sức dịch thể có hiệu quả, việc theo dõi sát tình trạng huyết động là vô cùng cần thiết [1].

Với sự tiến bộ của khoa học công nghệ, các phương pháp thăm dò huyết động khác ít xâm lấn hơn như PiCCO được sử dụng ở nhiều trung tâm hồi sức.

Tuy nhiên, kỹ thuật này mặc dù cho kết quả chính xác nhưng giá thành cao, kỹ thuật phức tạp khó áp dụng rộng rãi và còn có nhiều biến chứng [2]. Trên bệnh nhân bỏng nguy cơ này còn cao hơn khi đường xâm nhập gần vết thương bỏng. Gần đây, phương pháp đo cung lượng tim bằng siêu âm Doppler (USCOM - Ultrasonic cardiac output monitor) hoàn toàn không xâm lấn đang được phát triển với nhiều ưu điểm: nhanh, chính xác, dễ thực hiện và thực hiện được nhiều lần nên có thể áp dụng rộng rãi được, ít chống chỉ định, không có tai biến.

Trên thế giới, USCOM được đưa vào sử dụng ở nhiều quốc gia từ những năm 2005 và đạt được những kết quả tốt. Ở Việt Nam, USCOM bắt đầu đưa vào sử dụng để đánh giá cung lượng tim ở một số bệnh viện lớn. Năm 2017, USCOM bắt đầu sử dụng tại Khoa Hồi sức cấp cứu (Bệnh viện Bỏng Quốc Gia Lê Hữu Trác) nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá hệ thống tình trạng huyết động của bệnh nhân trong 72 giờ đầu sau bỏng, cũng như hiệu quả hỗ trợ điều trị bằng kỹ thuật này.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả điều chỉnh huyết động theo mục tiêu dựa trên hướng dẫn của USCOM trên người bệnh bỏng nặng trong 72 giờ đầu.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

30 người bệnh bị bỏng, trên 18 tuổi vào điều trị nội trú tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Bỏng Quốc Gia Lê Hữu Trác trong vòng 8 giờ đầu sau bỏng, từ tháng 08/2023 - 05/2024.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:*

+ Diện tích bỏng chung từ 30% - 80%.

+ Diện tích bỏng sâu từ $\leq 50\%$

- *Tiêu chuẩn loại trừ:*

+ Người bệnh có các chấn thương kết hợp.

+ Người bệnh có tình trạng bệnh lý tim mạch từ trước: Bệnh van tim, suy tim nặng, loạn nhịp tim...

+ Người bệnh không đo được USCOM: Các u lành tính, ác tính vùng cổ trước, sẹo mở khí quản cũ, bỏng sâu độ IV, V vùng cổ trước,...

* **Chất liệu nghiên cứu**

Máy USCOM-1A do công ty USCOM - Australia sản xuất

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:*

Nghiên cứu mô tả, cắt ngang.

* *Thời điểm nghiên cứu:*

Thời điểm T0 (nhập viện), T1 (8 giờ sau bỏng), T2 (24 giờ sau bỏng), T3 (48 giờ sau bỏng), T4 (72 giờ sau bỏng).

* *Nghiên cứu lâm sàng:*

- Xác định các đặc điểm chung: Người bệnh nhập viện vào Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, được xác định các đặc điểm: Tuổi, giới tính, diện tích bỏng chung, diện tích bỏng sâu. Tỷ lệ bỏng hô hấp và tác nhân gây bỏng.

- Chẩn đoán, điều trị và chăm sóc người bệnh bỏng theo quy trình của Bệnh viện Quốc gia Lê Hữu Trác.

- Theo dõi, điều chỉnh hồi sức dịch thể bằng USCOM: Hồi sức dịch thể ban đầu

theo công thức Parkland và điều chỉnh khi có bông hô hấp [1, 3].

Điều chỉnh tốc độ dịch truyền theo đáp ứng huyết động: Điều chỉnh tốc độ dịch truyền theo các thông số huyết được đo bằng máy USCOM tại các thời điểm T0, T1, T2, T3 và T4. Tại mỗi thời điểm đo, tiến hành đo 3 lần liên tiếp, mỗi lần cách nhau 3 - 5 phút rồi lấy giá trị trung bình. Nếu chỉ số nhất bốp (Stroke Volume Index -SVI) < 35 ml/min/m² và thời gian tổng máu hiệu chỉnh (Corrected Flow Time - FTc) < 350 ms: Tăng tốc độ dịch truyền 20%. Tại các thời điểm đo, điều chỉnh tốc độ dịch để sớm đạt mục tiêu ($35 \leq \text{SVI} \leq 65 \text{ ml/min/m}^2$; $350 \leq \text{FTc} \leq 450 \text{ ms}$). Đánh giá, kiểm chứng bằng giá trị lâm sàng: huyết áp động mạch trung bình đạt 65mmHg, số lượng nước tiểu đạt 0,5 - 1 ml/kg/h. Nếu SVI đạt 35 - 65 ml/min/m² và FTc đạt 350 - 450 ms: Kiểm soát, duy trì tốc độ dịch truyền (đã được ước tính theo công thức Parkland) để duy trì huyết áp động mạch trung bình > 65 mmHg, số lượng nước tiểu đạt 0,5 - 1 ml/kg/h. Nếu SVI > 65 ml/min/m² và FTc > 450 ms: Giảm tốc độ dịch truyền 20% và kiểm chứng bằng giá trị lâm sàng: huyết áp động mạch trung bình đạt 65 mmHg, số lượng nước tiểu đạt 0,5 - 1 ml/kg/h.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu: Tại các thời điểm nghiên cứu T0, T1, T2, T3 và T4 tiến hành đánh giá hiệu quả điều chỉnh huyết động theo mục tiêu dưới hướng dẫn của USCOM:

+ Sự biến đổi về tần số mạch, huyết áp trung bình, huyết áp tĩnh mạch trung ương (Central Venous Pressure - CVP).

+ Kết quả điều trị theo mục tiêu sau 24 giờ và 72 giờ của các chỉ tiêu về huyết động: Huyết áp trung bình và CVP.

** Xử lý số liệu:*

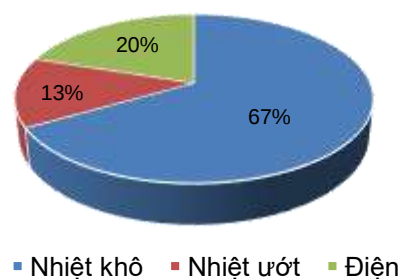
Số liệu nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm Stata version 17.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

** Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu*

30 người bệnh bỏng được đưa vào nghiên cứu có độ tuổi trung bình 36 ± 13 tuổi, chủ yếu là nam giới với tỷ lệ nam/nữ: 27/3, nhập viện trong vòng 8 giờ đầu sau bỏng ($4 \pm 2,06$ giờ). Diện bỏng chung $50 \pm 14,32\%$ và diện bỏng sâu $18 \pm 15,42\%$. Có 6 người bệnh (20%) có bông hô hấp. Về tác nhân gây bỏng: Nhiệt khô là tác nhân gây bỏng chủ yếu, chiếm 67%, thứ 2 là dòng điện (20%) và nhiệt ướt chiếm 13% (Biểu đồ 3.1).



Biểu đồ 3.1. Tác nhân gây bỏng

* Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân tại thời điểm T0

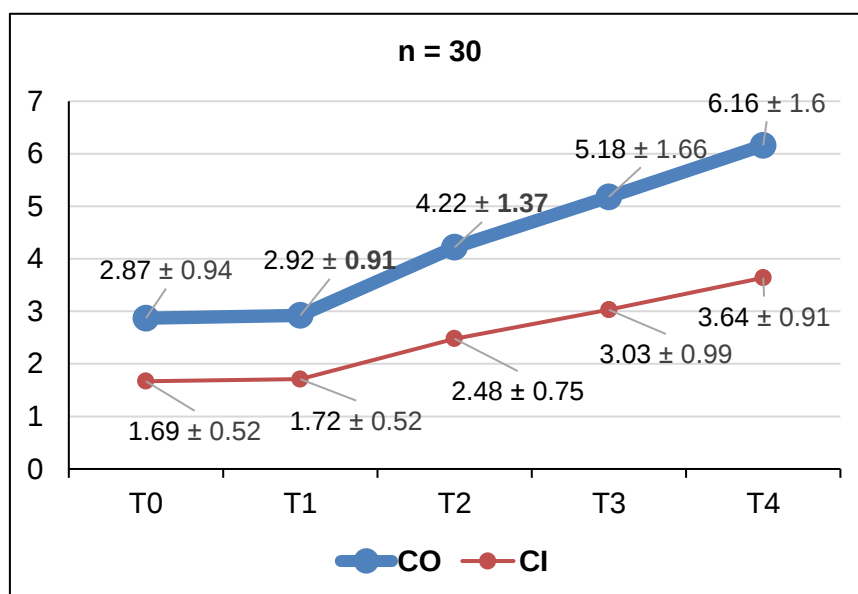
Bảng 3.1. Huyết động của người bệnh nghiên cứu tại thời điểm T0

Đặc điểm		Giá trị (n = 30)	Tỷ lệ (%)
Mạch (lần/phút)	≤ 90	10	33,33
	> 90	20	66,67
HATB (mmHg)	< 65	2	6,67
	≥ 65	28	93,33
CVP (mmHg)	< 8	30	100
	8 - 12	0	0

Nhận xét: Mạch nhanh trên 90 lần/phút (93,33%). Áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) ở phần lớn các người bệnh (66,67%). Huyết áp trung bình phần lớn trên 65 mmHg (93,33%). Giảm thấp dưới 8 mmHg ở tất cả các người bệnh khi mới nhập viện (100%).

3.2. Đặc điểm biến đổi huyết động trên người bệnh bỏng bằng phương pháp USCOM

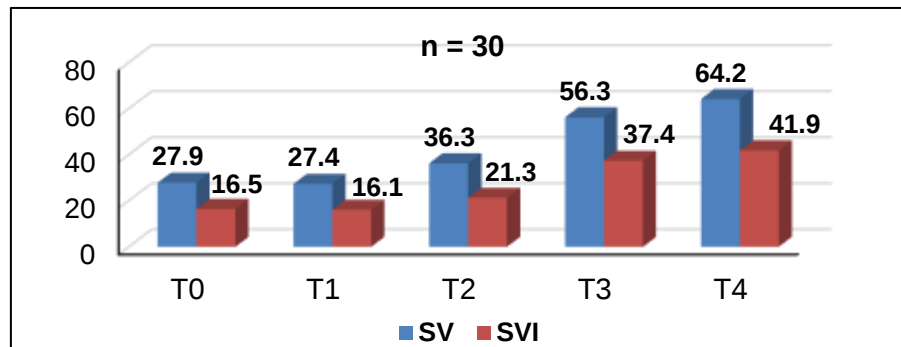
* Diễn biến thông số cung lượng tim và chỉ số tim



Biểu đồ 3.2. Biến đổi cung lượng tim và chỉ số tim

Nhận xét: Sau bỏng, CO và CI đều giảm thấp với các giá trị trung bình lần lượt là 2,87 ± 0,94 ml/ph và 1,69 ± 0,52 ml/ph/m². Khi bồi phụ đầy đủ thể tích tuần hoàn, CO và CI tăng dần, trở về giá trị bình thường sau 24 giờ (T2).

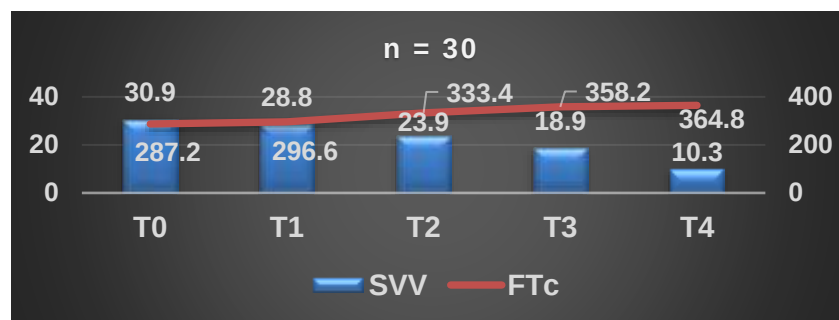
* Diễn biến thông số thể tích nhát bóp và chỉ số thể tích nhát bóp



Biểu đồ 3.3. Biến đổi thể tích nhát bóp và chỉ số thể tích nhát bóp

Nhận xét: SV và SVI sau bỏng đều giảm thấp dưới mức mục tiêu (27,9 ml và 16,5 ml/m²). Sau 48 giờ hồi sức dịch thể trở về giá trị bình thường.

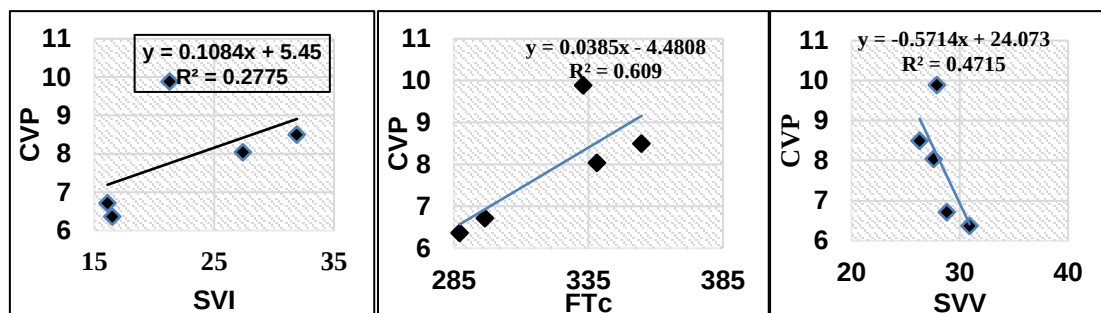
* Diễn biến thông số biến thiên thể tích nhát bóp và thời gian tổng máu tâm thu



Biểu đồ 3.4. Biến đổi thông số biến thiên thể tích nhát bóp và thời gian tổng máu tâm thu

Nhận xét: FTc lúc nhập viện là 287,2 ms, thấp hơn so với mức mục tiêu (350 - 450 ms). Sau 48 giờ hồi sức dịch thể (T3) bắt đầu đạt giá trị bình thường (358,2 ms); SVV tăng cao tại thời điểm nhập viện (30,9%), sau cũng giảm dần và trở về giới hạn cho phép sau 48 giờ (T3) (< 20%).

* Mối quan hệ giữa CVP và các thông số đánh giá tiền gánh (SVI, FTc, SVV)



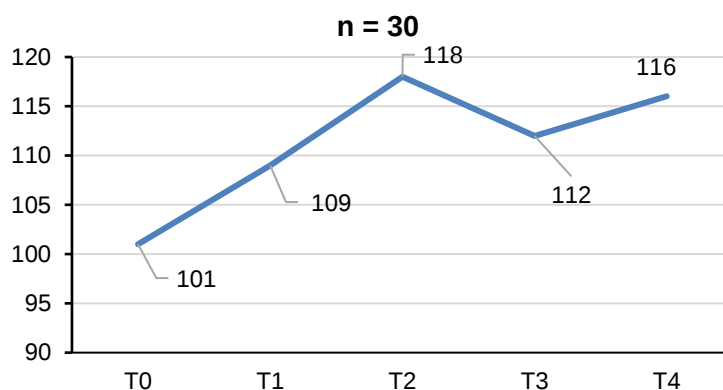
Biểu đồ 3.5. Mối quan hệ giữa CVP với SVI, FTc và SVV

Nhận xét: CVP có mối tương quan chặt với các thông số đánh giá tiền gánh ($r_{SVI} = 0,5268$, $r_{SVV} = -0,6867$, $r_{FTc} = 0,7804$)

3.3. Đánh giá hiệu quả điều chỉnh huyết động theo mục tiêu dưới hướng dẫn của USCOM

* Sự thay đổi về mạch, huyết áp trung bình, áp lực tĩnh mạch trung tâm

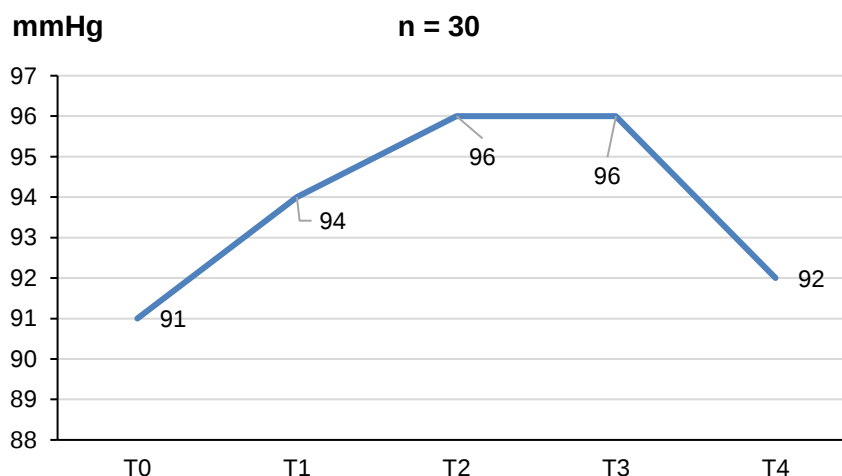
- Thay đổi tần số mạch:



Biểu đồ 3.6. Thay đổi tần số mạch trong quá trình nghiên cứu

Nhận xét: Tần số mạch của các bệnh nhân biến đổi không đều, đều nhanh 90 lần/phút từ khi vào viện, tuy nhiên không vượt quá 120 lần/phút.

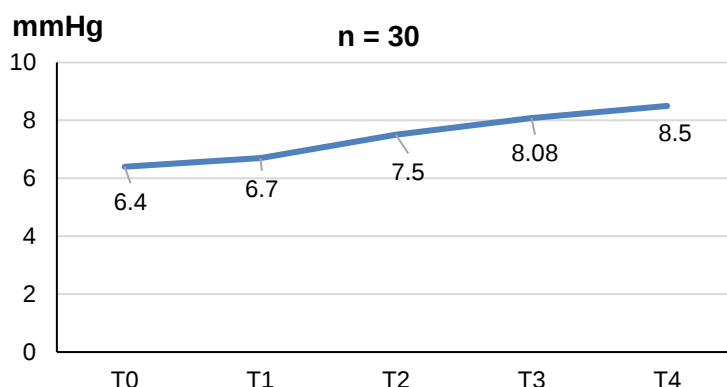
- Thay đổi huyết áp trung bình:



Biểu đồ 3.7. Thay đổi huyết áp trung bình trong quá trình nghiên cứu

Nhận xét: Huyết áp trung bình của các người bệnh nghiên cứu đều cao hơn 65 mmHg từ khi nhập viện cho đến hết 72 giờ.

- Thay đổi áp lực tĩnh mạch trung tâm



Biểu đồ 3.8. Thay đổi áp lực tĩnh mạch trung tâm trong nghiên cứu

Nhận xét: CVP giảm thấp dưới ngưỡng giá trị bình thường trong những giờ đầu sau bông, sau 48 giờ bắt đầu trở về giới hạn cho phép.

* Kết quả điều trị theo mục tiêu

Bảng 3.2. Kết quả điều trị theo mục tiêu tại các thời điểm T3 và T4 (n = 30)

Chỉ số	T3, n (%)		T4, n (%)	
	Đạt	Không đạt	Đạt	Không đạt
HATB $\geq$ 65mmHg	30 (100)	-	30 (100)	-
CVP $\geq$ 8 mmHg	15 (50)	15(50)	30 (100)	-

Nhận xét: Ở thời điểm T3 và T4, tỷ lệ đạt mục tiêu HATB $\geq$ 65 mmHg ở nhóm nghiên cứu là 100%. Thời điểm T3, tỷ lệ đạt mục tiêu CVP $\geq$ 8 mmHg là 50% và đạt 100% ở thời điểm T4.

4. BÀN LUẬN

Người bệnh trong nghiên cứu này có độ tuổi trung bình 36 ± 13 tuổi. Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ: Tỷ lệ nam/nữ là 27/3 (chiếm 90%). Thời điểm nhập viện của các người bệnh trong nghiên cứu có giá trị trung bình là $4 \pm 2,06$ giờ sau bông. Như vậy, các người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi

đều nhập viện ở thời điểm khá sớm sau bông, đều trước 8 giờ sau bông.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Holm C [3] và Gong C [4]. Các tác giả đều thống nhất nhất định rằng: Thời điểm nhập viện sau bông cũng là một trong các yếu tố có giá trị trong tiên lượng người bệnh. Nếu người bệnh nhập viện sớm ngay sau bông và nhận được sự hỗ trợ sớm về mặt y khoa thường có tiên lượng tốt và tỷ lệ cứu sống cao hơn. Những người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi đều là những người bệnh bông nặng do có diện tích

bồng chung là $50 \pm 14,32\%$ và diện bông sâu là $18 \pm 15,42\%$.

Những người bệnh có diện tích bông chung từ 30% trở lên thường có tỷ lệ cao bị sốc bông trong 72 giờ đầu sau bông [1]. Điều này được thể hiện ở các chỉ số huyết động của nhóm nghiên cứu như: Hầu hết các người bệnh đều có mạch nhanh trên 90 (lần/phút) khi nhập viện. Huyết áp trung bình lúc nhập viện của các bệnh nhân nghiên cứu hầu hết vẫn giữ được ở mức trên 65 mmHg, CVP giảm thấp dưới 8mmHg cho thấy tình trạng thiếu hụt thể tích tuần hoàn nặng nề trong sốc bông. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Holm C. và cộng sự (2004) [3], CVP của các người bệnh ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng đều giảm thấp dưới 8 mmHg.

Biến đổi cung lượng tim (CO) và chỉ số tim (CI): Đây là các thông số có giá trị trong đánh giá huyết động, đặc biệt trên các người bệnh nặng, người bệnh phẫu thuật hay các người bệnh có sử dụng phương pháp gây mê. Trong nghiên cứu của chúng tôi, CO và CI đều giảm thấp ở thời điểm nhập viện ($2,87 \pm 0,94$ ml/min và $1,69 \pm 0,52$ ml/min/m²) phản ánh tình trạng thiếu dịch trầm trọng của người bệnh trong những giờ đầu sau bông. Sau khi hồi sức dịch thể, khối lượng máu lưu hành được bù đắp đầy đủ giá trị của chúng dần trở về mức bình thường (tại thời điểm 24 giờ sau bông (T2)). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Wang và cộng sự (2008) khi sử dụng kỹ thuật siêu âm Doppler qua thực quản theo dõi huyết động ở bệnh nhân sốc bông.

Biến đổi thể tích nhát bóp (SV) và chỉ số thể tích nhát bóp (SVI): Với vai trò là hai chỉ số trung tâm trong kiểm soát tuần hoàn,

giá trị của chúng phụ thuộc vào tiền gánh, sức co bóp cơ tim và hậu gánh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị hai thông số này đều giảm thấp tại thời điểm nhập viện (SV là 27,9 ml và SVI là 16,5 ml/m²). Sau 48h hồi sức dịch thể giá trị của chúng tăng dần và trở về giới hạn bình thường (SV là 56,3 ml và SVI là 37,4 ml/m²).

Biến đổi thông số biến thiên thể tích nhát bóp (SVV) và thời gian tổng máu tâm thu (FTc): SVV được sử dụng như một chỉ số làm đầy thất, một người thiếu thể tích tiền gánh sẽ có một sự biến thiên lớn hơn về thể tích nhát bóp. Trong nghiên cứu này SVV ban đầu tăng cao (30,9%) sau 48 giờ giảm xuống và trở về giới hạn bình thường (18,9%). FTc là thông số cho ta chỉ dẫn tốt về tiền gánh, tại thời điểm nhập viện FTc trong nghiên cứu của chúng tôi giảm thấp (287,2 ms), phải sau 48h hồi sức dịch thể mới trở về giá trị bình thường (358,2 ms).

Mối quan hệ giữa CVP với các thông số đánh giá tiền gánh (SVI, SVV và FTc): trong nghiên cứu của chúng tôi SVI, SVV và FTc có mối tương quan chặt chẽ với CVP với các giá trị của r tương ứng là 0,5268; -0,6867 và 0,7804. Như vậy, các thông số SVI, SVV và FTc có giá trị tương đương hoàn toàn có thể thay thế cho CVP trong việc đánh giá tiền gánh trên bệnh nhân. Thậm chí trong nghiên cứu của Lee J. và cộng sự (2007) còn chỉ ra rằng FTc (có diện tích dưới đường cong ROC là $0,944 \pm 0,058$) có giá trị đánh giá tiền gánh tốt hơn cả CVP (có diện tích dưới đường cong ROC là $0,540 \pm 0,133$) ($p < 0,01$) [6].

Dưới sự hướng dẫn của USCOM, việc theo dõi và điều trị người bệnh được thực hiện theo mục tiêu đạt hiệu quả rõ rệt khi chúng tôi nhận thấy sự thay đổi rõ

rệt về tần số mạch, huyết áp trung bình và chỉ số CVP.

Thay đổi tần số mạch: Mạch là chỉ số có độ nhạy cao nhưng ít đặc hiệu trong việc chẩn đoán tình trạng thiếu thể tích tuần hoàn. Nếu loại trừ các yếu tố nhiễu thì mạch cũng có thể được coi là yếu tố đánh giá đáp ứng truyền dịch.

Trong nghiên cứu này, tần số mạch trung bình của các người bệnh đều nhanh trên 90 lần/phút ngay từ khi nhập viện và trong suốt 72 giờ hồi sức dịch thể. Đây là điểm đặc trưng của tần số mạch trên bệnh nhân bỏng, phản ánh sự đáp ứng của cơ thể với tình trạng thiếu thể tích tuần hoàn xuất hiện ngay sau khi bị bỏng. Tần số mạch đạt giá trị trung bình cao nhất tại thời điểm 24 giờ sau bỏng (118 lần/phút) sau đó có xu hướng giảm dần phản ánh khả năng đáp ứng với liệu pháp hồi sức dịch thể của các bệnh nhân nghiên cứu.

Nghiên cứu của Monnet X. và cộng sự (2005) [5], khi đánh giá sự thay đổi của các thông số huyết động sau truyền dịch cũng nhận thấy rằng, tần số mạch ở nhóm có đáp ứng với hồi sức dịch thể giảm đáng kể và có ý nghĩa thống kê từ 115 ± 33 (lần/phút) xuống còn 111 ± 30 (lần/phút) sau khi truyền 500 ml dung dịch NaCl 0,9% trong vòng 10 phút ($p < 0,05$).

Thay đổi huyết áp trung bình: Chỉ số HATB là một trong những mục tiêu trong hồi sức dịch thể điều trị sốc bỏng. Đảm bảo HATB ≥ 65 mmHg giúp tăng cường tưới máu tới các tạng quan trọng như tim, gan, phổi, thận, não,... Trong sốc bỏng, tình trạng giảm khối lượng máu lưu hành dẫn đến phản ứng bù trừ của cơ thể gây co mạch ngoại vi, tăng hậu gánh để giữ huyết áp, duy trì áp lực tưới máu tới các mô. Đó là lý do vì sao mà huyết áp trung bình tại

thời điểm nhập viện của người bệnh nghiên cứu vẫn giữ được ở mức giới hạn cho phép.

Tuy nhiên, đó chỉ là đáp ứng tạm thời của cơ thể trước chấn thương bỏng. Nếu tình trạng thiếu thể tích tuần hoàn kéo dài, sức cản mạch hệ thống tăng cao quá lâu sẽ dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm và không sớm thì muện huyết áp cũng sẽ tụt thấp do khả năng bù trừ không còn. Do đó, trong những giờ sau đó, chúng tôi tích cực truyền dịch một mặt bù đắp lại thể tích tuần hoàn đã mất, mặt khác làm giảm sức cản mạch hệ thống và các đáp ứng quá mức của cơ thể. Và thực tế là HATB trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đã duy trì được ở mức bình thường trong suốt 72 giờ điều trị.

Trong nghiên cứu của Holm C. và cộng sự năm 2004, huyết áp trung bình của cả nhóm chứng và nhóm đối chứng cũng đều duy trì được ở mức ≥ 65 mmHg từ khi nhập viện cho đến suốt quá trình điều trị. Tuy nhiên, sự khác biệt về giá trị HATB giữa hai nhóm là tương đồng nhau và không có ý nghĩa thống kê [3]

Thay đổi áp lực tĩnh mạch trung tâm: Trong nghiên cứu này, ở thời điểm nhập viện, giá trị trung bình của CVP giảm thấp dưới ngưỡng cho phép, cho thấy tình trạng suy giảm thể tích tuần hoàn xảy ra ngay sau khi bị bỏng. Do các người bệnh nghiên cứu đều là những người bệnh bỏng nặng với diện bỏng rộng và độ sâu lớn nên việc hồi sức dịch thể để đạt được mục tiêu CVP ≥ 8 mmHg không phải là câu chuyện dễ dàng, trong khi đó, truyền nhiều dịch quá sẽ gây nguy cơ phù phổi, suy tim do quá tải. Do đó, phải sau 48 giờ hồi sức dịch thể dưới hướng dẫn của USCOM, mục tiêu CVP ≥ 8 mmHg mới được hoàn thành với giá trị của CVP tại thời điểm đó là 8,08

mmHg. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu của Holm C. và cộng sự (2004) [3], Lee J. và cộng sự (2007) [6].

Kết quả điều trị theo mục tiêu sau 24 giờ và 72 giờ: Trong nghiên cứu này, sau 24 giờ hồi sức dịch thể, tất cả các bệnh nhân đều đạt mục tiêu HATB ≥ 65 mmHg với tỷ lệ 100%. Tuy nhiên, tỷ lệ đạt mục tiêu CVP ≥ 8 mmHg chỉ là 50% (15 trong tổng số 30 người bệnh). Điều này có lẽ là do các người bệnh trong nghiên cứu này đều là những người bệnh bỏng nặng với diện tích bỏng rộng và độ sâu lớn nên thường rơi vào tình trạng sốc bỏng nặng. Công tác hồi sức chống sốc cũng vì thế mà gặp nhiều khó khăn bởi các đáp ứng viêm thường nặng và kéo dài, tình trạng tăng tính thấm thành mạch trầm trọng có thể kéo dài tới 24 giờ, 48 giờ hoặc thậm chí là 72 giờ và sau 72 giờ khiến cho mọi nỗ lực hồi sức dường như không có kết quả. Sau 72 giờ hồi sức dịch thể, tần số mạch của bệnh nhân có giá trị trung bình là 116 ± 15 (lần/phút), mặc dù vẫn nằm trong giới hạn cho phép (< 120 lần/phút) đối với các người bệnh bỏng, mà đặc biệt là trong trường hợp người bệnh bỏng nặng có diện tích rộng và độ sâu lớn như trong nghiên cứu này. HATB đều trên 65 mmHg trong suốt quá trình điều trị. CVP sau 72 giờ điều trị đã trở về giới hạn bình thường (≥ 8 mmHg).

Dựa vào các kết quả trên đây, ta có thể thấy, phương pháp USCOM đã giúp ta cải thiện đáng kể hiệu quả điều trị. Các thông số mà USCOM cung cấp cho chúng ta rất nhanh chóng, hoàn toàn không xâm lấn hay gây hại cho người bệnh mà lại rất

chính xác. Công tác hồi sức dịch thể với sự giúp đỡ của USCOM đã thực sự mang lại những hiệu quả tốt.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 30 người bệnh bỏng nặng, nhập viện trong vòng 8 giờ đầu sau bỏng, tại khoa Hồi sức cấp cứu (Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác) từ tháng 08/2023 - 05/2024 chúng tôi nhận thấy: Sau 72 giờ hồi sức dịch thể theo mục tiêu dưới hướng dẫn của USCOM, 100% người bệnh đều đạt mục tiêu điều trị về các giá trị tần số mạch, huyết áp trung bình và áp lực tĩnh mạch trung ương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Học viện Quân y (2018). Giáo trình bỏng, Nhà xuất bản quân đội nhân dân, Hà Nội.
2. Phùng Văn Dũng (2017). Ứng dụng kỹ thuật siêu âm Doppler bằng máy USCOM để theo dõi và đánh giá huyết động ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học y Hà Nội.
3. Holm C., Mayr M., Tegeler J. et al (2004). A clinical randomized study on the effects of invasive monitoring on burn shock resuscitation. Burns, 30 (8), 798-807.
4. Gong C., Zhang F., Li L. et al (2017). The variation of hemodynamic parameters through PiCCO in the early stage after severe burns. Journal of burn care & research, 38 (6), e966-e972.
5. Monnet X., Rienzo M., Osman D. et al (2005). Esophageal Doppler monitoring predicts fluid responsiveness in critically ill ventilated patients. Intensive care medicine, 31, 1195-1201.
6. Lee J., Kim J., Yoon S. et al (2007). Evaluation of corrected flow time in oesophageal Doppler as a predictor of fluid responsiveness. British journal of anaesthesia, 99 (3), 343-348.

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ SỰ BIẾN ĐỔI NỒNG ĐỘ VÀ GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG CỦA ANTITHROMBIN VỚI BIẾN CHỨNG VIÊM PHỔI Ở NGƯỜI BỆNH BỎNG HÔ HẤP

Trần Đình Hùng¹, Nguyễn Như Lâm¹,
Nguyễn Thái Ngọc Minh¹✉, Đinh Thị Xuyên²

¹Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

²Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá nồng độ và giá trị tiên lượng của Antithrombin III (AT III) trong huyết thanh và dịch phế quản đối với biến chứng viêm phổi ở người bệnh bỏng hô hấp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả trên 20 người bệnh bỏng hô hấp, nhập viện điều trị tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác từ tháng 1/2023 đến tháng 12/2023. Nồng độ AT III được định lượng bằng phương pháp ELISA ở hai thời điểm: Ngày thứ nhất và ngày thứ 7 sau bỏng.

Kết quả: Nồng độ AT III trong huyết thanh giảm đáng kể từ ngày 1 (761,6 ng/ml) đến ngày 7 (427,5 ng/ml) sau bỏng ($p = 0,019$), trong khi nồng độ AT III trong dịch phế quản không thay đổi đáng kể. Nồng độ AT III trong huyết thanh khi nhập viện có giá trị tiên lượng biến chứng viêm phổi ($AUC = 0,7187$; $p = 0,002$), với điểm cắt tối ưu là 534,52 ng/mL, độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 50%. Phân tích Kaplan-Meier về thời gian xuất hiện biến chứng viêm phổi chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm người bệnh có nồng độ AT III cao và thấp hơn nồng độ tiên lượng ($p = 0,3217$).

Kết luận: Nồng độ AT III trong huyết thanh giảm, trong khi nồng độ AT III trong dịch phế quản không thay đổi đáng kể ở người bệnh bỏng hô hấp. Nồng độ AT III trong huyết thanh có giá trị tiên lượng biến chứng viêm phổi. Kết quả bước đầu cho thấy AT III là một dấu ấn sinh học tiềm năng trong tiên lượng và điều trị viêm phổi ở người bệnh bỏng hô hấp.

Từ khóa: Antithrombin III, bỏng hô hấp, viêm phổi

ABSTRACT

Objective: Evaluate the concentration and prognostic value of antithrombin III (AT III) in serum and bronchoalveolar lavage fluid (BALF) for pneumonia complications in inhalation injury patients.

Subjects and methods: A retrospective descriptive study on 20 inhalation injury burn patients hospitalized from January 2023 to December 2023. AT III levels were quantified

¹Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thái Ngọc Minh, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

Email: minhnib@gmail.com

Ngày gửi bài: 26/1/2025; Ngày nhận xét: 15/2/2025; Ngày duyệt bài: 28/2/2025

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

by ELISA at two time points: On admission and day 7 after burn. ROC curve analysis, Kaplan-Meier survival analysis and other statistical methods were used to evaluate the prognostic value of AT III.

Results: Serum AT III levels decreased significantly from day 1 (761.6 ng/mL) to day 7 (427.5 ng/mL) after burn injury ($p = 0.019$), while there was no significant change in AT III levels in BALF. Serum AT III levels on admission were predictive of pneumonia complications (AUC = 0.7187; $p = 0.002$), with an optimal cut-off value of 534.52 ng/mL, 100% sensitivity and 50% specificity. Kaplan-Meier analysis of time to pneumonia did not show a statistically significant difference between the two patient groups with AT III levels higher and lower than the predictive concentration ($p = 0.3217$).

Conclusion: Serum AT III levels decreased, while AT III levels in bronchoalveolar lavage fluid did not change significantly in inhalation injury burn patients. Serum AT III levels have prognostic value for pneumonia complications. Preliminary results suggest that AT III is a potential biomarker for the prognosis and treatment of pneumonia in inhalation injury patients.

Keywords: Antithrombin III, inhalation injury, pneumonia

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bỏng hô hấp là một thể bỏng đặc biệt, gây nhiều biến chứng khi nạn nhân hít phải khí nóng, khói độc hoặc các chất kích thích, gây tổn thương đường thở và phổi [1]. Người bệnh bỏng hô hấp thường có tổn thương bỏng da diện rộng kèm theo và gặp phải các phản ứng sinh lý phức tạp, bao gồm rối loạn đông máu và viêm hệ thống, làm tăng nguy cơ biến chứng, suy đa tạng và tử vong [2], [3].

Viêm phổi là một biến chứng thường gặp và là nguyên nhân làm tăng tỷ lệ tử vong ở người bệnh bỏng hô hấp. Tình trạng viêm phổi có thể làm nặng thêm tình trạng suy hô hấp, dẫn đến suy đa tạng và tăng nguy cơ tử vong [1]. Ngoài ra, chẩn đoán viêm phổi ở người bệnh bỏng hô hấp cũng còn nhiều khó khăn do các triệu chứng không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn với các biểu hiện của chính bỏng hô hấp. Do đó, việc tìm kiếm các dấu ấn sinh học mới hỗ trợ chẩn đoán, tiên lượng nguy cơ viêm

phổi ở nhóm người bệnh bỏng hô hấp là rất cần thiết.

Antithrombin III (AT III) là một protein ức chế đông máu tự nhiên, đóng vai trò quan trọng trong việc điều hòa cân bằng đông máu và chống viêm [4]. AT III ức chế thrombin và các yếu tố đông máu khác, ngăn ngừa hình thành cục máu đông. Ngoài ra, AT III còn có tác dụng chống viêm bằng cách ức chế hoạt hóa bạch cầu trung tính, giảm giải phóng các cytokine gây viêm và bảo vệ nội mô mạch máu [5].

Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng nồng độ AT III giảm đáng kể ở người bệnh bỏng nặng [3]. Sự suy giảm AT III có thể góp phần vào tình trạng tăng đông, viêm và tổn thương phổi ở người bệnh bỏng hô hấp [1]. Tuy nhiên, vai trò của AT III trong chẩn đoán và tiên lượng viêm phổi ở người bệnh bỏng hô hấp vẫn chưa được nghiên cứu đầy đủ.

Trong nhiều năm trở lại đây, các phương pháp điều trị bỏng hô hấp còn rất

nhiều hạn chế dẫn đến thời gian điều trị kéo dài, tỷ lệ tử vong cao.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu bước đầu đánh giá nồng độ và giá trị tiên lượng của AT III trong huyết thanh và dịch phế quản đối với biến chứng viêm phổi ở người bệnh bông hô hấp, đồng thời gợi ý một dấu ấn sinh học mới hỗ trợ chẩn đoán và điều trị viêm phổi [4].

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 20 người bệnh bông hô hấp, nhập viện điều trị tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2023.

** Người bệnh được lựa chọn dựa trên các tiêu chí sau:*

- Bệnh nhân từ 16 đến 65 tuổi trở lên.
- Bông hô hấp được xác định bằng nội soi phế quản.
- Nhập viện trong vòng 48 giờ kể từ khi bị bông.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu hồi cứu, mô tả.
- Tất cả các bệnh nhân được điều trị theo phác đồ sử dụng tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác cho người bệnh bông có tổn thương bông hô hấp kèm theo, bao gồm: Hồi sức dịch thể, thông khí nhân tạo theo chỉ định, khí dung hô hấp, thay băng, phẫu thuật cắt hoại tử, ghép da, nuôi dưỡng sớm đường ruột, dự phòng và điều trị các biến chứng.

** Phương pháp xét nghiệm Antithrombin*

- 20 người bệnh bông nặng kèm theo bông hô hấp thực hiện xét nghiệm.

- Bệnh phẩm xét nghiệm được lấy tại 2 thời điểm: Lần thứ nhất khi người bệnh nhập viện trong 24 giờ; lần thứ 2: ngày thứ 7 tính từ khi bị bông.

- Mẫu huyết thanh: Mỗi lần lấy 5 ml máu tĩnh mạch ngoại vi cho vào tuýp không có thuốc chống đông.

- Bệnh phẩm máu lấy xong được đưa ngay lên Khoa Cận lâm sàng (Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác) làm ly tâm, tách lấy huyết thanh cho vào tuýp, đậy kín nắp và bảo quản ở nhiệt độ âm 80°C.

- Mẫu dịch phế quản: Mỗi lần lấy 10 ml dịch phế quản rửa phế quản qua nội soi, đậy kín nắp và bảo quản ở nhiệt độ âm 80°C.

- Thực hiện xét nghiệm tại Phòng nghiên cứu D2 - Trung tâm Nghiên cứu Y Dược học Quân sự (Học viện Quân y). Tại đây, huyết tương và dịch phế quản được rã đông theo quy trình và đưa vào xét nghiệm. Định lượng nồng độ các cytokine, dấu ấn sinh học trong huyết thanh và dịch phế quản: Antithrombin theo phương pháp ELISA.

** Phương pháp chẩn đoán viêm phổi liên quan thở máy:*

Người bệnh nghiên cứu đều là người bệnh bông hô hấp có thở máy hỗ trợ qua ống nội khí quản hoặc canyn mở khí quản, được chẩn đoán viêm phổi liên quan đến thở máy theo các triệu chứng lâm sàng theo hướng dẫn của Hội Lồng ngực Hoa Kỳ như sau:

1. Các triệu chứng xuất hiện sau 48 giờ kể từ khi được thở máy (qua ống nội khí quản hoặc qua canuyn mở khí quản).

2. X - quang phổi: Tổn thương mới hoặc tiến triển kéo dài trên 48 giờ kèm theo 2 trong 3 dấu hiệu sau:

- + Nhiệt độ > 38,3°C hoặc < 35°C.
- + Bạch cầu > 10 G/L, hoặc < 4 G/L.
- + Procalcitonin tăng cao.
- + Đờm đục hoặc thay đổi tính chất đờm.
- + Nuôi cấy dịch phế quản dương tính.

biệt về thời gian đến khi gặp biến cố giữa các nhóm người bệnh có nồng độ AT III khác nhau. Các phép kiểm định thống kê được thực hiện với mức ý nghĩa $p < 0,05$. Các phép thống kê được tính toán bằng phần mềm STATA 17.0.

2.3 Xử lý số liệu

Các biến định lượng được mô tả bằng trung vị và khoảng tứ phân vị. Các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Đường cong ROC được sử dụng để đánh giá giá trị chẩn đoán của AT III đối với viêm phổi. Phân tích Kaplan-Meier được sử dụng để đánh giá sự khác

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo đúng các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học và được Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác thông qua. Số liệu thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu

3. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Đặc điểm người bệnh nghiên cứu (n = 20)

Chỉ tiêu nghiên cứu		Trung vị	Khoảng tứ phân vị
Tuổi		37	28,5 - 43,5
Giới (n; %)	Nam	16	80
	Nữ	4	20
Diện tích bóng chung		74,5	51,5 - 87,5
Diện tích bóng sâu		41,5	20,5 - 50
Thời gian điều trị		13,5	11,5 - 36
Số ngày thở máy		12,5	8,5 - 15
Mức độ bóng hô hấp (n; %)	Độ 1	8	40
	Độ 2	10	50
	Độ 3	2	10
Mức độ sốc bóng (n; %)	Nhẹ	3	15
	Vừa	5	25
	Nặng	12	60
Chỉ số rBAUX		119	100,5 - 141,5
Biến chứng viêm phổi (n; %)		12	60
Tỷ lệ tử vong (n; %)		13	65

Nhận xét: Người bệnh nghiên cứu chủ yếu là nam giới (80%), độ tuổi trung bình là 37. Diện tích phổi chung trung bình là 74,5%, diện tích phổi sâu trung bình là 41,5%. Phần lớn người bệnh có mức độ bão hòa oxy độ 2 (50%) và mức độ sốc phổi nặng (60%). Tỷ lệ biến chứng viêm phổi và tỷ lệ tử vong cao (lần lượt là 60% và 65%).

Bảng 3.2. Tương quan Antithrombin III (ng/ml) trong huyết thanh và đặc điểm lâm sàng khi nhập viện (n = 20)

Chỉ số	Coeff	Rho*	Khoảng tin cậy 95%	p
Mức độ bão hòa oxy	-172,54	-0,28	-460,22 - 115,14	0,22
Mức độ sốc phổi	-26,35	0,06	-224,6 - 171,9	0,78
Diện tích phổi chung	2,045	0,22	-3,25 - 7,36	0,43
Diện tích phổi sâu	2,77	0,29	-3,09 - 8,63	0,33

* Hệ số tương quan Spearman

Nhận xét: Không có tương quan giữa nồng độ AT III trong huyết thanh với mức độ bão hòa oxy, mức độ sốc phổi, diện tích phổi chung và diện tích phổi sâu ($p > 0.05$).

Bảng 3.3. Tương quan Antithrombin III (ng/ml) trong dịch phế quản và đặc điểm lâm sàng khi nhập viện (n = 20)

Chỉ số	Coeff	Rho*	Khoảng tin cậy 95%	p
Mức độ bão hòa oxy	8,89	-0,02	-6912,1 - 6929,9	0,99
Mức độ sốc phổi	2502,77	0,24	-1908,7 - 6914,3	0,25
Diện tích phổi chung	35,51	0,08	-87,9 - 158,9	0,55
Diện tích phổi sâu	10,89	-0,08	-127,9 - 149,7	0,87

* Hệ số tương quan Spearman

Nhận xét: Không có tương quan có ý nghĩa thống kê giữa các đặc điểm lâm sàng với nồng độ AT III trong dịch phế quản ($p > 0,05$).

Bảng 3.4. Đánh giá sự thay đổi nồng độ Antithrombin III (n = 20)

Bệnh phẩm	Ngày 1 Trung vị (KTPV)	Ngày 7 Trung vị (KTPV)	p*
Huyết thanh	761,6 (552,5 - 1063,2)	427,5 (283,2 - 627,5)	0,019
Dịch phế quản	3396,7 (1641,6 - 5757,5)	2503,9 (1303,8 - 3797,3)	0,179
p*	< 0,001	< 0,001	

*Mann-Whitney U test

Nhận xét: Nồng độ Antithrombin III trong huyết thanh giảm đáng kể từ ngày 1 đến ngày 7 sau điều trị ($p = 0,019$). Nồng độ Antithrombin III trong dịch phế quản không thay đổi đáng kể.

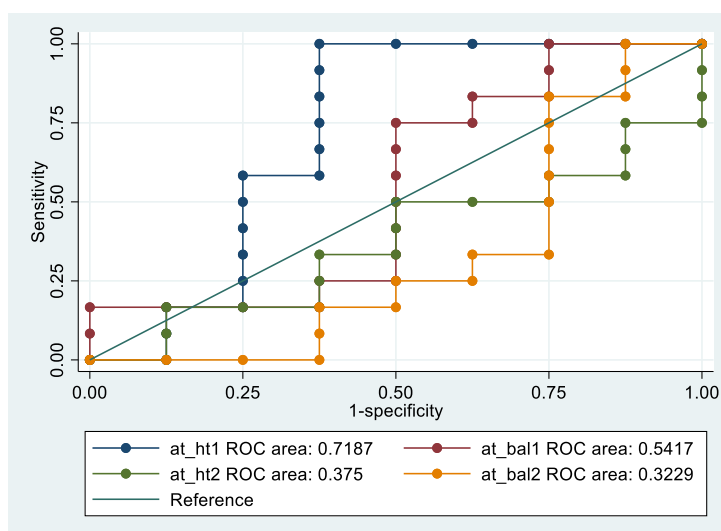
Bảng 3.5. Sự thay đổi nồng độ Antithrombin của người bệnh bông hô hấp với biến chứng viêm phổi (n=20)

	Ngày 1 Trung vị (KTPV)	Ngày 7 Trung vị (KTPV)	p*
Huyết thanh			
Viêm phổi	859,1 (710,8 - 1063,2)	415,1 (236,7 - 527,4)	0,015
Không biến chứng	513,9 (435,3 - 974,7)	453,6 (391,4 - 744,6)	0,575
p*	0,105	0,38	
Dịch phế quản			
Viêm phổi	3396,7 (1911,4 - 5675,8)	2051,1 (1303,8 - 2851,1)	0,059
Không biến chứng	3877,6 (1016,9 - 6182,4)	3295,8 (6763,2 - 1868,1)	0,888
p*	0,758	0,189	

* Mann-Whitney U test

Nhận xét: Ở người bệnh có biến chứng viêm phổi, nồng độ AT III trong huyết thanh giảm có ý nghĩa thống kê từ ngày 1 đến ngày 7 ($p = 0,015$). Nồng độ AT III trong huyết thanh không thay đổi đáng

kể ở người bệnh không có biến chứng viêm phổi. Không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê về nồng độ AT III trong dịch phế quản ($p > 0,05$).



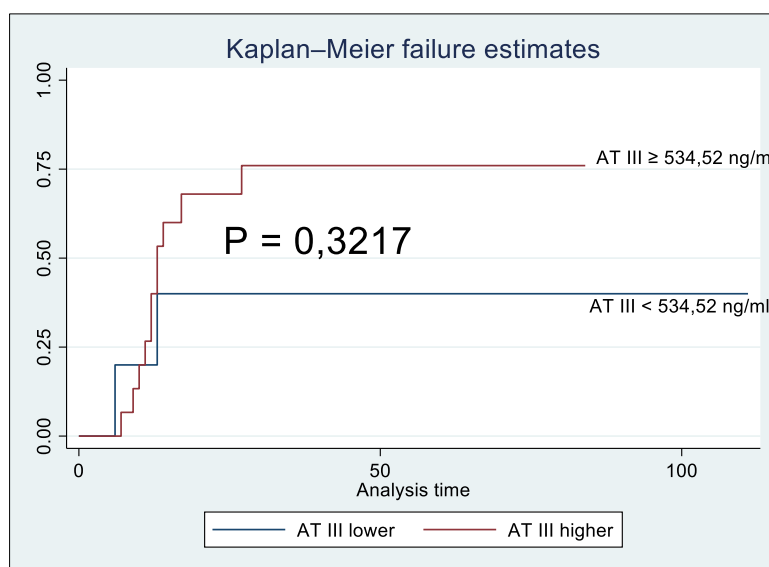
Biểu đồ 3.1. Đồ thị đường cong ROC của giá trị nồng độ Antithrombin III với biến chứng viêm phổi

Nhận xét: Nồng độ AT III trong huyết thanh có khả năng chẩn đoán viêm phổi khá tốt (AUC = 0,7187).

Bảng 3.6. Giá trị nồng độ chẩn đoán viêm phổi của Antithrombin III trong huyết thanh

	AUC	Điểm cắt	p	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
AT ngày 1	0,7187	534,52	0,002	100%	50%

Nhận xét: Nồng độ AT III trong huyết thanh ở ngày thứ 1 có giá trị chẩn đoán viêm phổi với độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 50% ($p = 0,002$). Điểm cắt nồng độ tối ưu là 534,52 ng/mL.



Biểu đồ 3.2. Phân tích Kaplan-Meier so sánh thời gian đến viêm phổi theo nồng độ AT III

Nhận xét: Không có sự khác biệt về thời gian đến khi gặp biến chứng viêm phổi giữa hai nhóm người bệnh có nồng độ AT III cao và thấp ($p = 0,3217$).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đánh giá nồng độ và giá trị tiên lượng của AT III trong cả huyết thanh và dịch phế quản ở người bệnh bông hô hấp. Kết quả nghiên cứu cho thấy một số vai trò của AT III trên nhóm người bệnh bông hô hấp, một trong những hướng chẩn đoán và điều trị mới.

Người bệnh trong nghiên cứu đều là những người bệnh bông nặng với diện tích bông trung bình 74,5% và bông sâu 41,5%, kèm theo chỉ số rBAUX cao (trung vị 119). Tình trạng tổn thương bông hô hấp cũng ở mức độ nặng với 50% bệnh nhân ở độ 2 và 60% các người bệnh nhập viện biểu hiện tình trạng sốc bông nặng. Các chỉ số này cho thấy người bệnh nghiên cứu đã có nguy cơ biến chứng cao, tiên lượng nặng. Thời gian điều trị và thời gian thở máy kéo dài với trung bình lần lượt là 13,5 ngày và 12,5 ngày.

4.1. Sự suy giảm nồng độ AT III sau bỏng nặng

Kết quả nghiên cứu cho thấy nồng độ AT III trong huyết thanh giảm đáng kể ở người bệnh bỏng hô hấp và các người bệnh nghiên cứu có biến chứng viêm phổi ($p = 0,015$). Nồng độ AT III trung bình ở người bệnh khi nhập viện (ngày 1) là 761,6 ng/ml, thấp hơn đáng kể so với nồng độ AT III bình thường trong máu người khoảng 230.000 ng/mL [6]. Sự suy giảm này càng rõ rệt hơn ở ngày thứ 7 sau bỏng, với nồng độ AT III trung bình chỉ còn 427,5 ng/ml.

Sự suy giảm nồng độ AT III sau bỏng nặng đã được báo cáo trong nhiều nghiên cứu trước đây [1], [3]. Nghiên cứu của tác giả Niedermayr và cộng sự (2007) cho thấy nồng độ AT III trong huyết tương giảm đáng kể ở những người bệnh bỏng nặng, dao động từ 38% đến 41% trong vòng 5 ngày đầu. Nghiên cứu cũng xác định rằng giảm nồng độ AT III là một yếu tố tiên lượng độc lập đối với thời gian nằm viện và tỷ lệ tử vong [3].

Bỏng hô hấp gây ra sự suy giảm đáng kể nồng độ AT trong cơ thể. Hiện tượng này được thúc đẩy bởi ba yếu tố chính. Thứ nhất, AT bị tiêu thụ với lượng lớn do quá trình đông máu lan tỏa (DIC) và phản ứng viêm toàn thân, những đặc điểm thường thấy ở người bệnh bỏng nặng [1]. Thứ hai, tổn thương gan do bỏng, gây ra bởi giảm tưới máu hoặc tác động trực tiếp của các chất độc từ vùng bỏng, làm suy giảm khả năng sản xuất AT của gan. Cuối cùng, ở những người bệnh bỏng nặng với diện tích bỏng lớn, sự mất AT qua bề mặt vết thương cũng góp phần đáng kể vào sự suy giảm nồng độ AT.

4.2. Nồng độ AT III huyết thanh và khả năng dự đoán viêm phổi

Kết quả nghiên cứu cho thấy nồng độ AT III trong huyết thanh khi nhập viện có giá trị tiên lượng biến chứng viêm phổi ($AUC = 0,7187$; $p = 0,002$), với điểm cắt tối ưu là 534,52 ng/ml, độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 50%. Điều này cho thấy rằng việc đo nồng độ AT III có thể giúp xác định người bệnh có nguy cơ cao bị viêm phổi, từ đó can thiệp sớm và cải thiện kết quả điều trị.

Độ nhạy 100% có nghĩa là xét nghiệm AT III có khả năng phát hiện tất cả các trường hợp viêm phổi. Nói cách khác, không có người bệnh nào bị viêm phổi mà có nồng độ AT III trên ngưỡng 534,52 ng/ml. Điều này rất quan trọng trong việc sàng lọc và chẩn đoán sớm viêm phổi như ở những người bệnh có biểu hiện lâm sàng không rõ ràng.

Tuy nhiên, độ đặc hiệu của AT III trong việc dự đoán viêm phổi chỉ là 50%, nghĩa là một nửa số người bệnh không bị viêm phổi cũng có nồng độ AT III dưới ngưỡng này. Điều này có thể do các yếu tố khác ngoài viêm phổi, chẳng hạn như mức độ tổn thương bỏng da, bỏng hô hấp, tình trạng đông máu và các bệnh lý nền, cũng ảnh hưởng đến nồng độ AT III. Do đó, cần kết hợp đánh giá nồng độ AT III với các yếu tố lâm sàng khác để chẩn đoán viêm phổi một cách chính xác.

Phân tích Kaplan-Meier không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian đến khi xuất hiện biến chứng viêm phổi giữa nhóm người bệnh có nồng độ AT III cao và nhóm có nồng độ AT III thấp ($p = 0,3217$). Như vậy, mặc dù nồng độ AT III có thể có giá trị tiên lượng viêm phổi tại thời điểm ban đầu, nhưng có thể chưa phải là yếu tố quyết định đến thời điểm phát triển biến chứng viêm phổi.

4.3. Vai trò của AT III trong dịch phế quản

Nghiên cứu cũng phân tích sự thay đổi nồng độ AT III trong dịch phế quản, một hướng tiếp cận mới trong nghiên cứu bệnh học bệnh hô hấp. Kết quả cho thấy chưa có sự khác biệt về nồng độ AT III trong dịch phế quản giữa nhóm người bệnh có biến chứng viêm phổi và nhóm không biến chứng ($p = 0,059$).

Nghiên cứu của tác giả Choi và cộng sự (2008) đã chứng minh rằng AT III có khả năng ức chế hoạt hóa đông máu và hạn chế tổn thương phổi trong viêm phổi do *Streptococcus pneumoniae* ở chuột thí nghiệm. Tác giả khuyến cáo cần có thêm các nghiên cứu trên người để khẳng định kết quả này [5]. Mặc dù sự khác biệt này chưa đủ để kết luận về vai trò của AT III trong dịch phế quản đối với biến chứng viêm phổi ở người bệnh bỏng hô hấp nhưng có thể mở ra hướng nghiên cứu mới về cơ chế bệnh sinh và điều trị viêm phổi sau bỏng hô hấp.

Để hiểu rõ hơn về vai trò của AT III trong dịch phế quản đối với viêm phổi sau bỏng, cần có những nghiên cứu sâu hơn đánh giá mối liên hệ giữa nồng độ AT III với tình trạng viêm và đáp ứng điều trị. Các nghiên cứu có thể đánh giá mối tương quan giữa nồng độ AT III trong dịch phế quản với các dấu ấn sinh học khác ở biến chứng viêm phổi, so sánh nồng độ AT III giữa các nhóm người bệnh có mức độ nghiêm trọng của viêm phổi khác nhau, theo dõi sự thay đổi nồng độ AT III trong quá trình điều trị và đánh giá mối liên hệ với đáp ứng điều trị, cũng như nghiên cứu cơ chế AT III di chuyển từ huyết thanh vào dịch phế quản và tác động lên quá trình viêm tại phổi.

5. KẾT LUẬN

Nồng độ AT III giảm sau bỏng hô hấp, trong đó nồng độ AT III trong huyết thanh đo được tại thời điểm nhập viện có giá trị tiên lượng biến chứng viêm phổi (điểm cắt tối ưu: 534,52 ng/ml). Nồng độ AT III trong dịch phế quản không biến động đáng kể trong tuần đầu sau bỏng. Kết quả nghiên cứu ban đầu cho thấy AT III có thể là một dấu sinh học có tiềm năng để đánh giá sớm nguy cơ viêm phổi ở người bệnh bỏng hô hấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kowal-Vern A., Dennis A.J., Bourdon P. et al. (2020). Bronchoalveolar lavage and plasma Antithrombin and cytokines in inhalation and burn injury: a pilot study. *Int J Burns Trauma*, 10(5), 255-262.
2. Enkhbaatar, P., Traber, L. D., and Traber, D. L. (2007). Antithrombin in burn trauma. In *Intensive Care Medicine: Annual Update 2007* (pp. 791-796). Springer New York.
3. Niedermayr M., Schramm W., Kamolz L. et al. (2007). Antithrombin deficiency and its relationship to severe burns. *Burns*, 33 (2), 173-178.
4. Bravo-Pérez C., de la Morena-Barrio M.E., Vicente V. et al. (2020). Antithrombin deficiency as a still underdiagnosed thrombophilia: a primer for internists. *Pol Arch Intern Med*, 130 (10), 868-877.
5. Choi G., Hofstra J.-J.H., Roelofs J.J.T.H. et al. (2008). Antithrombin inhibits bronchoalveolar activation of coagulation and limits lung injury during *Streptococcus pneumoniae* pneumonia in rats: *Critical Care Medicine*, 36(1), 204-210.
6. Natarska J., Corral J., de la Morena-Barrio M.E. et al. (2023). Antithrombin Deficiency Is Associated with Prothrombotic Plasma Fibrin Clot Phenotype. *Thromb Haemost*, 123 (9), 880-891.

NGHIÊN CỨU TÁC DỤNG CỦA DUNG DỊCH CHỨA POLYHEXAMETHYLENE BIGUANIDE HYDROCHLORIDE (LATEX HB®) TRONG ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG NHIỄM KHUẨN

Nguyễn Tiến Dũng[✉], Chu Anh Tuấn, Trần Ngọc Diệp

Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng của dung dịch chứa Polyhexamethylene biguanide hydrochloride (Latex HB®) trong điều trị vết thương nhiễm khuẩn.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 24 vết thương (VT) nhiễm khuẩn của 20 bệnh nhân (BN) điều trị nội trú tại Trung tâm Liền vết thương - Bệnh viện Bỏng Quốc gia, từ tháng 6 đến tháng 10 năm 2024. Bệnh nhân nghiên cứu được sử dụng Latex HB® để ủ, rửa vết thương. Đánh giá diễn biến tại chỗ vết thương, cấy khuẩn định danh và xác định số lượng vi khuẩn trên 1 cm² bề mặt vết thương, tại các thời điểm trước (T0), sau 7 ngày (T1) và sau 14 ngày (T2) sử dụng Latex HB®.

Kết quả: Vết thương giảm tiết dịch; giảm viêm nề. Tỷ lệ vết thương có biểu mô hoá, tổ chức hạt đỏ đẹp tăng. Diện tích vết thương thu hẹp. Latex HB® không gây phản ứng dị ứng. Tỷ lệ vết thương cấy khuẩn dương tính giảm: 15 vết thương (62,5%) ở thời điểm T0, 10 VT (41,7%) thời điểm T1 và T2 chỉ còn 4 vết thương (16,7%). Số lượng *S.aureus* và *P.aeruginosa* / 1cm² bề mặt vết thương giảm rõ rệt tại các thời điểm nghiên cứu.

Kết luận: Polyhexamethylene biguanide hydrochloride (Latex HB®) không gây dị ứng, có tác dụng chống viêm, loại bỏ vi khuẩn bề mặt vết thương, kích thích và thúc đẩy quá trình liền vết thương.

Từ khoá: Vết thương nhiễm khuẩn, Polyhexamethylene biguanide hydrochloride, vi khuẩn

ABSTRACT

Objective: Evaluation of the effect of Polyhexamethylene biguanide hydrochloride (Latex HB®) in the treatment of infected wounds

Subjects and methods: Twenty-four infected wounds of 20 inpatients at the Wound Healing Center - National Burn Hospital, from July to August 2024. The wounds were washed with Latex HB®. Evaluating the progress of the wound beds, identifying bacteria

¹Chịu trách nhiệm: Nguyễn Tiến Dũng, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

Email: ntzung_0350@yahoo.com

Ngày gửi bài: 20/1/2025; Ngày nhận xét: 18/2/2025; Ngày duyệt bài: 28/2/2025

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

and determining the number of bacteria per 1 cm² of the wound surface, at the time before (T0), after 7 days (T1), and after 14 days (T2) using Latex HB®.

Results: Wound exudate and swelling reduced. The proportion of wounds with epithelialization and good granulation tissue increased. The wound size was reduced. Latex HB® did not cause allergic reactions. The rate of positive bacterial culture was reduced: 15 wounds (62.5%) at T0, 10 wounds (41.7%) at time T1, and T2 had only 4 wounds (16.7%). The number of *S.aureus* and *P.aeruginosa*/1cm² of wound surface was significantly reduced at the study time points.

Conclusion: Polyhexamethylene biguanide hydrochloride (Latex HB®) had hypoallergenic, anti-inflammatory effects, and helped to eliminate wound surface bacteria, to stimulate and to promote wound healing.

Keywords: Infected Wound, Polyhexamethylene Biguanide Hydrochloride, Bacteria

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vết thương nhiễm khuẩn thường gặp trên lâm sàng và là thách thức cho các cơ sở y tế trong chăm sóc và điều trị. Tại Vương quốc Anh, ước tính có 2,2 triệu vết thương mới mỗi năm, với chi phí để quản lý vết thương là 4,5 - 5,1 tỷ bảng Anh, trong đó hai phần ba lượng kinh phí này là dành cho quản lý tại cộng đồng [1]. Kiểm soát, điều trị vết thương nhiễm khuẩn là điều cần thiết để làm liền vết thương. Tuy nhiên, có tỷ lệ từ 60 - 100% vết thương không lành vì có màng Biofilm [2]. Làm sạch và loại bỏ vi khuẩn là điều cần thiết nhưng có thể khó thực hiện trên thực tế. Các sản phẩm làm sạch thông thường, chẳng hạn như nước muối, cũng như một số dung dịch sát khuẩn không có hiệu quả đối với màng Biofilm.

Làm sạch vết thương là điều kiện tiên quyết tạo điều kiện để làm liền vết thương. Dòng sản phẩm chứa Polyhexamethylene biguanide hydrochloride được biết có tác dụng diệt khuẩn nhờ làm phá vỡ lớp lipopolysaccharide của màng tế bào vi khuẩn. Sự kết hợp độc đáo giữa chất hoạt động bề mặt Betaine và Polyaminopropyl

biguanide (polihexanide) giúp loại bỏ các mảnh vụn, chất thải và vi sinh vật trên bề mặt vết thương.

Tuy nhiên ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào được triển khai một cách hệ thống về tác dụng của sản phẩm chứa Polyhexamethylene biguanide hydrochloride lên các vết thương nhiễm khuẩn.

Xuất phát từ đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu *Đánh giá hiệu quả điều trị làm liền vết thương nhiễm khuẩn của dung dịch chứa Polyhexamethylene Biguanide*.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

20 người bệnh (NB) trên 18 tuổi, có vết thương (VT) nhiễm khuẩn, được điều trị tại Trung tâm Liền vết thương (Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác) từ tháng 6 năm 2024 đến tháng 10 năm 2024.

*** Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh nghiên cứu**

Vết thương nhiễm khuẩn là vết thương có một trong các triệu chứng sau [3]:

- + Sưng
- + Nóng, ẩm tại chỗ vết thương
- + Tấy đỏ (viêm hoặc ban đỏ lan rộng trên 2 cm từ mép vết thương)
- + Đau tăng
- + Kích thước vết thương bị to ra nhanh chóng
- + Dịch tiết có màu sắc bất thường hoặc có mùi hôi

* **Tiêu chuẩn loại trừ**

Không đưa vào nghiên cứu những người bệnh có một trong các dấu hiệu sau:

- Người bệnh nặng đang cần các cấp cứu tối khẩn cấp
- Người bệnh bị rối loạn đông, chảy máu
- Người bệnh mắc các bệnh truyền nhiễm HCV, HIV.

2.2. Vật tư và phương tiện nghiên cứu

- Dung dịch chứa thành phần chính là Polyhexamethylene biguanide hydrochloride (Latex HB®) do Công ty Cổ phần Sinh học dược phẩm Biopro, Việt Nam sản xuất và đã được Bộ Y tế cấp phép lưu hành.

- Máy định danh vi khuẩn VITEX 32 do Mỹ sản xuất

2.3. Phương pháp nghiên cứu

* Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu bệnh chứng, thử nghiệm lâm sàng theo dõi dọc có so sánh đối chứng trước sau điều trị.

* Phương pháp nghiên cứu sử dụng dung dịch Latex HB®:

- Chỉ định sử dụng dung dịch Latex HB®: Vết thương cấp và mạn tính có nhiễm khuẩn khi có một trong các triệu chứng sau: Vết thương cấy khuẩn dương tính; vết thương có tứ chứng viêm (sưng, nóng, đỏ,

đau); vết thương nhiều mủ, dịch tiết nhiều mùi hôi/ thay đổi màu sắc.

- Chống chỉ định sử dụng dung dịch Latex HB®: Vết thương đã được phẫu thuật đóng kín (ghép da, chuyển vật), vết thương không có dấu hiệu nhiễm khuẩn trên lâm sàng.

* *Sử dụng dung dịch Latex HB® trong nghiên cứu:*

Người bệnh vào viện khi có dấu hiệu nhiễm khuẩn trên lâm sàng tại chỗ vết thương được đưa vào nghiên cứu. Khi thay băng, vết thương được thực hiện theo quy trình sau [4]:

Sau khi bóc bỏ băng, rửa vết thương bằng dung dịch Latex HB®. Đối với những vết thương có giả mạc sau khi rửa vết thương bằng dung dịch Latex HB® thì tiến hành ủ gạc có tẩm dung dịch Latex HB® trong thời gian 15 - 20 phút, khi thấy giả mạc mềm tan rửa thì thôi. Sau đó dùng dung dịch Latex HB® rửa vết thương một lần nữa. Tiếp theo, tại chỗ vết thương được đắp các băng, gạc tẩm dung dịch Latex HB®, băng kín. Quy trình này được lặp lại trong mỗi lần thay băng tiếp theo cho đến khi vết thương tự liền hoặc có chỉ định can thiệp phẫu thuật để làm liền vết thương.

* *Các thời điểm nghiên cứu:*

T0: Trước sử dụng dung dịch Latex HB®; T1: Sau sử dụng Latex HB® 7 ngày; T2: Sau sử dụng Latex HB® 14 ngày.

* *Nghiên cứu lâm sàng:*

Người bệnh nghiên cứu được xác định tuổi, giới tính, bệnh lý nền, nguyên nhân, vị trí, thời gian tồn tại vết thương.

- Xác định đặc điểm tại chỗ vết thương:

+ Tính chất bờ mép vết thương: Có hay không có chứng viêm (sưng nóng đỏ đau); tình trạng xơ chai, tăng sản, biểu mô.

+ Đặc điểm nền vết thương:

* Xác định kích thước vết thương: Bằng phương pháp đặt giấy bóng kính có các ô kẻ 1 cm² lên bề mặt vết thương để gián tiếp xác định kích thước vết thương ra cm².

* Chẩn đoán độ sâu vết thương: Chia làm 4 độ theo Hội Vết thương mạn tính Mỹ năm 2016:

- Độ I: Cấu trúc da còn nguyên vẹn, xuất hiện ban đỏ ở một vùng da có khu trú rõ ràng. Vùng xuất hiện ban đỏ, có thể có rối loạn cảm giác, nhiệt độ.

- Độ II: Vết thương tổn thương lớp trung bì đến phần tiếp giáp với hạ bì. Nền vết thương là mô có màu hồng, đỏ, ẩm ướt. Tổn thương cũng có thể ở dạng còn vòm nốt phỏng, bên trong chứa huyết tương.

- Độ III: Vết thương tổn thương toàn bộ lớp da, lớp mỡ dưới da không bị tổn thương. Nền vết thương có thể có mô hạt, cũng có thể là hoại tử ướt hoặc hoại tử khô. vết thương có bờ mép thường cuộn mép. vết thương có thể có hàm ếch hoặc đường hầm.

- Độ IV: Tổn thương toàn bộ lớp da tới các mô, tổ chức dưới da (cơ, gân, sụn, xương...). Tổn thương có thể là hoại tử ướt hoặc khô. Vết thương thường cuộn mép, có hàm ếch, đường hầm.

* Dịch tiết tại chỗ vết thương: Căn cứ vào dịch thấm băng mà chia ra các mức dịch thấm băng mức nhiều, vừa và ít. Theo Nancy Morgan (2014) [5]: Dịch tiết

nhiều: Nếu dịch thấm $\geq 75\%$ lớp băng. Dịch tiết vừa: Nếu dịch thấm từ (25% - 75%) lớp băng. Dịch tiết ít: Nếu dịch thấm $< 25\%$ lớp băng.

* Tính chất mô tại chỗ vết thương: Mô hoại tử khô, mô hoại tử ướt, tổ chức hạt đỏ đẹp, tổ chức hạt phù/ viêm, nền vết thương lộ tổ chức dưới da...

* *Nghiên cứu cận lâm sàng:*

- Định danh vi khuẩn bề mặt vết thương: Tại các thời điểm nghiên cứu cấy khuẩn, định danh vi khuẩn bằng máy định danh vi khuẩn VITEK 32 do Mỹ sản xuất.

- Định lượng vi khuẩn trên 1 cm² bề mặt vết thương: Lấy bệnh phẩm: Đặt miếng phim (film) vô trùng có đục lỗ kích thước 1 cm² lên bề mặt vết thương vùng lấy bệnh phẩm. Dùng tăm bông vô trùng nhúng vào dung dịch Natriclorid 0,9%, sau đó đặt lên vùng đục lỗ 1 cm², lăn nhẹ đầu tăm bông trong 10 giây để lấy bệnh phẩm. Cho tăm bông bệnh phẩm vào ống chứa 5 ml Natriclorid 0,9%. Lắc nhẹ ống chứa Natriclorid 0,9%, có tăm bông bệnh phẩm trong 15 giây. Dùng loop cấy định lượng 0,01 ml và 0,001 ml đã khử trùng, lấy bệnh phẩm trong dung dịch Natriclorid 0,9%, cấy vào hai đĩa môi trường thạch dinh dưỡng. Đầu tiên cấy một đường thẳng theo hết đường kính đĩa thạch, sau đó dàn đều sang hai bên. Để đĩa cấy khuẩn ở 37°C trong 24 giờ, sau đó đếm số lượng khuẩn lạc có trong đĩa thạch. Xác định số lượng vi khuẩn có trong 1 cm² vết thương mạn tính theo công thức:

$$\text{Số lượng vi khuẩn (SLVK)/ cm}^2 = \frac{(5 N_1 \times 10^3) + (5 N_2 \times 10^2)}{2}$$

Trong đó: N₁: Số lượng khuẩn lạc ở đĩa thạch cấy lúp 0,001.

N₂: Số lượng khuẩn lạc ở đĩa thạch cấy lúp 0,01.

5: là 5 ml dung dịch Natriclorid 0,9%.

Các kỹ thuật định danh, nuôi cấy và xác định số lượng vi khuẩn được thực hiện tại Khoa Cận lâm sàng - Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác.

2.4. Xử lý số liệu

Số liệu thu được được so sánh trước và sau điều trị để thấy được vai trò của dung dịch Latex HB®. Với độ tin cậy 95%, phép so sánh có ý nghĩa khi $p < 0,05$. Số liệu được xử lý bằng phần mềm Stata 12.0.

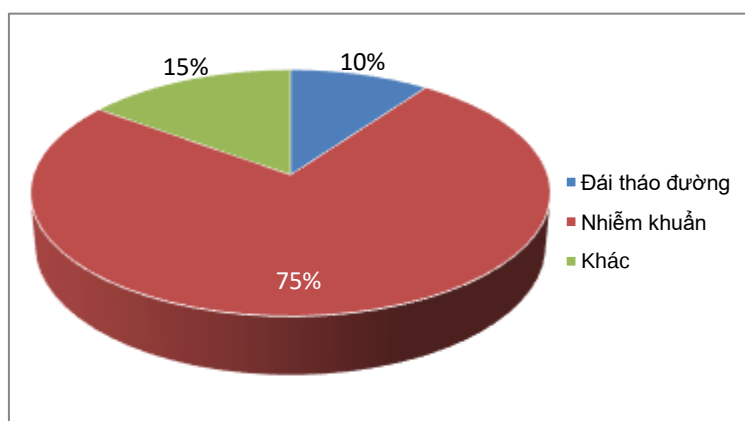
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm người bệnh nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm người bệnh và vết thương nghiên cứu (n = 20)

Đặc điểm bệnh nhân	Giá trị trung bình	Min - Max
Tuổi (năm)	$59,0 \pm 14,7$	28 - 76
Diện tích vết thương nghiên cứu (cm ²) (n = 24 vết thương)	$99,5 \pm 65,9$	10 - 200
Thời gian tồn tại vết thương (tháng)	$2,12 \pm 1,23$	0,5 - 5
Giới tính		
Nam	10 (50)	
Nữ	10 (50)	

Nhận xét: Người bệnh nghiên cứu có tỷ lệ nam/ nữ là 1/1, độ tuổi trung bình là $59,0 \pm 14,7$ tuổi, diện tích vết thương nghiên cứu tương đối rộng $99,5 \pm 65,9$ cm². Vết thương tồn tại trung bình $2,12 \pm 1,23$ tháng.



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tác nhân gây vết thương

Nguyên nhân gây nên vết thương gặp nhiều do viêm mô tế bào (75%), đái tháo đường chiếm 10% và các nguyên nhân khác như Gout, tỳ đè, hội chứng Cushing chiếm 15%. (Biểu đồ 3.1).

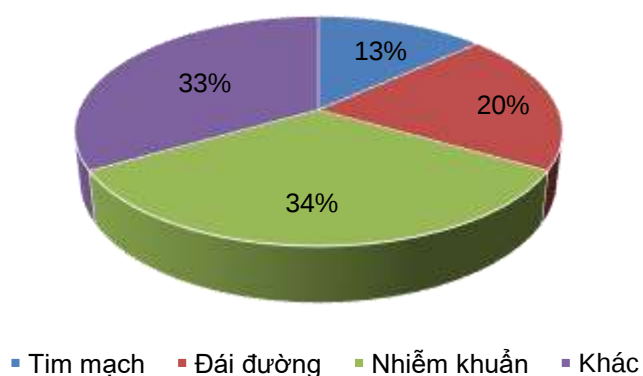
Bảng 3.2. Phân bố người bệnh theo đặc điểm vết thương và bệnh lý kết hợp

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Vị trí VT (n = 24 VT)		
Chi trên	3	12,5
Chi dưới	17	70,8
Khác*	4	16,7
Số VT (n = 20 BN)		
1VT	16	80
2 VT	4	20
Độ sâu VT (n = 24 VT)		
Độ I	-	-
Độ II	4	16,7
Độ III	18	75,0
Độ IV	2	8,3
Bệnh lý kết hợp (n = 20 BN)		
1 bệnh	12	60
2 bệnh	6	30
≥ 3 bệnh	2	10

(*) (Thân trên, sinh dục, máu chuyển và cùng cụt)

Nhận xét: Trong số 24 vết thương nghiên cứu, vết thương vùng chi dưới gặp với tỷ lệ nhiều nhất chiếm 70,8%, 20% người bệnh có 2 vết thương. Có 75% vết thương nghiên cứu có tổn thương độ III. 30% bệnh nhân có 2 bệnh nền. Trong đó

gặp nhiều nhất là bị nhiễm khuẩn toàn thân (34%). 13% người bệnh mắc bệnh tim mạch và 33% người bệnh mắc các bệnh khác (Gout mạn tính, viêm đa khớp, hội chứng Cushing, xơ cứng bì)



Biểu đồ 3.2. Phân bố người bệnh theo bệnh kết hợp
(Bệnh lý khác bao gồm: Gout mạn tính, viêm đa khớp, hội chứng Cushing, xơ cứng bì)

3.2. Đặc điểm diễn biến lâm sàng tại chỗ vết thương sau điều trị bằng dung dịch Latex HB®**Bảng 3.3. Diễn biến lâm sàng tại chỗ vết thương sau điều trị bằng Latex HB® (n=24)**

Thời điểm Đặc điểm	T0 n (%)	T1 n (%)	T2 n (%)
Dịch tiết tại chỗ VT - Nhiều - Vừa - Ít	16 (66,7) 8 (33,3) -	11 (45,8) 5 (20,8) 8 (33,3)	5 (20,8) 3 (12,5) 16 (66,7)
Giả mạc nền vết thương - Có - Không	12 (50) 12 (50)	5 (20,8) 19 (79,2)	2 (8,3) 22 (91,7)
Viêm tại chỗ VT - Bờ mép viêm nề xung huyết rõ - Viêm nề xung huyết nhẹ - Không có	18 (75) 6 (25) -	2 (8,3) 10 (41,7) 12 (50)	- - 24 (100)
Biểu mô hoá - Có - Không	2 (8,3) 22 (91,7)	9 (37,5) 15 (62,5)	18 (75) 6 (25)
Tổ chức hạt - Không có - Xấu - Đẹp	17 (70,8) 7 (29,2) -	8 (33,3) 6 (25) 10 (41,7)	2 (8,3) 5 (20,8) 17 (70,8)
Phản ứng dị ứng	Không	Không	Không
Nhiệt độ cơ thể	37,2 ± 0,1	37,1 ± 0,2	37,1 ± 0,3
Diện tích VT (*) (cm ²)	99,5 ± 65,9	89,9 ± 58,7	64,2 ± 43,6
p(*)	p ₀₋₁ > 0,05; p ₀₋₂ < 0,05; p ₁₋₂ < 0,05		

Nhận xét: Vết thương tốt lên theo thời gian với biểu hiện như: Giảm tiết dịch; giảm viêm nề, xung huyết; Tỷ lệ vết thương có giả mạc giảm dần từ 50% thời điểm T0 xuống 20,8% thời điểm T1 và chỉ còn 8,3% ở thời điểm T2; Tỷ lệ vết thương có biểu mô hoá, tổ chức hạt đẹp tăng theo thời gian nghiên cứu. Diện tích vết thương thu

hẹp rõ rệt nhất vào thời điểm T2 với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với thời điểm T0 và T1. Việc sử dụng Latex HB® không gây phản ứng dị ứng toàn thân (với biểu hiện nhiệt độ cơ thể không thay đổi), tại chỗ vết thương không có dấu hiệu phản ứng dị ứng.



Hình ảnh 3.1. Người bệnh Trần Văn T - SBA (348VB).
Vết thương cẳng, bàn chân trái do viêm mô tế bào

Thời điểm T0: Vết thương tiết dịch nhiều, nhiễm mủ xanh, viêm nề tấy đỏ, nền vết thương hoại tử ướt, giả mạc xanh, lộ cơ không có tổ chức hạt. *Thời điểm T1:* Vết thương còn viêm nề tấy đỏ, tiết dịch nhiều, không nhiễm mủ xanh, bờ mép không có biểu mô, nền vết thương có giả mạc, không có tổ chức hạt. *Thời điểm T2:* Vết thương hết viêm nề, tiết dịch vừa, bờ mép có vùng xuất hiện biểu mô, nền vết thương sạch hoại tử, còn giả mạc (nhưng ít hơn), có tổ chức hạt nề nhẹ.

3.3. Kết quả cấy khuẩn

Bảng 3.4. Đặc điểm chủng vi khuẩn bề mặt vết thương (n = 24)

Thời điểm Đặc điểm	T0 n (%)	T1 n (%)	T2 n (%)
Số mẫu (+)	15 (62,5)	10 (41,7)	4 (16,7)
<i>S. aureus</i>	6 (40)	3 (30)	1 (25)
<i>P. aeruginosa</i>	4 (26,7)	2 (20)	1 (25)
<i>Ent.faecium</i>	1 (6,7)	2 (20)	1 (25)
<i>Ent.cloacae</i>	1 (6,7)	2 (20)	1 (25)
<i>S. aureus</i> - <i>P.aeruginosa</i>	2 (13,4)	-	-
<i>S.aureus</i> - <i>Ent.faecium</i>	1 (6,7)	1 (10)	-

Nhận xét: Cấy khuẩn bề mặt 24 vết thương, ở thời điểm T0 có: 15 vết thương (62,5%) cấy khuẩn dương tính; Chủng vi khuẩn bề mặt vết thương phong phú về chủng loại, gặp nhiều là *S.aureus*, *P.aeruginosa*; Xuất hiện các vi khuẩn cơ hội *Ent.faecium*, *Ent.cloacae*. Ở thời điểm

T1 có 10 vết thương (41,7%) có kết quả cấy khuẩn dương tính, thời điểm T2 chỉ còn 4 vết thương (16,7%) dương tính. Sự xuất hiện các chủng *S.aureus*, *P.aeruginosa* này giảm cũng theo thời gian ở các thời điểm T1 và T2.

Bảng 5. Số lượng vi khuẩn trên 1 cm² diện tích bề mặt vết thương (5x10³ VK/cm²)

Thời điểm SLVK/cm ²	T0 $\bar{X} \pm SD$ (Min-max)	T1 $\bar{X} \pm SD$ (Min-max)	T2 $\bar{X} \pm SD$ (Min-max)
<i>S.aureus</i>	(n = 6) 405,6 ± 100,5 (273 - 612)	(n = 3) 251,7 ± 98,8 (132 - 374)	(n = 1) 186
<i>P.aeruginosa</i>	(n = 4) 349,1 ± 122,6 (146 - 617)	(n = 2) 203,5 ± 98,5 (105 - 302)	(n = 1) 113

Nhận xét: Số lượng vi khuẩn trên 1 cm² diện tích bề mặt vết thương sau điều trị giảm theo thời gian. Tại thời điểm T0 số lượng *S.aureus* tại thời điểm T0 là 405 x 5 x 10³ vi khuẩn/cm², T1 là 251 x 5 x 10³ vi khuẩn/cm², thời điểm T2 giảm xuống còn 186 x 5 x 10³ vi khuẩn/cm². *P.aeruginosa* ở thời điểm T0 là 349 x 5 x 10³ vi khuẩn/cm², T1 là 203 x 5 x 10³ vi khuẩn/cm², đến thời điểm T2 giảm xuống còn 113 x 5 x 10³ vi khuẩn/cm².

4. BÀN LUẬN

Hiện nay, các phương pháp chăm sóc vết thương hiện đại được sử dụng đều hướng tới nhằm cải thiện môi trường vết thương, duy trì môi trường ẩm, tình trạng nhiễm khuẩn tại chỗ vết thương để thúc đẩy quá trình liền vết thương. Trong

phương pháp chăm sóc vết thương bằng thay băng, có ba bước phải được thực hiện, cụ thể là rửa vết thương, loại bỏ mô hoại tử và lựa chọn băng theo tình trạng vết thương [6].

Nghiên cứu này cũng được thực hiện chăm sóc vết thương theo quy trình thay băng ba bước này. Polyhexamethylene biguanide hydrochloride (Latex HB®) được sử dụng để rửa vết thương, sau đó loại bỏ mô hoại tử (nếu có) bằng phương pháp cắt lọc vết thương. Tùy thuộc tình trạng vết thương tiết dịch nhiều hay ít mà tiến hành thay băng 1 - 2 lần ngày.

Trong nghiên cứu này chúng tôi đặt vấn đề nghiên cứu vết thương nhiễm khuẩn theo tiêu chuẩn được mô tả bởi tác giả Swanson T và cộng sự (2022) [3]. Vết thương chúng tôi gặp nhiều do viêm mô tế

bào (75%), đái tháo đường chiếm 10% và các nguyên nhân khác như Gout, tỳ đờ, hội chứng Cushing chiếm 15% (Biểu đồ 3.1). Hơn nữa, vết thương trong nghiên cứu này đều có các triệu chứng thể hiện của tình trạng viêm cấp tính, dẫn tới vết thương đó không liền. Nguyên nhân ô nhiễm, nhiễm khuẩn, màng Biofilm là kết quả của quá trình chăm sóc trước đó (ở các cơ sở điều trị trước khi nhập viện) cùng với sự hiện diện của các yếu tố ức chế quá trình liền vết thương làm cho vết thương không liền [7].

Trong nghiên cứu này, các vết thương đã được chăm sóc và điều trị trước khi nhập viện trung bình là $2,12 \pm 1,23$ tháng (dài nhất là 5 tháng và ngắn nhất là 0,5 tháng - Bảng 3.1). Quá trình liền vết thương chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố bao gồm chăm sóc VT, kiểm soát nhiễm trùng, mạch máu, tuổi tác, dinh dưỡng, bệnh nền... Tuổi tác là một trong những yếu tố có thể ảnh hưởng đến quá trình liền vết thương, bệnh nhân nghiên cứu có độ tuổi khác nhau, trung bình là $59,0 \pm 14,7$ tuổi trong đó người cao tuổi nhất là 76 tuổi (Bảng 3.1).

Việc sử dụng Polyhexamethylene biguanide hydrochloride (Latex HB®) có thể đẩy nhanh quá trình làm liền vết thương do khả năng duy trì độ pH bình thường của vết thương. Điều này giúp vết thương mau lành hơn mà không gây hại cho mô, thúc đẩy quá trình liền vết thương [8]. Quá trình ủ, rửa vết thương bằng dung dịch Latex HB® được thực hiện trong mỗi lần thay băng cho đến khi vết thương sạch hoàn toàn mọi dị vật để lại từ lần thay băng trước. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rõ ràng rằng, Polyhexamethylene biguanide khi được sử dụng làm dung dịch rửa vết

thương, vừa an toàn vừa có khả năng ảnh hưởng đến quá trình lành vết thương [9].

Kết quả trên diễn biến lâm sàng của nghiên cứu này cũng thể hiện rõ điều này khi thấy vết thương tiến triển tốt lên theo thời gian như: Giảm tiết dịch; giảm viêm nề, xung huyết; tỷ lệ vết thương có giả mạc giảm dần từ 50% thời điểm T0 xuống 20,8% thời điểm T1 và chỉ còn 8,3% ở thời điểm T2; tỷ lệ vết thương có biểu mô hoá, tổ chức hạt đỏ đẹp tăng theo thời gian nghiên cứu. Diện tích vết thương thu hẹp rõ rệt nhất vào thời điểm T2 với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với thời điểm T0 và T1. Việc sử dụng Latex HB® không gây phản ứng dị ứng toàn thân (với biểu hiện nhiệt độ cơ thể không thay đổi), tại chỗ vết thương không có dấu hiệu phản ứng dị ứng (Bảng 3.3).

Vi khuẩn thường gặp ở bề mặt vết thương thường là những cầu khuẩn Gram (+) (*S.aureus*) hay trực khuẩn Gram (-) (*P.aeruginosa*) [10, 11]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhận định trên, ở thời điểm T0 khi cấy khuẩn 24 vết thương, mặc dù chỉ có 62,5% số VT có kết quả cấy khuẩn dương tính, thì vi khuẩn gặp với tỉ lệ cao lần lượt là *S. aureus* (40%) và *P. aeruginosa* (26,7%). Việc sử dụng dung dịch Polyhexamethylene biguanide hydrochloride (Latex HB®) để rửa vết thương có tác dụng làm giảm khả năng nhiễm trùng, giảm tỷ lệ nhiễm của cả vi khuẩn gram dương, vi khuẩn gram âm và cả vi khuẩn tan máu và nấm [12].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhận định trên biểu hiện tỷ lệ nhiễm khuẩn, cũng như số lượng vi khuẩn/1cm² diện tích bề mặt vết thương của các vi khuẩn *S.aureus* và *P.aeruginosa* giảm theo thời gian nghiên cứu (Bảng 3.4, 3.5).

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu tác dụng của dung dịch Latex HB® trên 24 vết thương nhiễm khuẩn của 20 người bệnh điều trị tại Trung tâm Liền vết thương, Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác từ tháng 6 đến tháng 10 năm 2024 chúng tôi nhận thấy: Dung dịch Latex HB® không gây dị ứng, có tác dụng chống viêm, loại bỏ vi khuẩn bề mặt vết thương, kích thích và thúc đẩy quá trình liền vết thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Guest JF., Ayoub, N., McIlwraith, T., Uchegbu et al (2015). Health economic burden that wounds impose on the National Health Service in the UK. *BMJ Open*, 5(12): 1-8.
2. Malone M, Bjarnsholt T, McBain AJ et al (2017). The prevalence of biofilms in chronic wounds: a systematic review and meta-analysis of published data. *Journal of Wound Care*, 26(1): 20-25.
3. Swanson T, Ousey K, Haesler E et al (2022). IWII Wound Infection in Clinical Practice consensus document: 2022 update. *Journal of wound care*, 31(12): S10-S21.
4. Bradbury S, Fletcher J (2011). Protosan® made easy. *Wound*, 2(2). Available from <http://www.woundsinternational.com>
5. Morgan N (2014). How to assess wound exudate. *Wound care Advisor*, 3(2): 20-21.
6. Frykberg RG, Banks J (2015). Challenges in the Treatment of Chronic Wounds. *Adv Wound Care*, 4(9): 560-82.
7. Mixrova SS, Burhan A (2024). Comparison of Effectiveness of Hydropobic Cutimed Sorbact Versus Cadexomer Iodine 0.9% on Healing of Diabetic Foot Ulcer: A Randomized Control Trial. *J Wound Res Technol*, 29;1(1): 28-37.
8. Khalid II, Antoni A, Susanti I (2024). Implementation of Combination of Curcumin Gel and Honey for the Treatment of Diabetic Foot Ulcer: A Pre-Experimental Study. *J Wound Res Technol*, 30;1(1): 38-45.
9. Deng Q, Huang S, Wen J, Jiao Y, Su X, Shi G et al (2020). PF-127 hydrogel plus sodium ascorbyl phosphate improves Wharton's jelly mesenchymal stem cell-mediated skin wound healing in mice. *Stem Cell Res Ther*, 11(1):143.
10. Afonso AC, Oliveira D, Saavedra MJ, Borges A et al (2021). Diabetic Foot Ulcers: Impact, Risk Factors and Control Strategies. *Int J Mol Sci*, 22(15): 8278.
11. Wound Healing and Management Unit, Curtin University (WHAM@Curtin) (2020). Evidence Summary: Polyhexamethylene biguanide hydrochloride for chronic wounds. *Wound Practice and Research*, 28(4):189-191.
12. Rippon M, Rogers AA, Westgate S, Ousey K (2023). Effectiveness of a polyhexamethylene biguanidecontaining wound cleansing solution using experimental biofilm models. *J WOUND CARE*, 32(6).

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ SAU CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THOÁI HÓA KHỚP GỐI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Nguyễn Thị Thúy Nga, Lê Thanh Hà[✉], Phương Thị Hương,
Đinh Thị Tuyết, Hoàng Thị Việt Hà, Lương Tuấn Anh, Lại Thị Thu Huyền
Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

TÓM TẮT

Mục tiêu Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả sau chăm sóc người bệnh thoái hóa khớp gối tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành với cỡ mẫu 245 người bệnh thoái hóa khớp gối điều trị tại Khoa Nội Cơ Xương Khớp - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 12 năm 2023.

Kết quả: Trong tổng số 245 người bệnh, tuổi trung bình là $62,3 \pm 13,0$ tuổi. Phân loại kết quả sau chăm sóc: đạt là 80,9%, chưa đạt 19,1%. Tỷ lệ nam giới có kết quả sau chăm sóc đạt cao hơn nữ giới (OR 95% CI = 2,6; $p = 0,012$). Người bệnh có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm tỷ lệ đạt cao hơn người mắc trên 5 năm (OR = 1,8; $p = 0,037$), người bệnh không mắc kèm bệnh gút và thoái hóa cột sống thắt lưng chăm sóc đạt cao hơn so với người có mắc bệnh lần lượt là (OR = 3,4; $p = 0,000$); (OR = 2,1; $p = 0,001$). Người bệnh chăm sóc đạt có biên độ gấp và duỗi gối tốt hơn so với người không đạt (OR = 9,7; $p = 0,000$); (OR = 3,8; $p = 0,005$). Người bệnh hài lòng có chăm sóc đạt cao hơn so với đối tượng chưa hài lòng (OR = 4,5; $p = 0,000$).

Kết luận: Qua nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa kết quả chăm sóc với: Giới, thời gian mắc bệnh, mắc kèm bệnh gút và thoái hóa cột sống thắt lưng, biên độ gấp duỗi khớp gối và mức độ hài lòng của người bệnh. Như vậy có thể thấy công tác theo dõi, chăm sóc, đánh giá của điều dưỡng ở đối tượng bệnh nhân thoái hóa khớp gối chiếm một phần không nhỏ vào kết quả điều trị chung, đem đến sự hài lòng cho người bệnh, hạn chế tối đa biến chứng và cải thiện chất lượng cuộc sống.

Từ khóa: Kết quả sau chăm sóc, thoái hóa khớp gối

ABSTRACT

Objectives: Investigate some factors related to the outcomes after caring for patients with primary knee osteoarthritis at the 108 Military Central Hospital.

¹Chịu trách nhiệm: Lê Thanh Hà, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Email: lethanha.hvgy@gmail.com

Ngày gửi bài: 26/10/2024; Ngày nhận xét: 12/1/2025; Ngày duyệt bài: 28/2/2024

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

Subject and methods: The cross-sectional study was conducted with 245 patients with knee osteoarthritis receiving treatment at the Rheumatology Department - 108 Military Central Hospital from October 2022 to December 2023.

Result: The average age of 245 patients was 62.3 ± 13.0 years. Post-care outcomes classification: Achieve was 80.9%, not achieve was 19.1%. Men are more likely than women to achieve post-care outcomes (OR 95% CI = 2.6; $p = 0.012$). The accomplishment rate was greater for patients with a disease duration of less than five years than for those with a period of more than 5 years (OR = 1.8; $p = 0.037$). Patients without comorbidities of gout and lumbar spine degeneration had a higher achievement rate compared to those with these conditions, respectively (OR = 3.4; $p = 0.000$); (OR = 2.1; $p = 0.001$). Patients receiving care had better knee flexion and extension range compared to those not receiving care (OR = 9.7; $p = 0.000$); (OR = 3.8; $p = 0.005$). Satisfied patients received higher quality care compared to those who were not satisfied (OR = 4.5; $p = 0.000$).

Conclusion: Through research, it was found that there is a correlation between care outcomes and: gender, duration of illness, comorbidities such as gout and lumbar spine degeneration, range of motion in knee flexion and extension, and patient satisfaction levels. Thus, it can be seen that the monitoring, care, and evaluation work of nurses for patients with knee osteoarthritis constitutes a significant part of the overall treatment outcome, bringing satisfaction to patients, minimizing complications, and improving the quality of life.

Keywords: Post-care results, knee osteoarthritis

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp gối (THKG) là bệnh mạn tính, chủ yếu ở người trung niên, cao tuổi, là nguyên nhân gây tàn tật cho người có tuổi đứng thứ hai sau bệnh lý tim mạch. Năm 2010, ở Mỹ có trên 27 triệu người mắc bệnh THKG trong khi con số này ở Anh là trên 8 triệu người [1].

THKG nếu không được điều trị sẽ gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm cho người bệnh như: Hoại tử xương, biến dạng khớp, cong vẹo chân... Không có cách nào chữa khỏi hoàn toàn THKG, các hướng dẫn thực hành lâm sàng khuyến nghị tập thể dục, giáo dục, tự quản lý và duy trì cân nặng khỏe mạnh là các biện pháp can thiệp cốt lõi đối với người bệnh

THKG trong mọi giai đoạn của bệnh này. Vì vậy, điều dưỡng có vai trò hết sức quan trọng trong quá trình chăm sóc người bệnh THKG.

Kao M H. (2016) thực hiện nghiên cứu tiến cứu về sự can thiệp chăm sóc của điều dưỡng trên 105 người, kết quả cho thấy: Các triệu chứng của khớp gối và điểm số phục hồi chức năng thể chất được cải thiện và điểm chất lượng cuộc sống tăng đáng kể trong khi liều lượng thuốc giảm đau giảm đáng kể ở tuần thứ 10 và 18 so với thời điểm 4 tuần [2].

Tại Việt Nam, có rất ít đề tài nghiên cứu thực hiện để đánh giá hiệu quả chăm sóc ở người bệnh THKG, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 là bệnh viện chuyên khoa sâu tuyến cuối của toàn quân, là cơ

sở khám chữa bệnh cho người dân cả nước. Số lượng người bệnh THKG được quản lý và điều trị tại bệnh viện rất lớn. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu “Tìm hiểu một số yếu liên quan đến kết quả sau chăm sóc người bệnh thoái hóa khớp gối tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Người bệnh trên 40 tuổi.
- Được chẩn đoán xác định THK gối theo tiêu chuẩn ACR 1991 [3] và đồng ý tham gia.
- Người bệnh có khả năng nghe, đọc, hiểu

* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Thoái hóa khớp gối thứ phát sau chấn thương, sau các bệnh khớp viêm.
- Bệnh lý tổn thương cấu trúc khớp gối bẩm sinh, bệnh lý xương, sụn tại khớp gối.
- Từ chối tham gia nghiên cứu.

* *Thời gian và địa điểm nghiên cứu:*

- Thời gian: Từ tháng 10 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024.
- Địa điểm: Tại Khoa Nội Cơ Xương Khớp - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:*

Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp tiến cứu.

* *Phương pháp chọn mẫu:*

Cỡ mẫu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả, ước tính một tỷ lệ trong quần thể:

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

Trong đó:

n: Cỡ mẫu cần nghiên cứu.

p: Tỷ lệ cải thiện triệu chứng đau và hải lòng với kết quả điều trị theo nghiên cứu của Vega và cộng sự là 77% [4].

d: Khoảng sai lệch mong muốn giữa mẫu và quần thể, chọn d = 0,06.

$Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ khoảng tin cậy 95%.

Thay thế các dữ liệu vào công thức trên chúng tôi có cỡ mẫu của nghiên cứu này là 190 người bệnh, lấy thêm 10% sai số cỡ mẫu thu được là 210 người bệnh. Trong khoảng thời gian nghiên cứu có 245 người bệnh đáp ứng đủ tiêu chí.

* *Các chỉ tiêu nghiên cứu:*

- Tuổi, giới, nghề nghiệp, trình độ học vấn
- Thời gian mắc bệnh
- Bệnh lý liên quan với THKG: Chỉ thống kê 2 bệnh liên quan Gút và thoái hóa cột sống thắt lưng (CSTL).
- Dấu hiệu cứng khớp buổi sáng là khoảng thời gian được tính bằng phút, từ lúc người bệnh ngủ dậy buổi sáng, cảm thấy khớp cứng không thể vận động được tới lúc có thể vận động gấp duỗi được khớp gối.
- Đo biên độ duỗi khớp gối: Thực hiện đo tầm vận động chủ động của khớp gối theo phương pháp Zero bằng thước đo góc hai cạnh, theo hướng dẫn của Viện Hàn lâm Phẫu thuật Chính hình Mỹ và Hội nghị Vancouver ở Canada thông qua năm 1964, hiện đã được quốc tế thừa nhận là phương pháp tiêu chuẩn [5].

• *Đánh giá kết quả chăm sóc điều dưỡng:*

- *Đánh giá về mức độ hải lòng của người bệnh:* Dựa trên 5 câu hỏi, mỗi câu hỏi được đánh giá ở 5 mức độ tương ứng với thang điểm Likert 5 điểm:

Mức 1 = rất không hài lòng, Mức 2 = không hài lòng, Mức 3 = bình thường, Mức 4 = hài lòng, Mức 5 = rất hài lòng.

Mỗi mức tương đương với 1 điểm, tổng điểm đánh giá chung từ 0 - 25 điểm với xếp hạng: từ 0 - 5 điểm:

Mức 1 (rất không hài lòng); 5 - 10 điểm: Mức 2 (không hài lòng); 10 - 15 điểm: Mức 3 (bình thường); 15 - 20 điểm: Mức 4 (hài lòng); 20 - 25 điểm: Mức 5 (rất hài lòng).

Phân loại người bệnh “hài lòng” nếu đánh giá mức 4 và mức 5, “không hài lòng” nếu người bệnh đánh giá mức 3, mức 2, mức 1 [6].

- Đánh giá về hoạt động chăm sóc người bệnh của điều dưỡng: Dựa trên 7 câu hỏi, mỗi câu hỏi được đánh giá ở 5 mức độ tương ứng với thang điểm Likert 5 điểm: Mức 1 = chăm sóc rất kém, Mức 2 = chăm sóc kém, Mức 3 = chăm sóc bình thường, Mức 4 = chăm sóc tốt, Mức 5 = chăm sóc rất tốt. Mỗi mức tương đương với 1 điểm, tổng điểm đánh giá chung từ 0 - 35 điểm với xếp hạng: từ 0 - 7 điểm: Mức 1 (chăm sóc rất kém); 8 - 14 điểm: Mức 2 (chăm sóc kém); 15 - 21 điểm: Mức 3 (chăm sóc bình thường); 22 - 28 điểm: Mức 4 (chăm sóc tốt); 29 - 35 điểm: Mức 5 (chăm sóc rất tốt). Phân loại chăm sóc được đánh giá “Đạt” nếu đạt mức 4 và

mức 5, “Chưa đạt” khi thực hiện chăm sóc mức 3, mức 2 và mức 1.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, nhập 2 lần để kiểm soát sai số bằng phần mềm Epidata 3.1. Sau đó, các phân tích được thực hiện bằng phần mềm Stata 12.0. Các tỷ lệ được trình bày theo tỷ lệ %, tìm mối liên quan qua giữa kết quả sau chăm sóc với các yếu tố qua tỷ suất chênh OR 95% CI (Odds ratio), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Ban lãnh đạo Khoa Nội cơ xương khớp - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và được thông qua Hội đồng Bảo vệ đề cương của Trường Đại học Thăng Long. Đối tượng được giải thích rõ ràng về mục đích và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các thông tin thu thập chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không sử dụng cho mục đích khác và hoàn toàn được giữ bí mật, không ảnh hưởng đến sức khỏe và lợi ích của đối tượng nghiên cứu.

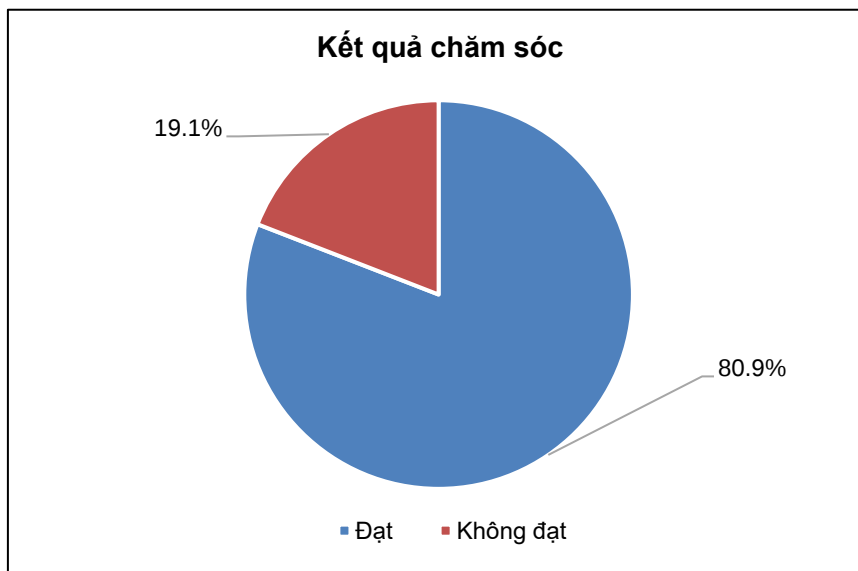
3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng (n = 245)

Đặc điểm		n	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	< 50 tuổi	47	19,2
	50 - 59 tuổi	42	17,1
	60 - 69 tuổi	80	32,6
	≥ 70 tuổi	76	31,1
Trung bình: 62,3 ± 13,0 tuổi (Thấp nhất: 38; cao nhất: 89)			
Giới	Nam	99	40,4
	Nữ	146	59,6
Nghề nghiệp	Công nhân, nông dân	65	26,5
	Viên chức, văn phòng	45	18,3
	Cao tuổi, Hưu trí, mất sức	135	55,2
Trình độ học vấn	Trung cấp trở xuống	145	59,2
	Cao đẳng, Đại học, Sau đại học	100	40,8

Tuổi trung bình đối tượng là $62,3 \pm 13,0$, nữ giới chiếm đa số là 59,6%. Đa phần đối tượng là người cao tuổi, hưu trí và mức sức khỏe 55,2%.



Biểu đồ 3.1. Kết hoạt động chăm sóc khi nằm viện của đối tượng (n = 245)

Đánh giá chung kết quả chăm sóc điều trị người bệnh THKG của điều dưỡng mức đạt là 80,9%, chưa đạt 19,1%.

3.2. Một số yếu tố liên quan với kết quả chăm sóc của người bệnh thoái hóa khớp gối

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa kết quả chăm sóc với đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n = 245)

Đặc điểm		Kết quả chăm sóc		OR 95%CI	p
		Đạt (n; %)	Không đạt (n; %)		
Tuổi	38 đến < 60	61 (68,5)	28 (31,5)	1	0,143
	61 đến ≥ 70	137 (87,8)	19 (12,2)	1,3 (0,7 - 2,0)	
Giới	Nữ	110 (74,3)	36 (24,7)	1	0,012
	Nam	88 (88,9)	11 (11,1)	2,6 (1,2 - 6,0)	
Thời gian mắc	≥ 5 năm	159 (79,5)	41 (20,5)	1	0,037
	< 5 năm	39 (86,7)	6 (13,3)	1,8 (1,1 - 3,1)	
Gút	Có	27 (56,2)	21 (43,8)	1	0,000
	Không	171 (86,8)	26 (13,2)	3,4 (1,1 - 7,0)	
Thoái hóa cột sống thắt lưng	Có	15 (60,0)	10 (40,0)	1	0,001
	Không	183 (83,2)	37 (16,8)	2,1 (1,0 - 5,2)	

Có mối liên quan giữa kết quả sau chăm sóc với: Giới, thời gian mắc bệnh, bệnh gút và thoái hóa cột sống thắt lưng kèm theo: Tỷ lệ nam giới đánh giá kết quả chăm sóc đạt cao hơn nữ giới. Người bệnh có thời gian mắc bệnh dưới

5 năm có tỷ lệ đánh giá đạt cao hơn những người bệnh mắc bệnh trên 5 năm, người bệnh không mắc kèm bệnh gút và thoái hóa cột sống thắt lưng đánh giá chăm sóc đạt cao hơn so với người bệnh có mắc bệnh ($p < 0,05$).

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa kết quả chăm sóc với biên độ gấp gối, duỗi gối (n = 245)

Đặc điểm		Kết quả chăm sóc		OR 95%CI	p
		Đạt (n; %)	Không đạt (n; %)		
Biên độ gấp gối	$< 60^0$	6 (35,3)	11 (64,7)	1	0,000
	$\geq 60^0$	192 (84,2)	36 (15,8)	9,7 (3,0 - 33,9)	
Biên độ duỗi gối	$\geq 0^0$	10 (55,5)	8 (44,5)	1	0,005
	$< 0^0$	188 (82,8)	39 (17,2)	3,8 (1,2 - 11,6)	

Người bệnh đánh giá mức độ chăm sóc đạt có biên độ gấp gối và duỗi gối tốt hơn so với những người bệnh đánh giá

mức chăm sóc không đạt, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa kết quả chăm sóc với biên độ mức độ hài lòng (n = 245)

Đặc điểm		Kết quả chăm sóc		OR 95%CI	p
		Đạt (n; %)	Không đạt (n; %)		
Mức độ hài lòng	Chưa hài lòng	8 (24,2)	25 (75,8)	1	0,000
	Hài lòng	190 (89,6)	22 (10,4)	4,5 (1,1 - 8,1)	

Tỷ lệ người bệnh hài lòng có mức kết quả chăm sóc đạt cao hơn so với đối tượng chưa hài lòng ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên 245 người bệnh thoái hóa khớp gối điều trị nội trú tại khoa Nội cơ xương khớp, Bệnh viện Trung

ương Quân đội 108 nhận thấy: Tuổi trung bình là $62,3 \pm 13,0$ tuổi. Tuổi càng cao thì tỷ lệ thoái hóa khớp gối càng gia tăng. Bùi Hải Bình (2016), thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai cũng nhận thấy tuổi trung bình là $61,0 \pm 7,9$ tuổi [7]. Nữ giới chiếm 59,6%. Tỷ lệ nữ nhiều hơn nam cũng gặp trong các nghiên cứu của các tác giả Bùi Hải Bình 81,0% [7]. Việc nữ giới bị THKG nhiều hơn nam giới cùng độ tuổi có thể là do sự thiếu hụt nội tiết tố estrogen sau quá trình mãn kinh [8].

4.2. Một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc

Đánh giá chung kết quả sau chăm sóc điều trị người bệnh THKG của điều dưỡng mức đạt là 80,9%, chưa đạt 19,1%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh (2019) tại Bệnh viện Bạch Mai, người bệnh ở mức đạt chiếm tỷ lệ 58,3% [9]. Lý giải cho việc này có thể do sự khác biệt trình độ học vấn người bệnh trong nghiên cứu của của tác giả: 52,4% người bệnh có trình độ dưới trung học phổ thông (THPT) nên quá trình tiếp nhận thông tin chăm sóc và điều trị sẽ kém hơn nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi (40,8% có trình độ Cao đẳng, Đại học, Sau đại học). Khi tìm mối liên quan giữa kết quả chăm sóc với một số yếu tố, chúng tôi thấy: Nam giới có tỷ lệ đạt kết quả chăm sóc tốt cao hơn nữ giới là 88,9% so với 77,3% (OR 95% CI = 2,6; p = 0,012). Kết quả tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh, nữ giới có kết quả đánh giá chăm sóc thấp hơn nam giới [9].

Nghiên cứu cho thấy người bệnh có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm có tỷ lệ đánh giá kết quả chăm sóc tốt hơn so với những người bệnh mắc bệnh trên 5 năm là 86,7% với 79,5% (OR 95% CI = 1,8; p = 0,037). Lý giải điều này là những người bệnh có thời gian mắc bệnh THKG lâu hơn sẽ có tổn thương tại khớp nhiều hơn, nặng hơn và tiến triển điều trị trên lâm sàng sẽ hạn chế hơn. Và những người bệnh có thời gian mắc ngắn hơn sẽ chú ý đến sức khỏe của bản thân hơn bởi vì những lo ngại về biến chứng của THK gối về sau. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy những người mắc bệnh gút, thoái hóa cột sống thắt lưng có kết quả chăm sóc ở mức đạt thấp hơn lần lượt là 3,4 và 2,1 lần so với nhóm người không mắc các

bệnh trên (OR 95% CI = 3,4; p = 0,000); (OR 95% CI = 2,1; p = 0,001).

Một nghiên cứu của GG Teng (2017), thực hiện tại Singapor trên 51,858 đối tượng thấy: Người bệnh mắc bệnh gút có tỷ lệ mắc THKG cao hơn gấp 39% so với người bình thường khỏe mạnh, và tỷ lệ phải phẫu thuật khớp gối tăng tỷ lệ thuận với mức độ nặng của bệnh gút [10]. Điều này là rào cản cho thấy việc mắc gout và các bệnh lý cơ xương khớp ảnh hưởng lớn đến kết quả điều trị và kết quả chăm sóc người bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh (2019) cho thấy nhóm người bệnh không mắc bệnh viêm loét dạ dày tá tràng có kết quả chăm sóc ở mức đạt cao hơn nhóm người bệnh mắc bệnh gấp 2,75 lần, nhóm người bệnh không có tình trạng loãng xương có kết quả chăm sóc mức đạt cao hơn gấp 3,65 lần nhóm người bệnh mắc. Các sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Từ các kết quả nghiên cứu trên có thể thấy người bệnh càng mắc nhiều mặt bệnh kèm theo sẽ có tình trạng sức khỏe chung kém hơn, ảnh hưởng có ý nghĩa đến hiệu quả chăm sóc điều trị [9].

Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh có biên độ vận động gấp - duỗi khớp gối tốt hơn có phân mức đánh giá kết quả chăm sóc chung cao so với những người bệnh có biên độ vận động khớp kém hơn (p < 0,05). Kết quả chăm sóc điều trị người bệnh THKG là sự tổng hợp và phối hợp giữa điều trị với chăm sóc, tư vấn và sự phối hợp của người bệnh. Vai trò của người điều dưỡng chăm sóc về thể chất, tinh thần, dinh dưỡng, lập kế hoạch theo dõi, chăm sóc phục hồi chức năng, giáo dục sức khỏe cho người bệnh góp phần quan trọng trong kết quả điều trị chung của người bệnh.

Tỷ lệ người bệnh hài lòng được chăm sóc tốt là 89,6% cao hơn gấp 4,55 lần những người bệnh chưa hài lòng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Mức độ hài lòng là một trong những yếu tố phản ánh quá trình chăm sóc và điều trị, hài lòng càng cao; chăm sóc và điều trị càng tốt. Chính vì vậy cần hoàn thiện hơn nữa quy trình chăm sóc, điều trị đặc biệt là vấn đề tư vấn dinh dưỡng và tập vận động khớp gối mang đến sự hài lòng của người bệnh.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi thấy, tỷ lệ người bệnh thoái hóa khớp gối có kết quả chăm sóc đạt ở mức cao chiếm 80,9%. Có mối liên quan giữa kết quả chăm sóc với: Giới, thời gian mắc bệnh, bệnh gút và thoái hóa cột sống thắt lưng kèm theo, biên độ gấp duỗi khớp gối và mức độ hài lòng của người bệnh. Như vậy có thể thấy công tác theo dõi, chăm sóc của điều dưỡng ở đối tượng người bệnh thoái hóa khớp gối chiếm một phần không nhỏ vào kết quả điều trị chung, đem đến sự hài lòng cho người bệnh, hạn chế tối đa biến chứng và cải thiện chất lượng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Saarakkala S, Waris P, Waris V et al (2012). Diagnostic performance of knee ultrasonography for detecting degenerative changes of articular cartilage. *Osteoarthritis Cartilage*;20(5):376-381.
2. Kao MH, Tsai YF, Chang TK et al (2016). The effects of self-management intervention among middle-age adults with knee osteoarthritis. *J Adv Nurs*;72(8):1825-37.
3. Altman RD (1991). Criteria for classification of clinical osteoarthritis. *J Rheumatol Suppl*;27:10-12.
4. Vega A, Del Canto F, Alberca M et al (2015). Treatment of Knee Osteoarthritis With Allogeneic Bone Marrow Mesenchymal Stem Cells: A Randomized Controlled Trial. *Transplantation*; 99(8):1681-90.
5. Smith DS (1982). Measurement of joint range--an overview. *Clin Rheum Dis*; 8(3):523-531.
6. Larson E (2019). When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care. *Bull World Health Organ*; 97(8):563-569.
7. Bùi Hải Bình (2016). Nghiên cứu điều trị bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát bằng liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu tự thân, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. H. Chen, Y Wang, C Liu et al, (2020). Benefits of a transtheoretical model-based program on exercise adherence in older adults with knee osteoarthritis: A cluster randomized controlled trial. *J. Adv Nurs*; 76(7): 1765-1779.
9. Nguyễn Thị Thanh (2019). Đặc điểm người bệnh viêm khớp dạng thấp và một số yếu tố liên quan đến chăm sóc người bệnh tại khoa Cơ Xương Khớp bệnh viện Bạch Mai, Luận văn thạc sĩ Điều dưỡng, Trường Đại học Thăng Long.
10. Teng GG. (2017). Gout and risk of knee replacement for severe knee osteoarthritis in the Singapore Chinese Health Study. *Osteoarthritis Cartilage*; 25(12):1962-1968.

MÔ TẢ MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG NGƯỜI BỆNH KHUYẾT SẸO TỬ CUNG SAU MỔ LẤY THAI ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THIỆN AN

Phan Thị Dung[✉], Nguyễn Minh Thuyết

Bệnh viện Phụ sản Thiện An

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh khuyết sẹo mổ lấy thai được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Thiện An.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phát vấn trên 73 người bệnh khuyết sẹo mổ lấy thai được chỉ định phẫu thuật nội soi tại Khoa Phụ Sản (Bệnh viện Phụ Sản Thiện An).

Nghiên cứu phân tích về đặc điểm chung của đối tượng, đặc điểm phẫu thuật, tiền sử và các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Kết quả: Kết quả nghiên cứu trên 73 người bệnh cho thấy người bệnh trước phẫu thuật có đặc điểm lâm sàng đau vùng chậu mạn chiếm tỷ lệ cao nhất 93,2%. Người bệnh bị thống kinh chiếm tỷ lệ 98,6%. Đau khi giao hợp, đau vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 93,2%, đau ít chiếm tỷ lệ thấp 1,4%. Ra máu khi giao hợp ở mức vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 97,3%, mức ít và nhiều chiếm tỷ lệ 1,4%. Có 82,2% xuất huyết tử cung bất thường, 13,7% xuất huyết vừa. Tỷ lệ hiếm muộn chiếm tỷ lệ 45,2%. Các chỉ số xét nghiệm cận lâm sàng đều tăng liên quan đến tình trạng bệnh của người bệnh.

Sau phẫu thuật kết quả xét nghiệm sinh hóa huyết học cho thấy 100% các chỉ số đều trở về mức bình thường.

Kết luận: Đặc điểm lâm sàng là chảy máu âm đạo bất thường, đau vùng chậu hoặc đau khi quan hệ, rong kinh, hiếm muộn cho kết quả chính xác khuyết sẹo mổ lấy thai. Trước phẫu thuật các chỉ số xét nghiệm cận lâm sàng đều tăng nhẹ; sau phẫu thuật các chỉ số bình thường.

Từ khóa: Khuyết sẹo mổ lấy thai

¹Chịu trách nhiệm: Phan Thị Dung, Bệnh viện Phụ sản Thiện An

Email: phanthidzungvd@gmail.com

Ngày gửi bài: 02/2/2025; Ngày nhận xét: 12/2/2025; Ngày duyệt bài: 28/2/2025

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

ABSTRACT

Objective: Describe the clinical and subclinical characteristics of patients with cesarean section scars treated by laparoscopic surgery at Thien An Hospital of Obstetrics and Gynecology.

Methods: Cross-sectional descriptive study, interviewing 73 patients with defects in cesarean section scars who were referred for laparoscopic surgery at the Department of Obstetrics and Gynecology at Thien An Hospital of Obstetrics and Gynecology. Research and analysis of the general characteristics of the subject, surgical characteristics, history and clinical and subclinical characteristics.

Results: The results of the study on 73 patients showed that NB before surgery had the clinical characteristics of moderate pain in the chronic pelvic area, accounting for the highest rate of 93.2%. Patients with dysentery account for 98.6%. Pain during intercourse, moderate pain accounted for the highest rate of 93.2%, and low pain accounted for a low rate of 1.4%. Bleeding during moderate intercourse accounts for the highest rate of 97.3%, while little and abundant account for 1.4%. Bleeding during moderate intercourse accounts for the highest rate of 97.3%, little and abundant account for 1.4%. There were 82.2% abnormal uterine bleeding, 13.7% moderate bleeding. The infertility rate accounts for 45.2%. Paraclinical test indexes all increased related to the patient's disease condition. After surgery, biochemical and hematological test results showed that 100% of the indicators returned to normal.

Conclusion: Clinical abnormal vaginal bleeding, pelvic pain or pain during intercourse, menorrhagia, and infertility provide accurate results for cesarean scar defect. Before surgery, paraclinical test indicators increased slightly; After surgery, the indexes were normal.

Keywords: Cesarean section scar defect.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai là một trong những phẫu thuật phổ biến nhất trên thế giới [1]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), tỷ lệ mổ lấy thai dao động từ 10 - 15%, khi được chỉ định đúng, giúp giảm tử suất của mẹ, trẻ sơ sinh và nữ nhi [2]. Khuyết sẹo mổ lấy thai là hiện tượng mất liên tục của cơ tử cung ở vị trí mổ lấy thai cũ, dẫn tới sự ứ đọng dịch, bao gồm máu hoặc chất nhầy và khuyết sẹo [3]. Khuyết sẹo mổ lấy thai thường có các triệu chứng trên lâm sàng như rong kinh, thống kinh, ra máu sau sạch kinh ít một, đau vùng chậu mạn tính, giao hợp đau, ứ dịch sẹo mổ lấy thai cũ, thất bại chuyển phôi, thất bại làm tổ [4].

Ở Việt Nam, các nghiên cứu về khuyết sẹo mổ lấy thai còn rất ít và chưa có đồng thuận rõ ràng về mối liên quan giữa khuyết sẹo mổ lấy thai và biến chứng của nó. Do đó những dấu hiệu lâm sàng và hình ảnh cận lâm sàng của khuyết sẹo mổ lấy thai còn chưa được quan tâm nhiều. Và câu hỏi đặt ra là đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh khuyết sẹo mổ lấy thai được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi như thế nào? Để trả lời cho câu hỏi này chúng tôi thực hiện tiến hành nghiên cứu: “*Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng người bệnh khuyết sẹo mổ lấy thai được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi*”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh có khuyết sẹo mổ lấy thai được chỉ định phẫu thuật nội soi tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Phụ Sản Thiện An.

Tất cả hồ sơ bệnh án của người bệnh đã được phẫu thuật nội soi sửa/ cắt khuyết sẹo sau mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Thiện An.

** Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Có kết quả chẩn đoán khuyết sẹo mổ lấy thai.

- Đã được phẫu thuật Nội soi.

- Hồ sơ bệnh án ghi chép đầy đủ thông tin, rõ ràng.

- Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu có khả năng giao tiếp, đọc viết chữ, hiểu tiếng Việt.

- Hồ sơ bệnh án đủ các thông tin cần thiết phục vụ nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Người bệnh mắc bệnh rối loạn tâm thần.

- Sau phẫu thuật bất tỉnh, hôn mê hoặc mê sảng.

Hồ sơ bệnh án không ghi đầy đủ thông tin phục vụ nghiên cứu.

** Cỡ mẫu nghiên cứu:*

Chọn mẫu toàn bộ

** Thời gian và địa điểm nghiên cứu:*

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 03/2023 đến tháng 8/2024.

- Thời gian thu thập số liệu từ tháng 5 năm 2023 đến tháng 3 năm 2024.

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Phụ sản, Bệnh viện Phụ sản Thiện An.

2.2. Thiết kế nghiên cứu và công cụ và chỉ số nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp cắt ngang mô tả.

- Công cụ nghiên cứu: Phiếu thu thập thông tin gồm 3 phần:

+ Phần 1: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu chia làm 3 mục gồm 45 câu hỏi. Cronbach's Alpha là 0.775.

○ Mục 1: Đặc điểm chung gồm 9 tiểu mục (nhóm tuổi, tình trạng hôn nhân, quốc tịch, dân tộc, nơi ở hiện tại, trình độ học vấn, nghề nghiệp, hoàn cảnh gia đình, chỉ số BMI).

○ Mục 2: Đặc điểm tiền sử phụ khoa gồm 4 tiểu mục (tuổi có kinh lần đầu, chu kỳ kinh nguyệt, số ngày có kinh, đau bụng khi kinh nguyệt)

○ Mục 3. Đặc điểm tiền sử sản khoa và tiền sử điều trị các bệnh liên quan đến sinh sản gồm 12 tiểu mục (nhiễm chlamydia, lao sinh dục, dị dạng sinh dục, suy buồng trứng, u xơ tử cung/ polyp buồng tử cung, giãn tắc vòi trứng, suy giáp, sử dụng thuốc nội tiết, can thiệp hút buồng tử cung, mổ lấy thai, lý do vào viện). Cách đánh giá có hoặc không.

+ Phần 2: Đặc điểm lâm sàng:

○ Gồm 6 mục (đau vùng chậu mạn, thống kinh, đau khi giao hợp, ra máu khi giao hợp, xuất huyết tử cung bất thường, hiếm muộn).

○ Cách tính điều đau: sử dụng thang đo VAS từ 0 đến 10 (0 là không đau; đau ít (1- 3đ); đau vừa (4 - 6đ); đau nhiều và dữ dội (7 - 10đ).

+ Phần 3: Đặc điểm cận lâm sàng gồm 14 mục (siêu âm, chụp buồng tử cung, chụp cộng hưởng từ, nội soi buồng tử cung, hồng cầu, bạch cầu, hemoglobin, hematocrit, protid, ure, creatinin, glucose, CRP, albumin).

- Chỉ số nghiên cứu:
- 1) Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.
- 2) Đặc điểm lâm sàng.
- 3) Đặc điểm cận lâm sàng.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, nhập vào máy tính bằng phần mềm Excel.
- Sử dụng phần mềm SPSS 22.0 mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bằng tần số, tỷ lệ %.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được thực hiện theo Quyết định số 165A/QĐ-BV ngày 08 tháng 05 năm 2023 về việc phê duyệt đề cương đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở của Giám đốc Bệnh viện Phụ sản Thiện An.

- Các số liệu và kết quả nghiên cứu chỉ sử dụng cho mục tiêu nghiên cứu đề ra, không sử dụng cho mục đích khác.

- Thông tin cá nhân của các đối tượng nghiên cứu được đảm bảo hoàn toàn bí mật.

2.5. Hạn chế của nghiên cứu

- Nghiên cứu sử dụng phương pháp cắt ngang mô tả.
- Cỡ mẫu chưa đủ lớn.
- Nghiên cứu chưa phân tích yếu tố liên quan giữa khuyết sọ sau mổ lấy thai với các triệu chứng.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

* *Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu*

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của người bệnh (n = 73)

Các thông tin chung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	25 - 29	5	6,9
	30 - 39	52	71,2
	40 - 49	16	21,9
	Từ 50 tuổi trở lên	0	0
	$\bar{X} \pm SD$	36,1 $\pm$ 3,9 (Min 28, max 44)	
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	0	0
	Có gia đình	73	100
Quốc tịch	Việt Nam	72	98,6
	Khác	1	1,4
Dân tộc	Kinh	70	95,9
	Khác	3	4,1
Nơi ở hiện tại	Thành phố	43	58,9
	Nông thôn	30	41,1
Trình độ học vấn	Trung học phổ thông	5	6,8
	Trung cấp	8	11

Các thông tin chung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
	Cao đẳng	32	43,8
	Đại học	24	32,9
	Sau đại học	4	5,5
Nghề nghiệp	Nông dân	11	15,1
	Tự do	28	38,4
	Buôn bán	4	5,5
	Công nhân	10	13,7
	Cán bộ văn phòng	20	27,4
	Khác	0	0
Hoàn cảnh gia đình	Hộ nghèo/cận nghèo	0	0
	Bình thường	73	100

Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $36,1 \pm 3,9$. Nhóm tuổi từ 30 - 39 chiếm tỷ lệ cao nhất 71,2%, nhóm tuổi từ 25 - 29 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 6,9%. Đa số các đối tượng thuộc dân tộc kinh, quốc tịch Việt Nam (95,9% dân tộc kinh, 98,6% quốc tịch Việt Nam). Tỷ lệ sinh sống ở thành phố chiếm 58,9%, còn lại 41,1%

sinh sống ở nông thôn. Đa phần trình độ học vấn là cao đẳng (43,8%), đại học (32,9%). Nghề nghiệp nông dân là 15,1%, tự do 38,4%, buôn bán 5,5 %, công nhân 13,7%, cán bộ văn phòng 27,4%. Hoàn cảnh gia đình bình thường chiếm tỷ lệ 100%, và tình trạng hôn nhân đã có gia đình là 100%.

* Đặc điểm BMI của người bệnh

Bảng 3.2. Đặc điểm chỉ số BMI của người bệnh

BMI	Người bệnh (n = 73)	
	Số lượng	Tỷ lệ %
BMI <18,5	6	8,2
$18,5 \leq \text{BMI} \leq 23$	52	71,2
BMI >23	15	20,5
$\bar{X} \pm \text{SD}$	$21,4 \pm 2,08$ (Min 16,4, Max 26,7)	

Chỉ số BMI trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $21,4 \pm 2,08$. Tỷ lệ $18,5 \leq \text{BMI} \leq 23$ chiếm tỷ lệ cao nhất 71,2%, BMI <18,5 chiếm tỷ lệ thấp nhất 8,2%.

** Đặc điểm tiền sử phụ khoa của người bệnh***Bảng 3.3. Đặc điểm tiền sử phụ khoa bệnh của người bệnh (n = 73)**

Tiền sử phụ khoa		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi có kinh lần đầu	8 - 12	7	9,6
	13 - 17	66	90,4
	> 17	0	0
Chu kỳ kinh nguyệt	Đều	66	90,4
	Không đều	7	9,6
Chu kỳ kinh nguyệt	20 - 24 ngày	7	9,6
	25 - 29 ngày	66	90,4
	≥ 30 ngày	0	0
Số ngày có kinh	≤ 3 ngày	18	24,7
	4 - 5 ngày	36	49,3
	≥ 6 ngày	19	26
Đau bụng kinh nguyệt	Trước	63	86,3
	Trong	9	12,3
	Sau	1	1,4

Đa số tuổi có kinh lần đầu là 13 - 17 tuổi chiếm tỷ lệ 90,4%, có 90,4% đối tượng có chu kỳ kinh nguyệt đều 25 - 29 ngày. Số ngày có kinh ≤ 3 ngày chiếm tỷ lệ 24,7%, 4-5 ngày chiếm tỷ lệ 49,3%, ≥ 6 ngày

chiếm tỷ lệ 26%. Phần lớn đau bụng trước chu kỳ kinh nguyệt chiếm tỷ lệ 86,3%, còn lại là đau bụng trong chu kỳ 12,3% và sau chu kỳ là 1,4%.

** Đặc điểm tiền sử sản khoa và tiền sử điều trị các bệnh liên quan đến sinh sản của người bệnh***Bảng 3.4. Đặc điểm tiền sử sản khoa và tiền sử điều trị các bệnh liên quan đến sinh sản của người bệnh (n = 73)**

Tiền sử điều trị các bệnh liên quan đến sinh sản		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhiễm chlamydia	Có	0	0
	Không	73	100
Lao sinh dục	Có	0	0
	Không	73	100
Dị dạng sinh dục	Có	0	0
	Không	73	100
Dính buồng tử cung	Có	0	0
	Không	73	100

Tiền sử điều trị các bệnh liên quan đến sinh sản		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Suy buồng trứng	Có	0	0
	Không	73	100
U xơ cơ tử cung Polyp buồng tử cung	Có	2	2,7
	Không	71	97,3
Giãn tắc vòi tử cung	Có	2	2,7
	Không	71	97,3
Suy giáp	Có	2	2,7
	Không	71	97,3
Sử dụng thuốc nội tiết	Có	1	1,4
	Không	72	98,6
Can thiệp hút buồng tử cung	Có	13	17,8
	Không	60	82,2
Mổ lấy thai	1 lần	44	60
	2 lần	26	36
	3 lần	3	4
Lý do vào viện	Ra dịch nâu âm đạo giữa chu kỳ	41	56,2
	Ra dịch nâu âm đạo sau sạch kinh	22	30,1
	Rong kinh	1	1,4
	Vì mong con	2	2,7
	Đi khám phụ khoa phát hiện tụ dịch vết mổ	5	6,8
	Đi khám phát hiện dính buồng tử cung + tụ dịch vết mổ	1	1,4
	chuyển phôi nhiều lần thất bại	1	1,4
	Biến chứng khác của phẫu thuật và thủ thuật sản khoa/Tụ dịch vết mổ	0	0

100% đối tượng nghiên cứu không có tiền sử điều trị bệnh: Nhiễm chlamydia, lao sinh dục, dị dạng sinh dục, dính buồng tử cung, suy buồng trứng. Có 2,7% có tiền sử điều trị u xơ cơ tử cung, polyp buồng tử cung, 2,7% giãn tắc vòi tử cung và 2,7% suy giáp. Tỷ lệ sử dụng thuốc nội tiết chiếm 1,4% và 17,8% từng can thiệp hút buồng tử cung. Có 60% người bệnh có tiền sử mổ lấy thai 1 lần, 36% người bệnh có tiền sử mổ lấy thai 2

lần và 4% người bệnh có tiền sử mổ lấy thai 3 lần. Phần lớn người bệnh nhập viện do vấn đề liên quan đến dịch âm đạo, 56,2% ra dịch nâu âm đạo giữa chu kỳ, 30,1% ra dịch nâu âm đạo sau sạch kinh, 6,8% đi khám phụ khoa phát hiện tụ dịch vết mổ, 2,7% vì lý do mong con, còn lại vào viện với lý do rong kinh chiếm tỷ lệ 1,4%, đi khám phát hiện dính buồng tử cung + tụ dịch vết mổ 1,4%, chuyển phôi nhiều lần thất bại 1,4%.

** Đặc điểm lâm sàng của người bệnh***Bảng 3.5. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh (n = 73)**

Nội dung/ chỉ số		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đau vùng chậu mạn	Đau ít	1	1,4
	Đau vừa	68	93,2
	Rất đau	4	5,5
Thống kinh	Có	1	1,4
	Không	72	98,6
Đau khi giao hợp	Đau ít	1	1,4
	Đau vừa	68	93,2
	Rất đau	4	5,5
Ra máu khi giao hợp	Ít	1	1,4
	Vừa	71	97,3
	Nhiều	1	1,4
Xuất huyết tử cung bất thường	Không	1	1,4
	Có	72	98,6
Hiếm muộn	Có	33	45,2
	Không	40	54,8

Người bệnh có đặc điểm lâm sàng đau vùng chậu mạn chiếm tỷ lệ cao nhất 93,2%, đau ít chiếm tỷ lệ thấp nhất 1,4%. Đa số người bệnh bị thống kinh chiếm tỷ lệ 98,6%. Đau khi giao hợp, đau vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 93,2%, đau ít chiếm tỷ lệ thấp

1,4%. Ra máu khi giao hợp ở mức vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 97,3%, mức ít và nhiều chiếm tỷ lệ 1,4%. Có 98,6% người bệnh xuất huyết tử cung bất thường. Tỷ lệ hiếm muộn chiếm tỷ lệ 45,2%.

** Đặc điểm cận lâm sàng trước phẫu thuật của người bệnh***Bảng 3.6. Đặc điểm cận lâm sàng trước phẫu thuật của người bệnh (n = 73)**

Triệu chứng cận lâm sàng		Người bệnh (n = 73)	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hình ảnh siêu âm tự dịch vết mổ	Có	73	100
	Không	0	0
Chụp buồng tử cung	Có	73	100
	Không	0	0
Chụp cộng hưởng từ	Có	0	0
	Không	73	100
Nội soi buồng tử cung	Có	69	94,5
	Không	4	5,5

Triệu chứng cận lâm sàng		Người bệnh (n = 73)	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Xét nghiệm huyết học			
Hồng cầu	Bình thường	0	0
	Tăng	66	90,4
	Giảm	7	9,6
Bạch cầu	Bình thường	0	0
	Tăng	69	94,5
	Giảm	4	5,5
Hemoglobin	Bình thường	0	0
	Tăng	64	87,7
	Giảm	9	12,3
Hematocrit	Bình thường	0	0
	Tăng	67	91,8
	Giảm	6	8,2
Protid	Bình thường	51	69,9
	Tăng	22	30,1
	Giảm	0	0
Xét nghiệm sinh hóa			
Ure	Bình thường	0	0
	Tăng	72	98,6
	Giảm	1	1,4
Creatinin	Bình thường	0	0
	Tăng	54	74
	Giảm	19	26
Glucose	Bình thường	0	0
	Tăng	57	78,1
	Giảm	16	21,9
CRP	Bình thường	30	41,1
	Tăng	41	56,2
	Giảm	2	2,7
Albumin	Bình thường	1	1,4
	Tăng	72	98,6
	Giảm	0	0

100% người bệnh có hình ảnh siêu âm tụ dịch vết mổ. Nội soi buồng tử cung có tỷ lệ là 94,5%. Các chỉ số xét nghiệm huyết học kết quả đa phần là tăng (hồng cầu 90,4%, bạch cầu 94,5%, hemoglobin 87,7%, hematocrit 91,8%). Xét nghiệm proid kết quả bình thường chiếm tỷ lệ

69,9%, tăng 30,1%. Xét nghiệm sinh hóa các chỉ số ure, creatinin, glucose, CRP, albumin đều tăng.

Ca lâm sàng 1: Người bệnh nữ, 35 tuổi, đau vùng chậu mạn và đau khi giao hợp 5 điểm theo thang điểm VAS; ra máu vừa khi giao hợp.



Trước phẫu thuật



Sau phẫu thuật

Hình ảnh 1. Người bệnh nữ, 35 tuổi, trước phẫu thuật và sau phẫu thuật

Ca lâm sàng 2: Người bệnh nữ, 33 tuổi, đau vùng chậu mạn 5 điểm; đau khi giao hợp 6 điểm theo thang điểm VAS; ra máu vừa khi giao hợp.



Trước phẫu thuật



Sau phẫu thuật

Hình ảnh 2. Người bệnh nữ, 33 tuổi, trước phẫu thuật và sau phẫu thuật

* Đặc điểm cận lâm sàng sau phẫu thuật của người bệnh

Bảng 3.7. Đặc điểm cận lâm sàng sau phẫu thuật của người bệnh (n = 73)

Triệu chứng cận lâm sàng		Người bệnh (n = 73)	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Siêu âm	Có	0	0
	Không	73	100
Chụp buồng tử cung	Có	0	0
	Không	73	100
Chụp cộng hưởng từ	Có	0	0
	Không	73	100
Nội soi buồng tử cung	Có	0	0
	Không	73	100
Xét nghiệm huyết học			
Hồng cầu	Bình thường	73	100
	Tăng	0	0
	Giảm	0	0
Bạch cầu	Bình thường	73	100
	Tăng	0	0
	Giảm	0	0
Hemoglobin	Bình thường	73	100
	Tăng	0	0
	Giảm	0	0
Hematocrit	Bình thường	73	100
	Tăng	0	0
	Giảm	0	0
Protid	Bình thường	73	100
	Tăng	0	0
	Giảm	0	0
Xét nghiệm sinh hóa			
Ure	Bình thường	73	100
	Tăng	0	0
	Giảm	0	0
Creatinin:	Bình thường	73	100
	Tăng	0	0
	Giảm	0	0
Glucose	Bình thường	73	100
	Tăng	0	0
	Giảm	0	0
CRP	Bình thường	73	100
	Tăng	0	0
	Giảm	0	0
Albumin	Bình thường	73	100
	Tăng	0	0
	Giảm	0	0

Sau phẫu thuật 100% người bệnh không siêu âm, không chụp buồng tử cung, chụp cộng hưởng từ, nội soi buồng tử cung. Kết quả xét nghiệm huyết học đều cho kết quả bình thường có tỷ lệ là 100%. Kết quả xét nghiệm sinh hóa cũng đều cho kết quả bình thường là 100%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu trên 73 người bệnh được chẩn đoán khuyết sọ mổ lấy thai cho thấy tuổi trung bình của người bệnh là $36,1 \pm 3,9$ tuổi (Min 28, max 44), đa phần người bệnh trong nhóm tuổi từ 30 - 39 chiếm 71,2%. Toàn bộ người bệnh tham gia nghiên cứu đều trong tình trạng hôn nhân đã có gia đình. Độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của các tác giả trong nước như Đinh Quốc Hưng tuổi trung bình là 33 tuổi [5]. Tạ Thị Thanh Thủy là 34,45 tuổi [6], Vũ Trường Giang là 34,05 tuổi [7]. Điều này có thể do những năm gần đây độ tuổi kết hôn của người Việt Nam ngày một cao hơn trước. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu tương đồng với kết quả nghiên cứu nước ngoài như Jurkorvic là 35,5 tuổi [8].

Về chỉ số BMI trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $21,4 \pm 2,08$. Đa phần người bệnh có chỉ số BMI ở mức bình thường $18,5 \leq \text{BMI} \leq 23$ với tỷ lệ 71,2%.

Theo kết quả nghiên cứu tiền sử sản khoa cho thấy đa số người bệnh có kinh lần đầu trong nhóm 13 - 17 tuổi (90,4%). Các đặc điểm về chu kỳ kinh nguyệt đa số có chu kỳ đều và từ 25 - 29 ngày (90,4%).

4.2. Đặc điểm tiền sử sản khoa và tiền sử điều trị bệnh

Nghiên cứu ghi nhận số lần mổ lấy thai nhiều nhất là 1 lần (60%), ít nhất là 3 lần

(4%). So sánh với kết quả của tác giả Trần Thị Ngọc Hà và cộng sự (2021) có 37,5% mổ 1 lần, 51,1% mổ 2 lần và 11,4% mổ 3 lần [9]. Có sự khác biệt giữa hai nghiên cứu có thể do thời gian và tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu ở hai thời điểm khác nhau. Kết quả còn cho thấy tỷ lệ sử dụng thuốc nội tiết chiếm 1,4% và 17,8% từng can thiệp hút buồng tử cung.

Kết quả tiền sử điều trị bệnh với các bệnh có liên quan đến sinh sản thì có 2,7% người bệnh có tiền sử điều trị u xơ cơ tử cung, polyp buồng tử cung, 2,7% giãn tắc vòi tử cung và 2,7% suy giáp. Các tiền sử điều trị bệnh liên quan đến sinh sản cũng sẽ gây ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật khuyết sọ lấy thai.

4.3. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh

Các đặc điểm lâm sàng là những biểu hiện chính của bệnh xuất hiện khi người bệnh mắc bệnh. Nó biểu hiện mức độ tình trạng mà người bệnh nhận thấy. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, người bệnh có đặc điểm lâm sàng đau vùng chậu mạn chiếm tỷ lệ cao nhất 93,2%. Kết quả này cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu Đinh Quốc Hưng [5] 25,4% và nghiên cứu của Trần Văn Đức [9] 12,5%. người bệnh bị thống kinh chiếm tỷ lệ 98,6%. Đau khi giao hợp, đau vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 93,2%, đau ít chiếm tỷ lệ thấp 1,4%. Ra máu khi giao hợp ở mức vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 97,3%, mức ít và nhiều chiếm tỷ lệ 1,4%. Có 82,2% xuất huyết tử cung bất thường, 13,7% xuất huyết vừa. Tỷ lệ hiếm muộn chiếm tỷ lệ 45,2%. Các đặc điểm này đôi khi cũng tùy thuộc vào thể trạng, sức chịu đựng của người bệnh mà biểu hiện ở mức độ khác nhau.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng của người bệnh

Trước phẫu thuật, 100% người bệnh có hình ảnh siêu âm tụ dịch vết mổ, chụp buồng tử cung và nội soi buồng trứng. Các chỉ số xét nghiệm cận lâm sàng đều tăng liên quan đến tình trạng bệnh của người bệnh. Các xét nghiệm huyết học cho thấy các chỉ số hồng cầu tăng với tỷ lệ 90,4%, bạch cầu 94,5%, hemoglobin 87,7%, hematocrit 91,8%. Xét nghiệm sinh hóa các chỉ số cũng đều tăng chiếm tỷ lệ lần lượt là ure (98,6%), creatinin (74%), glucose (78,1%), CRP (56,2%), albumin (98,6%). Trong quá trình cơ thể người bệnh xuất hiện biến chứng huyết khối tĩnh mạch sâu hoặc người bệnh chuẩn bị thể lực trước khi phẫu thuật có thể dẫn đến làm thay đổi các chỉ số cận lâm sàng có thể vượt quá ngưỡng cho phép hoặc thấp hơn dưới ngưỡng cho phép.

Sau phẫu thuật người bệnh được chỉ định làm các xét nghiệm cơ bản (sinh hóa, huyết học) để đánh giá lại kết quả sau khi đã phẫu thuật. Kết quả xét nghiệm huyết học cho thấy 100% các chỉ số đều trở về mức bình thường. Kết quả sinh hóa với các chỉ số (ure, creatinin, glucose, CRP, albumin) đều có chỉ số bình thường. Các chỉ số xét nghiệm đánh giá cận lâm sàng giúp theo dõi diễn biến, đánh giá hiệu quả điều trị và tiên lượng bệnh.

5. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và tiền sử điều trị các bệnh liên quan đến sinh sản

Tổng số 73 người bệnh tham gia nghiên cứu có 71,2% là tuổi trẻ $36,1 \pm 3,9$ tuổi (Min 28, max 44). BMI trung bình là $21,4 \pm 2,08$. Đa số tuổi có kinh lần đầu là 13 - 17 tuổi chiếm tỷ lệ 90,4%, có 90,4%

đối tượng có chu kỳ kinh nguyệt đều 25 - 29 ngày. Có 2,7% có tiền sử điều trị u xơ cơ tử cung, polyp buồng tử cung, 2,7% giãn tắc vòi tử cung và 2,7% suy giáp. Tỷ lệ sử dụng thuốc nội tiết chiếm 1,4% và 17,8% từng can thiệp hút buồng tử cung. Có 60% người bệnh có tiền sử mổ lấy thai 1 lần.

Có 17,8% người bệnh đã can thiệp hút buồng tử cung; 1,4% người bệnh sử dụng thuốc nội tiết; 60% người bệnh có tiền sử mổ lấy thai 1 lần, 36% người bệnh có tiền sử mổ lấy thai 2 lần và 4% người bệnh có tiền sử mổ lấy thai 3 lần; 100% người bệnh đau vùng chậu và khi giao hợp; 100% người bệnh ra máu khi giao hợp.

5.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh có đặc điểm lâm sàng đau vừa vùng chậu mạn chiếm tỷ lệ cao nhất 93,2%. Người bệnh bị thống kinh chiếm tỷ lệ 98,6%. Đau khi giao hợp, đau vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 93,2%. Có 82,2% xuất huyết tử cung bất thường. Tỷ lệ hiếm muộn chiếm tỷ lệ 45,2%. Đặc điểm cận lâm sàng cho thấy trước phẫu thuật các chỉ số xét nghiệm cận lâm sàng đều tăng nhẹ; sau phẫu thuật các chỉ số bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Ngọc Phượng (2021). Sản phụ khoa 11 từ bằng chứng đến thực hành, số đặc biệt của Tạp chí Phụ sản Việt Nam, 2021;11:90
2. Ahtisham Y: Jacqueline S (2015). Integrating Nursing Theory and Process into Practice; Virginia's Henderson Need Theory International Journal of Caring Sciences. 8(2), tr. 443-450.
3. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies (2018). Systematic review and meta-analysis. PLoS Med, 15(1), e1002494.

4. Nguyễn Thị Xuyên, Trần Thị Thu Hạnh (2021). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng một số trường hợp khuyết sọ mô lấy thai có vô sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương.
5. Đinh Quốc Hưng (2011). Nghiên cứu chữa ở sọ mô lấy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Tạ Thị Thanh Thủy (2013). Chẩn đoán và điều trị bảo tồn thai vết mổ cũ tại Bệnh viện Hùng Vương. Hội nghị ban chấp hành và nghiên cứu khoa học toàn quốc khóa XVI - nhiệm kỳ 2009-2014, tr. 23-25
6. Vũ Trường Giang (2021). Nhận xét kết quả điều trị chữa sọ mô lấy thai từ 8 - 10 tuần bằng phương pháp hút thai. Luận văn Thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội.
7. D. Jurkovic, K. Hillaby, B. Woelfer et al (2003). First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar", Ultrasound Obstet Gynecol, 21(3), p. 220-7.
8. Trần Thị Ngọc Hà, Phạm Thị Thanh Hiền và Hồ Giang Nam (2021). Kết quả điều trị chữa sọ mô lấy thai tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ năm 2018 đến 2020. Tạp chí Y học Việt Nam, 504 (1).
9. Trần Văn Đức, Phạm Thị Mai Anh và Phạm Thị Thùy Linh (2023). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị thai bám sọ mô lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng. Tạp chí Khoa học Sức khỏe, tập 1 số 2, tr. 66-75.

KIẾN THỨC VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN DỰ PHÒNG PHƠI NHIỄM NGHỀ NGHIỆP DO VẬT SẮC NHỌN CỦA SINH VIÊN ĐIỀU DƯỠNG TRƯỜNG ĐẠI HỌC YERSIN ĐÀ LẠT NĂM 2023

Nguyễn Thị Hồng Hạnh[✉], Hoàng Trung Tiến

Trường Đại học Yersin Đà Lạt

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mục đích đánh giá kiến thức và yếu tố liên quan đến kiến thức dự phòng phơi nhiễm nghề nghiệp do vật sắc nhọn của sinh viên điều dưỡng Trường Đại học Yersin Đà Lạt năm 2023.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu toàn bộ bao gồm tất cả sinh viên điều dưỡng năm thứ 2, 3, 4 của Trường Đại học Yersin Đà Lạt là 158 sinh viên.

Kết quả: 67% sinh viên có kiến thức từ trung bình trở lên. Yếu tố liên quan đến kiến thức của sinh viên là sinh viên năm thứ 3, 4 có kiến thức tốt hơn năm thứ 2 gấp 2.888 với $p = 0,03$ và sinh viên đã đi thực tập bệnh viện có kiến thức tốt hơn nhóm chưa đi bệnh viện gấp 1.806 lần với $p = 0,04$.

Kết luận: Đào tạo kiến thức sinh viên về kiến thức về dự phòng phơi nhiễm nghề nghiệp là cần thiết.

Từ khoá: Kiến thức, dự phòng, tổn thương do vật sắc nhọn, sinh viên điều dưỡng

ABSTRACT

Aims: The study aims to evaluate the knowledge and factors related to the knowledge of occupational exposure prevention due to sharp objects of nursing students at Yersin University of Dalat in 2023.

Subjects and research methods: A cross-sectional descriptive study, a total population sampling method was used, including all second, third, and fourth-year nursing students at Yersin University of Da Lat, with a total of 158 nursing students.

Results: 67% of students have average or higher knowledge. Factors related to students' knowledge are that 3rd and 4th year students have 2.888 times better knowledge than 2nd year students, with $p = 0.03$, and students who have had hospital

¹Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Hồng Hạnh, Trường Đại học Yersin Đà Lạt

Email: honghanhnd2014@gmail.com

Ngày gửi bài: 05/2/2025; Ngày nhận xét: 15/2/2025; Ngày duyệt bài: 28/2/2025

<https://doi.org/10.54804>

internships have 1.806 times better knowledge than the group who have not been to the hospital, with $p = 0.04$.

Conclusion: *Providing students with knowledge about occupational exposure prevention is essential.*

Keywords: *Knowledge, prevention, injury due to sharp objects, nursing students*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phơi nhiễm nghề nghiệp là sự tiếp xúc trực tiếp với máu, dịch tiết, chất bài tiết (trừ mồ hôi) có chứa tác nhân gây bệnh trong khi nhân viên y tế (NVYT) thực hiện nhiệm vụ dẫn đến nguy cơ lây nhiễm bệnh [1]. Trong đó, phơi nhiễm với vật sắc nhọn trong quá trình chăm sóc người bệnh đang diễn ra phổ biến ở nhân viên y tế nói chung và điều dưỡng nói riêng, nó có thể gây nhiều hậu quả đến người nhận chúng. Theo CDC, mỗi năm có khoảng 385.000 tổn thương (TT) do vật sắc nhọn (VSN) và các thương tích khác liên quan đến nhân viên y tế tại bệnh viện, làm lây truyền ba bệnh phổ biến là HBV, HCV và HIV và hơn 20 mầm bệnh khác [2].

Theo một nghiên cứu của Cooke và Stephens (2017), tổn thương do VSN đã được báo cáo bởi 14,9% - 69,4% số nhân viên y tế với phạm vi rộng do sự khác biệt về quốc gia. Nhân viên y tế có thể gặp các ảnh hưởng nghiêm trọng về cảm xúc và rối loạn sức khỏe tâm thần sau khi gặp tổn thương do vật sắc nhọn, dẫn đến mất việc và căng thẳng sau tổn thương [3]. Một nghiên cứu tổng hợp các bài báo xuất bản từ năm 1980 - 2014 của Kevin, Andrew và Ruth (2016), sinh viên điều dưỡng (SVĐD) có thể gặp các tác động tâm lý và thể chất của tổn thương do vật sắc nhọn, chẳng hạn như sợ hãi, lo lắng và trầm cảm [4].

Ở Việt Nam, tổn thương do vật sắc nhọn cũng xảy ra phổ biến ở sinh viên điều dưỡng, nghiên cứu của My Thị Hải (2016) tại trường đại học Thái Bình cho thấy tỷ lệ sinh viên điều dưỡng có tổn thương do vật sắc nhọn gây ra là 68,9%, nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Thơ (2015) có 60% sinh viên điều dưỡng gặp tổn thương do vật sắc nhọn [5].

Sinh viên điều dưỡng là đối tượng sẽ tham gia thực tập lâm sàng chăm sóc người bệnh, cũng là những điều dưỡng tương lai và việc tiếp xúc với vật sắc nhọn là tất yếu và kinh nghiệm thực hành còn thiếu. Vì vậy, họ cần có kiến thức tốt để có thể thực hành an toàn hơn, hạn chế bị phơi nhiễm nghề nghiệp. Nghiên cứu này mang ý nghĩa cấp thiết và có tính thực tiễn với 2 mục tiêu sau:

1. *Mô tả kiến thức của sinh viên điều dưỡng Trường Đại học Yersin Đà Lạt về dự phòng phơi nhiễm nghề nghiệp do vật sắc nhọn năm 2023.*

2. *Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kiến thức của sinh viên điều dưỡng về dự phòng phơi nhiễm nghề nghiệp do vật sắc nhọn Trường Đại học Yersin Đà Lạt năm 2023.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

158 sinh viên điều dưỡng Trường Đại học Yersin Đà Lạt.

** Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Sinh viên điều dưỡng chính quy đang học tập tại Trường Đại học Yersin Đà Lạt.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

** Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Sinh viên điều dưỡng năm nhất đang học chương trình đại cương, sinh viên điều dưỡng liên thông.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Trường Đại học Yersin Đà Lạt
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 09/2022 - 03/2023.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng bộ câu hỏi tự điền để đánh giá kiến thức của sinh viên điều dưỡng.

** Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu*

- Chọn mẫu toàn bộ bao gồm tất cả sinh viên điều dưỡng năm thứ 2, 3, 4 của Trường Đại học Yersin Đà Lạt.
- Tổng số sinh viên điều dưỡng tham gia khảo sát là 158 sinh viên.

2.4. Bộ công cụ và phương pháp thu thập số liệu

** Bộ công cụ nghiên cứu*

Được xây dựng tham khảo từ nghiên cứu của Hoàng Trung Tiến về “Kiến thức, thái độ và thực hành dự phòng tổn thương nghề nghiệp do vật sắc nhọn của điều dưỡng Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lâm Đồng” [6].

** Phương pháp thu thập thông tin*

- Thời gian thu thập số liệu: Từ ngày 01/1/2023 - 01/2/2023.
- Đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được nhóm nghiên cứu gửi bộ câu hỏi nghiên cứu tại chỗ ngồi. Đối tượng nghiên cứu có khoảng 15 - 30 phút để hoàn thành bộ câu hỏi, nếu có thắc mắc thì sẽ giơ tay để nhóm nghiên cứu giải đáp tại chỗ. Sau khi hoàn thành bộ câu hỏi nhóm nghiên cứu sẽ đi thu thập lại bộ câu hỏi tự điền của đối tượng.

2.6. Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

** Đánh giá kiến thức của sinh viên điều dưỡng về dự phòng phơi nhiễm nghề nghiệp do vật sắc nhọn:*

- Tổng điểm cao nhất cho phần kiến thức là 38 điểm.
- Đánh giá kiến thức theo 5 mức sau:

STT	Phân mức độ kiến thức	Tỷ lệ tương ứng	Số điểm tương ứng
1	Kém (poor)	< 50%	< 19
2	Dưới trung bình (below average)	50 - 59%	19 - 22
3	Trung bình (average)	60 - 69%	23 - 26
4	Tốt (good)	70 - 79%	27 - 30
5	Rất tốt (very good)	80 - 100%	31 - 38

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của SVĐD (n = 158)

Nội dung thông tin		Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤ 22 tuổi	145	91,8
	> 22 tuổi	13	8,2
Giới tính	Nam	9	5,7
	Nữ	149	94,3
Sinh viên	Năm thứ 2	64	40,5
	Năm thứ 3	53	33,5
	Năm thứ 4	41	25,9
Đã được học về tiêm an toàn	Đã học	144	91,1
	Chưa học	9	5,7
	Không nhớ	5	3,2
Thời gian gần nhất đọc/ học về tiêm an toàn	≤ 3 tháng	47	29,7
	≤ 6 tháng	30	19,0
	≤ 1 năm	26	16,5
	Chưa đọc bao giờ	55	34,8
Đã đi thực tập bệnh viện chưa	Đã đi	95	60,1
	Chưa đi	63	39,9
Đã tiêm phòng HBV	Tiêm đủ mũi	62	39,2
	Chưa tiêm đủ mũi	24	15,2
	Chưa tiêm	37	23,4
	Không nhớ/ không rõ	35	22,20

Nhận xét: Nhóm tuổi chủ yếu là ≤ 22 tuổi chiếm 91,8%; giới nữ chiếm 94,3%; sinh viên năm thứ 2, 3, 4 lần lượt là 40,5%, 33,5% và 25,9%; đã học về tiêm an toàn

chiếm 91,1%; 34,8% chưa đọc tài liệu tiêm an toàn; 60,1% sinh viên đã đi thực tập bệnh viện; 39,2% tiêm đủ mũi vắc xin phòng HBV.

Bảng 3.2. Thông tin liên quan đến phơi nhiễm nghề nghiệp do vật sắc nhọn trên nhóm SVĐĐ đã đi thực tập bệnh viện (n = 94)

Nội dung thông tin		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đã bị tổn thương nghề nghiệp do vật sắc nhọn bao nhiêu lần	Chưa bao giờ	8	8,5
	1 lần	22	23,4
	2 lần	18	19,1
	≥ 3 lần	46	48,9
Tổn thương do kim tiêm	Có	47	50
	Không	47	50
Tổn thương do mảnh vỡ	Có	64	68,1
	Không	30	31,9
Tổn thương do kim luồn	Có	4	4,3
	Không	90	95,7
Khác	Có	15	16
	Không	79	84
Trước khi sử dụng trên người bệnh	Có	59	62,8
	Không	35	37,2
Sau khi sử dụng trên người bệnh	Có	22	23,4
	Không	72	76,6
Không rõ	Có	21	22,3

Nhận xét: Có 91,5% sinh viên bị phơi nhiễm nghề nghiệp do vật sắc nhọn (trong đó ≥ 3 lần chiếm 48,9%), dụng cụ kim tiêm, mảnh vỡ thủy tinh chiếm lần lượt 50% và 68,1%; trước khi dùng trên người bệnh chiếm 62,8% và sau khi sử dụng là 23,4%.

Bảng 3.3. Kiến thức đúng về các yếu tố nguy cơ dẫn đến phơi nhiễm nghề nghiệp do vật sắc nhọn (n = 158)

Nội dung thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1. Đóng nắp kim trước và sau khi sử dụng	98	62
2. Chuyển dụng cụ từ tay này sang tay khác trong quá trình thực hiện	50	31,6
3. Phản ứng bất ngờ của bệnh nhân	97	61,4
4. Tính khẩn cấp của thao tác	63	39,9
5. Thiếu chú ý khi thao tác	98	62,0
6. Không tuân thủ đúng quy trình	68	43,0
7. Khác	26	16,5

Nhận xét: Kiến thức nhiều nội dung khác, không tuân thủ quy trình kỹ thuật, liên quan đến nguyên nhân gây phơi nhiễm tính khẩn cấp của thao tác lần lượt là nghề nghiệp do vật sắc nhọn còn thấp, cụ thể chuyển dụng cụ từ tay này qua tay 31,6%, 43% và 39,9%.

Bảng 3.4. Kiến thức về hậu quả của phơi nhiễm nghề nghiệp do vật sắc nhọn (n = 158)

Nội dung thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bệnh phổ biến lây truyền qua tổn thương nghề nghiệp do VSN là HBV	132	83,5
Bệnh phổ biến lây truyền qua tổn thương nghề nghiệp do VSN là HCV	53	33,5
Bệnh phổ biến lây truyền qua tổn thương nghề nghiệp do VSN là HIV	137	86,7
Mức độ lây truyền của HBV, HCV là nhiều hơn HIV	76	48,1

Nhận xét: Tỷ lệ sinh viên điều dưỡng biết về khả năng lây nhiễm của HCV còn thấp chiếm 33,5%, biết về HBV, HIV lần lượt là 83,5% và 86,7%; tỷ lệ sinh viên biết về mức độ lây truyền của 3 bệnh trên thấp chỉ 48,1%.

Bảng 3.5. Kiến thức về các biện pháp dự phòng phơi nhiễm nghề nghiệp do VSN (n = 158)

Nội dung thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
HBV đã có vắc xin phòng	100	63,3
Tổn thương nghề nghiệp do VSN có thể ngăn ngừa được hoàn toàn	16	10,1
Phương pháp bẻ ống thủy tinh là dùng gạc quấn xung quanh rồi mới bẻ	135	85,4
Phương pháp trao VSN an toàn là Đặt trong khay và sau đó người nhận cầm khay lên	151	95,6
Khi di chuyển đến nơi khác với kim tiêm, kim khâu trong tay Đặt vật sắc nhọn trong khay sau đó mới cầm khay theo	154	97,5
Tập trung vào quá trình thao tác để tránh tổn thương nghề nghiệp do VSN	141	89,2
Không đưa tay trước mũi kim (lúc khâu hoặc dùng tay vừa tiêm vừa dò tĩnh mạch)	101	63,9
Đảm bảo tư thế người bệnh tránh gãy dựa, cử động đột ngột	127	80,4
Phương pháp an toàn nhất xử lý VSN là Không đóng nắp kim, không tháo rời kim, cô lập ngay vào thùng đựng VSN.	21	13,3
Phương pháp đóng nắp kim an toàn được khuyến cáo khi thiếu dụng cụ là xúc nắp bằng một tay	123	77,8
Mức chứa tối đa của hộp/ thùng đựng vật sắc nhọn là 3/4 hộp	57	36,1

Nhận xét: 63,3% biết HBV có vắc xin phòng, chỉ 10,1% cho rằng phơi nhiễm nghề nghiệp do vật sắc nhọn có thể ngăn ngừa hoàn toàn, 85,4% biết phương pháp bẻ ống thủy tinh, một tỷ lệ cao biết cách trao vật sắc nhọn và di chuyển với vật sắc nhọn (VSN) lần lượt là 95,6% và 97,5%; để tránh tổn thương nghề nghiệp do vật sắc nhọn khi thao tác trên người

bệnh có 89,2% cho rằng cần tập trung, 63,9% cho rằng không nên để tay trước mũi kim và 80,4% cho rằng nên đảm bảo tư thế người bệnh; chỉ 13,3% biết phương pháp an toàn nhất khi xử lý vật sắc nhọn; 77,8% biết về phương pháp đóng nắp một tay trong điều kiện cần phải đóng nắp; 36,1% biết về mức chứa của hộp đựng vật sắc nhọn.

Bảng 3.6. Kiến thức về cách xử trí khi bị phơi nhiễm nghề nghiệp do VSN (n = 158)

Nội dung thông tin	Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
Biện pháp xử trí đầu tiên khi bị phơi nhiễm nghề nghiệp do VSN là rửa tổn thương với xà phòng dưới vòi nước chảy	103	65,2
Báo cáo phơi nhiễm nghề nghiệp do VSN là cần thiết	151	95,6
Các bước xử lý tổn thương do VSN là Xử lý vết thương → Báo cáo người phụ trách → Đánh giá nguy cơ phơi nhiễm → Đánh giá nguồn phơi nhiễm → Điều trị dự phòng (nếu cần)	91	57,6
Thời gian tốt nhất được khuyến cáo bắt đầu điều trị dự phòng nghi ngờ phơi nhiễm HIV	62	39,2

Nhận xét: Có 65,2% sinh viên biết biện pháp xử lý đầu tiên sau khi bị tổn thương nghề nghiệp do vật sắc nhọn; 95,6% cho rằng việc báo cáo là cần thiết; 57,6% biết về quy trình xử lý sau khi bị tổn thương

nghề nghiệp do vật sắc nhọn và chỉ 39,2% biết về thời gian tốt nhất điều trị dự phòng HIV sau khi gặp tổn thương nghề nghiệp do vật sắc nhọn.

Bảng 3.7. Đánh giá mức độ kiến thức của sinh viên điều dưỡng (n = 158)

Mức độ kiến thức	Số lượng	Tỷ lệ %
Kém	17	10,8
Dưới trung bình	35	22,2
Trung bình	72	45,6
Tốt	28	17,7
Rất tốt	6	3,8

Nhận xét: Kiến thức từ trung bình trở lên chiếm 67%, còn lại 33% có kiến thức dưới trung bình trở xuống.

Bảng 3.8. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức tổn thương nghề nghiệp do VSN (n = 158)

Đặc điểm nhân khẩu học/kiến thức		KĐ	Đạt	OR (CI 95%)	p
		SL	SL		
Giới	Nữ	45	104	8.089 (1,617 - 40,646)	0,06
	Nam	7	2		
Tuổi	≤ 22 tuổi	50	95	2.895 (0,617 - 13,571)	0,223
	> 22 tuổi	2	11		
Sinh viên	Năm thứ 2	30	34	2.888 (1,456 - 5,728)	0,03
	Năm thứ 3,4	22	72		
Đã được đào tạo tiêm an toàn	Đã đào tạo	47	97	1.147 (0,364 - 3,612)	0,775
	Chưa đào tạo/ không nhớ	5	9		
Đọc tài liệu về phơi nhiễm nghề nghiệp do VSN	Chưa đọc	21	34	1.435 (0,721 - 2,854)	0,374
	Đã đọc	34	72		
Tiêm phòng HBV	Đã tiêm	22	63	1.998 (1,019 - 3,916)	0,06
	Chưa tiêm/không nhớ	30	43		
Từng bị phơi nhiễm nghề nghiệp do VSN (n = 94)	Chưa	2	6	1.1 (0,206 - 5,883)	0,601
	Rồi	20	66		
Sinh viên đã đi thực tập bệnh viện	Đã đi thực tập	23	72	0,375 0,651 - 1,739	0,04
	Chưa đi thực tập	29	34		

Nhận xét: Một số yếu tố liên quan với kiến thức về tổn thương nghề nghiệp do vật sắc nhọn của sinh viên điều dưỡng được xác định là: Sinh viên năm thứ 3, 4 có kiến thức tốt hơn năm thứ 2 gấp 2.888 với $p = 0,03$ có ý nghĩa thống kê, sinh viên đã đi thực tập có kiến thức đạt gấp 0,375 so với sinh viên chưa đi thực tập với $p = 0,04$ có ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức của sinh viên điều dưỡng về tổn thương do vật sắc nhọn

Tỷ lệ sinh viên tiêm đủ mũi, chưa tiêm đủ mũi vắc xin phòng viêm gan B lần lượt là 39,2% và 15,2%. Cao hơn nghiên cứu của My Thị Hải (2016) [7] có 29,6% tiêm đủ mũi, 27,4% chưa tiêm đủ mũi. Điều này

cho thấy rằng tỷ lệ sinh viên tiêm phòng vắc xin còn chiếm tỷ lệ thấp và khi rủi ro do vật sắc nhọn xảy ra có thể làm tăng nguy cơ mắc viêm gan B.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 91,5% sinh viên bị tổn thương nghề nghiệp do vật sắc nhọn. Tỷ lệ này cao hơn trong các nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Thơ trên sinh viên điều dưỡng Trường Đại học Y khoa Vinh (2015) [5] chiếm 60%, nghiên cứu của My Thị Hải trên sinh viên điều dưỡng trường Đại học Y Thái Bình (2016) [7] chiếm 68,9%. Trong đó, kết quả của chúng tôi cho thấy tổn thương do kim tiêm, mảnh vỡ thủy tinh, kim luồn lần lượt là 50%, 68,1% và 4,3%. Trước khi sử dụng trên người bệnh chiếm 62,8%, sau khi sử dụng trên người bệnh chiếm 23,4%.

Trong nghiên cứu của My Thị Hải (2016) [7] có 18,3% do đóng nắp kim, 12,9% trong khi tiêm thuốc bẻ ống thủy tinh chiếm 76,3%. Từ kết quả các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tổn thương nghề nghiệp do vật sắc nhọn trong sinh viên điều dưỡng còn chiếm tỷ lệ cao, điều này cho thấy sinh viên có thể gặp rủi ro lây truyền các bệnh lây lan qua đường máu từ những tổn thương đó.

*** Kiến thức về yếu tố nguy cơ gây tổn thương nghề nghiệp do vật sắc nhọn của sinh viên điều dưỡng**

Theo kết quả nghiên cứu cho thấy, 62% sinh viên điều dưỡng biết về việc đóng nắp kim trước và sau khi sử dụng, 31,6% sinh viên điều dưỡng biết về việc chuyển dụng cụ từ tay này sang tay khác, 61,4% sinh viên điều dưỡng biết về phản ứng bất ngờ của người bệnh, 39,9% cho rằng do tính khẩn cấp của thao tác, 62,0% biết về sự thiếu chú ý trong thao tác, 43,0%

cho rằng việc không tuân thủ đúng quy trình. Một số nguyên nhân được biết đến thấp hơn so với nghiên cứu của Hoàng Trung Tiến trên điều dưỡng bệnh viện Đa khoa tỉnh Lâm Đồng (2019) [6], đóng nắp kim trước và sau khi sử dụng, chuyển dụng cụ từ tay này sang tay khác, phản ứng bất ngờ của người bệnh, tính khẩn cấp của thao tác, sự thiếu chú ý trên trong thao tác và không tuân thủ đúng quy trình lần lượt là 78,5% , 42,3%, 72,5%, 38,9%, 52,3%, 72,5% và nghiên cứu của My Thị Hải (2016) [7] có 89,6% cho rằng thiếu phương tiện bảo vệ, 88,9% thiếu chú ý và 77,8% không tuân thủ quy trình kỹ thuật. Kết quả trên cho thấy sự hiểu biết của sinh viên điều dưỡng về nguyên nhân và yếu tố nguy cơ ở một số mục còn thấp như nội dung chuyển dụng cụ từ tay này sang tay khác, tính cấp thiết của thao tác... Do sự hiểu biết chưa đầy đủ các nguyên nhân đó có thể dẫn việc sinh viên điều dưỡng có thể sẽ thực hiện các biện pháp dự phòng tổn thương nghề nghiệp do vật sắc nhọn không đầy đủ, không an toàn.

*** Kiến thức về hậu quả của tổn thương nghề nghiệp do vật sắc nhọn**

Kiến thức về mầm bệnh lây truyền phổ biến là HBV, HCV, HIV lần lượt là 83,5%, 33,5%, 86,7%. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Hoàng Trung Tiến (2019) tỷ lệ biết về HBV, HCV, HIV lần lượt là 91,9%, 61,1%, 89,9% [6], nghiên cứu của My Thị Hải (2016) [7] biết về ba loại bệnh phổ biến HBV, HCV, HIV tỷ lệ lần lượt là 87,4%, 60%, 93,3%. Và thấp hơn nghiên cứu của Arafa E, Mohamed A, Anwar (2016) có 80,3%, 65,8%, 93,5% điều dưỡng có kiến thức lần lượt về HBV, HCV, HIV [8]. Điều này cho thấy rằng hầu hết

sinh viên điều dưỡng đã có kiến thức tốt về các mầm bệnh phổ biến có thể lây lan qua tổn thương nghề nghiệp do vật sắc nhọn như HBV, HCV. Tuy nhiên, liên quan đến mầm bệnh HCV thì tỷ lệ hiểu biết còn thấp chỉ 33,5%. Như vậy, kiến thức về mức độ lây truyền các bệnh nguy hiểm qua tổn thương nghề nghiệp do vật sắc nhọn của sinh viên còn thấp.

Có 63,3% sinh viên điều dưỡng biết rằng HBV đã có vắc xin phòng ngừa. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của My Thị Hải (2016) [7] 93,3% sinh viên biết về vắc xin phòng ngừa viêm gan B 40,7% sinh viên biết về mức độ lây nhiễm của ba loại bệnh trên kiến thức về hậu quả liên quan đến tổn thương nghề nghiệp do vật sắc nhọn còn thấp ở một số nội dung cần được đào tạo thêm.

*** Kiến thức về các biện pháp dự phòng tổn thương nghề nghiệp do vật sắc nhọn**

Chỉ có 10,1% sinh viên điều dưỡng cho rằng tổn thương nghề nghiệp do vật sắc nhọn có thể ngăn ngừa hoàn toàn, đa số cho rằng ngăn ngừa được một phần chiếm 54,4%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 89,2% sinh viên điều dưỡng biết dùng bông, gạc quấn quanh ống nước cất trước khi bẻ, 95,6% sinh viên điều dưỡng biết phương pháp an toàn khi trao vật sắc nhọn cho người khác và 97,5% sinh viên điều dưỡng biết rằng khi di chuyển đến nơi khác với kim tiêm, kim khâu trong tay nên đặt trong khay. Khi thao tác với kim tiêm trên người bệnh cần tập trung; không đưa tay trước mũi tiêm; đảm bảo tư thế người bệnh với tỷ lệ lần lượt là 89,2%, 63,9% và 80,4%. Như vậy, việc không nên đưa tay trước vật sắc nhọn còn được biết ở mức

độ thấp 63,9%, trong thực tế nhiều sinh viên điều dưỡng còn dùng tay vừa dò tĩnh mạch vừa đưa kim vào cơ thể người bệnh, điều này có thể làm tổn thương xảy ra nếu không chú ý hoặc những phản ứng bất ngờ từ người bệnh.

Theo hướng dẫn tiêm an toàn của Bộ Y tế (2012) sau khi tiêm không nên đón nắp kim sau khi tiêm mà cô lập ngay vào trong hộp đựng vật sắc nhọn, trong trường hợp thiếu dụng cụ đựng vật sắc nhọn an toàn thì áp dụng phương pháp đóng nắp một tay thay thế [1]. Liên quan đến kiến thức về thao tác an toàn với vật sắc nhọn có 77,8% sinh viên có kiến thức đúng về đậy nắp kim an toàn, đa số sinh viên điều dưỡng chọn phương án đóng nắp kim tiêm bằng một tay, tháo rời kim và bỏ vào thùng đựng vật sắc nhọn chiếm 84,8 %. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Thơ là 99,8% và 80% [5].

Chỉ có 36,1% sinh viên điều dưỡng cho rằng mức chứa tối đa của hộp đựng vật sắc nhọn là 3/4. Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu của chúng tôi còn chỉ ra hơn một nửa số sinh viên điều dưỡng chọn mức chứa là 2/3 chiếm 58,2%. Đa số sinh viên điều dưỡng còn nhầm lẫn giữa quy định mới và quy định cũ về mức chứa của thùng đựng vật sắc nhọn. Theo hướng dẫn của Bộ Y tế (2012) thì mức chứa tối đa cho phép của thùng đựng vật sắc nhọn là 3/4 [1]. Như vậy sự hiểu biết về mức chứa của thùng đựng vật sắc nhọn còn thấp. Điều này có thể do sự nhầm lẫn của sinh viên điều dưỡng.

*** Kiến thức về xử lý tổn thương nghề nghiệp do vật sắc nhọn**

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 95,6% sinh viên điều dưỡng biết rằng việc

báo cáo là cần thiết. Có 65,2% sinh viên điều dưỡng biết cần rửa tay với xà phòng dưới vòi nước ngay sau khi bị tổn thương nghề nghiệp do vật sắc nhọn, 57,6% sinh viên điều dưỡng biết về quy trình xử lý sau khi bị tổn thương nghề nghiệp do vật sắc nhọn. Thời gian khuyến cáo bắt đầu điều trị phơi nhiễm HIV tốt nhất sau khi phơi nhiễm tổn thương nghề nghiệp do vật sắc nhọn là 24 giờ chiếm 39,2%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Mỵ Thị Hải (2016) [7] là 81,5%. Điều này cho thấy đa số sinh viên điều dưỡng chưa nắm được được quy trình xử lý sau khi bị tổn thương nghề nghiệp do vật sắc nhọn. Do đó, nó có thể dẫn đến việc nhiều sinh viên điều dưỡng chưa thực hiện báo cáo sau khi bị tổn thương và cũng làm tăng nguy cơ phơi nhiễm cho sinh viên điều dưỡng do sự thiếu hiểu biết kiến thức về quy trình xử lý. Nó cũng đặt ra cho khoa Y Dược Trường Đại học Yersin Đà Lạt sự cấp thiết trong công tác đào tạo, giảng dạy thường xuyên hơn.

Kết quả kiến thức của sinh viên điều dưỡng trong nghiên cứu của chúng tôi từ trung bình trở lên chiếm 67%, còn lại là 33% có kiến thức dưới trung bình trở xuống. Nhìn chung, sinh viên điều dưỡng phần lớn chưa đạt kiến thức về dự phòng tổn thương nghề nghiệp do vật sắc nhọn, tuy nhiên vẫn còn một số nội dung còn hạn chế. Điều này cho thấy nhà trường cần tăng cường công tác đào tạo để cho sinh viên điều dưỡng có thể nắm vững hơn về vấn đề này cũng như lấp đầy những khoảng trống về kiến thức cho sinh viên điều dưỡng. Chính vì những khoảng trống đó mà thực hành lâm sàng của sinh viên điều dưỡng sẽ bị ảnh hưởng ít nhiều và

làm cho quá trình thực tập của họ không đầy đủ và không đảm bảo an toàn.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức của sinh viên điều dưỡng về tổn thương do vật sắc nhọn

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng sinh viên điều dưỡng năm thứ 3, 4 có kiến thức tốt hơn năm 2 với $p = 0,03$ và sinh viên điều dưỡng đã đi thực tập có kiến thức tốt hơn với $p = 0,04$. Sinh viên năm thứ 3, 4 đã có thời gian tiếp xúc với ngành điều dưỡng lâu hơn, kinh nghiệm nhiều hơn và đã được đi thực tập bệnh viện nên họ có khả năng trau dồi, củng cố kiến thức tốt hơn so với sinh viên năm hai mới học các môn liên quan đến chuyên ngành, trải nghiệm còn ít và chưa được đi thực tập tại bệnh viện.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Qua nghiên cứu trên 158 sinh viên điều dưỡng năm thứ 2, 3 và 4 tại Trường Đại học Yersin Đà Lạt về kiến thức của sinh viên về tổn thương nghề nghiệp do vật sắc nhọn. Chúng tôi xin rút ra một số kết luận như sau:

Về kiến thức, kiến thức của sinh viên còn tồn tại rất nhiều lỗ hổng cần được giáo dục để nâng cao kiến thức cho họ. Cụ thể, tỷ lệ sinh viên có kiến thức đạt còn chưa cao cụ thể: Chỉ có 39,2% sinh viên đã tiêm ngừa HBV, mức độ lây truyền của HBV và HCV là nhiều hơn HIV. Có 48,1% sinh viên trả lời đúng, 54,4% sinh viên không biết rằng tổn thương nghề nghiệp do VSN phòng ngừa được hoàn toàn, chỉ có 13,3% sinh viên trả lời đúng về phương pháp an toàn nhất xử lý VSN sau khi tiêm, 36,1% sinh viên trả lời đúng về sử dụng hộp an

toàn, tỷ lệ sinh viên có kiến thức đúng về thời gian tốt nhất được điều trị dự phòng phơi nhiễm HIV là 39,2%.

Về một số mối liên quan đến kiến thức về tổn thương nghề nghiệp do vật sắc nhọn, nghiên cứu đã tìm được hai mối liên quan là sinh viên năm 3, 4 có kiến thức tốt hơn năm 2 gấp 2.888 với $p = 0,03$ và sinh viên đã đi thực tập bệnh viện có kiến thức tốt hơn nhóm chưa đi bệnh viện gấp 1.806 lần với $p = 0,04$.

Kiến nghị: Đối với việc trang bị những kiến thức cho sinh viên về dự phòng phơi nhiễm nghề nghiệp tại các học phần lý thuyết trước khi sinh viên đi thực tế lâm sàng là điều cần thiết. Ngoài ra, các học phần cần xây dựng các tình huống mô phỏng gần với thực tế lâm sàng, đặc biệt là các tình huống có nguy cơ cao liên quan đến phơi nhiễm nghề nghiệp do vật sắc nhọn. Nhà trường cần phối hợp cùng với các cơ sở y tế tổ chức các buổi tọa đàm chuyên đề an toàn nghề nghiệp và hướng dẫn trực tiếp tại các khoa lâm sàng, từ đó giúp sinh viên vừa học, vừa quan sát thực tế và áp dụng các quy trình phòng ngừa phơi nhiễm được hiệu quả hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012). Hướng dẫn tiêm an toàn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (Ban hành kèm theo Quyết định số: 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012 của Bộ Y tế), Hà Nội, tr. 2-28.
2. CDC (2015). Sharps Safety for Healthcare Settings, [online] <https://www.cdc.gov/sharpsafety/index.html>
3. Cooke C.E., Stephens J.M. (2017). Clinical, economic, and humanistic burden of needlestick injuries in healthcare workers. *Med Devices (Auckl)*, 10, 225-235.
4. Kevin H, Andrew N, Ruth E (2016). The impact of sharps injuries on student nurses: a systematic review. *British Journal of Nursing* Vol. 25, No. 19.
5. Nguyễn Thị Mai Thơ (2015). Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến chấn thương do vật sắc nhọn trong thực tập lâm sàng của sinh viên điều dưỡng trường Đại học Y khoa Vinh, năm 2015, Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
6. Hoàng Trung Tiến (2019). Kiến thức, thái độ và thực hành dự phòng tổn thương nghề nghiệp do vật sắc nhọn của điều dưỡng Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lâm Đồng năm 2019, Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
7. My Thị Hải (2016). Khảo sát vết thương do dụng cụ y tế sắc nhọn gây ra cho sinh viên điều dưỡng đang thực tập tại bệnh viện, Luận văn Thạc sĩ, trường Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
8. Arafa A.E., Mohamed A.A., Anwar M.M. (2016). Nurses' knowledge and practice of blood-borne pathogens and infection control measures in selected Beni-Suef Hospitals, Egypt. *J. Egypt Public Health Assoc*, 91(3), 120-126.

BỘ CÂU HỎI KHẢO SÁT

Phần I: Thông tin chung về đối tượng

1. Tuổi:

1. ☐ ≤ 22 tuổi
2. ☐ > 22 tuổi

2. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ

3. Sinh viên năm thứ:

1. ☐ hai
2. ☐ Ba
3. ☐ Bốn

4. Anh/ chị đã được đào tạo về tiêm an toàn chưa?

1. ☐ Đã được đào tạo
2. ☐ Chưa được đào tạo
3. ☐ Không nhớ

5. Anh/chị đã đọc tài liệu về TT do VSN lần gần nhất cách đây bao lâu?

1. ☐ Chưa đọc bao giờ
2. ☐ ≤ 3 tháng
3. ☐ ≤ 6 tháng
4. ☐ ≤ 1 năm

6. Anh/chị đã đi thực tập BV chưa? (Nếu có thì trả lời câu 6.1)

1. ☐ Có
2. ☐ Chưa

6.1. Anh/chị đã bị TT do VSN bao nhiêu lần?

1. ☐ Chưa bao giờ
2. ☐ 1 lần
3. ☐ 2 lần
4. ☐ ≥ 3 lần

7. Anh/chị bị TT VSN do dụng cụ nào? (Nhiều lựa chọn)

1. ☐ Kim tiêm
2. ☐ Mảnh vỡ thủy tinh
3. ☐ Kim luồn
4. ☐ Khác:

8. Thời điểm anh/chị bị đâm kim?

1. ☐ Trước khi sử dụng trên bệnh nhân
2. ☐ Sau khi đã sử dụng trên bệnh nhân
3. ☐ Không rõ

9. Anh/chị đã tiêm phòng viêm gan B chưa?

1. ☐ Tiêm đủ mũi
2. ☐ Tiêm chưa đủ mũi
3. ☐ Chưa tiêm
4. ☐ Không nhớ/không rõ

Phần II: Kiến thức của điều dưỡng về dự phòng người tổn thương do vật sắc nhọn

KT 1: Theo anh/chị những nguyên nhân và yếu tố nguy cơ nào nào dẫn đến TT do VSN của điều dưỡng khi đang thực hiện thao tác kỹ thuật với VSN? **(Câu hỏi nhiều lựa chọn)**

1. ☐ Đóng nắp kim trước và sau khi sử dụng
2. ☐ Chuyển dụng cụ từ tay này sang tay khác trong quá trình thực hiện
3. ☐ Phản ứng bất ngờ của bệnh nhân
4. ☐ Tính khẩn cấp của thao tác
5. ☐ Thiếu chú ý khi thao tác
6. ☐ Không tuân thủ đúng quy trình
7. ☐ Khác

KT 2: Theo anh/chị những bệnh phổ biến nào có thể lây qua tổn thương do vật sắc nhọn? **(Câu hỏi nhiều lựa chọn)**

1. ☐ Viêm gan B
2. ☐ Viêm gan C
3. ☐ HIV
4. ☐ Khác

KT 3: Khả năng phơi nhiễm viêm gan B, C so với HIV cho nhân viên y tế sau khi bị tổn thương do vật sắc nhọn là:

1. ☐ Ít hơn HIV
2. ☐ Nhiều hơn HIV
3. ☐ Bằng các nguy cơ nhiễm HIV
4. ☐ Không biết

KT 4: Loại bệnh nào dưới đây đã có vắc-xin phòng ngừa:

1. ☐ HCV
2. ☐ HBV
3. ☐ HIV
4. ☐ Không có loại nào

KT 5: Theo anh/chị tổn thương do vật sắc nhọn trong quá trình chăm sóc người bệnh có phòng ngừa được không:

1. ☐ Ngăn ngừa được hoàn toàn
2. ☐ Không ngăn ngừa được
3. ☐ Ngăn ngừa được một phần
4. ☐ Ngăn ngừa được hầu hết

KT 6: Phương pháp để bẻ ống thuốc bằng thủy tinh là:

1. ☐ Bẻ trực tiếp
2. ☐ Dùng panh bẻ
3. ☐ Mang găng tay rồi bẻ
4. ☐ Dùng bông/gạc quấn xung quanh rồi mới bẻ

KT 7: Phương pháp an toàn khi trao vật sắc nhọn cho người khác là:

1. ☐ Trao cho người nhận trực tiếp bằng tay

2. ☐ Đặt trong khay và sau đó người nhận cầm khay lên

3. ☐ Không biết

KT 8: Khi di chuyển đến nơi khác với kim tiêm, kim khâu trong tay thì điều dưỡng cần phải làm gì:

1. ☐ Đặt vật sắc nhọn trong khay sau đó mới cầm khay theo
2. ☐ Cầm trực tiếp kim tiêm, kim khâu trên tay và di chuyển
3. ☐ Không biết

KT 9: Để không xảy ra TT do VSN, trong quá trình thao tác với kim tiêm trên cơ thể người bệnh, điều dưỡng nên làm gì? **(Câu hỏi nhiều lựa chọn)**

1. ☐ Tập trung vào quá trình thao tác
2. ☐ Không đưa tay trước mũi kim
3. ☐ Đảm bảo tư thế người bệnh tránh giấy dựa, cử động đột ngột
4. ☐ Khác

KT 10: Phương pháp an toàn nhất xử lý vật sắc nhọn sau khi tiêm là:

1. ☐ Dùng hai tay đóng nắp rồi bỏ vào thùng sắc nhọn
2. ☐ Không đóng nắp kim, không tháo rời kim, cô lập ngay vào thùng đựng VSN.
3. ☐ Đóng nắp kim tiêm bằng một tay, tháo rời kim bằng tay và bỏ vào thùng đựng VSN
4. ☐ Không biết

KT 11: Phương pháp đóng nắp kim an toàn được khuyến cáo là (nhiều lựa chọn):

1. ☐ Dùng panh để đóng nắp
2. ☐ Xúc nắp bằng một tay
3. ☐ Dùng cả hai tay để đóng
4. ☐ Không biết

KT 12: Mức chứa tối đa của hộp/ thùng đựng vật sắc nhọn được khuyến dùng là bao nhiêu:

1. ☐ 1/2 hộp
2. ☐ 2/3 hộp
3. ☐ 3/4 hộp
4. ☐ Đầy hộp

KT 13: Theo anh/chị khi bị tổn thương do vật sắc nhọn biện pháp xử lý đầu tiên được khuyến nghị là:

1. ☐ Rửa tổn thương với xà phòng dưới vòi nước chảy
2. ☐ Nặn máu ở tổn thương và rửa
3. ☐ Rửa với dung dịch sát khuẩn
4. ☐ Rửa vết thương bằng dd NaCl 0,9%
5. ☐ Dùng băng ép lại

KT 14: Theo anh/chị khi bị tổn thương do vật sắc nhọn có cần thiết phải báo cáo không:

1. ☐ Cần thiết
2. ☐ Không cần thiết
3. ☐ Không biết/không rõ

KT 15: Các bước xử lý sau khi gặp tổn thương do vật sắc nhọn là:

1. ☐ Xử lý vết thương → Đánh giá nguy cơ phơi nhiễm → Đánh giá nguồn phơi nhiễm → Báo cáo người phụ trách → Điều trị dự phòng (nếu cần)

2. ☐ Xử lý vết thương → Báo cáo người phụ trách → Đánh giá nguy cơ phơi nhiễm → Đánh giá nguồn phơi nhiễm → Điều trị dự phòng (nếu cần)

3. ☐ Xử lý vết thương → Đánh giá nguồn phơi nhiễm → Đánh giá nguy cơ phơi nhiễm → Báo cáo người phụ trách → Điều trị dự phòng (nếu cần)

4. ☐ Không biết

KT 16: Thời gian tốt nhất được khuyến cáo bắt đầu điều trị dự phòng nghi ngờ phơi nhiễm HIV trong vòng bao nhiêu lâu?

1. ☐ 4 tuần
2. ☐ 3 tháng
3. ☐ 24 giờ
4. ☐ Không biết

Phần III. Thái độ của sinh viên điều dưỡng về phòng ngừa tổn thương do vật sắc nhọn

Mỗi câu trình bày là những quan điểm của anh/chị về tổn thương do vật sắc nhọn. Sẽ không có sự đánh giá đúng hay sai cho phần trả lời này. Có 5 mức độ thể hiện quan điểm như sau (Khoanh tròn vào phần lựa chọn):

- 1: Hoàn toàn không đồng ý
- 2: Không đồng ý
- 3: Bình thường
- 4: Đồng ý
- 5: Hoàn toàn đồng ý

TT	Nội dung	Lựa chọn				
A. Nhận thức về mức độ nguy hiểm của TT do VSN						
A1	TT do VSN có thể làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe của SV điều dưỡng và NVYT.	1	2	3	4	5
A2	SV điều dưỡng có thể bị phơi nhiễm 20 bệnh lây truyền, trong đó có HIV, HBV, HCV qua TT do VSN	1	2	3	4	5
A3	TT do VSN có thể làm gây căng thẳng, lo lắng, rối loạn cảm xúc cho điều dưỡng	1	2	3	4	5
A4	TT do VSN có thể gây ảnh hưởng đến công việc của điều dưỡng	1	2	3	4	5
A5	TT do VSN làm tổn thất thời gian và kinh phí cho việc điều trị cho điều dưỡng	1	2	3	4	5
B. Nhận thức về tính nhạy cảm đối với TT do VSN						
B1	Tôi tin rằng mình sẽ không bị tổn thương do VSN	1	2	3	4	5
B2	Tôi tin rằng tôi sẽ không bị phơi nhiễm các bệnh nguy hiểm lây truyền qua máu do VSN	1	2	3	4	5
B3	Tôi tin rằng tôi sẽ không bị lo lắng, căng thẳng, rối loạn cảm xúc khi bị TT do VSN	1	2	3	4	5
B4	Tôi tin rằng tôi sẽ không tốn thời gian và chi phí cho việc điều trị TT do VSN	1	2	3	4	5
B5	Tôi tin rằng TT do VSN không ảnh hưởng đến công việc của tôi	1	2	3	4	5
C. Nhận thức về tầm quan trọng của việc sử dụng các biện pháp dự phòng TT do VSN						
C1	Loại bỏ mũi tiêm, VSN không cần thiết giúp làm giảm nguy cơ TT do VSN	1	2	3	4	5
C2	Không đập nắp kim bằng hai tay làm giảm nguy cơ TT do VSN	1	2	3	4	5
C3	Cho ngay VSN sau sử dụng vào thùng đựng VSN giúp giảm nguy cơ tổn thương do VSN	1	2	3	4	5
C4	Phân loại và quản lý rác thải đúng làm giảm nguy cơ TT do VSN	1	2	3	4	5
C5	Báo cáo TT do VSN làm giảm nguy cơ phơi nhiễm với bệnh truyền nhiễm nguy hiểm	1	2	3	4	5
C6	Tiêm phòng viêm gan B là cần thiết để phòng phơi nhiễm cho mọi nhân viên y tế	1	2	3	4	5
C7	Áp dụng các biện pháp dự phòng TT do VSN sẽ giúp giảm nguy cơ phơi nhiễm với bệnh lây lan qua đường máu	1	2	3	4	5

TT	Nội dung	Lựa chọn				
D. Nhận thức về các rào cản sử dụng các biện pháp dự phòng TT do VSN						
D1	Theo anh chị những rào cản nào có thể ngăn các anh chị thực hiện đầy đủ các biện pháp dự phòng tổn thương do VSN trong thực tế (Ghi cụ thể).					
E. Động lực cho hành động thực hiện các biện pháp dự phòng TT do VSN						
E1	Nhà trường đã hướng dẫn về các biện pháp dự phòng phơi nhiễm do VSN khi bắt đầu thực hành trên bệnh viện.	1	2	3	4	5
F. Mức độ tự hiệu quả của mỗi cá nhân						
F1	Tôi sẽ vượt qua các rào cản để thực hành các biện pháp dự phòng TT do VSN					

Cảm ơn sự hợp tác của anh/ chị!

SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH SỬ DỤNG DỊCH VỤ GIẢM ĐAU SAU MỔ ĐƯỜNG TĨNH MẠCH NGƯỜI BỆNH TỰ ĐIỀU KHIỂN TẠI BỆNH VIỆN BỎNG QUỐC GIA LÊ HỮU TRÁC

Hoàng Thanh Thủy, Phạm Thị Thu Hương,
Nguyễn Tiến Dũng, Hoàng Kim Huệ, Võ Văn Hiền✉

Bệnh viện Bỏng Quốc Gia Lê Hữu Trác

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát sự hài lòng của người bệnh (NB) sử dụng dịch vụ giảm đau sau mổ đường tĩnh mạch người bệnh tự điều khiển.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc dựa trên thống kê phân tích kết quả thu thập từ phiếu khảo sát mức độ hài lòng (được xây dựng dựa trên đánh giá của hai khía cạnh bao gồm: Sự hài lòng về cung cấp dịch vụ giảm đau và sự hài lòng về chăm sóc giảm đau) trên 175 người bệnh sử dụng dịch vụ giảm đau sau mổ tại các khoa lâm sàng thuộc Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác từ tháng 10/2023 đến tháng 10/2024.

Kết quả: 93,08% người bệnh hài lòng với chăm sóc của nhân viên y tế và 92,60% người bệnh hài lòng với các tiêu chí của cung cấp dịch vụ giảm đau sau mổ, điểm hài lòng trung bình là 4,65 điểm, tỉ lệ hài lòng chung là 93,06% và tỉ lệ hài lòng toàn diện là 85,71%.

Kết luận: Đa số người bệnh đánh giá hài lòng (mức hài lòng và rất hài lòng) với chất lượng dịch vụ giảm đau sau mổ đường tĩnh mạch người bệnh tự điều khiển.

Từ khóa: Sự hài lòng, giảm đau sau mổ người bệnh tự điều khiển, phẫu thuật bỏng

ABSTRACT

Objective: The purpose of the study is to determine how patients satisfy using patient-controlled intravenous PCA postoperative pain management therapy.

Subjects and methods: Statistical analysis of data from satisfaction survey forms (design for assessment of two aspects, including satisfaction with pain relief service provision and satisfaction with pain relief care) on 175 patients using postoperative pain relief services at clinical departments of Le Huu Trac National Burn Hospital from October 2023 to October 2024.

¹Chịu trách nhiệm: Võ Văn Hiền, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

Email: vanhien103@gmail.com

Ngày gửi bài: 14/1/2025; Ngày nhận xét: 15/2/2025; Ngày duyệt bài: 28/2/2025

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

Results: 93.08% of patients were satisfied with the care of medical staff, and 92.60% of patients were satisfied with the criteria for providing postoperative pain relief services; the average satisfaction score was 4.65, the overall satisfaction rate was 93.06%, and the overall satisfaction rate was 85.71%.

Conclusion: The majority of patients were satisfied (satisfied and very satisfied) with the quality of postoperative pain relief service via the patient-controlled intravenous route.

Keyword: Satisfaction, patient-controlled analgesia, burn surgery.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau sau mổ là một trạng thái khó chịu về cảm giác và cảm xúc, có liên quan tới những tổn thương thực sự hay tiềm tàng của cơ thể, là một phản ứng sinh bệnh lí phức tạp do nhiều nguyên nhân khác nhau với tỷ lệ từ 50 - 80% tùy theo loại phẫu thuật [1]. Đau sau phẫu thuật làm giảm khả năng vận động sớm, ảnh hưởng tới phục hồi chức năng và tâm lý người bệnh, dẫn tới thời gian nằm viện dài, làm tăng gánh nặng cho nền y tế cũng như xã hội. Vì vậy, kiểm soát đau sau mổ tốt cho phép Người bệnh vận động sớm, giảm thời gian nằm viện, sớm trở lại cuộc sống hàng ngày và là yếu tố quyết định sự hài lòng của người bệnh.

Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác là cơ sở điều trị chuyên khoa thực hiện hàng nghìn ca phẫu thuật bỏng hàng năm. Để góp phần nâng cao chất lượng điều trị, Khoa Gây mê (Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác) đã áp dụng phương pháp giảm đau sau mổ đường tĩnh mạch do người bệnh (NB) tự điều khiển PCA (Patient Controlled Analgesia). Cách thức này cho phép người bệnh tự điều chỉnh liều lượng thuốc giảm đau theo nhu cầu cá nhân, qua đó giảm thiểu tác dụng phụ và tăng cường sự hài lòng với dịch vụ y tế. Tuy nhiên, mức độ hài lòng của người bệnh khi sử dụng PCA phụ thuộc vào

nhiều yếu tố như hiệu quả kiểm soát đau, sự tiện lợi của thiết bị, cũng như sự hỗ trợ từ đội ngũ y tế. Việc đánh giá sự hài lòng của người bệnh không chỉ giúp cải thiện chất lượng dịch vụ mà còn là cơ sở để tối ưu hóa các phương pháp điều trị trong tương lai.

Để có các căn cứ khoa học, từ đó đưa ra các những đề xuất và khuyến nghị nhằm cải thiện chất lượng dịch vụ y tế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá sự hài lòng của người bệnh khi được sử dụng phương pháp giảm đau sau mổ đường tĩnh mạch người bệnh tự điều khiển PCA.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Người bệnh có chỉ định sử dụng dịch vụ giảm đau sau mổ PCA tại các Khoa Điều trị Bỏng Người lớn, Trung tâm Liền vết thương, Trung tâm Phẫu thuật tạo hình, Thẩm mỹ & Tái tạo trong thời gian từ tháng 10/2023 đến tháng 10/2024, được lựa chọn ngẫu nhiên tham gia vào nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Người bệnh độ tuổi từ 18 tuổi trở lên có đủ năng lực để trả lời các câu hỏi hoặc có sự trợ giúp của người nhà.

** Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Người bệnh không trả lời đầy đủ các câu hỏi trong phiếu khảo sát.
- Người bệnh trả lời các câu hỏi không liên quan đến nội dung trong phiếu khảo sát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

** Phương pháp nghiên cứu:*

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Người bệnh tham gia nghiên cứu được phát phiếu khảo sát đánh giá mức độ hài lòng ngay sau khi sử dụng dịch vụ giảm đau sau mổ PCA (thông thường ngày thứ 4 sau phẫu thuật) và được hướng dẫn trả lời các câu hỏi dạng trắc nghiệm trong phiếu khảo sát.
- Đánh giá, tính toán các chỉ số hài lòng và phân tích thống kê dựa trên kết quả thu được từ phiếu khảo sát.

** Các bước tiến hành nghiên cứu:*

a. Xây dựng bộ câu hỏi, khảo sát và thu thập phiếu khảo sát đánh giá sự hài lòng của người bệnh:

Căn cứ vào Quyết định 3869/QĐ-BYT ngày 28/8/2019 của Bộ Y tế về “Ban hành các mẫu phiếu và hướng dẫn khảo sát hài lòng người bệnh và nhân viên y tế” [1] và “Quy trình đánh giá sự hài lòng của người bệnh tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác” do Giám đốc Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác ban hành năm 2016 [2], chúng tôi đã xây dựng bộ câu hỏi và biên soạn “Phiếu khảo sát sự hài lòng của người bệnh về sử dụng dịch vụ giảm đau sau mổ người bệnh tự điều khiển đường tĩnh mạch (PCA)” để sử dụng trong nghiên cứu. Phiếu khảo sát bao gồm 8 câu hỏi được chia thành hai khía cạnh của dịch vụ, cụ thể như sau:

A. Sự hài lòng về cung cấp dịch vụ giảm đau sau mổ:

1. Sự thuận tiện về quy trình đăng kí dịch vụ giảm đau sau mổ theo yêu cầu PCA.
2. Chi phí dịch vụ giảm đau sau mổ PCA.
3. Mức độ thuận tiện khi sử dụng dịch vụ giảm đau PCA.
4. Hiệu quả giảm đau của phương pháp giảm đau người bệnh tự điều khiển PCA.

B. Sự hài lòng về chăm sóc của nhân viên y tế đối với dịch vụ giảm đau sau mổ:

1. Người bệnh được giải thích trước khi thực hiện kỹ thuật giảm đau.
2. Việc chăm sóc theo dõi hàng ngày.
3. Tác dụng không mong muốn và xử lý của nhân viên y tế khi có tác dụng không mong muốn hoặc giảm đau không thỏa đáng.
4. Thái độ giao tiếp của nhân viên y tế đối với người bệnh sử dụng dịch vụ giảm đau.

Mỗi tiêu chí được người bệnh đánh giá với thang điểm từ 1 đến 5 điểm tương ứng với các mức độ hài lòng như sau:

Rất hài lòng (Rất tốt)	5 điểm
Hài lòng (Tốt)	4 điểm
Bình thường (Trung bình)	3 điểm
Không hài lòng (Kém)	2 điểm
Rất không hài lòng (Rất kém)	1 điểm

Tiêu chí đạt tiêu chuẩn hài lòng nếu người bệnh đánh giá tiêu chí đó đạt từ 4 điểm trở lên.

b. Tính toán các chỉ số đánh giá mức độ hài lòng

- *Điểm hài lòng trung bình chung (điểm):* Điểm hài lòng trung bình là phân số được tính dựa trên công thức sau:

Tỷ số = [(Tổng số điểm của tất cả các câu trả lời đạt hài lòng của người thứ 1(đạt 4 điểm trở lên)/(Tổng số câu hỏi)] + [(Tổng số điểm của tất cả các câu trả lời đạt hài lòng của người thứ 2)/(Tổng số câu hỏi)] + ... + [(Tổng số điểm của tất cả các câu trả lời đạt hài lòng của người thứ 175) / (Tổng số câu hỏi)].

Mẫu số = Tổng số người được khảo sát.

- *Tỷ lệ hài lòng chung (%)*

Tỷ số = {[[(Tổng số câu hỏi có trả lời từ 4 điểm trở lên của người thứ 1) / (Tổng số câu hỏi)] + [(Tổng số câu hỏi có trả lời từ 4 điểm trở lên của người thứ 2) / (Tổng số câu hỏi)] + ... + [(Tổng số câu hỏi có trả lời từ 4 điểm trở lên của người thứ 175) / (Tổng số câu hỏi)]} x 100.

Mẫu số = Tổng số người được khảo sát.

- *Chỉ số hài lòng toàn diện (%)*:

Tỷ số = Tổng số phiếu đạt tất cả các tiêu chí được đánh giá từ 4 điểm trở lên x 100

Mẫu số = Tổng số người được khảo sát.

c. Xử lý số liệu nghiên cứu

Phiếu khảo sát sau khi thu thập được xử lý và tính toán bằng phần mềm thống kê

Y học. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, các biến định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ %.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu chỉ tiến hành khi người bệnh đồng thuận tham gia nghiên cứu. Các số liệu thu được chỉ sử dụng cho mục đích khoa học, các thông tin của bệnh nhân được giữ bí mật. Người bệnh trả lời các phiếu khảo sát hoàn toàn tự nguyện, khách quan không có sự can thiệp của nhân viên y tế, không có sự phân biệt đối xử về điều trị và chăm sóc trong trường hợp bệnh nhân không đồng ý nghiên cứu.

Nghiên cứu tuân thủ quy trình xét duyệt và thông qua Hội đồng chấm đề cương nghiên cứu của Học viện Quân y và được cho phép thực hiện nghiên cứu tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác. Các tác giả tham gia nghiên cứu cam kết không có xung đột lợi ích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	18 - 60 tuổi	128	73,14
	> 60 tuổi	47	26,86
Giới tính	Nam	115	65,71
	Nữ	60	34,29
Trình độ học vấn	Trung học phổ thông trở xuống	142	81,14
	Cao đẳng, đại học	33	18,86
Nghề nghiệp	Công chức	24	13,71
	Khác	151	86,29
Số lần sử dụng dịch vụ	Lần đầu	173	98,85
	Trên 2 lần	02	1,15

Nhận xét: Đa số người bệnh có độ tuổi từ 18 - 60 tuổi (chiếm 73,14%) với tỉ lệ nam nhiều hơn người bệnh nữ (chiếm 65,71%), trình độ học vấn chủ yếu là phổ thông trung

học trở xuống (chiếm 81,14%), người bệnh có nghề nghiệp ngoài công chức chiếm tỷ lệ cao (chiếm 86,29%) với đa số người bệnh sử dụng dịch vụ lần đầu (chiếm 98,85%).

3.2. Kết quả hài lòng của người bệnh theo hai khía cạnh của phiếu khảo sát

Bảng 3.2. Sự hài lòng về chăm sóc của nhân viên y tế đối với dịch vụ giảm đau sau mổ (n=175)

TT	Chỉ tiêu đánh giá	Số NB đánh giá ở mức hài lòng (≥ 4 điểm)		Số NB đánh giá ở mức không hài lòng (≤ 3 điểm)	
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
YT1	NB được giải thích kỹ trước khi thực hiện kỹ thuật	161	92,00	14	8,00
YT2	Chăm sóc theo dõi hàng ngày	161	92,00	14	8,00
YT3	NVYT xử lý khi có tác dụng KMM và giảm đau không thỏa đáng	167	95,43	08	4,57
YT4	Thái độ giao tiếp nhân viên y tế	163	93,14	12	6,86
Tỷ lệ trung bình chung		652	93,14	48	6,86

Nhận xét: Tỷ lệ hài lòng chung về chăm sóc giảm đau của nhân viên y tế là 93,14%, tỷ lệ hài lòng YT 3 cao nhất là 95,43%, tỷ lệ hài lòng YT1 và YT2 thấp

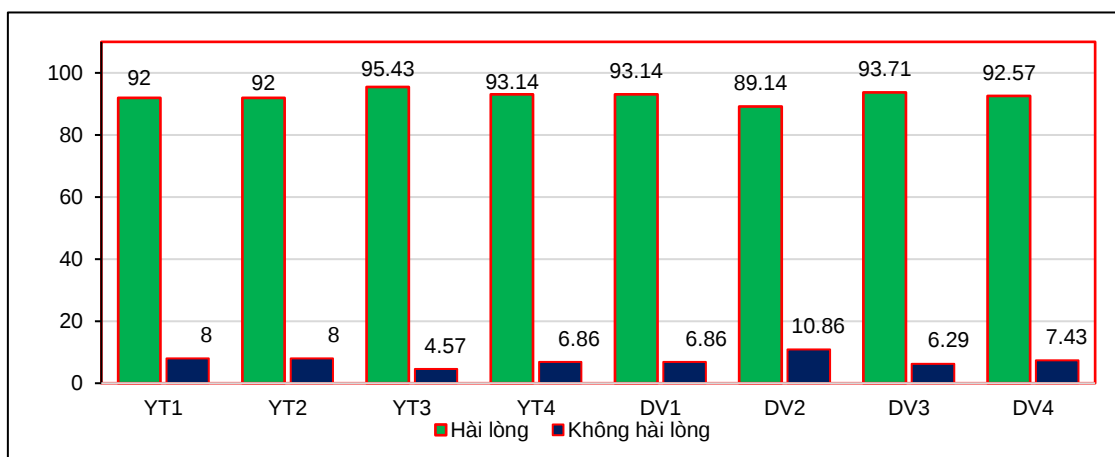
nhất (92%). Không có tiêu chí nào đánh giá ở mức 1 điểm (rất không hài lòng) hoặc 2 điểm (không hài lòng).

Bảng 3.3. Sự hài lòng về cung cấp dịch vụ giảm đau sau mổ (n=175)

TT	Chỉ tiêu đánh giá	Số NB đánh giá ở mức hài lòng (≥ 4 điểm)		Số NB đánh giá ở mức không hài lòng (≤ 3 điểm)	
		n	%	n	%
DV1	Quy trình đăng ký dịch vụ giảm đau sau mổ	163	93,14	12	6,86
DV2	Chi phí dịch vụ giảm đau PCA	156	89,14	19	10,86
DV3	Mức độ thuận tiện khi sử dụng PCA	164	93,71	11	6,29
DV4	Hiệu quả giảm đau của dịch vụ PCA	162	92,57	13	7,43
Tỷ lệ trung bình chung		645	92,14	55	7,86

Nhận xét: Tỷ lệ hài lòng chung về cung cấp dịch vụ giảm đau là 92,14%, tỷ lệ hài lòng cao nhất là DV3 (93,71%), tỷ lệ hài lòng DV2 thấp nhất (89,14%). Không có

tiêu chí nào người bệnh đánh giá mức 1 điểm (rất không hài lòng) hoặc 2 điểm (không hài lòng).



Biểu đồ 3.1: Kết quả hài lòng của người bệnh theo hai khía cạnh của phiếu khảo sát

Bảng 3.4. Kết quả tính toán các chỉ số hài lòng (n = 175)

TT	Chỉ số	Kết quả
1	Điểm hài lòng trung bình (điểm)	4,65
2	Tỷ lệ hài lòng chung (%)	93,06
3	Chỉ số hài lòng toàn diện (%)	85,71

4. BÀN LUẬN

Bỏng là một chấn thương thường gặp trong sinh hoạt và lao động hàng ngày. Người bệnh bỏng thường có cảm giác đau đơn ngay từ thời điểm chấn thương đặc biệt ở các người bệnh có tổn thương bỏng sâu và diện tích bỏng rộng. Chính vì vậy việc cung cấp dịch vụ giảm đau sau mổ ngoài việc nâng cao chất lượng điều trị, tăng nhanh quá trình hồi phục sau mổ còn mang ý nghĩa mặt nhân văn khi giảm bớt đau đớn ở người bệnh bỏng. Việc nghiên cứu đánh giá sự hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ giảm đau sau mổ nhằm giúp cho nhân viên y tế có những nhìn nhận khách quan để có những cải tiến nhằm nâng cao chất lượng của dịch vụ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số người bệnh sử dụng dịch vụ giảm đau đều đánh giá hài lòng với dịch vụ

giảm đau sau mổ người bệnh tự điều khiển đường tĩnh mạch do Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác cung cấp.

Ở khía cạnh thứ nhất về sự hài lòng của người bệnh đối với chăm sóc của nhân viên y tế, kết quả tại bảng 3.2 có 652/700 lượt đánh giá mức hài lòng (từ 4 điểm trở lên) chiếm 93,14% người bệnh được phát phiếu khảo sát.

Tương tự, ở khía cạnh thứ hai của phiếu khảo sát về sự hài lòng cung cấp dịch vụ giảm đau sau mổ, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.3 cho thấy có 645/700 lượt đánh giá mức hài lòng (chiếm 92,14%).

Cả hai khía cạnh được khảo sát trong nghiên cứu đều được người bệnh đánh giá hài lòng ở mức cao một phần là do dịch vụ giảm đau sau mổ luôn tuân thủ chặt chẽ các quy trình chuyên môn được bệnh viện ban hành. Trước khi thực hiện thủ thuật giảm đau sau mổ, người bệnh được bác sĩ gây mê giải thích đầy đủ về những ưu nhược điểm của phương pháp giảm đau áp dụng. Đồng thời trong quá trình thực hiện dịch vụ, người bệnh luôn được các nhân viên y tế chăm sóc và theo dõi sát, phát hiện sớm các tác dụng không mong muốn để xử lý kịp thời.

Một trong những thuận lợi của dịch vụ này đó là đã được bác sĩ gây mê cài đặt liều lượng, tốc độ thuốc giảm đau theo từng đối tượng người bệnh. Quá trình hậu phẫu, người bệnh có thể tự kiểm soát cơn đau, tự sử dụng thuốc giảm đau khi đau mà không cần gọi nhân viên y tế. Sự hài lòng của người bệnh còn do quá trình thực hiện giảm đau sau mổ, người bệnh được đạt được mức giảm đau tối ưu nhất mà không có bất kỳ biến chứng nguy hiểm nào xảy ra.

Về kết quả tính toán các chỉ số hài lòng, qua bảng 3.4 chúng tôi thấy rằng, điểm hài lòng trung bình của người bệnh đánh giá đối với dịch vụ là 4,65 tương đương với các mức hài lòng và rất hài lòng, trong đó chỉ số tỷ lệ hài lòng chung là 93,06% và chỉ số hài lòng toàn diện là 85,71%. Các số liệu này một lần nữa khẳng định sự hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ giảm đau sau phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác như Lê Hải Trung và cộng sự [3]; Vũ Quang Thùy và cộng sự [4] khi đánh giá về sự hài lòng đối với chất lượng dịch vụ giảm đau sau phẫu thuật.

Qua nghiên cứu này chúng tôi cũng nhận thấy, còn một số nội dung khảo sát mà người bệnh đánh giá ở mức bình thường (3 điểm). Nguyên nhân là do một số trường hợp người bệnh còn xuất hiện tác dụng không mong muốn như buồn nôn, nôn... Mặc dù trong những trường hợp này, người bệnh đã được giải thích, xử lý kịp thời tuy nhiên do các tác dụng phụ này thường gây khó chịu cho người bệnh và ảnh hưởng đến tâm lý của người nhà.

Chúng tôi kiến nghị cần có các nghiên cứu ứng dụng để làm giảm tỷ lệ buồn nôn, nôn ở các trường hợp sử dụng giảm đau

đường tĩnh mạch sử dụng các thuốc giảm đau nhóm opioid nhằm nâng cao hơn nữa chất lượng của thủ thuật này.

5. KẾT LUẬN

Qua khảo sát mức độ hài lòng ở 175 người bệnh sử dụng dịch vụ giảm đau sau mổ người bệnh tự điều khiển đường tĩnh mạch PCA tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác, chúng tôi thấy rằng đa số người bệnh đánh giá hài lòng (mức hài lòng và rất hài lòng) với dịch vụ này trong đó có 93,14% hài lòng với chăm sóc của nhân viên y tế và 92,14% hài lòng với các tiêu chí của cung cấp dịch vụ giảm đau sau mổ, điểm hài lòng trung bình là 4,65 điểm, tỉ lệ hài lòng chung là 93,06% và tỉ lệ hài lòng toàn diện là 85,71%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Toàn Thắng (2016). Đánh giá hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật bụng và tác dụng không mong muốn của Fentanyl, Morphin, Morphin - Ketamin tĩnh mạch theo phương pháp người bệnh tự kiểm soát. Luận án tiến sĩ Y học, Trường đại học Y Hà nội.
2. Lê Hải Trung, Nguyễn Ngọc Thạch (2020). Nghiên cứu giảm đau đường tĩnh mạch bằng Fentanyl do bệnh nhân tự điều khiển sau phẫu thuật thẩm mỹ Tạp chí Y học tâm họa & Bông số 2 - 2020.
3. "Quy trình đánh giá sự hài lòng của người bệnh" của Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác ban hành năm 2016.
4. Vũ Thị Hằng, Lưu Quang Thùy. Phòng Hồi tỉnh - Khoa Gây Mê 2, Trung tâm Gây mê và Hồi sức ngoại khoa Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Nghiên cứu về sự hài lòng của người bệnh khi được sử dụng phương pháp giảm đau ngoài màng cứng sau phẫu thuật vùng bụng.
5. Vũ Thị Hân (2019). Kết quả chăm sóc giảm đau sau phẫu thuật bằng phương pháp truyền liên tục qua catheter ngoài màng cứng. Luận văn Thạc sĩ, Trường đại học Y khoa Hà Nội.

KHẢO SÁT SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN BỎNG QUỐC GIA LÊ HỮU TRÁC NĂM 2023

Đỗ Quang Hiếu^{✉1}, Ngô Minh Đức¹, Phạm Thị Mỹ¹,
Hoàng Ánh Dương¹, Nguyễn Thị Thảo¹,
Nguyễn Anh Thư¹, Nguyễn Hoàng Lợi²

¹Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

²Đại học Y tế Công cộng

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh về thái độ ứng xử của nhân viên y tế và về cơ sở vật chất phương tiện phục vụ người bệnh trong năm 2023.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 703 đối tượng bằng bộ tiêu chí của Bộ Y tế đánh giá hài lòng của người bệnh.

Kết quả: Điểm hài lòng 4,39; tỷ lệ hài lòng chung 95,4%, Chỉ số hài lòng toàn diện là 57,47%, Tỷ lệ đáp ứng so với mong đợi là 92,85%. Về thái độ ứng xử, có 3 phiếu nhận xét về thái độ của nhân viên y tế và người phục vụ ở mức 2; Tỷ lệ hài lòng từ 95,87% đến 98,72%; Chỉ số hài lòng toàn diện theo các đặc điểm cao hơn 80%, cao nhất ở người bệnh ≤ 18 tuổi (97,16%), Khoa Điều trị Bỏng Trẻ em (BTE) (98,75%) và ở bệnh nhân điều trị 15 - 28 ngày (97,79%). Về cơ sở vật chất phương tiện phục vụ: Có 3 tiêu chí hài lòng dưới 90% là: Nhà vệ sinh, nhà tắm, Được bảo đảm sự riêng tư và phục vụ của căng tin Bệnh viện; Tỷ lệ hài lòng là 94,7%, khác nhau theo khoa ($p = 0,011$); Chỉ số hài lòng toàn diện là 59,6, tăng dần theo tuổi và cao nhất ở nhóm trên 60 tuổi ($p < 0,05$), khác nhau theo khoa và theo ngày điều trị ($p < 0,001$).

Kết luận: Các tiêu chí đều cơ bản có tỷ lệ hài lòng trên 90%, các chỉ số hài lòng còn khác nhau theo khoa, tuổi và giai đoạn điều trị của người bệnh.

Về giao tiếp ứng xử còn có người bệnh chưa hài lòng và tỷ lệ hài lòng khác nhau theo khoa. Hài lòng về cơ sở vật chất thấp hơn giao tiếp ứng xử và chưa đồng đều, khác nhau theo khoa và tỷ lệ hài lòng dưới 90% về nhà vệ sinh, nhà tắm, bảo đảm sự riêng tư của người bệnh và phục vụ của căng tin Bệnh viện.

Từ khoá: Hài lòng, thái độ, ứng xử, cơ sở vật chất, phương tiện phục vụ.

¹Chịu trách nhiệm: Đỗ Quang Hiếu, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

Email: hieuvbqg@gmail.com

Ngày gửi bài: 02/1/2025; Ngày nhận xét: 12/2/2025; Ngày duyệt bài: 28/2/2025

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

ABSTRACT

Objective: To assess the level of patient satisfaction with the attitude of medical staff and the facilities and means of serving patients in 2023.

Research subjects and methods: cross-sectional descriptive study on 703 subjects using the Ministry of Health's criteria for assessing patient satisfaction.

Results: Satisfaction score 4.39; overall satisfaction rate 95.4%, Overall satisfaction index 57.47%, Response rate compared to expectations 92.85%. Regarding attitude, there were 3 comments on the attitude of medical staff and service staff at level 2; Satisfaction rate from 95.87% to 98.72%; The overall satisfaction index according to the characteristics was higher than 80%, highest in patients ≤ 18 years old (97.16%), Pediatric Burn Department (98.75%) and in patients treated for 15 - 28 days (97.79%). Regarding facilities and services: there were 3 satisfaction criteria below 90%: Toilets, bathrooms, Guaranteed privacy and service of the hospital canteen; The satisfaction rate was 94.7%, varying by department ($p = 0.011$); The overall satisfaction index was 59.6%, increasing with age and highest in the group over 60 years old ($p < 0.05$), varying by department and by treatment day ($p < 0.001$).

Conclusion: The criteria are all basic with a satisfaction rate of $> 90\%$, the satisfaction indexes are different depending on the department, age and treatment stage of the patient. Regarding communication and behavior, there are still patients who are not satisfied and the satisfaction rate is different depending on the department. Satisfaction with facilities is lower than communication and behavior and is not uniform, different depending on the department and the satisfaction rate is $< 90\%$ regarding toilets, bathrooms, ensuring patient privacy and service of the hospital canteen.

Keywords: Satisfaction, attitude, behavior, facilities, service means.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự hài lòng của người bệnh là một trong những tiêu chí quan trọng nhất dùng để đánh giá sự đáp ứng các dịch vụ của cơ sở y tế đối với sự mong đợi của người bệnh. Khi người bệnh kém hài lòng là nguyên nhân thúc đẩy những bức xúc của người bệnh ảnh hưởng không nhỏ đến uy tín cũng như chất lượng của các cơ sở y tế. Để có cơ sở khoa học thực chứng cho lãnh đạo, chỉ huy các cấp có kế hoạch cụ thể cho trong việc nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh, thay đổi thái độ phong cách phục vụ người bệnh nhằm tăng về uy tín thương hiệu chất lượng dịch vụ và tình cảm của người

bệnh dành cho bệnh viện, chúng tôi nghiên cứu đề tài với mục tiêu nghiên cứu: *Đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh về thái độ ứng xử của nhân viên y tế và về cơ sở vật chất phương tiện phục vụ người bệnh trong năm 2023.*

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

703 người bệnh, người nhà người bệnh tại các khoa lâm sàng, điều trị tại bệnh viện từ tháng 9/2023 đến tháng 8 năm 2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

+ Cỡ mẫu nghiên cứu: Áp dụng công thức $n = Z_{1-\alpha/2} \cdot C \cdot p(1-p) / d_e^2$

Trong đó: P: tỷ lệ ước tính $p = 0,8$;

Mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$;

C: hệ số thiết kế mẫu, $C=2$; d_e độ chính xác tuyệt đối mong muốn. $d_e = 0,05$

Tính được: $n = 251$. Chúng tôi khảo sát 703 thỏa mãn số lượng tính toán.

2.3. Các chỉ tiêu trong nghiên cứu

Các chỉ tiêu nghiên cứu được sử dụng theo Căn cứ theo Quyết định 3869/QĐ-BYT năm 2019, hướng dẫn khảo sát hài lòng người bệnh nội trú đối với bệnh viện như sau [8]:

Hài lòng của người bệnh về thái độ ứng xử

1. Bác sỹ, điều dưỡng có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực.
2. Nhân viên phục vụ (hộ lý, bảo vệ, kế toán...) có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực.
3. Được nhân viên y tế tôn trọng, đối xử công bằng, quan tâm, giúp đỡ.
4. Bác sỹ hợp tác tốt và xử lý công việc thành thạo, kịp thời.
5. Điều dưỡng hợp tác tốt và xử lý công việc thành thạo, kịp thời.
6. Được bác sỹ thăm khám, động viên tại phòng điều trị.
7. Được tư vấn chế độ ăn, vận động, theo dõi và phòng ngừa biến chứng.
8. Nhân viên y tế không có biểu hiện gợi ý bồi dưỡng.
9. Hài lòng của người bệnh về cơ sở vật chất phương tiện phục vụ.
10. Sự hài lòng của người bệnh đối với khả năng đáp ứng của nhân viên y tế và cơ sở y tế.
11. Các sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đường đến các khoa, phòng trong bệnh viện rõ ràng, dễ hiểu, dễ tìm.

12. Thời gian vào thăm người bệnh được thông báo rõ ràng.
13. Các khối nhà, cầu thang, buồng bệnh được đánh số rõ ràng, dễ tìm.
14. Các lối đi trong bệnh viện, hành lang bằng phẳng, dễ đi.
15. Người bệnh hỏi và gọi được nhân viên y tế khi cần thiết.
16. Quy trình, thủ tục nhập viện rõ ràng, công khai, thuận tiện.
17. Được phổ biến về nội quy và những thông tin cần thiết khi nằm viện rõ ràng, đầy đủ.
18. Được giải thích về tình trạng bệnh, phương pháp và thời gian dự kiến điều trị rõ ràng, đầy đủ.
19. Được giải thích, tư vấn trước khi yêu cầu làm các xét nghiệm, thăm dò, kỹ thuật cao rõ ràng, đầy đủ.
20. Được công khai và cập nhật thông tin về dùng thuốc và chi phí điều trị.
21. 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.
22. Giường bệnh, ga, gối đầy đủ cho mỗi người một giường, an toàn, chắc chắn, sử dụng tốt.
23. Nhà vệ sinh, nhà tắm thuận tiện, sạch sẽ, sử dụng tốt.
24. Được bảo đảm an toàn, an ninh, trật tự, phòng ngừa trộm cắp, yên tâm khi nằm viện.
25. Được cung cấp quần áo đầy đủ, sạch sẽ.
26. Được cung cấp đầy đủ nước uống nóng, lạnh.
27. Căng tin bệnh viện phục vụ ăn uống và nhu cầu sinh hoạt thiết yếu đầy đủ và chất lượng.
28. Môi trường trong khuôn viên bệnh viện xanh, sạch, đẹp.

29. Cấp phát thuốc và hướng dẫn sử dụng thuốc đầy đủ, chất lượng.
30. Trang thiết bị, vật tư y tế đầy đủ, hiện đại, đáp ứng nguyện vọng.
31. Kết quả điều trị đáp ứng được nguyện vọng.
32. Ông/ Bà đánh giá mức độ tin tưởng về chất lượng dịch vụ y tế.
33. Ông/ Bà đánh giá mức độ hài lòng về giá cả dịch vụ y tế.

2.4. Phương pháp tiến hành

* **Cách tính điểm hài lòng (áp dụng chung cho các đối tượng khảo sát) [8]**

- Các lựa chọn trả lời của người bệnh từ 1 đến 5 tương ứng với 5 mức độ hài lòng: Rất không hài lòng hoặc rất kém: 1 điểm; Không hài lòng hoặc kém đạt 2 điểm; Bình thường hoặc trung bình đạt 3 điểm; Hài lòng hoặc tốt đạt 4 điểm và Rất hài lòng hoặc rất tốt đạt 5 điểm.

- Điểm hài lòng trung bình chung bằng điểm trung bình của tất cả các mẫu phiếu khảo sát (so với điểm tối đa là 5).

- Công thức tính điểm hài lòng trung bình chung:

Tỷ số = $\frac{[(\text{Tổng số điểm của tất cả các câu hỏi khảo sát hài lòng của người thứ 1}) / (\text{Tổng số câu hỏi})] + [(\text{Tổng số điểm của tất cả các câu hỏi khảo sát hài lòng của người thứ 2}) / (\text{Tổng số câu hỏi})] + [(\text{Tổng số điểm của tất cả các câu hỏi khảo sát hài lòng của người thứ n}) / (\text{Tổng số câu hỏi})]}{3}$

Mẫu số = Tổng số người được khảo sát.

- 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 (so với điểm tối đa là 5).

* **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 = $\frac{((\text{Tổng số câu hỏi có trả lời mức 4} + \text{Tổng số câu hỏi trả lời mức 5 của người thứ 1}) / (\text{Tổng số câu hỏi})) + ((\text{Tổng số câu hỏi có trả lời mức 4} + \text{Tổng số câu hỏi trả lời mức 5 của người thứ 2}) / (\text{Tổng số câu hỏi})) + ((\text{Tổng số câu hỏi có trả lời mức 4} + \text{Tổng số câu hỏi trả lời mức 5 của người thứ n}) / (\text{Tổng số câu hỏi}))}{3} \times 100$.

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 = $\frac{((\text{Người thứ 1 có toàn bộ các câu trả lời hài lòng ở mức 4 hoặc 5}) + (\text{Người thứ 2 có toàn bộ các câu trả lời hài lòng ở mức 4 hoặc 5}) + (\text{Người thứ n có toàn bộ các câu trả lời hài lòng ở mức 4 hoặc 5}))}{3} \times 100$.

(Tỷ số loại trừ những người có trả lời bất kỳ câu nào ở mức 1, 2, 3);

+ Mẫu số = Tổng số người được khảo sát.

* **Tỷ lệ đáp ứng so với mong đợi**

Được tính bằng tỷ lệ trung bình chung của toàn bộ đối tượng được khảo sát.

2.5. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. So sánh có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng khoa học và đạo đức trong nghiên cứu y sinh của Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác và Học viện Quân y.

3. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Mức độ hài lòng về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế

Tiêu chí (n = 703)		Mức độ hài lòng					Tỷ lệ hài lòng (%)
		1	2	3	4	5	
D1.	Bác sỹ, điều dưỡng có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực.		1	9	435	258	98,58
D2.	Nhân viên phục vụ (hộ lý, bảo vệ, kế toán...) có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực.		2	27	365	309	95,87
D3.	Được nhân viên y tế tôn trọng, đối xử công bằng, quan tâm, giúp đỡ.			9	400	294	98,72
D4.	Bác sỹ, điều dưỡng hợp tác tốt và xử lý công việc thành thạo, kịp thời.			11	366	326	98,44
D5.	Được bác sỹ thăm khám, động viên tại phòng điều trị.			12	406	285	98,29
D6.	Được tư vấn chế độ ăn, vận động, theo dõi và phòng ngừa biến chứng.			26	369	308	96,30
D7.	Nhân viên y tế không có biểu hiện gợi ý bồi dưỡng.			16	353	334	97,72

Nhận xét: Có 3 phiếu nhận xét về thái độ của nhân viên y tế và người phục vụ ở mức 2. Tỷ lệ hài lòng của từng tiêu chí là tỷ lệ giữa số các phiếu đánh giá tiêu chí đạt mức

4 hoặc 5 trên tổng số phiếu, các khía cạnh của thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế được đối tượng đánh giá với tỷ lệ hài lòng từ 95,87% đến 98,72%.

Bảng 3.2. Mức độ hài lòng của người bệnh về cơ sở vật chất phương tiện phục vụ

Tiêu chí (n = 703)		Mức chất lượng					Tỷ lệ hài lòng (%)
		1	2	3	4	5	
A1.	Các sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đường đến các khoa, phòng trong bệnh viện rõ ràng, dễ hiểu, dễ tìm.			21	370	312	97,01
A2.	Thời gian vào thăm người bệnh được thông báo rõ ràng.			21	329	353	97,01
A3.	Các khối nhà, cầu thang, buồng bệnh được đánh số rõ ràng, dễ tìm.			19	340	344	97,30
A4.	Các lối đi trong bệnh viện, hành lang bằng phẳng, dễ đi.			35	260	408	95,02
A5.	Người bệnh hỏi và gọi được nhân viên y tế khi cần thiết.			38	349	316	94,59
B1.	Quy trình, thủ tục nhập viện rõ ràng, công khai, thuận tiện.		1	48	326	328	93,03

Tiêu chí (n = 703)		Mức chất lượng					Tỷ lệ hài lòng (%)
		1	2	3	4	5	
B2.	Được phổ biến về nội quy và những thông tin cần thiết khi nằm viện rõ ràng, đầy đủ.			6	368	329	99,15
B3.	Được giải thích về tình trạng bệnh, phương pháp và thời gian dự kiến điều trị rõ ràng, đầy đủ.		1	44	349	309	93,60
B4.	Được giải thích, tư vấn trước khi yêu cầu làm các xét nghiệm, thăm dò, kỹ thuật cao rõ ràng, đầy đủ.		1	55	349	298	92,03
B5.	Được công khai và cập nhật thông tin về dùng thuốc và chi phí điều trị.			11	373	319	93,03
C1.	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.		18	18	428	239	94,88
C2.	Giường bệnh, ga, gối đầy đủ cho mỗi người một giường, an toàn, chắc chắn, sử dụng tốt.		1	52	398	252	92,46
C3.	Nhà vệ sinh, nhà tắm thuận tiện, sạch sẽ, sử dụng tốt.	1	15	80	377	230	86,34
C4.	Được bảo đảm an toàn, an ninh, trật tự, phòng ngừa trộm cắp, yên tâm khi nằm viện.			14	407	282	98,01
C5.	Được cung cấp quần áo đầy đủ, sạch sẽ.			38	436	229	94,59
C6.	Được cung cấp đầy đủ nước uống nóng, lạnh.			41	372	290	94,17
C7.	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.	15	2	121	340	225	80,37
C8.	Căng tin bệnh viện phục vụ ăn uống và nhu cầu sinh hoạt thiết yếu đầy đủ và chất lượng.	1	1	113	337	251	83,64
C9.	Môi trường trong khuôn viên bệnh viện xanh, sạch, đẹp.			18	285	400	97,44
E1.	Cấp phát thuốc và hướng dẫn sử dụng thuốc đầy đủ, chất lượng.			6	343	354	99,15
E2.	Trang thiết bị, vật tư y tế đầy đủ, hiện đại, đáp ứng nguyện vọng.			8	356	339	98,86
E3.	Kết quả điều trị đáp ứng được nguyện vọng.			9	379	315	98,72
E4.	Ông/Bà đánh giá mức độ tin tưởng về chất lượng dịch vụ y tế.			6	365	332	99,15
E5.	Ông/Bà đánh giá mức độ hài lòng về giá cả dịch vụ y tế.			10	353	340	98,58

Nhận xét: Cơ bản các tiêu chí có tỷ lệ hài lòng > 90%, 3 tiêu chí C3, C7, C8 có các phiếu nhận xét đạt mức 1, 2, tỷ lệ hài lòng lần lượt là 86,34%, 80,37% và 83,64%.

Bảng 3.3. Các chỉ số hài lòng về cơ sở vật chất phương tiện phục vụ so với hài lòng về thái độ ứng xử

Tiêu chí hài lòng	Kết quả chung	Hài lòng về thái độ ứng xử (D)	Hài lòng về cơ sở vật chất phương tiện phục vụ	p
Điểm hài lòng (n = 703)	4,39 ± 0,41	4,41 ± 0,46	4,44 ± 0,43	> 0,05
Tỷ lệ hài lòng chung	95,4%	97,7	94,7	< 0,01
Chỉ số hài lòng toàn diện	57,47%	92,46	59,6	< 0,01
Tỷ lệ đáp ứng so với mong đợi	92,85%			

Nhận xét: Điểm hài lòng trung bình là 4,39 ± 0,41. Tỷ lệ hài lòng là 95,4%, về cơ sở vật chất phương tiện phục vụ là 94,7% (92,46%; p < 0,01). Tỷ lệ đáp ứng so với mong đợi là 92,85%. Chỉ số hài lòng toàn diện là 57,47%,

Bảng 3.4. Các chỉ số hài lòng theo đặc điểm

Đặc điểm		n	Điểm hài lòng TB	Tỷ lệ hài lòng (%)	Chỉ số hài lòng toàn diện (%)
Giới	Nam	472	4,37 ± 0,41	95,19	60,59
	Nữ	231	4,42 ± 0,40	95,84	51,08
	p		> 0,05	> 0,05	> 0,05
BHYT	Có	699	4,38 ± 0,41	95,41	57,37
	Không	4	4,72 ± 0,23	93,55	75
	p		> 0,05	> 0,05	> 0,05
Tuổi người bệnh	≤ 18 tuổi (1)	211	4,22 ± 0,26	93,41	35,07
	19 - 40 tuổi (2)	179	4,38 ± 0,41	95,67	49,72
	41 - 60 tuổi (3)	205	4,54 ± 0,44	96,48	76,59
	> 60 tuổi (4)	108	4,43 ± 0,45	96,80	77,78
	p		p ₁₂ < 0,01 p ₂₄ > 0,05 p ₃₄ < 0,05	> 0,05	< 0,01
Khoa điều trị	BNL (1)	201	4,54 ± 0,43	97,45	75,62
	BTE (2)	160	4,25 ± 0,24	93,51	29,38

Đặc điểm		n	Điểm hài lòng TB	Tỷ lệ hài lòng (%)	Chỉ số hài lòng toàn diện (%)
	PTTH (3)	102	4,43 ± 0,45	91,02	40,20
	LVT (4)	197	4,09 ± 0,31	96,91	77,16
	PHCN (5)	43	4,61 ± 0,23	96,40	27,91
	p		$p_{23} < 0,01$ $p_{53} < 0,05$ $p_{24} < 0,01$ $p_{51} > 0,05$	$p_{13} < 0,05$ $p_{43} < 0,05$ $p_{\#} > 0,05$	< 0,001
Ngày điều trị	4 - 14 ngày	266	4,42 ± 0,41	94,07	51,88
	15 - 28 ngày	271	4,37 ± 0,41	96,69	69,00
	> 28 ngày	166	4,36 ± 0,39	95,43	47,59
	p		> 0,05	> 0,05	< 0,001

*BNL: khoa Điều trị Bông Người lớn, BTE: khoa Điều trị Bông trẻ em, PTTH: Trung tâm Phẫu thuật tạo hình Thẩm mỹ Tái tạo, LVT: Trung tâm Liền vết thương, PHCN: khoa Vật lý trị liệu Phục hồi chức năng

Nhận xét: Các chỉ số hài lòng không khác nhau đáng kể theo giới và BHYT. Có sự khác nhau theo tuổi, khoa điều trị và theo ngày điều trị ($p < 0,05$).

Bảng 3.5. Tỷ lệ hài lòng theo các khoa

Khoa	Số phiếu	Hài lòng về thái độ ứng xử (D), (%)	p	Về cơ sở vật chất phương tiện phục vụ (%)	p
BNL	201	96,66	< 0,05	97,68	0,011
BTE	160	99,46		91,77	
PTTH	102	95,66		89,67	
LVT	197	97,97		96,59	
PHCN	43	99,67		95,45	

Nhận xét: Tỷ lệ hài lòng về thái độ ứng xử ở các khoa > 95%, ở khoa BTE và PHCN là > 99%, LVT là 97,97%, BNL là 96,66% và PTTH là 95,66%. Tỷ lệ hài lòng về cơ sở vật chất phương tiện phục vụ cao nhất ở khoa BNL (97,68%), thấp nhất ở PTTH (89,67%), khác nhau theo khoa có ý nghĩa thống kê với $p = 0,011$.

Bảng 3.6. Chỉ số hài lòng toàn diện theo tuổi, khoa và ngày điều trị

Đặc điểm		n	Hài lòng về thái độ ứng xử (D) (%)	p	Về cơ sở vật chất phương tiện phục vụ (%)	p
Tuổi	≤ 18 tuổi	211	97,16	< 0,01	35,07	< 0,01
	19 - 40 tuổi	179	87,7		58,10	
	41 - 60 tuổi	205	96,1		76,59	
	> 60 tuổi	108	84,26		77,78	
Khoa điều trị	BNL	201	88,56	< 0,001	83,08	< 0,001
	BTE	160	98,75		29,38	
	PTTH	102	91,18		40,20	
	LVT	197	90,86		77,16	
	PHCN	43	97,67		27,91	
Ngày điều trị	4 - 14 ngày	266	94,74	< 0,001	51,88	< 0,001
	15 - 28 ngày	271	97,79		69,00	
	> 28 ngày	166	80,12		56,63	

Nhận xét:

- Theo tuổi, Chỉ số hài lòng toàn diện về cơ sở vật chất phương tiện phục vụ tương tự như Chỉ số hài lòng toàn diện chung, tăng dần theo tuổi và cao nhất ở lứa tuổi trên 60 tuổi là 77,78% với $p < 0,05$.

- Theo khoa, cũng tương tự như Chỉ số hài lòng toàn diện chung, chỉ số hài lòng toàn diện về cơ sở vật chất phương tiện phục vụ từ cao xuống thấp theo thứ tự khoa BNL, LVT, PTTH, BTE và PHCN là

83,08%; 77,16%, 40,20%, 29,38% và 27,91% với $p < 0,001$.

- Theo ngày điều trị, Chỉ số hài lòng toàn diện về cơ sở vật chất phương tiện phục vụ cũng cao nhất khi điều trị 15 – 28 ngày như chỉ số chung là 69,00% nhưng thấp nhất ở nhóm điều trị dưới 14 ngày khác với chỉ số toàn diện chung thấp nhất ở nhóm bệnh nhân điều trị trên 28 ngày.

Bảng 3.7. Các chỉ số hài lòng theo thời gian khảo sát

Tiêu chí hài lòng	Quý 3 2023 (n = 183)	Quý 4 2023 (n = 122)	Quý 1 2024 (n = 226)	Quý 2 2024 (n = 172)	p
Điểm hài lòng	4,59 ± 0,40	4,38 ± 0,27	4,25 ± 0,43	4,35 ± 0,38	< 0,01
Tỷ lệ hài lòng (%)	97,99	99,26	92,76	93,38	< 0,05
Chỉ số hài lòng toàn diện (%)	89,62	89,34	28,76	38,37	< 0,01
Tỷ lệ đáp ứng so với mong đợi (%)	91,11	96,34	91,29	94,26	< 0,01

Nhận xét: theo thời gian, điểm hài lòng và Chỉ số hài lòng toàn diện cao nhất vào quý 3 năm 2023 ($4,59 \pm 0,40$ và $89,62\%$), Tỷ lệ hài lòng và Tỷ lệ đáp ứng mong đợi cao nhất vào quý 4 năm 2023 ($99,26\%$ và $96,34\%$). Cả 3 chỉ số điểm hài lòng, Tỷ lệ hài lòng và Chỉ số hài lòng toàn diện đều thấp nhất vào Quý 1/2024, xu hướng giảm trong năm 2024.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh về thái độ ứng xử của nhân viên y tế

Đánh giá sự hài lòng của người bệnh giúp cung cấp thông tin chi tiết về trải nghiệm của họ trong quá trình sử dụng dịch vụ y tế, từ đó giúp các cơ sở y tế hiểu rõ hơn về những khía cạnh mà người bệnh thích và không thích, qua đó cải thiện và nâng cao chất lượng dịch vụ, đáp ứng tốt hơn nhu cầu của người bệnh. Sự hài lòng của người bệnh có mối liên hệ trực tiếp với việc họ quay lại sử dụng dịch vụ y tế, đặc biệt trong bối cảnh môi trường chăm sóc sức khỏe đang trở thành một thị trường cạnh tranh. Việc đo lường sự hài lòng và chất lượng chăm sóc sức khỏe giúp các nhà quản lý kiểm soát, cải thiện và tối ưu hóa một số khía cạnh của tổ chức y tế [1]. Tại Việt Nam, việc đo lường sự hài lòng của người bệnh được coi là một chỉ số quan trọng trong ngành y tế, từ mô hình cung cấp dịch vụ đến các chính sách quản lý. Việc đánh giá sự hài lòng, giúp các cơ sở y tế điều chỉnh dịch vụ và đưa ra những cải tiến phù hợp. Hài lòng của người bệnh tập trung vào 2 khía cạnh chính là về thái

độ ứng xử của nhân viên y tế và về cơ sở vật chất phương tiện phục vụ.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi lấy phiếu hài lòng trên 703 đối tượng, các đối tượng khảo sát. Kết quả nghiên cứu thấy có 3 phiếu nhận xét về thái độ của nhân viên y tế và người phục vụ ở mức 2. Điểm hài lòng trung bình về thái độ ứng xử là $4,41 \pm 0,46$ (điểm hài lòng chung là $4,39 \pm 0,41$, $p > 0,05$); tỷ lệ hài lòng với thái độ ứng xử $97,7\%$ cao hơn Tỷ lệ hài lòng chung là $95,4\%$, $p < 0,05$. Chỉ số hài lòng toàn diện về thái độ ứng xử cao hơn đáng kể chỉ số hài lòng toàn diện chung ($92,46\%$ so với $57,47\%$, $p < 0,01$). Như vậy 703 phiếu cơ bản đánh giá với tỷ lệ hài lòng cao với các khía cạnh của thái độ ứng xử. Về lời nói, thái độ, giao tiếp còn có ý kiến chưa thực sự hài lòng.

Các nghiên cứu khác cũng thể hiện các chỉ số hài lòng về thái độ ứng xử tương đồng, như trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Thủy và cộng sự đánh giá sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Đà Lạt, Lâm Đồng năm 2024 thấy tỷ lệ hài lòng về thái độ ứng xử là $96,6\%$ và điểm hài lòng chung bình về khía cạnh này là $4,74 \pm 0,36$ [2]. Hoàng Minh Nam nghiên cứu tại Bệnh viện Quốc tế Thái Nguyên - là một bệnh viện tư nhân cũng thấy tỷ lệ hài lòng các tiêu chí trong nhóm này từ $95,45$ đến 98% , đều đánh giá hài lòng về lời nói, thái độ, giao tiếp của Bác sỹ, điều dưỡng từ 98% trở lên [3]. Nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương của Vũ Văn Du thấy tỷ lệ hài lòng là $89,7\%$, điểm hài lòng trung bình là $4,54$ [4].

Khi nghiên cứu theo các đặc điểm chúng tôi thấy các chỉ số hài lòng không phụ thuộc là người bệnh hay người nhà,

theo giới, theo ngày điều trị và có hay không có BHYT. Tỷ lệ hài lòng chung khác nhau theo khoa, cao nhất ở khoa BNL (97,45%) và thấp nhất ở PTTH (91,02%) với $p < 0,05$. Chỉ số hài lòng toàn diện là 57,47%, tăng theo tuổi cao nhất ở đối tượng trên 60 tuổi (77,78%), thấp nhất ở lứa tuổi ≤ 18 tuổi (35,07%) với $p < 0,01$. Chỉ số hài lòng khác nhau theo khoa, thứ tự từ thấp lên cao theo các khoa PHCN, BTE, PTTH, BNL và LVT với $p < 0,001$. Chỉ số hài lòng khác nhau theo ngày nằm điều trị, cao nhất ở đối tượng điều trị từ 15 - 28 ngày là 69%, thấp nhất là đối tượng điều trị trên 28 ngày với 47,59%, đối tượng điều trị dưới 14 ngày chỉ số hài lòng toàn diện là 51,88% (với $p < 0,001$).

Về thái độ ứng xử, tỷ lệ hài lòng cao nhất ở khoa PHCN, BTE, thấp nhất ở PTTH, chỉ số hài lòng cũng cao nhất ở khoa PHCN và BTE, nhưng thấp nhất ở khoa BNL, còn cao nhất ở người bệnh ≤ 18 tuổi (97,16%) và ở bệnh nhân điều trị 15 - 28 ngày (97,79%).

Trong các nghiên cứu khác cũng có nhận định giống và khác chúng tôi. Lâm Kỳ Sanh và cộng sự (2020) cũng chỉ ra tỷ lệ hài lòng khác nhau ở khoa điều trị lâm sàng, ngoài ra nó còn khác nhau theo tuổi, nơi ở, bảo hiểm y tế [5]. Vũ Văn Du cũng chỉ ra tỷ lệ hài lòng tuổi từ > 35 cao hơn gấp 1,6 lần so với nhóm ≤ 35 [4]. Một nghiên cứu của Ngô Quang Thiện (2023) cũng chỉ ra tỷ lệ hài lòng phụ thuộc vào tuổi, nơi ở và hình thức chi trả viện phí [6].

Sự hài lòng của người bệnh khác nhau theo khoa, nhân viên y tế tại các khoa không đồng nhất về việc giao tiếp, tiếp xúc, ứng xử, giải thích. Không đồng nhất ở lứa tuổi khác nhau và ngày điều trị khác nhau.

Tiêu chí này phụ thuộc nhiều vào chủ quan của người bệnh và người nhà người bệnh, vào cảm nhận của họ cả về nhân viên y tế. Những điều này còn do yếu tố khách quan đến từ nhân viên y tế, có sự phân biệt theo tuổi, theo giai đoạn nằm viện, nhân viên y tế khoa khác nhau có sự hướng dẫn, quán triệt và quy trình làm việc khác nhau nên dẫn đến công tác chăm sóc điều trị, giao tiếp ứng xử có khác nhau. Chính vì vậy, để nâng cao chất lượng điều trị chung đặc biệt nâng cao hài lòng của người bệnh về nội dung này cần hướng dẫn, quy định, triển khai đồng bộ tại các khoa, nhất quán thực hiện không phân biệt theo các đặc điểm như tuổi, ngày điều trị.

4.2. Đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh về cơ sở vật chất phương tiện phục vụ

Cơ sở vật chất phương tiện phục vụ cũng là các yếu tố trực tiếp tác động đến người bệnh, là các yếu tố quan trọng xây dựng lên chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh, chính vì vậy người bệnh cũng có những đánh giá về khía cạnh này. Bộ câu hỏi của Bộ Y tế đánh giá hài lòng của người bệnh về khía cạnh này đã xây dựng thành 24 câu hỏi, phân thành 4 nhóm khác nhau: 1) khả năng tiếp cận; 2) sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị; 3) cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh và 4) cung cấp dịch vụ. Cũng như trong tài liệu hướng dẫn của Hiệp hội chất lượng và an toàn trong chăm sóc sức khỏe của Ailen chỉ ra rằng, điều kiện để có sở y tế có chất lượng là: Năng lực cán bộ y tế của bệnh viện phải tốt; Cơ sở hạ tầng phải đảm bảo, trang thiết bị phải hiện đại phù hợp; Tổ chức bệnh viện phải phù hợp [7].

Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy cơ bản các tiêu chí về cơ sở vật chất phương tiện phục vụ đều có tỷ lệ hài lòng trên 90%, có các tiêu chí sau hài lòng dưới 90% là C3 - "Nhà vệ sinh, nhà tắm thuận tiện, sạch sẽ, sử dụng tốt" hài lòng 86,34%; C7 - "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" hài lòng 80,37% và C8 - "Căng tin bệnh viện phục vụ ăn uống và nhu cầu sinh hoạt thiết yếu đầy đủ và chất lượng" hài lòng 83,64%. Theo nhóm tiêu chí chúng tôi thấy tỷ lệ hài lòng từ cao xuống thấp là: E - cung cấp dịch vụ tỷ lệ hài lòng 98,89%; Hài lòng về A - khả năng tiếp cận là 96,19%; B - Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị tỷ lệ hài lòng 95,25% và C - cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh chỉ có tỷ lệ hài lòng 91,32%. Tổng hợp ta thấy điểm hài lòng trung bình về cơ sở vật chất phương tiện phục vụ tương tự như các khía cạnh khác; Tỷ lệ hài lòng về cơ sở vật chất phương tiện phục vụ là 94,7% thấp hơn về thái độ ứng xử (97,7%, $p < 0,05$); Chỉ số hài lòng toàn diện về cơ sở vật chất phương tiện phục vụ là 59,6% thấp hơn hẳn về thái độ ứng xử (92,46%; $p < 0,01$).

Như vậy, tỷ lệ hài lòng trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các nghiên cứu khác là tỷ lệ hài lòng về cơ sở vật chất phục vụ là thấp nhất, nó luôn là yếu tố mà người bệnh có thể rõ ràng cảm nhận và đánh giá [2 - 4]. Đây là yếu tố phải đầu tư với nguồn lực lớn cả về con người và tài chính. Đây cũng là yếu tố mà việc cải tiến cần có thời gian dài, không thể thực hiện được ngay, nhất là trong bệnh viện công đặc biệt là bệnh viện quân y.

Nghiên cứu, phân tích theo các đặc điểm chúng tôi thấy, Tỷ lệ hài lòng về cơ sở vật chất phương tiện phục vụ cao nhất ở khoa BNL (97,68%), thấp nhất ở PTTH (89,67%), với $p = 0,011$. Theo tuổi, Chỉ số hài lòng toàn diện về cơ sở vật chất phương tiện phục vụ tương tăng dần theo tuổi và cao nhất ở lứa tuổi trên 60 tuổi là 77,78% với $p < 0,05$. Theo khoa, chỉ số hài lòng toàn diện về cơ sở vật chất phương tiện phục vụ từ cao xuống thấp theo thứ tự khoa BNL, LVT, PTTH, BTE và PHCN là 83,08%; 77,16%, 40,20%, 29,38% và 27,91% với $p < 0,001$. Theo ngày điều trị, Chỉ số hài lòng toàn diện về cơ sở vật chất phương tiện phục vụ cũng cao nhất khi điều trị 15 - 28 ngày như chỉ số chung là 69,00% nhưng thấp nhất ở nhóm điều trị dưới 14 ngày khác với chỉ số toàn diện chung thấp nhất ở nhóm bệnh nhân điều trị trên 28 ngày.

Các nghiên cứu khác cũng tìm thấy sự khác nhau về tỷ lệ hài lòng của người bệnh với các đặc điểm khác nhau. Như trong nghiên cứu của Ngô Quang Thiện (2023) thấy tỷ lệ hài lòng là 85,68% khác nhau theo khoa điều trị, theo tuổi, theo nơi chốn và có BHYT hay không [6]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Thủy thấy tỷ lệ hài lòng là 71,1% khác nhau ở các đặc điểm về tuổi, học vấn, số ngày nằm viện [2]. Nghiên cứu của Lâm Kỳ Sanh (2021) cũng tương tự, đưa ra tỷ lệ hài lòng là 85,9%, khác nhau theo khoa, tuổi, nơi ở, và BHYT [5].

Như vậy, để nâng cao hài lòng của người bệnh về cơ sở vật chất phương tiện phục vụ chúng ta cần cải tiến đồng đều trên các tiêu chí, nhưng cũng phải lựa chọn nội dung nào cần ưu tiên. Đầu tiên, ưu tiên nội dung nào tỷ lệ hài lòng thấp nhất đó là

cần quan tâm đến Nhà vệ sinh, nhà tắm thuận tiện, sạch sẽ, sử dụng tốt, người bệnh cần 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; căng tin bệnh viện phục vụ ăn uống và nhu cầu sinh hoạt thiết yếu đầy đủ và chất lượng. Tiếp đến, chúng ta cần xem xét các nội dung nào nguồn lực đầu tư ít hơn về nhân lực, tài chính để nhanh chóng cải tiến nâng cao hài lòng. Chúng ta cũng phải xem xét cải tiến đồng đều trên các khoa, đối với các đặc điểm khác có lẽ chúng ta cũng cần cho người bệnh hiểu được chúng ta đã nỗ lực thực hiện cải tiến toàn diện, tích cực, nhưng có lẽ do chúng ta chưa triển khai để họ biết đến các thông tin. Chúng ta có thể sử dụng các biện pháp như giải thích cho người bệnh, người nhà người bệnh trong các cuộc họp. Hoặc cung cấp thông tin tốt hơn cho nhóm bệnh nhân dưới 40 tuổi, quan tâm hơn đến nhóm bệnh nhân điều trị dưới 14 ngày và trên 28 ngày. Chúng ta cũng lưu tâm giải thích, cung cấp thông tin thêm cho nhóm bệnh nhân BTE, PTTH.

Qua kết quả, ta thấy các chỉ số hài lòng có xu hướng giảm hơn trong thời gian trở lại đây, chính vì vậy chúng ta cũng cần thực hiện mạnh mẽ, tích cực các giải pháp nâng cao chất lượng bệnh viện trong thời gian tới và cũng phải duy trì thường xuyên.

5. KẾT LUẬN

Qua khảo sát hài lòng của 703 người bệnh, người nhà người bệnh điều trị nội trú tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác từ tháng 9/2023 đến tháng 8 năm 2024 bằng mẫu phiếu do Bộ Y tế ban hành, chúng tôi thấy: Các tiêu chí

đều cơ bản tỷ lệ hài lòng trên 90%, còn có người bệnh chưa hài lòng ở kỹ năng giao tiếp ứng xử. Hài lòng về cơ sở vật chất thấp hơn giao tiếp ứng xử và chưa đồng đều, tỷ lệ hài lòng dưới 90% về nhà vệ sinh, nhà tắm, bảo đảm sự riêng tư của người bệnh và phục vụ của căng tin Bệnh viện. Các chỉ số hài lòng còn khác nhau theo khoa, tuổi và giai đoạn điều trị của người bệnh. Tỷ lệ hài lòng về thái độ ứng xử đều trên 95% ở các khoa. Hài lòng về cơ sở vật chất là 94,7%, còn khác nhau giữa các khoa.

6. KIẾN NGHỊ

Cần tiếp tục cải tiến về kỹ năng giao tiếp ứng xử, đầu tư hơn nữa vào cơ sở vật chất, chú ý theo đặc điểm khoa, theo tuổi và giai đoạn điều trị của người bệnh. Cải thiện hơn đảm bảo nhà vệ sinh, nhà tắm thuận tiện, sạch sẽ, sử dụng tốt; người bệnh được bảo đảm sự riêng tư và Căng-tin bệnh viện phục vụ ăn uống và nhu cầu sinh hoạt thiết yếu đầy đủ và chất lượng. Cần nâng cao chất lượng các dịch vụ để bệnh nhân nằm lâu cũng hài lòng hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferreira D. C., Vieira I., Pedro M. I., et al. (2023) Patient satisfaction with healthcare services and the techniques used for its assessment: a systematic literature review and a bibliometric analysis. *Healthcare* 11 (5): 639.
2. Nguyễn Thị Bích Thủy, Ngô Thị Thu Hiền, Nguyễn Phương Anh và cộng sự (2024). Nghiên cứu sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa Hoàn mỹ Đà Lạt, Lâm Đồng năm 2024. *Tạp chí Y học Cộng đồng*.65 (CD7):
3. Hoàng Minh Nam, Nguyễn Vũ Hồng Ngọc, Nguyễn Khương Duy và cộng sự (2024). Sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện

- quốc tế Thái Nguyên năm 2023. Tạp chí Khoa học và Công nghệ - Đại học Thái Nguyên. 229 (13): 304-309.
4. Vũ Văn Du, Phùng Thị Huyền, Lê Liên Phương và cộng sự (2023). Thực trạng hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2020 - 2022. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 172 (11): 217-223.
 5. Lâm Kỳ Sanh và Nguyễn Văn Lâm (2021). Sự hài lòng của người bệnh nội trú về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sóc Trăng năm 2020. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. (37): 90-96.
 6. Ngô Quang Thiện và Nguyễn Trung Nghĩa. (2023). Sự hài lòng của người bệnh nội trú về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện đa khoa khu vực Long Khánh, năm 2022. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. (65): 43-49.
 7. Aiken L. H., Sermeus W., Van den Heede K.. et al (2012) Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross-sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. BMJ, 344.
 8. Bộ Y tế (2016). Quyết định 3869/QĐ-BYT năm 2019, hướng dẫn khảo sát hài lòng người bệnh nội trú đối với bệnh viện. <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyết-dinh-3869-QĐ-BYT-2019-mau-phieu-va-huong-dan-khao-sat-hai-long-nguoi-benh-nhan-vien-y-te-425072.aspx>

MÔ HÌNH GÂY VẾT THƯƠNG MẠN TÍNH TRÊN THỰC NGHIỆM

Nguyễn Tiến Dũng✉

Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác

TÓM TẮT

Vết thương mạn tính (VTMT) không chỉ ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh mà còn gây gánh nặng tài chính cho hệ thống y tế, thường gặp ở bệnh nhân có bệnh lý nền như loét do bệnh mạch máu, tiểu đường, và tỳ đè. Các mô hình thực nghiệm gây VTMT đóng vai trò quan trọng trong nghiên cứu cơ chế bệnh sinh và phát triển liệu pháp mới. Bài viết này trình bày các loại VTMT thường gặp, các mô hình thực nghiệm trên động vật, cùng ưu nhược điểm, khả năng ứng dụng và các lưu ý khi thiết kế thí nghiệm, nhằm hướng tới cải thiện hiệu quả điều trị cho bệnh nhân.

Từ khóa: Vết thương mạn tính, thực nghiệm

SUMMARY

Chronic wounds not only severely impact patients' quality of life but also impose financial burdens on healthcare systems. They are commonly associated with underlying conditions such as vascular ulcers, diabetic foot ulcers, and pressure sores. Experimental models of Chronic wounds play a crucial role in studying pathogenesis and developing new therapies. This paper discusses common types of Chronic wounds and experimental models in animals, along with their advantages, limitations, applications, and considerations in experimental design, aiming to improve treatment outcomes for patients with Chronic wounds.

Keywords: Chronic wound, animal model

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vết thương mạn tính (VTMT), vết thương không liền bên cạnh việc ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, còn gây nên những gánh nặng về mặt tài chính đối với hệ thống y tế.

Theo các nghiên cứu, đa phần các VTMT xuất hiện ở những bệnh nhân có bệnh lý nền. Theo thống kê, loét tĩnh mạch do huyết khối tĩnh mạch sâu chiếm tỷ lệ 70 - 80% trong các trường hợp loét do bệnh lý mạch máu [1]. Trong khi đó, loét bàn chân do tiểu đường ảnh hưởng đến khoảng 15 - 25% bệnh nhân tiểu đường trong suốt cuộc đời họ. Nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời, bệnh có thể dẫn đến hoại tử và cắt cụt chi [2]. Bên cạnh đó, loét do tỳ đè là tình trạng phổ biến, thường gặp ở bệnh nhân nằm viện kéo dài, đặc biệt là người

¹Chịu trách nhiệm: Nguyễn Tiến Dũng, Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác
Email: ntzung_0350@yahoo.com
Ngày gửi bài: 09/1/2025; Ngày nhận xét: 16/2/2025;
Ngày duyệt bài: 28/2/2025
<https://doi.org/10.54804/>

cao tuổi hoặc những người bị liệt, với tỷ lệ dao động từ 5% đến 15% trong các cơ sở chăm sóc y tế [3].

Việc nghiên cứu VTMT gặp nhiều thách thức, do đó các mô hình nghiên cứu VTMT trên động vật đóng vai trò quan trọng trong việc tìm hiểu cơ chế bệnh, thử nghiệm các phương pháp điều trị mới và đánh giá hiệu quả của các liệu pháp. Năm 2021, Nguyễn Ngọc Tuấn, đã đưa ra các mô hình thực nghiệm được xây dựng dựa trên các cơ chế bệnh sinh khác nhau [4].

Bài viết này phân tích các mô hình gây VTMT trên động vật thực nghiệm liên quan đến các loại VTMT thường gặp trong thực tế lâm sàng. Ngoài ra, bài viết cũng thảo luận về ưu, nhược điểm của từng mô hình, khả năng ứng dụng trong nghiên cứu và những yếu tố cần lưu ý khi thiết kế thí nghiệm. Kết quả từ các mô hình thực nghiệm sẽ cung cấp cơ sở khoa học để phát triển các phương pháp điều trị hiệu quả hơn cho bệnh nhân có VTMT.

2. MỘT SỐ VẾT THƯƠNG MẠN TÍNH THƯỜNG GẶP

2.1. Vết thương mạn tính vùng chi dưới

VTMT vùng chi dưới là một trong những dạng tổn thương phổ biến nhất, ảnh hưởng đến một phần đáng kể dân số. Loét tĩnh mạch là nguyên nhân phổ biến nhất, chiếm khoảng 70% các trường hợp loét chi dưới. Bệnh tĩnh mạch chi dưới có thể liên quan đến tổn thương hệ tĩnh mạch nông hoặc sâu, dẫn đến tăng áp lực và giảm lưu thông máu tại chi dưới. Các bệnh lý nền khác có thể gây ra VTMT vùng chi dưới bao gồm bệnh động mạch ngoại biên, viêm mạch máu và ung thư da. Việc điều trị chủ yếu tập trung vào kiểm soát tình trạng viêm và cải thiện tuần hoàn chi dưới. Nếu được

can thiệp sớm tại các phòng khám chuyên khoa, khoảng 70% trường hợp có thể hồi phục tốt hơn [1].

2.2. Loét bàn chân do tiểu đường

Loét bàn chân là một trong những biến chứng nghiêm trọng nhất của bệnh tiểu đường, ảnh hưởng đến khoảng 15% bệnh nhân mắc bệnh. Ở những bệnh nhân bị tiểu đường trên 5 năm, tỷ lệ loét bàn chân có thể lên đến 70%. Nguyên nhân chính của tình trạng này là do bệnh lý thần kinh ngoại vi và bệnh động mạch ngoại biên, khiến bệnh nhân mất cảm giác ở bàn chân, dễ bị chấn thương mà không nhận biết. Ngoài ra, tình trạng suy giảm tuần hoàn cũng góp phần làm chậm quá trình lành vết thương. Phương pháp điều trị loét bàn chân do tiểu đường bao gồm giảm áp lực tại vùng loét, kiểm soát đường huyết, điều trị nhiễm trùng và cải thiện tưới máu cho bàn chân. Nếu không được điều trị kịp thời, loét bàn chân có thể dẫn đến nhiễm trùng xương và nguy cơ cắt cụt chi [2].

2.3. Loét do tỳ đè

Loét do tỳ đè gặp khá phổ biến trong các cơ sở y tế, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân có khả năng vận động hạn chế như người cao tuổi hoặc bệnh nhân bị liệt. Loét do tỳ đè xảy ra khi áp lực kéo dài tác động lên các vùng cơ thể, kết hợp với ma sát và lực xé, làm tổn thương mô và mạch máu dưới da [3].

Theo một nghiên cứu tại châu Âu năm 2024, tỷ lệ loét do tỳ đè trong các cơ sở chăm sóc y tế dao động từ 5% đến 15%, với nguy cơ cao hơn ở các đơn vị hồi sức tích cực [3]. Loét do tỳ đè có thể phát triển ở bất kỳ vị trí nào trên cơ thể, nhưng thường gặp nhất ở vùng cùng cụt, gót chân và ụ ngồi, mấu chuyển.

Chiến lược phòng ngừa loét do tỳ đè bao gồm thay đổi tư thế bệnh nhân thường xuyên, sử dụng đệm giảm áp lực và chăm sóc da đúng cách. Trong điều trị, các phương pháp chính gồm loại bỏ mô hoại tử, kiểm soát nhiễm trùng và sử dụng các liệu pháp hỗ trợ như băng vết thương chuyên biệt hoặc liệu pháp áp lực âm [3].

3. CÁC MÔ HÌNH GÂY VẾT THƯƠNG MẠN TÍNH

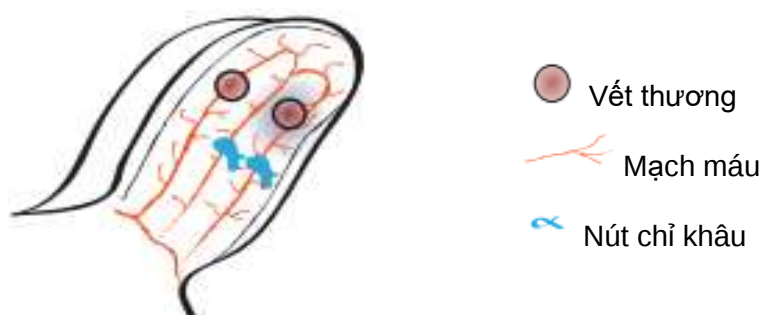
Hầu hết các mô hình gây VTMT trên động vật đều dựa trên những nguyên nhân thường gặp của VTMT như thiếu máu, tiểu đường, áp lực và tổn thương do phóng xạ. Hiện nay không có mô hình nào là tối ưu cho mọi loại VTMT, nên trong phạm vi bài viết này chúng tôi sẽ bàn luận những ưu điểm và hạn chế của các mô hình gây VTMT trên thực nghiệm làm căn cứ để triển khai các biện pháp điều trị, chăm sóc làm liền VTMT.

3.1. Mô hình gây vết loét tai thỏ

Mô hình gây vết loét tai thỏ (hình 1) được thiết kế như là một vết thương do

thiếu máu. Một vùng thiếu máu đã được tạo ra bằng các mũi khâu làm mất chức năng cung cấp máu của hai trong ba động mạch cung cấp máu cho mô ở tai thỏ. Sau đó, một vết thương tổn thương sâu đến lớp sụn vành tai được tạo ra bằng kim sinh thiết (punch biopsy) ở vùng ngoại vi, nơi chỉ còn một động mạch cung cấp máu [5].

Vết thương này mô phỏng tổn thương thiếu máu cục bộ, giúp đánh giá ảnh hưởng của các yếu tố tăng trưởng (growth factors) như yếu tố tăng trưởng nguồn gốc tiểu cầu (platelet-derived growth factor B (PDGF-B)), yếu tố tăng trưởng tế bào sừng (keratinocyte growth factor 2 (KGF-2)) và yếu tố tăng trưởng tế bào nội mô mạch máu (vascular endothelial growth factor (VEGF)) trong quá trình làm lành VTMT. Các yếu tố tăng trưởng này có thể cải thiện tình trạng tưới máu và tăng tốc quá trình làm lành vết thương so với nhóm đối chứng không điều trị [6].



Hình 1. Mô hình gây vết loét tai thỏ

(Nguồn: Robert Nunan et al. 2014 [6])

Tuy nhiên, mô hình này có một số hạn chế. Mặc dù giá thành của một con thỏ không quá cao và kỹ thuật thực hiện khá đơn giản, nhưng thỏ có đặc điểm di truyền đồng nhất, gây khó khăn trong việc đánh

giá các yếu tố di truyền ảnh hưởng đến quá trình lành thương. Ngoài ra, cấu trúc da của thỏ khác biệt so với con người, làm giảm tính ứng dụng của mô hình này trong nghiên cứu lâm sàng [6].

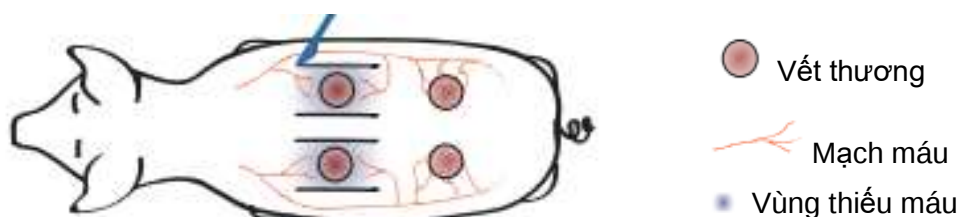
3.2. Mô hình gây thiếu máu vật da

Mô hình gây thiếu máu vật da được thực hiện bằng cách đưa tấm silicone vào dưới da để chèn ép các mạch máu dưới da, làm giảm lưu lượng máu và oxy cung cấp cho mô, từ đó tạo ra tình trạng thiếu máu mô phỏng VTMT thực tế [7]. Khi tiến hành gây vết thương trên chuột bằng mô hình này, nghiên cứu đã ghi nhận sự gia tăng đáng kể của các marker viêm, như interleukin-1 (IL-1) và yếu tố hoại tử khối u alpha (TNF- α), cũng như sự tăng hoạt động của enzyme phân hủy protein (matrix metalloproteinases - MMPs), làm chậm quá trình liền thương [7].

Mô hình này có thể áp dụng trên nhiều loài động vật, nhưng việc sử dụng lợn

được đánh giá cao hơn do da lợn có cấu trúc và cơ chế biểu mô hóa tương tự như con người. Tuy nhiên, chi phí nuôi dưỡng và chăm sóc lợn cao hơn so với chuột, đồng thời yêu cầu không gian nuôi rộng hơn, dẫn đến khó khăn khi thực hiện nghiên cứu với số lượng mẫu lớn [6].

Ngoài ra, phương pháp gây thiếu máu vật da cơ bụng (transverse rectus abdominal myocutaneous - TRAM) cũng được sử dụng để nghiên cứu VTMT. Bằng cách đặt tấm silicone lên vùng thượng vị, phương pháp này có thể gây ra hoại tử diện rộng trong vòng một tuần do tình trạng thiếu máu kéo dài [5].



Hình 2. Mô hình gây thiếu máu vật da trên lợn

(Nguồn: Robert Nunan et al. 2014 [6])

Tuy nhiên, hạn chế của phương pháp này là không thể tạo nhiều vết thương trên cùng một động vật, làm giảm tính hiệu quả trong nghiên cứu. Mô hình này thường được thực hiện trên chuột cống hơn là chuột nhắt do kích thước mạch máu vùng thượng vị của chuột cống lớn hơn, giúp dễ dàng quan sát và đánh giá quá trình hoại tử mô. Hơn nữa, kỹ thuật này cho phép chủ động kiểm soát việc tưới máu vật da, giúp nghiên cứu chi tiết hơn về tác động của thiếu máu đối với tiến trình liền thương [7].

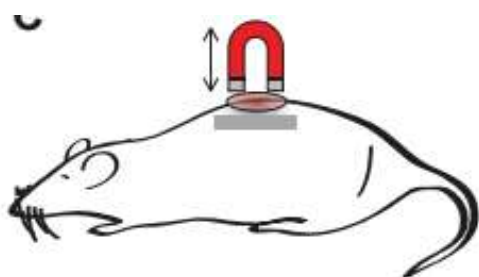
3.3. Mô hình gây vết loét do tỳ đè

Trên mô hình gây VTMT ở động vật, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng khả năng

tái phục hồi tuần hoàn tại chỗ vết thương diễn ra nhanh hơn so với trên người. Quá trình này tạo điều kiện thuận lợi cho sự phục hồi mô và tái tạo tổ chức, nhưng đồng thời cũng có thể gây tổn thương mô thứ phát thông qua sự giải phóng các mediators viêm và các gốc ô xy tự do.

Trong các nghiên cứu thực nghiệm, mô hình gây loét do tỳ đè đã được áp dụng theo hai phương pháp chính. Phương pháp thứ nhất là gây thiếu máu cục bộ bằng cách sử dụng nam châm. Kỹ thuật này được thực hiện bằng cách phẫu thuật cấy một miếng kim loại có từ tính vào dưới da của động vật thí nghiệm, chẳng hạn như chuột. Sau đó, một lực ép có kiểm

soát sẽ được tạo ra bằng cách đặt nam châm bên ngoài da, trực tiếp phía trên vị trí của miếng kim loại, giúp mô phỏng tổn thương do thiếu máu kéo dài [8]. Tùy thuộc vào số lượng vết thương và kích thước vết thương mong muốn mà điều chỉnh số lượng, kích thước miếng kim loại/ nam châm cũng như thời gian duy trì chúng trên da. Vết thương được tạo ra giống với VTMT gặp trên người do giảm lưu lượng máu, thiếu oxy mô, và tác động của các tế bào miễn dịch.



Cách thứ hai để gây vết loét do tỳ đè được tiến hành trên chuột, gây thiếu máu một vạt da vùng lưng của chuột bằng cách sử dụng kẹp (clamp) để kẹp mạch máu được xác định là mạch máu chính cung cấp máu cho vạt da đó [7]. Cả hai phương pháp trên không cần phải gây vết thương cấp tính lúc ban đầu như các phương pháp khác, và có cơ chế gây tổn thương mô và tổ chức giống với cơ chế tạo nên vết loét do tỳ đè trên người cả về mặt tổ chức và các yếu tố phân tử.

- Miếng kim loại có từ tính đặt dưới da
-  Nam châm đặt bên ngoài
-  Vết thương

Hình 3. Mô hình gây vết loét do tỳ đè trên chuột

(Nguồn: Robert Nunan et al. 2014 [6])

3.4. Mô hình gây loét do tiểu đường trên chuột

Nhiều mô hình động vật đã được sử dụng để nghiên cứu vết loét do tiểu đường, trong đó ba dòng chuột phổ biến nhất là Akita, NONcNZ010 và db/db. Ngoài chuột, bệnh tiểu đường cũng có thể được tạo ra ở thỏ và lợn thông qua việc tiêm streptozotocin (STZ) nhằm phá hủy các tế bào β ở tụy, từ đó mô phỏng tổn thương tương tự như ở bệnh nhân tiểu đường [9].

Khi so sánh giữa các mô hình, nghiên cứu của Okonkwo và cộng sự (2022) cho thấy rằng mô hình chuột NONcNZ010 thể hiện đặc điểm vết loét mạn tính rõ ràng hơn so với db/db, giúp nghiên cứu quá trình viêm và chậm lành thương tốt hơn [10]. Tuy nhiên, một trong những hạn chế của mô hình này là sự đa dạng về đặc

điểm vết thương do ảnh hưởng của các yếu tố như tuổi của động vật, vị trí và kích thước vết thương, khiến cho việc kiểm soát điều kiện thí nghiệm và so sánh dữ liệu trở nên khó khăn hơn.

Trong hơn một thập kỷ qua mô hình gây vết thương do tiểu đường bằng cách sử dụng STZ đã được áp dụng để thử nghiệm các biện pháp điều trị thông qua đánh giá các yếu tố tăng trưởng, sự biến đổi gen, cấu trúc tế bào, hoạt động của các yếu tố miễn dịch để đưa ra những nhận định và cái nhìn tổng quan về hiệu quả của các liệu pháp điều trị vết loét do tiểu đường. Ví dụ như, bằng việc gây vết loét tiểu đường trên chuột Leprdb, tác giả Bannon (2013) và Ploeger (2013) nhận thấy tại chỗ vết thương xuất hiện nhiều đại thực bào có kiểu hình M2 kích thích phản ứng viêm tại

chỗ vết thương, tăng tiết các enzyme phân hủy protein (MMP) và giảm sự lắng đọng collagen tại chỗ vết thương [11, 12]. Sử dụng STZ trong mô hình gây tiểu đường trên chuột, Gallagher và cs (2007) cũng nhận định rằng việc hình thành tân mạch tại chỗ vết loét giảm rõ rệt do các tế bào tiền thân nội mô không được tạo ra. Để cải thiện tình trạng này có thể sử dụng liệu pháp oxy cao áp hoặc bổ xung SDF1 α (stromal-cell derived factor-1 alpha) [13].

4. NHỮNG HẠN CHẾ CỦA CÁC MÔ HÌNH GÂY VẾT THƯƠNG MẠN TÍNH TRÊN THỰC NGHIỆM

Các mô hình gây VTMT ở trên chưa đề cập đến hai đặc điểm thường gặp ở VTMT đó là tình trạng lão hóa tế bào và nhiễm khuẩn tại chỗ vết thương. Ảnh hưởng của tuổi động vật, những hormone hệ thống tác động không nhỏ lên khả năng liền vết thương. Ở động vật bị nuôi nhốt trong môi trường thí nghiệm, cách ly khỏi môi trường tự nhiên, theo tác giả Pyter và cộng sự

(2014) xuất hiện tình trạng giảm tiết cortisol và yếu tố tăng trưởng tế bào sừng (KGF), yếu tố tăng trưởng mạch máu (VEGF) tại chỗ vết thương làm chậm quá trình liền vết thương [14]. Do VTMT thường gặp với tỷ lệ cao ở người cao tuổi, bởi vậy ở một số phòng thí nghiệm hiện nay đã nuôi và đưa những con chuột già mắc bệnh vào nghiên cứu để xác định những gene bệnh quan trọng ảnh hưởng tới quá trình liền vết thương. Sẽ tốt hơn và gần với thực tế hơn khi thực hiện các mô hình gây VTMT do thiếu máu hoặc tiểu đường trên nhóm chuột già này.

VTMT trên người sự hiện diện của vi khuẩn ức chế quá trình liền vết thương thông qua việc hình thành màng sinh học (Biofilm). Theo Roy và cộng sự (2014), mặc dù có sự hiện diện của màng sinh học tại chỗ vết thương trên lợn, quá trình liền vết thương vẫn diễn ra bình thường, tuy nhiên có thể có gặp tỷ lệ cao vết thương bị tái phát trở lại [15].



Hình 4. Vết thương nhiễm khuẩn ở lợn
(Nguồn: Robert Nunan et al. 2014 [6])

Xét trên khía cạnh tính đồng nhất và phức tạp của VTMT trên một người cụ thể thì không có mô hình gây VTMT trên động vật nào có khả năng đại diện. Bởi vậy phải hết sức cân nhắc việc lựa chọn một mô hình gây VTMT trên động vật khi triển khai nghiên cứu cho phù hợp. Trong đó chúng ta phải đặc biệt chú ý đến tính đại diện, khả

năng lặp lại của thí nghiệm, chi phí khi thực hiện... Các mô hình trên cũng có thể áp dụng trên các đối tượng động vật mắc các bệnh lý kèm theo như nhiễm khuẩn, lão hóa, tiểu đường để tạo ra những vết thương sát với thực tế lâm sàng hơn khi triển khai nghiên cứu những biện pháp can thiệp trong thực tế.

5. KẾT LUẬN

Vết thương mạn tính thường xuất hiện trên những người bệnh có bệnh lý nền, chính bởi vậy có nhiều loại vết thương mạn tính khác nhau. Để có được một mô hình gây vết thương mạn tính trên thực nghiệm mang tính đại diện cao chúng ta cần phải hiểu thấu đáo cơ chế bệnh sinh gây nên vết thương cũng như những đặc điểm đặc trưng của vết thương đó. Ngày nay, cùng với sự phát triển vượt bậc trong lĩnh vực sinh học phân tử, nhờ những mô hình gây vết thương mạn tính trên thực nghiệm mà chúng ta thấy được một bức tranh toàn cảnh từ đặc điểm cấu trúc đến những biến đổi của các yếu tố sinh học phân tử tại chỗ VTMT làm căn cứ để xây dựng những chiến lược chăm sóc và điều trị VTMT phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê, P. L. (2024). Tình trạng loét tĩnh mạch do huyết khối tĩnh mạch sâu. HCMCPV. <https://hcmcpv.org.vn>
2. Tâm Anh Hospital. (2024). Nguy cơ loét bàn chân ở bệnh nhân tiểu đường. Tâm Anh Hospital. <https://tamanhospital.vn>
3. MSD Manual. (2024). Pressure Ulcers. MSD Manual Professional Version. <https://www.msmanuals.com>
4. Nguyễn Ngọc Tuấn. (2021). Tổng quan mô hình nghiên cứu vết thương thực nghiệm và phương pháp đánh giá quá trình liền vết thương. Phần 1: Tổng quan về một số mô hình nghiên cứu liền vết thương trên động vật. Tạp chí Y học thăm hoạ & Bông. 5, tr. 58-69.
5. Smith R, Brown K, Johnson L. (2021). Advances in ischemic wound models: A comprehensive review of techniques and applications. Journal of Experimental Medicine. 224(3), 345-362. doi:10.1084/jem.20210234.
6. Robert N, Keith G.H, Paul. M. (2014). Clinical challenges of chronic wounds: searching for an optimal animal model to recapitulate their complexity. Disease Models & Mechanisms. 7, 1205-1213. doi:10.1242/dmm.016782.
7. Zhang Y, Wang P, Li X, et al. (2022). Novel animal models for studying chronic wounds: From pathophysiology to treatment. Wound Repair and Regeneration. 30(1), 12-29. doi:10.1111/wrr.12987.
8. Nguyễn Hữu Nam Thắng, Nguyễn Hữu Tú, Hồ Thị Hoài Thu. (2024). Xây dựng quy trình chẩn đoán biến thể đa hình đơn nucleotit rs1800629 trên vùng khởi động gen TNF- α bằng kỹ thuật PCR-RFLP. Tạp chí Y học Việt Nam. 535(1B), tr. 1-7.
9. Liu X, Yang M, Kang L et al. (2021). Comparative analysis of diabetic wound healing models in mice and swine with streptozotocin-induced diabetes. Wound Repair Regen. 29(4), 523-534.
10. Okonkwo UA, Chen L, Ma D, Haywood VA et al. (2022). The NONcNZO10 polygenic mouse model exhibits superior chronic wound healing characteristics compared to db/db mice. Wound Repair Regen. 30(2), 215-228.
11. Krzyszczyk, P., Schloss, R., Palmer, A., & Berthiaume, F. (2018). The Role of Macrophages in Acute and Chronic Wound Healing and Interventions to Promote Pro-wound-healing Phenotypes. *Frontiers in Physiology*. 9, 419. doi:10.3389/fphys.2018.00419.
12. Yang, J., Shi, J., Kaw, G., & Wang, Z. (2021). VEGF-Induced Endothelial Progenitor Cell Migration Mediates Angiogenesis in Wound Healing. *International Journal of Molecular Sciences*. 22(3), 1575.
13. Sun, X., Altalhi, W., Nunes, S. S., & Skovronova, R. (2022). Melatonin-Primed Mesenchymal Stem Cell-Derived Exosomes Promote Diabetic Wound Healing by Modulating Macrophage Polarization. *Biomedicine & Pharmacotherapy*. 150, 113025.
14. Pyter LM, Yang L, da Rocha JM, Engeland CG (2014). The effects of social isolation on wound healing mechanisms in female mice. *Physiol. Behav.* 127, 64-70.
15. Roy S, Elgharably H, Sinha M, Ganesh K et al. (2014). Mixed-species biofilm compromises wound healing by disrupting epidermal barrier function. *J. Pathol.* 233, 331-343.

BÁO CÁO 1 TRƯỜNG HỢP NỔ THÀNH CÔNG LÓC TOÀN BỘ DA ĐẦU

Ngô Đức Hiệp, Phạm Phước Tiến,
Võ Minh Tuấn, Hà Quang Lâm, Lê Phát Đạt
Bệnh viện Chợ Rẫy

TÓM TẮT

Lóc toàn bộ da đầu là một tổn thương nặng và che phủ lộ xương sọ là một vấn đề cấp thiết và khó khăn. Tại khoa Bỏng - Tạo hình, Bệnh viện Chợ Rẫy chúng tôi đã nối thành công một trường hợp lóc toàn bộ da đầu và lộ xương sọ rộng, tổn thương đứt ngang tai trái. Kết quả sau mổ vạt da sống tốt, tóc mọc bình thường, phục hồi cảm giác.

Từ khoá: Lóc da đầu toàn bộ

SUMMARY

Removing the entire scalp is a serious injury and covering the exposed skull is an urgent and difficult problem. At the Department of Burns and Plastic Surgery, Cho Ray Hospital, we successfully connected a case of the entire scalp peeling off and exposing a large skull bone, with a cut wound across the left ear. The results after skin flap surgery were good, hair grew normally, and feeling was restored.

Keywords: Removing the entire scalp

1. TỔNG QUAN

* **Nước ngoài:**

Năm 2007, tác giả Bradley, Medling MD - Division of Plastic Surgery, Southern Illinois University School of Medicine, USA,

có một báo cáo nối thành công một trường hợp lóc toàn bộ da đầu do máy cuốn.

* **Trong nước:**

Khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Chợ Rẫy trong 3 năm 2006 - 2008 có số liệu sau:

Năm	Số BN	Giới		Tuổi	Chẩn đoán	Nguyên nhân	Điều trị
2006	01	Nam		49	Vết thương lóc da đầu	Không rõ	Ghép da mỏng
2007	02		Nữ	8, 48	Vết thương lóc da đầu lộ xương sọ	Máy đuôi tôm	Vạt cơ vi phẫu che
2008	03		Nữ	18,27,23	Vết thương lóc da đầu lộ xương sọ	Máy đuôi tôm, máy suốt lúa	Ghép da mỏng

¹Chịu trách nhiệm: Ngô Đức Hiệp, Bệnh viện Chợ Rẫy

Email: hiengngoduc1908@gmail.com

Ngày gửi bài: 15/5/2024; Ngày nhận xét: 22/6/2024; Ngày duyệt bài: 28/10/2024

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

Trong sáu trường hợp lóc da đầu và lộ xương sọ, không có trường hợp nào được nối vi phẫu phục hồi lại, có 02 trường hợp vạt cơ vi phẫu che xương sọ rồi sau đó ghép da mỏng, số còn lại ghép da mỏng.

3. Ngày 13/7/2023, Bệnh viện Bạch Mai thông tin về trường hợp lóc da đầu được điều trị thành công sau 23 ngày nằm viện tại Khoa Phẫu thuật Tạo hình - Thẩm mỹ. Bệnh nhân đến viện trễ 11 giờ sau tai nạn, ca phẫu thuật với 3 kíp mổ trong sau 6 giờ, truyền 2000 ml máu.

4. Ngày 14/2/2024, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức báo cáo cho hay, các bác sĩ của bệnh viện đã nối thành công trường hợp lột rời toàn bộ da đầu kèm hai tai và hai mí mắt rộng nhất từ trước tới nay tại bệnh viện.

5. Ngoài ra có các báo cáo Bệnh viện Đa khoa Thái Nguyên, Viện Nhi Trung Ương...

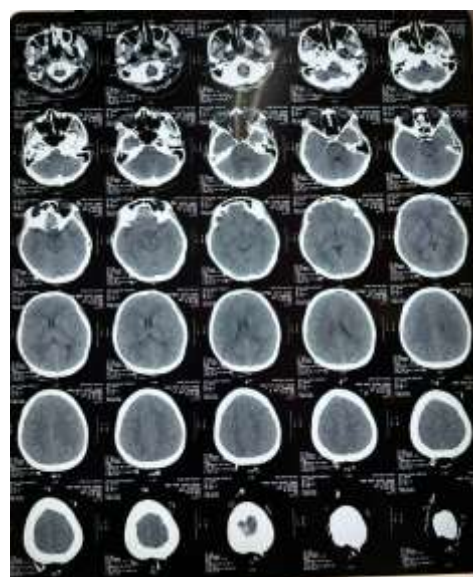
2. Ca lâm sàng

Bệnh sử: Khoảng 7 giờ ngày 18/1/2024, người bệnh là công nhân trong nhà máy xe sợi, trong lúc làm việc không mang mũ bảo hiểm bị máy quấn tóc gây lột da đầu toàn bộ. Sau tai nạn, người bệnh được chuyển đến Bệnh viện Xuyên Á (Tây Ninh) lúc 8 giờ 04 phút. Sau đó người bệnh được chuyển đến Bệnh viện Chợ Rẫy lúc 9 giờ 56 phút cùng ngày, chuyển lên phòng mổ Khoa Bỏng - Tạo hình lúc 13 giờ ngày 18/01 cùng ngày.

Khám tại phòng mổ: Bệnh nhân bị lóc da đầu toàn bộ, diện tích 4%, vết thương

phía trước tổn thương ngang và dưới chân mày 2 bên khoảng 0,5 - 1 cm, phía sau trên chân tóc 6 cm, bên phải sát trên vành tai, bên trái cắt ngang 1/2 tai T, lộ xương sọ vùng đỉnh thái dương phải một diện tích 5 cm². Động mạch, tĩnh mạch thái dương nông 2 bên đường kính khoảng 1 mm khá nguyên vẹn.

Mảnh da đầu còn nguyên tóc bị dập nát 1 phần diện tích 10 cm² đang được bọc trong túi nilon, bảo quản trong nước đá.



Hình 1. Kết quả CT scanner sọ não (Không tổn thương xương sọ và nội sọ, Glasgow 15 điểm)

Chẩn đoán: Lóc toàn bộ da đầu, lộ xương sọ, đứt ngang tai T, giờ thứ 6.



Hình 2. Tổn thương da đầu trước mổ

Người bệnh được hồi sức tích cực, bù dịch, điện giải, giảm đau... làm xét nghiệm cơ bản. Chuẩn bị người bệnh mổ nối vi phẫu da đầu. Người bệnh được đưa vào phòng mổ lúc 13 giờ, bắt đầu mổ lúc 13 giờ 30 phút. Người bệnh được gây mê nội khí quản. Da đầu bóc toàn bộ từ ngang 2 mí mắt, 2 mặt, 2 tai đến sau gáy, lộ xương sọ vùng trán và đỉnh, dính nhiều dị vật rơm rạ, tóc, lộ 2 bên động mạch thái dương nông.

* Chia 2 ê kíp:

Ê kíp 1:

- Cắt lọc phần da bị lóc và tìm mạch máu đánh dấu
- Tìm được động mạch thái dương nông phần xa bên trái và bên phải

Ê kíp 2:

- Cắt lọc phần đầu và bơm rửa sạch sẽ.
- Bọc lộ động mạch, tĩnh mạch thái dương nông 2 bên.

- Đưa da đầu vào cố định đúng vị trí giải phẫu. Khâu cố định dưới da đầu.

- Cắt lọc 2 đầu mạch máu nối tận - tận bằng Ethilon 9.0

Sau khi nối động mạch máu thông tốt, đầu xa các tĩnh mạch máu chảy nhiều.

Sau mổ 1 giờ thông được mạch máu. Dùng kẹp mạch máu kẹp 2 tĩnh mạch thái dương nông, đốt các mạch máu còn lại.

Tìm 2 đầu gần của tĩnh mạch thái dương nông rất khó khăn và mất rất nhiều thời gian. Tìm được 2 đầu gần tĩnh mạch thái dương nối theo kiểu tận - tận.

Ca phẫu thuật kết thúc sau 4 giờ 30 phút, da đầu sau khi được ghép có màu hồng.

Trong lúc mổ truyền 02 đơn vị hồng cầu lắng, Heparin 5000 UI pha bơm rửa và 5000 UI pha truyền tĩnh mạch.



Hình 3. Kíp mổ, một kíp phẫu tích động, tĩnh mạch thái dương nông ở vùng da bị bong lóc, 1 kíp phẫu tích động, tĩnh mạch thái dương nông vùng đầu bệnh nhân



Hình 4. Ảnh bệnh nhân ngay sau mổ

Sau mổ ngày thứ 1, 2, 3:

- Bệnh nhân tỉnh, máu thấm băng, vạt da có màu hồng.
- Kê đầu cao



Hình 5. Ảnh bệnh nhân ngày thứ 3 sau mổ



Hình 6. Ảnh bệnh nhân ngày thứ 7 sau mổ, bệnh nhân ổn định và xuất viện sau 18 ngày.



**Hình 7. Ảnh bệnh nhân tái khám sau 1 tháng
(Vết thương lành hoàn toàn, bảo toàn tai trái, tóc mọc tốt)**

3. BÀN LUẬN

Lóc da đầu toàn bộ do tai nạn sinh hoạt hay tai nạn lao động thường xảy ra ở phụ nữ có tóc dài là nông dân lao động nghèo ở vùng nông thôn, kém/ không có ý thức về bảo hộ lao động. Tuy nhiên năm 1997, chúng tôi có người bệnh bị lột da đầu do máy cuốn dây mũ bảo hiểm. Da đầu ngoài tính chất bảo vệ hộp sọ và tạo hình dáng thẩm mỹ, cho nên khâu nối phục hồi là rất cần thiết. Tuy nhiên, cơ chế tổn thương lóc toàn bộ da đầu, lộ xương sọ là một tổn thương nặng, phức tạp, phần da đầu bị lóc phần nhiều bị tổn thương nghiêm trọng, do đó rất ít có chỉ định khâu nối phục hồi bằng vi phẫu, nếu có chỉ định khâu nối thì tỉ lệ thành công còn thấp. Thời gian thiếu máu cũng rất quan trọng, có chỉ định nối hay không, nếu thời gian thiếu máu càng dài thì kết quả thành công không cao. Xử lý tổn thương và hồi sức ban đầu, bảo quản phần da đầu bị lóc đúng qui trình là rất cần thiết cho việc có chỉ định khâu nối phục hồi hay không.

Theo các báo cáo gần đây, cũng như người bệnh này của chúng tôi, hầu hết phần da đầu bị lóc đều được bảo quản đúng cách, bỏ phần da vào túi nilon, cột kín trước khi bảo quản lạnh. Phần lớn thời

gian người bệnh đến bệnh viện đa số trước 6 giờ sau khi bị tai nạn, chỉ có 1/8 trường hợp đến bệnh viện 11 giờ sau tai nạn, tuy nhiên trường hợp này phẫu thuật nối vi phẫu da đầu bị lóc vẫn thành công.

Cấu trúc giải phẫu mạch máu da đầu là một dạng đặc biệt, không có sự song hành giữa động mạch và tĩnh mạch. Chỉ có động mạch chính là động mạch thái dương nông và sâu đường kính mạch máu rất nhỏ. Việc khâu nối phải đúng cấu trúc giải phẫu nhằm phục hồi đúng hình dáng cũ. Lượng máu truyền trong mổ dao động 700 - 2000 ml.

Theo một số báo cáo sau mổ cảm giác da đầu bị giảm, tuy nhiên với bệnh nhân của chúng tôi sau mổ 1 tháng da đầu có cảm giác hoàn toàn bình thường.

Vấn đề mọc tóc sau phẫu thuật chúng tôi nhận thấy, sau mổ tóc vẫn mọc như bình thường, nhưng đến ngày thứ 7 sau mổ có dấu hiệu rụng tóc. Tiếp tục theo dõi thêm đến ngày thứ 20 sau mổ tóc bắt đầu mọc trở lại bình thường. Lý giải cho điều này chúng tôi cho rằng có thể sau mổ nang tóc vẫn còn năng lượng trước đó nên tiếp tục mọc. Tuy nhiên, lượng máu nuôi da đầu hiện còn chưa ổn định nên dinh dưỡng cho tóc kém dẫn đến rụng tóc, sau khi vết thương lành tốt, máu nuôi đủ dồi dào nên

nang tóc có dinh dưỡng tốt hơn giúp tóc mọc trở lại.

4. KẾT LUẬN

Da đầu có tác dụng bảo vệ hộp sọ, đồng thời tạo hình dáng thẩm mỹ. Lóc toàn bộ da đầu, lộ xương sọ là một tổn thương nặng, phức tạp. Che phủ lộ xương sọ do lóc da là một vấn đề cấp thiết và khó khăn, cần thiết ứng dụng kỹ thuật vi phẫu khâu nối phục hồi.

Mọi người cần hết sức chú ý tuân thủ các quy định về an toàn, bảo hộ lao động. Khi có nạn nhân bị tai nạn lóc da đầu lộ sọ,

cần chú ý xử lý tổn thương và hồi sức ban đầu, bảo quản phần da đầu bị lóc đúng quy trình và nhanh chóng đưa người bệnh đến các cơ sở y tế có khả năng nối mạch vi phẫu để phục hồi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bradley, Medling MD, Reuben, Bueno, Robert. Replantation outcomes. Clin plastic surg 34,2007, 177-185
2. Nguyễn Quang Quyền (1999), Bài giảng Giải phẫu học tập 1, 2, Nhà xuất bản Y học.
3. Võ Văn Châu (1998), vi phẫu thuật mạch máu thần kinh, tập 1, Hội Y học Dược thành phố Hồ Chí Minh.

KIỂM SOÁT ĐAU TRONG ĐIỀU TRỊ BỎNG Ở TRẺ EM

Nguồn: *Pain Management in Pediatric Burns:*

A Review of the Science behind It, Global Health, Epidemiology and Genomics, Volume 2023

Tác giả: Bogdan Ciornei, Vlad Laurentiu David, Diana Popescu, Eugen Sorin Boia

Biên dịch: **Đoàn Chí Thanh, Hồ Thị Vân Anh**

TÓM TẮT

Bỏng ở trẻ em ảnh hưởng lâu dài đến sức khỏe thể chất và tinh thần của trẻ. Đau trong quá trình điều trị bỏng gây ra những hậu quả nặng nề về thể chất, cảm xúc và tâm lý đối với bệnh nhi. Mục đích của kiểm soát đau trong điều trị bỏng ở trẻ em là giúp cho trẻ cảm thấy thoải mái trong quá trình điều trị. Việc đánh giá đau ở bệnh nhi bỏng vẫn còn những khó khăn nhất định. Những khó khăn này xuất phát từ nhiều yếu tố như độ tuổi, giai đoạn phát triển của trẻ, tính chất của vết bỏng và những hạn chế của các công cụ đánh giá cơn đau. Quản lý cơn đau đa phương thức bao gồm sử dụng thuốc, các biện pháp can thiệp tác động vào các khâu khác nhau của quá trình đau đã được công nhận là phương pháp hiệu quả để kiểm soát cơn đau ở cả trẻ em và người lớn. Tuy nhiên, sự cần thiết cũng như các yếu tố ảnh hưởng khi triển khai quản lý cơn đau đa phương thức ở nhóm bệnh nhi bỏng cũng cần được xem xét.

1. GIỚI THIỆU

Khi bị bỏng bệnh nhân rất đau đớn và cần được chăm sóc y tế kịp thời. Cơn đau của bệnh nhân phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng, tác nhân gây bỏng và vị trí của vết bỏng. Trong quá trình điều trị cần có những điều chỉnh phù hợp để kiểm soát cơn đau một cách hiệu quả. Mặc dù đã có các hướng dẫn, quy trình để kiểm soát cơn đau ở bệnh nhân bỏng nhưng phần lớn các phương pháp đều sử dụng thuốc giảm đau opioid là biện pháp điều trị chính. Nhiều nghiên cứu ở người trưởng thành cho thấy nguy cơ gia tăng tình trạng phụ thuộc opioid sau khi bị bỏng. Việc kiểm

soát cơn đau hiệu quả ở người lớn đã giúp cải thiện kết quả điều trị. Tuy nhiên, các báo cáo về tác dụng tương tự ở bệnh nhi còn ít và tỷ lệ bệnh nhi được sử dụng các biện pháp giảm đau còn thấp. Trong những năm gần đây, bên cạnh việc sử dụng opioid là biện pháp điều trị chính thì việc kết hợp các phương pháp tiếp cận tâm lý, sinh lý hoàn chỉnh, đa ngành để kiểm soát cơn đau trong điều trị bỏng ở trẻ em đã được quan tâm nhiều hơn.

2. HẬU QUẢ CỦA CƠN ĐAU CẤP TÍNH, MẠN TÍNH ĐỐI VỚI QUÁ TRÌNH PHỤC HỒI THỂ CHẤT

Đau đớn là trải nghiệm thường gặp ở trẻ em và gây ra những hậu quả đáng kể cho quá trình phục hồi thể chất. Cơn đau cấp tính diễn ra trong thời gian ngắn, thường liên quan đến chấn thương hoặc bệnh nội khoa, can thiệp phẫu thuật làm

¹Chịu trách nhiệm: Đoàn Chí Thanh, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác
Email: doctor.thanh18@gmail.com
Ngày gửi bài: 15/1/2025; Ngày nhận xét: 15/2/2025;
Ngày duyệt bài: 28/2/2025
<https://doi.org/10.54804/>

gián đoạn khả năng tham gia các hoạt động thể chất của trẻ, cản trở quá trình phục hồi. Các triệu chứng gồm những suy nghĩ ám ảnh, ác mộng, hành vi né tránh hoặc hưng phấn quá mức. Trải nghiệm cơn đau cấp tính có thể gây ra hậu quả ngay lập tức đối với sự phục hồi thể chất của trẻ. Sau khi phẫu thuật, trẻ em bị đau sẽ hạn chế khả năng vận động, cản trở khả năng tham gia các hoạt động thể chất cần thiết để phục hồi. Cường độ đau được chứng minh là có tác động đến quá trình phục hồi, mức độ đau cao hơn sẽ khiến quá trình phục hồi thể chất chậm hơn. Kiểm soát cơn đau không toàn diện trong giai đoạn cấp tính có thể kéo dài quá trình phục hồi, trì hoãn hoạt động thể chất trở lại bình thường. Cơn đau cấp tính ảnh hưởng đến tâm trạng, sức khỏe tinh thần của trẻ, do đó ảnh hưởng đến quá trình phục hồi thể chất. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng cơn đau và tâm trạng có liên quan chặt chẽ với nhau, những thay đổi về tâm trạng ảnh hưởng đến nhận thức về cơn đau và chức năng thể chất. Trẻ em bị đau cấp tính có thể biểu hiện giảm động lực, tăng mệt mỏi, giảm tham gia vào các hoạt động thể chất, tất cả những điều này có thể cản trở quá trình phục hồi. Vì vậy, việc giải quyết nỗi đau và tâm trạng trong giai đoạn cấp tính là quan trọng để tối ưu hóa quá trình phục hồi thể chất ở trẻ.

Đau mạn tính ở trẻ em là tình trạng đau dai dẳng hoặc tái phát kéo dài hơn ba tháng. Đây có thể là kết quả của nhiều nguyên nhân khác nhau như rối loạn vận động cơ, xương, khớp, đau thần kinh hoặc các bệnh mạn tính. Hậu quả của cơn đau mạn tính đối với quá trình phục hồi thể chất ở trẻ em phức tạp hơn so với cơn đau cấp tính. Trẻ bị đau mạn tính thường gặp những hạn chế trong hoạt động thể chất,

giảm khả năng tham gia vào các hoạt động hàng ngày. Cơn đau mạn tính có thể dẫn đến suy nhược, yếu cơ, giảm tầm vận động, điều này càng làm trầm trọng thêm tình trạng suy yếu về thể chất. Kết quả là trẻ bị đau mạn tính sẽ gặp khó khăn khi thực hiện các hoạt động đòi hỏi gắng sức về thể chất như chơi thể thao, tập thể dục, thậm chí các hoạt động thường ngày như đi bộ hoặc đứng trong thời gian dài.

Cơn đau mạn tính ảnh hưởng đến sức khỏe tâm lý, khả năng tương tác xã hội và chất lượng cuộc sống của trẻ. Cha mẹ của trẻ bị đau mạn tính cũng có tình trạng đau khổ và bị ảnh hưởng đáng kể về lối sống. Gánh nặng điều trị cơn đau của con họ và những thách thức liên quan có thể ảnh hưởng nhiều hơn đến chất lượng cuộc sống của chính cha mẹ, từ đó ảnh hưởng đến quá trình phục hồi của trẻ. Hậu quả của cơn đau mạn tính đối với sự phục hồi thể chất ở trẻ không chỉ giới hạn ở những tác động tức thời. Cơn đau mạn tính ở thời thơ ấu có thể tác động lâu dài đến sức khỏe thể chất và hoạt động khi đến tuổi trưởng thành do hình thành ký ức đau đớn và các hành vi liên quan đến cơn đau, có khả năng dẫn đến tình trạng đau dai dẳng trong cuộc sống sau này. Vì vậy, việc giải quyết cơn đau mạn tính ở trẻ em là rất quan trọng không chỉ giúp trẻ phục hồi thể chất sớm mà còn ngăn ngừa những hậu quả lâu dài.

3. TÁC ĐỘNG TÂM LÝ CỦA CƠN ĐAU ĐỐI VỚI TRẺ EM BỊ BỎNG

Tác động tâm lý của cơn đau đối với bệnh nhi bỏng là mối lo ngại đáng kể, có thể ảnh hưởng lâu dài đến sức khỏe và khả năng phục hồi của trẻ. Tổn thương bỏng ở trẻ em có thể gây ra những đau đớn đáng kể về thể xác và có những tác

động sâu sắc về mặt tâm lý. Trải nghiệm đau đớn có thể dẫn đến nhiều hậu quả tâm lý khác nhau như lo lắng, sợ hãi, trầm cảm, các triệu chứng căng thẳng. Trẻ em bị bỏng thường phải đối mặt với những khó khăn trong việc chống chọi với cơn đau, thích nghi với những thay đổi về ngoại hình cũng như thói quen hàng ngày. Tác động tâm lý xã hội của bỏng đối với bệnh nhân rất nghiêm trọng, ảnh hưởng đến lòng tự trọng, tự ti về ngoại hình, giảm tương tác xã hội và chất lượng cuộc sống của trẻ. Hậu quả tâm lý của bỏng tồn tại rất lâu sau khi tổn thương bỏng đã lành, dẫn đến tình trạng đau khổ kéo dài và suy giảm chức năng. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng bệnh nhân bỏng có nguy cơ cao mắc các rối loạn căng thẳng sau chấn thương. Đối với tổn thương do bỏng, cơn đau liên quan đến các phẫu thuật, thủ thuật điều trị, khả năng bị sẹo co kéo, biến dạng góp phần vào sự hình thành, phát triển các triệu chứng rối loạn căng thẳng sau chấn thương. Các triệu chứng này bao gồm suy nghĩ ám ảnh, gặp ác mộng, hành vi né tránh hoặc hưng phấn quá mức.

Sẹo do tổn thương bỏng có thể dẫn đến sự tự ti của những bệnh nhân sống sót sau bỏng. Sự tự ti về ngoại hình đã được chứng minh là không có mối liên hệ nào với các đặc điểm về nhân khẩu học nhưng có mối liên hệ đáng kể với mức độ nghiêm trọng của vết sẹo và sự kỳ thị của xã hội. Can thiệp tâm lý đóng một vai trò quan trọng trong việc giải quyết tác động tâm lý của cơn đau đối với bệnh nhân bỏng. Các biện pháp can thiệp tâm lý dựa trên bằng chứng, chẳng hạn như liệu pháp nhận thức - hành vi đã cho thấy nhiều hiệu quả trong việc giảm đau và cải thiện kỹ năng chống chọi với đau mạn tính ở trẻ. Liệu pháp nhận thức - hành vi tập trung vào việc xác

định và đối phó với những suy nghĩ tiêu cực về cơn đau, dạy các kỹ thuật thư giãn, thúc đẩy các chiến lược đối phó với cơn đau. Gần đây, thực tế ảo cũng là một công cụ tiềm năng để kiểm soát cơn đau và giảm lo lắng ở bệnh nhân bỏng.

4. TẦM QUAN TRỌNG CỦA VIỆC ĐÁNH GIÁ CƠN ĐAU SỚM VÀ LIÊN TỤC

Đánh giá cơn đau là một phần quan trọng trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tối ưu cho bệnh nhân, điều này cho phép các chuyên gia chăm sóc sức khỏe xác định, giải quyết cơn đau kịp thời, cải thiện kết quả điều trị, nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Một trong những lý do chính giải thích cho tầm quan trọng của việc đánh giá cơn đau sớm là những tác động của cơn đau không được điều trị hoặc điều trị không đúng mức đối với sức khỏe của trẻ. Đau có thể gây ra những hậu quả đáng kể về thể chất, cảm xúc và tâm lý đối với bệnh nhân như cản trở khả năng tham gia các hoạt động hàng ngày, làm gián đoạn giấc ngủ, ảnh hưởng tiêu cực đến tâm trạng và hành vi của trẻ. Cơn đau không được điều trị làm gia tăng tình trạng căng thẳng, lo lắng, sợ hãi, làm trầm trọng thêm trải nghiệm đau đớn. Bằng cách đánh giá cơn đau sớm, các chuyên gia chăm sóc sức khỏe có thể can thiệp kịp thời để giảm đau và ngăn ngừa những hậu quả tiêu cực này.

Những bệnh nhân phải trải qua các thủ thuật, phẫu thuật gây đau đớn thì việc đánh giá cơn đau sớm cho phép các chuyên gia chăm sóc sức khỏe đưa ra biện pháp giảm đau thích hợp, giảm thiểu những tác động tiềm ẩn lâu dài của cơn đau khi không được điều trị. Trải nghiệm đau đớn của trẻ có thể khác nhau tùy thuộc các yếu tố như giai đoạn phát triển, khả

năng chịu đựng đau của từng bệnh nhi và đáp ứng đối với điều trị. Đánh giá cơn đau thường xuyên cho phép các chuyên gia chăm sóc sức khỏe theo dõi hiệu quả của các biện pháp can thiệp kiểm soát cơn đau, thực hiện các điều chỉnh cần thiết để đảm bảo kiểm soát cơn đau tối ưu. Việc đánh giá liên tục cũng giúp giải quyết nhanh chóng những cơn đau mới xuất hiện hoặc gia tăng tình trạng đau, ngăn ngừa những đau đớn không cần thiết, cải thiện sức khỏe của trẻ.

Hơn nữa, việc đánh giá cơn đau liên tục sẽ thúc đẩy cách tiếp cận chăm sóc lấy bệnh nhân làm trung tâm. Điều này cho phép các chuyên gia chăm sóc sức khỏe tích cực động viên bệnh nhi và gia đình cùng tham gia vào quá trình quản lý cơn đau, đảm bảo rằng các yêu cầu cũng như các mối quan tâm và mục tiêu của họ đều được xem xét. Cách thức hợp tác này không chỉ nâng cao trải nghiệm của trẻ mà còn cải thiện việc tuân thủ điều trị cũng như sự hài lòng về công tác chăm sóc.

5. NHỮNG KHÓ KHĂN TRONG ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ ĐAU Ở BỆNH NHÂN NHÍ

Đánh giá cơn đau ở bệnh nhi, đặc biệt trong quá trình điều trị bỏng, đặt ra một số khó khăn. Những khó khăn này xuất phát từ nhiều yếu tố như độ tuổi, giai đoạn phát triển của trẻ, tính chất của tổn thương bỏng, những hạn chế của các công cụ đánh giá cơn đau. Một trong những khó khăn trong việc đánh giá cơn đau ở bệnh nhi bỏng là xác định chính xác độ sâu của vết bỏng. Da trẻ em mỏng hơn, lượng mỡ dự trữ dưới da cũng ít hơn so với người lớn, điều này làm cho việc đánh giá độ sâu của vết bỏng trở nên khó khăn hơn. Đánh giá chính xác độ sâu vết bỏng rất quan

trọng để xác định chiến lược điều trị và kiểm soát cơn đau thích hợp.

Một thách thức khác là tính chất chủ quan của việc đánh giá cơn đau ở bệnh nhân nhi, đặc biệt là ở trẻ nhỏ, trẻ không thể truyền đạt một cách chính xác trải nghiệm đau của mình. Thang đo mức độ đau bằng lời nói không phù hợp với trẻ nhỏ có khả năng ngôn ngữ hạn chế. Trong những trường hợp như vậy, các công cụ đánh giá cơn đau thay thế như thang đo nhận biết cơn đau biểu hiện trên khuôn mặt hoặc thông qua vận động của chân, hoạt động, tiếng khóc, khả năng an ủi có thể được sử dụng để đánh giá cơn đau ở trẻ không biết nói hoặc chưa biết nói. Đánh giá mức độ đau ở bệnh nhi bỏng còn phức tạp hơn khi bệnh nhi có tình trạng lo lắng, rối loạn căng thẳng sau chấn thương đi kèm. Tổn thương bỏng có thể là trải nghiệm đau thương đối với trẻ em dẫn đến tình trạng lo lắng, sợ hãi và đau khổ. Tác động tâm lý của tổn thương bỏng có thể ảnh hưởng đến nhận thức và biểu hiện cơn đau của trẻ, điều này làm cho việc đánh giá chính xác mức độ đau của trẻ trở nên khó khăn. Tình trạng lo lắng, rối loạn căng thẳng sau chấn thương có thể làm trầm trọng thêm trải nghiệm đau đớn, làm cho các chiến lược quản lý cơn đau thêm phức tạp. Hơn nữa, những đau đớn trong quá trình điều trị tổn thương bỏng cũng đặt ra những thách thức cụ thể. Thay băng, cắt lọc vết thương và các thủ thuật can thiệp khác có thể gây thêm đau đớn, khó chịu đáng kể cho bệnh nhi bỏng. Kiểm soát cơn đau hiệu quả trong khi thực hiện các thủ thuật này là điều cần thiết để giảm thiểu cơn đau và ngăn ngừa hậu quả tâm lý kéo dài.

Việc sử dụng thuốc an thần, giảm đau ở bệnh nhi bỏng cũng có nhiều thách thức. Tổn thương bỏng có thể làm thay đổi quá trình trao đổi chất, khả năng thanh thải

thuốc an thần, giảm đau. Chính vì vậy, cần phải xem xét cẩn thận về liều lượng thuốc, khả năng tương tác thuốc. Khả năng dung nạp nhanh với các thuốc an thần thường được sử dụng cũng làm phức tạp thêm trong việc kiểm soát cơn đau ở bệnh nhi bỏng. Sử dụng thuốc an thần, giảm đau thích hợp rất quan trọng để kiểm soát cơn đau, giảm sự lo lắng, sợ hãi liên quan đến tổn thương bỏng. Tuy nhiên, việc tìm ra sự cân bằng tối ưu giữa kiểm soát cơn đau và tác dụng phụ tiềm ẩn của thuốc an thần, giảm đau vẫn còn là một thách thức, đặc biệt khi sự chuyển hóa thuốc bị thay đổi ở bệnh nhân bỏng.

6. CÁC CÔNG CỤ VÀ THANG ĐÁNH GIÁ CƠN ĐAU THÔNG THƯỜNG

Trong quản lý cơn đau ở trẻ em, nhiều công cụ và thang đo đánh giá cơn đau khác nhau được sử dụng để đánh giá, đo lường cơn đau. Những công cụ này được thiết kế để giải quyết một cách có hiệu quả những thách thức đặc biệt trong việc đánh giá cơn đau ở bệnh nhi như tuổi, giai đoạn phát triển, khả năng giao tiếp.

Một số công cụ, thang đánh giá cơn đau thường được sử dụng trong quản lý cơn đau ở trẻ em bao gồm:

6.1. Công cụ đánh giá cơn đau cho trẻ vị thành niên (Adolescent Pediatric Pain Tool - APPT): là công cụ đánh giá cơn đau đa chiều được thiết kế đặc biệt dành cho thanh thiếu niên. Đánh giá cường độ, vị trí, mức độ của cơn đau, tác động của cơn đau đến hoạt động hàng ngày.

6.2. Công cụ đánh giá cơn đau ở trẻ em (Pediatric Pain Assessment Tool - PPAT): là một công cụ tự đánh giá về cơn

đau, giúp đánh giá cường độ, vị trí và mức độ của cơn đau ở trẻ em. Công cụ này phù hợp cho trẻ em từ 4 đến 12 tuổi.

6.3. Bảng câu hỏi về cơn đau ở trẻ em (Pediatric Pain Questionnaire - PPQ): là một công cụ tự đánh giá cơn đau nhằm đánh giá cường độ, vị trí, mức độ và tác động của cơn đau đến hoạt động hàng ngày ở trẻ em từ 8 đến 18 tuổi.

6.4. Thang đo khuôn mặt, chân, hoạt động, tiếng khóc và khả năng an ủi (Face, Legs, Activity, Cry, and Consolability - FLACC): là một công cụ đánh giá cơn đau bằng quan sát nhằm đánh giá cơn đau dựa trên nét mặt, cử động của chân, mức độ hoạt động, tiếng khóc và khả năng an ủi. Công cụ này thường được sử dụng cho trẻ chưa biết nói hoặc tập nói.

6.5. Thang đánh giá mức độ đau của Wong-Baker FACES: là một thang đo tương tự quan sát, sử dụng một loạt các khuôn mặt để thể hiện các mức độ, cường độ đau khác nhau. Đây là một công cụ được sử dụng rộng rãi để đánh giá cơn đau ở trẻ em, kể cả những trẻ có khả năng ngôn ngữ hạn chế.

6.6. Thang đánh giá bằng số (Numerical Rating Scale - NRS): là thang đo mức độ đau tự đánh giá, yêu cầu trẻ đánh giá cường độ đau của chúng theo thang số, thường từ 0 đến 10.

Các công cụ và thang đánh giá cơn đau giúp cho các chuyên gia chăm sóc sức khỏe có các phương pháp chuẩn hóa để đánh giá và định lượng cơn đau ở bệnh nhi. Từ đó xác định các chiến lược quản lý cơn đau thích hợp, cũng như theo dõi hiệu quả của các biện pháp can thiệp. Điều quan trọng là phải chọn lựa công cụ phù

hợp nhất dựa vào độ tuổi, giai đoạn phát triển và khả năng giao tiếp của trẻ.

Ngoài ra, các chuyên gia chăm sóc sức khỏe nên xem xét các yếu tố văn hóa, bối cảnh có thể ảnh hưởng đến trải nghiệm và biểu hiện đau đớn của trẻ. Điều đáng lưu ý là việc lựa chọn công cụ đánh giá cơn đau có thể khác nhau tùy thuộc vào bối cảnh cụ thể, cũng như việc ưu tiên chọn lựa của cơ sở y tế và nguồn lực sẵn có. Việc lựa chọn một công cụ đánh giá cơn đau thích hợp phải dựa trên thực tiễn, các minh chứng và yêu cầu của bệnh nhi.

7. DÙNG THUỐC GIẢM ĐAU TRONG ĐIỀU TRỊ BỎNG Ở TRẺ EM

Các can thiệp bằng thuốc đóng một vai trò quan trọng trong việc giảm đau và tạo sự thoải mái cho bệnh nhi bỏng.

7.1. Thuốc giảm đau opioid.

Thuốc giảm đau opioid thường được sử dụng trong điều trị cơn đau cấp tính ở bệnh nhi bỏng. Các loại thuốc như morphine, fentanyl, hydrocodone hoặc codeine, giúp giảm đau mạnh bằng cách tác động lên các thụ thể opioid trong hệ thần kinh trung ương. Opioid thường được tiêm tĩnh mạch hoặc thông qua bơm giảm đau do bệnh nhân kiểm soát để đảm bảo kiểm soát cơn đau toàn diện. Tuy nhiên, việc sử dụng opioid ở bệnh nhi bỏng cần được theo dõi cẩn thận do có khả năng xảy ra các tác dụng phụ như ức chế hô hấp và an thần. Vì vậy, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe phải cân bằng giữa nhu cầu giảm đau với những rủi ro tiềm ẩn liên quan đến việc sử dụng opioid.

7.2. Thuốc chống viêm không steroid (NSAID).

Các thuốc NSAID như ibuprofen hoặc ketoprofen, thường được sử dụng như là thuốc bổ sung cho thuốc giảm đau opioid trong việc kiểm soát cơn đau ở bệnh nhi bỏng. Các loại thuốc này có tác dụng giảm đau và chống viêm bằng cách ức chế sản xuất prostaglandin, chất có liên quan đến phản ứng viêm. NSAID có thể giúp giảm cường độ đau, giảm viêm, từ đó tạo sự thoải mái chung cho bệnh nhi bỏng. Tuy nhiên, điều quan trọng là phải xem xét các tác dụng phụ tiềm ẩn của NSAID như xuất huyết tiêu hóa, suy thận, đặc biệt ở những bệnh nhân có bệnh lý từ trước hoặc sử dụng kéo dài.

7.3. Thuốc gây tê cục bộ.

Thuốc gây tê cục bộ như lidocain hoặc bupivacain, có thể được sử dụng để giảm đau đích ở bệnh nhi bỏng. Các loại thuốc này có thể được bôi tại chỗ hoặc tê đám rối để tê vùng bị ảnh hưởng và giảm cảm giác đau. Thuốc gây tê cục bộ đặc biệt hữu ích trong quá trình thay băng vết thương hoặc các thủ thuật nhỏ vì chúng có thể giúp giảm đau ngay lập tức. Tuy nhiên, thời gian tác dụng của thuốc gây tê cục bộ còn hạn chế và có thể cần phải sử dụng lặp lại để duy trì kiểm soát cơn đau.

7.4. Thuốc bổ trợ.

Thuốc bổ trợ như thuốc chống trầm cảm hoặc thuốc chống co giật, có thể được sử dụng để kiểm soát cơn đau thần kinh ở bệnh nhi bỏng. Đau thần kinh có thể xảy ra do tổn thương dây thần kinh do bỏng và khó điều trị khi chỉ dùng thuốc giảm đau truyền thống. Các loại thuốc như gabapentin hoặc amitriptyline có thể giúp điều chỉnh các tín hiệu đau bất thường liên quan đến chứng đau thần kinh và giúp giảm đau bổ sung. Một số trung tâm sử dụng Dexmedetomidine dạng xịt mũi kết

hợp với ketamine đặt trực tràng để an thần và giảm đau trong quá trình chăm sóc vết thương bỏng như thực hiện thủ thuật thay băng, điều này giúp làm giảm thiểu nhu cầu đặt nội khí quản cho bệnh nhân. Tuy nhiên, việc sử dụng thuốc hỗ trợ ở bệnh nhi bỏng đòi hỏi phải xem xét cẩn thận các tác dụng phụ tiềm ẩn và đặc điểm của từng bệnh nhân

8. PHƯƠNG PHÁP TIẾP CẬN KHÔNG DÙNG THUỐC ĐỂ KIỂM SOÁT CƠN ĐAU

Các phương pháp tiếp cận không dùng thuốc cũng đóng một vai trò quan trọng trong việc kiểm soát cơn đau ở bệnh nhi bỏng. Các kỹ thuật như đánh lạc hướng, bài tập thư giãn hoặc thực tế ảo đã cho thấy nhiều hứa hẹn trong việc giảm nhận thức về cơn đau, cải thiện sự thoải mái cho bệnh nhi bỏng. Thực tế ảo được xem như là một công cụ hữu ích để kiểm soát cơn đau và giảm lo lắng cho bệnh nhi bỏng.

Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng thực tế ảo có thể đánh lạc hướng trẻ em một cách hiệu quả trong khi thực hiện các thủ thuật gây đau đớn, làm giảm nhận thức về cơn đau và lo lắng. Bản chất tương tác và nhập vai của thực tế ảo mang đến trải nghiệm mới lạ và hấp dẫn có thể giúp trẻ chuyển sự chú ý ra khỏi cơn đau cũng như sự khó chịu liên quan đến các phương pháp điều trị. Ngoài các biện pháp can thiệp tâm lý, các chiến lược quản lý cơn đau hiệu quả là rất cần thiết để giải quyết tác động tâm lý của cơn đau đối với bệnh nhi bỏng. Các phương pháp tiếp cận đa phương thức kết hợp các biện pháp can thiệp bằng thuốc với các kỹ thuật không dùng thuốc như đánh lạc hướng, thư giãn và tưởng tượng có hướng dẫn giúp giảm đau và giảm căng thẳng tâm lý. Bên cạnh quy trình sử dụng

thực tế ảo như một công cụ hỗ trợ giảm đau khá mới nhưng hơi tốn kém thì điện thoại hoặc máy tính bảng phổ biến hơn và dường như cũng làm giảm mức độ đau đớn, lo lắng của bệnh nhi qua các buổi trị liệu dưới sự giám sát của chuyên gia.

10. NHỮNG HƯỚNG DẪN QUẢN LÝ CƠN ĐAU ĐA PHƯƠNG THỨC

Quản lý cơn đau đa phương thức bao gồm việc sử dụng thuốc, các biện pháp can thiệp khác nhằm vào các khía cạnh của quá trình đau đã được công nhận là phương pháp hiệu quả để kiểm soát cơn đau ở cả trẻ em và người lớn. Tuy nhiên, điều quan trọng là phải xem xét các nhu cầu cụ thể của bệnh nhi khi phát triển các hướng dẫn dựa trên các bằng chứng để quản lý cơn đau đa phương thức ở nhóm đối tượng này.

Kiến thức và thái độ của bác sĩ lâm sàng chuyên ngành nhi khoa đóng một vai trò quan trọng trong việc đưa ra các biện pháp kiểm soát cơn đau đầy đủ cho bệnh nhi. Quan niệm sai lầm về cơn đau ở trẻ em, thiếu kiến thức chuyên môn, sự tự tin trong đánh giá cơn đau, can thiệp giảm đau cũng như khoảng cách về kiến thức giữa bác sĩ nhi khoa và điều dưỡng chính là những rào cản trong việc giảm đau ở bệnh nhi bỏng. Chính vì vậy cần phải giáo dục và đào tạo thêm về quản lý cơn đau ở bệnh nhi cho các bác sĩ, điều dưỡng lâm sàng chuyên ngành nhi khoa.

Bệnh nhi cần được sử dụng công thức và liều lượng thuốc giảm đau phù hợp với lứa tuổi, cũng như những cân nhắc cụ thể để đánh giá và xử trí cơn đau. Việc sử dụng các biện pháp can thiệp hoặc thuốc nhất định có thể bị hạn chế do những lo ngại về tính an toàn đối với trẻ.

Nỗi đau của bệnh nhi tác động đáng kể đến cảm xúc và tâm lý của người chăm sóc. Việc luôn lo lắng, quan tâm đến sức khỏe của trẻ, cũng như những khó khăn trong việc kiểm soát cơn đau của trẻ, sự gián đoạn của thói quen hàng ngày có thể góp phần khiến người chăm sóc cảm thấy khó chịu. Sự đau khổ của người chăm sóc liên quan đến nỗi đau của trẻ có thể tác động tiêu cực đến sức khỏe tinh thần, thể chất và sức khỏe tổng thể của họ. Người chăm sóc có thể bị căng thẳng, lo lắng, trầm cảm và giảm sự tương tác xã hội. Sự đau khổ cũng có thể ảnh hưởng đến khả năng chăm sóc tối ưu cho đứa trẻ của họ, dẫn đến một chu kỳ đau khổ gia tăng và việc chăm sóc bị tổn hại. Nhận biết và giải quyết nỗi đau của người chăm sóc liên quan đến nỗi đau của trẻ là rất quan trọng để cung cấp dịch vụ chăm sóc toàn diện. Chính vì vậy cần cung cấp cho người chăm sóc những kiến thức và hỗ trợ cho họ hiểu biết về tình trạng đau đớn của trẻ, chiến lược kiểm soát cơn đau, kỹ thuật đối phó để giúp giảm bớt căng thẳng. Việc này bao gồm những thông tin về đánh giá cơn đau, sử dụng thuốc và các biện pháp can thiệp không dùng thuốc. Bên cạnh đó các chuyên gia chăm sóc sức khỏe nên duy trì giao tiếp cởi mở và đồng cảm với những người chăm sóc, thể hiện sự quan tâm của họ nhằm mang đến sự yên tâm cho bệnh nhi và người chăm sóc. Việc thăm khám thường xuyên bệnh nhi tạo cơ hội cho người chăm sóc bày tỏ cảm xúc của mình và đặt câu hỏi có thể giúp họ giảm bớt căng thẳng. Việc giới thiệu cho người chăm sóc các dịch vụ hỗ trợ như tư vấn, nhóm hỗ trợ hoặc chăm sóc thay thế, có thể cung cấp cho họ các nguồn lực bổ sung và hỗ trợ giảm bớt lý tình trạng đau khổ của họ. Những dịch vụ này có thể mang lại không gian an toàn cho những

người chăm sóc, giúp họ chia sẻ kinh nghiệm của họ và nhận được sự hỗ trợ về mặt tinh thần.

11. NHỮNG TIẾN BỘ TRONG NGHIÊN CỨU VÀ KIỂM SOÁT CƠN ĐAU

Đau ở trẻ em là một vấn đề phức tạp đòi hỏi phải có những nghiên cứu, tiến bộ liên tục về công nghệ để cải thiện việc đánh giá và quản lý cơn đau ở trẻ em. Trong những năm qua, đã có những tiến bộ đáng kể trong nghiên cứu về đánh giá và quản lý cơn đau ở trẻ em, mang đến sự hiểu biết tốt hơn về cơ chế đau, phát triển các phương pháp tiếp cận sáng tạo để đánh giá và điều trị cơn đau ở trẻ em.

11.1. Giấc ngủ và cơn đau ở trẻ em.

Một trong những tiến bộ trong nghiên cứu về cơn đau ở trẻ em là sự công nhận mối quan hệ giữa giấc ngủ và cơn đau ở trẻ em. Nghiên cứu của Valrie và cộng sự nhấn mạnh tầm quan trọng của giấc ngủ trong cơn đau ở trẻ em. Đánh giá có hệ thống đã tìm thấy bằng chứng về mối quan hệ giữa cơn đau và giấc ngủ ở trẻ bị đau dai dẳng. Chất lượng giấc ngủ kém, giấc ngủ bị gián đoạn có liên quan đến mức độ đau tăng lên và suy giảm chức năng ở trẻ bị đau dai dẳng. Sự hiểu biết này đã giúp việc đưa vào sàng lọc giấc ngủ định kỳ, sử dụng các biện pháp tiêu chuẩn hóa về giấc ngủ trong quản lý cơn đau ở trẻ em. Bằng cách giải quyết tình trạng rối loạn giấc ngủ, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể cải thiện kết quả kiểm soát cơn đau và nâng cao sức khỏe tổng thể của trẻ bị đau.

11.2. Công nghệ đánh giá mức độ đau và kiểm soát cơn đau.

Những tiến bộ trong công nghệ cũng đóng một vai trò quan trọng trong việc

đánh giá cơn đau ở trẻ em. Việc sử dụng các công cụ và thiết bị cải tiến đã cải thiện tính chính xác và khách quan trong đánh giá cơn đau ở trẻ em. Ví dụ, việc sử dụng phần mềm nhận dạng nét mặt và cảm biến đeo được đã cho phép theo dõi và phân tích theo thời gian thực các hành vi liên quan đến cơn đau và phản ứng sinh lý ở trẻ em. Những tiến bộ công nghệ này cung cấp những hiểu biết có giá trị về trải nghiệm đau đớn của trẻ, cho phép các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe điều chỉnh các chiến lược quản lý cơn đau hiệu quả hơn.

Các kỹ thuật đánh lạc hướng, chẳng hạn như liệu pháp âm nhạc, hình ảnh có hướng dẫn hoặc liệu pháp vui chơi cũng có thể chuyển sự chú ý của trẻ khỏi cơn đau và thúc đẩy sự thư giãn. Những phương pháp tiếp cận không dùng thuốc này cung cấp các giải pháp thay thế an toàn, hấp dẫn cho các kỹ thuật quản lý cơn đau truyền thống, nâng cao trải nghiệm tổng thể cho trẻ em phải trải qua các can thiệp gây đau đớn.

Những tiến bộ trong công nghệ dược cũng đã cải thiện việc kiểm soát cơn đau ở trẻ em. Sự phát triển của các công thức, hướng dẫn dùng thuốc giảm đau phù hợp với lứa tuổi đã tạo điều kiện giảm đau an toàn, hiệu quả cho trẻ em. Ngoài ra, việc sử dụng các thuốc bổ trợ, như thuốc chống trầm cảm, chống co giật đã cho thấy nhiều hứa hẹn trong việc kiểm soát cơn đau thần kinh ở trẻ em. Những tiến bộ về dược lý này giúp cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có nhiều lựa chọn hơn để điều chỉnh các chiến lược quản lý cơn đau phù hợp với nhu cầu cụ thể của từng trẻ.

12. KẾT LUẬN

Điều trị tổn thương bỏng ở trẻ em là một quá trình phức tạp đòi hỏi sự can thiệp điều trị và phẫu thuật chuyên sâu. Hiện tại, phương pháp điều trị cơ bản là lấy da và ghép da tự thân, nhưng các phương pháp điều trị thay thế khác là rất cần thiết cho cả người lớn và trẻ em. Việc điều trị tổn thương bỏng bao gồm việc ngăn ngừa nhiễm khuẩn huyết và các biến chứng khác có thể làm vết thương chậm lành. Bỏng ở trẻ em có ý nghĩa quan trọng đối với sức khỏe thể chất và tâm lý của trẻ bị bỏng.

Tác động của tổn thương bỏng lên quá trình tổng hợp protein của cơ, xương, chức năng tim mạch, trọng lượng cơ thể và chiến lược điều trị là những lĩnh vực đang được nghiên cứu. Hiểu được những khía cạnh này là rất quan trọng để cải thiện kết quả điều trị lâu dài và nâng cao chất lượng cuộc sống của những trẻ sống sót sau bỏng. Hướng dẫn quản lý đau toàn diện cho bệnh nhân nhi bỏng nên tính đến các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ đau, chẳng hạn như mức độ nghiêm trọng của vết bỏng và đặc điểm cá nhân của bệnh nhi. Nhìn chung, việc kiểm soát cơn đau trong bỏng ở trẻ em đòi hỏi một cách tiếp cận đa ngành, kết hợp các biện pháp can thiệp dùng thuốc và không dùng thuốc. Việc sử dụng trò chơi thực tế ảo, thuốc giảm đau và chăm sóc cẩn thận vết thương ở nơi lấy da, ghép da là những chiến lược quan trọng để giảm đau hiệu quả cho bệnh nhi bỏng. Cần có những nghiên cứu sâu hơn và tiến bộ hơn trong kỹ thuật quản lý cơn đau để cải thiện kết quả và chất lượng cuộc sống cho những bệnh nhân trẻ tuổi này.